

Herausforderungen im Umgang mit chronischen Schmerzen bei ambulanten Eingriffen

Tobias Schneider, Tobias Ries Gisler

Zunehmend werden medizinische Behandlungen und operative Eingriffe ambulant durchgeführt (1–3). Diese Verschiebung in den ambulanten Bereich wird durch die kontinuierliche Entwicklung innerhalb der medizinisch-technischen Versorgung, aber auch durch verbesserte Möglichkeiten minimalinvasiver Operationen sowie Anästhesietechniken und Medikamente mit geringer ausgeprägten Nebenwirkungen gefördert.

Die verbesserte Nachsorge innerhalb der Betreuung sowie Behandlung der Patient:innen und die damit verbundene gesteigerte Patientensicherheit (2, 4) ermöglichen, auch komplexere chirurgische Eingriffe zunehmend ambulant durchzuführen. Der weltweite Trend, operative Eingriffe vermehrt ambulant durchzuführen, trifft auch für die Schweiz zu. Die Mitarbeitenden des Gesundheitswesens werden unweigerlich damit konfrontiert und müssen sich dieser Tatsache bewusst sein.

Im Januar 2019 wurde durch die Politik eine Liste mit mindestens sechs elektiven, also nicht dringlichen operativen Eingriffen ausgearbeitet, die den Institutionen nur noch dann monetär vergütet werden, sofern diese ambulant durchgeführt werden. Mit diesem politisch gewollten «Zwang» sollen in der Schweiz – wie in den USA, wo bereits über 65 % der Operationen ambulant durchgeführt werden – diese gefördert und gleichzeitig finanzielle und personelle Ressourcen geschont werden (5). Gemäss Berechnungen können mit dieser Massnahme über eine Milliarde Schweizer Franken (CHF) pro Jahr eingespart werden (2, 4, 6).

Für die Mitarbeitenden des Gesundheitswesens ist der Trend zu vermehrt ambulanten medizinischen Leistungsangeboten inklusive Operationen herausfordernd. Schwierigkeiten ergeben sich nicht nur durch die immer komplexeren

Eingriffe, die ambulant durchgeführt werden, sondern auch durch den demographischen Wandel und den damit verbundenen, zunehmenden Komorbiditäten der Patient:innen. Eine besondere Aufmerksamkeit gilt diesbezüglich den Patient:innen mit chronischen Schmerzen, insbesondere denen mit einer dauerhaft vorbestehenden Therapie mit Opioid-Analgetika (1, 7–9).

Spannungsfeld ambulante Operation und chronischer Schmerz

Für die behandelnden medizinischen Leistungserbringenden kann die Verordnung einer suffizienten Schmerztherapie innerhalb der ambulanten, operativen Versorgung, auch aufgrund der kurzen Kontaktzeit mit den Patient:innen, und häufig vorhandenen medizinischen Komorbiditäten sich problematisch gestalten (3). Doch wo genau liegen die Herausforderungen im Umgang mit chronischen Schmerzen bei ambulanten Eingriffen?

Die Einführung der ERAS-Protokolle (Enhanced Recovery After Surgery) hat sich bei stationär-chirurgischen Patient:innen vorteilhaft in Bezug auf die Mortalität und Morbidität gezeigt (1, 3). Ziel dieser definierten Behandlungsabläufe ist eine standardisierte präoperative Therapie für die Optimierung der individuellen Patientensituation (beispielsweise: Nutrition, Patienten-Blut-Management), die

Anwendung schonender Operationstechniken und eines standardisierten postoperativen Behandlungskonzepts für eine suffiziente Erholung. Dieses primär in der stationären Therapie eingesetzte Konzept konnte erfolgreich auf ambulante Eingriffe übertragen werden (10). Dennoch entstehen durch diese sogenannte «Ambulantisierung» auch neue Probleme: So gestalten sich unzureichend behandelte postoperative Schmerzzustände herausfordernd und sind der häufigste Grund für Konsultationen der Notfallstation, für sich verzögernde Entlassungen und für ungeplante stationäre Wiederaufnahmen im Anschluss an eine ambulante operative Behandlung (3). Darüber hinaus sind auch Patient:innen mit einer vorbestehenden Opioid-Therapie vermehrt von Komplikationen während der perioperativen Phase betroffen: So sind diese Patient:innen von einem schlechteren Outcome betroffen (erhöhte Mortalität und Morbidität), und vorbestehende chronische Schmerzen können bei ungenügender Therapie aggraviert werden. Hieraus können funktionell schlechtere Ergebnisse des operativen Eingriffes, vermehrte Kosten durch vermehrte postoperative Konsultationen oder gar stationäre Wiederaufnahmen resultieren (11–14).

Risikopatient:innen für chronische Schmerzen erkennen

Wie bereits erwähnt haben sich die ERAS-

Protokolle im klinischen Alltag bewährt und ermöglichen den Patient:innen eine beschleunigte Genesung, auch nach komplexen Eingriffen. Insbesondere für Schmerzpatient:innen mit schon vorbestehenden chronischen Schmerzen sind diese Konzepte bezüglich Analgesie ungenügend und sie können häufig nur ungenügend profitieren – sie werden damit zu sogenannten «Problempatient:innen».

Um mögliche Probleme für die Patient:innen zu vermeiden, ist es von entscheidender Bedeutung, bestehende Risiken bereits im Vorfeld zu identifizieren, um sie möglichst gezielt behandeln zu können.

In der Vergangenheit wurden verschiedene Tools entwickelt, um das individuelle perioperative Risiko (beispielsweise kardiovaskulär) der Patient:innen besser evaluieren zu können. Ein validiertes Tool zur Risikoabschätzung von postoperativen Schmerzen steht allerdings bisher nicht zur Verfügung. Risikofaktoren für eine verstärkte postoperative Schmerzsymptomatik, und insbesondere für die Entwicklung von chronischen postoperativen Schmerzen, sind aber durchaus untersucht und bekannt. (vgl. Tabelle 1). Interessanterweise scheint das Problem aber nicht die korrekte Identifizierung von «Risiko- Schmerzpatient:innen» zu sein, sondern eher die nicht adäquate Umsetzung der Massnahmen im Anschluss an die Evaluation. Die Ergebnisse der Arbeit von Wilson et al. (15) verdeutlicht diese Problematik anhand des Umgangs mit einer vorbestehenden Opioid-Medikation. So wurden über 90 % der Patient:innen mit einer Toleranzentwicklung gegenüber Opiaten aufgrund von längerer Einnahme in hohen Dosierungen in der Prämedikationsvisite durch den Anästhesisten korrekt identifiziert. Am Operationstag nahmen dann aber nur 37 % der Patient:innen die benötigten Basis-Medikamente ein. Das bedeutet, 63 % der Patient:innen gingen bereits medikamentös unterversorgt in die Operation. Postoperativ bekamen dann 67 % der Patient:innen die vorbestehende Opiatmedikation verordnet, so dass das initiale Defizit bei 30 % der Patient:innen auch postoperativ verblieb.

Mögliche Probleme bei (chronischen) Schmerzpatient:innen?

- ▶ Chronische Schmerzen werden nicht nur mit Opioiden behandelt. Vielmehr kommen häufig Medikamente zur Anwendung, die aber auch regelkonform in einer multimodalen, interprofessionellen perioperativen Schmerztherapie angewendet werden sollen. Das macht die Schmerz-Einstellung noch schwieriger.
- ▶ Begleitende psychische Komorbiditäten wie Depressionen, Angststörungen oder ein Katastrophisieren können bei chronischen Schmerzpatient:innen vermehrt vorkommen. Darüber hinaus haben die Betroffenen häufig negative Erfahrungen oder auch eine Skepsis gegenüber operativen Eingriffen. Nicht selten war ein operativer Eingriff Auslöser für die chronischen Schmerzen (16).

Grundsätze im ambulanten Setting:

- ▶ Eine Anpassung einer medikamentösen Prämedikation bei chronischen Schmerzpatient:innen einen Tag vor einem operativen Eingriff ist ungünstig, da die Optimierung der medikamentösen Therapie nicht mehr möglich ist. Dabei ist eine persönliche Vorstellung für ein initiales Screening (Schmerz-Assessment) nicht zwingend. Mittels Fragebögen kann die (aktuelle) Medikation erhoben werden. Daneben auch Fragen zu Begleitfaktoren und Komorbiditäten.
- ▶ Mitarbeitende multidisziplinärer und interprofessioneller Teams (Chirurgie; Schmerzmedizin, Anästhesie und Psychosomatik) müssen hinsichtlich der Evaluation von vorbestehenden Risiken zur Entwicklung chronischer Schmer-

Evaluierende Faktoren	Beispiele	Literatur
Welche OP wird durchgeführt? • Art des Eingriffs • Lokalisation	Bei ca. 16 % starke postoperative Schmerzen nach orthopädischen Eingriffen (deutlich erhöht im Vergleich zu anderen Disziplinen).	Journal of Pain Research 2016;9 425–435
Lifestyle-Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Höherer BMI erhöht Risiko für postoperativ starke Schmerzen. • Raucher haben erhöhtes Risiko für starke postoperative Schmerzen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clin J Pain 2020;36: 845–851) • Curr Opin Anesthesiol 2020, 33:753–759
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> • Junge Männer haben höhere Schmerz-Scores postoperativ (nicht konklusive Datenlage). • Prävalenz chronischer Schmerzen beim weiblichen Geschlecht teilweise erhöht. 	<ul style="list-style-type: none"> • Curr Opin Anesthesiol 2020, 33:753–759 • Journal of Pain Research 2016;9 425–435
Alter	<ul style="list-style-type: none"> • Junges Alter ist mit stärkeren Schmerzen assoziiert. 	Anesthesiology 2009; 111(3):657-77.
Bestehende Medikation	<ul style="list-style-type: none"> • Opiatinduzierte Hyperalgesie (vgl. Text). • Ausgebaute vorbestehende analgetische Medikation beschränkt die Möglichkeiten der multimodalen Analgesie 	<ul style="list-style-type: none"> • J Pain. 2011;12(2): 257–262. • Reg Anesth Pain Med. 2004;29(6):576–591
Medikamenten- und Substanzmissbrauch	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschätzung der eingenommenen Dosen → Risiko für postoperative Entzüge und unkontrollierte Schmerzen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Drug Alcohol Depend. 2001;63(2):139–146. • Pain 2001;90(1–2):91–96.
Schmerzanamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Präoperativ ungenügend kontrollierte Schmerzen sind Risikofaktor für postoperative Schmerzen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Foot Ankle Int. 2016;37 1065–1070. • Adv Ther. 2016;33: 1635–1645.
Psychiatrische- und Schlafanamnese	Erhöhtes Risiko starker Schmerzen post OP bei: <ul style="list-style-type: none"> • Angsterkrankungen, ängstlichen Persönlichkeiten • Katastrophisieren • Hinweise: körperlicher, emotionaler und sexueller Missbrauch 	<ul style="list-style-type: none"> • Clin J Pain 2020;36: 845–85

Tabelle 1: Risikofaktoren: Schlecht behandelbare Schmerzen postoperativ

zen geschult werden. Sie müssen mögliche Risikopatient:innen identifizieren und in Zusammenarbeit mit den Patient:innen diese auf die bevorstehende Intervention vorbereiten. Daneben sollte eine angemessene Nachbetreuung gemeinsam geplant werden.

- ▶ In der Prämedikations-Visite werden bestehende psychische Komorbiditäten angesprochen, unrealistische Erwartungen relativiert und die medikamentöse Therapie optimiert.
- ▶ Wenn eine präoperative Anpassung der analgetischen Medikation als notwendig erachtet wird, so sollte dies mit einem ausreichenden zeitlichen Vorlauf geschehen, um die Wirksamkeit der Therapie beurteilen zu können. Häufig kann es bereits ausreichen, die bestehende Basismedikation konsequent weiterzuführen, und die Reserve-Medikation anzupassen, um ein «Flare-Up» der Schmerzen zu verhindern.
- ▶ Eine Evaluation mit einem multidisziplinären, interprofessionellen Schmerz-Assesment kann bedeuten, dass Patient:innen für eine ambulante Operation nicht geeignet sind, und ein stationäres Vorgehen empfehlenswert ist. Manchmal bedeutet dies für Patient:innen, Angehörige, aber auch das medizinische Behandlungsteam eine deutliche Entlastung. Ein Widerspruch zum ansonsten einfacheren ambulanten Prozess? Keineswegs: Ein kurzstationärer Aufenthalt kann bei diesen Patient:innen aufgrund der intensiveren Betreuung und der Möglichkeit zur Anpassung der Therapie Komplikationen reduzieren und die Qualität der Versorgung verbessern, die Patientensicherheit erhöhen und so Behandlungskosten reduzieren.

Zusammenfassung/Fazit

Um die Behandlungsqualität ambulanter Patient:innen mit chronischen Schmerzen zu verbessern und gleichzeitig die Patientensicherheit zu erhöhen, ist eine enge interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit aller Fachpersonen essenziell. Die Expert:innen der Anästhesiepflege, als Teil des Behandlungsteams, sollten sich dabei ihrer Aufgaben und ihrer Verantwortung gegen-

über den Patient:innen bewusst sein. Folgende Punkte, adaptiert nach (3), sind in der Behandlung und Betreuung der Risikopatient:innen elementar und sollten daher in der Behandlung von ambulanten chronischen Schmerzpatient:innen eine Berücksichtigung finden.

1. Etablieren von evidenzbasierten Standards der Schmerzbehandlung, adaptiert an die durchgeführten Eingriffe
2. Identifizierung der Patient:innen mit einem erhöhten Risiko für postoperative Schmerzen
3. Eine mögliche präoperative Medikation optimieren, psychologische und nicht-pharmakologische Faktoren berücksichtigen
4. Angepasste postoperative Schmerzkonzepte für Patient:innen unter Opioid-Behandlung und mit anamnestischen Hinweisen für «Substanz-Abusus», um «Pain Flare-ups» zu verhindern
5. Multimodale Analgesie-Konzepte, die auch Rescue-Pläne beinhalten. Verschiedene Ansatzpunkte von Medikamenten aktiv nutzen und Co-Analgetika einsetzen
6. Regional-Anästhesie-Techniken, wenn immer möglich, nutzen
7. Die Austrittsplanung der Patient:innen bereits präoperativ mit dem Fokus auf die Entwöhnung von neu angesetzten Medikamenten sowie die Organisation der weiterführenden ambulanten Versorgung (Information) planen.

REFERENZEN

1. Charipova K, Gress KL, Urits I, Viswanath O, Kaye AD. Management of Patients With Chronic Pain in Ambulatory Surgery Centers. *Cureus*. 2020;12(9):e10408.
2. Schwendener P, Sommer P, Bosshart T. Die Ambulantisierung ist auf dem Vormarsch, aber Fehlanreize behindern sie. *clinicum*. 2019;4:43–7.
3. Vadivelu N, Kai AM, Kodumudi V, Berger JM. Challenges of pain control and the role of the ambulatory pain specialist in the outpatient surgery setting. *J Pain Res*. 2016;9:425–35.
4. Kaufmann C, Föhn Z, Balthasar A. Zukünftige ambulante Grundversorgung: Einstellungen und Präferenzen der Bevölkerung. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan); 2021.
5. Rajan N. The high-risk patient for ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2020;33(6):724–31.
6. Bundesamt für Gesundheit BAG. Regelung «ambulant vor stationär». In: EDI EDdl, editor. Bern: Schweizer Eidgenossenschaft, Confédération Suisse, Confederazione Svizzera, Confederaziun svizra; 2019. p. 1–4.
7. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing (2020–2030). WHO; 2020 03.08.2020.
8. Hajat C, Stein E. The global burden of multiple chronic conditions: A narrative review. *Prev Med Rep*. 2018;12:284–93.
9. Rajput K, Vadivelu N. Acute Pain Management of Chronic Pain Patients in Ambulatory Surgery Centers. *Current Pain and Headache Reports*. 2021;25(1):1.
10. Afonso AM, Tokita HK, McCormick PJ, Twersky RS. Enhanced Recovery Programs in Outpatient Surgery. *Anesthesiol Clin*. 2019;37(2):225–38.
11. Wong KA, Goyal KS. Postoperative Pain Management of Non-«Opioid-Naïve» Patients Undergoing Hand and Upper-Extremity Surgery. *Hand (N Y)*. 2020;15(5):651–8.
12. Adams AJ, Paladino J, Townsend C, Ilyas AM. Preoperative Opioid Use Results in Greater Postoperative Opioid Consumption After Thumb Basal Joint Arthroplasty. *J Hand Surg Glob Online*. 2022;4(2):78–83.
13. Tang R, Santosa KB, Vu JV, Lin LA, Lai YL, Englesbe MJ, et al. Preoperative Opioid Use and Readmissions Following Surgery. *Ann Surg*. 2022;275(1):e99–e106.
14. Jain N, Brock JL, Phillips FM, Weaver T, Khan SN. Chronic preoperative opioid use is a risk factor for increased complications, resource use, and costs after cervical fusion. *Spine J*. 2018;18(11):1989–98.
15. Wilson JL, Poulin PA, Sikorski R, Nathan HJ, Taljaard M, Smyth C. Opioid use among same-day surgery patients: Prevalence, management and outcomes. *Pain research & management*. 2015;20(6):300–4.
16. Fletcher D, Stamer UM, Pogatzki-Zahn E, Zaslansky R, Tanase NV, Perruchoud C, et al. Chronic postsurgical pain in Europe: An observational study. *Eur J Anaesthesiol*. 2015;32(10):725–34.

Kontakt:

Dr. Tobias Schneider
Oberarzt Schmerzmedizin
Universitätsspital Basel
tobias.schneider@usb.ch

Tobias Ries Gisler, MScN, MME
Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der
Berner Fachhochschule, Standort Basel,
im Studiengang BScN-Pflege
Dipl. Experte Anästhesiepflege NDS HF
am Spitalzentrum Biel
tobias.ries@bfh.ch