

Schmerz 2007 · 21:501–502
 DOI 10.1007/s00482-007-0599-3
 Online publiziert: 28. Oktober 2007
 © Deutsche Gesellschaft zum Studium
 des Schmerzes. Published by Springer
 Medizin Verlag - all rights reserved 2007

E.A.M. Neugebauer
 Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM), Lehrstuhl
 für Chirurgische Forschung, Fakultät für Medizin der Universität
 Witten/Herdecke – Campus Köln-Merheim, Köln

Akutschmerztherapie im Aufwind!?

Trotz der großen Bedeutung für die Patienten wurde der Akutschmerztherapie über lange Jahre kaum Beachtung geschenkt. Dies verwundert, stellt doch die Therapie akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten, den Arzt, die Pflege, den Krankenhausträger und die Kassen dar. Die Gründe sind vielfältig und haben nichts mit dem Mangel an geeigneten Techniken oder unzureichend wirksamen Analgetika zu tun. Analysen zeigen vielmehr, dass hierfür primär fehlende Organisationsstrukturen, unklare Verantwortlichkeiten und eine mangelhafte Kenntnis geeigneter Schmerztherapeutischer Konzepte verantwortlich sind.

Die Notwendigkeit zum Handeln wurde zuerst von den Vertretern der Berufsverbände der Anästhesisten und Chirurgen im Jahre 1992 erkannt. In der Vereinbarung zwischen den Berufsverbänden der Chirurgen (BDC) und den Anästhesisten (BDA; [1]) wurden neben anderen Themen die fachlichen Zuständigkeiten klar geregelt und verschiedene Organisationsmodelle vorgeschlagen, die klinikspezifisch umgesetzt werden sollten. Ernüchterung trat ein, nachdem eine repräsentative Umfrage im Jahre 1997 feststellte, dass an den meisten Kliniken Deutschlands keine ausreichenden Organisationsstrukturen und Schmerzkonzepte existieren [2].

Mit dem Ziel, die Vereinbarungen in klinisch-praktische Empfehlungen umzusetzen und dadurch die schmerztherapeutische Versorgung der Patientenroutinebedingungen nachhaltig zu verbessern, wurden im Auftrag der wissenschaftlichen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie [DGCh] und Deutsche Gesell-

schaft für Anästhesie und Intensivmedizin [DGAI]) sowie der Berufsverbände unter Leitung der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung Schmerztherapie (DIVS) Empfehlungen zur Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen publiziert [3].

Nachfolgend wurde innerhalb der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) im Oktober 1998 ein „Arbeitskreis Akutschmerz“ gegründet, der sich der Aus- und Weiterbildung, der Umsetzung der Empfehlungen in klinikspezifische Manuale zur Schmerztherapie und die Öffentlichkeitsarbeit zur Aufgabe gemacht hat. Der Arbeitskreis hat zur Beseitigung der Ausbildungsdefizite ein 20-stündiges „Curriculum Akutschmerz“ entwickelt, das 1999 auf dem ersten Symposium „Akuter Schmerz im chirurgischen Alltag – Wissenschaft und Praxis“ in Köln erstmals durchgeführt wurde. Darüber hinaus ist ein kursbegleitendes Buch entstanden [4].

Dieses Heft „Der Schmerz“ enthält das Programm und die Abstracts des nun schon 5. Symposiums „Akuter Schmerz im chirurgischen Alltag“. Seit den Anfängen ist viel passiert:

Die Empfehlungen waren Grundlage für die Erstellung der S3-Leitlinie „Akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerz“ der AWMF; der Pflegeexpertenstandard wurde erarbeitet und publiziert; zur besseren Einbindung der operativen Disziplinen wurde neben dem fortbestehenden Arbeitskreis AK Akutschmerz der DGSS im Jahre 2003 die Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Akutschmerz (CAAS) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gegründet; 2005 wurde die Special Interest Group on Acute Pain (SIG AP) der IASP mit 30 Ländern auf

dem Weltkongress in Sydney aus der Taufe gehoben. Erstmals bietet in diesem Jahr das V. Symposium Akutschmerz auch die Plattform für den ersten internationalen Kongress der SIG AP.

Nach 3-jähriger Arbeit liegen nun seit Mai 2007 die nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin weiterentwickelten S3-Leitlinien Akutschmerztherapie vor, die gemeinsam mit 20 beteiligten Fachgesellschaften unter Federführung der DIVS entstanden sind (<http://www.leitlinien.net>; Nr.0041/001 AWMF). Zur Umsetzung der Leitlinie haben sich 2 Initiativen, „Initiative Schmerzfreie Klinik“ der CAAS in Kooperation mit dem TÜV-Rheinland und „Das Schmerzfreie Krankenhaus“ der DGSS gegründet, mit denen über die Verbesserung der Struktur- und Prozessqualität die schmerztherapeutische Versorgung der Patienten verbessert werden sollen.

Zertifikate wurden entwickelt, und die Ergebnisqualität kann über ein von den Fachgesellschaften empfohlenes Register Benchmarking-Tool „QUIPS – Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie“ (<http://www.Quips-projekt.de/>) überprüft werden. Zur weiteren Entwicklung und Abstimmung aller beteiligten Disziplinen wurde 2005 ein „Gemeinsamer Arbeitskreis Perioperative Schmerztherapie“ (GAPS) ins Leben gerufen, der von den wissenschaftliche Fachgesellschaften der Chirurgen und Anästhesisten sowie den Berufsverbänden getragen wird.

Akutschmerztherapie im Aufwind!? Diese Frage kann mit einem eindeutigen Ja beantwortet werden! Die oben genannten Entwicklungen haben schon jetzt zu guten Ergebnissen und Zertifizierungen von Kliniken mit hervorragender Schmerztherapie

geführt, die operativen Disziplinen haben nicht zuletzt wegen der „Fast-track“-Erfolge und der Entwicklung der minimalinvasiven Verfahren die Bedeutung der Akutschmerztherapie erkannt, und die Patienten fordern über das gestiegene öffentliche Interesse die Krankenhausträger zunehmend zum Handeln. Kliniken mit guter Schmerztherapie werben hiermit in ihren Qualitätsberichten und Internetdarstellungen.

Die Zukunft hat bereits begonnen – allen, die dies noch nicht gemerkt haben, sei der Besuch des V. Symposiums Akuter Schmerz im Chirurgischen Alltag in Köln am 30. November/1. Dezember 2007 empfohlen.



E.A.M. Neugebauer

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. E.A.M. Neugebauer
 Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM), Lehrstuhl für Chirurgische Forschung, Fakultät für Medizin der Universität Witten/Herdecke – Campus Köln-Merheim
 Ostmerheimerstr. 200, 51109 Köln
 ifom-neugebauer-sek@uni-wh.de

Literatur

1. Zinganell K, Hempel K (1992) Vereinbarungen des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie. Chirurg BDC 31: 232
2. Neugebauer E, Hempel K, Sauerland S et al. für die „AG Schmerz“ (1998) Situation der perioperativen Schmerztherapie in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen, anonymen Umfrage von 1000 chirurgischen Kliniken. Chirurg 69: 461–466
3. Wulf H, Neugebauer E, Maier C (Hrsg) (1996) Die Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen. Empfehlungen einer interdisziplinären Expertenkommission. Thieme, Stuttgart
4. Neugebauer EAM, Wiebalck A, Stehr-Zirngibl S (2003) Akutschmerztherapie – Ein Curriculum für Chirurgen. Uni-Med (Uni-Med Science), Bremen

Selten aber schmerzhaft: das Fabry-Syndrom

Bei der Erbkrankheit versagen klassische Schmerztherapien

Das Fabry Syndrom ist eine Erbkrankheit, die ihren Namen von dem Dortmunder Dermatologen Johannes Fabry erhielt. Fabry beschrieb Ende des vorletzten Jahrhunderts erstmals die Symptome und Ursache der Krankheit: Die Patienten leiden an einem Mangel des Enzyms alpha-Galaktosidase. Deshalb können Glykosphingolipide (GL-3) nicht abgebaut und ausgeschieden werden. Sie lagern sich im Körper an, besonders auf der Innenseite der Blutgefäße, und verursachen ein breites Spektrum an Schmerz-Symptomen. Da sich das Enzym auf den X-Chromosomen befindet, leiden Männer stärker an den Folgen des Enzymmangels. Ist dies defekt, ist der Enzymmangel sehr ausgeprägt. Frauen verfügen über ein zweites, meist funktionstüchtiges X-Chromosom, welches den Mangel ausgleicht. Obwohl der Morbus Fabry Frauen häufiger betrifft, sind die Beschwerden daher nicht so stark ausgeprägt. Allerdings erschwert dies auch die Diagnose. Expertenschätzungen zufolge gibt es einige Betroffene, die nichts von ihrer Erkrankung wissen und mit den leichteren Beschwerden leben.

Schon immer standen die Schmerzen im Vordergrund der Behandlung des Morbus Fabry. Doch selten waren übliche Schmerzmittel die adäquate Lösung, denn sie bleiben oft unwirksam. Neben der Blockade der Nerven mit örtlichen Betäubungsmitteln stand viele Jahre die Vermeidung der Schmerzen im Vordergrund. Als Schmerzauslöser gelten besonders Stress, Hitze, Sonnenlicht, größere Temperaturschwankungen oder körperliche Anstrengung. Seit 8 Jahren setzen Mediziner auf die Enzyersatztherapie. Das fehlende Enzym wird den Patienten mittels Infusion zugeführt. Obwohl es sich dabei um eine Dauertherapie handelt, die nicht sehr komfortabel ist, haben die Patienten noch Glück. Von den über 40 Enzymmangel-Krankheiten lassen sich bislang nur drei durch eine Enzyersatztherapie behandeln. Dass der Enzyersatz auch die

Schmerzen lindert, hat nun eine aktuelle Studie gezeigt.

Weitere Informationen erhalten Sie in der Originalpublikation:

Hoffmann B et al. (2007) Nature and prevalence of pain in Fabry disease and its response to enzyme replacement therapy – a retrospective analysis from the Fabry Outcome Survey. Clin. J. Pain 23: 535-542

Quelle: Kinderkrankenhaus der Heinrich-Heine-Universität, Düsseldorf
<http://www.uni-duesseldorf.de/>