

Formulierungshilfen zur Umsetzung der Organisationsmodelle zur postoperativen Schmerztherapie in bettenführenden Kliniken/Abteilungen*

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

Präambel

Der Anspruch des Patienten auf eine adäquate, d.h. den Leistungsstandards der jeweiligen Fachgebiete entsprechende intra- und postoperative Schmerztherapie ist nicht nur eine berufsrechtliche, in der ärztlichen Aufgabe zur Leidenslinderung abgebildete Standespflicht, sondern wird jedem Patienten zugleich aufgrund des Behandlungsvertrages zivilrechtlich geschuldet. Das Unterlassen einer fachlich gebotenen, ausreichenden Schmerztherapie kann nicht nur berufs-, sondern auch zivil- und im Extremfall strafrechtliche Konsequenzen haben.

Um insbesondere die postoperative Akutschmerztherapie zu optimieren, haben der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) und der Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) bereits 1992 die „Vereinbarung zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie“ geschlossen, die anschließend noch einmal wiedergegeben wird¹⁾.

In dieser Vereinbarung wird der interdisziplinäre Ansatz einer modernen postoperativen Schmerztherapie hervorgehoben. Es werden zudem Modelle zur Organisation der interdisziplinären Schmerztherapie unter Berücksichtigung der Grenzen der Fachgebiete und der ärztlichen Verantwortung auf den verschiedenen Stationen aufgezeigt, mit der die Aufgaben und die Verantwortung in der interdisziplinären Kooperation jeweils in Abhängigkeit von der Situation und den Möglichkeiten fachlich und rechtlich vor Ort abgegrenzt werden können. Diese Organisationsmodelle haben in der Folgezeit viel Zuspruch erfahren. Unsicherheiten zeigten sich in der Ausformulierung der in Ziffer 9 der

Vereinbarung empfohlenen schriftlichen Fixierung der interkollegialen Absprache vor Ort über „die nähere Regelung von Art und Intensität der Zusammenarbeit sowie die konkrete Aufgabenverteilung“, die dem Krankenhausträger mit der Bitte um Zustimmung zuzuleiten ist.

Die nachstehend abgedruckten, von Weißauer erarbeiteten Formulierungshilfen, die den 1992 empfohlenen Organisationsmodellen 3.1, 3.2 und 3.4 entsprechen, sind als praktische Hilfen gedacht, die ihrerseits wiederum genug Raum für individuelle Abweichungen vor Ort lassen.

Prof. Dr. med. *B. Landauer*
– Präsident des BDA –

Prof. Dr. med. *M.-J. Polonius*
– Präsident des BDC –

* Anästh. Intensivmed. 45 (2004) 467 - 472

¹⁾ siehe Seite 393

Organisation der postoperativen Schmerztherapie auf bettenführenden Kliniken/Abteilungen

Mustervereinbarung Modell 3.1

Zuziehung des Anästhesisten von Fall zu Fall

Die Klinik / Abteilung _____
und (bitte chirurgische Einheit bezeichnen)

die Klinik / Abteilung _____
(bitte anästhesiologische Einheit bezeichnen)

vereinbaren folgende interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der akuten postoperativen Schmerztherapie:

1. Aufgabenabgrenzung

Die postoperative Schmerztherapie auf der chirurgischen Bettenstation und auf der chirurgisch geleiteten Intensivstation ist Aufgabe der chirurgischen Klinik/Abteilung. Sie zieht die anästhesiologische Klinik/Abteilung von Fall zu Fall zum schmerztherapeutischen Konsil und/oder zu definierten schmerztherapeutischen Maßnahmen zu.

1.1 Zuziehung zum Schmerzkonsil

Bei der Zuziehung zum Konsil entscheidet die chirurgische Klinik/Abteilung über die Umsetzung der von der anästhesiologischen Klinik/Abteilung vorgeschlagenen Maßnahmen; sie trägt die volle ärztliche und rechtliche Verantwortung für die Planung, Indikationsstellung und Durchführung der schmerztherapeutischen Maßnahmen.

Die zugezogene Klinik/Abteilung trägt die Verantwortung für die sorgfältige Beratung im Rahmen des Konsils.

1.2 Zuziehung zur Schmerztherapie

Bei der Zuziehung zu definierten schmerztherapeutischen Maßnahmen (z.B. zu rückenmarksnahen Anästhesien oder peripheren Nervenblockaden) führt die zugezogene Klinik diese Maßnahmen nach Prüfung der Indikation und etwaiger Kontraindikationen selbständig und in voller eigener Verantwortung durch. Der von der zugezogenen Klinik/Abteilung damit beauftragte Anästhesist legt die Analgesie an und überwacht sie solange, bis keine Störungen der Vitalfunktionen mehr zu erwarten sind.

Die weitere Überwachung sowie das eventuelle Nachspritzen und das Entfernen eines liegenden Katheters ist – soweit nichts anderes vereinbart wird – Aufgabe des ärztlichen und pflegerischen Personals der bettenführenden Klinik/Abteilung. Auf spezielle Risikofaktoren bei der Weiterführung und Überwachung der Analgesie (z.B. bei einer rückenmarksnahen Katheteranästhesie) hat der Anästhesist das Personal der bettenführenden Station hinzuweisen.

2. Anwendung der Grundsätze für die interdisziplinäre Arbeitsteilung

Im Übrigen gelten für die Abgrenzung der Aufgaben und der Verantwortung zwischen den Kliniken/Abteilungen die in den interdisziplinären Vereinbarungen festgelegten Grundsätze und speziell die Grundsätze der Vereinbarung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie von 1993 (Anästh Intensivmed 34 (1993) 28-32).

3. Inkrafttreten und Aufhebung der Vereinbarung

Diese Vereinbarung sowie ihre Aufhebung bedürfen der Zustimmung des Krankenhausträgers. Die Vereinbarung tritt mit der Zustimmung des Krankenhausträgers in Kraft.

Die Vereinbarung kann von beiden Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt vorbehalten.

Unterschrift chirurg. Klinik/Abt.

Unterschrift anästh. Klinik/Abt.

Organisation der postoperativen Schmerztherapie auf bettenführenden chirurgischen Kliniken/Abteilungen

Mustervereinbarung Modell 3.2

Übernahme eines abgegrenzten Programmes schmerztherapeutischer Leistungen durch den Anästhesisten

Die Klinik / Abteilung _____
und (bitte chirurgische Einheit bezeichnen)

die Klinik / Abteilung _____
(bitte anästhesiologische Einheit bezeichnen)

vereinbaren folgende interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der akuten postoperativen Schmerztherapie:

1. Abgrenzung der Aufgaben

Die anästhesiologische Klinik/Abteilung übernimmt postoperativ die Planung und Durchführung der im nachfolgenden Verzeichnis angekreuzten schmerztherapeutischen Maßnahmen auf der chirurgischen Bettenstation und auf der chirurgisch geleiteten Intensivstation (im folgenden „Bettenstation“) in voller ärztlicher und rechtlicher Verantwortung.

_____ (hier sollten bereits im Muster die wichtigsten Verfahren vorgegeben werden, die spezifische anästhesiologische Kenntnisse und Erfahrungen erfordern)

Weitere Verfahren:

Die Übernahme der Schmerztherapie schließt das Nachspritzen in liegende Katheter und ihre Entfernung nach Beendigung der Schmerzbehandlung sowie die Behandlung etwaiger Komplikationen der anästhesiologischen Verfahren ein.
Die anästhesiologische Klinik/Abteilung verordnet bei den von ihr betreuten Patienten ggf. auch zusätzliche systemische Analgetika; um Doppelmedikationen zu vermeiden, verordnet die Bettenstation Analgetika bei diesen Patienten nur in Absprache mit der anästhesiologischen Klinik/Abteilung.

2. Überwachung der Patienten

Der von der anästhesiologischen Klinik/Abteilung beauftragte Anästhesist legt bei den in Nr. 1 Abs. 1 aufgeführten Verfahren die Analgesie an und überwacht sie solange, bis keine Störungen der Vitalfunktionen mehr zu erwarten sind.

Für die weitere Überwachung gilt

Alternative 1

Die Routineüberwachung der postoperativen Schmerztherapie bleibt Aufgabe der Bettenstation. Sie informiert die anästhesiologische Klinik/Abteilung unverzüglich über etwaige Komplikationen und über Anzeichen, die auf mögliche Komplikationen hinweisen (z.B. Entzündungen der Einstichstelle).

Die anästhesiologische Klinik/Abteilung führt bei den von ihr betreuten Schmerzpatienten in Absprache mit der Bettenstation eine tägliche Routinevisite durch sowie – wenn erforderlich – spezielle Visiten bei einzelnen Patienten und informiert das Personal der Bettenstation laufend über Therapieveränderungen sowie über mögliche Komplikationen des jeweiligen schmerztherapeutischen Verfahrens und ihre Anzeichen.

Alternative 2

Die anästhesiologische Klinik/Abteilung übernimmt auch die laufende Überwachung der von ihr betreuten Schmerzpatienten auf der Bettenstation. Sie führt ihre Routinevisiten in Absprache mit der Bettenstation durch.

Die Bettenstation informiert die anästhesiologische Klinik/Abteilung über Komplikationen oder Anzeichen möglicher Komplikationen, die sie bei der ärztlichen oder pflegerischen Versorgung des Patienten feststellt.

folgende spezielle lokale Absprache

3. Anwendung der Grundsätze für die interdisziplinäre Arbeitsteilung

Im Übrigen gelten für die Abgrenzung der Aufgaben und der Verantwortung zwischen den Kliniken/Abteilungen die in den interdisziplinären Vereinbarungen festgelegten Grundsätze und speziell die Grundsätze der Vereinbarung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie von 1993 (Anästh Intensivmed 34 (1993) 28-32).

4. Inkrafttreten und Aufhebung der Vereinbarung

Diese Vereinbarung sowie ihre Aufhebung bedürfen der Zustimmung des Krankenhausträgers. Die Vereinbarung tritt mit der Zustimmung des Krankenhausträgers in Kraft.

Die Vereinbarung kann von beiden Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt vorbehalten.

Unterschrift chirurg. Klinik/Abt.

Unterschrift anästh. Klinik/Abt.

Organisation der postoperativen Schmerztherapie auf bettenführenden chirurgischen Kliniken/Abteilungen

Mustervereinbarung Modell 3.4

Aufgabenübertragung auf den Akutschmerzdienst

Die Klinik / Abteilung _____
und (bitte chirurgische Einheit bezeichnen)

die Klinik / Abteilung _____
(bitte anästhesiologische Einheit bezeichnen)

vereinbaren folgende interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der akuten postoperativen Schmerztherapie:

1. Abgrenzung von Aufgaben und Verantwortung

Die chirurgische Klinik/Abteilung überträgt dem Akutschmerzdienst die postoperative Schmerztherapie auf der Bettenstation und auf der chirurgisch geleiteten Intensivstation (im folgenden „Bettenstation“) im Rahmen und in den Grenzen folgender Alternativen:

1.1

Der Akutschmerzdienst ordnet bei den Patienten der Bettenstation die postoperative Schmerztherapie an und gibt schriftliche Standards für die Durchführung der Schmerztherapie heraus, die auf der Bettenstation hinterlegt werden und von den Ärzten und dem Pflegepersonal jederzeit eingesehen werden können. Der Akutschmerzdienst erteilt weiter die generellen und individuellen Anweisungen für die Durchführung der Schmerztherapie, überwacht die Durchführung der Schmerztherapie und dokumentiert sie.

Der Akutschmerzdienst hält regelmäßige Schulungen für die Ärzte und Pflegepersonen der Bettenstationen ab und führt mit ihnen gemeinsam eine tägliche Visite durch.

Der Akutschmerzdienst trägt die Anordnungs- und Organisationsverantwortung für die Schmerztherapie; Ärzte und das Pflegepersonal der Bettenstation tragen die Durchführungsverantwortung.

1.2

Der Akutschmerzdienst übernimmt die Planung, Indikationsstellung und Durchführung der Schmerztherapie auf der Bettenstation in voller ärztlicher und rechtlicher Verantwortung.

Die Übernahme der Schmerztherapie schließt das Nachspritzen in liegende Katheter und ihre Entfernung nach Beendigung der Schmerzbehandlung sowie die Behandlung etwaiger Komplikationen der anästhesiologischen Verfahren ein.

Der Akutschmerzdienst legt die Analgesie an und überwacht sie solange, bis keine Störungen der Vitalfunktionen mehr zu erwarten sind.

Die Routineüberwachung der postoperativen Schmerztherapie bleibt Aufgabe der Bettenstation. Sie informiert die anästhesiologische Klinik/Abteilung unverzüglich über etwaige Komplikationen und über Anzeichen, die auf Komplikationen hinweisen (z.B. Entzündungen der Einstichstelle).

Die anästhesiologische Klinik/Abteilung führt bei den von ihr betreuten Schmerzpatienten in Absprache mit der Bettenstation eine tägliche Routinevisite durch sowie – wenn erforderlich – spezielle Visiten bei einzelnen Patienten und informiert das Personal der Bettenstation laufend über Therapieveränderungen sowie über mögliche Komplikationen des jeweiligen schmerztherapeutischen Verfahrens und ihre Anzeichen.

2. Organisation des Akutschmerzdienstes

Der Akutschmerzdienst wird mit Mitarbeitern der chirurgischen und anästhesiologischen Kliniken/Abteilungen besetzt, die für diese Aufgaben fachlich qualifiziert sind.

Als Leiter des Akutschmerzdienstes wird bestellt ein Mitarbeiter

der chirurgischen Klinik/Abteilung

der anästhesiologischen Klinik/Abteilung

im turnusmäßigen Wechsel jeweils für Monate/Jahre ein Mitarbeiter einer der beiden Kliniken/Abteilungen.

3. Anwendung der Grundsätze für die interdisziplinäre Arbeitsteilung

Im Übrigen gelten für die Abgrenzung der Aufgaben und der Verantwortung zwischen den Kliniken/Abteilungen die in den interdisziplinären Vereinbarungen festgelegten Grundsätze und speziell die Grundsätze der Vereinbarung des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie von 1993 (Anästh Intensivmed 34 (1993) 28-32).

4. Inkrafttreten und Aufhebung der Vereinbarung

Diese Vereinbarung sowie ihre Aufhebung bedürfen der Zustimmung des Krankenhausträgers. Die Vereinbarung tritt mit der Zustimmung des Krankenhausträgers in Kraft.

Die Vereinbarung kann von beiden Vertragspartnern mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt vorbehalten.

Unterschrift chirurg. Klinik/Abt.

Unterschrift anästh. Klinik/Abt.