

SCHMERZTHERAPIE

# Akutschmerz durch fachübergreifende Zusammenarbeit effektiver behandeln

- ▶ Ist-Situation in der Schmerzbehandlung optimierungsbedürftig
- ▶ Patientenkontrollierte Analgesie mit Tilidin/Naloxon
- ▶ Interview mit Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer, Köln

ZUM THEMA

Schmerz ist präklinisch und in der Notaufnahme ein relevantes Problem. Die Bedeutung des Schmerzes für den Patienten wird jedoch häufig nicht adäquat realisiert und die vorhandenen Möglichkeiten zur Vermeidung bzw. zeitgerechten Reduktion von Schmerzen werden nicht genutzt.

Hier, so Edmund A. M. Neugebauer, Köln, besteht ein großes Potenzial zur Verbesserung. Das Hauptproblem liegt in der mangelnden Kommunikation und Kooperation zwischen den verschiedenen Fachbereichen und Stationen.

Um der Individualität des Schmerzerlebnisses gerecht zu werden und auch postoperativ eine optimale Analgesie zu gewährleisten, ist die patientenkontrollierte Analgesie (PCA) eine ideale Methode. Inwieweit eine orale PCA, z. B. mit retardiertem Tilidin/Naloxon und Tilidin/Naloxon-Tropfen, von Vorteil ist, wurde in einer randomisierten Studie überprüft.

Präklinische Schmerztherapie, so Bertil Bouillon, Köln-Merheim, findet in Deutschland kaum statt. Wie eine Statistik des Kölner Notarztdienstes von 1999 zeigt, erhalten mehr als 60% der Traumpatienten vom Notarzt keinerlei Schmerztherapie (Abb. 1). Zur Begründung werden Argumente wie „Angst vor Komplikationen durch die Schmerzmedikation“, „Angst, den Befund zu kaschieren“ oder „Schmerz des Patienten wurde nicht realisiert“ angegeben. Dabei gilt eindeutig: „Ein Traumpatient, der mit Schmerzen in die Klinik kommt, ist schlecht versorgt“, betonte Bouillon. Befremdlich ist auch, dass es – abgesehen von kleineren retrospektiven Aufarbeitungen der Ist-Situation durch einzelne Notarztdienste – keine kontrollierten Studien zu Fragen der präklinischen Schmerztherapie gibt.

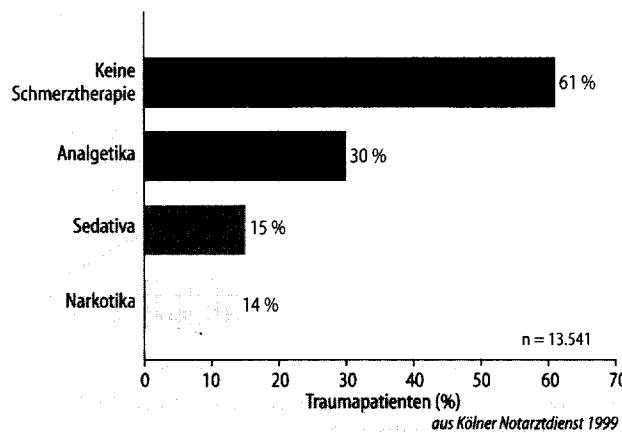
**Situation in der Notambulanz optimierungsbedürftig**

In der Notaufnahme der Kliniken ist die Situation ebenfalls verbesserungswürdig. In der Regel werden eingelieferte Pa-

tienten zunächst vom PJ-Studenten, dann vom AIP, dann vom Assistenzarzt und zuletzt vom Oberarzt untersucht. Bis zum Eintreffen des Oberarztes vergehen oft mehrere Stunden. Eine Schmerzmedikation erhält der Patient aber meist erst von diesem, sodass er auch in der Klinik noch stundenlang u. U. stärkste Schmerzen ertragen muss. Denn Pjler, AIP und Assistenzarzt sind nicht entscheidungsbefugt oder nicht entscheidungswillig aus Angst, eine falsche Entscheidung zu treffen. Eine klare, übergeordnete Leitlinie könnte das Problem lösen, existiert aber meistens nicht, und die klinikinternen Standards sind häufig nur den Erfahrenen bekannt, die aber nicht den Erstkontakt mit den Patienten haben. Dazu, so Bouillon, kommt ein veraltetes Schmerzkonzept, wonach vor der Therapie zuerst die Diagnose erfolgen muss.



ABBILDUNG 1



◀ Mehr als 60% der Traumpatienten erhalten vom Notarzt keinerlei Schmerztherapie.



Springer

UK I  
Zs 184  
- 51.7. Bsp -  
ZB MED