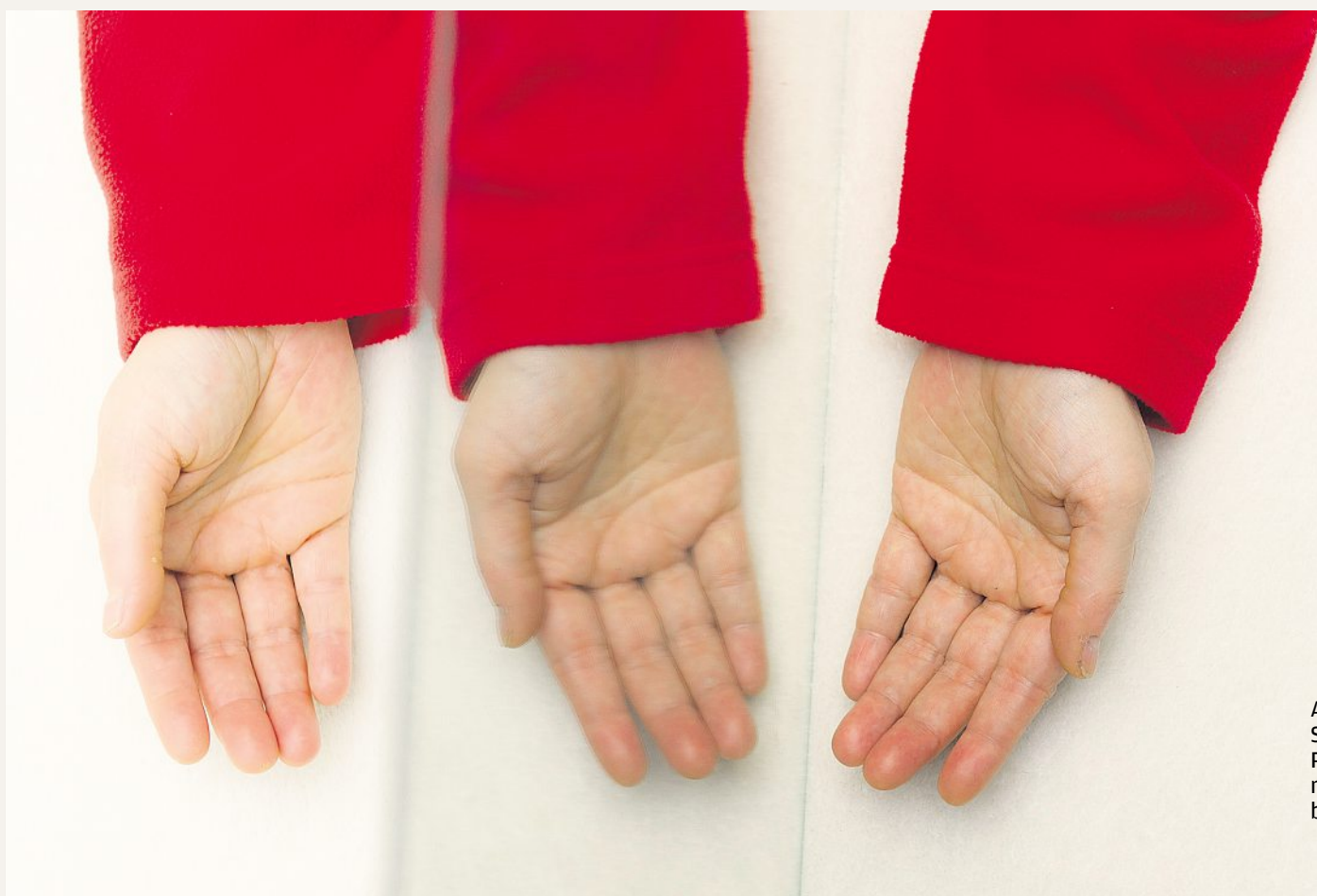


## Die Kraft der Einbildung

Ein bisschen hört es sich an wie Hokusokus – und im Grunde ist es das auch. „Das Gehirn wird einfach überlistet“, sagt Annette Rose. Die Dresdner Ergotherapeutin behandelt Patienten mit der Spiegeltherapie. Die Methode ist so einfach wie verblüffend: Patienten sitzen vor einem längs aufgestellten Spiegel und sehen so nur ein Körperteil, beispielsweise den linken Arm – diesen aber doppelt. Das Spiegelbild gaukelt dem Gehirn vor, dass es sich hier um den rechten Arm handelt. Mit verschiedenen Übungen regt die Therapeutin dann die Vorstellungskraft des Patienten so an, dass er den Schmerz im unsichtbaren rechten Arm immer weniger wahrnimmt. Ähnlich kann man das auch bei Beinen machen. Vor allem Menschen, die nach Operationen unter dem komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS 1) leiden oder gar ein Körperteil verloren haben, werden damit behandelt. Annette Rose hat dafür eine Zusatzausbildung. „Einfach vor den Spiegel setzen und loslegen – das funktioniert nicht.“ Und die Therapie sei auch kein Allheilmittel. Der Erfolg sei wesentlich von der Motivation der Patienten abhängig. Alles will sie aber nicht verraten – Berufsgeheimnis. Nur so viel: „Die Patienten müssen üben, üben, üben.“ Eben wie bei einem Zaubertrick. (SZ/sk)



Aus zwei mach drei: eine typische Situation bei der Spiegeltherapie. Patienten sehen dabei allerdings nur einen Arm und dessen Spiegelbild.

Foto: Robert Michael

# Leiden nach der OP

**Teil 9:** Operation gelungen, Schmerzen bleiben – das passiert gar nicht so selten. Wer ist besonders gefährdet? Und was kann man dagegen tun?

VON STEFFEN KLAMETH

Rund 15 Millionen Mal im Jahr wird in Deutschland operiert. Mit jedem einzelnen Eingriff ist die Hoffnung verbunden, dass der Patient möglichst schnell wieder gesund wird. Was dabei lange Zeit gar keine Beachtung fand: Eine Operation kann auch Auslöser von neuen Beschwerden sein.

Früher richtete sich die Anästhesie im Wesentlichen darauf, den Patienten sicher aus dem OP-Raum zu entlassen. Inzwischen rückt immer mehr die langfristige Lebensqualität nach Operationen in den Fokus. „Anhaltende Schmerzen nach Operationen werden nun nicht mehr als Nebensache oder schicksalhaft hingegenommen“, sagt Privatdozent Dr. Hans Jürgen Gerbershagen.

Erst 1998 wurde die erste Übersicht über postoperative Schmerzen veröffentlicht. Das Ergebnis: „Bei etwa einem Viertel aller Patienten, die in Schmerzkliniken behandelt wurden, führten die Patienten ihre Schmerzen auf eine OP zurück“, erklärt Gerbershagen. Der Kölner Facharzt für Anästhesiologie und Schmerztherapie lehrt und forscht an der Universitätsklinik Utrecht; ihm ist es mit zu verdanken, dass das Thema heute viel mehr Beachtung findet.

**Bei welchen OPs ist das Risiko späterer Schmerzen am größten?**  
„Grundsätzlich können nach jeder Operation langanhaltende Schmerzen auftreten“, erklärt Gerbershagen. Manche OPs hätten aber ein deutlich höheres Risiko.

Dauern die Schmerzen mindestens drei Monate an, gehen Mediziner von einer Chronifizierung aus. Hiervon sind vor allem Patienten nach der Amputation von Fuß oder Bein betroffen (50 bis 80 Prozent). Bis zu 60 Prozent der Patienten leiden nach

einer Brustkorboffnung (zum Beispiel bei Herz-OPs) unter anhaltenden Schmerzen, nach einer Brustentfernung sind es etwa 40 Prozent. „Die Studie belegt, dass es auch nach vielen vermeintlich einfachen Eingriffen recht häufig zu chronischen Schmerzen kommt – das wurde lange unterschätzt“, sagt der Arzt. Als Beispiel nennt er die Leistenbruch-Operation.

**Gibt es einen Zusammenhang zwischen Akut- und chronischem Schmerz?**

Die Regel ist, dass dem chronischen Schmerz immer eine Akutphase vorausgeht. Anhaltende Schmerzen nach einer Operation entwickeln sich vor allem dann, wenn kurz nach dem Eingriff die Schmerzintensität sehr stark war, sagt Gerbershagen.

**Wie äußern sich chronische Schmerzen nach einer OP?**

Grundsätzlich treten die Schmerzen an der Stelle auf, wo der Eingriff erfolgte. Gerbershagen: „Je nach OP kann die Art der empfundenen Schmerzen sehr unterschiedlich sein, je nachdem, ob es sich um Schmerzen im Gewebe oder an den Nerven handelt.“ Neuropathische Schmerzen entstehen durch Nervenschädigung und dominieren vor allem nach Amputationen, Lungenoperationen, Leistenbruch-OPs und Brustentfernung. Deshalb werde versucht, vor allem bei diesen Eingriffen immer „nervenschonender“ zu operieren.

**Sind manche Patienten mehr bzw. weniger gefährdet?**

Bestanden bereits vor der OP chronische Schmerzen, so ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass danach auch an der Eingriffsstelle anhaltende Schmerzen auftreten. Wer etwa jahrelang unter Rücken- oder Kopfschmerzen oder anderen Schmerzen litt, entwickelt nach einer Operation häufiger eine höhere Schmerzempfindlichkeit.

Darüber hinaus haben Studien eine Reihe weiterer Risikofaktoren herausgefunden. So tritt chronischer postoperativer Schmerz häufiger bei jüngeren Patienten auf. Frauen neigen nach einem Eingriff eher zu einer Schmerzkrankung; die

Gründe sind unklar. Ebenso können psychosoziale Einflüsse wie Angst oder gar Panik vor einer OP wesentlich dazu beitragen, dass danach sowohl starke akute als auch chronische Schmerzen entstehen.

**Wie kann man einer späteren Schmerzkrankung vorbeugen?**

Vorteile gegenüber der offenen OP bietet der sogenannte minimal-invasive Eingriff. Er ist aber nur bei bestimmten Diagnosen möglich. „Vorsichtige nervenschonende Operationsverfahren können zum Beispiel bei einer Leistenbruch-OP das Risiko von chronischen Schmerzen minimieren“, erklärt der Facharzt. Hochrisikopatienten sollten präventiv mit Medikamenten versorgt werden.

**Was wird gegen Schmerzen nach einer OP unternommen?**

Die Schmerztherapie ist inzwischen fester Bestandteil jeder Behandlung nach einer Operation. Dafür steht eine ganze Palette von Medikamenten zur Verfügung – von Tabletten wie Paracetamol und Ibuprofen bis zu starken Opioiden. Bei großen und schmerzhaften Eingriffen werden zusätzlich Schmerzkatheter in die Nähe von Nerven gelegt bzw. Schmerzpumpen verwendet, mit deren Hilfe die Patienten selbst die Zufuhr von Schmerzmedikamenten steuern. Die Geräte sind so eingestellt, dass eine Überdosierung vermieden wird. Auch die Angst vor einer möglichen Sucht ist wegen der kurzen Zeit unbegründet.

Grundlage bildet die Selbsteinschätzung der Patienten anhand einer Schmerzskala – in deutschen Krankenhäusern mindestens dreimal am Tag. Dabei wird der Schmerz stets sowohl in Ruhe als auch in Bewegung erfasst. Bewegungen wie das Aufstehen und das Husten verstärken zwar meist den Schmerz; allerdings sollten Patienten nach OPs in der Regel Schonhaltungen vermeiden und möglichst früh wieder mobilisiert werden.

- Teil 10 am Dienstag: Welche Medikamente helfen?
- Ihre Fragen zum Thema Schmerz beantworten Experten am Mittwoch am SZ-Telefon. Die Details erfahren Sie in unserer Diensttagausgabe.



Schmerz lass nach

EINE SERIE DER SÄCHSISCHEN ZEITUNG  
MIT UNTERSTÜTZUNG DER AOK PLUS,  
DIE GESUNDHEITSKASSE FÜR  
SACHSEN UND THÜRINGEN

## Schmerzen im Nichts

Menschen können einen Körperteil spüren, auch wenn er gar nicht mehr da ist. Wie Phantomschmerz entsteht – und was dagegen hilft.

Der Mann hatte Glück im Unglück: Nach einem schweren Unfall mit seinem Motorrad bewahrte ihn der Helm vor Schlimmerem. Doch das rechte Bein war nicht mehr zu retten – Oberschenkelamputation. „Bereits am nächsten Tag berichtete er über Schmerzen, die wie Blitze in seinen nicht mehr vorhandenen Unterschenkel führen“, erinnert sich Dr. Carsten Funke, Leiter des Schmerzentrums am St. Georg-Krankenhaus in Leipzig.

Phantomschmerz heißt das Phänomen, das man lange Zeit als Einbildung abtat. Bis heute ist es nicht vollständig erforscht. Eine Erklärung, so Dr. Funke, sind Veränderungen im Gehirn, genauer in der Hirnrinde. Hier befindet sich der Körperplan, der alle Körperregionen abbildet – auch die amputierten. Nach der Amputation erhält diese Region falsche Signale vom Rückenmark; über die Hälfte der Betroffenen nimmt das als Schmerz wahr.

„Am häufigsten treten Phantomschmerzen nach der Amputation von Händen, Armen, Beinen und Füßen auf“, sagt der Oberarzt. Aber auch nach der Entfernung der Brust, einzelner Zähne oder des Enddarms sind Patienten nicht davor gefeit. Vielen falle es schwer, zwischen Phantomschmerz und Stumpfschmerz zu unterscheiden. Beide können einzeln oder gleichzeitig auftreten, haben aber völlig andere Ursachen – und müssen demzufolge anders therapiert werden.

Grundsätzlich sollte Phantomschmerz sofort behandelt werden. „Je länger man wartet, desto weniger Verbesserungen sind erreichbar.“ Aus dem gleichen Grund sollte eine Amputation, wenn sie denn unumgänglich ist, nicht unnötig hinausgeschoben werden. Betroffene müssten oft über Jahre Medikamente einnehmen. „Eine Schmerzfreiheit kann erreicht werden, ist aber nicht das höchste Ziel.“ Wichtig sei vor allem, dass der Schmerz nicht mehr den Alltag der Menschen bestimmt. Dazu könne eine Spiegeltherapie beitragen oder eine myoelektrische Prothese, mit der der Betroffene durch eigenen Willen und Muskelanspannung gezielte Bewegungen und Tätigkeiten ausführen kann. Und das wiederum hilft bei der Rückkehr ins soziale und berufliche Leben. (SZ/sk)

## Sterbenskranken zu Hause helfen

Das Brückenteam des Krankenhauses St. Joseph-Stift Dresden ist einer der Vorreiter in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Initiatorin und Chefärztin Dr. med. Barbara Schubert erzählt im Interview von dem Projekt.

**Frau Dr. Schubert, erzählen Sie bitte kurz, was das Brückenteam leistet.**

Für viele unheilbar kranke Menschen ist es wichtig, die Zeit bis zum Lebensende in ihrer gewohnten Umgebung und im Kreis ihrer Angehörigen zu verbringen. Um das zu ermöglichen, bilden am St. Joseph-Stift neun Pflegepersonen und fünf Ärzte das Brückenteam. Es versorgt jährlich etwa 350 Patienten in Dresden ambulant palliativ. Die qualifizierte medizinische Versorgung schwerkranker Patienten zu Hause erfolgt in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten, Pflegediensten sowie Krankenkassen.

**Was bedeutet das für Ihre Patienten?**

Durch diese spezialisierte ambulante Palliativversorgung werden unnötige Krankenhausaufenthalte und damit verbundene Belastungen für die Betroffenen vermieden.

**Welche Vorgeschichte hat das Projekt?**

Als im Jahr 2000 unsere Palliativstation eröffnet wurde, konnte mit Unterstützung der AOK in Sachsen eine Personalstelle in der Brückenpflege geschaffen werden. Die Pflegekraft unterstützte Hausärzte nach der Entlassung der Patienten aus der Klinik bei der ambulanten Palliativversorgung. Da jedoch nicht jeder Hausarzt Palliativpatienten umfassend betreuen kann, hielten wir es für sinnvoll, auch Klinikärzte in die ambulante Palliativversorgung einzubinden. Dieser Idee standen aber Hürden im Weg: Klinikärzte durften damals nicht ambulant tätig werden.

**Wie und wann wurde diese Hürde beseitigt?**

Mit der Änderung der Vorschriften 2004 konnten wir gemeinsam mit der AOK in Sachsen sowie der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft und zwei Dresdner Onkologen einen Vertrag zur Integrier-

ten Versorgung schließen. 2007 wurden dann die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung geschaffen. Dazu beigetragen haben die wissenschaftlich evaluierten Ergebnisse des Modellprojekts: kürzere Klinikaufenthalte, eine höhere Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen sowie niedrigere Kosten.

Das Brückenteam des St. Joseph-Stifts war und ist damit Vorbild für die Ausweitung der ambulanten Versorgung sterbenskranker Menschen, die die AOK PLUS weiter vorantreibt.

**IHR KONTAKT ZUR AOK PLUS**

Tel.: 0800/247 100 1 (24h, kostenfrei)  
E-Mail: service@plus.aok.de  
Post: AOK PLUS, 01058 Dresden  
Web: www.aokplus-online.de



Dr. med. Barbara Schubert, Chefärztin der Fachabteilung für Onkologie, Geriatrie und Palliativmedizin am St. Joseph-Stift Dresden, hat das Brückenteam ins Leben gerufen.

ANZEIGE