Schmerzmedizinische Konzepte, die naturheilkundliche, damit auch ernährungstherapeutische, umweltmedizinische, physiotherapeutische und psychotherapeutische Ansätze sinnvoll kombinieren, haben eine hohe Relevanz. Diese ganzheitlichen Ansätze sind heute längst der belächelten Ecke einer „Außenseiter-Medizin“ entsprungen. Sie sind inzwischen naturwissenschaftlich abgesichert und belegt. Was wäre die Alternative? Die Patienten würden lange Zeit mit Pharmaka behandelt mit Konsequenzen wie Darmträgheit, Müdigkeit, kognitive Störungen, hormonelle Störungen, Libidostörungen, Gewichtszunahme. Die physiotherapeutischen Einzelanwendungen (rationiert durch Budgetzwänge) sind phasenweise sicher ebenso nötig, schaffen aber keine dauerhafte durchgreifende Veränderung. Bleibt noch das Lotteriespiel, irgendwo einen geeigneten Psychotherapeuten zu finden. Dieser wird nach einer in der Regel 12-monatigen Wartezeit eine Behandlung beginnen, die oft die Schmerzproblematik gänzlich ausklammert oder losgelöst vom Konzept des Schmerztherapeuten in eine wiederum willkürliche Richtung agiert. Salutogenetische Strategien müssen darüber hinausgehen und den Patienten im Bewusstsein erziehen, dass er selbst Wesentliches verändern und et-

was für sich und seine Gesundheit tun muss und kann!

Fazit für die Praxis

Die gegenwärtige Konfiguration des Gesundheitssystems sieht ganzheitliche Gruppenangebote in Ernährungsmedizin, Bewegung, Konditions- und Krafttraining und Psychosomatik gar nicht vor. Schmerzzentren müssen sich momentan mühevoll ihre eigenen Netzwerke aufbauen und darum kämpfen, entsprechende Maßnahmen bei der zentralen Zertifizierungsstelle der Krankenkassen für Prophylaxe-Maßnahmen registrieren zu lassen. Sowohl in der schmerztherapeutischen Aus- und Weiterbildung als auch in der täglichen Praxis muss gegen bürokratische Hindernisse die Symbiose aus Schmerzmedizin, Ernährungsmedizin/Naturheilkunde und moderner Umweltmedizin gefördert und auch in breitem Umfang durchgesetzt werden.

Weiterführende Literatur

1. Lehrbuch Integrative Schmerztherapie, Herausgeber Lorenz Fischer / Elmar T. Peuker, Haug Verlag, S.312-327 (V.Zettl, G.Wagner, G.Hölz)
2. Chronische Erkrankungen integrativ, Herausgeber G.Dobos, U.Deuse, A.Michalsen. Urban&Fischer, S.352-368 (Christiana Pithan, Andreas Michalsen)

3. Das Antikrebs-Buch, David Servan-Schreiber, Kunstmann
4. Darm mit Charme, Giulia Enders, Ullstein
5. Der Darm denkt mit, Klaus-Dietrich Runow, Südwest
6. Bauchhirn: <http://www.hs-furtwangen.de/willkommen/aktuelles/aktuelles-einzelansicht/3021-forschungsprojekt-unser-bauchhirn-verstehen.html>
7. Umwelt-Medizin-Gesellschaft Ausgabe 1 und 2/2016, Forum Medizin Verlagsgesellschaft
8. Deutsche Gesellschaft für Ernährung, www.dge.de
9. Powerfood – Lustvoll schlemmen mit bioaktiven Substanzen, Professor Claus Leitzmann, Helmut Million, Gräfe und Unzer (GU)

Dr. med. Günther Bittel
Leiter des regionalen DGS-Schmerzzentrums Duisburg
Facharzt für Anästhesiologie und Allgemeinmedizin/Spezielle Schmerztherapie/Akupunktur
Krefelder Str. 26, 47226 Duisburg

Dipl.Ing. Gabriele Wagner
Hochschule Albstadt-Sigmaringen
Leiterin Ernährungslehre und -beratung und Lehrküche der Kurparkklinik Überlingen

Erratum

Erratum zum Beitrag: Sicherheitsstandards für die Lokal- und Regionalanästhesie

Winfried Hoerster, Schmerzmedizin 2016;32(5):22–29

DOI: 10.1007/s00940-016-0178-8

In Tabelle 6 ist das Medikament Dabigatran versehentlich den Faktor Xa Inhibitoren zugeordnet worden. Richtig ist aber Dabigatran ein Thrombin Faktor IIa Inhibitor. Dabigatran wird neben der Thromboseprophylaxe im Rahmen großer Operationen auch zur Schlaganfallprophylaxe bei nicht valvulärem Vorhofflimmern eingesetzt. Dabigatran ist ein Prodrug und wird abhängig von Leber- und Nierenfunktion verstoffwechselt. Zudem müssen zahlreiche Medikamenteninteraktionen beachtet werden. Routinemonitoring der Gerinnung wird nicht empfohlen, bei operativen Eingriffen und interventionellen therapeutischen Regionalanästhesien muss die Gerinnungssituation abgeklärt werden. Sensitiv ist die Thrombinzeit, die unter Dabigatran dosisabhängig verlängert wird. Die Thromboplastinzeit (Quick, INR- Tests) ist zum Monitoring nicht geeignet. Im Zweifelsfall, etwa bei Niereninsuffizienz, sollte der Plasmaspiegel von Dabigatran bestimmt werden.

Aktuell steht auch ein Dabigatran-Inhibitor zur Verfügung: Idarucizumab wurde von der EMA inzwischen zugelassen.

Literatur

www.pharmazeutische-zeitung.de

Simon L et al. Dtsch.Med. Wochenschr 2014;139:94–8

Dr. med. Winfried Hoerster

Facharzt für Anästhesiologie, Spezielle Schmerztherapie
Mozartstraße 5, 35392 Gießen
E-Mail: fam.hoerster@t-online.de

Zitierweise des Erratums:

Hoerster W. Sicherheitsstandards in der Lokal- und Regionalanästhesie. Schmerzmedizin 2016;32(6):39

DOI: 10.1007/s00940-016-0414-2