

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 wird.

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 –

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 Aufwachräumen 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 Intensiveinheiten 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 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, selbstständig 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).

* aus: Anästh Intensivmed 34 (1993) 28-32

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* (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. 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 Zinganell, Präsident

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

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 Bettstation 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 selbstständig 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 ver einbart 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 Bettstation und auf der chirurgisch geleiteten Intensivstation (im folgenden „Bettstation“) im Rahmen und in den Grenzen folgender Alternativen:

1.1

Der Akutschmerzdienst ordnet bei den Patienten der Bettstation die postoperative Schmerztherapie an und gibt schriftliche Standards für die Durchführung der Schmerztherapie heraus, die auf der Bettstation 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 Bettstationen 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 Bettstation tragen die Durchführungsverantwortung.

1.2

Der Akutschmerzdienst übernimmt die Planung, Indikationsstellung und Durchführung der Schmerztherapie auf der Bettstation 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 Bettstation. 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 Bettstation eine tägliche Routinevisite durch sowie – wenn erforderlich – spezielle Visiten bei einzelnen Patienten und informiert das Personal der Bettstation 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.