

Vereinbarung über die interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Schmerztherapie*

des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie

1. Definitionen

Schmerztherapie im weiteren (umfassenden) Sinne ist die Beseitigung oder Linderung von Schmerzen

- jeder Art und Genese,
- mit allen dafür interdisziplinär verfügbaren Methoden,
- sowohl in der Form der kausalen als auch der symptomatischen Therapie.

Schmerztherapie im engeren Sinne ist die Diagnose und Behandlung chronischer Schmerzzustände, bei denen der Schmerz seine Leit- und Begleitfunktion verloren und selbständigen Krankheitswert erlangt hat oder bei einem inkurablen Grundleiden zum beherrschenden Symptom geworden ist.

2. Interdisziplinäre Aufgabenteilung

2.1 Die Schmerztherapie ist eine interdisziplinäre Aufgabe, an der die einzelnen Fachgebiete in Diagnose und Therapie mit ihren fachspezifischen Methoden mitwirken. Es gibt keine umfassende Zuständigkeit eines Fachgebietes für die gesamte Schmerztherapie.

2.2 In der interdisziplinären Zusammenarbeit fallen Diagnose und Therapie des Grundleidens in die Kompetenz des dafür zuständigen Arztes. Hierzu gehört auch eine symptomatische Schmerzbehandlung.

Der Orthopäde sollte den Anästhesisten zur Behandlung mit den Methoden seines Fachgebietes zuziehen, wenn dieser über die speziellen Kenntnisse und Erfahrungen

- in den im konkreten Fall angezeigten anästhesiologischen bzw. algesiologischen Methoden und/oder
- in der Koordination der interdisziplinären Schmerztherapie verfügt, so insbesondere bei problematischen Schmerzzuständen mit sich

abzeichnendem oder ausgeprägtem algogenem Psychosyndrom.

2.3 Der auf die Schmerztherapie spezialisierte Anästhesist sollte seinerseits, je nach dem Ergebnis der Schmerzanalyse, den Orthopäden zur Mitbehandlung zuziehen, wenn dessen spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnose oder Therapie benötigt werden.

2.4 Bei akuten Schmerzzuständen, die zur Chronifizierung neigen, wie z. B. vom sympathischen Nervensystem unterhaltenen Algopathien und Algodystrophien sowie Deafferenzierungsschmerzen, sollte der Patient möglichst frühzeitig in die Behandlung eines in der Blockadetherapie erfahrenen Schmerztherapeuten überwiesen werden.

3. Institutionalisierte interdisziplinäre Kooperation

Um eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Schmerztherapie zu gewährleisten, werden beide Berufsverbände künftig

- die gemeinsame Erörterung schmerztherapeutischer Themen auf wissenschaftlichen Veranstaltungen,
- die Einrichtung interdisziplinärer schmerztherapeutischer Kolloquien an den Universitätskliniken, Krankenhäusern und Praxen,
- die Herstellung engerer Kontakte zwischen den Ärzten ihrer Fächer systematisch fördern.

4. Sicherstellung qualifizierter Versorgung der Schmerzpatienten

In der Bundesrepublik Deutschland besteht ein erhebliches Defizit bei der stationären und ambulanten Versorgung chronisch Schmerzkranker.

* Anästh. Intensivmed. 32 (1991) 93

Für die stationäre Schmerztherapie sollten spezielle Betteneinheiten zur Verfügung gestellt und die interdisziplinäre Behandlung durch schmerztherapeutisch erfahrene Ärzte beider Fachgebiete gefördert werden.

Die Qualität schmerztherapeutischer Leistungen ist durch die Einführung von Standards und Qualitätskontrollen zu sichern.

5. Vergütung der Schmerztherapie

Die Behandlung chronisch Schmerzkranker durch erfahrene Schmerztherapeuten erfordert einen hohen Zeitaufwand für die Diagnose (Schmerz-anamnese, Schmerzanalyse) sowie für die Planung der Therapie und die Kontrolle des Therapieerfolgs. Für diese Leistungen gibt es nach den geltenden Gebührenordnungen keine angemessene Vergütung. Beide Berufsverbände werden für eine Ergänzung der Gebührenordnungen um Leistungen eintreten, deren Berechnung an Qualitätsstandards gebunden sein soll.

gez. Dr. G. Holfelder

1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie

gez. Dr. K. Zinganell

Präsident des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten