

Zum Beitrag „Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal“ von M. Andreas

Anästhesie durch Nichtanästhesisten – „Des Kaisers neue Kleider?“*

E. Biermann und B. Landauer

„... und da sich die neuen Tage aus dem Schutt der alten bauen, kann ein ungetrübtes Auge rückwärts blickend vorwärts schauen“ (Friedrich Wilhelm Weber / „Dreizehnlinden“).

1963 nahm der damalige Ministerialrat aus dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz, Walther Weißbauer, in "Die Problematik der Schwesternnarkose und die Ausbildung von Anästheseschwestern"¹ zu der seiner Zeit "wiederholt und von verschiedenen Seiten" aufgeworfenen Frage Stellung, "ob es sich empfiehlt, in besonderen Lehrgängen und Kursen Anästheseschwestern auszubilden. Das Ziel einer solchen Ausbildung wäre es, diese Schwestern zu befähigen, die Ausführung von Narkosen neben dem operierenden Arzt zu übernehmen."

Tempi passati? Derzeit wird vor dem Hintergrund des § 63 Abs. 3 c SGB V in der Fassung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes über Modellvorhaben diskutiert, in denen die selbstständige Ausübung von Heilkunde unter bestimmten Voraussetzungen dem Krankenpflegepersonal übertragen werden soll.

Ende der 50er und Anfang der 60er Jahre waren es insbesondere A. W. Fischer und F. Hügin, die, angeregt durch eine Entschließung der Deutschen Schwesterngemeinschaft, dass es nicht zu den Aufgaben einer Schwester gehöre, "Narkosen zu geben", über eine Spezialausbildung zur "Narkosepflegekraft" diskutierten. Während A. W. Fischer eine solche Spezialausbildung wohl eher befürwortete, weil die modernen Narkoseapparate einfacher zu bedienen seien, als es aussähe, widersprach Hügin dem entschieden und meinte, auch die chirurgischen Instrumente seien einfach. Doch so, wie man das Skalpell nur mit klaren Vorstellungen der Anatomie sicher führen könne, sei auch die Narkose nur dann sicher, wenn sie auf der Basis tieferer Kenntnisse der Pharmakologie und der Physiologie gegeben werde.

Weißbauer unterwarf die "Schwesternnarkose" einer rechtlichen Prüfung. Er kommt schon aufgrund der damals geltenden Gesetzeslage zu dem Ergebnis, dass die Narkose eine dem Arzt vorbehaltene Tätigkeit sei. Zwar waren die insgesamt vier Urteile des Bundesgerichtshofs (BGH) zur "Parallelnarkose" noch nicht ergangen, doch hatte das Oberlandesgericht Celle² 1956 bereits festgestellt, dass, "jede Narkose eine Vergiftung des Körpers (ist), die hart an die Grenze des Lebens geht und auch von approbierten Ärzten

nur bei größter Erfahrung und Übung vorgenommen werden kann. Die Stadien, der Verlauf einer Narkose und die Erscheinungen bei Narkosezwischenfällen setzen zu ihrer Beurteilung eine sorgfältige ärztliche Ausbildung voraus."

Weißbauer warnte vor einer Überbewertung des Technisch-Handwerklichen in der Narkose: "Die Schwierigkeiten im Umgang mit solchen Apparaten werden deshalb weniger in ihrer technischen Bedienung liegen, sondern darin, dass nur derjenige sie sinnvoll bedienen kann, der einen tieferen Einblick in die Physiologie und in die Pharmakologie besitzt. Nur der Arzt, am besten der Facharzt für Anästhesie, nicht aber eine Narkoseschwester wird mittels solcher Apparate die differenzierten Wirkungen erzielen können, derentwegen sie konstruiert wurden." Gefordert werden gründliches pathophysiologisches Spezialwissen, gefordert wird "ausreichend klinische Erfahrung, ... genaue Kenntnisse im Gebrauch der komplizierten technischen Apparate und der Kontrollvorrichtung".

Es war ebenfalls Weißbauer, der die Grundsätze der strikten Arbeitsteilung und den Vertrauensgrundsatz für die Abgrenzung der fachlichen und rechtlichen Verantwortung in der interdisziplinären Medizin fruchtbar gemacht hat. Zutreffend verwies er 1963 auf die Verantwortung des operierenden Arztes bei der Arbeitsteilung mit nicht-ärztlichem Personal und die zivil- und strafrechtlichen Konsequenzen für den Operateur. Er zitiert eine Empfehlung des Vorstandes der Deutschen Krankenhausgesellschaft: "Der operierende Arzt trägt die Verantwortung für die gesamte Operation einschließlich der Narkose und der dazu erforderlichen Vorrichtungen, soweit diese nicht – was anzustreben ist – von einem Facharzt für Anästhesie ausgeführt wird. ... Selbst die sorgfältigste Auswahl des nicht-ärztlichen Personals wird den Operateur nicht entlasten können, wenn es etwa Komplikationen

* **Herrn Prof. Dr. med. h.c. Walther Weißbauer zum Geburtstag.**

¹ Der Anästhesist, 12. Band, 5. Heft, Mai 1963, S. 156 ff.

² Urteil v. 10.01.1951, Az.: Sa 146/50; zitiert nach Perret: Arzthaftpflicht, 1956, S. 110 ff. ▶

► gibt." Hierzu Weißbauer: "Dass eine Operation ohne Komplikationen verlaufen wird, lässt sich niemals mit Sicherheit vorhersagen. Ergeben sich beim operativen Eingriff unvorhergesehene Schwierigkeiten, die den operierenden Arzt voll in Anspruch nehmen, so wird diesen Schwierigkeiten in aller Regel zugleich im Bereich der Narkose Rechnung zu tragen sein, also auch hier eine verstärkte ärztliche Tätigkeit erforderlich werden. Vorsorge muss insoweit schon bei der Besetzung der Operationsstaffel getroffen werden."

Aber was ist mit dem angeblichen Ärztemangel? Zwingt er zu Kompromissen? Schlagen wir wiederum nach bei Weißbauer, der in seiner Übersichtsarbeit eine Entschließung des 65. Deutschen Ärztetages von 1962 zitiert, in dem der Deutsche Ärztetag darauf hinweist, der Ärztemangel gehe auf eine "verfehlt Struktur des ärztlichen Dienstes in den Krankenhäusern" zurück, und dass nur durch einen "Strukturwandel des ärztlichen Dienstes die dringend notwendigen Voraussetzungen" für die Attraktivität des ärztlichen Berufes geschaffen werden können. Zudem zieht Weißbauer in Zweifel, dass Versorgungsdefiziten durch Implementierung neuer Ausbildungsgänge kurzfristig begegnet werden könne, da eine "geraume Zeit" verstreicht, bis tatsächlich Absolventen dieser Ausbildungsgänge zur Verfügung stehen.

Damals hat das Fachgebiet weitsichtig den richtigen Weg beschritten. Es wurden, wie in der Entschließung zu den Parallelverfahren vom BDA niedergelegt, Kompromisslösungen im individuellen Fall gefunden. Im Übrigen wurde für die Vermittlung eines gründlichen "patho-physiologischen Spezialwissens" und für "ausreichende klinische Erfahrung" gesorgt, in dem die Aus-, Weiter- und Fortbildung des Anästhesisten in enger Partnerschaft zu speziell weitergebildetem Anästhesie- und Intensivpflegepersonal vorangetrieben wurde. Nur so konnte die Anästhesie – mit ihren weiteren Säulen in der Intensivmedizin, der Notfall- und Rettungsmedizin sowie der Schmerz- und Palliativmedizin – ihren Beitrag zu den immensen Fortschritten der operativen Medizin im Interesse des Patienten, aber auch des Fachgebietes leisten.

Allen Vorwürfen eines "Berufsfundamentalismus" zum Trotz, hat das Fachgebiet sich vor dem Hintergrund der Erfahrungen der vorangegangenen Generation in der aktuellen Diskussion um die Delegation bzw. Übernahme ärztlicher Leistungen in Anästhesie und Intensivmedizin wiederholt zu Wort gemeldet³ und seine Kompetenz zu einer qualitativ hochwertigen und sicheren Patientenversorgung angemahnt.

Zur Gesetzes- und Rechtslage in der Bundesrepublik Deutschland und den Chancen und Grenzen der Delegation haben sich auch Ulsenheimer und Biermann zu Wort gemeldet⁴. Vor dem Hintergrund aktueller Äußerungen des Gutachtens des Sach-

verständigenrates und der bereits angesprochenen aktuellen Novellierung des § 63 Abs. 3 c SGB V hat der Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, Dr. Manfred Andreas, sich noch einmal mit Inhalt und Grenzen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten auf nicht-ärztliches Personal befasst. In aller Deutlichkeit beschreibt er die Konsequenzen, wenn ein Nicht-Arzt im Operationssaal die Narkose allein durchführt. Er spart dabei auch die Haftung des Geschäftsführers nicht aus und skizziert Abwehrmaßnahmen der Mitarbeiter.

Bei allem Verständnis, bei angeblich knappen wirtschaftlichen Reserven neue Wege zu suchen: Man wird keine wissenschaftlichen Studien bemühen müssen, oft reicht der "normale Menschenverstand", um zu befürchten, dass ein Verzicht auf ein gründliches patho-physiologisches Spezialwissen und eine Reduzierung der klinischen Erfahrung, insbesondere in der Beherrschung von Zwischenfällen, nicht zu mehr Sicherheit und Qualität im Gesundheitswesen führen kann. Es lässt sich auch kaum behaupten, mit solchen Modellvorhaben würde nur rationalisiert, vielmehr wird die Zuwendung und Expertise des ärztlichen Spezialisten rationiert. Es droht, dass sie nicht mehr jedem Patienten, der sie benötigt, zugewendet werden kann.

Schlägt man den Bogen von Weißbauer zu Andreas, dann sollte deutlich werden, dass hier nicht einem "berufspolitischen Fundamentalismus" das Wort geredet werden soll, dass es nicht um Erhaltung der Tradition im Sinne der Anbetung der Asche, sondern um das Bestreben geht, das Feuer zu bewahren innerhalb eines gesellschaftlich akzeptierten und etablierten, bewährten ärztlichen Berufsbildes, das seine Qualifikation und die Qualität seiner Leistungen tagtäglich – bei jährlich mindestens 8 Mio. operativen Eingriffen unter Anästhesie – beweisen muss und beweist.

Korrespondenzadresse:

Dr. iur. Elmar Biermann
BDA-Geschäftsstelle
Roritzerstraße 27
90419 Nürnberg, Deutschland
Tel.: 0911 93378-27 / -17
Fax: 0911 3938195
E-Mail: Justitiare@bda-ev.de

³ Ärztliche Kernkompetenz und Delegation in der Intensivmedizin, *Anästh Intensivmed* 2007, 223-227; *Anästh Intensivmed* 2007, 712-714.

⁴ K. Ulsenheimer, E. Biermann: Zur Problematik der Parallelnarkose, *Der Anästhesist* 2007, 4, S. 313 ff.; Prien T, Biermann E, Van Aken H: Parallelverfahren in der Anästhesie - Ja oder Nein? *AINS* 2007, 62-66.