

DIE SCHMERZHILFE

Die Deutsche
Schmerzhilfe e.V.
Informiert



Ausgabe: Nr. 1 Juni 2008

Noch eine Zeitschrift? Ja!

Themen in dieser Ausgabe:

1. Was der Schmerzpatient will Zu viel oder zu wenig?
2. Viel mehr Arthrose-Kranke in Deutschland als vermutet

Meist gefragte Broschüre:

Chronische Schmerzen 100 Fragen - 100 Antworten



Preis: 4,95 EUR incl. MwSt

Mit dieser Broschüre möchten wir Antworten auf offene Fragen geben, damit Sie einen umfassenden Überblick über die zahlreichen Möglichkeiten in der Behandlung chronischer Schmerzen bekommen und hilfreiche Tipps zum Umgang mit alltäglichen Problemen zur Hand haben.



Rüdiger Fabian

Präsident Bundesverband Deutsche Schmerzhilfe e.V.

Seit genau 30 Jahren beobachte ich die Entwicklung der „Schmerzszene“, auch deren Ausstoß an Papier. Der entwickelte sich exakt so wie die Schmerzszene selbst: *zersplittert*. Immer wieder haben persönliche Interessen dafür gesorgt, dass sich Gruppen entwickeln um sich künftig in eigener Regie mittels eigener Medien um eigene Interessen zu drehen um am funkelnden Faszinosum Schmerz immer neue Facetten zu polieren – mit verwirrenden Ergebnissen. Am besten ist dies am Verlauf der Interpretationen der an sich bahnbrechenden Erkenntnisse der Plastizität neuronaler Systeme zu betrachten. In simplen „Schmerzgedächtnis-Theorien“ mutierte Grundlagenforschung zur eindimensionalen Betäubungsanweisung für Schmerzen – eine Entwicklung, die den multimodalen Konzepten der Pioniere der Schmerztherapie völlig zuwider lief.

1978, also genau vor 30 Jahren, legte die Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes mit der Zeitschrift „PAIN“ die erste interdisziplinäre

Fachzeitschrift für Schmerzforschung und Schmerztherapie auf, die neben wissenschaftlicher Schmerzexpertise auch ein weitergehendes Verständnis für die Entwicklung von menschlichem Leid darlegen sollte. Über die Jahre blieb Letzteres hinter einer biologisch orientierten Sicht des Schmerzes zurück.

1978 war auch das Gründungsjahr der Deutschen Schmerzhilfe. Wir haben in drei Jahrzehnten über unsere Mitgliederzeitschrift Wissenstransfer von den Experten zu den Betroffenen geleistet, um ihnen ein besseres Verständnis der eigenen Schmerzkrankheit zu ermöglichen. Jetzt, nach 30 Jahren, scheint es an der Zeit, auch in die andere Richtung zu wirken und den Experten ein ungeschminktes Bild von den Resultaten ihrer Bemühungen zu verschaffen.

Eine neue Zeitschrift für Schmerztherapie und Palliativmedizin bietet unserer Patientenorganisation die Möglichkeit, zum Dialog mit Forschern und Behandlern und wir werden diese Zeitschrift mit Beiträgen aus Patientensicht bereichern. Wir wollen diese Gelegenheit nutzen – damit der Mensch im Vordergrund steht und nicht der Schmerz. Und Sie werden an dieser Stelle darüber lesen.

R. Fabian

Rüdiger Fabian

Was der Schmerzpatient will Zu viel oder zu wenig?

SCHMERZ ALS KRANKHEIT Vor etwas mehr als 30 Jahren wurde der deutsche Medizinbetrieb durch eine neue therapeutische Disziplin erweitert – der Schmerztherapie. Aus den USA und Skandinavien kommend, wollte diese Bewegung – auf den Techniken der therapeutischen Lokal und Leitungsanästhesie fußend – mittels interdisziplinärer Konzepte der chronischen Schmerzkrankheit zu Leibe rücken. Dieses Krankheitsbild gab es bis dahin eigentlich gar nicht, war doch die Behandlung von Schmerzen Grundelement jeder ärztlichen Tätigkeit und ein wie auch immer geartetes Spezialistentum daher eigentlich gar nicht gefragt.

In den klinisch-therapeutischen Disziplinen herrschte ein eher diffuses Bild von den therapeutischen Aufgabenstellungen dieser neuen Disziplin und die Schmerztherapeuten dieser frühen Tage wurden mehr als skeptisch beobachtet. Auch die Betroffenen wussten nicht, was sie von den neuen Angeboten zu halten hatten, litten sie doch an sattem bekannten Krankheiten, die bislang von den klassischen Fachgebieten (Orthopädie, Neurologie, etc.) mehr oder weniger gut betreut wurden. Von einer Schmerzkrankheit hatten Sie noch nie gehört, dass sie selbst womöglich schmerzkrank sind, war ihnen nicht bewusst. „Da müssen Sie durch! Da kann man nichts machen! Damit müssen Sie leben!“ So oder ähnlich waren die Antworten der etablierten Fachgebiete. Die Betroffenen nahmen dies hin und resignierten.

Als ich 1981 das erste Mal in das Wartezimmer einer Schwerpunktpraxis für Schmerztherapie blickte, sah ich die exakte bildliche Umsetzung eines Zitates von Christian Morgenstern und ich konnte unmittelbar seine Erfahrung teilen:

Der Schmerz macht die Menschen nicht groß, sondern klein!

Unerfüllbare Bedürfnisse geweckt

Im Jahr 1978 wurde in Hamburg die Deutsche Schmerzhilfe gegründet. Initiiert von einigen Schmerztherapeuten der ersten Stunde sollte der Verein in Ergänzung zu den Aufgaben und Zielen der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) sich vor allem der Anliegen der Betroffenen annehmen, deren Situation erfassen und sie mit den neuen therapeutischen Optionen der noch jungen Disziplin vertraut machen.

Nahezu „nassforsch“ ging man auf die Öffentlichkeit los und vermittelte den Eindruck, dass nun in der Behandlung von Schmerzen alles anders werde. Zwar waren die Krankheitsmechanismen vieler chronischer Schmerzkrankheiten immer noch nicht bekannt, auch über die Chronifizierungsmechanismen herrschte wenig Klarheit, aber der unbedingte Wille zur Schmerzreduktion mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln sollte den langjährig Leidenden neue Hoffnung geben. Eine interessierte Öffentlichkeit reagierte positiv auf Schlagworte wie Interdisziplinarität, multi-

modale Therapien und alternative Techniken, denn die neue Disziplin gab sich modern und – zumindest anfangs – skeptisch gegenüber den damals gebräuchlichen Medikamenten und war daher sehr bemüht, alternative Verfahren wie z.B. TENS und Akupunktur sowie Biofeedback gleichwertig in die therapeutischen Konzepte einzubringen.

So wurden Bedürfnisse geweckt, die man oft nicht befriedigen konnte, und so manche interdisziplinäre Einrichtung glitt in schiere Polypragmasie („viel hilft auch viel—noch mehr hilft vielleicht noch mehr“) ab und drohte an eigenen, voreiligen Verheißungen zu scheitern. Man hatte es dann mit psychisch auffälligen oder gar veränderten Patienten zu tun, denen man nur sehr schwer helfen könne. Mit wem man es wirklich zu tun hatte, wurde viele Jahre nicht bedacht. Die Mechanismen funktioneller Störungen interessierten nur wenige, der direkte Organbezug der therapeutischen Maßnahmen befriedigte das Kausalitätsbedürfnis der Betroffenen wie der Therapeuten.

Experten ließen sich mit kühnen Aussagen wie „Niemand

*D*as ist meine allerschlimmste

Erfahrung: Der Schmerz macht die meisten Menschen nicht groß, sondern klein.

Christian Morgenstern

muss heute noch Schmerzen leiden!“ in der Öffentlichkeit zitieren. Wenn dann aber die Betroffenen in Praxis und Klinik ihr vermeintliches Recht auf Schmerzfreiheit einforderten, erfuhren sie Ablehnung aufgrund solcher Maßlosigkeit.

Der Schmerzpatient, das unbekannte Wesen

Dem Schmerzpatienten als bis dahin unbekanntem Wesen war gar nicht so leicht beizukommen. Die meisten brachten bekannte Diagnosen (siehe Kasten) mit, die nichts über das Scheitern bisheriger Therapieversuche aussagten. Sie entstammten allen klinischen Fachgebieten und wiesen selten klar erkennbare Prediktoren für ein erhöhtes Chronifizierungsrisiko aus. Es schien, als seien sie der Bodensatz der Medizin, der irgendwie Pech gehabt hatte. Diese, wie auch die folgenden Daten, entstammen der kontinuierlichen Auswertung des Schmerzfragebogens der Deutschen Schmerzhilfe.

Anders als es amerikanische Zahlen aus den 1970ern vermuten ließen, entpuppte sich der chronische Schmerz nicht als eine Alterserkrankung: Das

Durchschnittsalter liegt bei rund 48 Jahren, nur 21 % sind älter als 65 Jahre. Auch die zunächst in den USA vermutete Prävalenz für Männer erwies sich als Artefakt (hohe Zahl von Korea- und Vietnamkriegsveteranen): Das Verhältnis Frauen zu Männern liegt bei 62 zu 38 %.

Wie viele Schmerzpatienten gibt es?

Schätzungen hierzu variieren zwischen 5 und 8 Millionen Patienten, 20 % davon (ca. 1–1,6 Mio.) brauchen eine qualifizierte Schmerztherapie im Sinne der Schmerztherapievereinbarung.

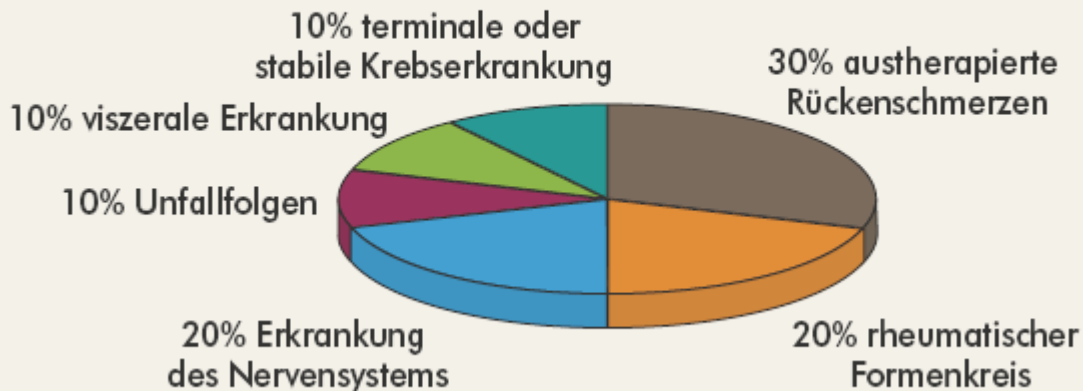
Wie viel Schmerzpatienten es genau gibt, weiß keiner, denn sie wurden nie gezählt. Das ist nach über 30 Jahren Beschäftigung mit chronischen Schmerzen um so ärgerlicher, da die in den Medien genannten Zahlen über die Jahre nahezu inflationäre Zuwächse ausweisen. Im Gründungsjahr der Deutschen Schmerzhilfe ging man von ca. 1 Million Betroffenen aus. Mit einem neuen DGSS Präsidenten stieg diese Zahl nach und nach auf 3,5 Mio. Betroffene an. Mit dem Mauerfall hatten wir dann plötzlich 5 Millionen, und bis 8 Mio. war dann nur noch ein

kleiner Schritt. Für alle diese Zahlen gibt es keine wirklichen epidemiologischen Belege, auch international nicht. Man liegt vermutlich nicht so falsch, wenn man annimmt, dass hier zum einen heftig voneinander abgeschrieben wurde und die Zahlen für berufspolitische Interessen instrumentalisiert wurden.

Die Deutsche Schmerzhilfe geht inzwischen von 5 Millionen Betroffenen aus, von denen auch nicht alle spezialisierte Behandlungseinrichtungen benötigen. Nur für ca. 1,5 Millionen Schmerzkranken unter diesen Betroffenen hält das Kassenärztliche System keine überzeugenden Konzepte innerhalb der Fachgebiete vor und hier sind alle Anstrengungen notwendig um wirklich interdisziplinäre Therapiemodelle zu etablieren und sektorenübergreifendes Arbeiten zu ermöglichen.)



Ursachen für chronische Schmerzen



Die Patientenkarriere

■ Vier von fünf Schmerzpatienten sind im erwerbsfähigen Alter.

■ Im Mittel leiden diese Patienten seit neun Jahren unter chronischen oder chronisch wiederkehrenden Schmerzen.

■ Sie haben vergeblich elf Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen konsultiert und durchschnittlich drei Krankenhausaufenthalte ergebnislos wegen ihrer Schmerzen hinter sich.

■ Weniger als 20 % der Betroffenen im arbeitsfähigen Alter erhielten eine Rente.

■ Über 40 % waren aufgrund anhaltender Krankschreibung von Aussteuerung bedroht bzw. auf die Möglichkeit einer EU-Berentung hingewiesen worden.

Diese Zahlen zeigen, dass der durchschnittliche Schmerzpatient ziemlich durchschnittlich ist. Bei genauerem Hinsehen werden allerdings Auffälligkeiten sichtbar: In Zeiten von Internet und anderen modernen Informationsmedien braucht der Schmerzpatient überdurchschnittlich lang (neun Jahre) bis er sich Rat bei einer Selbsthilfeorganisation holt. Er hat überdurchschnittlich viele Fachärzte aus überdurchschnittlich vielen Fachgebieten konsultiert, ohne wirkliche Verbesserung zu erfahren. Der Besuch bei einem Schmerztherapeuten wird zugunsten weiterer Facharztkonsultationen immer wieder hintangestellt.

Die Anzahl gescheiterter Therapieversuche ist teils enorm. Die Migränepatientin mit hoher Anfallsfrequenz ist inzwischen oft karierte Legende: vom Hausarzt („Kopfschmerzen haben wir alle mal!“) über den Orthopäden („Es ist die Halswirbelsäule!“) weiter zum Internisten („Allergie!“), dann HNO („Nasennebenhöhle!“) und

Zahnarzt („Amalgam, Kiefergelenksdysfunktion!“), zwischen- und immer wieder mal ein Neurologe/Psychiater oder irgendeine stationäre Einrichtung („Psychisch!“) und letztendlich dann der Schmerztherapeut („Medikamenteninduziert!“) plus multiple andere Heilgewerke wie Psychologie, Krankengymnastik, Chiropraktik, Osteopathie und was es sonst noch alles gibt.

Es scheint, als würde eine Diagnose therapiert, aber nicht ein Mensch! Wie ist ein Mensch gestrickt, der solches mitmacht? Was lässt einen Menschen in solchen, zum Scheitern verurteilenden Verhaltensmustern, verharren? Und was erwartet ein solcher Mensch denn von einer Schmerztherapie?

Erwartungen an die Schmerztherapie

Wir haben vor einiger Zeit eine simple Telefonbefragung unserer Mitglieder durchgeführt und sie nach ihren Erwartungen an eine Schmerztherapie befragt. Einer Liste von möglichen Antworten sollte ein Wert von 1 bis 10 zugeordnet werden. Die Ergebnisse (Kasten) sind, unter Berücksichtigung des bisher Gesagten recht verblüffend. Ganz oben steht die Schmerzfreiheit. Das ist verständlich, fast banal – aber ist es auch realistisch? Dicht dahinter: eine Diagnose! Neun Jahre Leidenszeit, eine Arzt-Odyssee ohne gleichen und die Betroffenen wissen nicht um ihre Diagnose? Sie vermissen Informationen über Therapie und Nebenwirkungen? Ausführliche, gar ganzheitliche Untersuchungen werden gewünscht! Ja sind die nicht längst erfolgt in all den Jahren? Die Weiterbehandlung muss gesichert sein, Zeit und Aufmerksamkeit wird erbeten!

Diese sicher nicht repräsentative „Hitparade“ lässt auf den ersten Blick vor allem ein Kommunikationsproblem erkennen. Natürlich sind sie untersucht worden, natürlich haben sie eine Diagnose bekommen, natürlich wurden ihnen Medikamente und andere Therapien verordnet. Sie haben aber augenscheinlich nicht verstanden, was sie haben oder was ihnen fehlt und wozu die Therapien eigentlich dienen sollen. Vielleicht hat man aber auch schlicht vergessen, es ihnen zu sagen.

Aus dieser defizitären Erfahrung heraus wird dann die persönliche Frustration noch durch eine sensationsgeile Medizin-Ratgeber-Szene vertieft, in der Woche für Woche vermeintlich neue Wundermethoden mediengerecht inszeniert werden und dem verzweifelten Schmerzpatienten einfache Lösungen für seine komplexen Probleme offerieren.

Was Schmerzpatienten wollen

- Schmerzfreiheit
- Eine Diagnose
- Informationen über Therapie und Nebenwirkungen
- Das die Weiterbehandlung gesichert ist
- Zeit und Aufmerksamkeit
- Eine nichtmedikamentöse Behandlung
- Eine „Wunderheilung“
- „Ganzheitliche“ Untersuchung
- Eine ausführliche körperliche Untersuchung
- Eine medikamentöse Behandlung
- Eine psychologische Aufarbeitung

Warten auf Hilfe von außen

In der Summe seiner Erwartungen setzt der durchschnittliche Schmerzpatient augenscheinlich ausschließlich auf Fremdhilfe!

Er erwartet von seinen Ärzten eine gründliche Diagnostik, einfühlsames Zuhören und eine sorgfältig gewählte, individuelle Therapie:

- möglichst effektiv (Schmerzfreiheit!),
- möglichst nicht invasiv (keine Risiken!) und
- möglichst „ohne Chemie“ (keine Nebenwirkungen!).

Er möchte ganzheitlich betrachtet werden, bringt sich aber nicht ganzheitlich in die Therapie ein (keine Psychotherapie!).

Seine persönliche Biografie hält er nicht für wichtig, die Ebene der persönlichen Lebensführung spielt in seinen Überlegungen kaum eine Rolle.

Seine Ursachenvermutung ist überwiegend auf körperliche (also strukturelle) Schädigungen fixiert, funktionelle (also nichtorganische) Störungen sieht er nicht bzw. hält sie für nachrangig. Er beharrt auf Heilung, eine zunächst teilweise Kompensation seiner funktionellen Störungen ist für ihn nicht erstes Ziel. Seine Methodengläubigkeit entfremdet ihn von eigenen positiven Ressourcen, und er wird jede Gelegenheit nutzen, um sich wieder und wieder in fremde Hände zu begeben und sich selber aus der Eigenverantwortung zu entlassen. Seine wenn/dann - Relation macht in Verbindung mit einer nicht zu übersehenden Ja/aber!-Haltung eine belastbare Zukunftsplanung unmöglich. Er ist im Strudel und droht abzusaufen; und er greift nach jedem Strohalm, übersieht dabei

aber die Baumstämme, die ihm sichereren Halt bieten würden. Und er wird in diesem Verhalten kräftig unterstützt von dem Reigen der Fachärzte, die ihn in seine Chronifizierung hinein begleitet haben. Denn deren Ursachenvermutung ist ebenfalls überwiegend auf Strukturschädigungen gerichtet und die Behandlungen folgen einem Ursache—Wirkung—Konzept, dass bestenfalls für die Therapie des Akutschmerzes geeignet ist. Bei funktionellen Störungen greifen diese Konzepte jedoch nicht, was aber kaum jemandem auffällt, da die Therapie von Funktionsstörungen nämlich nicht zum Standardrepertoire

Methoden der Schmerztherapie

- Entzugsbehandlung
- Koordinierung flankierender Maßnahmen
- Psychosomatische Grundversorgung
- Übende Verfahren
- Hypnose
- Neurolytische Nervenblockaden
- Rückenmarksnähe Opiatapplikation
- Therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie
- Manuelle Therapie
- Physikalische Therapie
- Stimulationstechniken
- Pharmakotherapie

niedergelassener Ärzte gehört. Und auch deren aus der Akuttherapie stammende Methodengläubigkeit führt zu einem Verzicht auf die Nutzung der verbliebenen positiven Ressourcen des Patienten, denn diese sollen ja durch die eigene Fachkompetenz genesen und nicht mit eigenen Vorstellungen nerven. Ein „Machen Sie sich mal keine Sorgen, das kriegen wir schon hin!“ ist schnell dahingesagt. Jedoch endet dieser hoffnungsfrohe Beginn final häufig mit einem hässlichen „austherapiert!“

Der Schmerzpatient verlangt viel von seiner Umgebung und er verlangt wenig von sich selbst. Ob er schon immer so passiv war oder erst durch einen immer noch herrschaftlich/paternalistisch strukturierten Medizinbetrieb so geformt wurde, bedarf sicher einer gesonderten Betrachtung. Aber eines dürfen wir nie vergessen: Der Schmerzpatient darf so sein, denn er ist der Kranke!

Kassenärztliche Schmerztherapie

Die kassenärztliche Schmerztherapie hat bei so konfigurierbaren Schmerzpatienten in den letzten 30 Jahren sehr häufig keine befriedigenden Therapiekonzepte bereitstellen können. Der traditionelle Methodenkatalog der Schmerztherapie ermöglicht in der Hand eines kassenärztlichen Alleinunterhalters nicht automatisch multimodale Therapiekonzepte. Der Effizienzdruck aus den Gesundheitsstrukturreform-Gesetzen heraus macht ein gewissenhaftes Management notwendiger, flankierender Maßnahmen nahezu unmöglich. So ist es nicht verwunderlich, dass sich nach und nach der zur Anwendung gebrachte Methodenkatalog ausdünnete.

Die Entwicklung neuer potenter Schmerzmittel und Begleitmedikamente, mittels aufwendiger Pharma-PR und zweifelhaften Schmerzgedächtnis-Theorien zur Methode der ersten Wahl hochgejubelt, führte zu immer ausgeklügelteren Rezepturen und dem breiten Einsatz von Kombinationen zentralnervös wirksamer Substanzen. In der Außenwahrnehmung war damit die Schmerztherapie zu einer medikamentösen Therapieform geworden und hatte damit ihren ursprünglichen Charme einer etwas anderen Medizin aufs Spiel gesetzt. Eine medikamen-

töse Therapie wird, wie oben gezeigt, von Schmerzpatienten nicht zuvorderst verlangt!

Das überforderte Stufenschema

Und schlimmer noch: War es den Schmerztherapeuten noch vorbehalten gewesen, die Mystik um das Morphin zur Behandlung von Tumorschmerzen zu bannen, war es ihr großes Verdienst, die Vorbehalte gegen eine ausreichende Versorgung mit retardierten Opiaten abzubauen und diskriminierende Verordnungsregularien abzuschaffen, so konnten sie in der ersten Euphorie der Versuchung nicht widerstehen, das WHO-Stufenschema zur Behandlung von Tumorschmerzen ohne jegliche Evidenz auch auf nicht bösartige oder gar funktionelle Erkrankungen anzuwenden. Bei den nicht bösartigen Schmerzerkrankungen mit eindeutig zuzuordnender Strukturschädigung zeigt sich jetzt nach anfänglichen Erfolgen bei vielen Patienten mittelfristig ein stetig ansteigender Leidensdruck. Bei den ausschließlich funktionellen Schmerzerkrankungen ist kurzfristig ein rascher Wirkverlust bzw. eine Dosisescalation der verwendeten starken Opiate zu beobachten.

Zurück auf Start

Vorsichtig formuliert ist die medikamentöse Schmerztherapie an Grenzen gestoßen, ja teilweise darüber hinaus gegangen und muss nun wieder zurückrudern und mahndend erläutern, dass Opiate leider nicht in allen Indikationen angezeigt sind.

Es scheint mir so, als seien wir wieder in den frühen Tagen der Schmerztherapie angelangt, in denen sehr häufig der Medikamentenentzug am Anfang eines interdisziplinären Therapiekon-

zeptes stand. Der Kreis hat sich geschlossen.

Nicht der Schmerz, sondern der Leidensdruck ist das Quälende

Es scheint unumgänglich, dass die Schmerztherapie, in jetzt besserer Kenntnis ihrer Klientel, die Mechanismen der Schmerzerkrankung in einem anderen Licht sieht und therapeutisch einen neuen Anfang sucht. Nach anfänglicher Euphorie wurde die Branche inzwischen von der Realität wieder eingeholt. Die Euphorie ist verfliegen, der Schmerz ist der gleiche geblieben, die Aufgabenstellung für eine neue Schmerztherapie muss aber eine andere sein: Es gilt Schmerzen zu lindern – nicht aber den Schmerz zu besiegen. Es gilt, die Betroffenen da abzuholen, wo sie sind, und sie aus ihrem Leid herauszuführen, denn es ist der Leidensdruck, der die Schmerzpatienten in die Praxen drängt und nicht das schöne, aber für unsere Biologie so wichtige Signal Schmerz.

Der chronische Schmerz gehorcht den Mechanismen des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells. Das ist nicht wirklich neu und aus der Psychosomatik bestens bekannt. Allein dadurch



wird der chronische Schmerz jedoch nicht zu einer psychosomatischen Erkrankung, denn er hat noch einige andere Wirkfak-

toren zu eigen, die ihn häufig so schwer erfassbar machen. Auch in der Schmerztherapie der letzten zehn Jahre fand dieses Modell Eingang. Es wurde nicht als ein Modell sich gegenseitig bedingender Regelkreise interpretiert, sondern als Chronifizierungskaskade mit immer gleichem Verlauf: Erst erfolgt auf der biologischen Ebene eine Strukturschädigung, daraus resultieren psychische Veränderungen und Funktionsstörungen was wiederum zu sozialen Folgen und Beeinträchtigungen führt die wiederum die Störung der Struktur verstärkt usw.

Der Schmerz tendiert dazu, sich in den Vordergrund zu schieben und andere wichtige Symptome zu verdecken. Das führt häufig dazu, dass z.B. psychische Faktoren und daraus resultierende Funktionsstörungen als Ursache einer organbezogenen Strukturschädigung übersehen werden. Dies ist selbst in der interdisziplinären Behandlung chronischer Schmerzen häufig für das Scheitern der Therapiekonzepte verantwortlich.

Die Schmerztherapie der Zukunft braucht ...

- einen Paradigmenwechsel – Symptomanalyse statt Symptomkontrolle;
- aktivierende Verfahren statt passive Methoden;
- die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen.

Eine genaue Analyse aller Symptome – auch der nicht strukturbezogenen – muss einer medikamentösen Symptomkontrolle vorangehen. Aktivierende Verfahren sind gegenüber passiven Methoden zu bevorzugen. Die Aktivierung von Selbsthilfepotenzialen stellt eine bisher noch wenig genutzte Ressource dar, die einen entscheidenden Beitrag zu einer schnelleren Wiedererlangung

von Teilhabe am täglichen Leben ermöglicht.

Vom Ich zum Selbst

Wie gezeigt wird der Schmerzpatient im Verlauf seiner Chronifizierung zu einem Ich-bezogenen sozial isolierten Wesen, das viel fordert, aber wenig zu geben in der Lage ist. Hier gilt es, gegenzusteuern und den Weg zu der Persönlichkeit von einst zu ebnen. Im englischen Sprachraum hat die Selbsthilfebewegung hierfür den Slogan „from patient to person“ geprägt, was sich bei uns vielleicht am besten mit „vom Ich zum Selbst“ übertragen ließe. Der Egomane muss wieder Distanz zu seinem oftmals infantilen Ich finden, um bei sich selbst wieder anzukommen. Dies ist der Weg zu echter Selbsthilfe, mehr Selbstverantwortung, einem besseren Selbstverständnis, größerer Selbstständigkeit und mehr Selbstvertrauen.



In Ergänzung zu den sich gegenseitig bedingenden Regelkreisen des bio-psycho-sozialen Modells muss die Schmerztherapie der Zukunft bei der Wahl der Therapieoptionen auf einer korrekten Erfassung der zugrunde liegenden Störungen fußen. Das Vorliegen einer Strukturstörung erfordert andere Therapieziele als bei einer Funktionsstörung, ermöglicht aber auch deutlich andere Therapieoptionen. Häufig trifft man

in der Schmerztherapie auf eine Störung von Struktur und Funktion. Hier werden Therapieziel und Therapieerfolg nicht unwesentlich davon abhängen, ob es gelingt, das Störungskonglomerat biografisch zu entwirren.

Verzicht auf Omnipotenz

Eine so aufgestellte Schmerztherapie wird nicht im überkommenen Habitus einer omnipotenten Schmerztherapie erstarren können. Es ist zu wünschen, dass die Schmerztherapie aus den Fehlern der Vergangenheit lernt und sich in unterschiedlichen Organisationsformen so ausdifferenziert, dass wir

■ wohnortnahe Akutschmerztherapien mit sekundär präventiven Aufgabenstellungen zur Verfügung haben, die zeitnahen Zugang bieten und eng an die

hausärztliche Versorgung angebunden sind;

■ ambulante bzw. tagesklinische Schmerztherapien mit rehabilitativer Aufgabenstellung zur Verfügung haben, die echte Interdisziplinarität bieten;

■ eine palliative Schmerztherapie mit häuslichen und stationären Betreuungsressourcen zur Verfügung haben, die internationalen Standards genügt und einer hohen Lebensqualität sterbender Menschen verpflichtet ist.

Damit wäre den vielen Schmerzpatienten wirklich geholfen und wir müssten uns um eine solche Schmerztherapie der Zukunft keine Gedanken machen.

Rüdiger Fabian,
Präsident Bundesverband
Deutsche Schmerzhilfe e. V.

Viel mehr Arthrose-Kranke in Deutschland als vermutet

Den Ergebnissen der aktuellen HER-AS – Studie folgend gibt es in Deutschland viel mehr Arthrose-Kranke als bislang angenommen. Rechnet man die Daten einer Befragung von 5000 Bürgern aus Herne hoch, dann haben 8,5 Millionen Erwachsene in der Bundesrepublik eine Arthrose. Bislang wurde von etwa fünf Millionen ausgegangen.

Ein weiteres Ergebnis der epidemiologischen Herner Arthrostudie (HER-AS): Ein Drittel der Patienten mit Knie- und Hüftgelenksbeschwerden, die eine Schmerztherapie benötigen, nehmen keine Schmerzmittel ein. Und nicht-medikamentöse Therapien wie Krankengymnastik oder Reizstrom erhält nur knapp die Hälfte der Betroffenen.

Für HER-AS haben Mediziner

des Marienhospitals Herne und der Universität Bochum 8000 Fragebögen an Herner Bürger über 40 Jahren versandt. 5000 Antworten konnten in die Auswertung einbezogen werden. 900 Patienten mit Knie- und Hüftgelenksbeschwerden wurden darüber hinaus in der Klinik untersucht. „Das ist die bislang umfangreichste Studie zur Arthrose in Deutschland“, sagt Dr. Ulrich Thiem, der für die Studie zuständige Oberarzt des Marienhospitals. Beteiligt an der Studie war auch die Initiative „Stark gegen den Schmerz“. Und das sind die wichtigsten Daten der Studie:

■ 55 Prozent der Teilnehmer hatten am Befragungstag Gelenkschmerzen, bei 67 Prozent war das in den vergangenen vier Wochen der Fall gewesen

und bei 71 Prozent in den vergangenen zwölf Monaten.

■ 30 Prozent der Patienten mit Gelenkschmerzen klagten über Knie- und 19 Prozent über Hüftschmerzen, 25 Prozent hatten Schmerzen an der Schulter, 21 Prozent an Hand oder Finger, 13 Prozent an Füßen oder Zehen, elf Prozent am Ellenbogen und neun Prozent an den Sprunggelenken.

■ 33 Prozent der Teilnehmer mit Gelenkschmerzen hatten starke Schmerzen beim Treppensteigen, nur vier Prozent hatten keine Beschwerden bei dieser Aktivität. Etwa 25 Prozent hatten erhebliche oder extreme Schwierigkeiten beim Herabsteigen einer Treppe.

■ 22 Prozent derjenigen mit Gelenkschmerzen litten unter einer starken Steifigkeit des betroffenen Gelenks nach längerem Ausruhen oder Sitzen. 20 Prozent hatten starke Schmerzen beim Gehen auf ebener Erde.

■ Vier von zehn Teilnehmern mit Hüft- oder Kniebeschwerden waren in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung wegen der Gelenkschmerzen zur ambulanten Behandlung beim Hausarzt oder Orthopäden, die meisten von ihnen drei- bis viermal. Zwei Prozent nahmen den vertragsärztlichen Notdienst in Anspruch, sechs Prozent waren wegen der Gelenkschmerzen mindestens einmal im vergangenen Jahr stationär in Behandlung.

■ Etwa 15 Prozent der Studienteilnehmer mit Gelenkschmerzen mussten als hochgradig sturzgefährdet eingestuft werden.

Die erhobenen Daten belegen deutlich die schon seit langem von Gerontologen und Rheumatologen geäußerten Vermutungen, dass die Alltagsbeeinträchtigung durch Mobilitätseinschränkung bei Arthrosekranken allgemein unterschätzt wird. Haus- und Fachärzte sollten daher die Patienten gezielter nach (Mobilitäts-) Einschränkungen aufgrund von Bewegungsschmerzen fragen, um früher als bisher behandeln zu können.

Auch nach Symptomen psychischer Verstimmtheit oder Depression sollte bei chronischen Schmerzpatienten gezielt gefragt werden. Auf jeden Fall muss die medikamentöse Schmerztherapie durch altersgemäße physikalische Therapien ergänzt und optimiert werden. Offenbar gibt es dabei Unsicherheiten sowohl bei Ärzten als auch bei den Patienten. Denn sowohl die zur Entzündungshemmung eingesetzten Medikamente wie auch Opiode/Opiate bedürfen einer umfassenden Beratung bezüglich möglicher Risiken und Nebenwirkungen. Um die Therapietreue zu fördern, muss daher offen mit den Patienten über ihre Ängste und Unsicherheiten bei der Einnahme von Schmerzmitteln gesprochen werden.

Das Arthrose-**neu** Stopp-Programm 3-Minuten-Tipps: sofort anwendbar

■ So bleiben Sie schmerzfrei und beweglich

■ Die 82 besten Übungen und Experten-Tipps



Buch, 116 Seiten
von Dr. med. Jürgen
Fischer
Trias Verlag
12,95 EUR incl. MwSt

Spürbar schonend und aufbauend: das 1. Aktivprogramm bei Arthrose

Aus der langjährigen Praxiserfahrung von Orthopäden, Physiotherapeuten und Sportpädagogen finden Sie die wirksamsten Hilfen gesammelt. Sie alle zeigen Ihnen, wie Sie schädliche Bewegungsmuster durch schonende ersetzen. Das Besondere: Sie sind ganz auf den Alltag von aktiven Menschen abgestimmt. **In nur 3 Minuten** kann jede Übung gelesen und durchgeführt werden.

Für weitere Informationen besuchen Sie unseren Online-Shop unter:

www.schmerzhilfe.de

Impressum

Herausgeber :

Anschrift der Geschäftsstelle:

Telefonische Sprechzeiten:

Bankverbindung:

Deutsche Schmerzhilfe e.V.

Sietwende 20, 21720 Grünendeich,

Tel.: 0 41 42-81 04 34, Fax: 0 41 42-81 04 35

E-Mail: geschäftsstelle@schmerzhilfe.org

Mo-Fr: 9.00 bis 12.30 Uhr, Di bis Do: 14.30 bis 16.30 Uhr

Kto.-Nr. 1234 123 667 bei der Hamburger Sparkasse (BLZ 200 505 50)

Kto.-Nr. 100 000 5296 bei der Sparkasse Stade-Altes Land (BLZ 24151005)