

Schmerzen nach einer Operation können schlimm sein!

Erfahrungsbericht eines Mitglieds nach einer komplexen Handoperation

Den folgenden Bericht sandte uns ein Mitglied von UVSD SchmerzLOS e. V. als Erfahrungsbericht. Wir haben diese teilweise erschreckenden Schilderungen durch eine sog. „Pain Nurse“, also eine Fachpflegekraft für Schmerztherapie, und einen Schmerztherapeuten direkt im Text kommentieren lassen.

Den Handchirurgen in dieser Kieler Privatlinik für Orthopädie und Unfallchirurgie habe ich mir bewusst ausgesucht. Ich nenne ihn jetzt mal Arzt 2. Zum einen hat er in Schleswig-Holstein einen hervorragenden Ruf als Handchirurg. Zum anderen machte er schon beim ersten Kontakt auf mich einen sehr guten Eindruck. Er agiert sehr ruhig und lässt im Arzt-Patienten-Gespräch erkennen, dass er Patienten für mündige Gesprächspartner hält. Das erfahren wir Patienten ja beileibe nicht bei jedem Arzt.

Vorher war ich in Behandlung bei einem anderen Handchirurgen (Arzt 1), der zwar auch sehr freundlich war. Er erklärte mir sehr anschaulich, dass ein Gelenk in der Handwurzel durch starke Arthrose angegriffen sei, so dass man nicht nur erkennen könne, dass kein Knorpel mehr vorhanden sei, sondern dass auch teilweise die Knochen so aufeinander reiben würden, dass schon Knochenabrieb im Gelenk auf dem Röntgenbild zu sehen sei. Zur Schmerzlinderung könne er Cortison ins Gelenk spritzen. Außerdem empfahl er Spritzen mit Hyaluronsäure. Im Endeffekt lief alles auf die notwendige Operation hinaus. Die Spritzen könnten im Idealfall die Schmerzen eindämmen, so dass man die Operation um Monate bis Jahre hinauszögern könne.

Da ich aber Zweifel an der Empfehlung mit so vielen Spritzen bekam, von denen die Hyaluronspritzen auch noch selbst gezahlt werden müssten (je Spritze über 100 Euro) und sich auf dem Kostenvoranschlag dafür auch seltsame Abrechnungspositionen befanden wie Bewegungstherapie (Welche Bewegungstherapie macht ein Handchirurg während einer Injektion?), beschloss ich, mir eine Zweitmeinung einzuholen.

Kommentar Pain Nurse (PN): Hätte ich hier ebenfalls eingeholt, da zum einen der Schmerzpatient ohnehin schon genug Leid erfahren musste und jetzt nicht noch zusätzlich durch die schmerzhaft Applikationsform

eine fragwürdige Therapieform über sich ergehen lassen würde.

Dadurch kam ich zu dem Handchirurgen in die Privatlinik, der mir dringend von Cortisonspritzen abriet, denn diese würden die Sehnen schwächen, die er bei einer möglichen Operation zur Stabilisierung des Daumenstrahls benötigen würde. Hyaloronspritzen würden in diesem fortgeschrittenen Stadium voraussichtlich nichts bringen. Außerdem hätte man bei Gelenkspritzen immer ein gewisses Infektionsrisiko. Zur Schmerzlinderung empfahl er das Tragen einer Orthese, bei der der Daumen ruhig gestellt würde, dazu die vorübergehende Einnahme von Schmerzmitteln.

Kommentar PN: Das Tragen einer Orthese kann für mich nicht als Mittel zur Schmerzlinderung genannt werden, denn die Orthese versucht durch die Haltemechanismen, ein Gelenk so zu halten, wie es sich sonst nicht hält. Das Gelenk versucht in den meisten Fällen eine Schonhaltung einzunehmen, die aber im therapeutischen Sinne nicht sinnvoll wäre, deshalb die Orthese.

Um die Funktionsfähigkeit des Daumens und weiterer betroffener Nachbargelenke – das hatte mir Arzt 1 verschwiegen - wieder herzustellen, sei eine umfassende Operation mit langer Ruhigstellung und einer langen Aufbauzeit notwendig. Er empfahl, dass ich mir den OP-Termin so legen sollte, dass ich am besten damit zurechtkäme. Auch besprach er schon mit mir, welche Schmerzmittel bei mir ausreichend wirken und welche ich nicht gut vertrage.

Da ich CRPS an der unteren Extremität habe, sei die Gefahr von chronischen Schmerzen nach der Operation erhöht. CRPS ist ein chronisch regionales Schmerzsyndrom, das bei mir vor vielen Jahren auftrat, weil bei einer Knie-Operation ein Nerv geschädigt wurde. Deswegen schlug Arzt 2 vor, dass bereits vor der OP der am selben Klinikum praktizierende Schmerztherapeut hinzu gezogen wird, damit dieser den Prozess begleiten könne und geeignete Maßnahmen zur Verhinderung des erneuten Auftretens von CRPS oder anderen Formen von chronischen Schmerzen ergreifen könne.

Wie schön, dachte ich. Endlich mal ein Arzt, der über sein Fachgebiet hinaus denkt und schon im Vorfeld versucht, möglichen Schaden vom Patienten abzuwenden.

Kommentar PN: Sehe ich genauso, auch wenn das Wort „ganzheitlich“ schon fast inflationär benutzt wird und ich diese Wort daher in vielen Fällen unangebracht halte, wäre es hier schon passend.

So ließ ich mir einen OP-Termin geben. Der Schmerztherapeut, den ich vor der OP aufsuchte, schlug vor, dass er am OP-Tag vor der Operation eine GLOA machen wolle, also eine Ganglionäre Opioid-Analgesie, die er bei Bedarf während des stationären Aufenthalts wiederholen könne.

Kommentar Schmerztherapeut (ST): Wie hat er diese durchgeführt und wo? Das ist eigentlich ein Verfahren, welches nicht unbedingt als Standardverfahren zur „CRPS-Prophylaxe“ gilt. Das Regionalanästhesieverfahren wäre als kontinuierliches Verfahren (Katheterverfahren mit Pumpe), auch mit zusätzlicher Bolusfunktion (PCA = Patient Controlled Analgesia) eigentlich der Standard.

Ich solle mich dann selbst oder über das Pflegepersonal bei ihm melden. Damit würde das Risiko gemindert, erneut CRPS zu bekommen.

Kommentar PN: Bei dieser speziellen Klinik mit entsprechender spezieller Schmerzbehandlung, würde ich es angebracht halten, wenn konkret die PAIN Nurses genannt werden würden, die angesprochen werden sollten. Idealerweise wäre auch eine gemeinsame Visite (Arzt und Pain Nurse) angemessen.

Die geplante Operation wurde zwar seitens der Klinik wegen hoher Auslastung um eine Woche verschoben, aber dann war es endlich soweit. Ich bekam morgens die Blockade durch den Schmerztherapeuten, und als ich nach mehreren Stunden Wartezeit endlich zur Operation geschoben wurde, machte der Anästhesist die geplante regionale Betäubung, bei der nur der Arm betäubt wird. Bis hierhin war alles noch recht gut gelaufen. Aber der Anästhesist spritzte mir gleich ein Beruhigungsmittel, obwohl ich das nach meiner Einschätzung nicht benötigte, denn ich hatte auf der Station schon ein entsprechendes Medikament bekommen.

Kommentar PN: Das finde ich äußerst ungewöhnlich. Ich meine, jeder Mitarbeiter, ob Arzt, Pflegekraft, Verwaltungskraft oder ein sonstiger Mitarbeiter der Klinik, sollte von einem mündigen Patienten ausgehen und fragen, ob er ein Beruhigungsmittel haben möchte. Wenn der Patient unsicher sein sollte, dann kann der Arzt die Entscheidung ja positiv beeinflussen.

Aber es stellte sich dann heraus, dass ich nicht sofort in den OP gebracht wurde, sondern insgesamt 2 ½ Stunden auf der nicht sehr bequemen Liege vor dem OP zubringen musste.

Kommentar PN: Diese Situation führen nicht selten zu weiteren Problemen. Haltungsschäden, oder bei älteren Patienten auch zu Dekubitalulzera, also Druckgeschwüren durch das Wundliegen.

Niemand war bei mir, allerdings war ich schon „verkabelt“, so dass ich davon ausgehe, dass man mir in einem Notfall hätte helfen können.

Kommentar PN: Diese Situation wäre mir als Pflegekraft zu unsicher. Bei den verabreichten Medikamenten und der schmalen Liege kann es auch durchaus passieren, dass der Patient unter Umständen herunterfällt – was trotz Verkabelung zu erheblichen Schäden führen kann. Und wenn wir wieder unsere älteren – zum Teil auch demenziell veränderten - Patienten nehmen, auch zu Unruhezustände führen kann.

Das war die erste Erfahrung bei dieser Operation, die ich nicht schön fand. Als ich nun endlich zu meiner Operation in den Operationsaal geschoben wurde, teilte man mir mit, dass es bei der vorhergehenden Operation zu Komplikationen gekommen sei, die diese Verzögerung verursacht hätten. Hätte man mir das nicht gleich sagen können?

Kommentar ST: Leider kommt es in sogenannten Akutkrankenhäusern häufig zu Verschiebungen von sogenannten „elektiven Eingriffen“ zugunsten von Notfällen. Dieses wird durch den Pflegenotstand auch im OP noch verstärkt, da hierdurch zusätzlich OP-Kapazität für geplante Operationen verloren geht. Auch der beste Chirurg kann ohne Pflegepersonal nicht arbeiten.

Kommentar PN: Den Notfall kann man natürlich nicht vorhersagen, aber wie schon erwähnt, hätte ein Mitarbeiter für Entspannung sorgen können, und wenn die Verzögerung abzusehen ist, Bescheid sagen.

Der Anästhesist machte nun einen gehetzten Eindruck und teilte mir mit, dass er nun Dienstschluss habe, so dass ein Kollege von ihm meine Betreuung übernehmen würde.

Kommentar ST: Das Arbeitszeitgesetz gilt auch für Ärzte.

Die Operation begann, und der neue Arzt spritzte in Abständen weiter das Beruhigungsmittel, obwohl ich es nicht gebraucht hätte. Dadurch konnte ich aber das Meißelgeräusch, das mehrfach zu hören war, „gleich-

gültig“ ertragen. Gegen Ende der Operation konnte ich zwar kaum noch mit der Schulter in der Zwangshaltung liegen, aber auch das ging vorbei.

Auf der Station wurde der eingegippte Arm in einen Kissenbezug eingewickelt und mit Hilfe von elastischen Verbänden oben am „Bettgalgen“ befestigt. Noch hatte ich ja auch keine Kontrolle über den Arm, denn durch die regionale Betäubung waren auch die Muskeln außer Kraft gesetzt. Zum Abendessen erhielt ich bereits eine ordentliche Schmerzmitteldosis verschiedener Medikamente, obwohl ich noch nichts spüren konnte. Wenig später ging es dann los mit den Schmerzen, die sich trotz der Medikamente immer mehr steigerten.

Kommentar ST: Hier wäre eine kontinuierliche Regionalanästhesie geeigneter gewesen.

Die Pflegekraft, die ich um ein weiteres Schmerzmittel bat, sagte zu mir: „Sie haben doch schon etwas gegen Schmerzen bekommen.“

Kommentar PN: Das ist die Horroraussage schlechthin für mich und grenzt an absoluten Schwachsinn mit wenig bis gar keiner Fachkenntnis. Denn inzwischen sollte die Aussagen der schottischen Krankenschwester Mc Caffrey „Schmerz ist, was der Patient sagt und er existiert, wann immer er es sagt!“ bei jeder Pflegefachkraft angekommen sein!

Diese Auskunft empfand ich als überhaupt nicht hilfreich. Wenn ich jetzt, mit dem nötigen Abstand, darüber nachdenke, werde ich regelrecht wütend über solche Äußerungen. Ich musste mehrfach klingeln, um mehrere Schmerzmittelgaben zu erhalten.

Kommentar PN: Dies ist das Ergebnis einer unzureichend und zeitlich schlecht bis gar nicht abgestimmten Schmerzmittelgabe. Das Ergebnis ist nicht nur schlecht für den Patienten, sondern auch für nachfolgenden Kollegen. Also in diesem Fall für die Nachtschicht zum Beispiel.

Dann waren die Schmerzen erträglich, so dass ich mir für die bevorstehende Nacht einen langen Schlaf wünschte.

Kommentar ST: Selbst wenn ein gutes Akutschmerzmanagement in einer Einrichtung erarbeitet wurde, ist es notwendig, dieses regelmäßig zu schulen, auch und besonders für die nachts arbeitenden Mitarbeiter wie die Nachtschwester. Zudem werden zunehmend Pflegekräfte von Zeitarbeitsfirmen in Krankenhäusern eingesetzt, die natürlich von den geltenden Qualitätsstandards nichts wissen können.

Doch daraus wurde nichts. Meine Zimmernachbarin begann fürchterlich zu schnarchen, so dass ich kein Auge zutun konnte. Obwohl ich zunächst meine Ohrstöpsel einsetzte, die ich bei Übernachtungen außerhalb von meinem Zuhause immer dabei habe, brachte das alles nichts. Die Nachtschwester, der ich mein Leid klagte, gab mir zwar andere Ohrstöpsel, mit denen ich aber auch keinen Schlaf fand. Es schien mir so, als erschreckte sie sich auch, wie laut die Nachbarin schnarchte. Insgesamt machte sie mir aber deutlich, dass das mein Problem sei, wenn die Zimmernachbarin laut schnarcht.

Kommentar ST: Nicht nett, entspricht aber leider den Tatsachen. Gemäß § 12 SGB V -Wirtschaftlichkeitsgebot- „Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; ...

Kommentar PN: Das ist in der Tat ein Problem, aber mit der nötigen Empathie und entsprechende Schlafmittel, wäre diese schwierige Situation zumindest halbwegs zu meistern gewesen. Zumal die Pflegekraft ja offensichtlich die Lautstärke der Schnarchgeräusche selbst wahrgenommen hat. Durch dieses Versäumnis, setzte der nun folgende Teufelskreislauf ein!

Nun setzte ein verhängnisvoller Kreislauf ein: kein Schlaf – mehr Schmerzen bzw. eine höhere Schmerzempfindung – immer noch kein Schlaf usw. Vor lauter Verzweiflung schaute ich nachts eine Zeitlang Fernsehen, obwohl ich doch so gerne geschlafen hätte.

Am nächsten Morgen fragte ich in meinem übernächtigen Zustand nach der Stationsleitung, die mir erklärte, das Pflegepersonal könne mir bei dem Problem nicht helfen, es seien alle anderen Betten belegt. Na super – habe ich mir die schnarchende Zimmernachbarin etwa ausgesucht? Schlafentzug ist eine Foltermethode! In der 2. Nacht ließ ich mir schließlich eine starke Schlaftablette geben. Weshalb hat mir die Nachtschwester so etwas in der 1. Nacht nach der Operation nicht angeboten?

Auf jeden Fall bat ich am ersten Morgen das Pflegepersonal darum, dass der Schmerztherapeut angerufen wird, um die GLOA zu wiederholen und zum anderen weil es ja mit der Schmerzlinderung nicht optimal lief. Zu meiner Überraschung lehnten die Pflegekräfte ab und behaupteten, dass dieser Arzt keine stationären Patienten behandeln würde.

Kommentar PN: Das, was sich hier reihenweise das Pflegepersonal herausnimmt, ist eine Frechheit und beschämt mich als Angehöriger des Berufsstandes der Pflege. Es sind hier offensichtlich nicht nur fachliche

Defizite, sondern auch Kommunikationsprobleme und Abstimmungsschwierigkeiten zwischen dem pflegerischen und ärztlichen Personal, sondern auch eine geringe Wertschätzung dem Patienten gegenüber.

Nachdem ich dann selbst anrief und seine Sekretärin erreicht hatte, kam er, wie er es versprochen hatte. Er ordnete weitere Maßnahmen zur Schmerzlinderung an, die dann auch endlich Wirkung zeigten. Außerdem verdeutlichte er dem Pflegepersonal, dass er alles tun würde, um bei mir neue chronische Schmerzen zu verhindern und sie dabei auch mitarbeiten sollten. Ich bin heute noch erstaunt, dass man auf dieser Station einem Patienten, der Schmerzen hat, die Konsultation bei einem der behandelnden Ärzte verweigern wollte.

Kommentar ST: Bei einem guten Akutschmerzmanagement weiß die Pflege normalerweise besser über die Schmerzalgorithmen Bescheid als die Ärzte...

Nach einigen Tagen konnte ich die Klinik verlassen. Die Entlassung sollte am Sonntag sein. Mit dem Handchirurgen war besprochen, dass ich die angesetzten Medikamente, darunter auch ein Morphin, für die Einnahme zu Hause mitbekommen sollte, bis ich am Montag meinen Hausarzt aufsuchen könne. Zunächst bekam ich also die Medikamentenschachtel mit den Medikamenten für Sonntag, in der allerdings das Morphin fehlte.

Kommentar ST: Da gibt es häufig immer noch keine klaren Regelungen. Besonders, was die Mitgabe von BTM-pflichtigen Medikamenten wie Morphin angeht, befinden wir uns da nicht selten in nicht abschließend klar geregelten Bereichen. Leider müssen hier oft vom Arzt schlecht oder fehlerhaft getätigte Aussagen von den Pflegekräften und Patienten ausgebadet werden, wie möglicherweise auch in diesem Fall.

Auf meine Nachfrage hin wurde das ergänzt. Ich bat die Krankenschwester darum, mir auch die Medikamente für Montagmorgen mitzugeben. Dies verweigerte sie, denn ich sollte ja am Montagmorgen zum Hausarzt gehen. Ich sagte ihr, dass ich die Tabletten zum Frühstück einnehmen solle, gerade das Morphin solle ich genau alle 12 Stunden nehmen. Bis ich in der Sprechstunde an der Reihe sei und in der Apotheke das Medikament geholt habe, sei es vielleicht schon Mittag. Die Dame weigerte sich mit dem Argument, es handele sich ja um eine betäubungsrezeptpflichtige Substanz.

Kommentar PN: Auch diese Aussage ist eine Frechheit. Als mündiger Patient kann ich sehr wohl ein BTM-pflichtiges Medikament entgegen nehmen. Zu Hause würde ich das ja genauso machen, wenn ich das Rezept vom Arzt bekomme.

Ich sagte ihr, dass ich dann einen Arzt sprechen wolle. Nach kurzer Zeit kam sie und gab mir einen Briefumschlag, in dem die benötigten Medikamente für Montagmorgen waren. Zur Vorsicht habe ich aber in ihrem Beisein nachgesehen.

Mein Fazit:

Es ist gut, wenn man als Patient gut über die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt ist und diese notfalls einfordern kann, was offensichtlich auch heute noch in deutschen Krankenhäusern nötig ist. Was machen aber Patienten, die nicht gut aufgeklärt sind? Müssen diese dann mehr leiden?

Kommentar ST: Ein ganz klares - leider - ja!

Kommentar PN: Als Pain Nurse und Intensiv- und Anästhesie-Pflegefachkraft, bin ich enttäuscht, dass in den Kliniken immer noch ein solche mangelnde Fachkenntnis und vor allem fehlendes Verständnis insbesondere für Schmerzpatienten, besteht. Ich habe diesen Beruf immer mit Überzeugung an der Sache und (auch wenn dies etwas veraltet romantisch klingt), auch im Dienst am Menschen ausgeübt. Die Situationen in den Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen hat sich in den letzten Jahren dramatisch verschlechtert. Trotzdem dürfen und können gewissen Standards nicht dem allgemeinen Pflegenotstand und der politischen Diskussionen zum Opfer fallen.

Seit einigen Jahren leite ich Pflegeeinrichtungen und bin somit für mehr als 100 Pflegekräften verantwortlich. Aktuell freue ich mich das die eine der zwei Einrichtungen die ich leite, die Zertifizierung für „Professionelles Schmerzmanagement in der stationären Altenhilfe“ erlangt hat. Hierbei ging es mir nicht um das Label, sondern den Umgang mit Schmerzen. In der stationären Altenhilfe benötigt dieses Thema einiges an Kraftanstrengung, damit sowohl bei den Ärzten, Angehörigen aber auch vor allem bei den Pflegekräften die erforderlich Aufmerksamkeit und Wertschätzung erfährt.

Hier dachte ich, wären die Krankenhäuser weiter. Dieser Erfahrungsbericht hingegen zeigt allerdings, dass auch einige Krankenhäuser den Umgang mit Schmerzen und vor allem den Schmerzpatienten lernen müssen.

Es kann nicht sein, dass nur mündige Patienten eine adäquate Schmerzbehandlung erfahren.

Autorin:
Eine Schmerzpatientin