

Arzt oder technischer Assistent? – Zur Geschichte der Beteiligung des Krankenpflegepersonals bei der Durchführung von Narkosen in der Bundesrepublik Deutschland*

R. Dudziak¹ und H. Van Aken²

¹ Professor emeritus für Anästhesiologie, Frankfurt am Main

² Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Münster (Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. H. Van Aken)

Bis 1953, dem Jahr der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie, wurden Narkosen in den meisten Krankenhäusern nicht von Ärzten, sondern in der Regel von einer Krankenschwester oder einem Krankenpfleger durchgeführt. Im Gegensatz zu den USA und England gab es im Deutschland der Nachkriegszeit, das mit den Folgen der Zerstörung beschäftigt war, noch keine im Fach Anästhesie speziell ausgebildeten Ärzte. Die rasche Entwicklung der Chirurgie in den USA, England und in den skandinavischen Ländern und die erste große Kinderlähmungsepidemie trugen unter anderem dazu bei, dass auf dem Gebiet der Narkoseführung sowie der künstlichen Langzeitbeatmung bereits bis zum Jahre 1950 im Ausland große Fortschritte gemacht worden sind. Insbesondere die Chirurgie am offenen Thorax, die Entwicklung von neuen Narkosegeräten und die Einführung von neuen potenten Narkosemitteln und Adjuvantien erforderten besondere Techniken und Kenntnisse in der Narkoseführung, die das Krankenpflegepersonal nicht mehr beherrschen konnte. Die seit mehr als hundert Jahren die Äthernarkose durchführende Krankenschwester wurde allmählich durch einen Arzt ersetzt, der, ausgestattet mit einer immer moderner gewordenen Technik, den Patienten relaxieren, intubieren und während des operativen Eingriffes künstlich beatmen konnte. Zahlreiche Ärzte gingen damals in die USA und nach England, bekamen dort ihre Ausbildung und begannen nach ihrer Rückkehr nach Deutschland, das Erlernte zum Wohle der Patienten einzusetzen. Sie waren „Spezialisten“ auf einem neuen noch nicht etablierten Gebiet der Medizin. Ihre Kenntnisse haben sich in kürzester Zeit als außerordentlich hilfreich erwiesen, da ohne diese die Durchführung von großen Operationen an den Lungen und am Herzen sowie den großen Gefäßen nicht möglich gewesen wäre. Zahlreiche Lehrstuhlinhaber der Chirurgie in der Bundesrepublik Deutschland waren an der Zusammenarbeit mit den das moderne Anästhesieren beherrschenden Mitarbeitern sehr interessiert und boten ihnen in ihren Kliniken bald Oberarztpositionen an. Das Interesse an dem neuen medizinischen Fach wuchs, es meldeten sich immer mehr Ärzte, die das Anästhesieren erlernen wollten. So entstanden die ersten Abteilungen für Anästhesie, in denen die Ausbildung des

Anästhesienachwuchses beginnen konnte. Fortan machte die Krankenschwester die alte Äthertropfnarkose nur in jenen Krankenhäusern weiter, in denen der Fortschritt bei der Durchführung von Narkosen, aus Mangel an entsprechenden Spezialisten, noch keinen Eingang gefunden hatte. In den Universitätskliniken und großen Krankenhäusern war der Bedarf an Anästhesisten so groß, dass an der Narkosedurchführung, unter der Leitung und Aufsicht des im Ausland ausgebildeten Anästhesisten, auch die in den operativen Kliniken beschäftigten wissenschaftlichen chirurgischen Assistenten beteiligt werden mussten. Viele von ihnen setzten ihre chirurgische Ausbildung nicht mehr fort, sondern widmeten sich ausschließlich dem neuen Fach Anästhesie. 1953 kam es zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie. Kurze Zeit später erkannte die Bundesärztekammer das Fach Anästhesie als eigenes medizinisches Fach mit einer eigenen Facharztweiterbildung an.

Nach der Erfindung der Herz-Lungen-Maschine, mit deren Hilfe Operationen am offenen Herzen möglich wurden, und der Einführung der künstlichen Hypothermie durch Oberflächenkühlung ist die Tätigkeit des Anästhesisten immer komplizierter geworden. Die immer länger dauernden Operationen erforderten, dass der mit der Überwachung der vitalen Funktionen des Patienten und der Narkoseführung beschäftigte Anästhesist für seine Tätigkeit von einer Person Unterstützung erhält, die ihm die benötigten Medikamente, Infusionen, Blutkonserven u.v.a. vorbereitet und zur Anwendung anreicht. Allmählich wurde deutlich, dass diese Tätigkeiten von einer entsprechend geschulten Person, damals in der Regel einer Krankenschwester, übernommen werden müssen. Die mit der Narkoseführung nicht mehr beschäftigte Krankenschwester kehrte in den Operationsaal wieder zurück, diesmal jedoch unter anderen Tätigkeitsbedingungen. Sie war bald nicht nur für die Assistenz bei den Narkosen wichtig, sondern übernahm darüber hinaus die gesamte Wartung und Vorbereitung der Narkose- und Überwachungsgeräte. In vielen Krankenhäusern, in denen oft nur ein Fachanästhesist tätig war, wurden diese Kranken-

* Rechte vorbehalten

► schwestern auch an der Narkoseüberwachung beteiligt. Dieser Zustand bestand bis etwa Ende der fünfziger Jahre. Als die Anzahl der Fachärzte und die sich in der Ausbildung zum Facharzt für Anästhesie befindlichen Ärzte den Bedarf nahezu vollständig deckten, ist Narkose zu einer ausschließlich einem Arzt vorbehaltenen Tätigkeit geworden.

Die damalige Deutsche Gesellschaft für Anaesthesie und Wiederbelebung und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten haben Ende der sechziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts [13] als Erste erkannt, dass die beschriebene Entwicklung im Fach Anästhesie für die Zukunft eine systematische Fortbildung des Krankenpflegepersonals erfordert, und begannen mit der Erarbeitung hierfür notwendigen Ausbildungscurricula. Daraus resultierte jene Weiterbildung für Anästhesie-Krankenpflegepersonal, die zunächst mit einem internen Diplom zur/zum „Anästhesiekrankenschwester/Anästhesiekrankenpfleger“ abschloss. Erst später wurde die Ausbildung zu einer „Fachkrankenschwester und einem Fachkrankenpfleger in der Anästhesie und Intensivpflege“ um die Komponente „Intensivpflege“ erweitert. Diese interne Ausbildung, die in den meisten Fällen von universitären Anästhesieabteilungen angeboten wurde, fand bei verschiedenen Berufsverbänden und Institutionen Gefallen und erhielt mit deren Hilfe viele Jahre später sogar eine staatliche Anerkennung, die bis heute besteht. Bereits in der zitierten ersten Stellungnahme des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung waren die Tätigkeitsmerkmale der damals sog. „Anästhesiekrankenschwester“ bzw. des „Anästhesiekrankenpflegers“ wie folgt klar definiert:

„Die Anästhesieschwestern und Anästhesiepfleger sind Helfer des Anästhesisten. Ihnen obliegt die Bereitstellung, Wartung und Ergänzung von Geräten, Medikamenten und Infusionen, die der Anästhesist benötigt. Die selbstständige Ausführung von Narkosen ist weder Aufgabe der Anästhesieschwester / des Anästhesiepflegers noch Ziel ihrer Ausbildung, da die Anästhesie ihrem Wesen und ihren Risiken entsprechend eine ärztliche Aufgabe darstellt.“

Als deutlich wurde, dass nach großen operativen Eingriffen eine Behandlung der Patienten auf den sog. Intensivtherapiestationen notwendig ist, musste auch für diese Tätigkeit entsprechend geschultes Krankenpflegepersonal, das es damals noch nicht gab, ausgebildet werden. Die personelle Not auf diesem Gebiet machte es notwendig, die in der Anästhesie tätigen und darin ausgebildeten Krankenschwestern mit der Betreuung und Pflege der intensivtherapiebedürftigen Patienten zu beauftragen. Fortan wurden auch diese neuen Aufgaben für das Krankenpflegepersonal in die Lehrpläne der oben

erwähnten Fortbildungsveranstaltungen einbezogen. Die ersten Lehrgänge, in denen sowohl Anästhesiepflege als auch Intensivpflege unterrichtet wurden, haben bald darauf in Düsseldorf, München und Mainz begonnen [18].

Die Geschichte dieser Weiterbildung, wurde von F. W. Ahnefeld und H. W. Opderbecke in der Zeitschrift „Der Anaesthesist“ [1] ausführlich beschrieben. In Zusammenhang mit dem kürzlich bekannt gewordenen Thesenpapier des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe DBfK e.V über die „Zukunft der Pflege im Krankenhaus“ [7] ist in Erinnerung zu rufen, dass es mit der Weiterbildungsempfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) vom 16.11.1976 gelungen war, in sachorientierter Zusammenarbeit der DKG mit den damals fachlich zuständigen ärztlichen Fachverbänden auch ohne staatliche Anerkennung eine weitgehend bundeseinheitliche, effektive Weiterbildung auf hohem Niveau zu realisieren. Diese Regelung hatte nahezu 20 Jahre Bestand. 1998 publizierte die DKG neue Empfehlungen, ohne dass die hiervon berührten ärztlichen Fachverbände von der Absicht der DKG, ihre Empfehlungen von 1976 zu novellieren, informiert oder konsultiert worden wären [1]. Damit war die viele Jahre geübte konstruktive Zusammenarbeit mit den die Intensivmedizin repräsentierenden Fachgesellschaften abrupt beendet. Die Lehrinhalte in der Intensivpflege wurden erweitert, die Weiterbildung in der Anästhesie wesentlich gekürzt. Die Weiterbildung in der pädiatrischen Intensivpflege kam hinzu. Allmählich geriet die gesamte Ausbildung in einen Strudel von berufspolitischen Kompetenzstreitigkeiten.

Es folgten Auseinandersetzungen mit dem Berufsverband für Pflegeberufe um die Kompetenzen und die Zuständigkeiten in der Weiterbildung des Pflegepersonals, die das Niveau und die Effizienz der Ausbildung, insbesondere in der Anästhesie, negativ beeinflusst haben. Auf diese neue und unglückliche Situation auf dem Gebiet der Weiterbildung des Fachkrankenpflegepersonals hat 2005 H. Sorgatz hingewiesen [14]. Allerdings ist es der DGA, dem BDA und der Landesarbeitsgemeinschaft der Weiterbildungsstätten NRW nach einer Klausurtagung in Münster 2004 gelungen, das Gesundheitsministerium in NRW davon zu überzeugen, die praktischen Einsatzzeiten in der Anästhesie innerhalb der Weiterbildung zur Fachgesundheits- und Kinder-/Krankenschwester, -pfleger in der Intensivpflege und Anästhesie zu erhöhen. So konnten 2005 die praktischen Pflichteinsatzzeiten der Weiterbildungsteilnehmer in der Anästhesie von 150 auf 350 Stunden erhöht werden (Drittes Befristungsgesetz vom 05.04.2005 GV.NRW.S.306 Art. 62, in Kraft getreten am 28. April 2005). Zudem besteht die Möglichkeit, theore- ►

► tische Inhalte aus beiden Fachgebieten innerhalb des Curriculums verstärkt miteinander zu verknüpfen und somit inhaltliche Schwerpunkte der Anästhesie stärker zu betonen. Aufgrund der Neufassung des Krankenpflegegesetzes von 2003 sowie einer veränderten Interessenlage von Arbeitgebern und Pflegenden haben viele Bundesländer und Weiterbildungseinrichtungen den Handlungsbedarf für eine Aktualisierung der Weiterbildungsordnungen erkannt. So plant z.B. Nordrhein-Westfalen voraussichtlich zu Beginn 2008 das Inkrafttreten einer neuen Weiterbildungsordnung, die im Rahmen einer europäischen Angleichung modular organisiert ist und den Europäischen Qualifikationsrahmen (EQR) berücksichtigt. Weitere Ziele sind neben einer Erhöhung der Flexibilität und Mobilität der Teilnehmer auch die Entlastung der Arbeitgeber durch schnellere und flexiblere Reaktionsmöglichkeiten auf veränderte Anforderungen in den Arbeitsfeldern. Trotz dieser Sachlage entbrannte inzwischen bedauerlicherweise eine berufspolitische Polemik, deren Sinn nicht nachvollzogen werden kann [14]. Dies um so mehr, als sich der Pflegeberuf seit Jahren schon zunehmend mit einer höheren Qualifizierung im Beruf beschäftigte, was dazu führte, dass die ursprüngliche Aufgabe, nämlich die Pflege und Zuwendung für den Patienten, dem Geist der Zeit folgend, mehr und mehr vernachlässigt und zu einem bloßen „Job“ degradiert worden ist.

Allmählich ist die Leitung der Weiterbildung des Pflegepersonals in der Anästhesie und Intensivpflege von den Berufsverbänden für Krankenpflege den Ärzten aus der Hand genommen und zum Vehikel für die Suche nach neuen Wegen, die zu einer Akademisierung des Pflegeberufes führen sollen, benutzt worden. In dem vor kurzem veröffentlichten Thesepapier des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe DBfK e.V. im August 2006 [7] gipfelt dieses in der Forderung nach der Einführung eines Organisationsmodells „Parallelnarkosen und Schmerztherapie“, in denen die Kompetenzen des Pflegepersonals tief in die bisherigen, ausschließlich einem Arzt vorbehaltenen Tätigkeiten eingreifen.

Die aktuell bestehenden kontroversen Meinungen um das Ausmaß der Beteiligung des „Anästhesieassistenten“ an der Narkose, die durch die Initiative der Helios-Kliniken ausgelöst worden sind [4,6,8], scheinen nunmehr das letzte Stadium diesbezüglicher Diskussionen eingeläutet zu haben. Nun muss entschieden werden, welche Richtung diese Entwicklung nehmen soll [17]. Die Krankenpflege, von der Öffentlichkeit immer noch als Institution der Hingabe an den Patienten verstanden, muss sich überlegen, ob sie ihre historisch gewachsenen Grundsätze endgültig aufgibt und völlig neue Wege gehen will. Sie muss entscheiden, ob die Pflege des

kranken Menschen ausschließlich denjenigen überlassen werden soll, die kein Interesse an einer Weiterbildung haben. Sie muss dabei berücksichtigen, dass derartige Veränderungen des Berufsbildes eine Spaltung des Faches Krankenpflege bewirken können, die zur Entstehung einer „Zwei-Klassen-Gesellschaft“ führen würde. Die soziologisch höher angesiedelte Stellung des „Fachkrankenpflegepersonals“ als „Assistent des Arztes“ wird bewirken, dass das rein pflegerisch tätige Personal mit geringe Schätzung betrachtet werden wird.

Indes ist die Idee der „Anästhesieassistenten“ keine neue Erfindung. Sie bekam nur einen anderen Namen und ist mit den Versprechungen, nunmehr auch in dem rein ärztlichen Bereich tätig werden zu dürfen, für die interessierten Krankenschwestern und Krankenpfleger attraktiver gemacht worden. Hinzu kam, dass es sich bei der von den Helios-Kliniken angebotenen Ausbildung um eine „betriebseigene“ private Maßnahme handelt, die im Prinzip in Konkurrenz zu dem in verschiedenen Bundesländern gültigen „Muster für landesrechtliche Ordnung der Weiterbildung und Prüfung zu Krankenschwestern / Krankenpflegern in der Intensivpflege und Anästhesie“ steht. Ungeachtet dessen gehen die Thesen des Berufsverbandes für Pflegeberufe, für die im August 2006 Gudrun Gille verantwortlich zeichnete [7], noch weiter. Danach ist für die Beteiligung des Krankenpflegepersonals an der Durchführung der Narkosen keine zusätzliche Weiterbildung, wie sie in den Helios-Kliniken angeboten wird, notwendig. Nach Gille bestehen: „Angesichts der fachlichen Qualifikation weitergebildeter Anästhesiepflegekräfte und der längst gefahrlos praktizierten Realität, unter kontrollierten Bedingungen keine Bedenken, die Aufgaben kompetenter, verantwortlich handelnder Pflegefachkräfte in diese Richtung auszuweiten“.

Die Offenheit und der Mut der Formulierung überraschen sehr und lassen Fragen nach der Bedeutung und dem Wert unserer Rechtsstaatlichkeit stellen. Dürfen in der Bundesrepublik Deutschland Berufsverbände der Krankenpflege und private Krankenhausbetrieben und bald vielleicht noch andere Einrichtungen jene Normen, die in Jahrzehnten klinischer Erfahrung erarbeitet wurden und durch höchst richterliche Entscheidungen bestätigt und festgeschrieben worden sind, ignorieren und durch private Richtlinien ersetzen? Mit welchem Recht und auf der Grundlage welcher Erkenntnisse können Funktionäre eines Berufsverbandes der Krankenpflege angesichts der immer wieder zu verzeichnenden Narkosezwischenfälle, die sich bei Parallelnarkose ereignen, in diesem Zusammenhang von einer „gefahrlos praktizierten Realität“ sprechen? Wer schützt eigentlich den Patienten vor derartigen Selbstüberschätzungen, die von hierfür unbefugten Verbänden und ►

► Gesellschaften ausgedacht und in die Tat umgesetzt werden?

Die gestellten Fragen sollten angesichts der aktuellen Entwicklungen, die fast 40 Jahre nach der Einführung der Weiterbildung des Krankenpflegepersonals in der Anästhesie zu einer Unruhe in den Krankenhäusern geführt haben, nicht nur auf der juristischen, sondern auch auf der politischen Ebene sobald wie möglich, endgültig entschieden werden. Es muss endlich eine für alle verbindliche Regelung der Beteiligung des nichtärztlichen Personals an den bisher ausschließlich für Ärzte vorbehaltenen Tätigkeiten bei der Behandlung von Patienten getroffen werden.

Die Diskussionen über dieses Thema sollten eigentlich überflüssig sein, zumal von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten in der Entschliebung „Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie“ [3] noch einmal klar und unmissverständlich ausgeführt worden ist, dass eine generelle Anordnung von parallelen Anästhesieverfahren unter Beteiligung des Krankenpflegepersonals nicht zulässig ist. Die in begrenzten Phasen eines Anästhesieverfahrens zugelassene Überwachung von Patient und Gerät durch speziell unterwiesene bzw. weitergebildete Anästhesiepflegekräfte ist darin in den Punkten 1.1 bis 1.6 präzisiert. Daraus ergibt sich ebenso wie in der zitierten Entschliebung von 1969, dass sowohl Überwachung als auch Durchführung der Narkose ausschließlich Sache des Anästhesisten sind.

Seit Jahrzehnten bereits gilt für die Delegation ärztlicher Aufgaben auf nicht ärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der von Juristen festgelegte Grundsatz, dass jeder Patient zu jedem Zeitpunkt Anspruch auf eine Behandlung mit dem Standard bzw. der Qualität eines erfahrenen Facharztes hat. Das bedeutet zwar nicht, dass zwingend stets ein Facharzt im formellen Sinne tätig werden muss; vielmehr genügt es, dass der Handelnde über die gerade für den konkreten Eingriff gebotene Qualifikation objektiv und subjektiv verfügt. Die Narkoseführung gehört zu solchen „ärztlich vorbehaltenen Tätigkeiten“ [5,10], und die Delegation der in diesem Zusammenhang in Frage kommenden Aufgaben kann deshalb nur auf einen Arzt (in Weiterbildung) erfolgen. In diesem Kontext und unter der Maxime, dass „Schutz und Sicherheit des Patienten“ Vorrang vor sonstigen Überlegungen, insbesondere wirtschaftlicher Natur, haben, sollte sich eigentlich jede Diskussion über die Beteiligung einer Krankenschwester oder eines Krankenpflegers an der selbständigen Durchführung der Narkose erübrigen [5,11,15].

Die grundsätzliche Frage, ob die eigenständige Überwachung von anästhesierten Patienten im Operationssaal an einen Anästhesieassistenten/en

delegierbar ist, kann mit Hilfe einer Definition der Tätigkeitsmerkmale beantwortet werden, die mit den Begriffen „Überwachung der Narkose“ bzw. „Durchführung der Narkose“ verbunden sind.

Die Broschüre der Helios-Kliniken [8] versprach dem Krankenpflegepersonal als eines der Ziele der Qualifizierung die „eigenständige Überwachung von anästhesierten Patienten im Operationsaal“. Was darunter zu verstehen war, wurde unter der Überschrift „Aufgabenprofil“ in der Broschüre erläutert. Hier war zu erfahren:

„Der Anästhesieassistent überwacht den narkotisierten Patienten im Rahmen der Aufgabenteilung des Anaesthesia Care Teams. Entsprechend werden an die Qualifikation und Ausbildung der Anästhesieassistenten besonders hohe Anforderungen gestellt. Der Anästhesieassistent darf nicht selbstständig und eigenverantwortlich tätig werden. Er untersteht dem ihm zugeordneten Facharzt für Anästhesie. Der leitende Narkosearzt muss während der gesamten Narkose unmittelbar verfügbar (Rufweite) und immer abkömmlich sein. Er kann jederzeit das Narkoseverfahren übernehmen. Dies ermöglicht die lückenlose Einhaltung der Forderung nach den so genannten Facharzt-Standards in jedem Arbeitsbereich und zu jeder Zeit.“

Bei der Aufzählung der „ärztlichen Handlungsfelder“ in Zusammenhang mit der Durchführung der Narkose wurden auf derselben Seite des Prospektes nur die „Prämedikationsvisite und Patientenaufklärung“, „Festlegen des Anästhesieverfahrens sowie Auswahl und Anordnung der Medikamente“ und schließlich „Ein- und Ausleitung einer Narkose“ erwähnt.

Daraus ergab sich eindeutig, dass die „eigenständige Überwachung des Patienten während der Narkose“ mit der „Durchführung der Narkose“ identisch war. Dies um so mehr, als zu den persönlichen Leistungen des Arztes in diesem Kontext eben nur die Ein- und Ausleitung, nicht jedoch die Führung der Narkose gehörten. Die von den ärztlichen Mitarbeitern der Helios-Kliniken vertretene und praktizierte Aufteilung der Tätigkeiten zwischen dem Arzt und dem Krankenpflegepersonal war betriebsintern legalisiert worden [9]. Begründet wurde diese Tatsache mit der Behauptung, dass die Parallelnarkose trotz der Kritik überall Standard in der Anästhesie sei [6]. Diese Meinung war neu und war, wie aus der Presse zu erfahren war, nicht von allen in den Helios-Kliniken tätigen Anästhesisten geteilt [9]. Noch stimmt es nicht, dass die Parallelnarkose „überall“ Standard in der Anästhesie ist. Es trifft allerdings zu, dass Parallelnarkosen aus rein wirtschaftlichen Überlegungen, wie forensische Erfahrungen belegen praktiziert werden. Im Wissen um die Unvereinbarkeit der Übertragung der ärztlichen Aufgaben auf das ►

► Krankenpflegepersonal mit den höchsttrichterlichen Urteilen bleibt dabei jedes offizielle Erwähnen von Parallelnarkosen unter Zuhilfenahme der Krankenschwester bzw. des Krankenpflegers so lange Tabu, bis diese Tatsache infolge eines tragischen Zwischenfalls, meistens schon bei der Beweisaufnahme, aufgedeckt wird. Während der strafprozessualen Verhandlungen erfährt der Sachverständige nicht selten, dass nicht nur die Überwachung der Narkose, sondern auch die Intubation sowie die Ausleitung der Anästhesie durch eine Krankenschwester oder einen Krankenpfleger erfolgt sind. Die Erkenntnis bei solchen Praktiken, egal wo sie zur Durchführung gekommen sind, ist, dass der Patient bei dem präoperativen Gespräch, das von einem Anästhesisten geführt wird, von der Tatsache, dass er von einer Krankenschwester oder einem Krankenpfleger anästhesiert wird, in der Regel keine Kenntnis erhält.

Wie dem Thesepapier des Bundesverbandes der Pflegeberufe zu entnehmen ist, gehen die Befürworter von Parallelnarkosen unter Beteiligung des Krankenpflegepersonals von einer „geringen Wahrscheinlichkeit“ eines schweren Narkosezwischenfalls aus oder hoffen, von einem solchen Ereignis verschont zu bleiben. Gille spricht in diesem Zusammenhang zu Unrecht von einer „gefahrlos praktizierten Realität“. Indes zeigen Narkosezwischenfälle, dass die Realität gar nicht so gefahrlos ist [9]. Es trifft lediglich zu, dass je länger diese Art des Managements der Narkoseführung ohne Zwischenfälle erfolgreich praktiziert wird, desto weniger Verständnis für jene vorhanden ist, die davor warnen. Die forensischen Erfahrungen in der Bundesrepublik Deutschland zeigen in jedem Einzelfall, wie gefährlich es ist, sich der Illusion der Gefährlosigkeit von „Parallelnarkosen“ hinzugeben. Auf der anderen Seite muss zugegeben werden, dass eine ökonomisch erfolgreiche Führung eines Krankenhauses oder einer ambulanten Praxis in der jetzigen Situation im Gesundheitswesen zunehmend von einer möglichst großen Anzahl der täglich durchgeführten Operationen abhängig ist. Unmittelbar daraus resultiert die Notwendigkeit der Verkürzung der Wartezeit des Chirurgen zwischen zwei Operationen. Diese Verkürzung wird in der Regel durch die Beteiligung des vorhandenen Krankenpflegepersonals bewerkstelligt, in dem entweder der Arzt die laufende Narkose ausleitet, während die Krankenschwester die nächste Narkose einleitet oder umgekehrt.

Wenn private Unternehmen, wie es die Helios-Kliniken getan haben, das Krankenpflegepersonal an der Durchführung von Narkosen beteiligen, so missachten sie die auf diesem Gebiet geltenden rechtlichen und medizinischen Normen und Standards [3, 5, 11, 16]. Es trifft nicht zu, dass sich die Helios-

Kliniken in dem erwähnten ‚Aufgabenprofil‘, wonach der leitende Narkosearzt während der gesamten Narkose unmittelbar verfügbar (Rufweite) und immer abkömmlich sein muss, auf das Urteil des BGH vom 30.11.1982 (NJW 1983 Seite 1374) berufen können. Liest man die Begründung genau, so findet sich darin, dass der BGH „für die ohnehin bedenkliche Parallelnarkose grundsätzlich Blick- oder wenigstens Rufkontakt zu einem Fachanästhesisten“ fordert. Abgesehen davon, dass in dieser Urteilsbegründung die Parallelnarkose als „ohnehin bedenklich“ bezeichnet wird, ist in den meisten modernen Operationstrakten die Auflage des Blick- oder wenigstens Rufkontaktes so, wie sie von den Richtern des BGH verstanden wird, nämlich nicht zu erfüllen. Erschwerend kommt hinzu, dass der mehrere Operationssäle überwachende Facharzt für Anästhesie gerade mit einer wichtigen Tätigkeit bei einem anderen Patienten beschäftigt sein kann, während es bei einem wiederum anderen Patienten zu Komplikationen kommt. Es handelt sich um eine Situation, die in der Praxis zu jeder Zeit eintreten kann. Sein korrektes Verhalten, insbesondere wenn es den beiden Patienten nicht gut gehen sollte, ist in die Überlegungen der Befürworter der Parallelnarkosen bisher nicht eingeflossen. Inzwischen teilte das Deutsche Ärzteblatt im Heft 11 vom 16. März 2007 (s. Seite A694) mit, dass nach der Klausurtagung der DGAI und des BDA in Münster (Februar 2007): „der Helios-Konzern überraschend schnell auf die Kritik reagiert hat und seine Chefärzte am 07.03.2007 explizit angewiesen hat, die MafAs nur innerhalb des durch die DGAI und den BDA vorgegebenen Rahmens einzusetzen „und nicht mehr darüber hinaus“.

Somit wird die eigenständige Überwachung des Patienten weiterhin ein integraler Teil der Aufgaben des narkoseführenden Arztes bleiben. Die Frage, ob diese Aufgabe, zu deren Besonderheiten es gehört, dass zu jeder Zeit unerwartet wichtige und nur von einem Arzt zu treffende Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden müssen, an einen „Anästhesieassistenten“ delegierbar sind, kann im Fach Anästhesie nicht mit ‚ja‘ beantwortet werden. Ob die Einführung des „nichtärztlichen chirurgisch-technischen Assistenten“ [2] eine andere rechtliche und fachbezogene Situation darstellt, muss die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie für sich selbst beantworten.

Trotz allem bleibt unbestritten, dass während der Narkoseführung oder Überwachung der Anästhesist, ebenso wie der allein beim Patienten sitzende „Assistent“ immer wieder die Hilfe einer geschulten Person benötigen kann [12]. Ob es sich um das Aufziehen eines auf dem Narkosetisch nicht vorhandenen Medikamentes handelt oder um andere Maßnahmen, es muss jemand sofort da sein, wenn ►

► eine verspätete medizinische Intervention nicht billigend in Kauf genommen werden soll. Richtig ist, dass die damit verbundenen Aufgaben nicht unbedingt die Ausbildung zur Krankenschwester bzw. Krankenpfleger erfordern. Denkbar ist es deshalb, dass das hierfür benötigte technische Personal durch eine theoretische und praktische Ausbildung nach dem Vorbild der früher durch die Anästhesisten eingeführten Lehrgänge herangebildet werden kann, wodurch das Krankenpflegepersonal für die ureigenen Aufgaben, nämlich die der Krankenpflege z.B. auf den Intensivtherapiestationen, entlastet werden könnte. Die Tätigkeit eines dem Pflegeberuf nicht zugehörigen „technischen Assistenten“ in der Anästhesie dürfte durchaus als spannend und verantwortungsvoll bezeichnet werden, so dass sich genügend Interessenten finden werden, die einem solchen, neuen Beruf nachgehen würden. Das hätte den Vorteil, dass Diskussionen darüber, ob dieses Personal eine Narkose überwachen oder sogar führen darf, aufhörten. Der Berufsverband Deutscher Anästhesisten und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin mögen prüfen, inwieweit diese Überlegungen zur Lösung der gegenwärtigen Unstimmigkeiten mit den Berufsverbänden der Krankenpflege beitragen könnten.

Literatur

Zu der Publikation lesen Sie bitte auch das Editorial von J. Schüttler auf Seite 437 in diesem Heft.

1. Ahnefeld FW, Opderbecke HW. Die Entwicklung der Weiterbildung in der Intensivpflege. *Anaesthesist* 1999;48:465-473.
2. Bauer H. Nichtärztliche Chirurgie-Assistenz durch Chirurgisch Technische Assistenten (CTA). *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Mitteilungen* 2007;(1):59-60.
3. Berufsverband Deutscher Anästhesisten. Zulässigkeit und Grenzen der Parallelverfahren in der Anästhesiologie. *Anästh Intensivmed* 1989;30:56-57.
4. Boucsein M. Neues Berufsbild „Physician Assistant“ in der Diskussion. *Kongressbericht. Schwester Pfleger* 2006;45:430-431.

5. Bock RW. Delegation ärztlicher Aufgaben auf nichtärztliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter - Juristische Aspekte. *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie Mitteilungen* 2007;(1):62-63.
6. Burgard G. Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten. Wer macht Narkose? In: Storm A, Grünwald M (Hrsg.) 1. *Düsseldorfer Anästhesiepflegekongress* 2006:30-31.
7. Gille G. Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus. Ein Thesenpapier des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe DbfK e.V. 2006.
8. Helios-Kliniken GmbH: Medizinischer/r Assistent/in für Anästhesiologie. Eine Weiterqualifizierung der Helios Akademie. Broschüre 2006.
9. Kotlorz T. Narkose von der Krankenschwester? *Die Welt* v. 05.02.2007.
10. Petry FM. Delegation ärztlicher Tätigkeiten in der Anästhesie. Chancen und Risiken. Storm A, Grünwald M (Hrsg.) 1. *Düsseldorfer Anästhesiepflegekongress* 2006:29.
11. Prien T, Biermann E, Van Aken H. Parallelverfahren in der Anästhesie – Ja oder Nein? *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2007;41:62-66.
12. Röhling HW. Delegation ärztlicher Tätigkeiten aus rechtlicher Sicht. Storm A, Grünwald M (Hrsg.) 1. *Düsseldorfer Anästhesiepflegekongress* 2006:34.
13. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung zur Ausbildung von Schwestern und Pflegern für den Anästhesiedienst und in der Intensivpflege. *Informationen* 1968;4:5-14.
14. Sorgatz H. Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für die Fachkrankenpflege. *Anästh Intensivmed* 2005;46:589.
15. Stolecki D. Wo steht die Anästhesiepflege heute? Storm A, Grünwald M (Hrsg.) 1. *Düsseldorfer Anästhesiepflegekongress* 2006:5-8.
16. Ulsenheimer K. Parallelnarkosen. In: *Arztstrafrecht in der Praxis*. 3. Auflage. Heidelberg: C.F. Müller Verlag; 2003:198f,472.
17. Weis E. Mehr Kompetenzen für Pflegekräfte und Arzthelferinnen? *Ärzte Zeitung* v. 05.04.2006.
18. Zindler M, Dudziak R. Über die Ausbildung von Schwestern und Pflegern in der Intensivpflege. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* 1971;2:67-70.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Rafael Dudziak
 Lerchesbergring 17
 60598 Frankfurt am Main
 Deutschland
 E-Mail: profdudziak@web.de