

Operation gelungen, Patient tot?

Sind CPAP Patienten bei stationärer Heilbehandlung und bei Operationen ausreichend versorgt?

Seit vielen Jahren informieren uns Patienten darüber, dass die Behandlung mit ihrem Atemtherapiegerät während des stationären Aufenthaltes nicht kontinuierlich oder gar nicht durchgeführt wurde.

Bitten der Patienten, während ihrer Handlungsunfähigkeit (vor- und nach einer OP/eines Eingriffes) die Therapie kontinuierlich fortzuführen, wurden nicht berücksichtigt.

Da systematische Untersuchungen zum spezifischen perioperativen Risiko bei Schlafapnoepatienten noch ausstehen, gehen einige Kliniken offensichtlich davon aus, dass folgenreiche postoperative Komplikationen nicht mit der unterbrochenen CPAP-Therapie in Verbindung stehen.

Erhebungen in den USA haben ergeben, dass die meisten OSA-spezifischen Komplikationen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Operationen auftraten ⁽¹⁾

Obwohl es nur wenige Studien gibt, hat die ASA Empfehlungen zum perioperativen Management von Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe herausgegeben. Verschiedenen Arbeitsgruppen, z.B. von Prof. Dr. med. Andreas Walther (Uni- Stuttgart), arbeiten daran diese weiterzuentwickeln.

- Risikobewertung nach dem Risikoscore des ASA
- Präoperative Identifizierung nicht diagnostizierter Schlafapnoiker durch geeignete Screeningmaßnahmen (z.B. validierte Fragebögen, Polygraphie).
- Postoperativ frühestmögliche Fortführung der CPAP Therapie nach der Extubation. Bei stark schläfrigen Patienten, die noch nicht über ausreichende Husten- und Schluckreflexe verfügen, insbesondere bei adipösen Patienten, sollte CPAP zurückhaltend eingesetzt werden. Eine mögliche Aspiration kann auch still verlaufen und zu einer Aspirationspneumonie führen.
- Kontinuierliche Durchführung der CPAP-Therapie.
- Vermeidung der **flachen** Rückenlage.
- Kontinuierliche Überwachung der Patienten mittels Pulsoximetrie entsprechend des Risikoscores.
- Postoperativ Durchführung der Schmerztherapie möglichst unter Vermeidung von Opioiden.
- Postoperativ: möglichst auf die Gabe von Sedativa verzichten.

Eine aktuelle Umfrage der Arbeitsgruppe von Prof. Dr.med. Andreas Walther zum perioperativen Management Schlafapnoe hat ergeben, dass in den Kliniken noch viel Aufklärungsarbeit zu leisten ist.

Um das perioperative Risiko der OSA-Patienten zu senken, halten wir die Erstellung eines von den Verbänden Anästhesie und Schlafmedizin z.Zt. diskutierten Merkblattes, „Perioperatives Management Schlafapnoe“ für erforderlich. Dieses Merkblatt kann dann Patienten zur Mitnahme in das Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

Aber damit ist es nicht getan. Auch in der Pflege gibt es noch erhebliche Defizite bei der Versorgung von Schlafapnoepatienten, die überwiegend in den fehlenden, auf die Schlafapnoe bezogenen Ausbildungsinhalten liegen. Hier ist ein Umdenken notwendig.

Möglicherweise werden positive Veränderungen bei der Versorgung von Schlafapnoikern durch einen aktuellen Rechtsstreit über einen Behandlungsfehler ausgelöst.

Geklagt hat, nach unseren Informationen, eine CPAP-Patientin, bei der mit der CPAP-Therapie erst am fünften postoperativen Tag begonnen wurde. Die zu spät begonnene Therapie könnte Ursache für eine Schädigung des Sehnerven der Patientin sein(hypoxische Sehnervenatrophie) mit Erblindung als Folge. Wenn bei dem oben erwähnten Rechtsstreit das zu entscheidende Gericht zu dem Ergebnis kommen sollte, dass die nicht kontinuierlich durchgeführte CPAP-Therapie einen Behandlungsfehler darstellt, wird das perioperative Management Schlafapnoe zukünftig einen höheren Stellenwert haben müssen.

In einer norddeutschen Klinik entsteht auf Anregung der örtlichen Selbsthilfegruppe ein Projekt zum perioperativen Management Schlafapnoe. Die Verlegung eines Schlafapnoepatienten vom Aufwachraum/Intensivstation auf eine periphere Station ist in einer frühen postoperativen Phase problematisch. Es bestehen hohe technische und pflegerische Anforderungen sowie ein erhöhter Überwachungsbedarf für die CPAP-Patienten. Da die Einrichtung einer intermediate care Station kurzfristig nicht möglich ist, wird die Einrichtung einer „Zwischenstation“ diskutiert. Auf dieser Station könnten die peri- und postoperativen Schlafapnoepatienten solange wie erforderlich versorgt und überwacht werden.

Auf dieser Station kann der Spagat zwischen den Risiken, die sich aus der MPBetreibV einerseits und einem Behandlungsfehler durch die Unterbrechung der CPAP-Therapie ergeben, gelöst werden. Im Gegensatz zur gegenwärtigen Situation, bei der es notwendig ist, auf allen peripheren Stationen Pflegekräfte entsprechend der MPBetreibV einzuweisen, hätte man hier eine kleine Gruppe routinierter ausgebildeter Fachkräfte zur Verfügung.

Was empfehlen wir zur Zeit den Patienten, die mit einer Schlafapnoe zur stationären Heilbehandlung oder Operation ins Krankenhaus müssen?

- Fragen Sie vor der Aufnahme ins Krankenhaus, ob die Therapie mit dem Atemtherapiegerät im Falle Ihrer Handlungsunfähigkeit (nach der OP) von den Pflegenden übernommen wird.
- Sorgen Sie dafür, dass der einweisende Arzt die behandlungsbedürftige Schlafapnoe neben der Einweisungsdiagnose auf der Einweisung vermerkt.
- Informieren Sie im Aufnahmegespräch Pflegepersonal, Stationsarzt und im Vorbereitungsgespräch vor einer Operation den Narkosearzt, dass Sie wegen einer behandlungsbedürftigen Schlafapnoe Ihr Atemtherapiegerät mitgebracht haben.
- Nehmen Sie das Atemtherapiegerät, den Gerätepass und die Bedienungsanleitungen von Gerät, Atemluftanfeuchter und Atemmaske mit ins Krankenhaus.
- Falls es auf der peripheren Station nach der Operation zu Komplikationen kommt, fragen Sie, ob die Therapie mit dem Atemtherapiegerät sowie die Überwachung (Pulsoximeter) kontinuierlich durchgeführt wurde bzw. holen ggf. Sie fachlichen Rat ein.
- Achten Sie auf einen technisch und hygienisch einwandfreien Zustand Ihres Atemtherapiegerätes. Im Zweifelsfalle fragen Sie Ihren Leistungserbringer.
- Nicht zu vergessen ist die Telefonnummer und Kontaktadresse des Leistungserbringers (24 Stunden Service), der für Rückfragen des Pflegepersonals zur Verfügung steht.

Reinhard Wagner (Arbeitskreis Schlafapnoe Niedersächsischer Selbsthilfegruppen)

Dr. Andreas Möller (Schlafmediziner)

Dr. Patrick Saur (Klinik für Anästhesiologie Universitätsklinikum Heidelberg)

Quellenverzeichnis:

Der Anästhesist 2/2009 und 4/2001

Somnologie 2008/1

(1) Mayo Clinic Proceedings 09/2001

Schlafapnoe Aktuell:

Rechtsanwälte: Alexander Reents (Wittmund) / Dr. jur. Volker Lücker (Essen)

<http://www.vdk.de/shg-schlafapnoe-wilhelmshaven/ID66086>

<http://www.vdk-schlafapnoe.de/ID1596>

Fremdwortverzeichnis:

Aspiration: Einatmen von Mageninhalt

ASA American Society of Anesthesiologists (Amerikanische Gesellschaft für Anästhesiologie)

Hypoxische Sehnervenatrophie: durch Sauerstoffmangel bedingte Schädigung des Sehnerven

Intermediate Care Station: Überwachungs- und Pflegestation in einem Krankenhaus. Bindeglied zwischen der Intensivpflegestation mit ihren umfassenden therapeutischen und intensivpflegerischen Möglichkeiten und der Normalstation, auf der aufgrund der niedrigeren Personaldecke keine engmaschige Überwachung des Patienten möglich ist

OSA: obstruktive Schlafapnoe

Präoperativ: Vor der Operation

Postoperativ: Nach der Operation

Perioperatives Management: Um die Operation herum

Periphere Station: Normalstation

Pulsoximetrie: Messung des Sauerstoffgehaltes im Blut (z.B mit einem Fingerclip)

Sedativa: Beruhigungsmittel

MPBetrv.: Medizinproduktbetreiberverordnung