

17. Schmerzmanagement

Bei Patientinnen und Patienten mit bestehenden sowie zu erwartenden Schmerzen erfolgt ein Schmerzmanagement von der Erfassung bis hin zur Therapie, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie reduziert oder beseitigt.

Stationäre und vertragsärztliche Einrichtungen, in denen Interventionen durchgeführt werden, die mit postoperativem Akutschmerz einhergehen können, sollen indikationsspezifische interne schriftliche Regelungen entwickeln und anwenden.

Diese umfassen in Abhängigkeit von der Größe der Einrichtung und der Komplexität der Eingriffe auch die Darstellung und Zuordnung personeller und organisatorischer Ressourcen und Verantwortlichkeiten und sollen mit allen an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen und Professionen abgestimmt werden.

Dabei sollen Akutschmerzen – möglichst mit validierten Instrumenten - standardisiert aus Patientensicht erfasst, ggf. im akuten Therapieverlauf wiederholt erfasst, dokumentiert und nach einem individuellen Behandlungsplan umgesetzt werden. Die Patienten werden in die Therapieentscheidung aktiv mit einbezogen.

Grundsätze

- Schmerzprävention hat Vorrang (ausreichende Anästhesie, atraumatische Technik)
- Schmerzintensität wird erfragt und dokumentiert (z. B. Numerische Rating-Skala 0–10)
- Individuelle Schmerztherapie (Medikamente, Kühlung, Verhaltenstipps)
- Nachsorgehinweise schriftlich und mündlich geben
- Bei anhaltenden oder unerwarteten Schmerzen: Rückrufmöglichkeit sicherstellen

Ablauf Schmerzmanagement

- Präoperative Aufklärung über zu erwartende Schmerzen und Maßnahmen
 - Ausreichende lokale Anästhesie sicherstellen (Wirkung prüfen)
 - Während der Behandlung: regelmäßige Nachfrage zum Befinden
 - Postoperative Empfehlungen: Analgetika, Kühlung, Schonung, Ernährung
 - Bei Bedarf: Rezept oder Empfehlung geeigneter Schmerzmittel
 - Dokumentation der Schmerztherapie in der Akte
- ➔ Details dazu finden Sie in der folgenden Checkliste „Schmerzmanagement“ und „Postoperative Anweisungen“

Checkliste Schmerzmanagement

Nach zahnärztlichen Eingriffen kann es durchaus zu Schmerzen kommen. In solchen Fällen besteht die Möglichkeit schwach wirksame Analgetika zu verordnen. Sollten wider Erwarten, aufgrund von anhaltenden Schmerzen, stark wirksame opioid Analgetika erforderlich sein, empfiehlt sich eine genauere Abklärung der Ursache.

Die nachfolgende Liste der Analgetika erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und ist stets an die allgemeinen und speziellen anamnestischen Besonderheiten des Patienten anzupassen!

Prüfdatum	
Geprüft von	

Analgetika	Wirkstoff	Dosierempfehlung erwachsener Patient (orale Gabe)	Kontraindikation (unter anderen)
NSAR (nichtsteroidale Antirheumatika)	Salicylsäurederivate (Acetylsalicylsäure)	500 mg	chir. Eingriff, Pat. unter 18 Jahren, Magengeschwüre
	Propionsäurederivate (Ibuprofen)	600 mg	Magen-Darm-Erkrankung
	Essigsäurederivate (Diclofenac)	50 mg	Nieren- und Lebererkrankung
Nicht saure antipyretische Analgetika	Anilinderivate (Paracetamol)	500 mg	Lebererkrankung
	Pyrazolonderivate (Metamizol)	500 mg	Allergie, Blutbildveränderung
Kombinationspräparate	Wirkstoff (z.B. Paracetamol + Codeinphosphat)	500 mg + 20 mg	Suchterkrankung

Zusammenfassung / Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift QM-Beauftragter: _____

Postoperative Anweisungen für Patienten

Patient/in	
Eingriff / Datum	
Behandler/in	

Wichtige Hinweise nach dem Eingriff:

- Beißhilfe / Tupfer: ca. 30 Minuten festzubeißen, danach entfernen.
- Nicht spülen, nicht saugen (Strohalm vermeiden) am Operationstag.
- Kühlung von außen (nicht direkt auf die Haut) in den ersten Stunden.
- Keine Milchprodukte, kein Alkohol, kein Nikotin am Operationstag.
- Weiche, kühle Kost; erst essen, wenn die Betäubung nachlässt.
- Körperliche Anstrengung und Sport für 24–48 Stunden vermeiden.
- Verschriebene Medikamente (Schmerzmittel / Antibiotika) wie empfohlen einnehmen.

Wann sollten Sie uns kontaktieren?

- Starke, zunehmende Schmerzen oder Schwellung nach dem 2.–3. Tag
- Anhaltende starke Blutung
- Fieber, Eiterbildung, starke Einschränkung der Mundöffnung
- Allergische Reaktion auf Medikamente

Ihre Nachsorgetermine / Medikation

Praxis-Telefon: _____

Notdienst: _____

Ich habe die Anweisungen erhalten und verstanden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Name in Druckbuchstaben: _____