



Globales Jahr gegen akute Schmerzen

„Die Patienten erwarten, dass sie im Krankenhaus Schmerzen erleiden, und wir Ärzte stellen sicher, dass diese Erwartung nicht enttäuscht wird“. Als der britische Anästhesist David Eastwood diesen Satz 1983 äußerte, steckte die Akutschmerztherapie in den Krankenhäusern noch in den Kinderschuhen.

Aber auch heute, fast 30 Jahre später, ist diese Feststellung leider noch aktuell. In dem Artikel „Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern“ von Christoph Maier und Kollegen wurden anonymisierte Befragungen von 3.251 Patienten in 25 Kliniken, davon knapp 1.000 konservativ versorgten Patienten, durchgeführt [1]. 29,5 % der operativ und 36,8 % der konservativ versorgten Patienten berichteten über moderate bis starke Schmerzen in Ruhe. Unter Belastung klagten mehr als 50 % der behandelten Patienten über Schmerzen. Der Anteil nicht ausreichend behandelter Schmerzpatienten war mit 45,6 % bei konservativ behandelten Patienten signifikant höher als bei operativ versorgten Patienten (29,6 %). Die Autoren folgerten aus ihren Ergebnissen, dass auch heute in deutschen Krankenhäusern immer noch zu häufig starke Schmerzen auftreten und die Schmerztherapie konservativ versorgter Patienten schlechter wahrgenommen wird als im postoperativen Bereich, sieht man einmal von der Behandlung von Tumorpatienten ab.

Weltweit betrachtet ist diese Situation noch deutlich dramatischer. Diese Umstände haben die International Association for the Study of Pain (IASP) dazu



**Prof. Dr.
Wolfgang Koppert**
Präsident der DGSS



**Prof. Dr. Gabriele
Nöldge-Schomburg**
Präsidentin der DGAI

bewogen, das jährlich ausgerufene Jahr gegen den Schmerz unter das Motto „Global Year Against Acute Pain“ zu stellen (www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GlobalYearAgainstPain/GlobalYearAgainstAcutePain/default.htm). Die IASP initiiert diese Kampagnen, um gezielt für bestimmte Krankheitsbilder Bewusstsein zu schaffen und Strukturen zu verbessern.

Dabei wird nicht nur eine Verbesserung der Akutschmerztherapie im Krankenhaus, sondern auch an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und hausärztlicher Versorgung angestrebt. Es werden u.a. mehr Studien zum Akutschmerzmanagement gefordert, die unter realistischen Bedingungen durchgeführt werden und Kosten-Nutzen-Faktoren einbeziehen. Diese sollten Grundlage für nationale Empfehlungen und Leitlinien zum Schmerzmanagement sein und immer wieder dahingehend überprüft werden, ob sich die erfolgreiche Umsetzung der Empfehlungen in besseren Behandlungsergebnissen zeigt. Folgende Implementierungsstrategien werden empfohlen:

- Rückmeldung und Benchmarking von Qualitätsindikatoren
- Einrichtung von (nationalen) Registern mit realen Messdaten
- Klinische wissens- und fallbasierte Entscheidungshilfesysteme
- Zertifizierungs-/Akkreditierungssysteme
- Anreizsysteme (Leistungsentgelt).

Insbesondere der zuletzt aufgeführte Punkt, die Vergütung der Akutschmerz-

therapie in Krankenhäusern, stellt sich vielfach als Problem dar, da zusätzliche Erlöse für eine komplexe Akutschmerztherapie nicht vorgesehen sind. So fehlen in vielen Kliniken auch die finanziellen Möglichkeiten für die Akutschmerzbehandlung, die somit immer noch auf das Engagement einzelner Personen und klinikinterne Absprachen angewiesen ist. Ähnliches gilt in vielen Ländern auch für die Ausbildung der an der Behandlung von Schmerzpatienten beteiligten Berufsgruppen; Akutschmerzmanagement soll deshalb laut der Empfehlungen der IASP Pflichtbestandteil der Ausbildung für Mediziner und Pflegepersonal werden.

In Deutschland werden viele dieser Empfehlungen bereits durch die Fachgesellschaften und Berufsverbände umgesetzt. DGAI und BDA haben zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (DGCh und BDC) und der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) nationale Benchmarkprojekte wie die „Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie“ (QUIPS/QUIPSI) und Zertifizierungsmaßnahmen wie die „Qualifizierte Schmerztherapie“ (Certkom e.V.) und die „Initiative Schmerzfreie Klinik“ (TÜV Rheinland) initiiert. In dem vor einigen Jahren gegründeten „Gemeinsamen Arbeitskreis Postoperativer Schmerz“ (GAPS) arbeiten Anästhesisten und Chirurgen eng zusammen, um gemeinsame Empfehlungen und Leitlinien zum Schmerzmanagement zu entwickeln.

Was steht noch aus? Wir alle glauben um die Folgen einer unzureichenden Schmerztherapie zu wissen. Neben einem erhöhten Risiko für die Chronifizierung von Schmerzen führen die verzögerte Wundheilung, ein erhöhtes Risiko für pulmonale Morbidität und ein erhöhtes Thromboserisiko zur Verlängerung des Krankenhausaufenthalts und zu einer erhöhten Mortalität.

Eine ähnliche Situation findet sich im Bereich der Hygiene: nosokomiale Infektionen führen ebenfalls zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität und zur Verlängerung der Krankenhausverweildauer. Gastmeyer et al. [2] kamen 2006 zu der Einschätzung, dass in Deutschland pro Jahr ca. 400.000 bis 600.000 nosokomiale Infektionen auftreten. Bei geschätzten 10.000 bis 15.000 Patienten waren Infektionen todesursächlich. Insofern war es nicht erstaunlich, dass das Bundesgesundheitsministerium Anfang des Jahres einen Entwurf für ein nationales Hygienegesetz vorgelegt hat, nach

dem die Leiter von Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen zukünftig dazu verpflichtet sein werden, die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zu beachten und Hygienefachkräfte einzustellen sowie Hygienebeauftragte zu bestellen.

Solche Strukturen sind für die Akutschmerztherapie noch in weiter Ferne. Obwohl die ethische und ökonomische Dimension einer unzureichenden Schmerztherapie durchaus mit der einer mangelnden Hygiene vergleichbar ist, ist es im Moment engagierten Ärzten und Pflegekräften sowie verantwortungsbewussten Klinikträgern vorbehalten, hier die notwendigen Strukturen zu schaffen und zu unterhalten.

Ein Grund für dieses Ungleichgewicht ist sicher auch die spärliche Datenlage zu den Folgen einer unzureichenden Schmerztherapie im Krankenhaus. Um den gleichen Evidenzgrad zu erreichen, wie er in der Infektionsepidemiologie

vorhanden ist, ist noch erhebliches Engagement notwendig. Neben der Grundlagenforschung sind insbesondere nationale Forschungsprojekte im Bereich der Versorgungsforschung dringend erforderlich. Die oben skizzierten Qualitätssicherungsmaßnahmen in der postoperativen Schmerztherapie könnten dafür als Datenplattform dienen. Sie können die Voraussetzungen schaffen, dass in Zukunft neben Hygienefachkräften und Hygienebeauftragten auch Schmerzfachkräfte und Schmerztherapiebeauftragte aus Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen nicht mehr wegzudenken sind.

Literatur

1. Maier C et al. Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern. Dtsch Ärztebl 2010;107:607-614.
2. Gastmeier P, Geffers C. Nosokomiale Infektionen in Deutschland: wieviele gibt es wirklich? Dtsch Med Wochenschr 2008;113:1111-1115.