

Vereinbarung zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie*

des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen

Die Schmerzbehandlung gehört zu den bedeutsamen interdisziplinären Aufgaben der modernen Medizin. Sie verbessert die Lebensqualität des Patienten und kann die Heilungschancen erhöhen sowie die Behandlungsdauer verkürzen.

Erhebliche Defizite bei der Realisierung des Anspruchs der Patienten auf eine angemessene Schmerzbehandlung sind unverkennbar. Dies gilt auch für die postoperative Schmerztherapie. Sie entspricht auf breiter Basis gegenwärtig weder den Bedürfnissen der Patienten noch den Möglichkeiten der modernen Medizin. Für eine systematische postoperative Schmerztherapie fehlt es sowohl an ärztlichem wie an pflegerischem Personal.

Die beiden Berufsverbände appellieren an die Krankenhausträger, die Kostenträger und alle für die Gesundheitspolitik Verantwortlichen, die strukturellen Voraussetzungen für eine adäquate postoperative Schmerztherapie in unseren Kliniken und Krankenhäusern zu schaffen.

Trotz der schwierigen Personalsituation ist die interdisziplinäre Kooperation in der postoperativen Schmerztherapie in vielen Häusern bereits angelaufen. Dabei stellt sich die Frage nach der zweckmäßigen Organisationsform und der Aufteilung der Verantwortung zwischen Anästhesist und Chirurg sowie zwischen Ärzten und Pflegepersonen.

Die beiden Berufsverbände empfehlen im folgenden Organisationsmodelle für eine mögliche interdisziplinäre Kooperation. Chirurgen und Anästhesisten bleibt es überlassen, durch lokale Absprachen „vor Ort“ das Modell zu wählen, das sich für sie am besten eignet.

1. Definition

Postoperative Schmerztherapie ist die (symptomatische) Behandlung akuter Schmerzzustände,

die (primär) auf das Operationstrauma zurückzuführen sind. Weist der postoperative Schmerz auf Befunde hin, die einer kausalen Therapie bedürfen oder bedürfen können (z. B. intra- oder postoperative Komplikationen), so kann die postoperative Schmerztherapie erst nach näherer diagnostischer Abklärung durch die für eine kausale Therapie zuständigen Fachgebiete begonnen oder fortgesetzt werden.

2. Fachliche Zuständigkeit

Zuständig für die postoperative Schmerztherapie ist

- auf der chirurgischen Bettenstation und auf chirurgisch geleiteten Intensiveinheiten der Chirurg,
- in den Aufwächrräumen und auf Intensivstationen, die unter anästhesiologischer Leitung stehen, der Anästhesist in Zusammenarbeit mit dem Operateur.

Die Mitwirkung des Anästhesisten bei der Schmerztherapie auf der chirurgischen Bettenstation bietet sich an im Rahmen seiner fachlichen Zuständigkeit für „die interdisziplinäre Behandlung von Schmerzzuständen mit den Methoden des Fachgebietes“. Diese Methoden umfassen ebenso die zentrale wie die lokale Schmerzausschaltung.

3. Organisationsmodelle

Als Organisationsmodelle für lokale Absprachen über die interdisziplinäre Kooperation auf chirurgisch geleiteten Bettenstationen und Intensivstationen kommen in Betracht:

* Anästh. Intensivmed. 34 (1993) 28 - 32

3.1 Die Zuziehung des Anästhesisten von Fall zu Fall

- zum schmerztherapeutischen Konsilium,
- zu definierten schmerztherapeutischen Maßnahmen,

3.2 die Übernahme eines durch lokale interdisziplinäre Absprachen abgegrenzten Programms schmerztherapeutischer Leistungen durch den Anästhesisten als mitbehandelnder Arzt,

3.3 die Übertragung der gesamten postoperativen Schmerztherapie auf den Anästhesisten im Rahmen seiner fachlichen Zuständigkeit, also mit den Methoden des Fachgebietes,

3.4 die Einrichtung eines gemeinsamen, fachübergreifenden Schmerzdienstes, dem Anästhesisten und Chirurgen sowie eventuell auch die Vertreter eines oder mehrerer anderer operativer Fächer angehören. Dieser fachübergreifende Schmerzdienst steht unter Leitung und organisatorischer Verantwortung eines Funktionsarztes, der einem der beteiligten Fachgebiete angehört. Bei allen in Betracht kommenden Organisationsmodellen ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit (einvernehmliche Entscheidungen, wechselseitige Informationen) schon deshalb unerlässlich, weil die Schmerztherapie

- die Vigilanz und Mobilität des Patienten nicht unnötig beeinträchtigen soll,
- die Warn- und Leitfunktion des postoperativen Schmerzes ausschalten kann, und damit spezielle Maßnahmen zum Schutz des Patienten, z. B. gegen Schäden durch den Druck fester Verbände, notwendig werden können,
- wegen der potentiellen Nebenwirkungen der Analgetika und Lokalanästhetika die Sicherstellung der sorgfältigen Überwachung der Patienten durch Operateur und Anästhesist erfordert.

4. Ärztliche und rechtliche Verantwortung

Für die Abgrenzung der ärztlichen und rechtlichen Verantwortung zwischen Operateur und

Anästhesist bei der Zusammenarbeit auf der Bettenstation gelten die Grundsätze der strikten Arbeitsteilung und der Vertrauensgrundsatz.

4.1 Der leitende Anästhesist und seine Mitarbeiter führen die Aufgaben, die sie im Rahmen der Kooperation übernehmen, selbständig und in eigener Verantwortung durch. Dabei hat der unmittelbar Handelnde nach dem Prinzip der Eigenverantwortung für die ordnungsgemäße Erfüllung der primären Sorgfaltspflichten einzustehen; der leitende Anästhesist trägt die Organisationsverantwortung für den Einsatz seiner Mitarbeiter auf der Bettenstation (sekundäre Sorgfaltspflichten).

4.2 Führt der Operateur eine Behandlung weiter, die der Anästhesist eingeleitet hat, so trägt er dafür die ärztliche und rechtliche Verantwortung. Bereitet z. B. der Anästhesist in Absprache mit dem Operateur die postoperative Schmerzbehandlung lediglich vor, etwa indem er intraoperativ oder im Aufwachraum einen Dauerkatheter legt, so übernimmt der Operateur mit der Verlegung des Patienten auf die Bettenstation die Verantwortung für die Pflege des Katheters, für die Nachinjektion und für die Überwachung des Patienten.

4.3 Wird ein fachübergreifender Schmerzdienst eingerichtet, so trägt dessen Leiter die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die Organisation der postoperativen Schmerzbehandlung. Die unmittelbare Verantwortung von Chirurg und Anästhesist, die eine schmerztherapeutische Behandlung anordnen und/oder durchführen, bleibt unberührt.

5. Delegation auf nicht-ärztliche Mitarbeiter

Das Stellen von Diagnosen und die Entscheidung über die Gabe von Schmerzmitteln nach Art, Dosis und Applikationsform ist dem Arzt vorbehalten. Delegierbar ist dagegen die Durchführung intramuskulärer sowie intravenöser Injektionen

und von Infusionen auf qualifizierte Krankenschwestern und Krankenpfleger, soweit die Applikation nicht ausnahmsweise (etwa wegen der Art des Medikamentes oder technischer Schwierigkeiten) ärztliche Kenntnisse und Erfahrung erfordert.

Die Durchführung von Regional- und Leitungsanästhesien ist Sache des Arztes. Ärztlich angeordnete Nachinjektionen in den liegenden Peridural- oder Plexuskatheter können nichtärztlichen Mitarbeitern prinzipiell übertragen werden, wenn diese spezielle Kenntnisse und Erfahrung in bezug auf die möglichen Komplikationen der Applikation, Nebenwirkungen der Medikamente und erste Maßnahmen bei Zwischenfällen besitzen. Eine Prüfung dieser Qualifikation vor der Aufgabendelegation ist unerlässlich. Während des Verfahrens muß ein Arzt kurzfristig verfügbar sein.

6. Die Überwachung des Patienten nach schmerztherapeutischer Behandlung

Das zentrale Problem der interdisziplinären Kooperation liegt in der Verantwortung für die Überwachung der Nach- und Nebenwirkungen schmerztherapeutischer Maßnahmen.

6.1 Die Überwachung durch den Anästhesisten

Führt der Anästhesist postoperativ ein abgegrenztes schmerztherapeutisches Programm durch (Modelle 3.1, 3.2), so muß er den Patienten nach der Erstinjektion solange überwachen, bis keine Störungen der Vitalfunktionen mehr zu erwarten sind; die weitere Überwachung sollte Aufgabe des ärztlichen und pflegerischen Personals der Bettenstation sein. Auf spezielle Risikofaktoren hat der Anästhesist das Personal hinzuweisen.

Übernimmt der Anästhesist die postoperative Schmerzbehandlung in toto (Model 3.3), so wird seine Überwachungspflicht in ähnlicher Weise zu limitieren sein, weil ihm für eine zeitlich unbegrenzte Überwachung regelmäßig kein Personal zur Verfügung steht. Zur Sicherstellung der Über-

wachung bedarf es näherer Absprachen zwischen Chirurg und Anästhesist.

6.2 Die Überwachung durch Pflegekräfte

Die „normalen“ Bettenstationen sind oft überfordert, die Überwachung der Patienten auf Nach- und Nebenwirkungen spezieller schmerztherapeutischer Maßnahmen im Anschluß an die ärztliche Überwachung zu übernehmen. Um den künftigen Entwicklungen Rechnung zu tragen, könnten besondere Organisationsformen geschaffen werden, etwa in Form von Überwachungsbereichen mit speziell geschultem Personal.

7. Dokumentation

Die postoperative Schmerztherapie ist zu dokumentieren. Dies gilt für die Anordnung und für die Durchführung schmerztherapeutischer Maßnahmen sowie für etwaige Komplikationen.

8. Wissenschaftlicher und praktischer Fortschritt

Die Anästhesie und die Chirurgie sollten gemeinsam die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der postoperativen Schmerztherapie fördern und Verfahren entwickeln, die das Risiko unerwünschter Wirkungen reduzieren.

9. Lokale interdisziplinäre Absprachen

Die nähere Regelung von Art und Intensität der Zusammenarbeit sowie die konkrete Aufgabenverteilung sind der interkollegialen Absprache „vor Ort“ vorbehalten. Eine Einbeziehung des Krankenhausträgers in solche Absprachen ist schon deshalb unerlässlich, weil es seine Aufgabe als Betriebsinhaber ist, den nach dem jeweiligen Kooperationsmodell benötigten Personal- und Sachaufwand bereitzustellen.

10. Analoge Anwendung

Die empfohlenen Organisationsmodelle eignen sich prinzipiell auch für eine interdisziplinäre Schmerztherapie in der präoperativen Phase und im Rahmen konservativer Behandlung auf chirurgischen Bettenstationen.

Für den Berufsverband Deutscher Anästhesisten:
Dr. med. *Klaus Zinganel*, Präsident

Für den Berufsverband der Deutschen Chirurgen:
Prof. Dr. med. *Karl Hempel*, Präsident