

Anmerkung

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

W. Weißauer

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 gesundheitspolitischer 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 erhöhen das forensische Risiko. Zunehmend geht es in Arzthaftungsprozessen um den Vorwurf, der Behandlungsmißerfolg und daraus resultierende Gesundheitsschäden beruhe 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

Zu Nr. 1:

Die Definition grenzt die akute postoperative Schmerztherapie in Absatz 1 von der Therapie chronischer Schmerzzustände¹⁾ ab und betont den Vorrang der kausalen Therapie.

Zu Nr. 2:

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

Zu Nr. 3:

Die Organisationsmodelle 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 Intensivein-

* Anästh. Intensivmed. 34 (1993) 30 - 32

¹⁾ Ihre Definition findet sich in Nr. 1 der Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie, Anästh. Intensivmed. 32 (1991) 93; Vgl. Seite 405 (die Red.)

heiten 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 Intensivseinheiten geschehen 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).

Zu Nr. 4:

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 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 Krankenträger kraft seiner Organisationsgewalt wegen der Personalsituation, aber auch aus anderen (z. B. krankenhausp-

litischen) Gründen gegen die Delegation entscheiden.

In der speziellen Frage, ob Nachinjektionen in den liegenden Peridural- oder Plexuskatheter aus forensicher 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 Zwischenfalltherapie zuständig ist. Da der Anästhesist auf den chirurgischen Bettenstationen und fachgebundenen Intensivseinheiten 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 Intensivseinheiten von Überwachungsaufgaben entlastet werden.

Zu Nr. 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 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 Nr. 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 haben deshalb ein erstes gemeinsames Symposium zur postoperativen Schmerztherapie am 12./13. Februar 1993 in Nürnberg durchgeführt.

Zu Nr. 9:

Das Grundkonzept der Vereinbarung, daß die Entscheidung über das Ob und Wie der interdisziplinären Kooperation freiwilligen lokalen Absprachen der beteiligten 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.

²⁾ Anästh. Intensivmed. 29 (1988) 143 - 146

Zu Nr. 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.