

Vereinbarung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie

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 Krankenhaussträger, die Kostenträger und alle für die Ge-

sundheitspolitik 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 Intensivstationen der Chirurg.
- in den Aufwächräumen und auf Intensivstationen, die unter anästhesiologischer Leitung stehen, die 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:

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 Information) 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 nichtärztliche 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 Erfahrungen erfordert.

Die Durchführung von Regional- und Leitungsanästhesien ist Sache des Arztes. Ärztlich angeordnete Nachinjektionen in den liegenden Peridural- oder Plexuskathe-

ter können nichtärztlichen Mitarbeitern prinzipiell übertragen werden, wenn diese spezielle Kenntnisse und Erfahrungen 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 (Modell 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 Überwachung 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.

men. 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 der postoperativen Schmerztherapie 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 die interdisziplinäre Schmerztherapie in der präoperativen Phase und im Rahmen konservativer Behandlung auf chirurgischen Bettenstationen.

Für den Berufsverband Deutscher Anästhesisten
Dr. med. Klaus Zinganel
Für den Berufsverband der Deutschen Chirurgen
Prof. Dr. med. Karl Hempel

Anmerkungen zur Vereinbarung über die Organisation der postoperativen Schmerztherapie

W. Weißbauer

Die postoperative Schmerztherapie gehört trotz der Vielfalt der heute zur Verfügung stehenden Methoden zu den Stiefkindern der modernen Medizin. Wichtigste Ursache für dieses offensichtliche Defizit ist der Personalmangel in unseren Krankenhäusern.

Das Konzept

Die Vereinbarung appelliert in ihrer Präambel an die gesundheitspolitisch Verantwortlichen, Abhilfe zu schaffen. Daß dies angesichts der Fülle drängender gesundheitspo-

litischer Probleme schwierig ist, kann nicht verkannt werden. Entscheidend ist deshalb die Bereitschaft der Ärzte, sich dieser Aufgabe zu unterziehen, soweit dies nach den konkreten personellen Verhältnissen des einzelnen Hauses möglich ist.

Je knapper die Personaldecke ist, desto wichtiger ist eine zielbewußte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Chirurgen und Anästhesisten. Zweifel über die Abgrenzung der Aufgaben- und Verantwortungsbereiche zwischen den Fachgebieten, aber auch zwischen Ärzten und Pflegepersonal, erschweren die Kooperation und er-

höhen das forensische Risiko. Zunehmend geht es in Arzthaftungsprozessen um den Vorwurf, der Behandlungsmißerfolg und daraus resultierende Gesundheitsschäden beruhen auf Organisationsmängeln.

Das Abkommen stellt deshalb vier Organisationsmodelle vor, die sich in der Intensität der interdisziplinären Kooperation deutlich unterscheiden. Ob Chirurgen und Anästhesisten angesichts der personellen Situation mit einer planmäßigen interdisziplinären Schmerztherapie beginnen können und welches Modell sich dafür am besten eignet, läßt sich nur anhand der spezifischen Verhältnisse des einzelnen Hauses entscheiden und in lokalen Absprachen regeln.

Auch die Organisationsmodelle selbst stehen dabei zur Disposition. Anstelle eines der vier vorgesehenen Modelle können Chirurg und Anästhesist auch eine individuelle, voll auf die Bedürfnisse des eigenen Hauses zugeschnittene Lösung wählen. Alle interdisziplinären Vereinbarungen der beiden Berufsverbände sind subsidiär, d. h. sie gelten nur dann, wenn nicht die unmittelbar an der Zusammenarbeit Beteiligten abweichende Vereinbarungen treffen.

Zum näheren Inhalt der Vereinbarung

Die Definition (Nr. 1) grenzt die akute postoperative Schmerztherapie in Absatz 1 von der Therapie chronischer Schmerzzustände [1] ab und betont den Vorrang der kausalen Therapie.

Die Aufteilung der fachlichen Zuständigkeiten (Nr. 2) bestimmt sich, wie in den anderen Vereinbarungen der beiden Berufsverbände, nach den Bettenbereichen, in denen sich die Patienten im Zeitpunkt der Behandlung jeweils befinden.

Die Organisationsmodelle (Nr. 3) reichen von der eng auf den Einzelfall begrenzten Kooperation nach 3.1 bis zur Einrichtung gemeinsamer Schmerzdienste nach 3.4.

Nach Modell 3.1 wird der Anästhesist auf chirurgisch geleiteten Bettenstationen und Intensiveinheiten schmerztherapeutisch nur tätig, wenn der Chirurg ihn im Einzelfall zuzieht. Der Aufgabenbereich des Anästhesisten ist dabei auf die schmerztherapeutischen Maßnahmen begrenzt, die durch die lokalen Absprachen festgelegt werden.

Modell 3.2 bindet den Anästhesisten insoweit stärker in die Schmerztherapie auf den chirurgischen Betteneinheiten ein, als er ein abgegrenztes Programm schmerztherapeutischer Leistungen als mitbehandelnder Arzt generell übernimmt und nicht nur aufgrund Zuziehung im Einzelfall. Er muß in diesem Modell aus eigener Initiative tätig werden.

Modell 3.3 geht noch einen Schritt weiter. Der Anästhesist übernimmt die Schmerztherapie mit den Methoden seines Fachgebietes ohne Begrenzung auf einen Katalog. Nach Nr. 2 Abs. 2 der Vereinbarung umfassen die Methoden des Fachgebietes sowohl die zentrale als auch die lokale Schmerzausschaltung.

Modell 3.4 weicht mit der Einrichtung gemeinsamer fachübergreifender Schmerzdienste – ähnlich wie dies mit der Einrichtung interdisziplinärer Intensiveinheiten ge-

schehen ist – von der sonst üblichen Aufgabenverteilung zwischen den Fachabteilungen/Kliniken ab. Um im Rahmen der fachübergreifenden Versorgung kein Vakuum in den Leitungs- und Organisationsstrukturen entstehen zu lassen, wird durch die lokalen Absprachen festgelegt werden müssen, wem die ärztlich-organisatorische Leitung des gemeinsamen Dienstes übertragen wird. Der Leiter des Dienstes hat die fachlichen Weisungsrechte und Weisungspflichten gegenüber den in den gemeinsamen Schmerzdienst integrierten Mitarbeitern (vgl. Nr. 4.3 der Vereinbarung).

Die postoperative Schmerztherapie ist nicht frei von Risiken. Nr. 3 der Vereinbarung weist in Absatz 2 auf diese Risiken und die Notwendigkeit enger interdisziplinärer Zusammenarbeit bei der Planung und Durchführung der Schmerztherapie hin.

Die Aussagen in Nr. 4 über die ärztliche und rechtliche Verantwortung für die Anordnung und Durchführung schmerztherapeutischer Maßnahmen beruhen auf den Grundsätzen der strikten Arbeitsteilung und dem Vertrauensgrundsatz, also auf den durch die Rechtsprechung wiederholt bestätigten Kooperationsprinzipien, die auch den anderen interdisziplinären Vereinbarungen der beiden Berufsverbände zugrunde liegen.

Auf der chirurgischen Bettenstation entscheidet der Chirurg bei einer Zusammenarbeit nach Modell 3.1, ob er den Anästhesisten zuzieht. Tut er dies, so trägt der Anästhesist die volle ärztliche und rechtliche Verantwortung für seine Maßnahmen; der Chirurg darf sich in den Grenzen des Vertrauensgrundsatzes darauf verlassen, daß der Anästhesist die nach den Standards seines Fachgebietes erforderliche Sorgfalt wahrt und dabei auch eine etwaige Erhöhung der chirurgischen Behandlungsrisiken in Rechnung stellt, die sich aus der postoperativen Schmerztherapie ergeben können.

Der Wechsel von Zuständigkeiten bei der Verlegung des Patienten aus dem Verantwortungsbereich des Chirurgen in den des Anästhesisten und umgekehrt ist mit den typischen Risiken der Arbeitsteilung (Koordinationsmängel, Verständigungsfehler) belastet. Der Chirurg wird deshalb bei der postoperativen Rückverlegung des Patienten auf die Bettenstation prüfen, ob er vom Anästhesisten eingeleitete schmerztherapeutische Maßnahmen unter eigener Verantwortung fortsetzen will. Verneint er dies, so sollte er entsprechend reagieren, also z. B. einen Dauerkatheter für die Peridural- oder Plexusanästhesie ziehen bzw. vom Anästhesisten ziehen lassen.

Umgekehrt hat der Anästhesist den Chirurgen bei der Verlegung des Patienten vom Aufwachraum auf die chirurgische Betteneinheit über etwaige risikoe erhöhende Umstände zu informieren, die für die Fortsetzung der schmerztherapeutischen Behandlung von Bedeutung sein können.

Zu Nr. 5: Die Zulässigkeit der Delegation von Injektionen und Infusionen an Pflegepersonal innerhalb der in Abs. 1 aufgezeigten Grenzen ist heute allgemein anerkannt. Von der forensischen Zulässigkeit der Delegation ist strikt die Frage nach ihrer arbeitsrechtlichen Durchsetzbarkeit zu unterscheiden. Selbst wenn diese aber eindeutig zu bejahen ist, kann sich der Krankenhausträger kraft seiner Organisationsgewalt wegen der Personalsi-

tuation, aber z. B. auch aus anderen (z. B. krankenhauspolitischen) Gründen, gegen die Delegation entscheiden.

In der speziellen Frage, ob Nachinjektionen in den liegenden Peridural- oder Plexuskatheter aus forensischer Sicht zulässig sind, gibt es noch divergierende Standpunkte. Die Vereinbarung bejaht die Zulässigkeit der Delegation auf qualifizierte Pflegekräfte unter strengen Kautelen, ähnlich wie bereits die Vereinbarung über die Zusammenarbeit in der operativen Gynäkologie und in der Geburtshilfe [2].

Zu Nr. 6: Als schwerstes Handicap einer effizienten postoperativen Schmerztherapie erweist sich die Überwachung der Patienten auf Nach- und Nebenwirkungen der Analgetika und Anästhetika. Der Mangel an qualifizierten Pflegekräften setzt in vielen Häusern der postoperativen Schmerztherapie enge Grenzen.

Auszugehen ist von dem Grundsatz, daß der Arzt, der eine invasive Behandlung durchführt, auch für die Überwachung des Patienten auf etwaige Komplikationen zu sorgen hat und für die Zwischenfallstherapie zuständig ist. Da der Anästhesist auf den chirurgischen Bettenstationen und fachgebundenen Intensiveinheiten nicht über eigenes Personal verfügt, geht die Vereinbarung davon aus, daß die unmittelbare Überwachungspflicht des Anästhesisten – unabhängig vom Organisationsmodell –, nach schmerztherapeutischen Maßnahmen endet, sobald keine Störungen der Vitalfunktionen mehr zu erwarten sind; die weitere Überwachung obliegt dem ärztlichen und pflegerischen Personal der Bettenstation.

Diese Aufgabenverteilung mag zunächst überraschen; eine durchaus vergleichbare Situation entsteht jedoch routinemäßig bei der Verlegung von Patienten aus dem Aufwachraum auf die Bettenstation. Die Einrichtung von Überwachungsbereichen auf chirurgischen Bettenstationen mit speziell geschultem Personal käme allen Patienten zugute, die postoperativ einer engmaschigen Überwachung bedürfen. Zugleich könnten damit die Intensiveinheiten von Überwachungsaufgaben entlastet werden.

Zu 7: Die Dokumentation dient nach wie vor primär Zwecken der Behandlung; dabei ist sie sehr viel mehr als eine Gedächtnisstütze für den behandelnden Arzt. Je größer die Gefahr der Koordinationsmängel und Verständigungsfehler durch eine vielschichtige Arbeitsteilung wird, desto bedeutsamer wird die Funktion ärztlicher und pflegerischer Dokumentation für die wechselseitige Information über Maßnahmen zur Überwachung, Behandlung und Pflege des Patienten. Bei der postoperativen Schmerztherapie bestehen enge Berührungspunkte zwischen der symptomatischen und kausalen Therapie;

Chirurgen und Anästhesisten, aber auch Ärzte und Pflegekräfte, sind hier auf wechselseitige Informationen dringend angewiesen.

Nach neuerer Rechtsprechung dient die Dokumentation darüber hinaus der Rechenschaftslegung gegenüber dem Patienten. In Arzthaftungsprozessen ist eine sorgfältige Dokumentation als Beweismittel unentbehrlich.

Zu 8: Die postoperative Schmerztherapie ist noch im Aufbau begriffen. Ihr interdisziplinärer Charakter legt eine Zusammenarbeit zwischen den Fachgebieten ebenso in der Wissenschaft und Forschung wie in der praktischen Weiterentwicklung nahe. Die beiden Berufsverbände werden deshalb ein erstes gemeinsames Symposium zur postoperativen Schmerztherapie bereits am 12./13. Februar 1993 durchführen.

Zu 9: Das Grundkonzept der Vereinbarung, daß die Entscheidung über das ob und wie der interdisziplinären Kooperation freiwilligen lokalen Absprachen der betreffenden Ärzte vorbehalten bleiben muß, wird hier noch einmal betont.

Die Einbeziehung der Krankenhausträger in solche lokale Absprachen ist schon deshalb unerlässlich, weil sie die Aufgabenverteilung im Krankenhaus betreffen. Sie bedürfen seiner Billigung als Betriebsinhaber, der die Organisationsverantwortung für das gesamte Krankenhaus trägt.

Zu 10: Das Bedürfnis für die Behandlung akuter Schmerzzustände besteht auch in der präoperativen Phase, etwa bei schmerzhaften Verletzungen, und im Rahmen konservativer chirurgischer Behandlung. Es bietet sich an, hier nach den gleichen Organisationsmodellen zusammenzuarbeiten wie bei der postoperativen Schmerztherapie.

Die Organisationsmodelle der Vereinbarung sind auf die stationäre Behandlung zugeschnitten, sie lassen sich nicht analog auf die ambulante Kooperation zwischen niedergelassenen Chirurgen und Anästhesisten anwenden. Für den ambulanten Bereich sollten deshalb spezielle Kooperationsmodelle erarbeitet werden.

Literatur

1. Ihre Definition findet sich in Nr. 1 der Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, Anästh. Intensivmed. 1991, S. 93 f
2. Anästh. Intensivmed. 1988, S. 143 f., B 3

Prof. Dr. med. h. c. W. Weißbauer
Wendemuthstraße 5
W-2000 Hamburg 70