

HINTERGRUND

25. März 2009

Gespräch mit Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe

„Wir müssen die medizinische Ausbildung und die Versorgung den Bedürfnissen der Patienten anpassen.“

Was waren die größten Hindernisse für eine adäquate Versorgung von Schmerzpatienten vor 25 Jahre?

Vor 25 Jahren wurden Schmerzpatienten als solche gar nicht wahrgenommen. Patienten mit chronischen Schmerzen waren Rheumapatienten, Rückenpatienten, Wirbelsäulenpatienten oder Kniegelenkpatienten. Der Schmerz als eigenständiges Krankheitsbild wurde von medizinischen Experten aber auch von Laien und von Medien völlig ignoriert. Damit haben diese Patienten auch nicht die Achtung und die Würdigung erfahren, die ihnen zusteht und natürlich auch nicht die medizinische Versorgung.

Welche dieser Hindernisse existieren bis heute und welche konnten überwunden werden?

Schmerzpatienten werden heute öffentlich wahrgenommen. Zumindest wird über sie berichtet. Ärzte, Politiker und Landesvertreter sagen, es ist wichtig diese Patienten richtig zu versorgen. Trotzdem leisten wir es uns noch, junge Ärzte auszubilden, die in ihrem Studium nichts, aber auch gar nichts über chronische Schmerzen und

die Chronifizierung von Schmerzen gelernt haben. Das ist eines der ganz großen Probleme. Wir haben heute nach wie vor engagierte Ärzte, die leider nichts über chronischen Schmerz wissen. Daher können sie auch nicht die Karriere von Schmerzpatienten verhindern, indem die Chronifizierung von vornherein unterbrochen wird. Das haben unsere Ärzte nicht gelernt. Wenn Patienten mit chronischen Schmerzen zu unseren Kollegen kommen, dann haben die jungen wie die alten Ärzte nicht die wirklich wichtigen Konzepte dafür zur Hand.

Wie sehen denn diese wirklich wichtigen Konzepte aus?

Schmerz kann chronisch werden, weil unser Nervensystem lernfähig ist. Durch Lernprozesse, durch das Wiederholen von schmerzhafter Information verändern sich Steuerprozesse in unserem Nervensystem so, dass die Nerven oft auf geringe Reize reagieren, Schmerzen als Information zum Gehirn transportieren oder diese Information sogar selbst produzieren. Das bedeutet natürlich, dass es eminent wichtig ist, diese Lernprozesse von vornherein konsequent zu verhindern. Das wissen wir heute und das können wir auch. Wir können auch verschiedene Mechanismen von Schmerzen unterscheiden. Schmerzen können von den Nerven ausgehen, sie können von gereizten Rezeptoren, von zerstörtem oder entzündeten Gewebe ausgehen, sie können sogar von der Seele ausgehen. Das können wir untersuchen und können dann ganz gezielte Therapien einsetzen die die Chronifizierung verhindern. Wenn die Chronifizierung geschehen ist, können wir sie bearbeiten und erträglich machen.

Wie sehen die Therapien aus, mit denen sich verhängnisvolle Lernprozesse verhindern lassen?

Das entscheidende ist, dass man akuten Schmerz konsequent behandelt. Wenn Entzündung eine Rolle spielt, brauchen wir entzündungshemmende. Wenn eine chronische Schädigung eine Rolle spielt, brauchen wir Konzepte, die sowohl die Übertragung von Schmerzimpulsen im Rückenmark verhindern, dazu gehören Medikamente wie Morphinabkömmlinge oder auch Substanzen die Zellmembranen stabiler machen. Dazu gehört aber auch, dass wir die körpereigene Schmerzkontrolle stärken, etwa durch Verfahren wie

z.B. Akupunktur oder Reizstromtherapie. Dazu gehört, dass wir Übungsbehandlungen mit Patienten machen bei denen das Bewegungssystem, die Muskulatur und die Bänder gestört sind, weil sie Schmerzen verursachen oder weil die Schmerzen sie daran hindern, sich richtig zu bewegen. Und schließlich gehört auch dazu, dass diese Menschen die sich zurückziehen und einsam werden, psychisch und sozial wieder stabilisiert werden und ins Leben zurückkommen. Wir brauchen also das, was wir multimodale Therapie nennen. Viele Bausteine die nur zusammen ein Ganzes ergeben.- Das macht komplexe Schmerztherapie heute aus.

Was kann man tun, wenn diese verhängnisvollen Lernprozesse bereits gelaufen sind und die Patienten unter chronifizierten Schmerzen leiden?

Entscheidend ist, dass diese Patienten nicht weiterlernen, dass die einmal aktivierten Schmerzbahnen nicht immer weiter befahren werden. Das heißt, konsequente Schmerzkontrolle, konsequent mit allen Möglichkeiten die wir haben, mit autosuggestiven Verfahren, mit Entspannungsverfahren, mit Medikamenten, mit Nervenblockaden, mit Gegenirritation. Wir müssen konsequent verhindern, dass diese Lernprozesse weitergehen. Dazu gehört natürlich auch, dass wir eine Umgebung schaffen, in der Menschen wieder gerne leben wollen, in der Leben für sie lebenswert ist. Das heißt, man muss schon das ganze Umfeld und das ganze Leben analysieren. Es reicht nicht, einfach die eine Schmerztablette herauszufinden die alles regelt.

Was verhindert, dass sich Ärzte im Bereich der Schmerztherapie spezialisieren?

Die Ausbildung ist lange und mühsam. Man braucht erst eine abgeschlossene Facharztausbildung um sich dann nach dieser Ausbildung noch einmal mit den Problemen der chronischen Schmerzpatienten zu beschäftigen. Zum Anderen haben Ärzte, die sich für diese Patienten einsetzen, eine unsichere wirtschaftliche Zukunft. Wenn Ärzte nur Schmerzpatienten behandeln, können sie in vielen Teilen Deutschlands nicht davon leben. Denn die Versorgung chronischer Schmerzkranker ist in unserem Vergütungssystem nach wie vor so schlecht abgebildet.

Was wäre nötig, dass sich daran etwas ändert?

Was wir brauchen, ist eine Medizin die endlich das Hamsterrad und die fünf-Minuten-Medizin abschafft. Denn unter diesen Bedingungen kann kein Arzt wirklich ernsthaft gute und genug Informationen über seinen Patienten gewinnen, egal in welchem Bereich der Mediziner arbeitet. Wir brauchen endlich wieder ein System, in dem die sorgfältige Untersuchung, das ausführliche Gespräch mit dem Patienten wieder bezahlt werden. Dies hatte zur Folge, dass mit guten komplexen Therapiekonzepten, die die verschiedenen Probleme der Patienten ansprechen und verschiedene Therapieverfahren beinhalten, unglaublich viel Geld eingespart werden könnte. Wir haben das gezeigt bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Hier können wir allein durch eine vernetzte Therapie mit verschiedenen Disziplinen, die sorgfältig abgestimmt und intensiv ist, für die Krankenkassen sehr viel Geld sparen. Sie müssen nicht mehr so viel Krankengeld bezahlen, weil die Patienten früher wieder gesund und arbeitsfähig werden.

Wenn wir das Gleiche in anderen Bereichen machen würden, z.B. ein Zweitmeinungsverfahren für Patienten die wegen der häufigsten Schmerzkrankheit in Deutschland, nämlich Rückenschmerzen, eine stationäre Behandlung auf sich nehmen müssen, dann könnten wir durch Screening und entsprechende Therapiekonzepte viele, viele Krankenhaustage sparen – das sind die größten Kostenblöcke im Gesundheitssystem. Damit wäre Geld da für eine effektive und vernünftige Versorgung. Ich will daran erinnern, dass allein die Rückenschmerzpatienten nach einer neuen Untersuchung, gerade frisch publiziert, in Deutschland jedes Jahr 48,5 Milliarden Euro kosten. Davon gehen drei Viertel für die Frühberentung und für die Arbeitsunfähigkeit drauf und nicht für die medizinische Versorgung. Würden wir das alles sinnvoll einsetzen für eine effektive Therapie unserer Patienten, dann hätten wir alle Gesundheitsreformen finanziert und ein Teil der Bankenkrise noch mit.

Was ist für Sie die größte Errungenschaft der Schmerzmedizin in den letzten 25 Jahren?

Wir verstehen heute jene Mechanismen, die dafür verantwortlich sind, dass Schmerzen chronisch werden. Wir wissen nicht nur, dass dafür wiederholte Informationen nötig sind, sondern wir verstehen auch, was an der einzelnen Nervenzelle passiert, wie komplex das Zusammenspiel von aktivierenden aber auch von hemmenden Mechanismen ist, das letztlich dazu führt, dass Schmerzen chronisch werden können. Aus diesem Verständnis heraus haben wir völlig neue Therapieansätze gewonnen. Früher haben wir nach dem Prinzip Versuch und Irrtum behandelt. Wir hatten dabei manchmal Glück, manchmal auch Pech. Heute haben wir sehr rationale Therapiekonzepte und effektive Therapiestrategien. Darum kann man ganz klar sagen, dass kein Mensch heute mehr unter chronischen Schmerzen leiden muss, die unerträglich sind. Lindern können wir chronische Schmerzen immer, oft sogar so erträglich machen, dass Menschen sehr, sehr gut damit wieder leben und arbeiten können.

Welchen Stellenwert wird ihrer Überzeugung nach die Schmerztherapie in 20 Jahren haben?

Ich persönlich glaube, dass in 20 Jahren Schmerztherapie ein fester Bestandteil der studentischen und der ärztlichen Ausbildung sein wird, dass Schmerztherapie als Querschnittsfach, ähnlich wie die Allgemeinmedizin, als eigenständiges Fachgebiet in den medizinischen Fachgebieten integriert sein wird. Denn ein Heer von 15 Millionen Patienten mit chronischen Schmerzen lässt eine andere Konsequenz gar nicht zu. Wir müssen die medizinische Ausbildung und auch die Versorgungslandschaft den Bedürfnissen der Patienten anpassen. Wir können nicht erwarten, dass Patienten ihre Krankheiten den starren Strukturen ärztlicher Verwaltungsorganisationen anpassen.