

Ass. Prof. Dr. Georg WERKGARTNER

Präsident der Arbeitsgemeinschaft für Endoskopie in der Chirurgie (AEC) der ÖGC

Universitätsklinik für Chirurgie
Klinische Abteilung für Allgemeinchirurgie
Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 29
8036 Graz
E-Mail: georg.werkgartner@medunigraz.at

Graz, im März 2012

Sedoanalgesie – eigenständige Durchführung durch Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sowie durch Fachärzte für Urologie

Die im Jänner 2012 eingegangene Anfrage der Ärztekammer Vorarlberg bezieht sich auf die Frage der „Rechtmäßigkeit“ von eigenständig, d. h. ohne Beiziehen eines Facharztes für Anästhesiologie und Intensivmedizin, durchgeführten Analgosedierungen durch Fachärzte für Chirurgie, Urologie und Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie.

Im Bereiche der chirurgischen Endoskopie beschäftigen wir uns schon seit längerer Zeit mit dieser Fragestellung und daher erlaube ich mir als Präsident der „Arbeitsgemeinschaft für Endoskopie in der Chirurgie“ (AEC) folgende Stellungnahme abzugeben:

- Wie bereits in der Anfrage richtig ausgeführt, ergibt sich die Abgrenzung des Kompetenzumfanges von Sonderfächern aus der in der Ärzte Ausbildungsordnung 2006 festgelegten Definition des Aufgabengebiets des betreffenden Sonderfaches einschließlich der zugehörigen Additivfächer, sofern in den Übergangsbestimmungen nicht anderes bestimmt wird (§27) und der Verordnung der Österreichischen Ärztekammer über die Ausbildungsinhalte der jeweiligen Sonderfächer.
- Im Falle des Sonderfachs „Chirurgie“ ist in Anlage 6 des §37 der Ärzte Ausbildungsordnung 2006, im 1. Abschnitt Punkt B die verpflichtende Absolvierung von 3 Monaten „Anästhesie und Intensivmedizin“ als Pflichtnebenfach im Rahmen der Facharztausbildung verankert und der Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten in diesem Bereich dadurch gesichert.
- Im Falle des Sonderfaches „Urologie“ kann der Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten in Anästhesie und Intensivmedizin zwar nicht im Rahmen einer verpflichtenden Gegenfachausbildung erworben werden, im Rasterzeugnis ist in diesem Bereich ein entsprechender Erwerb von „Fertigkeiten und Erfahrungen“ auf dem Gebiet der Anästhesie und Intensivmedizin jedoch sehr wohl durch den Ausbildungsverantwortlichen zu bestätigen.
 - unter Punkt B; Zeile 9: „Diagnose und Therapie von Notfallsituationen“
 - sowie unter Punkt B; Zeile 12: „Fachspezifische Schmerztherapie“

- Im Falle des Sonderfachs „Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie“ kann der Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten in Anästhesie und Intensivmedizin zwar ebenfalls nicht im Rahmen der Gegenfachausbildung erworben werden, ihm ist ein verpflichtender Erwerb von Kenntnissen in Punkt A; Zeile 7: „Fachbezogene Grundkenntnisse der Anästhesiologie und Intensivmedizin unter besonderer Berücksichtigung von Physiologie und Pharmakologie“ jedoch wiederum zu bestätigen.
- Die **grundsätzliche** Frage über die Rechtmäßigkeit der eigenständigen Verabreichung von hochwirksamen Analgetika bzw. sedoanalgetischer Wirkstoffkomponenten ist damit ausreichend beantwortet, da in allen o. g. Sonderfächern der Erwerb von Kenntnissen in diesem Bereich vorgeschrieben ist.

Betrachtet man die Entwicklung im Bereich der Sedoanalgesierung im Bereich der chirurgischen / interventionellen Endoskopie so ist auf die Risikoabschätzung und -minimierung ein besonderes Augenmerk zu richten. Im Laufe der Zeit wurden Richtlinien etabliert, die in Zusammenarbeit mit Vertretern der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin entstanden sind.

Die heute in Österreich durchgeführten und allgemein anerkannten Richtlinien zur Anwendung einer „Sedoanalgesie“ im Rahmen von interventionellen endoskopischen Eingriffen wurde in „Endoscopy 2007; 39: 259-262“ publiziert und lassen sich meiner Meinung nach direkt auf die gegenständliche Anfrage anwenden.

Folgende Punkte sind dabei besonders herauszustreichen, da sie allgemeine Gültigkeit besitzen und nicht unbedingt von der Art des Eingriffs oder der Fachrichtung abhängig sind:

Risikofaktoren:

- Beurteilung der Risikofaktoren: Bei der Beurteilung der Risikofaktoren, welche in allgemeine Risikofaktoren und untersuchungsimplicite Risikofaktoren unterteilt werden, ist die international gültige ASA – Klassifikation heran zu ziehen.
- Es hat sich gezeigt, dass im Regelfall bei Patienten der ASA-Klasse I – III Analgosedierungen durch entsprechend geschultes Personal (das kann auch ein Allgemeinmediziner sein) durchgeführt werden kann. Wichtig ist jedoch, dass für die Analgosedierung ein eigener Arzt (Facharzt oder Allgemeinmediziner) zur Verfügung steht.

Monitoring:

- Während der Analgosedierung ist ein adäquates Monitoring durch Puls-Oxymetrie und kontinuierliche, nicht invasive Blutdruckmessung unabdingbar.

Sichere Anwendung von Sedativa & Analgetika:

- Die verschiedenen Grade der Sedierung sind definitionsgemäß zu unterscheiden. Werden Sedierungsgrade erreicht, bei denen die körpereigenen Schutzreflexe stark beeinträchtigt,

oder gar ausgeschaltet sind, muss zwingend und unmittelbar ein Facharzt für Anästhesiologie beigezogen werden.

- Die Kenntnis von Halbwertszeit, Wirkmechanismus und möglichen Nebenwirkungen der angewandten Sedativa und Analgetika ist von großer Bedeutung. Daher sollten die Fort- und Weiterbildungen in diesem Bereich unbedingt gefördert und gefordert werden.
- Es existiert eine hohe Anzahl von Publikationen, die sich mit der sicheren Anwendung von Propofol oder Midazolam in der Analgosedierung befassen und als Basisliteratur herangezogen werden können.

Postinterventionelle Überwachung:

- Ebenfalls unabdingbar ist die „postinterventionelle Überwachung“. Die sedierende Wirkung aller verwendeten Substanzen hält oft weit nach der erfolgten Intervention an. Eine adäquate Überwachung ist bis zum vollständigen Erlangen des Bewusstseins zwingend notwendig. Die Überwachung ist in einem geeigneten Raum mit entsprechender apparativer Ausstattung und durch geschultes Personal durchzuführen.

Forensik:

- Wird bei einem geplanten Eingriff die Durchführung einer Analgosedierung geplant, so ist neben der obligaten chirurgischen Aufklärung für die Analgosedierung eine gesonderte Aufklärung auszufüllen und vom Patienten sowie vom Untersucher zu unterzeichnen.
- Auf eine ausführliche und exakte schriftliche Dokumentation in allen Schritten des Eingriffs, wie z. B. Risikostratifikation, Aufklärung, Medikation, Dekurs und Epikrise ist im Hinblick auf die, aus forensischer Sicht außergewöhnliche Situation besonderer Wert zu legen.
- In der heute geübten Rechtsprechung im Zuge von juristischen Verfahren nach Komplikationen bei Analgosedierung während eines interventionell endoskopischen Eingriffs, gilt der Endoskopiker als Hauptverantwortlicher der gesamten Prozedur. Er ist auch für die Durchführung der Analgosedierung durch einen hilfeleistenden Kollegen verantwortlich.
- Im Rahmen von Gerichtsverfahren, die Zwischenfälle bei der Analgosedierung behandeln, werden die Gutachten von FachärztInnen für Anästhesie und Intensivmedizin erstellt und ausschließlich nach anästhesiologischen Richtlinien beurteilt.

Zusammenfassung

1. Die rechtliche Grundlage zur Durchführung von Analgosedierungen durch Fachärzte für Chirurgie, Urologie und Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie ist aufgrund der geltenden Ausbildungsordnung bzw. den gültigen Rasterzeugnissen der jeweiligen Sonderfächer gegeben, wenn auch noch nicht restlos ausjudiziert.
2. Die oberste Priorität bei der Durchführung einer Analgosedierung muss die Patientensicherheit haben. Die Risikostratifizierung ist nach anästhesiologischen Kriterien und unter Zuhilfenahme der ASA Klassifizierung durchzuführen.

3. Die Analgosedierung von Patienten der ASA-Klassen I-III können von Fachärzten der o.g. Sonderfächer oder von speziell geschulten Allgemeinmedizinern durchgeführt werden.
4. Bei Patienten höherer ASA-Klassen ist die Anwesenheit eines FA für Anästhesiologie zwingend erforderlich.
5. Zwingt der Eingriff die Analgosedierung bis zum Ausfall der körpereigenen Schutzreflexe zu vertiefen, so ist ebenfalls ein Anästhesist unmittelbar beizuziehen.
6. Die Verabreichung der Analgosedierung ist durch einen hilfeleistenden Kollegen durchzuführen und darf nicht durch den Untersucher selbst durchgeführt werden.
7. Diese Person hat alle Obliegenheiten der Überwachung während der Intervention wahrzunehmen.
8. Die postinterventionelle Überwachung muss in entsprechend ausgestatteten Räumlichkeiten erfolgen und vom anwesenden Überwachungspersonal in einer kurzen Epikrise dokumentiert werden.
9. Auf ausführliche und exakte Dokumentation des gesamten Prozesses in Form von Risikostratifikation, Aufklärungsgespräch (Intervention und Analgosedierung gesondert!), Medikation, Epikrise und Dekurs ist besonderer Wert zu legen.
10. Direkte ärztliche postinterventionelle Übergabe des Patienten an den zuständigen Kollegen der jeweiligen Station mit vollständiger schriftlicher Dokumentation.

Die Frage, ob eine eigenständige Durchführung von Sedoanalgesie durch Fachärzte für Chirurgie, Fachärzte für Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie sowie durch Fachärzte für Urologie durchgeführt werden darf, ist meiner Ansicht nach, unter Berücksichtigung der o. g. Punkte mit „Ja“ zu beantworten.

Die Entwicklung im Bereich der interventionellen Endoskopie hat gezeigt, dass die Erarbeitung von Richtlinien in Zusammenarbeit mit Vertretern der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin zielführend sind und die Qualität der Eingriffe dadurch deutlich verbessert werden konnte. Ich empfehle daher allen o. g. Sonderfächern die Kooperation mit der „Anästhesie“ zu suchen und Leitlinien, welche auf die eigenen, speziellen Bedürfnisse abgestimmt sind, zu entwickeln.

Ass. Prof. Dr. Georg Werkgartner
Präsident AEC

Anlagen:

- Anlage 1: Austrian Society of Gastroenterology and Hepatology (ÖGGH) - Guidelines on sedation and monitoring during gastrointestinal endoscopy
- Anlage 2: Leitlinien zur Sedierung bei der Endoskopie
- Anlage 3: Addendum zu den Leitlinien zur Sedierung bei der Endoskopie