

CHIRURGENMAGAZIN

Heft 57 | Ausgabe 3.2012 | ISSN 1611-5198 | Preis 12,00 Euro



Für den niedergelassenen Chirurgen

Schmerztherapie

Einfache Maßnahmen für eine wirksame Analgesie



Praxismarketing

Patientenkommunikation im Zeitalter des Internets

Medizinrecht

Rechtliche Rahmenbedingungen für die Aufbereitung von Medizinprodukten

Abrechnung

Ein neuer EBM steht ins Haus – oder: Retten, was noch zu retten ist...

Schmerztherapie

Perioperatives Schmerzmanagement bei ambulanter Arthroskopie

Der ambulante Operateur kann alle Prozesse der Operation analysieren und beeinflussen. Hierzu zählt auch das Schmerzmanagement. Eine Optimierung des Umfeldes mindert das Schmerzempfinden des Patienten – sofern sich der Chirurg als Dienstleister und nicht als „Halbgott in Weiß“ begreift.

Von Dr. Christoph Keßler

Arthroskopische Eingriffe gehören heute zum Standard-Repertoire der ambulanten Chirurgie. Einen großen Anteil am Erfolg dieser Methode ist bei dem perioperativem Schmerzmanagement zu suchen.

Hierbei gilt es besonders die vielen „weichen Faktoren“ zu berücksichtigen. Inzwischen finden diese Dank der Beleg- und Konsiliararzt-Tätigkeit vieler Kollegen langsam Einzug in den klinischen Ablauf.

Wir überblicken seit 1993 ein Patientengut mit gut 22.500 ambulanten arthroskopischen Eingriffen an Knie, Schulter, Handgelenk, Ellenbogen und Sprunggelenk, die von einem Operateur durchgeführt wurden.

Gerade in der Pionierzeit der ambulanten Chirurgie war es wichtig, den Patienten eine stabile Vertrauensbasis zu bieten. Das Konzept der ambulanten Analgesie muss also deutlich über die reine Behandlung des



Foto: Keßler

Schmerzes, sollte er vorhanden sein, hinausgehen.

Bereits im Vorgespräch Angst-Faktoren aufdecken

Angst stellt einen wichtigen Faktor beim Auslösen eines verstärkten Schmerzempfindens dar. Das Aufklärungs-Gespräch sollte vom Operateur deshalb persönlich durchgeführt werden (siehe Abb.1). Er hat hierbei die Möglichkeit, die üblichen Angst-Fragen anzusprechen, bevor der Patient nachfragen muss. Dies gibt dem Patient das Gefühl der

▲ **Abb. 1: Der Operateur sollte präoperative Untersuchung und Vorgespräch persönlich durchführen**

Geborgenheit. Die entstehende Vertrauensbasis ist ein „stabiles Analgetikum“. Folgende Punkte sollten besonders angesprochen werden:

- ▶ Sicherstellung, dass die korrekte Seite operiert wird,
- ▶ zu erwartender Schmerz nach der Operation,
- ▶ geplante Maßnahmen gegen den Schmerz,
- ▶ zu erwartende Mobilität,

- ▶ Thromboseprophylaxe,
- ▶ Erreichbarkeit des Operateurs (24 Stunden wären wünschenswert).

Es ist hilfreich, diese Informationen den Patienten auf einem gesonderten Merkblatt zur Verfügung zu stellen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass nur ein Bruchteil der im Aufklärungsgespräch erwähnten Informationen von den Patienten längerfristig in Erinnerung behalten wird.

Gerade wenn es postoperativ zu Stress wegen Schmerz kommt, wissen die Patienten es zu schätzen, die Informationen noch einmal nachlesen zu können. Zusätzlich lässt sich hierdurch die Zahl der nächtlichen Telefonkontakte mit dem Operateur deutlich vermindern.

Präoperative Vorbereitung vor der Narkoseeinleitung

Vor Einleitung der Narkose sollte der Patient noch einmal die Gelegenheit haben, seinen



Operateur zu sprechen. Auch dies stärkt das Vertrauensverhältnis und gibt dem Patienten die Gewissheit, vom Chirurgen persönlich und nicht von einem Assistenten operiert zu werden.

Das zu behandelnde Problem sollte bei dieser Gelegenheit noch einmal kurz angesprochen werden. Um dem Patienten Sicherheit zu geben, dass die korrekte Seite operiert wird, fragen wir noch einmal die Stelle ab, die am meisten schmerzt. Dieser Punkt wird mit einem wasserfesten Stift markiert. Fragt man stattdessen, welche Seite operiert werden soll, so wird hierdurch der Patient in der Regel verunsichert („... das müssten Sie doch in Ihren Unterlagen haben...“). Deshalb sollte man diese Formulierung vermeiden.

Zusätzlich markieren wir auf dem Bein die Art des geplanten Eingriffs. Hierdurch erhält der Operateur die absolute Sicherheit, den Eingriff an der korrekten Extremität durchzuführen. Wenn alle Fragen des Patienten beantwortet sind, wird nochmals auf die 24-Stunden-Erreichbarkeit des Operateurs hingewiesen.

Diese Maßnahmen führen zu einer deutlichen emotionalen Entspannung der Patienten. Dies macht sich an der Dosis der später notwendigen Narkotika und Analgetika bemerkbar.

Präoperative Vorbereitung nach der Narkoseeinleitung

Nach Einleitung der Narkose erhält der Patient ein Antiphlogisticum intramuskulär (zum Beispiel Diclofenac). Um die Operation zu vereinfachen, wird, soweit möglich und sinnvoll, eine Blutleere oder -sperrung vorbereitet. Durch diese Maßnahme lässt

sich oft der Grad der Traumatisierung des Gelenkes sowie die OP-Dauer deutlich vermindern.

Infiltration der Zugänge am Beginn des Eingriffs

Nachdem desinfiziert und steril abgedeckt wurde, werden im Sinne einer präemptiven Analgesie die Zugänge und das Gelenk mit einer Mischung aus Bupivacain und Morphin infiltriert (siehe Tab. 1). Die Narkose kann dann flacher gefahren werden. Der intraoperative Anästhetika-Verbrauch reduziert sich deutlich durch diese Rezeptorenblockung, auch wenn die Medikamente intraartikulär dann relativ schnell durch die Spüllösung ausgewaschen werden.

Es existiert eine direkte Korrelation zwischen intraoperativer Traumatisierung, der OP-

Dauer und dem postoperativen Schmerzmittelverbrauch. Somit sollte es nicht nur aus betriebswirtschaftlichen Gründen selbstverständlich sein, die OP-Abläufe zeitlich und organisatorisch zu optimieren.

Ein eingespieltes Team (einschließlich Anästhesie!) sowie eine verlässlich funktionierende technische Ausstattung sind hierfür als Voraussetzung zu sehen. Ein Operateur mit schonender und schneller OP-Technik stellt eines der wirksamsten „Analgetika“ dar.

Merke: Die technischen Fähigkeiten des Operateurs stehen umgekehrt proportional zum Verbrauch der Anästhetika, Analgetika und Relaxanzien!

Wenn die Narkose entsprechend flach gefahren werden konnte, kann auf Antagonisie-



Foto: Fromberg

Dr. Christoph Keßler

Chirurg und Unfallchirurg
Ambulantes OP-Zentrum Ansbach

Schwabedstraße 1
91522 Ansbach

Tel.: 0981 48840-0

Fax: 0981 48840-30

c.kessler@op-zentrum.de

rung verzichtet werden. Im Sinne der Schmerzreduktion sollte man dies auch unbedingt anstreben.

Nach der OP: Kompression und Kühlung statt Drainagen

Wir verzichten bei arthroskopischen Eingriffen prinzipiell auf Drainagen. Dadurch können wir am Ende des Eingriffs das Gelenk mit Spüllösung auffüllen. Zusätzlich applizieren wir 10 mg Morphin, 20 ml Bupivacain und 1 A Clonidin intraartikulär.

Nach dem Verschluss der Wunden legen wir einen Kompressionsverband an. Zusätzlich beginnen wir noch vor Ende der Narkose mit der Kühlung des Gelenkes (zum Beispiel Cryo-Cuff-System®).

Beim Ausleiten der Narkose wird der Infusion ein Analgetikum (zum Beispiel Metamizol) beigefügt. Hierdurch lässt sich die postoperative Applikation von weiteren Analgetika wie Piritramid deutlich senken.

Um den postoperativen Stress zu vermindern, stehen für

Tabelle 1: Perioperatives Schmerzmanagement bei ambulanten Eingriffen

Antiphlogistika präoperativ	1A Diclofenac
Präemptive Analgesie	5 mg Morphin-HCL, 10 ml Topivacain-HCL 7% (z. B. Naropin®) intraartikulär vor Beginn des Eingriffs
Keine Drainage	Sorgfältige Blutstillung, am Ende der OP Tamponade des Gelenkes mit Spüllösung
Lokalanästhesie postoperativ	5 mg Morphin-HCL, 0,15 mg (1A) Clonidin (z. B. Catapresan®), 10 ml Ropivacain-HCL (z. B. Naropin®) 7% intraartikulär zusätzlich zur Spüllösung-Tamponade am Ende der OP
Kompression und Kühlung (im OP beginnen bis ca. 5. Tag postoperativ)	Z. B. Cyso-Cuff-System® (Fa. Aircast)
Analgesie Aufwachphase	Metamizol-Infusion (z. B. Novalgin®), Piritramid (Dipidolor®)
Analgesie zu Hause	Metamizol-Tropfen, Diclofenac, ggf. Oxycodon-Tabletten (Oxygesic®)
Frühfunktionelle Mobilisation	Krankengymnastik, Lymphdrainage

die Patienten vorgewärmte Aufwach-Liegen und bei Bedarf Heizdecken zur Verfügung.

Regelmäßige Kontrolle der Kühlung im Aufwachraum

Im Aufwachraum werden die Kühlsysteme regelmäßig kontrolliert und bei Bedarf neu mit Eis bestückt. Es gilt auf jeden Fall sicherzustellen, dass einerseits eine effiziente Kühlung durchgeführt wird, andererseits Schäden durch Unterkühlung (zum Beispiel Erfrierungsblasen) vermieden werden.

Die Industrie stellt hierfür effektive Systeme (zum Beispiel Cryo-Cuff®) zur Verfügung. Diese können dem Patienten auch als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten werden (siehe Abb.2). Wir legen viel Wert auf eine Kontrolle der Festigkeit des Kompressionsverbandes. Ischämie-Schmerz durch zu straffe Verbände kann so rechtzeitig vorgebeugt werden.

Die Patienten werden grob über den Verlauf der Operation informiert. Es wird nochmals auf die Erreichbarkeit des Operateurs hingewiesen. Vor Entlassung werden die Patienten kontrolliert mobilisiert. Nur in Ausnahmefällen sind hier kreislaufstützende Maßnahmen notwendig.

Analgetika-Management für das häusliche Umfeld

Bei der Entlassung erhalten die Patienten Verordnungen von Antiphlogistika (zum Beispiel Diclofenac), Analgetika (Metamizol und/oder Tramadol) sowie gegebenenfalls bei größeren Eingriffen wie Kreuzbandersatzplastiken oder Schulterrekonstruktionen Reserve-Analgetika (Oxycodon).

Ein Merkblatt über den weiteren Ablauf und Verhaltensmaßgaben bei Problemen zu Hause wird den Patienten und Angehörigen bei der Entlassung ausgehändigt und erläutert.

In diesem Merkblatt finden sich Antworten auf die häufigsten postoperativen Probleme. Bei Auftreten von Schmerz raten wir den

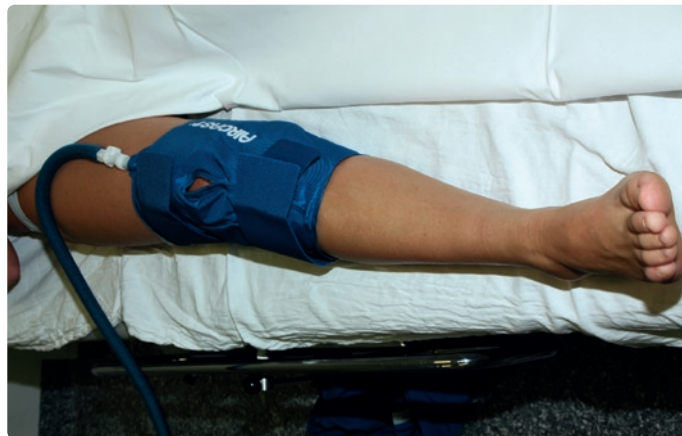


Foto: Keßler

▲ Abb. 2: Postoperative Kühlung ist eine der Säulen der Analgesie (hier mit Cryo-Cuff®-System)

Patienten, zunächst den Verband zu lockern und anschließend die Kühlung zu intensivieren.

Die Einnahme des Reserve-Analgetikums wird noch einmal erklärt. Wir bitten die Patienten, diese stark wirksamen Medikamente bei der ersten Kontrolle bei uns wieder abzugeben. Hierdurch haben wir zum einen die Kontrolle, wie der Schmerzverlauf war. Zusätzlich beugen wir einem Missbrauch dieser Medikamente vor.

Erste Nachkontrolle beim Zuweiser oder Operateur

Ob die erste Kontrolluntersuchung nach der Operation in unserem Hause oder beim zuweisenden Arzt durchgeführt wird, machen wir von der Entfernung des Wohnortes des Patienten, den Wünschen des Patienten sowie der Präferenz des jeweiligen Zuweisers abhängig.

Bei dieser Kontrolle besprechen wir mit dem Patienten, dass die Mobilisierung (ob mit oder ohne Verordnung Physikalischer Therapie) schmerzarm oder -frei zu erfolgen hat. Wir weisen erneut auf die Effekte der Kühlung hin und empfehlen, Antiphlogistika auch bei Schmerzfreiheit für fünf bis zehn Tage einzunehmen.

Postoperative Hämatome, die später gern in Poplitea und Wade absinken, sollten angesprochen werden, um der Angst vor einer Thrombose vorzubeugen. Wenn Hämatome auftreten, sollte man darauf hinweisen, dass bei Wanderung der Hämatome Schmerzen drei bis vier Wochen postoperativ auftreten können.

Wir erlauben bis auf wenige Ausnahmen (etwa Mikrofrakturieren, Knorpeltransplantation, Meniskusnaht, Kreuzbandersatzplastik) sofort postoperativ die Vollbelastung. Dies steigert die Akzeptanz für den üblichen postoperativen Schmerz.

Zusammenfassung: Scheinbar triviale Maßnahmen

Wir operativ tätigen Chirurgen konnten viel von unseren

Schmerz-Spezialisten, den Anästhesisten, lernen. Die noch vor 20 Jahren bestehende Monotherapie mit stark wirksamen Analgetika ist überholt.

Viele der oben aufgeführten Maßnahmen erscheinen trivial. Allerdings bewirken sie im Zusammenspiel nicht nur eine Verminderung des Schmerzes sondern auch eine Verschiebung der Schmerzgrenze. Zusätzlich wird das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Operateur gestärkt.

Wird durch ein empathisch arbeitendes und gut informierendes Praxisteam das Thema Angst des Patienten beherrscht, wird die Bewertung der postoperativen Belastung geringer eingestuft und das OP-Ergebnis vom Patienten positiver empfunden: Ein Patient, der weiß, welcher Schmerz ihn erwartet, kann diesen leichter akzeptieren und erdulden.

Durch aktuelle Anästhesietechniken (zum Beispiel Larynx-Maske, Propofol) sind inzwischen minimale Narkose-Belastungen für ambulante Eingriffe erreicht. Umso mehr steht das chirurgische Management des Phänomens Schmerz im Vordergrund.

In der ambulanten Chirurgie hat der Operateur die Chance, alle Prozesse der Operation zu analysieren und zu beeinflussen. Durch Optimierung des Umfeldes kann das Schmerzempfinden des Patienten deutlich reduziert werden.

Der „Halbgott in Weiß“ als Bild für den operierenden Arzt ist mittlerweile out. Der Chirurg als Dienstleister hat vielfältige Möglichkeiten, den Schmerz und vor allem das Schmerzempfinden zu beeinflussen.