Schon Wochen vor einem geplanten operativen Eingriff sollte gelten:

Alkohol und Zigarette sind jetzt tabu

Eine elektive Operation kann die Chance sein, dass Ihr Patient endlich vom Glimmstängel und Alkohol lässt. Denn Rauchen und Alkoholmissbrauch erhöhen die Operationsrisiken deutlich.

— Rauchen erhöht die Komplikationsrate nach Operationen. Die Wunden heilen schlechter und es muss häufiger nachoperiert werden. Wer sechs bis acht Wochen vor einer geplanten Operation mit dem Rauchen aufhört, senkt sein Komplikationsrisiko signifikant, wie Prof. Dr. Claudia Spies, Anästhesistin an der Charité in Berlin, berichtete. So litt in einer Studie jeder vierte Raucher an einer Störung der Wundheilung, aber keiner derjenigen, die frühzeitig vor der Operation auf Tabak verzichtet hatten. Auch die Häufigkeit anderer Komplikationen konnte auf die Hälfte reduziert werden.

Risikofaktor Alkohol

Jeder fünfte Krankenhauspatient ist alkoholkrank, in manchen Feldern der operativen Medizin sind es auch noch mehr: Bei Polytrauma sind 46% der Patienten, bei Tumoren des oberen

Gastrointestinaltrakts sogar 54% alkoholabhängig. Wird dies nicht erkannt, wird ein wichtiger Risikofaktor außer Acht gelassen. Bei Alkoholabhängigkeit ist beispielsweise das Risiko für Intensivpatienten für Pneumonie, Sepsis und septischen Schock signifikant erhöht und die Liegedauer deutlich verlängert. Die Letalität der Intensivpatienten ist sogar doppelt so hoch.

Wird der Alkoholabusus nicht erkannt, kommen die Patienten womöglich direkt nach der Operation in einen schweren Entzug. Das muss durch prophylaktische Maßnahmen unbedingt verhindert werden. Daher empfiehlt Spies eine mindestens einmonatige Alkoholabstinenz vor dem Eingriff, ggf. unterstützt mit Disulfuram. In einer Studie konnte hierdurch die Komplikationsrate bezogen auf Infektionen, Blutungen und Herz-Lungen-Insuffizienz bei kolorektaler Resektion

von 74 auf 31% reduziert werden (Tønnesen H et al.: BMJ 1999;318:1311–6.). Gelingt die Abstinenz nicht, kann durch Reduktion des postoperativen Hyperkortisolismus bei Alkoholkranken das Risiko ebenfalls vermindert werden. In einer Studie mit alkoholabhängigen Patienten mit Karzinomen der Atemwege oder des Gastrointestinaltrakts konnte durch Gabe von niedrig dosiertem Ethanol (0,5 g/kg KG pro Tag), Morphin (15 µg/kg KG pro Stunde) oder Ketokonazol (200 mg 4 x täglich) am Tag der Operation bis drei Tage danach die Pneumonierate von im Median 39% auf 5,7% verringert und die Liegezeit in der Intensivstation um neun Tage verkürzt werden.

Im Vergütungssystem nicht vorgesehen?

Spies beklagte, dass die aktuellen DRGs das Problem des Alkoholabusus als Risikofaktor bei Operationen einfach nicht abbilden. Dabei waren die DRG-Urväter in Australien so weitsichtig, in ihren Pauschalen solche Fälle extra auszuweisen und zu vergüten. Doch bei der Übernahme der DRGs in Deutschland fiel dieser stigmatisierte Bereich wohl einfach unter den Tisch. Und was nicht dokumentiert wird, wird auch nicht beachtet, geschweige denn, dass es zu adäquaten Maßnahmen kommt.

Immerhin kann Spies dem schleichenden Abbau in der breiten Gesundheitsversorgung auch positives abgewinnen: Zunehmend längere Wartezeiten vor elektiven Eingriffen könnten die Chance bieten, mehr Patienten davon zu überzeugen, wenigstens einige Wochen vor einem Eingriff den Alkohol- und Nikotinabusus zu senken und so die OP-Risiken zu verringern.

FRIEDRIKE KLEIN ■

— **Abbildung 1**

Ärzte unterschätzen Alkoholprobleme bei Jüngeren

Die Computerbefragung auf der Berliner Unfallstation zeigt: Jüngere haben oft einen sehr riskanten Alkoholkonsum. Ihre Ärzte ahnen davon meist nichts.

■ 8. Interdisziplinärer Kongress für Suchtmedizin. München 5.–7. Juli 2007