

Warum besteht eine Kluft zwischen gesicherten Erkenntnissen und der Praxis?

Umfangreiches Datenmaterial in Begleitinformationen (companion fact sheets) macht deutlich, dass die optimale Behandlung akuter Schmerzen:

- die Lebensqualität der Betroffenen und ihre Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung verbessert;
- das Risiko für zahlreiche Komplikationen (z. B. Venenthrombose) verringert;
- eine frühere Krankenhausentlassung ermöglicht;
- dank mehrerer Mechanismen (z. B. weniger Stressreaktionen) die Genesung beschleunigt;
- das klinische Ressourcenmanagement (z. B. Ausschaltung von Störungen im reibungslosen Ablauf der Patientenversorgung) optimiert und die kurz- und langfristigen Behandlungskosten senkt.

Gesichertes Datenmaterial aus zuverlässigen Quellen belegt die Wirksamkeit mehrerer Stoffklassen und Darreichungsformen (u. a. Regionalanästhesie) und nichtmedikamentöser Maßnahmen bei akuten Schmerzen nach einer Operation, Verletzung oder Krankheit. Die gesicherten Erkenntnisse weisen auch darauf hin, wie wichtig eine am Individuum ausgerichtete medizinische Versorgung unter Berücksichtigung des klinischen Umfelds (z. B. verfügbare Ressourcen) ist.

Es gibt jedoch auch gesicherte Erkenntnisse in großer Zahl, die auf eine weitverbreitete Unterschätzung und Unterbehandlung akuter Schmerzen und das Fehlen proaktiver Schmerztherapiepläne hindeuten [8]. Die Kluft zwischen gesicherten Erkenntnissen und der Praxis zeigt sich in vielerlei Hinsicht. Oft gibt es allgemeine Hindernisse für die praktische Umsetzung evidenzbasierter und ergebnisorientierter Erkenntnisse [3,9]. Hinderlich ist außerdem die undifferenzierte, starre Anwendung populationsbasierter Evidenz z. B. aus groß angelegten, randomisierten kontrollierten Studien (RCT) beim einzelnen Patienten, ohne individuelle Unterschiede und Präferenzen oder Besonderheiten im klinischen Umfeld zu berücksichtigen [4]. Erschwerend für die optimale Versorgung von Patienten mit akuten Schmerzen sind zudem der mangelnde Abbau althergebrachter Mythen über akute Schmerzen und die Tatsache, dass Schmerzkontrolle zu wenig Beachtung findet [8,12].

Qualitätsmängel in der Versorgung von Schmerzpatienten deuten hin auf:

- Probleme seitens der Ärzte und Pflegenden;
- Probleme seitens der Patienten;
- Probleme mit dem Gesundheitssystem.

Zu den Problemen seitens der Ärzte und Pflegenden gehören:

- Überholte oder inadäquate Denkweisen und Kenntnisse, z. B. irrige Meinungen wie:
 - Die postoperative Schmerzkontrolle behindert die schnelle Erkennung von chirurgischen Komplikationen;
 - Operationen müssen mit Schmerzen verbunden sein;
 - Nur wehleidige Patienten äußern Schmerzen.
- Nationale Unterschiede bedingt durch abweichende Interpretationen von Datenmaterial durch die Fachgesellschaften;
- "Klinische Trägheit" [10], d. h. schleppende Anpassung individuell geprägter Praktiken angesichts neuer Erkenntnisse [1];
- Unzureichende personelle Besetzung eines akuten Schmerzdienstes, sodass Ad-hoc-Maßnahmen eher auf Schmerzbehandlung statt auf systematische Schmerzvermeidung ausgerichtet sind [9,11];
- Unvollständige, unregelmäßige bzw. nicht-standardisierte Schmerzmessung;
- Opiophobie;
- Übertriebene Ängste und Sorgen bezüglich der Nebenwirkungen einer Schmerztherapie;
- Begrenzte Übertragbarkeit der Ergebnisse randomisierter, kontrollierter Studien auf die klinische Praxis.

Zu den Problemen seitens der Patienten gehören:

- Überholte oder falsche Vorstellungen vergleichbar mit denen, wie sie oben für Ärzte und Pflegende beschrieben sind;
- Glaube, dass "nette" Patienten nicht über Schmerzen klagen bzw. kein Leiden zeigen (u. a. kulturelle Einflüsse);

- Neigung, sich mit unzureichender Schmerzkontrolle zufriedenzugeben, vor allem wenn das medizinische Personal als hilfsbereit und fürsorglich erlebt wird [5];
- Abneigung gegen die Einnahme von Schmerzmitteln wegen Nebenwirkungen (z. B. Übelkeit, Erbrechen) und anderer Folgen (z. B. Sucht, Gewöhnung);
- Mangelndes Bewusstsein, wie wichtig Schmerzkontrolle ist, um die kurz- und langfristigen Ergebnisse (z. B. Vermeidung chronischer Schmerzen) zu optimieren;
- Fehlen einer Selbsthilfegruppe, wie sie von Patienten mit chronischen Erkrankungen (z. B. Krebs) - und ihren Angehörigen - gebildet wird.

Zu den Problemen mit dem Gesundheitssystem gehören:

- Die Schulung des medizinischen Personals in Schmerzkontrolle hat geringe Priorität;
- Die Präferenzen der Patienten haben einen niedrigen Stellenwert;
- Behördliche Hindernisse gegen den Einsatz von Betäubungsmitteln;
- Die Einnahmen durch Schmerztherapien sind aus unternehmerischer Sicht häufig wirtschaftlich unrentabel (z. T. wegen fragmentierter, mangelhafter Überwachung der Kosteneffizienz);
- Kostenverlagerung zulasten der Patienten (z. B. durch die Versicherer);
- Mangelhafte Infrastruktur, u. a. Fehlen von geschultem Personal, das Medikamente und andere Interventionen (z. B. patientenkontrollierte Analgesie, kognitive Verhaltenstechniken) verabreichen kann;
- Praktische Beschränkungen, z. B. Vorschriften, dass Pflegekräfte nur intramuskuläre oder subkutane Injektionen und keine intravenösen Injektionen geben dürfen;
- Nichterfassung von kurz- und langfristigen qualitätsrelevanten Ergebnissen, die sich mit einer adäquaten Kontrolle akuter Schmerzen korrelieren ließen [6,13];
- Die Tatsache, dass verglichen mit der Belastung durch akute Schmerzen alle Ausgaben für Fördermittel im Bereich grundlegende, translationale und klinische Forschung unverhältnismäßig gering sind [2,7].

Literatur

1. Bernhardt GA, Kornprat P, Cerwenka H, El-Shabrawi A, Mischinger HJ. Do we follow evidence-based medicine recommendations during inguinal hernia surgery? Results of a survey covering 2441 hernia repairs in 2007. *World J Surg* 2009;33:2050–5.
2. Bradshaw DH, Empey C, Davis P, Lipschitz D, Dalton P, Nakamura Y, Chapman CR. Trends in funding for research on pain: a report on the National Institutes of Health grant awards over the years 2003 to 2007. *J Pain* 2008;9:1077–87.
3. Braun BI, et al. Understanding factors that affect organizational improvement. In: Braun BI, et al., editors. *Improving the quality of pain management through measurement and action*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2003. p 59–65.
4. Carr DB. When bad evidence happens to good treatments. *Reg Anesth Pain Med* 2008;33:229–40.
5. Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:211–20.
6. Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, Bookbinder M. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcomes measures. *Pain Manage Nurs* 2002;3:116–30.
7. Lynch ME, Schopflocher D, Taenzer P, Sinclair C. Research funding for pain in Canada. *Pain Res Manage* 2009;14:113–11.
8. Macintyre PE, Scott DA. Reasons for undertreatment. In: Chapter 43. *Acute pain management and acute pain services*. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins and Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*, 4th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 1037–8.
9. Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. *Pain* 1999;80:23–9.
10. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825–34.
11. Stamer UM, Mpsios N, Stüber F, Maier C. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med* 2002;27:125–131.
12. Uppington J. Implementation of guidelines. In: Chapter 3. *Guidelines, recommendations, protocols and practice*. In: Shorten G, Carr DB, Harmon D, Puig MM, Browne J, editors. *Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p 18–20.
13. Wu CL, Fleisher LA. Outcomes research in regional anesthesia and analgesia. *Anesth Analg* 2000;91:1232–42.

