

SCHMERZTHERAPIE

Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. – DGS

Sonderheft 2004

20. Jahrgang 2004 Ehemals StK

Inhalt

Editorial

20 Jahre DGS. 2

Dokumentation

Die standardisierte
Schmerzdokumentation 4

Rückblick

20 Jahre Schmerztherapie mit
dem SCHMERZtherapeutischen
Kolloquium 5

Statements

Stimmen aus der
Gesundheitspolitik 9
... und der Praxis 13

Interview

Gemeinsam Sprachrohr für
Millionen Patienten 14

Assistenzberufe

Qualifizierte Fachassistenz –
ein wichtiger Partner 15

Die Deutsche Schmerzliga

Seit 20 Jahren – in 20 Jahren . . . 16

Psychologie

20 Jahre Schmerzpsychologie . . 17

Diagnostik

Gestern und heute:
psychometrische Tests 19

Perspektiven

Die Zukunft der medikamentösen
Schmerztherapie 21

Pharmakotherapie

Von der Opiophobie zur
Opioeuphorie? 22

Psychosomatik

Schmerz hat viele Wurzeln. 24

Integrierte Versorgung

Der Tanz um das goldene Kalb! 25
Integriertes Versorgungskonzept
bei akuten und chronischen
Rückenschmerzen. 26



Woher und Wohin? 20 Jahre DGS

www.dgschmerztherapie.de

ISSN 1613-9968



20 Jahre DGS: Wo kommen wir her – wo gehen wir hin?

In diesem Jahr feiert unsere Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V., 1984 gegründet als Schmerztherapeutisches Kolloquium, ihr 20-jähriges Bestehen.

Der Reigen der Gratulanten ist groß: Er reicht von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, dem früheren Bundespräsidenten Johannes Rau über die Präsidentin der Deutschen Schmerzliga Marianne Koch, den Vorsitzenden der KBV Manfred Richter-Reichhelm bis zu den Chefs der Ersatzkassen sowie dem Präsidenten unserer Partnergesellschaft DGSS, Michael Zenz. In ihren Statements haben sie bemerkenswerte Feststellungen zur Situation der Schmerztherapie in Deutschland getroffen. Das war nicht immer so.

1986 war Schmerzforschung kein Thema

Wie Hanne Seemann in ihrem Beitrag über 20 Jahre Schmerzpsychologie berichtet, war 1986 Schmerztherapie sowohl für die deutsche Krebsgesellschaft als auch für das Bundesministerium für Forschung und Technologie als Forschungsthema nicht denkbar. Folgerichtig waren die ersten Jahre der Schmerzpsychologie in Deutschland eher problemorientiert.

Von der Problemorientierung zur Lösungsorientierung

Wie in der Psychologie erfolgte auch in der gesamten Schmerztherapie in den letzten 20 Jahren eine Verlagerung der Schwerpunkte von der Diagnose hin zur Therapie. Dies gilt insbesondere für alle Ansätze der schmerztherapeutischen Versorgung, die in den letzten 20 Jahren von unserer Gesellschaft wesentlich geprägt wurden.

Lösungsorientiertes Denken stand auch im Vordergrund bei der Entwicklung der jetzt vorliegenden standardisierten Verlaufsdokumentation, über die Oliver Emrich in seinem Beitrag berichtet (Seite 4). Die Verlaufsdokumentation war schon immer wichtig. Angesichts der Datenfülle der in Schmerzfragebögen und Tagebüchern erhobenen Daten war sie aber manuell niemals praktikabel, da mit hohem Zeitauf-



Gerhard Müller-Schwefe, Göttingen.

wand verbunden. Aus diesem Grund habe ich gemeinsam mit Ulrike Licht und Sylvester Fabian die erste scannbare Version einer standardisierten Schmerzverlaufsdokumentation entwickelt, in die die bewährten Instrumente „Standardisierten Schmerzfragebogen DGS“, „Heidelberger Schmerztagebuch“ und die neu entwickelte „Zwischendokumentation“ sowie die „veranlassten

Maßnahmen“ eingescannt werden und sowohl tabellarisch als auch grafisch zeitlich zusammenhängend dargestellt werden. Dieses System ist Grundlage einer neuen gemeinsamen Dokumentation, die DGS und DGSS im Moment entwickeln.

Gründer des STK waren an Lösungen interessiert

Lösungsorientiert gingen auch die Gründer unserer Gesellschaft vor. Bereits 1984 etablierten sie die ersten Schmerzkonferenzen, damals noch „Kassenärztliche Konsiliarkonferenzen“ genannt (siehe Beitrag von Thomas Flöter und Dietrich Jungck, S. 5).

Diese visionäre Pionierleistung hat die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie in den vergangenen 20 Jahren zur heute größten Schmerzgesellschaft in Deutschland gemacht, die mit über 100 regionalen Schmerzzentren eine flächendeckende Versorgung sicherstellt und damit auch ein wichtiger Ansprech- und Verhandlungspartner für Krankenkassen geworden ist. Dieser visionären Phase entstammen wichtige Instrumente, wie der 1985 gemeinsam ins Leben gerufene Schmerzfragebogen, der heute mit jährlich über 100 000 benützten Exemplaren das wichtigste Schmerzdokumentationsinstrument in Deutschland geworden ist.

Weitere Meilensteine sind die Aufnahme schmerztherapeutischer Leistungen in die Leistungsverzeichnisse der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen wie auch Versorgungsverträge mit den Ersatzkassen, die bundesweite Gültigkeit gewonnen haben. Einen umfassenden Überblick vermittelt der von Thomas Flöter und Dietrich Jungck skizzierte Abriss der Erfolgsgeschichte

der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie bzw. des Schmerztherapeutischen Kolloquiums.

Dornröschen ist wach geküsst

Waren zu Zeiten der Gründung unserer Gesellschaft Schmerzpatienten noch eine „Erfindung arbeitsloser Anästhesisten“, so ist heute Schmerztherapie in aller Munde. Dies zeigt sich besonders in den Statements von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, des früheren Bundespräsidenten Dr. Johannes Rau (S. 10), des Chefs der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Manfred Richter-Reichhelm sowie des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Dr. Werner Baumgärtner (S. 9) wie auch in den Statements der Vorstände der großen Ersatzkassen.

Allen diesen Statements gemeinsam ist der hohe Stellenwert, der der Schmerztherapie eingeräumt wird. Dornröschen scheint wirklich aus seinem Schlaf erwacht zu sein.

Schlechte Ausbildung und Versorgungslage

Gemeinsam ist allen Statements allerdings auch das Bedauern über die schlechte Versorgungslage sowie den mangelhaften Kenntnisstand deutscher Ärzte über die Probleme der Schmerzchronifizierung wie auch der Schmerztherapie. Entgegen der Ansicht von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ist die Ausbildung mit der neuen Approbationsordnung keineswegs verbessert, sondern eher schlechter geworden, da Schmerztherapie und Palliativmedizin kein obligates Prüfungsfach sind, sondern nur ein fakultativer Bereich, der geprüft werden kann.



Thomas Flöter, Frankfurt/Main.



Dietrich Jungck, Hamburg.

Bildarchiv Flöter und Jungck



Archiv Müller-Schwefe

Koalition gegen den Schmerz (v. links):
Michael Zenz, Gerhard Müller-Schwefe.

Auch Beobachter aus der Versorgungsszene wie Prof. Peter Lotz und Georgi Tontschew fordern vor allem eine bessere Ausbildung für die schmerztherapeutische Versorgung (S. 13). Noch deutlichere Worte findet in seinem Statement Professor Michael Zenz, Präsident unserer Partnergesellschaft DGSS, der die Situation der Lehre der Schmerztherapie aus Sicht des Lehrenden aus nächster Nähe kennt (S. 14). Besonders beachtenswert ist auch die Empfehlung von Werner Baumgärtner, stark wirksame Analgetika aus der Budgetierung herauszunehmen (S. 9).

Zukünftige Aufgaben

Angesichts einer allgegenwärtigen Einsicht in die Notwendigkeit frühzeitiger und effizienter Schmerztherapie sowie der offensichtlichen Defizite stellt sich die Frage: Wo sieht die größte Deutsche Schmerzgesellschaft ihre zukünftigen Aufgaben und Herausforderungen?

Wichtigstes Anliegen unserer Gesellschaft war und ist eine Verbesserung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten wie auch effektive Prävention der Schmerzchronifizierung.

Versorgungsprogramme

Wichtige Bausteine sind hier die Entwicklung von integrierten Versorgungsprogrammen, wie sie Thomas Nolte in seinem Beitrag über DMP-Rückenschmerz (S. 25) darstellt. Rückenschmerz und Palliativmedizin sind echte Integrationskonzepte, die in der Schmerztherapie exemplarisch abzubilden sind.

Algesiologische Fachassistenz

Ein weiterer wichtiger Baustein ist die Integration der algesiologischen Fachassistenz in das schmerztherapeutische Versorgungskonzept. Thomas Cegla hat dieses vor Jahren aus dem Vorstand unserer Gesellschaft entwickelte Konzept

ausführlich dargestellt (s. S. 15). Angesichts einer wachsenden Zahl von zu versorgenden Patienten können wir es uns nicht mehr leisten, die gesamte Versorgung ausschließlich auf ärztliche Schultern zu legen. Mit hoch qualifizierten algesiologischen Fachassistenten/Fachassistentinnen öffnet sich ein Riesenspektrum an schmerztherapeutischen Möglichkeiten, das in Zukunft die Versorgung überhaupt nur noch sicherstellen wird.

Deutsche Schmerzliga

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie ist die einzige große schmerztherapeutische Organisation, die in enger Kooperation mit der Patientenorganisation eine hohe Effizienz in der Versorgung und auch der Wahrnehmung in der Politik erreicht hat. Marianne Koch, die engagierte, charmante und charismatische Präsidentin der Deutschen Schmerzliga, ist nicht nur Garant für die öffentliche Wahrnehmung einer vergessenen Patientengruppe, sondern dank ihrer fachlichen Kompetenz ebenso eine kreative und wunderbare Kooperationspartnerin. Für ihren Gratulationsbeitrag ab Seite 16 danke ich ihr ganz besonders herzlich.

Koalition gegen den Schmerz



Dem Ziel einer besseren Versorgung dient auch die gemeinsam mit der Deutschen Schmerzliga und mit der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes geschlossene Koalition gegen den Schmerz, die in kontinuierlicher Öffentlichkeitsarbeit wie auch in gemeinsamen Aktionen das Bewusstsein der Öffentlichkeit und Politik für die Problematik chronisch Schmerzkranker schärfen und die Versorgungssituation verbessern soll.

Angemessener Gebrauch von Opioiden

Seit den Anfängen unserer Gesellschaft steht das Bemühen um den angemessenen Gebrauch von Opioiden mit im Zentrum unserer Arbeit. Waren am Anfang vor allem die Probleme der massiven Unterversorgung, basierend auf einer völlig irrationalen Opioidphobie im Vordergrund der Arbeit, so ist zunehmend der adäquate Gebrauch von Opioiden, der richtige Einsatz der richtigen Substanzen, in den Vordergrund getreten. Dies ist weiterhin ein wichtiges Anliegen und spiegelt sich unter an-

derem wider in der Teilnahme unserer Gesellschaft in der „Europäischen Expertengruppe zum angemessenen Einsatz von Opioiden“ (Open minds), in der ich seit 2002 unsere Gesellschaft repräsentiere. Wie Thomas Nolte in seinem Beitrag (S. 22) schreibt, sollte der Gefahr einer erneuten Opioidphobie frühzeitig durch sinnvollen und rationalen Gebrauch dieser Substanzen begegnet werden.

Kommunikation

Kommunikation ist in der Schmerztherapie mit ihren vielschichtigen Problemen sicher wesentlich schwieriger als in vielen anderen Fachgebieten. Beispielsweise kann „die Galle von Zimmer 15“ ohne weiteres den Arbeitsplan des Chirurgen am folgenden Tag charakterisieren. Die Schmerzanamnese und Kommunikation muss hingegen angesichts der multidimensionalen Probleme vielschichtiger und umfangreicher sein und erfordert standardisierte Instrumente, die nicht nur als Dokumentationsinstrumente wichtig sind, sondern auch als Kommunikationsmittel, um Sprachlosigkeit und Missverständnis zwischen Arzt und Patienten zu begegnen. Michael Überall gibt in seinem Beitrag (S. 19) einen umfassenden Überblick über sinnvolle und notwendige Instrumente der Arzt-Patienten-Kommunikation in der Schmerztherapie. Diese Kommunikation zu verbessern ist eines der wesentlichen Anliegen unserer Gesellschaft für die nächsten Jahre.

Schmerz messen

Im Rahmen einer Pressekonferenz in Frankfurt am Main hatte ich im Jahr 2000 darauf hingewiesen, dass sowohl in der Klinik als auch im niedergelassenen Bereich Ärzte etwas behandeln oder nicht behandeln, was sie überhaupt nicht einschätzen können, geschweige denn selbst kennen, nämlich den Schmerz ihrer Patienten.

Alle möglichen Vitalparameter wie Blutdruck, Puls und Körpertemperatur werden gemessen, ohne dass diese den Patienten in aller Regel wesentlich beeinträchtigen. Das Einzige, was den Patienten jedoch wirklich Kummer und Not bereitet, nämlich der Schmerz, wird weder abgefragt noch gar quantitativ erfasst und entsprechend therapiert. Aus diesem Gedanken heraus ist die Aktion „Schmerz messen“ entstanden, die inzwischen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich weite Kreise gezogen hat, Patienten sensibilisiert hat und auch Kollegen mit Messinstrumenten vertraut gemacht hat.

Letzte Konsequenz aus dieser Aktion ist die inzwischen zum Selbstläufer gewordene Aktion „Schmerzfrees Krankenhaus“, die in unserer Gesellschaft von Uwe Junger federführend vorangetrieben wird.

Mechanismenorientierte Schmerztherapie

Längst ist die Zeit von Trial and Error vorbei, wie Clifford Woolf in seinem Beitrag auf Seite 21 schildert. Rationale Schmerztherapie ist heute mechanismenorientiert, überkommene Vorstellungen, wie sie sich auch noch in den Zulassungen von Medikamenten widerspiegeln und mit Kriterien von „leichter, mittelstarker und starker Schmerz“ operieren, sind längst überholt und sollten pathophysiologischem Verständnis Platz machen. Dem stehen sowohl Zulassungsbeschränkungen als auch gesetzliche Vorgaben wie zum Beispiel das Verbot von „Off Label Use“ immer noch entgegen. Auch hier liegen wichtige

Aufgaben vor unserer Gesellschaft, mit dem Ziel, sinnvolle Therapien in Zukunft zu ermöglichen.

Facharzt für Algesiologie

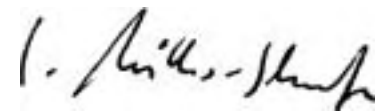
Schmerztherapie als vollwertiges Fach in Forschung, Lehre und Versorgung wird nur zu etablieren sein, wenn Algesiologie als eigenständiges Fachgebiet definiert sein wird. Deshalb ist eines der wichtigsten Anliegen unserer Gesellschaft für die Zukunft, eine Fachgebietsbezeichnung Algesiologie/Schmerztherapie in die Weiterbildungsordnung einzuführen. Gemeinsam mit unserem Kooperationspartner Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes und ihrem Präsidenten, Michael Zenz, werden wir dieses Ziel intensiv verfolgen. Ich bin zuversichtlich, dass die Gründer unserer Gesellschaft – trotz aller bürokratischen Hemmnisse – dies noch erleben werden.

Sie haben mit ihrer visionären Schöpferkraft, ihrer Ausdauer, ihrem Engage-

ment, ihrer Klugheit und auch ihrer Freundschaft die Grundlagen für alle weiteren Entwicklungen unserer Gesellschaft gelegt. Dafür möchte ich ihnen an dieser Stelle ganz herzlich danken.

Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, wünsche ich beim Durchblättern dieses Heftes nicht nur nostalgische Erinnerungen an die Vergangenheit, sondern auch Ideen und Zuversicht für eine gemeinsame Gestaltung der Zukunft für unsere Schmerzpatienten.

In diesem Sinne grüße ich Sie herzlich



Dr. med. Gerhard Müller-Schwefe
Präsident DGS
gerhard.mueller-schwefe@mueller-schwefe.de

Die standardisierte Schmerzdokumentation – der „Heidelberger Schmerzfragebogen“

Einen kurzen Abriss über Vergangenheit und Zukunft der Schmerzdokumentation gibt Dr. med. Oliver Emrich, Vizepräsident der DGS – Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.

Die Geschichte des STK, jetzt DGS, ist auch eine Geschichte der Schmerzdokumentation. Alle Schmerztherapievereinbarungen fordern seit den späten 1980er-Jahren eine „standardisierte Dokumentation“. Dies meint das obligatorische Abfragen und die Auswertung aller schmerzrelevanten Daten eines Schmerzpatienten mittels einheitlicher Schmerzfragebögen sowie

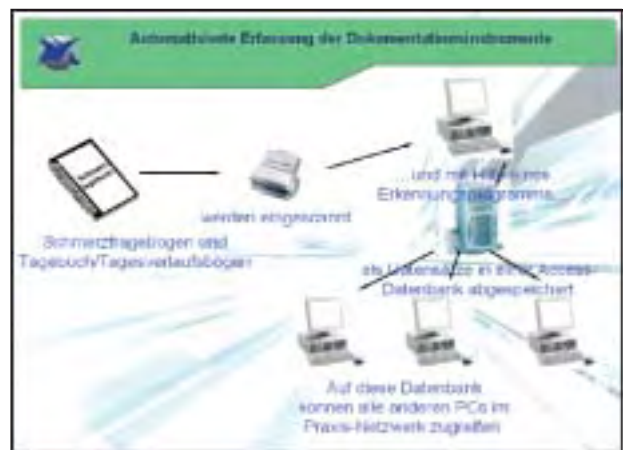


Oliver Emrich, Ludwigshafen.

die Verlaufskontrolle der Behandlungseffektivität mittels einheitlicher Schmerzfragebögen bzw. Tagesverlaufsbögen. Das STK hatte im Jahr nach der Gründung 1985 eine erste standardisierte und eva-

luierte Dokumentation vorgelegt: den „Heidelberger Schmerzfragebogen“. Dieser praxisorientierte Meilenstein wurde bis heute durch etliche Novellierungen so optimiert, dass wir als DGS heute mit unserem patientenorientierten computergestützten automatisierten Dokumentationssystem über die modernste derzeit mögliche Datenverarbeitung verfügen.

Zur Auswertung kommen alle wesentlichen patientenrelevanten veränderungssensitiven „Scores“: Wohlbefinden, Schlafqualität, Schmerzdauer, Aktivität, Stimmung, Schmerzkontrolle, Anzahl von Begleitbeschwerden, Schmerzstärke nach VAS (Ist, Soll und Ist/Soll-Differenz), affektiertes Schmerzerleben, sensorische Qualifizierung, Depressionsscore, Funktionsbeeinträchtigung und allgemeines Wohlbefinden. Alle erhobenen Werte werden als „Status quo“ und im Verlauf erfasst. Daneben wird ein Katalog der veranlassenden Maßnahmen aufgeführt. Auf



diese Weise ist ein genauso einfaches wie vollständiges System der schnellen Erfassung der wichtigsten patientenrelevanten Daten vorgelegt, das überdies in einer ständigen Arbeitsgruppe des DGS-Vorstandes fortlaufend aktualisiert wird. Im Konsens mit der DGSS wird derzeit ein gemeinsamer „Deutscher Schmerzfragebogen“ (DGS/ DGSS- Arbeitsgruppe Emrich, Müller-Schwefe, Nagel, Pflingsten, Seemann) entwickelt, der ggf. später in dieses System eingepasst werden wird.

Oliver Emrich, Ludwigshafen

20 Jahre Schmerztherapie mit dem SCHMERZtherapeutischen Kolloquium



Die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen ist seit 20 Jahren untrennbar mit den Aktivitäten des SCHMERZtherapeutischen Kolloquiums verknüpft. Die Fortschritte, die für die Schmerzkranken erreicht worden sind, sind ohne das STK nicht denkbar, schildern die beiden Pioniere des STK, Dr. med. Thomas Flöter, DGS-Leiter Frankfurt/Main, und Dietrich Jungck, DGS-Leiter Hamburg.

veranstaltungen über alle Facetten der Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie, die weder Bestandteil des Medizinstudiums noch der Facharztweiterbildung waren.

Gleichzeitig haben wir Kolleginnen und Kollegen beraten, die sich in ihren Praxen vermehrt Schmerzkranken widmen wollten. Dass die Beratung von ärztlichen Gremien (Kassenärztliche Vereinigungen und Ärztekammern) und Krankenkassen anfangs ausgesprochen schwierig war, lag daran, dass das Bewusstsein für die Probleme von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen und Schmerzerkrankungen noch nicht einmal ansatzweise entwickelt war. Im Gegenteil: Schmerzpatienten und -therapeuten existierten offiziell nicht, sie waren nach Meinung der Bundesärztekammer die Erfindung arbeitsloser Anästhesisten, die sich lukrative Betätigungsfelder suchten (so fast wörtlich in einem Gutachten in einem der vielen Rechtsstreite). Immer wieder wurde behauptet, „Schmerztherapie betreiben wir doch alle...“ Oder: „Sie machen sich die Patienten doch selbst, nehmen uns die Patienten weg.“ Dementsprechend schwierig war oftmals die Überzeugungsarbeit. Etlliche Kolleginnen und Kollegen wurden allerdings durch eigene Erfahrungen mit Schmerzen oder solche im Familien- oder Freundeskreis zu engagierten Mitstreitern und Weggefährten.



Bildarchiv Flöter/Jungck

Die aktiven Gründer des STK 1984: Leena Flöter, Eva Susanne Jungck, Dietrich Jungck und Thomas Flöter (von links nach rechts).

Den Gründern des SCHMERZtherapeutischen Kolloquiums (s. o.) war die Versorgung der schon damals vielen Schmerzpatienten mit deren erkennbar großen Problemen und vielen ungelösten Fragen ein großes Anliegen. Es wurden viele Ideen entwickelt, um diesen Patienten eine bessere Versorgung zu ermöglichen.

Zur Gründungsversammlung der „Kassenärztlichen Konsiliarkonferenz für Schmerzprobleme“ am 26. Mai 1984 lud Thomas Flöter ein. Grund war, dass für die vielen Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen keinerlei Versorgungsstrukturen vorhanden waren. Das Programm dieser ersten Zusammenkunft zeigt, dass die Lösung der Patientenprobleme durch interdisziplinäre Zusammenarbeit, Schaffung von kassenärztlichen Voraussetzungen und Fortbildung angestrebt wurde – genauso wie heute.

Der etwas holprige Name wurde sehr bald durch Kolloquium Schmerztherapie, dann durch den Namen SCHMERZtherapeutisches Kolloquium (STK) ersetzt, der die kollegiale, interdisziplinäre Arbeit be-

zeichnete und zwei Jahrzehnte zum Garanten des patientenorientierten Einsatzes des schnell wachsenden und an Bedeutung gewinnenden Verbandes wurde. Parallel dazu wurden auch die Logos verändert.

Die Vorläufer des STK waren der Verein ambulant tätiger Anästhesisten (gegründet 1977), der sich hauptsächlich um die Arbeitsbedingungen niedergelassener Anästhesisten zu kümmern hatte, und die Arbeitsgemeinschaft der Schmerztherapeuten (1982), die unter der Leitung von Thomas Flöter die ersten Qualifikationsanforderungen an Schmerztherapeuten erarbeitet hatte.

Wie schon das erste Programm zeigte, lagen die Schwerpunkte der praktischen Tätigkeit des jungen Vereins in der Etablierung von interdisziplinären Schmerzkongressen und in der Organisation von Fortbildungs-

Unsere Zeitschrift

Zu unseren Aufgaben gehörte auch die Information unserer Mitglieder und interes-





Präsidium DGSS und STK: Von links nach rechts: Gerhard Müller-Schwefe, Dietrich Jungck, Ulrich Hankemeier, Manfred Zimmermann, Thomas Flöter, Andreas Ernst, Hans Ulrich Gershagen, Heinz-Dieter Basler, am 7. 12. 1994

sierter Kolleginnen und Kollegen durch ein Publikationsorgan, das besonders für die praktischen Probleme der Schmerztherapie Anregungen vermitteln sollte.

Bereits 1985 konnte die erste Ausgabe der Verbandszeitschrift erscheinen, wobei auch hier die Veränderungen des Namens im Titel erkennbar sind. Ab 1994, seit dem Heft zum 10. Jubiläum des STK, ist der Untertitel „Zeitschrift für angewandte Schmerztherapie“ (s. Abb. S. 5 u.) angefügt, um die Orientierung an der Praxis auch im Titel sichtbar zu machen.

Meilensteine

In der Geschichte des STK gibt es einige Meilensteine, an die wir uns nach 20 Jahren gerne und mit Dankbarkeit an aktive Mitstreiter erinnern. Diese entscheidenden Ereignisse zeigen, dass das STK in sehr vielen Bereichen führend war – nicht nur mit Ideen, sondern auch mit deren Umsetzung: Nach der Gründung des STK gab es von Beginn an eine rege Fortbildungsaktivität. Schon aus den ersten praxisorientierten Seminaren geht die Vielfalt der Themen hervor, ebenso die Interdisziplinarität: Sie befassten sich mit Lokal- und Leitungsanästhesie, Akupunktur, TENS, Physiologie und der Psychologie von Schmerzen, um eine ganzheitliche Behandlung und Betreuung von Schmerzkranken zu ermöglichen. Gerne haben wir zu Anfang auf die Erfahrungen ausländischer Referenten zurückgegriffen (z. B. D. C. Moore, Y. Omura und A. Fisher, USA; P. Pöntinen, Finnland; B. Scott, J. G. Hannington-Kiff und F. Mann, Großbritannien), deren lebhaftere Seminare wir in dankbarer Erinnerung behalten. Ebenso wurde von Anfang an die Etab-

lierung regionaler SCHMERZtherapeutischer Kolloquien gefördert. Noch 1984 wurden – nach Frankfurt/M. – solche in Hamburg und Berlin gegründet. Weitere folgten. Bis heute sind es über 100 geworden.

Bereits im Jahr 1985 wurden in Zusammenarbeit mit der uns sehr eng verbundenen und durch Prof. Manfred Zimmermann geleiteten wissenschaftlichen „Gesellschaft zum Studium des Schmerzes für Deutschland, Österreich und die Schweiz“ (heute: Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes) die ersten an Qualifikationsnachweise gebundenen verbandsinternen Anerkennungen zum Algesiologen erteilt, wobei auf die wertvollen Vorarbeiten der Arbeitsgemeinschaft der Schmerztherapeuten zurückgegriffen werden konnte.

Ebenfalls im Jahr 1985 wurde der erste Schmerz-Fragebogen des STK fertig, der alltagstauglich war, auch psychometrische Tests enthielt und evaluiert wurde. Die ersten einfachen computergestützten Auswertungen waren möglich.

Am 19. November 1986 wurde erstmals der Deutsche Schmerzpreis – Deutscher Förderpreis für Schmerzforschung und Schmerztherapie – vergeben. Die ersten Preisträger waren H. G. Schaible, W.-D. Gerber und E. Weik. Seitdem wird dieser Preis alljährlich an Persönlichkeiten verliehen, die sich durch wissenschaftliche Arbeiten oder durch ihr Wirken um die Versorgung der Schmerzpatienten verdient gemacht haben. Zusätzlich wurde zwei Jahre später der Ehrenpreis des Deutschen Schmerzpreises eingerichtet, der erstmals an Manfred Zimmermann und Hanne Seemann verliehen wurde.

1987 gelang die Aufnahme von schmerztherapeutischen Anästhesieleistungen in die Gebührenordnungen (EBM und E-GO) als erster Schritt zur Integration in die Leistungsverzeichnisse der Krankenkassen. Parallel dazu fanden erste Gespräche mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur Einführung einer Schmerztherapievereinbarung statt. Der IASP-Weltkongress über Schmerz in Hamburg trug dazu bei, das Bewusstsein der Öffentlichkeit über chronischen Schmerz zu wecken – leider mehr bei den Betroffenen als bei den politisch Verantwortlichen.

Die Gründung des Verbandes Deutscher Ärzte für Algesiologie (VDÄA) als Berufsverband Deutscher Schmerztherapeuten erfolgte 1988, um die berufsspezifischen Belange der in ihm organisierten Schmerztherapeuten wahrzunehmen.

Leider scheiterten 1989 die Verhandlungen zur Einführung der bundesweiten Schmerztherapievereinbarung am Widerspruch eines Berufsverbandes, dem die Anforderungen zu hoch waren.

Die Öffnung der Mauer 1989 erlaubte es uns, die vorher schon bestehenden Kontakte nach „drüben“ zu intensivieren und auszuweiten. Die ersten Treffen fanden wenige Tage danach statt. Unsere Seminare und andere Fortbildungsveranstaltungen wurden sprachlich und fachlich erheblich bereichert. Bald nach der Wiedervereinigung entstanden in den „neuen Bundesländern“ auch regionale SCHMERZtherapeutische Kolloquien, so 1990 in Halberstadt, Wismar und Potsdam und 1991 in Bernau und Suhl.

Die Organisation der Schmerzpatienten, die Deutsche Schmerzliga, wurde



1990 von Thomas Flöter gegründet. Inzwischen ist aus ihr ein machtvoller Selbsthilfverband geworden.

Seit **1990** werden vom STK als erster Gesellschaft die schmerztherapeutischen Grundlagenseminare durchgeführt, die zum Erwerb der verbandsinternen Qualifikationen zum Algesiologen und zum psychologischen Schmerztherapeuten notwendig sind. Der erste Deutsche Schmerztage fand **1991** in Frankfurt statt, wo er seitdem alljährlich der Treffpunkt der Schmerztherapeuten ist.

Mit der ersten regionalen Schmerztherapievereinbarung, die **1991** in Hamburg auf Initiative von Dietrich Jungck abgeschlossen wurde, war ein wichtiger Schritt zur Anerkennung der Schmerztherapie getan. Die vorher geschaffenen Fakten bezüglich Weiterbildung, fachlicher und personeller Bedingungen waren in diese Vereinbarung eingegangen. Dieser Vertrag war das erste offizielle Dokument, in dem wegweisend die Patienten und die Anforderungen an ihre Behandlung beschrieben worden sind.

In den Jahren **1991 und 1992** haben wir den Begriff „opioidpflichtige Schmerzen“ in die medizinische Terminologie einführen und damit einen Teil der traditionellen Vorurteile gegen Opioidanalgetika abbauen können.

Im Jahr **1993** wurden endlich erste Prüfungsfragen über Schmerztherapie in die ärztliche Prüfung aufgenommen (mit der neuesten Novelle aber wieder gestrichen).

Das Jahr **1994** war besonders arbeits- und ereignisreich:

- Die erste bundesweite Schmerztherapievereinbarung zwischen der KBV und den Ersatzkassen, aufbauend auf der Hamburger Vereinbarung, konnte abgeschlossen werden.
- Das erste EDV-auswertbare Programm des STK für den Schmerz-Fragebogen und das Heidelberger Schmerz-Tagebuch wurde fertig gestellt.
- Der erste „Wegweiser Schmerztherapie“ (s. Abb. S. 6) erschien; seitdem wird dieser „Schmerztherapieführer Deutschland“ im 1- bis 2-Jahres-Abstand aktualisiert. Er ist das wichtigste Verzeichnis der schmerztherapeutischen Einrichtungen und der mit Schmerztherapie besonders vertrauten Ärzte und Psychologen geworden.
- Bei den Verhandlungen zur Novellierung der GOÄ wurden unsere Vorschläge im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer in den Entwurf eingearbeitet und teilweise im 1. Teil der GOÄ geltendes Ge-

bührenrecht. Bis heute warten wir jedoch – zusammen mit anderen Arztgruppen – immer noch auf die Umsetzung des 2. Teiles der GOÄ.

- In enger und vertrauensvoller Zusammenarbeit mit der DGSS wurden die immer noch aktuellen „Algesiologischen Definitionen und Standards“ erarbeitet.



Flöter/Jungck

Im Jahr **1995** konnten wir unsere Patientinnen und Patienten unter rationaler Pharmakotherapie davor bewahren, bei von uns erlaubter Teilnahme am Straßenverkehr kriminell zu werden. Intensive Gespräche mit dem Gesundheits- und dem Verkehrsministerium führten bei den eingeführten „Anti-Drogen-Paragraphen“ im Straßenverkehrsgesetz dazu, dass der bestimmungsmäßige Gebrauch von Medikamenten auf ärztliche Anweisung von der Strafandrohung ausgenommen wurde.

Am **19.6.1995** beantragten DGSS, STK und VDÄA gemeinsam die Einführung der Zusatzbezeichnung „Algesiologie“ (s. u.). Diesem Antrag schloss sich zehn Monate später die zwischenzeitlich gegründete DIVS (Deutsche interdisziplinäre

Vereinigung für Schmerztherapie) an. Auch diese Schriftstücke wurden mit dem „blauen Füller“ unterzeichnet.

Der 99. Deutsche Ärztetag beschloss auf diesen Antrag hin **1996** die Einführung der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“, die innerhalb von sieben Jahren in den meisten Ärztekammern umgesetzt wurde – bis auf Brandenburg, das bis heute eine unrühmliche Ausnahme geblieben ist.

1996 wurde wieder einmal ein neuer EBM eingeführt. Die Folgejahre sind – zurückzuführen auf ein Kostendämpfungsgesetz nach dem anderen – durch zunehmende Budgetierung und Rationierung gekennzeichnet, die Schmerzpatienten besonders treffen.

Aus der Erkenntnis, dass kein Arzt Schmerztherapie im Studium oder in der Facharztweiterbildung gelernt hat und auch nur wenige Algesiologen werden wollen, haben wir **1997** den „Schwerpunkt Schmerz“ als Basisqualifikation in der Schmerztherapie gemeinsam mit VDÄA und DGfA eingeführt (StK 13, Heft 4, Nov. 1997, S. 5).

Im gleichen Jahr wurde der Opioid-Ausweis® (s. S. 8) eingeführt, ein Instrument, das unsere Patientinnen und Patienten unter Opioidanalgetika vor unsachverständigen Eingriffen in die Behandlung schützen soll.

Beantragt: Die ärztliche Zusatzbezeichnung „Algesiologie“

Die Interdisziplinäre Algesiologische Fachgesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) und das SCHMERZtherapeutische Kolloquium e.V. (STK) haben unterstützt vom Verband Deutscher Ärzte für Algesiologie e.V. (VDÄA) im Juni 1995 bei der Bundesärztekammer und der Landesärztekammer die ärztliche Zusatzbezeichnung „Algesiologie“ gemeinsam beantragt. Die Einführung dieser ärztlichen Tätigkeitsfelder, die allen medizinischen Fachberufen offen stehen soll, könnte die bestehenden Defizite in der Versorgung schwer chronisch Schmerzkranker in Deutschland endlich effektiv lindern und ist nach Ansicht aller Experten längst überfällig.

1.6. Eine bereits erworbene gebietspezifische Fachkunde kann bei den oben stehenden Erfordernissen wie folgt anerkannt werden:

- 6 Monate praktische Ausbildung bei 3 I.
- bis zu 50 Stunden Kurse bei den Veranstaltungen gemäß 3.2 - 3.4.

11. Jahrgang, Heft 4, November 1996, SCHMERZtherapeutisches Kolloquium, 20761 0340-0320

1997/1998 haben 25 Schmerztherapeuten aus 15 Ländern Konsensuspapiere zur Aus- und Weiterbildung in der Schmerztherapie, zur Anwendung von Opioiden und Lokalanästhetika in der Schmerztherapie und zur psychologischen Schmerztherapie erarbeitet, die beim **Schmerztag 1998** verabschiedet und der Fachöffentlichkeit vorgestellt worden sind. Aus gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen für die Praxismitarbeiterinnen der Vorstandsmitglieder des STK ging **1998** das verbandsinterne Weiterbildungscurriculum zur Algesiologischen Fachassistenten hervor (StK 14, Heft 1, 1998, S. 14).

Wesentliche Verbesserungen der BtMVV, an denen wir mitwirken konnten, führten 1998 zu einer erheblichen Erleichterung der Versorgung Schmerzkranker mit Stufe-III-Medikamenten. Ebenfalls im Jahr **1998** konnten wir eine besonders günstige Haftpflichtversicherung für unsere Mitglieder abschließen. Im gleichen Jahr startete die Internetpräsenz des STK, die seitdem lebhaft frequentiert wird (www.stk-ev.de).

Das Buch „Grundlagen der Schmerztherapie“ des STK (Hrsg. T. Flöter) war **1998** das erste algesiologische Lehrbuch nach den Richtlinien der BÄK.

Im Jahr **2000** besuchte erstmals eine Gesundheitsministerin, Frau Andrea Fischer, den Schmerztag. Sie zeigte sich tief betroffen über die Nöte der Schmerzkranken, die ihr bis dahin nicht so bekannt waren.

Vom diesem Jahr an widmete sich das STK, unter dessen Ägide sich bereits 1984 die erste ambulante Hospizeinrichtung, das Christophorus-Haus in Frankfurt/Main, um Sterbenskranke gekümmert hatte, vermehrt der Palliativmedizin.

Wird alles gut?

Am **8. Mai 2001** sagte Bundespräsident Rau in seiner Berliner Rede „Wird alles gut?“ **„Ich wünsche mir, dass Deutschland bei der Schmerzforschung und bei der Schmerztherapie so schnell wie möglich vorbildlich wird“** – ein Wunsch, den wir teilen, doch nach allen Vorarbeiten könnte es schon längst so sein.

Anlässlich des Deutschen Schmerztages 2002 wurde die Deutsche Gesellschaft Algesiologische Fachassistenz (DGAF), der Verband der Algesiologischen Fachassistenten, gegründet.

Das unselige „Off-Label-Urteil“ des Bundessozialgerichtes vom 19. März 2002 hat die Versorgung auch von Schmerzpa-

tienten erheblich beeinträchtigt, weil die Kriterien für Verordnungen außerhalb des Zulassungsbereiches Patientinnen und Patienten mit selteneren oder sonst therapieresistenten Krankheiten oft unerfüllbar sind.

Der Deutsche Ärztetag hat im Jahr **2003** auf Antrag der algesiologischen und palliativmedizinischen Gesellschaften die Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“ eingeführt, eine Basisqualifikation jedoch nicht. Deshalb wurde vom STK die vorbereitete verbandsinterne Zusatzqualifikation „Schwerpunkt Palliativmedizin“ eingeführt



(analog zum „Schwerpunkt Schmerztherapie“ von 1997).

Unser gemeinsamer Antrag auf Einführung des Facharztes für Algesiologie wurde dem Ärztetag nicht zur Entscheidung vorgelegt, so tief verankert und an einzelne Personen gebunden sind noch alte Vorurteile.

Im gleichen Jahr wurde die Aktion „Schmerz messen“ ins Leben gerufen, die allen Ärzten und Angehörigen von Assistenzberufen die Bedeutung der Erfassung und Behandlung von Schmerzen bewusst machen soll.

In Zusammenarbeit mit der DGSS wurde die interne Weiterqualifikation in psychologischer Schmerztherapie fortentwickelt und in diesem Jahr zum Abschluss gebracht.

Ebenfalls im Jahr **2003** wurde – zunächst in Nordwürttemberg, dann bundesweit für einzelne Krankenkassen – die Vereinbarung über interdisziplinäre Schmerzkongresse geschlossen, mit der erstmals eine Vergütung für solche Konsi-

liarorgane eingeführt wurde. Das Jahr **2003** hat uns leider mit der neuen Approbationsordnung, die zum 1. Oktober 2003 in Kraft getreten ist, einen erheblichen Rückschlag beschert: Die Schmerztherapie ist nicht mehr Pflichtprüfungsfach im Staatsexamen, sodass die erst zehn Jahre alte Regelung mit einem Minimalanteil in der Ärztlichen Prüfung entfallen ist. Somit werden in Zukunft angehende Ärzte ohne jede Pflichtausbildung in Schmerztherapie ihren Patientinnen und Patienten gegenüber treten.

Dieses Jahr, **2004**, wird uns hoffentlich einen neuen EBM beschere, der in der Lage sein sollte, die wesentlichsten Defizite der Vergangenheit zu beseitigen. Leider ist der Versuch der Einführung einer Basisqualifikation in Schmerztherapie am Widerstand der Krankenkassen gescheitert, die sich die Finanzierung nicht vorstellen konnten. Ebenso sind einige Anforderungen an die Qualifikation von Schmerztherapeuten gegenüber den Forderungen der algesiologischen Fachgesellschaften vermindert worden, weil die Kassen sich außerstande sehen, die mit Qualifikation und Qualität verbundenen Kosten zu tragen.

Dennoch: Die Bilanz der vergangenen 20 Jahre ist ausgesprochen positiv. Wir, die Gründer des STK, sehen viele unserer Ideen und Vorstellungen verwirklicht. Vieles ist inzwischen ärztlicher Alltag geworden, was vor zwei Jahrzehnten noch als völlig abwegig galt. Dass den Schmerzkranken heute allgemein das Recht auf qualifizierte Behandlung zuerkannt wird, hätten wir uns damals kaum träumen lassen.

Dass so vieles durchgesetzt werden konnte, liegt auch an den Prinzipien, die uns seit der Gründung des STK getragen haben und die uns hoffentlich auch in Zukunft weiterbringen:

Wir

- reden miteinander,
- arbeiten miteinander,
- lernen voneinander,
- vertrauen aufeinander,
- motivieren einander,
- sind der Motor der Schmerztherapie,
- kooperieren mit allen am Schmerz interessierten Kolleginnen und Kollegen - auch aus anderen Berufen,
- sind die Basis,
- sorgen für Qualität,
- versorgen die Schmerzpatienten,
- sind für die Schmerzpatienten da.

Dietrich Jungck, Hamburg
Thomas Flöter, Frankfurt/M.

Schmerztherapie immer unterstützt

Was wissen Sie über die Schmerztherapie in Deutschland?

Ulla Schmidt: Die Schmerztherapie ist ein wichtiges Therapiefeld für viele kranke Menschen in Deutschland. Das Bundesgesundheitsministerium hat im Rahmen seiner Zuständigkeiten die Entwicklung der Schmerztherapie durch die Förderung von Modellprojekten und durch die Novellierungen der Betäubungsmittelverordnung (insbesondere Vereinfachung der Verordnung von Opioiden) und zuletzt der Approbationsordnung (Schmerztherapie ist seit 2003 Prüfungsstoff und die Lehre in diesem Fach für die Universitäten verpflichtend) immer unterstützt.

Wo liegt das größte Defizit in der Schmerztherapie in Deutschland?

Ulla Schmidt: Soweit es sich um Versorgungsdefizite handelt, scheinen diese u. a. darin begründet, dass die Ärzte immer

noch eine zu große Zurückhaltung bei der Anwendung des schmerztherapeutischen Arsenal an den Tag legen, insbesondere bei der Verordnung von Opioiden. Experten rügen daher eine mangelnde Kenntnis oder fehlende Umsetzung von Leitlinien in der Schmerztherapie (z. B. WHO-Schema).

Was ist Ihr größter Wunsch für die Schmerztherapie der Zukunft?

Ulla Schmidt: Mein Wunsch ist es, dass jeder Schmerzpatient in jeder Krankheitssituation auf einen kompetenten Arzt trifft, der ihn individuell und optimal entsprechend der aktuellen Evidenz behandelt. Wichtige Schritte zur Verbesserung der fachlichen Kompetenz sind bereits eingeleitet worden. Neben der bereits erwähnten Novellierung der Approbationsordnung wird auch seitens der zuständigen Organe der ärztlichen Selbstverwaltung eine Verbesserung der ärztlichen Fort- und Weiter-

bildung auf diesem Gebiet angestrebt.

Parallel dazu wünsche ich mir aber auch eine Verbesserung der Vorbeugung, wo immer dies möglich ist, um den Ursachen von Schmerzen präventiv zu begegnen. Der Gedanke der Primärprävention ist in Deutschland noch immer unzureichend verbreitet. Im Bereich chronischer Rückenleiden z. B., von denen in Deutschland zahlreiche Menschen betroffen sind, ließe sich durch geeignete präventive Maßnahmen oftmals eine Chronifizierung und damit Schmerzen über viele Jahre verhindern.



Ulla Schmidt, Berlin.

Ulla Schmidt, Berlin

Bundesgesundheitsministerin, MdB

Abbau administrativer Stolpersteine gefordert

Was wissen Sie über die Schmerztherapie in Deutschland?

Werner Baumgärtner: Seit Anfang der 1990er-Jahre hat das Interesse der Fachkreise, aber auch das der Allgemeinheit an der Schmerztherapie stark zugenommen. Die wissenschaftliche Betrachtung des Schmerzes und seiner Therapie ist ein unerlässlicher Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen ärztlichen Versorgung. Die Schmerztherapie erfüllt daneben einen zutiefst humanen Zweck, als immer ausgefeiltere Diagnose- und Therapiemöglichkeiten das Leiden der Betroffenen verringern. Die Spezialisierung in der Schmerztherapie schlägt sich auch darin nieder, dass 1996 eine entsprechende Zusatzbezeichnung für Mediziner geschaffen wurde.

Wo liegt das größte Defizit in der Schmerztherapie in Deutschland?

Werner Baumgärtner: Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass in Deutschland immer noch zu wenige chronisch Schmerzkranken die notwendigen Opiode überhaupt oder in ausreichender Dosierung erhalten. Die überaus hohen bürokratischen Hürden erschweren hier den ärztlichen Alltag. Der Abbau dieser administrativen Stolpersteine

(spezielles BTM-Rezept mit besonderen Auflagen) wäre sehr hilfreich.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Hinblick auf eine umfassende Therapie betroffener Schmerzchroniker muss weiterhin verbessert werden. Die KV Nordwürttemberg hat diese Aufgabe erkannt und engagiert sich gemeinsam mit dem Sozialministerium, der AOK sowie der TK bei der Einrichtung und Durchführung von so genannten interdisziplinären Schmerzkonferenzen. Ziel dieser Schmerzkonferenzen ist eine möglichst frühzeitige und zeitgleich mehrere Sichtweisen umfassende Diagnostik und Therapie, bei der die am Schmerzgeschehen Beteiligten – inklusive des Patienten – zusammenwirken. Die Ergebnisse der interdisziplinären Schmerzkonferenzen werden evaluiert. Auch deswegen nimmt diese Methode in der multidisziplinären Versorgung unserer Patienten eine zentrale Rolle ein.

Was ist Ihr größter Wunsch für die Schmerztherapie der Zukunft?

Werner Baumgärtner: Für die Zukunft ist der Ausbau weiterer regionaler Schmerzzentren und die Bereitstellung der hierfür nötigen finanziellen Mittel wünschenswert.

Auch für die Erforschung des subjektiven und pathophysiologischen Phänomens „Schmerz“ müssen ausreichend Mittel zur Verfügung gestellt werden. Innerhalb unserer Selbstverwaltung ist mein erklärtes

Ziel, dass die Vergütung von schmerztherapeutischen Leistungen außerhalb jeglichen Budgets erfolgen soll. 50% der Schmerzpatienten, so heißt es immer wieder, würden nicht adäquat versorgt. Es muss erreicht werden, dass unbeeinflusst von Arzneimittel-Richtgrößen und Regressandrohungen, jeder Schmerzpatient die Behandlung und Medikation erfährt, die sein Leiden erträglich macht.



Werner Baumgärtner, Stuttgart.

Dr. med. Werner Baumgärtner, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg

Elementare Bedeutung

Zum Stellenwert der Schmerztherapie
Johannes Rau: Schmerztherapie ist von elementarer Bedeutung. Sie muss mithelfen, dass kranke Menschen ein Leben in Würde führen können. Allein in Deutschland leiden etwa fünf bis acht Millionen Menschen an behandlungsbedürftigen chronischen Schmerzen.

Zu den Defiziten in der Schmerztherapie
Johannes Rau: Wir brauchen dringend eine bessere palliativmedizinische Versorgung für sterbende Menschen, statt über

* Autorisierter Auszug der Ansprache des Alt-Bundespräsidenten vom Deutschen Schmerzkongress 2002 in Aachen.

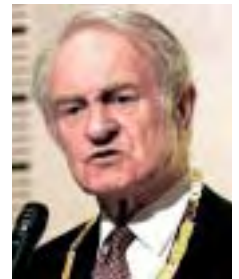
die Legalisierung ärztlicher Sterbehilfe zu debattieren. Ich bin davon überzeugt, dass der Todeswunsch Schwerstkranker häufig nicht der Krankheit selbst entspringt, sondern der Angst vor qualvollem Sterben. Der großen Angst vor unerträglichen Schmerzen kann und muss auch die Schmerzmedizin entgegenwirken, indem sie wirksam hilft. Die Bewegung, die in diesem Bereich in den letzten Jahren in Gang gekommen ist, geht in die richtige Richtung.

Für die Zukunft

Johannes Rau: Ich wünsche mir, dass wir in Deutschland nicht den Weg gehen, der mit dem Wort „Sterbehilfe“ umschrieben

wird. Ich halte das für einen Weg, der in die Irre führt. Mit einer guten palliativmedizinischen Betreuung sollten wir einen anderen Weg gehen.

Schmerztherapie und Palliativmedizin müssen in Deutschland deshalb in allen Bereichen weiter gestärkt werden – in der Aus- und Weiterbildung, in der stationären und ambulanten Behandlung von Patienten und in Forschung und Entwicklung.



Johannes Rau, Berlin.

Alt-Bundespräsident Johannes Rau

Bald bundesweite Schmerztherapievereinbarung

Was wissen Sie über die Schmerztherapie in Deutschland?

Manfred Richter-Reichhelm: Leider ist das Wissen um chronischen Schmerz und dessen Therapiemöglichkeiten in der Bevölkerung auch heute noch – trotz intensiver Aufklärungsarbeit der unterschiedlichsten Organisationen wie Deutsche Schmerzliga, Ihrer Organisation und auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) – viel zu gering. Wir müssen noch viel tun, damit die Betroffenen wissen: Es gibt Möglichkeiten, chronische Schmerzen effektiv zu behandeln. Dazu gehört auch, dass angehende Mediziner mehr über chronischen Schmerz erfahren, damit sie später in der Praxis auch angemessen damit umgehen können. Und wir müssen die bereits praktizierenden Kollegen immer wieder über die neuen Therapiemöglichkeiten informieren, damit sie chronisch Schmerzkranken entsprechend an spezielle Fachärzte überweisen und dann auch selbst weiterbehandeln können. Immerhin wurden nach Zahlen der KBV Ende 2002 über 105 000 gesetzlich krankenversicherte Patienten von Spezialisten dauerhaft behandelt, jedes Quartal kommen im Durchschnitt 28 000 Patienten neu in die Schmerzbehandlung. 950 speziell weitergebildete Fachärzte, meist Anästhesisten, Orthopäden und Allge-



Manfred Richter-Reichhelm, Berlin.

meinmediziner, stehen hierfür zur Verfügung. Das ist nicht genug, um den tatsächlichen Bedarf zu decken, aber doch gegenüber früher eine sehr erfreuliche Entwicklung. Zwei Jahre vorher waren es nämlich nur knapp 84 000 ständig Behandelte. Hinzu kommen diejenigen, die gut eingestellt sind und nun von ihrem Hausarzt weiterbehandelt werden. Trotzdem: Auch die KBV wird das ihrige dazu beitragen, um eine qualifizierte Schmerztherapie weiterhin zu fördern. Im geplanten neuen EBM gibt es dafür einen eigenen Abschnitt, der klar Leistungsinhalt und Vergütung regelt. Und wir haben gerade mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen eine neue Schmerztherapievereinbarung verhandelt, die die alte, die leider nur mit den Ersatzkassen galt, auf alle Kassen ausdehnt und natürlich

auch wesentlich verbessert. Ich bin sehr zuversichtlich, dass wir diese neue Vereinbarung zum 1. Oktober 2004 in Kraft setzen können.

Wo liegt das größte Defizit in der Schmerztherapie in Deutschland?

Manfred Richter-Reichhelm: Bisher wurde immer beklagt, dass in Deutschland Opioide, also dem Betäubungsmittelgesetz unterliegende Schmerzmittel, viel zu zögerlich zur Behandlung von chronischen

Schmerzen verordnet wurden. Auch im letzten Jahr konnte erfreulicherweise ein Zuwachs dieser Verordnungen festgestellt werden. Das bestehende Defizit wird also stetig abgebaut. Und: Besser verträgliche Arzneimittel ersetzen immer mehr ältere Präparate. Die Ausgaben für Analgetika stiegen im letzten Jahr um mehr als 11% und betragen insgesamt knapp 183 Mio €. Auch wenn sonst immer auf die Ausgaben im Arzneimittelbereich geschimpft wird: Hier sind Mehrausgaben notwendig und erfreulich, denn sie zeigen, dass immer mehr Schmerzpatienten nach den Therapieempfehlungen behandelt werden.

Was ist Ihr größter Wunsch für die Schmerztherapie in Deutschland?

Manfred Richter-Reichhelm: Erstens: Dass durch entsprechende Prävention und Früherkennung zukünftig wesentlich weniger Menschen betroffen sind. Zweitens: Dass Schmerzen nicht bagatellisiert werden, sondern dass Patienten und Ärzte die Therapiemöglichkeiten kennen und einfordern bzw. anwenden. Drittens: Dass die für eine gute Schmerztherapie notwendigen Mittel auch wirklich von den Krankenkassen bereitgestellt werden. Viertens: Dass wir die neue Schmerztherapievereinbarung für alle Kassenarten bald abschließen können und damit die Versorgung verbessern und ausweiten können!

Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm, Berlin,
 Vorsitzender der KBV

Ganzheitliche Medizin gefragt

Wie schätzen Sie die Situation der Schmerztherapie in Deutschland ein?

Hans Jürgen Ahrens: Schmerzbehandlung ist elementarer Bestandteil einer humanen Medizin. Jeder Arzt muss in seinem Arbeitsbereich die erforderlichen Kenntnisse besitzen und die Handlungsoptionen beherrschen, um seinem Patienten unnötiges Leiden zu ersparen. Das verfügbare Spektrum an Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen zur Behandlung von Schmerzpatienten in Deutschland ist breit und wissenschaftlich auf dem aktuellen Stand.

Wo liegt das größte Defizit in der Schmerztherapie in Deutschland?

Hans Jürgen Ahrens: Wir müssen dafür sorgen, dass die vorhandenen Möglichkeiten, Schmerzen zu beseitigen oder zu lindern, von allen Ärzten konsequent und umfassend genutzt werden. Es muss so weit wie möglich verhindert werden, dass Patienten mit Schmerzen in eine chroni-

sche Schmerzkrankheit münden. Wir begrüßen, dass die Ärztekammern sich in den letzten Jahren verstärkt um die Qualifikation von Ärzten in diesem Bereich bemüht haben. Aber hier müssen wir noch mehr tun. Aktuell bereiten wir zusammen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung vor, die gerade für die chronisch schmerzkranken Patienten weitere Verbesserungen bringen wird.

Was ist Ihr größter Wunsch für die Schmerztherapie der Zukunft?

Hans Jürgen Ahrens: Schmerzbehandlung ist mehr als die Abgabe von Schmerzmitteln und der Einsatz von Technik. Das Wahrnehmen von Schmerzen und ihre Bewältigung hat auch eine starke psycho-



Hans Jürgen Ahrens, Bonn.

logische Komponente und kann ein Fokus für psychosoziale Problemkonstellationen sein. Schmerzbehandlung ist deshalb einer der Bereiche, in denen die ganzheitliche Medizin besonders wichtig ist. Auch die psychische Komponente bei chronischen Schmerzen muss deshalb stärker berücksichtigt werden. Die umfassende Betreuung der Betroffenen durch Hausärzte, Fachärzte,

Psychotherapeuten und spezialisierte Schmerztherapeuten muss individuell auf den einzelnen Patienten zugeschnitten und miteinander verbunden werden. Mein größter Wunsch: Unter schweren chronischen Schmerzen soll niemand leiden müssen.

Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, Bonn

Mehr Verträge zur integrierten Versorgung und Vernetzung

Was wissen Sie über die Schmerztherapie in Deutschland?

Eckart Fiedler: Schmerz ist ein noch immer vernachlässigtes Gebiet der Medizin. Deutschland hat im Vergleich zu anderen europäischen Nachbarländern in der Schmerztherapie noch Nachholbedarf. Die Zahlen an chronisch schmerzkranken Patienten nimmt in Deutschland ständig zu. Zurzeit gibt es in unserem Land über sieben Millionen mit chronischen Schmerzen. Erfreulich ist die Tatsache, dass in den letzten zehn Jahren viele neue Forschungsergebnisse die Möglichkeit der Therapie chronisch Schmerzkranker verbessert hat. Als Beispiel sei auf die neuen Auffassungen in der medikamentösen Therapie hingewiesen. Besonders wichtig erscheint aber die Erkenntnis, dass für eine erfolgreiche Schmerztherapie die Kombination verschiedener Methoden notwendig ist. Dazu gehören medikamentöse Thera-



Eckart Fiedler, Wuppertal.

pien, physikalische Maßnahmen, verhaltenstherapeutische Konzepte, invasive Techniken (z. B. lokale Spritzen, Schmerzkatheter usw.), aber auch die Anwendung alternativer Verfahren wie z. B. die Akupunktur bei definierten Erkrankungen.

Wo liegt das größte Defizit in der Schmerztherapie in Deutschland?

Eckart Fiedler: In der Schmerztherapie besteht im Vergleich zu anderen Erkrankungen eher eine Fehl- und Unterversorgung. Es gibt nur wenige qualifizierte Einrichtungen zur Behandlung chronisch Schmerzkranker. Die Aktivität von schmerztherapeutisch interessierten Ärzten hängt häufig von persönlichen Interessen und der Bereitschaft zum Engagement ab. Wir müssen den Patienten in allen schmerztherapeutischen Bemühungen in den Mittelpunkt stellen und ihn in jeden Schritt der Therapie einbeziehen. Nur ein informierter

Patient kann zur Verbesserung seiner Lebensqualität bei einer chronischen Schmerzkrankheit beitragen.

Was ist Ihr größter Wunsch für die Schmerztherapie in der Zukunft?

Eckart Fiedler: Hier sehe ich die Flächendeckung mit schmerztherapeutischen Einrichtungen und die qualifizierte Versorgung von Kindern mit chronischen Schmerzen. Vordringlich ist auch der Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung. Durch die Vernetzung einzelner Versorgungsbereiche kann die schmerztherapeutische Behandlung optimiert werden. Neben der primär angestrebten Qualitätsverbesserung kommt es auch zu therapeutischen Synergieeffekten.

Dr. Eckart Fiedler, Vorstand der Barmer Ersatzkasse, Wuppertal

Schattendasein durch integrierte Versorgung beenden

Was wissen Sie über die Schmerztherapie in Deutschland?

Norbert Klusen: Angesichts der Zahl der Betroffenen – in Deutschland leiden Millionen Menschen an dauerhaften Schmerzen – führt die Schmerztherapie leider ein Schattendasein. Patienten haben nicht selten eine jahrelange Odyssee durch das Gesundheitswesen hinter sich – oft ohne Erfolg. Nicht einmal einen Lehrstuhl für Schmerztherapie gibt es in Deutschland.

Wo liegt das größte Defizit in der Schmerztherapie in Deutschland?

Norbert Klusen: Angehende Ärzte lernen im Medizinstudium wenig über die spezifische Schmerztherapie – mit der Folge,

dass sie ihren Patienten später auch nicht adäquat helfen können (es sei denn, sie haben sich auf freiwilliger Basis in dieses Gebiet eingearbeitet). Das muss sich dringend ändern.

Außerdem findet die Behandlung der Schmerzpatienten in aller Regel isoliert statt – jeder Facharzt sieht und behandelt „sein Gebiet“. Eine integrierte Versorgung, in die verschiedene ärztliche und nicht ärztliche Disziplinen eingebunden sind, gibt es bisher viel zu selten. Genau aus diesem Grund hat die Techniker Krankenkasse mit der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie jetzt einen Integrations-



Norbert Klusen,
Hamburg.

vertrag über „Integrierte Schmerzkonferenzen“ abgeschlossen.

Was ist Ihr größter Wunsch für die Schmerztherapie?

Norbert Klusen: Ich wünsche mir sehr, dass unsere Initiative zu den fachübergreifenden Schmerzkonferenzen ein voller Erfolg wird, vielen Patienten hilft und ihr Leiden lindert.

Prof. Dr. Norbert Klusen, Vorsitzender der Vorstandes der Techniker Krankenkasse, Hamburg

Komplexe Therapie erfordert Experten

Was wissen Sie über Schmerztherapie?

Doris Pfeiffer: Nach Hochrechnungen aus dem Jahre 1991 von D. Jungck haben 5,12 bis 7,68 Millionen Patienten, die sich pro Quartal bei einem Hausarzt vorgestellt haben, an chronischen Schmerzen gelitten. Von diesen wurden 1,6 bis 2% (entsprechend 512 000 bis 640 000 Patienten) den problematischen Schmerzerkrankungen zugeordnet mit Bedarf an einer speziellen Schmerztherapie. Durchschnittlich nach acht bis zehn Jahren erhalten Schmerzpatienten eine spezielle Schmerztherapie durch spezialisierte Fachärzte. In dieser Zeit werden sie durchschnittlich von elf Ärzten behandelt. Ca. 60% dieser Patienten haben aufgrund ihrer Schmerzkrankheit ein oder mehrere Heilverfahren durchlaufen, ca. 65% ein oder mehrere Krankenhausaufenthalte gehabt, ca. 1/3 der Patienten wurden wegen Schmerzen ein oder mehrmals operiert.



Doris Pfeiffer,
Siegburg.

Schmerzbehandlung. Deshalb stellt der Arzt, der einen Patienten wegen akuter Schmerzen behandelt, durch sein therapeutisches Vorgehen die Weichen in Richtung Heilung oder mögliche spätere Chronifizierung. Patienten mit chronischen Schmerzen benötigen meist einen komplexen Therapieansatz und sollten von besonders erfahrenen und qualifizierten Fachärzten behandelt werden.

Aus diesen Gründen haben der Verband der Angestellten-Krankenkassen und der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 01.07. 1997 die novellierte Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten abgeschlossen. Ziel dieser Vereinbarung (die erstmals 1994 getroffen wurde) ist die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten durch besonders dafür qualifizierte Vertragsärzte zu ermöglichen, zu fördern und in der vertragsärztlichen Versorgung dauerhaft zu sichern.

Der schmerztherapeutisch tätige Arzt muss durch Zeugnisse seine besondere Qualifikation und Erfahrung nachweisen. Des Weiteren ist der teilnehmende Arzt verpflichtet, regelmäßig an interdisziplinären Schmerzkonferenzen und spezifischen Fortbildungsveranstaltungen teilzu-

nehmen. Die teilnehmenden Ärzte erhalten eine zusätzliche Honorierung ihrer Leistungen.

Es gibt zahlreiche und gut wirksame Schmerzmedikamente und komplexe Therapieansätze zur Behandlung des akuten und chronischen Schmerzes. Gerade deshalb ist es wichtig, dass jeder betroffene Patient eine qualifizierte Schmerztherapie erhält und unnötiger Leidensdruck vermieden wird. Die Qualifizierung und Weiterbildung der Ärzte ist hier besonders wichtig. Deshalb begrüßen wir die Einführung einer Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“. Aber auch die Qualifizierung und Fortbildung der hausärztlich tätigen Fachärzte hat einen wichtigen Stellenwert.

Ziel der Ersatzkassenverbände ist eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von chronisch schmerzkranken Patienten durch besonders qualifizierte und spezialisierte Fachärzte. Unsere Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten ist ein wichtiger Schritt zur Erreichung dieses Zieles. Weitere Vereinbarungen zur Qualitätssicherung der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V sind in Vorbereitung.

Dr. Doris Pfeiffer, Vorsitzende des Vorstandes Verband der Angestellten-Krankenkasse e. V., Siegburg

Schmerztherapie: ein unattraktives Hobby

Wie beurteilen Sie die Schmerztherapie in Deutschland?

Georgi Tontschew: Die Zahl der an chronischen Schmerzen leidenden Patienten hat sich in Deutschland in den letzten Jahren dramatisch erhöht. Auf dem Deutschen Schmerztag 2004 wurde von Dr. med. G. Müller-Schwefe diese Zahl mit 15 Millionen Patienten angegeben, während bis vor drei bis vier Jahren etwa acht bis elf Millionen chronisch Schmerzkranken geschätzt wurden.

Besonders schwerwiegend sind hierbei die Rückenschmerzen, gefolgt von den chronischen Kopfschmerzen und den neuropathischen Schmerzen. Allein für die Rückenschmerzen werden in Deutschland 17 Milliarden Euro jährlich aufgewendet. Über 80% entfallen auf Arbeitsunfähigkeit und Rehabilitation. Der Rest wird für die medizinische Versorgung aufgewendet und davon lediglich etwa 5% für Medikamente ausgegeben. Es ist daher nicht überraschend, dass bei solchen enormen Ausgaben sowohl die Medien als auch Politiker das Thema „Schmerztherapie“ aufzugreifen beginnen. Diese Defizite nehmen aufgrund der ansteigenden Zahl chronisch schmerzkranker Patienten bei gleich bleibenden bzw. nicht adäquat ansteigenden finanziellen Mitteln für die Schmerztherapie zu.

Wo liegt das größte Defizit in der Schmerztherapie in Deutschland?

Georgi Tontschew: Das größte Defizit in der Schmerztherapie in Deutschland besteht in der mangelhaften bis fehlenden Ausbildung für die Schmerztherapie.

Die Schmerztherapie hat als eine interdisziplinäre Problematik noch immer keinen Zugang in die universitäre Ausbildung gefunden. Ohne die entsprechende Ausbildung sind die Ärzte im Allgemeinen nicht imstande, akute Schmerzen effizient zu behandeln und deren Chronifizierung zu vermeiden sowie chronisch Schmerzkranken adäquat zu betreuen. Kenntnisse und Befähigung zur Schmerztherapie müssen daher mit postgraduellen Fort- und Weiterbildungen allmählich und über Jahre erworben werden. Viele interessierte Ärzte, in der täglichen Routinearbeit gefangen, geben schließlich das Ziel auf, Schmerztherapeut zu werden.

Einschränkungen der Schmerztherapie durch Krankenkassen und KV mittels Budgetierungen und Regressforderungen drängen die Schmerztherapiepraxen an den Rand der Existenz und zwingen oft zur Aufgabe und Schließung der ohnehin wenigen Schmerzpraxen. Viele Schmerztherapeuten können Schmerztherapie nur noch als Hobby betreiben, in dem sie sich

den Lebensunterhalt anderweitig verdienen.

Was ist Ihr größter Wunsch für die Schmerztherapie der Zukunft?

Georgi Tontschew: Für die Schmerztherapie der Zukunft habe ich einen Doppelwunsch: Die dringende Verbesserung der Ausbildung für die Schmerztherapie bei ihrer gleichzeitigen finanziellen Aufwertung durch Wegfall von Budgetierungen und Regressforderungen.

Mit diesen zwei Maßnahmen wird die Schmerzchronifizierung in vielen Fällen vermieden und damit die Aufwendungen für die chronischen Schmerzen und deren Folgen wie Kuren, Arbeitsausfall, Berentungen u. a. erheblich reduziert, was zur Entlastung des Gesundheitswesens führen wird.

Die Vermeidung von chronischen Schmerzen bedeutet gleichzeitig die Vermeidung schlimmer Schicksale.



Georgi Tontschew, Bernau.

Chefarzt Dr. med. Georgi Tontschew, DGS-Leiter, Bernau

Muskuläre Beschwerden erfordern Low-Tech-Diagnostik

Wie beurteilen Sie die Schmerztherapie in Deutschland?

Peter Lotz: Die Repräsentation der Schmerztherapie durch die beiden deutschen Fachgesellschaften DGSS und DGS über Kongresse und ein umfassendes Fortbildungsangebot ist ausgezeichnet. Die Schmerzforschung in Deutschland hat internationales Format und liefert kontinuierlich bessere Ergebnisse für das Schmerzverständnis. Allerdings liegt das Schwergewicht auf dem neuropathischen Schmerz. Schmerzen muskulärer Genese sind weit unterrepräsentiert.

Es gibt zu wenig unabhängige klinische Studien über praxisrelevante Konzepte zur Schmerztherapie. Bedauerlich ist die Unterrepräsentation der Schmerztherapie im Curriculum der Universitäten, was weiter zu erheblichen Ausbildungsdefiziten des Nachwuchses im Hinblick auf Schmerzen

allgemein und daraus folgend auch im Hinblick auf die Ausbildung künftiger Schmerztherapeuten im Speziellen führt. Damit ist der Ausbau einer flächendeckenden Versorgung langfristig gefährdet.

Wo liegt das größte Defizit der Schmerztherapie?

Peter Lotz: Es herrscht ein erheblicher Mangel an Ausbildungsstätten zum Speziellen Schmerztherapeuten. Diagnostik und Therapie von Störungen des Bewegungssystems, insbesondere der Muskulatur, sind immer noch unterentwickelt. Schmerzen aus der Muskulatur werden häufig verkannt und in ihrer Bedeutung stark unterschätzt. Klinische Untersuchungsmethoden werden zu wenig gepflegt.



Peter Lotz, Bad Lippspringe.

Stattdessen werden zu viele technische Untersuchungen durchgeführt. Damit verkümmert das Gefühl des Therapeuten für die Beschwerden seiner Patienten.

Was ist Ihr größter Wunsch für die Schmerztherapie?

Peter Lotz: Mehr gut ausgebildete Schmerztherapeuten und eine bessere Bezahlung der Schmerztherapeuten durch eine fach„gerechte“ Gebührenordnung. Des

Weiteren wünsche ich mir eine weitere und in Zukunft noch bessere und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen DGS und DGSS zur Durchsetzung berufspolitischer Ziele sowie die Schaffung eines Facharztes für Spezielle Schmerztherapie.

Prof. Peter Lotz, DGS-Leiter Bad Lippspringe

Gemeinsam Sprachrohr für Millionen Patienten

Nach wie vor ist die Schmerztherapie in der universitären Ausbildung ein Stiefkind, obwohl Schmerzen die Ursache für jeden vierten Arztbesuch sind. Schmerztherapie in der universitären Ausbildung besser zu verankern und die Einführung des Facharztes für Algesiologie sind daher wichtige gemeinsame Ziele der DGSS und der DGS. Über die Defizite und Perspektiven in der Schmerztherapie informiert Prof. Dr. med. Michael Zenz, Präsident der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, Bochum.

Wie beurteilen Sie den derzeitigen Stand der Ausbildung deutscher Medizinstudenten im Bereich Schmerztherapie?

Michael Zenz: Was deutsche Medizinstudenten zurzeit im Rahmen ihrer universitären Ausbildung an Schmerztherapie mitbekommen, ist völlig defizitär. Obwohl die zuständige Ministerin für Gesundheit davon ausgeht, dass die Novellierung der Approbationsordnung im Jahr 2003 Verbesserungen herbeigeführt hat, ist dem nicht so – im Gegenteil. Während Schmerztherapie im alten Ausbildungskatalog wenigstens mit zehn Fragen im 2. Staatsexamen enthalten war, besteht jetzt keine ausdrückliche Verpflichtung mehr, Schmerztherapie überhaupt zu unterrichten. Es ist als Kannbestimmung in den klinischen Fächern versenkt, was letztendlich bedeutet, dass der Internist und Chirurg die schmerztherapeutischen Aspekte nicht lehren muss. Aus diesem Grunde bin ich ausgesprochen unzufrieden mit der neuen Approbationsordnung.



Prof. Dr. med. Michael Zenz, Bochum.

Was halten Sie für angemessen?

Michael Zenz: Man muss davon ausgehen, dass nach wie vor Schmerzen der Punkt Nr. 1 ist, der Patienten zum Arzt führt. Daher ist es völlig unverständlich, dass wir unsere Studenten in Schmerztherapie nach wie vor nicht ausbilden. 25% aller Patienten gehen wegen Schmerzen zum Arzt. Damit muss ich doch davon ausgehen, dass Schmerzdiagnostik und -therapie eine Größenordnung von mindestens 10% im Studium haben sollte – als Pflichtvorlesungen oder -seminare. Wir müssen dahin kommen, dass Schmerztherapie eine Pflichtvorlesung oder ein Pflichtseminar wird und nicht nur Kannstatus besitzt, der unter den Tisch fallen kann.

Wann werden diese Forderungen realisiert, ist eine weitere Novellierung der Approbationsordnung absehbar?

Michael Zenz: Geplant ist eine neue Approbationsordnung alle 15 Jahre, frühestens alle zehn Jahre. Insofern habe ich hier wenig Hoffnung, aber dennoch müssen wir in der Öffentlichkeit so viel Druck wie möglich machen, dass dieser Teil der Approbationsordnung überarbeitet wird, bzw. eine Ergänzung für die Schmerztherapie in die neue Approbationsordnung eingeschrieben wird.

Haben Sie bereits konkrete Schritte unternommen?

Michael Zenz: In meiner Eigenschaft als Präsident der DGSS habe ich die Bundesgesundheitsministerin angeschrieben und von ihr die falsche Antwort bekommen: Sie meint, dass die Schmerztherapie besser repräsentiert ist als vorher, und diese Auskunft ist leider falsch. Daher werde ich sie nochmals anschreiben und sie darauf aufmerksam machen, dass ihr Sachbearbeiter hier von falschen Voraussetzungen ausging.

Wie beurteilen Sie die Kooperation mit der DGS? Gemeinsam haben Sie in der Öffentlichkeit mehr Chancen, Druck zu machen.

Michael Zenz: Ich denke, dass die Kooperation derzeit ausgesprochen gut ist und wir in den großen Dingen alle gemeinsam an einem Strang ziehen. Wir stimmen unsere Vorstöße gemeinsam ab, sodass dies keine Alleingänge von einer einzelnen Fachgesellschaft mehr sein werden. Hier kooperieren wir nicht nur mit der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie, sondern ausdrücklich auch mit anderen Fachgesellschaften wie z. B. der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG), um ein Beispiel zu nennen.

Sehen Sie hier weitere Möglichkeiten der Intensivierung?

Michael Zenz: Es gibt immer Verbesserungsmöglichkeiten, aber zumindest seit ich Präsident der DGSS bin, bin ich sehr zufrieden über das, was wir gemeinsam erreicht haben. Der eingeschlagene Weg ist richtig und in dieser Richtung und mit dieser Geschwindigkeit muss es weitergehen. Ich verspreche mir von der Zukunft, dass wir gemeinsam eine Macht im deutschen Gesundheitswesen darstellen, weil wir die klinischen und wissenschaftlichen Interessen von sehr vielen Patienten vertreten und insoweit gemeinsam ein Sprachrohr für viele Millionen von Patienten darstellen. Dies wird hoffentlich in Zukunft mehr Gehör finden, nicht zuletzt aufgrund der Tatsache, dass diese beiden Gesellschaften nun eine gemeinsame Sprache sprechen.



Wie sollten die Aufgaben optimal verteilt werden zwischen den beiden Fachgesellschaften?

Michael Zenz: Ich denke, dass es unstrittig ist, dass die DGSS mehr für die Lehre und Forschung zuständig ist. Das kommt ja bereits im Namen als Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes zum Ausdruck. Die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie befasst sich dagegen mehr mit der Versorgung. Das bedeutet für mich allerdings nicht, dass sich die jeweiligen Gesellschaften nicht auch in den anderen Bereichen kompetent äußern können, um für alle Bereiche des Schmerzes sprechen zu können. Ich stelle mir nicht vor, dass wir uns hier aus einzelnen Bereichen völlig ausschalten. Ich wünsche mir, dass die wichtigen Dinge abgestimmt werden und in den verschiedenen Bereichen die Meinungsführerschaft der jeweiligen Fachgesellschaft anerkannt wird. Ein Beispiel ist der Facharzt für Algesiologie, bei dem sich inzwischen unsere Standpunkte angenähert haben und sich damit auch der Standpunkt der DGSS verschoben hat. Unser Ziel muss sein, gemeinsame Standpunkte zu finden und dadurch auch unsere Position stark zu machen.

Vielen Dank für das Gespräch!

Qualifizierte Fachassistenz – ein wichtiger Partner

Die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie hat die Bedeutung der schmerztherapeutischen Fachassistenz von Anfang an erkannt. Nach den Lehrplänen für die algesiologische Fachassistenz, den ersten Zertifizierungen entwickelte sich daraus rasch die Deutsche Gesellschaft für algesiologische Fachassistenz, berichtet Dr. med. Thomas Cegla, der an dieser Entwicklung maßgeblich beteiligt war und für seine Verdienste in diesem Bereich beim deutschen Schmerztag 2004 ausgezeichnet wurde.

Die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen kann nur bei Einhaltung von Qualitätsstandards erfolgreich sein. Sie muss interdisziplinär durch qualifizierte Ärzte unterschiedlicher Fachgruppen sowie Psychologen erfolgen. Von besonderer Bedeutung ist die Ausbildung qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in medizinischen Assistenzberufen. In der Entwicklung der Medizin spielt der Bereich der Pflege und Assistenz eine zentrale Rolle, die leider immer noch unterbewertet wird. Nicht zuletzt durch Erstellen von Pflegestandards und Betreuungskonzepten werden neue Entwicklungen im Bereich der modernen Medizin unterstützt.

Erstes Curriculum bereits durch die Gründer

Gerade durch die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie wurde seit ihrer Gründung die Bedeutung der schmerztherapeutischen Fachassistenz gesehen. Dies hat in den Qualitätsstandards der Gesellschaft ihren Niederschlag gefunden. Grundlage ist das von Dr. T. Flöter, Dr. D. Jungck und Dr. G. Müller-Schwefe erstellte Curriculum für die algesiologische Fachassistenz.

Es ist in den letzten Jahren gerade durch die Aktivitäten der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie sowie der Deutschen Schmerzliga viel im öffentlichen Bewusstsein erreicht worden. Schmerzpatienten werden wahrgenommen. Und trotzdem sind die schmerztherapeutischen Versorgungsstrukturen immer noch unzureichend. In einem sich ändernden Gesundheitssystem gilt die Herausforderung, das Bewährte zu bewahren und weiter auf eine bessere Versorgung unserer chronisch schmerzkranken Patienten hinzuarbeiten.

Die schmerztherapeutische Ausbildung von Studenten im Bereich der Humanmedizin ist immer noch, obwohl schon

lange bekannt, mangelhaft und vom persönlichen Engagement des Einzelnen abhängig. Des Weiteren zeigt die Entwicklung der Zahl der Absolventen des Faches Humanmedizin einen drastischen Rückgang in den letzten Jahren.

Mehr Kompetenz für Assistenzpersonal

Ein Mangel an Ärzten ist schon jetzt in den Kliniken spürbar. Auch zur ambulanten Versorgung der Patienten, insbesondere in den neuen Bundesländern, stehen immer weniger Ärzte zur Verfügung. Die medizinischen Aufgaben und Anforderungen wachsen, die Zahl der möglichen qualifizierten Leistungserbringer nimmt ab. Gerade in dieser Zeit ist es wichtig, im Krankenhaus, aber auch in der Praxis nicht ärztliches Personal mit höherer Kompetenz auszustatten.

Höhere Kompetenz kann nur durch Ausbildung erreicht werden. Nach abgeschlossener Ausbildung in einem medizinischen Assistenzberuf muss zusätzlich über einen längeren Zeitraum eine kontinuierliche Fortbildung in der speziellen Schmerztherapie erfolgen. Diese Entwicklung voraussehend wurde in Anlehnung an das bestehende Curriculum ein Weiterbildungsgang zum algesiologischen Fachassistenten/In angeboten.

Bausteine des Curriculums

Die langjährigen Erfahrungen zahlreicher Schmerzzentren in ganz Deutschland flossen und fließen in diesen Weiterbildungsgang ein. Die sehr speziellen Kenntnisse über Schmerzentstehung, Chronifizierungsmechanismen, Diagnostik und Therapie von Schmerzkrankungen sind Grundlage dieses Curriculums. Darüber hinaus

sind organisatorische Fragen, Gesprächsführung, Entspannungstraining einige Bausteine der weiteren Ausbildungseinheiten.

Denn nicht zuletzt ist es das Assistenzpersonal, das in Praxen und Krankenhäusern den direktesten und zeitintensivsten Kontakt mit den Patienten hat. In der Schmerztherapievereinbarung, Anlage 12 zum Arztersatzkassenvertrag, § 5.4, personelle Voraussetzung, wird mit dem Ziel einer qualifizierten ambulanten Schmerztherapie zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten ausdrücklich qualifiziertes Personal zur Assistenz und Überwachung bei schmerztherapeutischen Eingriffen gefordert. 2001 wurden den ersten Fachassistenten/innen durch Herrn Dr. Müller-Schwefe die ersten Zertifizierungsurkunden übergeben. Seitdem erfreut sich dieser Weiterbildungsgang zunehmender Beliebtheit und wird auch von allen



Archiv Müller-Schwefe

Die erfolgreichen Teilnehmer des ersten Kurses.

Partnern im Gesundheitssystem beachtet. Für die Absolventen haben sich neue Berufsmöglichkeiten im Bereich der Krankenkasse sowie der Pharmaindustrie ergeben. Letztendlich ist es aber das Hauptziel, dieses qualifizierte Personal in die Versorgung schmerzkranker Patienten einzubinden. Ein Fortbildungscurriculum kann nur dann erfolgreich sein, wenn es lernt und sich weiterentwickelt. Die berufspolitische Vertretung der Fachassistenten/innen fand 2002 in der Gründung der Deutschen Gesellschaft für algesiologische Fachassistenz ihren Ausdruck. Die DGS wird in Kooperation mit dieser berufspolitischen Vertretung weiter an den Ausbildungsstandards arbeiten. Gerade für die Bereiche ambulante Pflege, Palliativmedizin, Schmerzzentren sowie Akutschmerzdienste wird die Bedeutung der medizinischen Assistenz zunehmen.

Thomas Cegla, Wuppertal

STK – DGS seit 20 Jahren – in 20 Jahren

Zum 20-jährigen Bestehen der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie blickt die Präsidentin der Deutschen Schmerzliga, Dr. Marianne Koch, Tutzing, zurück und schildert, was sich durch die Errungenschaften der DGS für Schmerzpatienten inzwischen getan hat.

In den 20 Jahren, in denen das STK – heute die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie – für ihre bessere Versorgung gepredigt, gekämpft, mit der Politik gerungen, mit den Kassen prozessiert, mit den Medien aufgeklärt, mit der Pharmaindustrie geforscht und seine Mitglieder gefordert und manchmal überfordert hat, haben die Patienten, die ich im Namen der Deutschen Schmerzliga vertrete, am meisten profitiert.

Schattendasein schmerzkrank

Ein Blick auf die Situation der Schmerzpatienten vor zwanzig Jahren ist ein bedrückender Blick zurück. Chronischer Schmerz galt bei den Betroffenen als etwas Schicksalhaftes, etwas Nichtbehandelbares. Sie erlebten bei ihrer oft jahrelangen Suche nach Hilfe im besten Falle Mitgefühl – und oft auch das nicht –, und viele von ihnen hielten dieses teuflische Gemisch aus Pein und Hoffnungslosigkeit nicht mehr aus.

Auch heute noch, also in einer Zeit, in der uns die Forschung längst gezeigt hat, wie die Mechanismen hin zum Schmerzgedächtnis, zur Chronifizierung und damit zu einer langwierigen, eigenständigen Krankheit funktionieren, hört man nach wie vor die altbekannten Sprüche wie „ein Indianer kennt keinen Schmerz“ oder „da müssen Sie durch“ oder „was uns nicht umbringt, macht uns stärker“ und andere schwachsinnige Durchhalteparolen. Immer noch ist es keine Selbstverständlichkeit, dass peri- und postoperativ eine wirksame Analgesie stattfindet.

Es scheint, als bestünde in unserem Land immer noch ein gestörtes Verhältnis zum Leiden. Selbstverständlich drängen sich einem Gedanken an unser christliches Erbe auf, wenn es um die Bewertung von Schmerzen geht. Es hat wohl schon immer Strategien gegeben, den Schmerz, der ja zunächst ein Warner ist und damit

ein Faktor, der uns am Leben hält, ertragbar zu machen, das heißt, dem Leiden Sinn und Wert zu geben, wenn man es schon nicht beseitigen konnte. Das Christentum mit seinen Formeln „Leid bringt uns Gott näher“ und der Vorstellung, Leid könne eine Art von Sühne von was auch immer, vielleicht der Erbsünde sein, ist darin wohl am weitesten gegangen.

Es ist andererseits gewaltig, was wir durch die weltweite Forschung in den letzten 20 Jahren an Erkenntnissen über das Wesen von Schmerzen gewonnen haben.

Wagemutige Pioniere

Das Wissen über die Mechanismen der Schmerzentstehung und über neue Therapieansätze hätten den Millionen von Patienten aber nichts geholfen, wenn nicht Pioniere wie Dietrich Jungck, Thomas Flöter, Gerhard Müller-Schwefe, übrigens auch Harry Kletzko, der heute Geschäftsführer der Deutschen Schmerzliga ist, vor 20 Jahren die Entschlossenheit und den Wagemut besessen hätten, die Sache der Schmerzkranken zu der ihren zu machen.

Das bedeutete, dass die Ärzte der ersten Stunde täglich, in ihrer Praxis, Schmerzpatienten behandelten. Daneben ihre Erfahrungen und ihr Wissen auf Kongressen weitervermittelten, neue Kollegen für die Sache gewannen, eine Sache, die nicht nur mühsam, sondern so ungefähr das Gegenteil von lukrativ war und vermutlich ist. Dass sie Zentren schufen, Interdisziplinarität etablierten und dadurch beitrugen, den Grundstein zu legen für eine neue Disziplin, den Algesiologen, den Schmerzspezialisten, von dem es sicher ist, dass er in absehbarer Zeit ein neues, wichtiges Fachgebiet der Medizin sein wird.

Vor allem aber bezogen sie von Anfang an den Patienten in ihr Wissen ein und machten ihn zum Verbündeten und zum mündigen Partner ihrer Bemühungen



um seine Krankheit. Nur so war es möglich, die unglaubliche Komplexität von Schmerzgeschehen, Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung in ein gemeinsames Konzept zu binden, das – inzwischen auch nach internationaler Meinung – als Erfolg versprechend auch bei stark chronifizierten Fällen gilt. Gleichzeitig mussten sie gegen die so weit verbreiteten Ängste vor Opioiden kämpfen, aufklären, die Medien, zum Teil auch Minister und Ministerinnen zu Verbündeten machen. Es ist, wenn man sich all dies vor Augen hält, eine gewaltige Leistung. Und die Tatsache, dass die Botschaft inzwischen angekommen ist, dass immer mehr Kolleginnen und Kollegen die Bedeutung einer schmerztherapeutischen Ausbildung erkannt haben und mitmachen in der Bewegung – zum Wohle ihrer Patienten – und dass die Politik doch viele der Forderungen umgesetzt hat (wenn auch keineswegs alle) – dies wird für die Helden der ersten Stunden und Jahre eine große Genugtuung sein.

Blick voraus

Wie wird es weitergehen? Wenn man auf andere Länder schaut, vor allem in die USA, dann dämmert so etwas wie eine „Pain Decade“ – eine Periode, in der das, was uns die Forscher bewiesen haben an Physiologie und Pathomechanismen, umgesetzt werden könnte in Therapie – in Vermeidung und Behandlung von chronischen Schmerzen. Dass inzwischen auch bei uns eine Solidarität zwischen den Gruppierungen, also zwischen den vielen Menschen, eingekehrt zu sein scheint, die an diesem gemeinsamen Projekt arbeiten, ist nicht zuletzt ein Verdienst derjenigen, die heute, nach 20 Jahren, an der Spitze der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie stehen. Wir, die Vertreter der Patienten, der Angehörigen und der Selbsthilfegruppen, bedanken uns, beglückwünschen sie zu diesen Erfolgen und wünschen ihnen Kraft für alles weitere.

Marianne Koch, Tutzing



Marianne Koch,
Tutzing.

20 Jahre Schmerzpsychologie von 1984 bis 2004

Wenn heute jeder Schmerztherapeut und – wie wir hoffen dürfen – fast jeder Arzt, aber auch die meisten Schmerzpatienten es für selbstverständlich ansehen, dass Schmerzen etwas mit der Psyche zu tun haben, so war das 1984 durchaus noch nicht so. Den Werdegang der Schmerzpsychologie schildert Dipl.-Psych. Hanne Seemann, DGS-Vizepräsidentin, Heidelberg.

1982 war gerade der erste deutschsprachige Reader zum Thema „Schmerz“ von Keeser, Pöppel und Mitterhusen in der Reihe „Fortschritte der Klinischen Psychologie“ herausgekommen, in dessen Vorwort die Herausgeber beklagten, dass in einem Handbuch der Klinischen Psychologie mit über 3000 Seiten „weder ein Kapitel über Schmerz enthalten ist, noch das Wort Schmerz im Index überhaupt erscheint ... Schmerz scheint in der Psychologie eine vergessene Dimension zu sein.“ So sollte dieses erste Schmerzbuch zum einen „die Aufmerksamkeit der Psychologen auf die Schmerzproblematik lenken“ und zum anderen „die Mediziner auf die psychologischen Aspekte des Schmerzes hinweisen“. Von den damals 14 Kapiteln waren zehn Übersetzungen aus dem Englischen. Besonders die Gate-Control-Theorie von Melzack und Wall, die schon 1978 in „Das Rätsel des Schmerzes“ dargestellt wurde, fand durch den genannten Reader Eingang in die Psychologenköpfe, die sie sogleich in der griffigen Metapher von der „Torkontrolle“, die durch psychische Faktoren positiv und negativ beeinflusst werden kann, in die Patientenberatung integrierten. Damit hatten auch die Forschungen von Larbig, der einen eigens dafür bezahlten Hausfakir beschäftigte, ihre wissenschaftliche Erklärung gefunden: Seither ist in der psychologischen Schmerztherapie häufig von „Fakirtechniken“ die Rede, wenn es darum geht, durch Entspannung, Trance und geistige Distraction Schmerzen zu kontrollieren.

Algogenes Psychosyndrom

Schon sehr früh, 1978, veröffentlichte Roland Wörz, kein Psychologe, sondern Neurologe und Psychiater, Überlegungen zu psychischen Folgen chronischer Schmerzen.



Dipl.-Psych. Hanne Seemann, Heidelberg.

Auf ihn geht der Begriff des „algogenen Psychosyndroms“ zurück und damit auch die Beendigung der Debatte, ob Depression, Erschöpfung und soziale Isolation eher die Ursache bzw. ein Äquivalent chronischer Schmerzen seien oder ihre Folgeerscheinung – zugunsten letzterer Annahme.

Stationen der Schmerzmessung

Auch die Schmerzmessung, damals angestoßen durch den McGill Pain Questionnaire, entwickelte sich rasant. Sehr bald kamen die ersten Schmerzfragebögen und -tagebücher heraus – vom McGill blieben nur

rudimentäre Adjektivlisten übrig –, bis dieser Tage tatsächlich ein lang gehegter Wunsch Wirklichkeit wird: ein gemeinsamer Deutscher Schmerzfragebogen der beiden großen Schmerzgesellschaften DGS und DGSS. Für Migränepatienten, auch Kinder, wurden spezielle Migränetagebücher entwickelt.

Als 1986 in einer vom Bundesministerium für Forschung und Technologie BMFT (heute BMBF) beauftragten Expertise von Zimmermann und Seemann (Der Schmerz – ein vernachlässigtes Gebiet der Medizin?)

offensichtlich wurde, wie unterentwickelt, bzw. nicht vorhanden die klinische Schmerzforschung in Deutschland sich präsentierte, kam es zum ersten Forschungsschwerpunkt „Chronischer Schmerz“, in dem die Schmerzpsychologen der Universitäten stark beteiligt waren. Der Auftrag zu jener ersten Expertise ist mit einer im Nachhinein amüsanten Erinnerung verbunden: Der für das BMFT zuständige Projekträger in München, in Gestalt von drei netten Herren, sah sich auch nach meinen engagierten Ausführungen außerstande, auch nur eine vage Vorstellung zu entwickeln, was das sein sollte: Schmerzforschung. Einer sagte, er habe schon mal Zahnweh gehabt, aber was es daran zu forschen gebe, sei ihm unklar. Der Auftrag an mich, einen Überblick über die Forschungs- und Versorgungslage chronischer Schmerzen zu schreiben, resultierte deutlich aus dieser Verlegenheit. Auch die Deutsche Krebsgesellschaft betrachtete damals den Schmerz explizit nicht als ein forschungswürdiges Thema.

Der Forschungsschwerpunkt des BMFT beförderte die Kooperation mit Psychologen an Universitäten, die dabei einen Schwerpunkt auf die Entwicklung von Skalen und Tests zur klinischen Schmerzmessung, einen anderen auf die Evaluationsmethodik für Therapiestudien legten. Die multimodale Erfassung des Schmerzes und die Trennung der sensorischen Schmerzwahrnehmung von der kognitiv-emotionalen Dimension setzte sich durch und erfährt derzeit Bestätigung durch neurophysiologische Forschungsergebnisse.

Sehr bald engagierten sich Psychologen auch in der Schmerztherapie, zuerst an Klinik-Schmerzambulanzen und Rehaeinrichtungen. Besonders der Aufschaukelungsprozess aus Angst, (Muskel-)Anspannung, Schmerz, Erschöpfung mit allen negativen Folgen für die Muskulatur und das Vegetativum hatte es den Schmerzpsychologen angetan. So wurde das autogene Training, das in Deutschland bislang als Synonym für Entspannungstherapie galt, von der Progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson abgelöst, das fortan als Entspannungsverfahren der Wahl für Schmerzpatienten galt



und gilt, da es schnell wirkt, ein Körperwahrnehmungstraining umfasst und mit Imaginationen angereichert werden kann, die im Laufe der Zeit eine immer größere Rolle spielen sollten.

Multimodale Konzepte und Schmerzkongresse

Das erste multimodale Behandlungsprogramm, das Marburger Schmerzbewältigungstraining von Heinz-Dieter Basler für Patienten mit Kopf- und Rückenschmerzen, wurde entwickelt, befohrt und der Versuch unternommen, es in die ambulante ärztliche und psychologische Schmerzbehandlung zu integrieren. Viele verhaltensmedizinische Ansätze, die heute auch jeder ärztliche Schmerztherapeut kennt, empfiehlt oder selbst anwendet, stammen aus dieser Zeit: Biofeedback, progressive Muskelrelaxation, Rückenschule, Muskelaufbau, Aufmerksamkeitlenkung, Genusstraining, soziale Kontaktschulung, kognitive Kontrolle etc.

Auch das Göttinger Rücken-Intensiv-Programm, in dem Ärzte, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Psychologen zusammenarbeiten hat in vielen medizinischen Kontexten „Schule gemacht“.

In Heidelberg wurde **1985** die erste interdisziplinäre Schmerzkongress gegründet, der zügig viele andere Kongresse nachfolgte. Gerade in Schmerzkongressen wird immer wieder deutlich, dass in der interdisziplinären Zusammenarbeit die Psychologie einen wichtigen Stellenwert hat und sowohl in Gestalt von leibhaftigen Psychologen und Psychotherapeuten als auch in den Köpfen der Ärzte in die Schmerzbehandlung integriert werden muss. Es reicht nun nicht mehr, Patienten mit einer Überweisung zu einem Psychologenkollegen zu

schicken – es muss sichergestellt sein, dass dieser etwas von Schmerzen versteht und so jemand war damals und ist heute immer noch nicht leicht zu finden. Denn psychologische Therapeuten wenden sich, wenn sie sich niederlassen, gern weniger schwierigen Arbeitsfeldern zu, als es Schmerzpatienten oft sind.

Die in den 1980er Jahren noch sehr kleine Gruppe der Schmerzpsychologen brachte deshalb **1990** ein Lehrbuch „Psychologische Schmerztherapie“ heraus, das mittlerweile mehrmals aktualisiert in der 5. Auflage die Fortbildungsgrundlage für ein Curriculum „Spezielle psychologische Schmerztherapie“ bildet, das auch für Ärzte offen steht. Auch in deren eigene Fortbildungscurricula ist die Schmerzpsychologie obligatorischer Bestandteil. Die psychologischen Fortbildungsrichtlinien werden zurzeit zwischen den Gesellschaften DGS, DGPSF (Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und Forschung), der DGSS und der DMKG abgestimmt und eine gemeinsame Zertifizierung vorbereitet.

Die gegenseitige Akzeptanz unter ärztlichen und psychologischen Schmerztherapeuten ist in diesen 20 Jahren exponentiell angestiegen. Das liegt nicht zuletzt daran, dass sich die Schmerzpsychologie von ihrer anfänglich weit gehend diagnostischen Orientierung hin zu verständlichen, praktikablen und lösungsorientierten Therapieverfahren entwickelt hat, die sich in das komplexe Gefüge einer multimodalen Schmerztherapie gut einfügen lassen. Die eher vergangenheitsorientierten, biographisch arbeitenden analytischen Psychotherapeuten ergänzen derzeit ihre Konzepte durch Verhaltens- und Hypnotherapie,

durch Hypnose und Biofeedback. Der bei Schmerzen so wertvolle Placeboeffekt wird von vielen Behandlern, nicht nur Psychologen, durch suggestive Verfahren verstärkt. Problemorientierung in der Psychotherapie wird vermehrt durch schnelle Orientierung auf Lösungen und Zukünftiges ersetzt. Die neuen Erkenntnisse der Neurobiologie gehen sehr gut zusammen mit den Kenntnissen über die Wirkungen autohypnotischer Selbststimulation.

Bio-psycho-soziales Schmerzkonzept und mehr Edukation

Da sich das bio-psycho-soziale Schmerzkonzept, das seit langem allenthalben beschworen wird, durch die bezogene interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten, Physiotherapeuten, Psychologen und Patienten mittlerweile mit Leben erfüllt hat, wird im Zuge der kommenden integrierten Versorgungsmodelle eine engere Kooperation dieser und anderer Fachgruppen unverzichtbar werden, an der auch die Kassen nicht mehr vorbeikommen werden.

Eine wichtige Zukunftsdomäne für Psychologen scheint mir die Aufklärung und Edukation von Kindern und jungen Menschen im Hinblick auf den Umgang mit akuten funktionellen Störungen, insbesondere Kopf- und Bewegungsschmerzen zu sein. Edukation und rechtzeitige Beratung in Schulen und den Familien könnte die Entstehung chronischer Schmerzen schon im Vorfeld verhindern. So sollten die mittlerweile weit reichenden Kenntnisse der Schmerzpsychologie dahin gelangen, wo sie eigentlich hingehören, zu den hoffentlich niemals zu Schmerzpatienten werden Menschen.

Hanne Seemann, Heidelberg

Impressum

Organ der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie

Herausgeber

Gerhard Müller-Schwefe,
Schillerplatz 8/1, D-73033 Göppingen
Tel. 07161/976476 · Fax 07161/976477
E-mail: gp@dgschmerztherapie.de

Schriftleitung

Oliver Emrich, Ludwigshafen; Thomas Flöter, Frankfurt;
Winfried Hoerster, Gießen;
Dietrich Jungck, Hamburg; Uwe Junker, Remscheid;
Stephanie Kraus, (verantw.), Stephanskirchen,
Tel.: 0 80 36/10 31; Thomas Nolte, Wiesbaden; Hanne Seemann, Heidelberg; Michael Überall, Nürnberg

Beirat

Joachim Barthels, Bad Salzungen; Wolfgang Bartel, Halberstadt; Heinz-Dieter Basler, Marburg; Günter Baust, Halle/Saale; Klaus Borchert, Greifswald; Burkhard Bromm, Hamburg; Kay Brune, Erlangen; Mathias Dunkel, Wiesbaden;

Andreas Ernst, Berlin; Gerd Geisslinger, Frankfurt; Hartmut Göbel, Kiel; Henning Harke, Krefeld; Oliver Heine, Limburg; Ulrich Hankemeier, Bielefeld; Stein Husebø, Bergen; Klaus Jork, Frankfurt; Edwin Klaus, Würzburg; Eberhard Klaschik, Bonn; Lothar Klimpel, Ludwigshafen; Bruno Kniesel, Hamburg; Marianne Koch, Tutzing; Bernd Koßmann, Wangen; Peter Lotz, Bad Lippspringe; Christoph Müller-Busch, Berlin; Robert Reining, Passau; Robert F. Schmidt, Würzburg; Günter Schütze, Iserlohn; Ralph Spintge, Lüdenschied; Birgit Steinhauer, Limburg; Georgi Tontschew, Bernau; Roland Wörz, Bad Schönborn; Henning Zeidler, Hannover; Walter Zieglgänsberger, München; Manfred Zimmermann, Heidelberg

Verlag

© URBAN & VOGEL Medien und Medizin
Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Neumarkter Str. 43, D-81673 München
Ulrich Huber, Leitung Sonderpublikationen

Geschäftsführer Dr. Georg Ralle

In Zusammenarbeit mit dem Fachverband Schmerz, Verband Deutscher Ärzte für Algesiologie e.V., Deutsche Ge-

sellschaft für Algesiologie e.V., Deutsche Akademie für Algesiologie, GAF Gesellschaft für algesiologische Fortbildung mbH, Deutsche Schmerzliga e.V., Verband ambulant tätiger Anästhesisten e.V., Gesamtdeutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e.V., Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. und Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentlichung erwirbt der Verlag vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.

Bezugspreis: Einzelheft 12,- Euro
Abonnement für 4 Ausgaben pro Jahr 40,- Euro (zzgl. Versand, inkl. MwSt.).
Der Mitgliedsbeitrag des DGS schließt den Bezugspreis der Zeitschrift mit ein. Die Zeitschrift erscheint im 20. Jahrgang.

Titelbild: Archiv Urban & Vogel

Gestern und heute: psychometrische Tests

Psychometrische Tests sind bei einer chronischen Schmerzkrankheit unverzichtbarer Bestandteil der Diagnostik. Über die aktuellen Standards, was sinnvoll, nötig und auch bezahlbar ist, informiert Priv.-Doz. Dr. med. Michael Überall, Vizepräsident der DGS, Nürnberg.

Chronische Schmerzen öffnen neue Dimensionen des Krankheitsgeschehens. Der Schmerz selbst wandelte sich vom Symptom zur Krankheit. Und mit diesem Wandel untrennbar verbunden ist der Leidensweg des Patienten, seine Erfahrungen mit verschiedenen Präparaten, unterschiedlichen Therapeuten und mehr oder weniger erfolgreichen Behandlungskonzepten.

Algogenes Psychosyndrom

Die nicht selten leidvollen Erfahrungen der Patienten, ihre Hilflosigkeit im Umgang mit dem Schmerzgeschehen und das Bewusstwerden des Umstandes, dass das Schmerzgeschehen kaum selbst zu beeinflussen ist, geschweige denn kontrolliert werden kann, führt zu psychischen Veränderungen, die für den weiteren Krankheitsverlauf zunehmend an Bedeutung gewinnen. Hilf- und Hoffnungslosigkeit, aber auch pure Angst, Verzweiflung, Resignation und tiefe Depression können zusätzlich zu dem Problem der chronischen Schmerzen zu einer schwer wiegenden Beeinträchtigung der Lebensqualität sowie zu einer echten Bedrohung des Patienten führen.

Während die Ursachen akuter Schmerzen in aller Regel objektivierbar sind, gelingen derartige objektive Verknüpfungen bei chronischen Schmerzen nicht – und dennoch existieren sie. Diese Diskrepanz zwischen den somatischen „von außen sicht- und nachvollziehbaren“ Folgen chronischer Schmerzen und dem subjektiv Empfundenen macht die Einbeziehung psychologischer Instrumente und Behandlungskonzepte unvermeidbar. Und so muss es als die wesentliche Errungenschaft der letzten Jahre gewertet werden, dass wir uns heute darüber im Klaren sind, dass unimodal, d. h. ausschließlich somatisch orientierte, medizinische Krankheitsmodelle zur Entwicklung und Perpetuation chronischer Schmerzsyndrome, der Komplexität der zugrunde liegenden Mechanismen nicht gerecht werden.

Rationale psychologische Diagnostik

Doch wie sollte, wie kann heute unter den vorgegebenen äußeren Rahmenbedingungen des sich ständig wandelnden deutschen Gesundheitssystems eine sinnvolle patientenorientierte, gleichzeitig jedoch auch rational durchführbare psychologische Diagnostik in der Betreuung chronisch Schmerzkranker durchgeführt werden, ohne die Grenzen des wirtschaftlich Möglichen zu überschreiten?

Grundsätzlich sollten bei der Betreuung von Patienten mit chronischen Erkrankungen immer ausführliche Befragungen zur Ausprägung affektiver, motivationaler und bewertender Prozesse der Beschwerdewahrnehmung und -verarbeitung durchgeführt werden. Hierzu sollte das Arzt-Patient-Gespräch auf der Grundlage eines strukturierten Leitfadens durchgeführt werden, in dem – unter Bezug auf standardisierte Fragebögen welche vom Patienten vor dem eigentlichen Gespräch ausgefüllt werden – die folgenden diagnostisch relevanten Befragungsebenen erfasst werden: die Haltensebene, die kognitiv-emotionale Ebene,

die soziale Ebene, die psychophysiologische Ebene.

Persönliches Arzt-Patient-Gespräch unersetzlich

Die alleinige Verwendung standardisierter Schmerzfragebögen und Schmerztagebücher, die heute ja eigentlich schon zum Standard einer suffizienten Schmerzdiagnose gehören und die einerseits der Erfassung grundlegender Daten zum vorliegenden Krankheitsbild (Schmerzfragebogen) und andererseits der möglichst erlebnisnah dokumentierten Charakterisierung der wichtigsten Schmerzparameter (Schmerztagebuch) dienen, können das persönliche Arzt-Patient-Gespräch nicht ersetzen. Kognitiv-emotionale Aspekte des Schmerzerlebens sind im persönlichen – auf der Grundlage der vorab mit Schmerzfragebogen und Schmerztagebuch erhobenen und (vom Arzt) bearbeiteten Basisdokumentation des Patienten durchgeführten – Gespräch viel gezielter und personenspezifischer zu erfassen, als dies alleine mit Fragebögen möglich wäre.



Michael Überall, Erlangen.

Standardisierte Fragebögen

Unverändert stellen standardisierte Fragebögen zur Erfassung psychologisch-diagnostischer Dimensionen jedoch die Basis für eine statistisch valide und ökonomisch sinnvolle Ergänzung der mündlichen

Anamnese dar. Beispiele für sinnvolle Fragebogeninstrumente zur ergänzenden psychologischen Schmerzdiagnostik sind in der Tabelle auf Seite 20 aufgezeigt. Naturgemäß repräsentieren die genannten Messinstrumente für die Basisdiagnostik nur einen Teil des theoretisch möglichen Spektrums an verfügbaren Testskalen. Sie eröffnen jedoch einen grundlegenden Zugang zu den psychologischen Beschwerdedimensionen des Patienten und können ggf. durch zusätzliche Fragebögen ergänzt werden.

Wichtiger als die Frage nach dem Umfang der individuell zu nutzenden Fragebogenskalen erscheint heute – unter dem Gesichtspunkt der aktuellen Überle-



gungen zur medizinischen Qualitätssicherung – die Frage nach der weitergehenden Verwendung der erhobenen Daten. Qualitätssicherungsinstrumente – und solche Funktionen können psychologische Fragebogeninstrumente durchaus übernehmen – erfordern eine über die individuelle Verwendung der Daten hinausgehende interindividuelle Nutzbarkeit. Auch lassen die zukünftig zu erwartenden Anforderungen kommender Qualitätssicherungskataloge erwarten, dass der unter verschiedenen Behandlungskonzepten erzielte Behandlungserfolg zunehmend auch unter Verwendung standardisierter Erfassungsinstrumente dokumentiert werden muss.

Dies stellt heute eigentlich kein wirkliches Problem mehr dar, erlauben doch die sich ständig fortentwickelnden technischen Möglichkeiten bereits einerseits die Verwendung patientenfreundlicher Papierbögen, andererseits jedoch auch – über modernste Hard-/Softwaresystem via „electronic data capturing“ (EDC) und „optical character recognition“ (OCR) die Übertragung der Daten in biometrische Datenbanken.

Die Verbindung von Verfahren, die einerseits dem Patienten und dem Arzt-Patient-Gespräch entgegenkommen und andererseits die einfache Übertragung der Befunde in elektronische Datenbanken ermöglichen, war lange Zeit nicht realisierbar. Heute stellen derartige Hybridsysteme jedoch technisch kein Problem mehr dar. Beispiele für solche Systeme, die die Vorteile

verschiedener Zielgruppen integrieren, finden sich allerorten und immer häufiger auch in der patienten-nahen Medizinpraxis.

Die Vorteile sind offensichtlich:

- 1.) durch die Verwendung klassischer Papierfragebögen wird ein Instrument genutzt, mit welchem der Patient vertraut ist;
- 2.) die Nutzung des ausgefüllten Fragebogens als Basis für das ausführliche Arzt-Patient-Gespräch schafft die Voraussetzungen für eine möglichst vollständige Beschwerdeerfassung, ggf. fehlende Eintragungen des Patienten können vom Arzt im Gespräch mit dem Patienten direkt ergänzt werden ohne den Computer als „emotionale Barriere“ zwischen Arzt und Patient aufzubauen;
- 3) die durch die Übertragung der dokumentierten Informationen in eine elektronische Datenbank öffnen sich alle Möglichkeiten der intraindividuellen Bearbeitung (z. B. zum Zweck der Verlaufsbeurteilung) als auch der interindividuellen Auswertung (z. B. mit dem Ziel, verschiedene psychologische Beschwerdebilder bei verschiedenen Krankheitsgruppen zu vergleichen, um entsprechend interven-



tionskonzepte zu entwickeln).

Nötig und sinnvoll

Die Fragen nach dem „Was ist nötig?“ und „Was ist sinnvoll?“ sind somit relativ klar zu beantworten:

Dringend nötig ist für die Betreuung chronisch schmerzkranker Menschen die Einbeziehung psychologischer Aspekte der Krankheitsverarbeitung und -bewältigung. Diese sollte –

unter Verwendung standardisierter Erhebungsinstrumente – in einer für Patient und Arzt ökonomisch sinnvollen, aber auch harmonischen Weise erfolgen, was die Begrenzung auf einige wenige Fragebögen und die Verwendung patientenfreundlicher Papierbögen erforderlich macht.

Dringend nötig ist darüber hinaus die Übertragung derartiger, zunächst individuell erfasster Daten, in übergeordnete elektronische Datenbanken. Nur mit solchen Systemen ist nicht nur eine Optimierung der Analyse intraindividuelle Krankheitsverläufe, sondern auch eine interindividuelle (z.B. diagnose- oder therapiefokussierte) Analyse möglich, die – z. B. auf der Grundlage metaanalytischer Betrachtungen – dazu beitragen kann, sinnvolle von weniger sinnvollen Behandlungsverfahren zu trennen. Derartige Betrachtungen könnten, bei Verfügbarkeit entsprechender Behandlungsdaten, durch unabhängige Gutachtergremien vorgenommen werden, die nach Formulierung entsprechender Fragestellungen und Zielsetzungen einen beschränkten Zugriff auf die anonymisierten Daten erhalten.

Dringend nötig ist eine Reduktion der Archivierungsvolumina, die angesichts ständig wachsender Dokumentationsanforderungen und immer längerer Aufbewahrungsfristen zu einem – auch wirtschaftlich – immer größeren Problem wird.

Sinnvoll ist es somit, diese Verfahren möglichst zügig und weit zu verbreiten. Denn nur wenige Male zuvor waren die Differenzen zwischen dem medizinisch und ökonomisch Nötigen und Sinnvollen so gering wie bei der Frage nach der Nutzung moderner computerbasierender psychologischer Instrumente bei Patienten mit chronischen Schmerzen.

Michael Überall, Nürnberg

Psychologische Standarddiagnostik bei Patienten mit chronischen Schmerzen (in Anlehnung an die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.)	
Fragestellung	Instrument
Schmerzintensität	Visuelle Analogskala (VAS) Abfrage des Ist-Zustandes, ggf. unter verschiedenen Standardbedingungen (d. h. in Ruhe, unter Bewegung/Belastung etc.); Abfrage des Normzustandes (d. h. wie war es früher?); Abfrage des Zielzustandes (d. h. was definieren wir als Behandlungsziel?)
Schmerzempfindung	Schmerzempfindungsskala (sensorisch und affektiv) Erfassung sensorischer und affektiver Dimensionen der Schmerzempfindung unter Verwendung schmerzbeschreibender Adjektive
Beeinträchtigung	Pain Disability Index (PDI) Erfassung der schmerzbedingten Behinderung in verschiedenen Lebensbereichen
Stimmung/Depressivität	Allgemeine Depressionsskala (ADS) Erfassung depressiver Symptome bzw. depressiver Verstimmungen
Wohlbefinden	Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden Erfassung positiver Aspekte der Lebensqualität anhand konkreter körperlicher und seelischer Erfahrungen
Lebensqualität	Quality of Life Impairment by Pain (QLIP) Erfassung von Einschränkungen der allgemeinen Lebensqualität durch Schmerzen und schmerzbedingte Beeinträchtigungen

Die Zukunft der medikamentösen Schmerztherapie

Die Differenzierung zwischen nozizeptiven, entzündlichen, neuropathischen und funktionellen Schmerzen ermöglicht erstmals eine differenzierte Schmerztherapie, die Prof. Clifford J. Woolf, Charlestown Massachusetts, Harvard Medical School, der Begründer der mechanismenorientierten Schmerztherapie, skizziert.

Schmerz ist eine mehrdimensionale sensorische Erfahrung, die sich – trotz aller im Folgenden genannten Fortschritte – in ihrer mitunter dramatischen Einflussnahme auf das Leben Betroffener unverändert unserem Verständnis weitestgehend entzieht. Obwohl landläufig Schmerz als homogene sensorische Sinnesqualität angesehen wird, unterscheiden wir heute mit nozizeptiven, entzündlichen, neuropathischen und funktionellen Schmerzen mehrere, klar voneinander abgrenzbare Schmerztypen.

Die neurobiologischen Mechanismen, die für die vorgenannten Schmerzformen verantwortlich sind, werden trotz jahrzehntelanger Forschungen auf diesem Gebiet gerade erst ansatzweise verstanden, und doch haben die wenigen Erkenntnisse, die wir auf dem Gebiet der Schmerzentstehung gerade in jüngster Zeit gemacht haben, zu einem grundlegenden Wandel in unserem Verständnis geführt.

Mechanistisches Konzept

Nozizeption, Modulation, periphere Sensibilisierung, phänotypische Wechsel, zentrale Sensibilisierung, ektope (Hyper-)Exzitabilität, strukturelle Reorganisation und Abnahme der zentralen Inhibition sind nur einige Begriffe, auf denen das gegenwärtige mechanistische Konzept zur Entstehung chronischer Schmerzen beruht.

Grundlage des aktuell wohl am weitesten vorgeschrittenen Konzeptes zur Erklärung des bekannten Spektrums zwischen akuten und chronischen neuropathischen Schmerzen ist die Erkenntnis, dass sich das Nervensystem nicht nur in seiner Gesamtheit,

sondern auch in jedem einzelnen Funktionsabschnitt an die sich ständig ändernden Umgebungssituationen anpassen kann. Diese mit dem Begriff der „neuronalen Plastizität“ umschriebene Anpassungs-

fähigkeit beruht auf einer Vielzahl vorwiegend zunächst funktioneller, mit anhaltender Reizeinwirkung mitunter jedoch auch struktureller Veränderungen, die nach Ereigniseintritt in charakteristischen Zeitfenstern stattfinden.

Formal lassen sich die hierfür notwendigen Ereignissequenzen – die im übrigen allen adaptiven Funktionsprozessen lebender Organismen zugrunde liegen – in drei Schritte unterteilen:

- 1.) Aktivierung (Systemaktivierung, z. B. durch Reizeintritt),
- 2.) Modulation (reversible Sensibilisierung des aktivierten Systems durch endogene Prozesse),
- 3.) Modifikation („irreversible“ Systemanpassung an die anhaltend veränderten Umgebungsbedingungen).

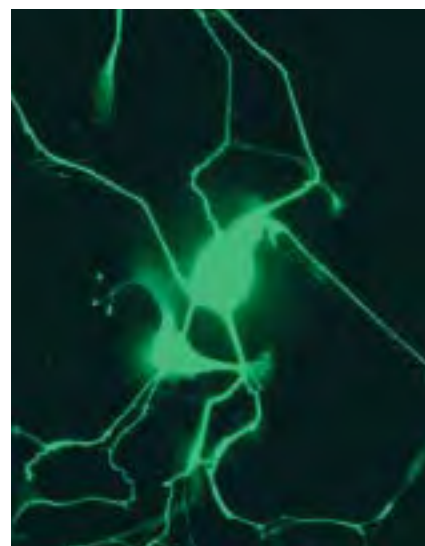
Zusätzlich kompliziert werden diese Abläufe, wenn – wie z. B. bei neuropathischen Schmerzen – die funktionelle Integrität des betroffenen Teils des Nervensystems initial gestört wird und sekundär adaptive Reparationsvorgänge stattfinden.

Mechanismenorientierte Therapie

Die Identifizierung der unterschiedlichen pathophysiologischen Mechanismen die der Entwicklung der heute bekannten Schmerzsyndrome zugrunde liegen, und der Nachweis ihrer molekularen Komponenten hat das gegenwärtige Verständnis von Schmerzen als Symptom und Krankheit wesentlich verändert. Zukünftig müssen verstärkt Anstrengungen unternommen werden diagnostische Verfahren zu entwickeln, die es erlauben die bei einem ganz bestimmten individuellen Schmerzpatienten vorliegenden Schmerzmechanismen zu erkennen und konsekutiv eine maßgeschneiderte mechanismenorientierte Pharmakotherapie auszuwählen.



Prof. Clifford J. Woolf, Charlestown.



Archiv C. J. Woolf

Diese Vorgehensweise, deren Grundlagen nun zu Beginn des 21. Jahrhunderts gelegt wurden, eröffnet Perspektiven für rationale Therapieentscheidungen, die die bislang vorherrschende empirische Vorgehensweise bei der Auswahl einer geeigneten medikamentösen Schmerzbehandlung nach dem Prinzip Versuch-und-Irrtum ablösen wird.

Beispiel Cox-2-Inhibition

So ist zum Beispiel die Behandlung mit selektiven Cox-2-Inhibitoren – völlig unabhängig von der Ätiologie der zugrunde liegenden Erkrankung – immer dann sinnvoll, wenn der Induktion der Cyclooxygenase-2 im Rahmen der jeweiligen Schmerzentstehung eine Bedeutung zukommt, was z. B. bei vielen nozizeptiven Schmerzsyndromen der Fall ist. Darüber hinaus ist Cox-2 jedoch auch bei der zentralen Hypersensibilisierung entscheidend beteiligt, einem Phänomen, das z. B. für die Entstehung hyperresponsiver Veränderungen des zentralen Nervensystems nach chirurgischen Eingriffen, im Rahmen einer Migräne, bei bestimmten neuropathischen Schmerzen, der Fibromyalgie und bei Schmerzen mit Ursprung im Gastrointestinaltrakt verantwortlich ist.

Umgekehrt spielen Cox-2-Inhibitoren dann keine Rolle, wenn die Schmerzen durch eine ektope Hyperexzitabilität (z. B. verursacht durch eine pathologische Aktivität der membranständigen neuronalen Natriumkanäle nach einer trophischen Nervenschädigung im Rahmen einer diabetischen Neuropathie) ausgelöst werden.

Gleichzeitig müssen wir uns darüber im Klaren werden, dass zahlreiche pathophysiologische Mechanismen, die in der



Archiv

Akuter Zoster verlangt eine stadiengerechte Therapie.

Summe ihrer Abläufe zum Symptom bzw. zum Syndrom Schmerz führen, nicht nur sequenziell nacheinander, sondern auch simultan parallel oder sich wechselseitig beeinflussend, d. h. interaktiv nebeneinander ablaufen. Ein Phänomen, dem die moderne medikamentöse Schmerztherapie nur durch multimodale, gezielt die Ursachen einzelner Krankheitsmechanismen beeinflussende, Behandlungskonzepte wirksam begegnen kann.

Stadiengerecht behandeln

Auch ändern sich im Laufe der individuellen Krankheitsgeschichte die jeweils entscheidenden und für das Voranschreiten der Erkrankung verantwortlichen pathophysiologischen Vorgänge, woraus sich die Notwendigkeit ergibt, das therapeutische Konzept an das jeweils vorherrschende Krankheitsstadium anzupassen. Eine Herausforderung, die sich am Beispiel der postherpetischen Neuralgie verdeutlichen lässt: So sind im Frühstadium dieser Erkrankung (d. h. in einer Phase mit vorwiegend nozizeptiv bedingten Schmerzen) lokal wirksame Präparate wie Lidocain und systemisch zu verabreichende Cox-2-Inhibitoren gut wirksam; doch mit zunehmendem Krankheitsverlauf verliert der durch sensibilisierte Nozizeptoren peripher ausgelöste hyperalgetische Schmerz zunehmend an Bedeutung und dominieren „zentrale“ neuropathische Mechanismen, die eine analgetische Therapie mit Neuromodulatoren erforderlich machen.

Die zunehmende Erkenntnis um die Variabilität, aber auch um die interaktive Komplexität der pathophysiologischen Abläufe im Rahmen eines so häufigen Schmerzsyndroms wie der postherpetischen Neuralgie hat auch unser Verständnis um die Zusammenhänge zwischen Initialbehandlung und Schmerzprävention neu belebt. So herrscht heute allgemeine Einig-

keit darüber, dass durch eine kombinierte virostatistische und antiinflammatorische Initialtherapie (z. B. mit selektiven Cox-2-Inhibitoren) die Rate postherpetischer Neuralgien als Spät komplikationen des Herpes zoster hochsignifikant reduziert werden kann.

Auch wenn nationale und internationale Arzneimittelzulassungsbehörden unverändert auf der Gruppierung der für eine Schmerzbehandlung sinnvollen Präparate nach überkommenen Kriterien bestehen, ist auf der Grundlage unserer aktuellen Erkenntnisse heute weder eine Charakterisierung der verfügbaren Analgetika nach den überalterten Vorstellungen hinsichtlich ihres Wirkortes (zentral versus peripher) sinnvoll, noch eine Indikationsstellung nach der Intensität der Schmerzen (mäßig stark oder sehr stark), der Dauer der Schmerzen (akut oder chronisch) oder irgendwelchen anderen apodiktischen Leitlinien (wie z. B. dem WHO-Stufenschema) sinnvoll.

Kausal statt symptomatisch

Heute, zu einem Zeitpunkt, wo wir beginnen, ansatzweise zu verstehen, dass einige Aspekte chronischer Schmerzen Ausdruck einer Fehlfunktion oder gar einer Erkrankung des Nervensystems darstellen, sind wir dazu aufgefordert, nicht mehr nur

Symptom lindernde Therapiekonzepte, sondern ursachenorientierte krankheitsbeeinflussende Behandlungsstrategien zu entwickeln, die die Entstehung chronischer Schmerzsyndrome bereits in der Frühphase ihrer Entwicklung behindern. Die Ziele derartiger Therapiekonzepte sind klar, gilt es doch, durch die möglichst frühzeitige Behandlung funktioneller Veränderungen an Nozizeptoren und spinalen Funktionssystemen der Vermeidung der strukturellen Reorganisation spinaler und supraspinaler Regelkreise sowie dem Verlust inhibitorischer Netzwerke vorzubeugen, die wesentlichste Ursache der schwerwiegendsten und am schwersten behandelbaren Schmerzsyndrome sind.

Clifford J. Woolf, Massachusetts

Übersetzt und adaptiert von Michael A.

Überall aus dem Originalartikel: Woolf, CJ: Pain: Moving from Symptom Control toward Mechanism-Specific Pharmacologic Management. *Ann Intern Med* 2004; 14:441–451.

Literatur

Weitere interessante Arbeiten zu diesem Thema von Clifford J. Woolf sind:

1. Woolf CJ, Salter MW: Neuronal Plasticity: Increasing the Gain in Pain. *Science* 2000; 288: 1765–1768.
2. Scholz J, Woolf CJ: Can we conquer pain? *Nature Neuroscience* 2002; 5:1062–1067.

Von der Opiophobie zur Opioeuphorie?

Moderne Retardopioide sind längst alltagstaugliche Medikamente, aber dennoch wird bei diesen Substanzen immer noch vieles falsch gemacht. Nach Jahren des Untergebrauchs droht jetzt schon fast eine „Pflaster-euphorie“, bei der viele Grundregeln der Opioidtherapie und auch die kausale Behandlung vergessen werden, kritisiert Dr. med. Thomas Nolte, Wiesbaden.

Obwohl Opiate seit Menschengedenken in der Medizin Anwendung finden, sind die Fachkreise wie auch die öffentliche Meinung sich nicht darüber einig, welche Rolle Opioide in der medizinischen Versorgung spielen. Auch wenn heute Wirkmechanismen und Nebenwirkungen gut erforscht sind, schlagen die Diskussionen um den richtigen Einsatz dieses geschichtsträchtigen Wirkstoffes bis heute hohe Wellen. Wie bei emotional stark besetzten Problemen und deren Bewältigung nicht anders zu erwarten ist, sind in der ak-

tuellen Diskussion auf der Suche nach einem unangestregten Umgang mit Opioiden besonders große Ausschläge in der Meinungsbildung um die gesunde Mitte typisch.

Der medizinische Einsatz von Opioiden hat sich in den letzten 20 Jahren dramatisch verändert. Mit der Einführung der Retardgalenik im Jahr 1984 durch die Brüder Sackler wurde Morphin von einer ungezähmten Droge zu einem alltagstauglichen Medikament für die Basis- und Dauertherapie von chronischen Schmerzen.

Retardgalenik – ein Meilenstein

Durch die verzögerte Wirkstofffreisetzung konnten die bisher gefürchteten Nebenwirkungen einer schnell freisetzenden Morphinzubereitung wie Atemdepression, Übelkeit und Erbrechen minimiert, psychomimetische Effekte weit gehend ausgeschaltet werden. Ähnlich wie in der Akuttherapie mit schnell wirkenden Opioiden haben Retardformen in der Behandlung von chronischen Schmerzen das Stigma der abhängigkeitsinduzierenden janusköpfigen Droge abgelegt. Eine wesentliche Einschränkung ist jedoch zu beobachten: Wie bei allen wirkungsvollen Stoffen und Methoden ist deren Anwendung an besondere Erfahrung und insbesondere Kontinuität in der Betreuung des Patienten geknüpft.

Nachdem insbesondere Schmerztherapeuten diese Ängste im Umgang mit den verschiedenen Opioiden weit gehend abgelegt haben, ist der Blick frei geworden für das, was Patienten mit chronischen Schmerzen genauso benötigen wie Schmerzlinderung: nämlich die Wiederherstellung ihrer Lebensqualität mit Mobilität, beruflicher Selbstverwirklichung und sozialer Integration. Hier versagen Opiode, wenn sie als Monotherapie diese komplexen Anforderungen erfüllen sollen. Denn erst wenn die Verordnung von Opioiden in ein interdisziplinäres Gesamtkonzept integriert ist, die Indikationsstellung, Dosissteigerung und Rescue-Medikation kritisch reflektiert, Alternativen und Komedikation problematisiert werden, jeweils eingebettet in eine kontinuierliche Dokumentation, ist der Weg geebnet für eine langfristig tragfähige Strategie zum Vorteil des Patienten.

Diese Erfolge haben sich herumgesprochen, und wie so oft finden sie ihre Nachahmer bei denen, die nicht über alle genannten Kriterien der Erfahrung in der Opioidtherapie verfügen. So zeigt die aktuell große Bandbreite im Umgang mit Opioiden nach Jahrzehnten eines angstbesetzten Umgangs eine Liberalisierung, ja Libertinage, im Ordnungsverhalten in Teilen der Ärzteschaft! Vereinzelte Patienten, bei denen ein Opioid alleine, nicht ausreichend wirksam ist, werden mit einem zweiten und manchmal noch mehr bedacht. Banale funktionelle behandlungspflichtige Störungen, die auch schwere strukturelle Läsionen begleiten können, wie auch kausale Therapieansätze werden bei zunehmender Akzeptanz der Opiode als „normale Thera-

pie“ unverantwortlich ignoriert und therapeutisch nicht umgesetzt.

Insbesondere der Einsatz einer „schonenden Pflastertherapie“ als Inbegriff einer zuwendungsintensiven archaischen Symbolik mit einem hochpotenten Wirkstoff birgt das Risiko eines leichtfertigen Umgangs. Die Assoziationen von Trost und Heilung sind untrennbar mit dem Begriff „Pflaster“ verknüpft. Der Gedanke an Risiken und Gefahren wird assoziativ minimiert. Je größer die Unkenntnis über Opiode, Galenik und Wirkstärke, desto eher werden transdermale therapeutische Systeme bevorzugt.

Leichtfertiger Umgang mit Pflastern

In idealer Weise reduzieren sich sowohl beim nicht erfahrenen Arzt als auch bei dem auf Beratung angewiesenen Patienten Ängste, wenn eine „besonders schonende Art der Darreichung“ gewählt wird, die auch noch „den Magen schont“. Die Laienpresse leistet eifrig ihren Anteil an der Bildung neuer Mythen im Umgang mit dem Pflaster: Zitat von Silke F. (33) aus Berlin in Tina: „Jetzt bin ich mit dem neuen Pflaster wie durch ein Wunder nahezu beschwerdefrei“. In unserem Schmerzzentrum ist die



Opiode, ursprünglich Derivate der Mohnpflanze, sind in retardierter Galenik die stärksten Schmerzmittel.

gezielte Überweisung zur dezidierten Einstellung auf ein Opioidpflaster bei opioidnaiven Patienten als Inbegriff progressiver Pharmakotherapie keine Seltenheit, wenn der Überweisende selbst nicht über dazu obligate BTM-Rezepte verfügt.

Die hohe Akzeptanz der Pflastersysteme symbolisiert hinter der beruhigenden Fassade des schonenden Trostspenders eine Sublimierung opiophobischen Den-

kens. Denn die Art der Verabreichung über die Haut minimiert weiter schwelende Ängste durch eine besonders sanfte Zufuhr eines an sich gefürchteten Wirkstoffes. Wenn dann in naher Zukunft noch Pflaster in ihrer Wirkstärke individuell auf den Patienten „zugeschnitten“ werden, ist zu befürchten, dass eine neue Strategie mit dem Motto der individuellen Opioidtherapie vor der Verwirklichung steht.

Damit Sie mich nicht falsch verstehen, transdermale therapeutische Systeme mit Opioiden sind eine heute unverzichtbare Erweiterung der therapeutischen Möglichkeiten, sofern überprüfbare rationale Kriterien Maßstab für ihren Einsatz sind! In diesen Fällen profitiert der Patient von einer gezielten und bewussten Indikationsstellung, die sich aus der Besonderheit der Galenik, dem Wirkstoff, der Patientensituation oder der Kombination dieser Gesichtspunkte herleiten lassen.

Indikationen für transdermale therapeutische Systeme mit Opioiden:

- Malabsorption
- Dysphagie
- Niereninsuffizienz
- Obstipation
- Schlechte Compliance
- Opioidrotation.

In den Zeiten großer Veränderungen ist es auch in der Schmerztherapie nicht ungewöhnlich, dass Neuerungen in der ganzen Bandbreite von ganz zögerlich bis überschwänglich Einzug in den Alltag finden. So finden wir heutzutage allorten noch Relikte opiophobischen Verhaltens, die sowohl unseren gesellschaftlichen Vorurteilen als auch unserer ärztlichen Sozialisation anzulasten sind. Genährt werden sie nach wie vor von gepflegten Begriffen wie „Giftschrank“, „Bundesopiumstelle“ und „Betäubungsmittelverordnung“. An anderer Stelle werden Vorurteile durch angstreduzierende Darreichungsformen zugepflastert und ein unkritischer Einsatz durch unzureichende Aufklärung über Wirkungen und besondere Risiken gefördert. Erst wenn die Einhaltung etablierter Standards und Leitlinien im Umgang mit Opioiden für alle Verordner verbindlich wird, wird es eine gesunde Nivellierung zwischen Opiophobie und Opioeuphorie mit einer nachvollziehbaren Systematik in der Beschreibung von Opioiden geben.

Thomas Nolte, Wiesbaden

Schmerz hat viele Wurzeln

Schmerzkrankheit ist ein Paradebeispiel für Leiden, bei denen nur ein interdisziplinäres Vorgehen zum Erfolg führt. Mit einer eindrucksvollen psychosomatischen Patientengeschichte mit dem Hauptsymptom „Rückenschmerz“ illustriert Dr. med. Mathias Dunkel, Wiesbaden, eine typische multimodale Behandlung*.

Herr E. war mir von einem Neurologen mit der Mitteilung überwiesen worden, dass Herr E. wegen ausgeprägter Rückenschmerzen bereits schon bei zwölf (!) Orthopäden in den letzten zwei Jahren zur Untersuchung gewesen sei. Der Neurologe teilte mir außerdem mit, dass bei dem Patienten keinerlei organpathologische, neurologische Ursachen seinerseits gefunden worden seien, bis auf massive Muskelverhärtungen im gesamten Lumbalbereich.

Herr E., ein 42-jähriger Manager, suchte mich auf und konnte kaum sitzen, sodass ich ihm vorschlug, im angrenzenden Park meiner Praxis spazieren zu gehen. Während unseres Spaziergangs schilderte mir Herr E., dass er schon lange unter Rückenschmerzen leide. Bis vor zwei Jahren hatte er sich häufig Spritzen gegen die akuten Schmerzen geben lassen, wodurch er dann meist völlig ungestört seinem großen Arbeitspensum hätte nachgehen können.

Ohne zunächst eine umfassende Anamnese erhoben zu haben, erklärte ich dem Patienten zunächst einmal allgemeine psychophysiologische Phänomene. Vor allem teilte ich ihm meine Vermutung mit, dass er in seiner beruflichen Tätigkeit permanent angespannt gewesen sein wird und somit ständig sympathikoton sei, was sich auf sein gesamtes vegetatives Nervensystem auswirke und besonders in der Rückenmuskulatur in einer dauerhaft verspannten Muskulatur niederschlagen könnte.

Rückenschmerz durch Arbeitsstress

Zur Bekräftigung meiner Thesen schickte ich Herrn E. noch zu einem Kollegen, der bei ihm eine „Bio-Feedback-Diagnostik“ machen sollte, um ihm anhand der Muskelstrom-Kurven seiner Rückenmuskulatur darzustellen, wie seine muskulären Verhärtungen durch eine dauerhafte Kontraktur bestimmter

Muskelareale zustande kämen. Bei Herrn E. hatte diese Maßnahme einen durchschlagenden Erfolg: Er zeigte sich ausgesprochen verblüfft über die Ergebnisse dieser Untersuchung und konnte mir dann auch mitteilen, dass er sich in den letzten beiden Jahren in der Arbeit besonders unter Druck gefühlt hatte. In unserer weiteren Arbeit versuchten wir dann miteinander zu klären, warum Herr E. diese Verunsicherung nicht bewusst gespürt haben könnte. Wir erarbeiteten miteinander, dass Herr E. es nicht gelernt hatte, seine Gefühle wahrzunehmen und auf diese zu achten, sondern dass er im Laufe seines Lebens gelernt hatte, seine Emotionen und Affekte zu verdrängen.

Ich erklärte Herrn E. weiterhin, dass er seine verdrängten Affekte körperlich zum Ausdruck brächte. Psychosomatisch formuliert heißt das dann, dass er körperlich artikuliere, was der Mund nicht sagen will. Herr E. konnte verstehen, dass er im Zuge seiner Erziehung und beruflichen

Qualifikation sich seine Gefühle abtrainiert hatte und somit eher eine unbewusste Affektspannung hatte, ihm aber der dazugehörige psychische Affekt fehlte und er unter einer Erhöhung vegetativer Spannungen litt, die bei ihm zu einer messbar erhöhten Muskelspannung führten.

Mangelndes Selbstwertgefühl

Wir konnten miteinander bearbeiten, dass Herr E. emotional nicht in sich ruhte, sondern ausgesprochen ängstlich war und sich selbst nicht wertschätzen konnte. Hinter seiner äußeren Fassade der sehr klar und strukturiert wirkenden Selbstsicherheit verbarg sich ein sehr ängstlicher Mensch, der mit sich selbst in keiner Weise zufrieden und überhaupt nicht von sich selbst überzeugt war. Er erzählte, dass er gemeinsam mit einem älteren Bruder und einer jü-

geren Schwester bei der Mutter aufgewachsen sei, nachdem sich die Eltern scheiden ließen. In seiner Schule hätte er immer zurückgestanden, er nur unter größter Mühe an Klassenfahrten teilnehmen konnte, weil niemals genügend Geld da war und er auch sehr häufig nur armselige Kleidung trug und deshalb von seinen Klassenkameraden häufig verspottet worden war. Somit wurde ihm jetzt auch klar, weshalb er so große Angst hatte, seine Arbeit zu verlieren bzw. längere Zeit auch einmal nicht zu arbeiten.

Multimodale Therapie gegen Muskelpanzer

Herr E. ließ sich widerwillig von mir arbeitsunfähig schreiben und nahm jetzt ein umfassendes Therapieprogramm auf. Herr E. ging jetzt täglich zur Krankengymnastik und bekam täglich Massagen, außerdem unterwies ich ihn in die Technik des autogenen Trainings. Ich empfahl ihm, durch weitere therapeutische Maßnahme im wahrsten Sinne des Wortes Selbstachtung zu praktizieren, also auf sich selbst zu achten. Einerseits empfahl ich ihm Yogastunden wahrzunehmen, um über entspannende Körperübungen zur Entspannung zu kommen. Außerdem empfahl ich Herrn E. noch, die



Mathias Dunkel,
Wiesbaden.



konzentrierte Bewegungstherapie wahrzunehmen, um auch über diese Therapiemaßnahmen sich selbst spüren zu lernen. Herr E. wurde ein begeisterter Anhänger davon und teilte mir mit, dass er regelrecht neue Erkenntnisse über sich selbst gewinnt. Herr E. spürte sich immer besser und lernte auch, dass er bisher in seinem Le-

ben Gefühle von Angst vollständig verdrängt hatte.

All diese Investitionen zahlten sich recht bald für Herrn E. aus. Er bekam immer längere schmerzfreie Intervalle und fühlte sich insgesamt immer besser. Er absolvierte ein umfassendes tägliches Therapieprogramm, in Form von täglichem

Joggen, autogenem Training, Yoga, Massage und Krankengymnastik, sowie dreimal in der Woche Einzelsitzungen bei mir und einmal in der Woche konzentrierte Bewegungstherapie.

Mathias Dunkel, Wiesbaden

*Langversion in: R. Mathias Dunkel, Das Kreuz mit dem Kreuz Rückenschmerzen psychosomatisch verstehen und behandeln. Ernst Reinhardt Verlag München/Basel 2004

Der Tanz um das goldene Kalb!

Sektor übergreifende Kooperationen in der medizinischen Versorgungslandschaft sind bislang die Ausnahme, obwohl der Handlungsbedarf den Akteuren im Gesundheitswesen schon seit Jahren bewusst ist. Jetzt gilt es die Chancen, die sich durch das GMG dafür eröffnen, an den beiden Präzedenzfällen Rückenschmerz und Palliativbetreuung umzusetzen, appelliert Dr. med. Thomas Nolte, DGS-Vizepräsident Wiesbaden.

Das seit dem 1. Januar geltende Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung sieht im SGB V §140 vor, dass die Krankenkassen bis 2006 jährlich 1% der Gesamtvergütung für die Krankenhäuser und 1% der Gesamtvergütung für die niedergelassenen Ärzte für Modellversuche der integrierten Versorgung ausgeben dürfen. Das sind 460 Mio. Euro aus dem stationären und 220 Mio. Euro aus dem ambulanten Topf. So werden erstmals Sektor übergreifende Vergütungen möglich, in denen ausdrücklich nicht die Kassenärztlichen Vereinigungen Ansprechpartner in der Umsetzung sein sollen. Der Weg aus der bürokratischen Erstarrung der letzten Jahrzehnte ist hier durch die Möglichkeit von Sektoren übergreifenden Vertragsabschlüssen erstmalig geebnet.

Die Krankenkassen haben bereits angekündigt, beim Aufbau der integrierten Versorgung sehr aktiv werden zu wollen. Allerdings sind außer Proklamationen und Willensbekundungen bisher wenige Taten gefolgt! Die bisher umgesetzten Verträge nach § 140a SGB V (Ausnahme siehe später) fokussieren auf die Optimierung bisher etablierter Abläufe, wie z. B. bei der Gelenkendoprothetik. Sie stellen keine neue Qualität der Kooperation dar, sondern eine Verbesserung der Regelversorgung! Aufgrund der neu gewonnenen Attraktivität der Geldgeber im Gesundheitswesen lehnen diese sich zunächst zurück und lassen die Leistungsanbieter im Wettbewerb um diesen

neuen Honorartopf und die Gunst der Kassen ihnen ihre Aufwartung machen! Nur für Integrationsverträge, die sie auch wirklich abgeschlossen haben, darf Geld von der Gesamtvergütung abgezogen werden. Solange nicht effektiv an der Verwirklichung des § 140a SGB V gearbeitet wird, wird auch kein Geld bereitgestellt.

Erster Vertrag mit TKK

Als erste deutsche Fachgesellschaft hat jedoch die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie DGS einen bundesweiten Vertrag der integrierten Versorgung über die Honorierung von Schmerzkonferenzen mit der Techniker-Krankenkasse abgeschlossen; und dies bereits drei Monate nach In-Kraft-Treten der Gesundheitsreform! Ein großer Erfolg für Verbesserung der schmerztherapeutischen Versorgung und ein Signal an alle bisher Engagierten, im Dialog mit wirklich kooperativen Krankenkassen im Bemühen nicht nachzulassen.

Dies ist umso wichtiger, da bereits Bestrebungen im Gange sind, Hausarztmodelle aus dem Topf für integrierte Versorgung zu finanzieren. Dies ist in jeder Hinsicht ein Verrat an den eigentlichen Intentionen der integrierten Versorgung, nämlich die völlig fehl- und unterentwickelten Bereiche der interdisziplinären Kooperation

und Kommunikation im Gesundheitswesen durch eine abgestimmte Zusammenarbeit aller Leistungserbringer zu harmonisieren und damit die Qualität und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitssystems zu verbessern. Denn da mehr oder weniger alle Hausärzte an den Modellen beteiligt werden würden und dafür noch zusätzliches Honorar verlangen, besteht die Gefahr, dass das Budget des § 140a SGB V für im System immanente Reformressourcen ohne Anspruch auf neu entwickelte Interdisziplinarität vergeudet wird.

Zwei Präzedenzfälle

Dabei sind insbesondere zwei Bereiche aus der Schmerztherapie und Palliativmedizin die Nagelprobe und der Präzedenzfall für die Ernsthaftigkeit, mit der nicht nur über integrierte Versorgung gesprochen wird, sondern konkret die Chance einer verbesserten medizinischen Behandlung

ergriffen wird! Diese sind integrierte Versorgungsstrukturen bei Patienten

- mit Rückenschmerzen und
- am Lebensende.

Denn diese beiden interdisziplinären Konzepte, die längst ihre Effizienz als Modellprojekte bewiesen haben, aber an fehlenden Honorarstrukturen gescheitert sind, erfüllen voll und ganz den Grundgedanken dieser neu geschaffenen gesetzlichen

Grundlage: Optimierung der Versorgungsqualität durch Interdisziplinarität und Verbesserung der Effizienz durch Minimierung von Folgekosten. Der Gesetzgeber wird bei der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben mit Sicherheit an diese beiden ungelösten Problembereiche gedacht haben!

Thomas Nolte, Wiesbaden



Thomas Nolte,
Wiesbaden

Integriertes Versorgungskonzept bei akuten und chronischen Rückenschmerzen

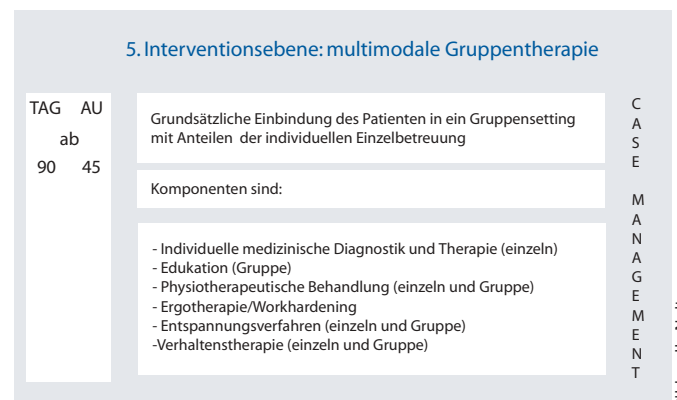
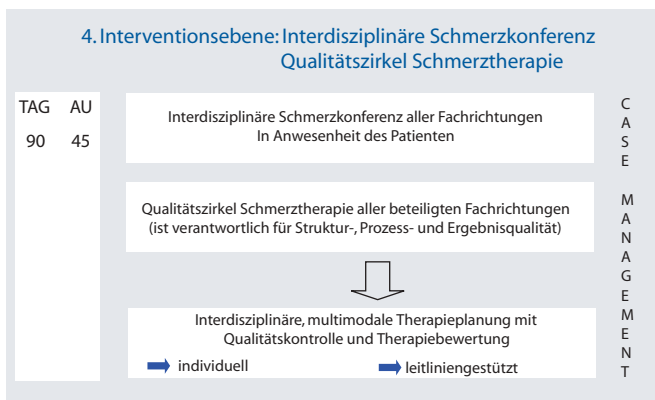
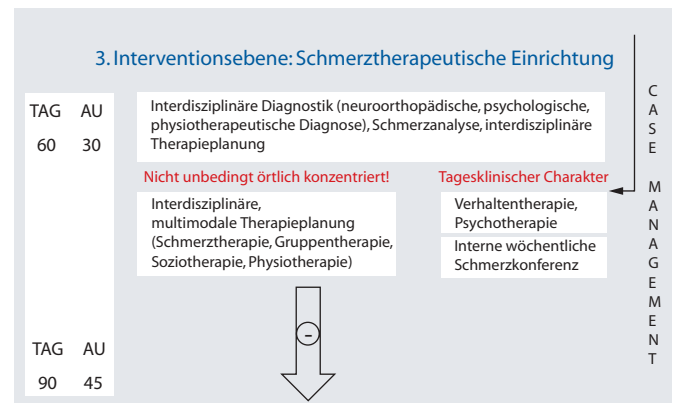
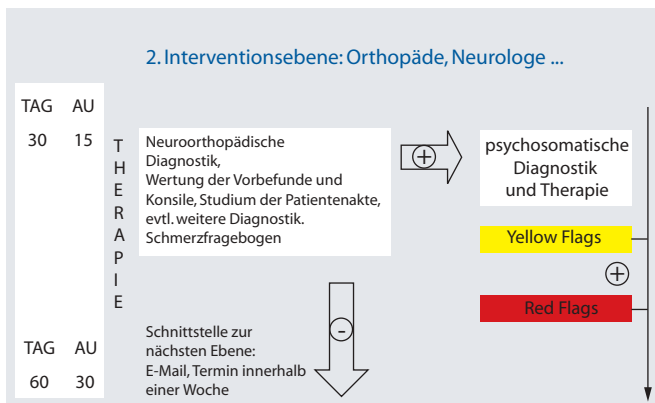
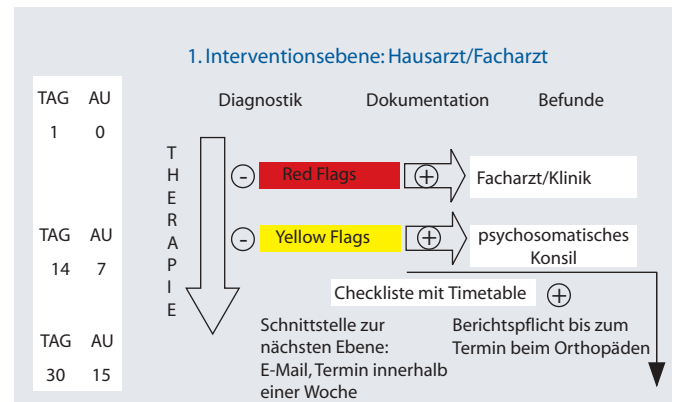
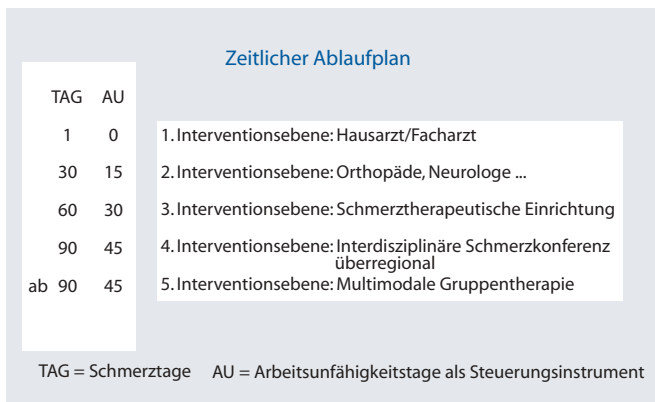
Eine wohnortnahe multimodale Therapie ist bei Rückenschmerzen längst überfällig und wird durch das GMG erstmals möglich. Wie ein integriertes Versorgungsmodell bei Rückenschmerzen aussehen könnte, schildert Dr. med. Thomas Nolte, Leiter des Schmerzzentrums Wiesbaden in Zusammenarbeit mit dem Qualitätszirkel Schmerztherapie der KV Wiesbaden.



Mehr denn je gehören Rückenschmerzen zu einem der sozioökonomisch und medizinisch ungelösten Probleme unseres Gesundheitswesens. Nach einer Umfrage von NFU Infratest Health aus

dem Jahr 2003 klagen in Deutschland 34% der Bevölkerung über rezidivierende oder chronische Rückenschmerzen. Dabei haben 12% tägliche Rückenschmerzen. 20 Millionen davon sind pro Jahr in ärztli-

cher Behandlung. Dabei ist die Selbstheilungstendenz mit 60% nach einer Woche mit Rückkehr an den Arbeitsplatz ausgesprochen hoch. Allerdings rezidivieren 35% der Rückenschmerzen, von denen



5% eine chronische Schmerzkrankheit entwickeln. Diese 5% verursachen 50% aller Kosten und münden in Deutschland, auch im internationalen Vergleich, viel zu früh und viel zu häufig in eine Frühberentung ein. Im Alter zwischen 55 und 64 Jahren waren in Deutschland im Jahr 2001 nur 38% der Arbeitnehmer erwerbstätig gegenüber 50% in der OECD (IWD-Informationdienst März 2003). Dadurch fallen durch Rückenschmerzen alleine 12 bis 15 Milliarden Euro Kosten pro Jahr an. Dabei ist der größte Kostenfaktor nicht der Aufwand für die medizinische Versorgung, sondern 70–90% entstehen durch die sozialen Folgekosten.

Ursachen des Missmanagements

Durch die fehlende Verzahnung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen wie auch durch den in der Gebühreordnung zementierten Einzelleistungsaktionismus diffundiert der Rückenschmerzpatient unkoordiniert durch das Angebot der medizinischen Leistungen. Dabei hat die viel zu häufig durchgeführte Bild gebende Diagnostik einen weiteren kontraproduktiven Effekt auf Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung des Patienten. Insbesondere psychologische Risikofaktoren werden nicht erkannt, entsprechende Therapieangebote sind nicht vorhanden (siehe S. 24)!

Eine eklatante Unterversorgung und ein Mangel bestehen allerdings insbesondere bei multimodalen, individuell angepassten Behandlungskonzepten und allgemein an Spezialeinrichtungen zur Therapie von Patienten mit chronischen und komplexen Rückenleiden mit tagesklinischer Ausrichtung.

Ausblick

Bereits heute ist durch die wissenschaftliche Evaluation von integrierten Versorgungskonzepten bei Rückenschmerzen zweifelsfrei nachgewiesen, dass interdisziplinäre multimodale Therapiekonzepte diese fatale Entwicklung bremsen oder sogar verhindern können. Dabei sind eine koordinierte interdisziplinäre und multimodale Therapie mit einem effizienten Informationsfluss unter den beteiligten Ärzten und Therapeuten sowie eine entsprechende Dokumentation die zentralen Elemente in der Umsetzung.

Sowohl die Qualifikation der Leistungsanbieter, die entsprechenden Strukturen auf jedem Niveau dieser Versorgungsstufe als auch die technischen Voraussetzungen der Informationsweitergabe

sind vorhanden oder können schnell implementiert werden, wenn entsprechende Honorarstrukturen diesen von Versorgungsstufe zu Versorgungsstufe anfallenden Aufwand entsprechend honorieren würden.

Integriertes Versorgungskonzept Rückenschmerz

Aus der langjährigen Zusammenarbeit engagierter und kompetenter Mitwirkenden am Qualitätszirkel Schmerztherapie in Wiesbaden entstand so ein integriertes Versorgungskonzept bei Rückenschmerzen, das im Wesentlichen folgende Elemente in sich vereint:

- Eine geführte und strukturierte Zusammenarbeit vom Hausarzt bis hin zu einer interdisziplinären schmerztherapeutischen Einrichtung.
- Auf jeder dieser Stufen klare Dokumentationsvorgaben auf dem Boden bereits eingeführter Dokumentationsinstrumente.
- Patienten mit Risikofaktoren der Chronifizierung werden frühzeitig erfasst.
- Klar definierte Interventionszeitpunkte zur Weiterleitung des Patienten und eine besondere Gewichtung des Faktors „Arbeitsunfähigkeit“ mit noch konsequenterer Weiterleitung und höherer Therapedichte.
- Einen besonderen Stellenwert hat die Beachtung von psychologischen Risikofaktoren (Yellow Flags), die bei positivem Ergebnis eine gezielte psychologische Diagnostik nach sich ziehen!
- Ein weiterer Schwerpunkt stellt die Einbindung des Patienten in gruppentherapeutische Bewegungstherapie und die Motivation des Patienten zu edukativen und sportlichen Maßnahmen dar.
- Zu jedem Zeitpunkt des Ablaufplans ist die Einleitung einer frühzeitigen multimodalen Therapie bei Risikopatienten möglich!
- Die Vorstellung von therapieresistenten Patienten in einer interdisziplinären überregionalen Schmerzkonferenz ist regelhaft vorgesehen!

Mitwirken können an diesem Konzept nur Ärzte und Therapeuten, die sich auf die inhaltlichen Vorgaben dieses integrativen Versorgungskonzeptes verpflichten. Diese sind:

- Interdisziplinarität,
- zielorientiertes Problemlösungsverhalten,
- prompte Terminvergabe,
- verbindliche Dokumentation und schnelle Patientenweiterleitung,

Ziele – Case Management

- Schmerzreduktion
- Wiederherstellung der Lebensqualität
- Verbesserung der Funktion
- berufliche Reintegration
- Edukation
- Prophylaxe

Verhaltenscodex – Case Management

- kollegiale Zusammenarbeit
- Interdisziplinarität
- zielorientiertes Problemlösungsverhalten
- prompte Terminvergabe
- verbindliche Dokumentation und schnelle Patienten-Weiterleitung
- schneller konsiliarischer Arztkontakt
- kurzweilige Kommunikation
- evtl. internetbasierter Informationsaustausch

- schneller konsiliarischer Arztkontakt,
- kurzweilige Kommunikation,
- evtl. internetbasierter Informationsaustausch.

Die sich daraus ergebenden Vorteile sind evident:

- Wohnortnahe Versorgung des Patienten,
- transparente interdisziplinäre Kooperation
- Vermeidung von stationären Aufnahmen,
- Reduktion von invasiven therapeutischen Maßnahmen und Operationen,
- Vermeidung und Verkürzung von Arbeitsunfähigkeit,
- Abbau von Frühberentung.

Resümee

Insgesamt ist mit einer erheblichen Kosteneinsparung sowohl im Bereich der medizinischen Versorgung als auch der sozialen Folgekosten zu rechnen.

Da bisher innovative Therapiekonzepte an den rigiden Regularien eines budgetierten Medizinsystems gescheitert sind, besteht die Hoffnung, dass durch Geldmittel aus dem Bereich der integrierten Versorgung (§ 140 a ff SGB V) Ressourcen für die Umsetzung dieser dringend notwendigen Konzepte frei werden.

Sowohl in menschlicher, wirtschaftlicher als auch demographischer Hinsicht kann sich unser Gesundheitswesen nicht länger diesem Paradigmenwechsel hin zu interdisziplinären multimodalen Therapiekonzepten verschließen.

Thomas Nolte, Wiesbaden
nolte@stk-ev.de