

# DER DEUTSCHE SCHMERZTAG 2006

17. Deutscher interdisziplinärer Schmerzkongress Frankfurt/M. · 23. bis 25. März 2006  
Praktische Schmerztherapie · Im Fokus: Die Zukunft der Schmerztherapie in Praxis und Klinik



Nummer 01  
22. März 2006

## Presse-Mitteilung Schmerztherapie der Zukunft: Aus Patienten werden Partner

(Frankfurt/Main) Neue Erkenntnisse der Forschung und die Weiterentwicklung der Schmerzmedizin verbreitern das Spektrum der Behandlung und ermöglichen eine differenzierte Schmerztherapie. Damit diese Erfolg hat, werden die Patienten in der Zukunft stärker gefordert als bislang – ein Paradigmenwechsel: »Unsere Patienten müssen zu Partnern werden, die selbst aktiv werden und ihre Behandlungsziele definieren«, erklärt Dr. Gerhard Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie, auf dem 17. Deutschen Schmerztag in Frankfurt.

»Wir brauchen aktive Patienten«, formuliert Dr. Gerhard Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS), auf dem 17. Deutschen Schmerztag den Perspektivenwechsel in der Schmerzmedizin. »Wir verstehen heute besser, was in Körper und Seele abläuft, wenn Schmerzen chronisch werden. Wir verstehen besser, wo und wie Störimpulse wie Fehlhaltungen, Stress und andere Belastungen das System der Schmerzverarbeitung beeinträchtigen. Und wir verstehen auch besser, wie Nerven selbst Schmerzen erzeugen.« Diese Erkenntnisse und neu entwickelte Therapieverfahren ermöglichen eine stärker am einzelnen Menschen orientierte Schmerzbehandlung. Diese orientiert sich zunehmend an der Art und der Ursache des Schmerzes, weniger an dessen Intensität. »Wir wollen weg von einer Anästhesie-dominierten Therapie, bei der wir mit Schmerzmitteln Reize unterdrücken, hin zu einer Therapieform, durch die Patienten lernen, ihr Schicksal aktiv in die Hand zu nehmen«, so der DGS-Präsident.

**DER PATIENT MACHT DIE VORGABE.** Befragungen von über 5000 Patientinnen und Patienten ergaben, »dass ein erträgliches Schmerzniveau von jedem Einzelnen sehr unterschiedlich definiert wird«, so Müller-Schwefe. Diese Einsicht führte zu einem neuen Konzept in der Behandlung chronischer Schmerzpatienten: die Festlegung so genannter individueller Behandlungsziele. Denn ohne die Mithilfe ihrer Patienten haben die Ärzte keine Chance, deren Ziele richtig einzuschätzen und entsprechende Behandlungswege einzuschlagen. Weil das Phänomen »Schmerz« so schwer darzustellen ist, stellen die Schmerztherapeuten ihren Patienten konkrete Fragen, wie etwa: »Welche Linderung ist erforderlich, um wieder Lebensfreude empfinden zu können?« Auf einer Schmerzskala, die meist von null (= kein Schmerz) bis zehn (=der am stärksten vorstellbare Schmerz) reicht, markieren Arzt und Patient das angestrebte Ziel und legen dieses und die Marschroute dorthin fest. Der Erfolg dieser gemeinsam geplanten Therapie ist dramatisch: »Wenn Patienten ihr individuelles

Behandlungsziel erreichen, gewinnen acht von zehn Patienten die Kontrolle über ihren Schmerz zurück«, weiss DGS-Vizepräsident Privatdozent Dr. Michael Überall, Nürnberg.

**WICHTIG: DIE SUCHE NACH DER GESTÖRTE FUNKTION.** Immer noch beherrscht die Fahndung nach Schäden, die auf Röntgen-, CT- oder MRT-Bildern erkennbar sind, die ärztliche Routine. Eine Vielzahl meist überflüssiger Untersuchungen ist beispielsweise bei Schmerzen am Muskel- und Skelettsystem die Folge. »Dabei führt die Betrachtung gestörter Funktionen und Regelkreisläufe meist viel weiter«, so der Präsident der DGS. Diese werden auf dem Röntgenbild jedoch nicht sichtbar. Nötig ist dazu eine gründliche körperliche Untersuchung. Doch die Methoden dieser funktionellen Diagnostik und der entsprechenden Therapie werden in der Ärzteausbildung nicht gelehrt und sind auf breiter Basis darum nicht verfügbar. »Das ist sehr bedauerlich«, kommentiert Müller-Schwefe. Denn wenn man frühzeitig untersucht und therapiert, kann man viele Schmerzkarrerien von Anfang an unterbrechen und verhindern.

**NEUE STRATEGIEN.** Die medikamentöse Behandlung ist eine wesentliche Säule der Schmerztherapie. Dazu werden heute jedoch nicht nur Schmerzmittel, also Analgetika, eingesetzt. Hinzu kommen neue Arzneistoffe, die an anderen Stellen in die Schmerzverarbeitung eingreifen: Antidepressiva in geringer Dosierung oder Mittel aus der Gruppe der Antikonvulsiva, die Nervenschmerzen lindern oder Substanzen, die übererregte Nervenzellen dämpfen und so das Schmerzgeschehen beeinflussen. Die Medikamente bereiten den Boden, damit beispielsweise Bewegungstherapien möglich werden, weil die Patienten den Schmerz nicht mehr fürchten müssen. Auch die Akupunktur wird in der Schmerztherapie eingesetzt sowie die Transkutane Elektrische Nervenstimulation (TENS). Hinzu kommen verhaltensmedizinische und psychologische Strategien. Diese tragen ganz wesentlich dazu bei, dass Patientinnen und Patienten ihren Schmerzen selbst Paroli bieten können und die Kontrolle über ihre Pein zurück gewinnen.