

9. THESEN

1. Das Erleben postoperativer Schmerzen kann den Heilungsverlauf verzögern und beeinflusst maßgeblich die Patientenzufriedenheit.
2. Die Patientenzufriedenheit ist wesentlicher Bestandteil der Ergebnisqualität medizinischer Behandlungen im Krankenhaus.
3. Obwohl seit Anfang der 50er Jahre bekannt ist, daß 30-70% aller Patienten unter mäßigem bis starkem postoperativem Schmerz leiden und obwohl inzwischen zahlreiche neue Medikamente und schmerztherapeutische Verfahren in die Klinik eingeführt wurden und der postoperative Schmerz häufig Gegenstand wissenschaftlicher Veröffentlichungen ist, bestehen in Deutschland, wie auch in den meisten westlichen Ländern noch erhebliche Defizite in der postoperativen und posttraumatischen Schmerzbehandlung.
4. Eine suffiziente perioperative Schmerztherapie muß jedem Patienten aus medizinischer, ethischer und juristischer Sicht angeboten werden.
5. Die Schmerzbehandlung gehört zu den bedeutsamen interdisziplinären Aufgaben der modernen Medizin. Sie ist eine Herausforderung für die Zusammenarbeit von Anästhesisten, Operateuren und Pflegepersonal.
6. Grundvoraussetzung ärztlichen Handelns ist das Einverständnis des Patienten nach ordnungsgemäßer Aufklärung. Die Aufklärung über die postoperative Schmerztherapie sollte möglichst während der präanästhesiologischen Visite erfolgen und Durchführung, Risiken sowie Behandlungsalternativen der Schmerztherapie beeinhalt. Eine adäquate Aufklärung über die postoperative Schmerztherapie kann zu geringerer Schmerzintensität und geringerem Schmerzmittelverbrauch sowie größerer Patientenzufriedenheit führen.
7. Schmerzmessung und -dokumentation sind notwendige Voraussetzungen für eine adäquate Schmerztherapie.
8. Für die Mehrzahl der Patienten sind konventionelle Schmerztherapiemethoden, die dem ärztlichen und Pflegepersonal der Allgemeinstationen obliegen, ausreichend. Sie sollten dem individuellen Bedarf des Patienten angepaßt werden. Intramuskuläre Schmerzmittelinjektionen sollten der Vergangenheit angehören.

9. Große intraabdominale, thoraxchirurgische und Eingriffe am Skelett-und Weichteilsystem sowie schwere Verletzungen sind Indikationen für die PCA oder die EDA.
10. Die PCA ist das effektivste systemische Verfahren zur Behandlung akuter Schmerzzustände. Sie erfährt eine hohe Akzeptanz bei Patienten und Pflegekräften.
11. Die EDA bewirkt im Vergleich zur intravenösen patientenkontrollierten Opioidapplikation eine bessere Analgesie bei weniger Nebenwirkungen. Insbesondere ältere Patienten profitieren von einer Regionalanalgesie. Allerdings ist sie mit einem höheren Aufwand, Applikationsrisiko und Technikwechsel verbunden.
12. PCA und EDA erfordern ein spezielles Analgesiekonzept, dessen effiziente und sichere Anwendung auf Allgemeinstationen nur durch einen qualifizierten ASD geleistet werden kann.
13. Ein ASD kann die Häufigkeit und das Ausmaß therapiebedingter Komplikationen senken und organisatorische Ursachen einer unzureichenden analgetischen Patientenversorgung nachweislich verbessern. Ein ASD kann die Anzahl von Patienten mit starken postoperativen Schmerzen auf 5-10% senken.
14. Häufigere Schmerzerträglichkeit und weniger Nebenwirkungen führen zu mehr Patientenzufriedenheit.
15. Verstärkte Aufmerksamkeit gegenüber dem Patienten und seinem Schmerz sowie insbesondere bei den patientenkontrollierten Verfahren, die Autonomie des Patienten, erhöhen die Patientenzufriedenheit.
16. Die postoperative Schmerztherapie hat eine hohe Qualität wenn ein ASD aufwendigere Verfahren wie die intravenöse PCA und EDA durchführt.