



**B · R · A · H · M · S**

*aktuell & ausführlich*

Informationen  
für  
Selbsthilfegruppen  
von der  
MEDICA 2007  
Düsseldorf

Verleihung  
des MEDICA-  
B·R·A·H·M·S-  
Förderpreises  
für  
Selbsthilfegruppen

Ein Leitfaden für Patienten

# **Der Schmerz - neueste Therapiekonzepte für mehr Lebensqualität**

# Inhaltsverzeichnis

Editorial .....	3
Was der Schmerzpatient will - zu viel oder zu wenig? .....	5
Bewährte und neue Therapiemöglichkeiten im ambulanten Bereich .....	8
Schmerztherapie im Klinikbereich .....	10
Palliativmedizin und Schmerztherapie .....	13
Diskussion .....	15
Verleihung des MEDICA-B·R·A·H·M·S-Förderpreises für Selbsthilfegruppen .....	17

## **IMPRESSUM:**

### **Herausgeber:**

B·R·A·H·M·S Aktiengesellschaft, Hennigsdorf

### **Redaktion:**

**medandmore** communication GmbH  
Friedberger Straße 2 · 61350 Bad Homburg  
Tel. 06172-9661-0 · Fax 06172-9661-11  
agentur@medandmore.de

### **Texte und Layout:**

Claudia Hill, **medandmore** communication GmbH

## Editorial



*Dr. Bernd Wegener,  
Vorstandsvorsitzender der  
B·R·A·H·M·S AG*

### **Sehr geehrte Damen und Herren,**

es ist mir eine große Freude, Ihnen mit dieser Broschüre vom 15. Forum der B·R·A·H·M·S-Aktiengesellschaft auf der MEDICA 2007 in Düsseldorf zu berichten. Die B·R·A·H·M·S AG ist das zweitgrößte deutsche Biotechnologie-Unternehmen mit Sitz in der Nähe von Berlin. Bereits seit 15 Jahren veranstalten wir Foren mit wechselnden inhaltlichen Schwerpunkten. Es liegt mir am Herzen zu betonen, dass die B·R·A·H·M·S AG mit diesen Veranstaltungen keine wirtschaftlichen Interessen verfolgt. Wir möchten Indikationen herausgreifen und ausführlich behandeln,

von denen viele Menschen betroffen sind, die bereits seit Jahren einen Leidensdruck haben und sich in Selbsthilfegruppen organisiert haben.

Das Informations-Forum behandelt in diesem Jahr das Thema chronischer Schmerz. Eine nicht bekannte Zahl von Bundesbürgern leidet dauerhaft unter Schmerzen: Man geht von fünf Millionen Schmerzpatienten aus, von denen rund eine Million eine spezielle Schmerztherapie benötigt, da die monodisziplinären Ansätze der jeweiligen Fachärzte keinen Erfolg brachten. Der Schmerz ist eines der am häufigsten beim niedergelassenen Arzt angegebenen Symptome. Dennoch ist der chronische Schmerz in der öffentlichen Wahrnehmung nach wie vor nicht als eigenständiges Krankheitsbild etabliert und Schmerzpatienten müssen um Anerkennung und Akzeptanz ihrer empfundenen Beschwerden kämpfen.

Dieses Forum dient nicht nur dazu, dass Referenten einen Überblick über das Thema Schmerz, aktuelle Daten und etwaige Behandlungsformen geben, die es den Betroffenen ermöglichen, mit Ihrer persönlichen Situation in Zukunft besser umzugehen. Wir wollen gleichzeitig in der Öffentlichkeit ein Signal setzen und auf das Thema Schmerz aufmerksam machen.

Der Kontakt mit Selbsthilfegruppen ist uns dabei sehr wichtig, da die Selbsthilfeszene eine tragende Säule im Gesundheitswesen darstellt. Wir möchten von den Gruppen erfahren, wie wir sie unterstützen können, ihre Anliegen besser in die Öffentlichkeit zu transportieren. Aus diesem Grund haben wir zum zweiten Mal gemeinsam mit der MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e.V. den MEDICA-B·R·A·H·M·S-Förderpreis für Selbsthilfegruppen ausgeschrieben. Fünf regionale Selbsthilfegruppen aus dem Bereich Schmerz sind von einer unabhängigen Jury ausgewählt und während unseres Forums bei der MEDICA ausgezeichnet worden.

Mit dieser Borschüre möchten wir Sie über den Verlauf des 15. B·R·A·H·M·S-Forums im Rahmen der MEDICA 2007 informieren und Ihnen zugleich einen Überblick über die aktuelle Schmerztherapie vermitteln.

**Dr. Bernd Wegener, Vorstandsvorsitzender**  
B·R·A·H·M·S Aktiengesellschaft

**Teilnehmer des Informations-Forums:**

**Dr. med. Ludwig Distler**

cts Caritasklinik St. Theresia Saarbrücken

**Priv.-Doz. Dr. med. Frank Elsner**

Universitätsklinikum Aachen

**Rüdiger Fabian**

Bundesverband Deutsche Schmerzhilfe e.V., Grünendeich

**Dr. med. Bernhard Kügelgen**

Therapiezentrum Koblenz

**Dr. Bernd Wegener**

B·R·A·H·M·S Aktiengesellschaft, Hennigsdorf

## Was der Schmerzpatient will – zu viel oder zu wenig?



*„Das ist meine allerschlimmste Erfahrung: Der Schmerz macht die meisten Menschen nicht groß, sondern klein.“*  
Christian Morgenstern

Der chronische Schmerz hat sich in den vergangenen 30 Jahren zu einer eigenen Krankheit entwickelt. Dabei spielt er in der Medizin eine besondere Rolle, da grundsätzlich in Frage gestellt wird, ob Schmerz alleine tatsächlich eine Krankheit ist. Schmerz ist ja eigentlich ein biologisches Signal für einen Grund, den es zu beheben gilt. Leider funktioniert das beim chronischen Schmerz nicht immer.

Rüdiger Fabian,  
Bundesverband Deutsche  
Schmerzliga e.V.

Die Frage, wie viele Schmerzpatienten es in Deutschland gibt, lässt sich mangels repräsentativer Untersuchungen nicht mit Sicherheit beantworten. Meines Erachtens sind Schätzungen realistisch, die sich auf rund 1 Million Patienten belaufen, die eine qualifizierte Schmerztherapie benötigen.

Geschätzte 1  
Million Schmerz-  
patienten in  
Deutschland

In unserem Bundesverband gibt es wiederkehrend dieselben Grunderkrankungen (z.B. Rückenschmerz, Rheuma, Erkrankung des Nervensystems, Krebs, viszerale Genese), die mit Schmerzen einhergehen und die, unter welchen Bedingungen auch immer, in Schmerzkrankheiten eskalieren.

Dachte man in den 70er Jahren noch, dass Schmerz ein Altersproblem ist, so weiß man heute, dass der chronische Schmerz auch junge Menschen befällt: Vier von fünf Schmerzpatienten sind im erwerbsfähigen Alter. Der Altersdurchschnitt liegt bei 48 Jahren.

Der Altersdurchschnitt von  
Schmerzpatienten liegt bei 48  
Jahren

Die meisten Patienten, die sich an die Schmerzhilfe wenden, leiden schon seit vielen Jahren unter chronischen oder chronisch wiederkehrenden Schmerzen: Im Mittel sind es rund neun Jahre. Sie haben durchschnittlich bereits elf Ärzte unterschiedlicher Fach-

gebiete konsultiert, lagen schon mehrfach im Krankenhaus und haben diverse Rehabilitationsmaßnahmen hinter sich. Sie sind in der Mehrzahl arbeitslos und nicht berentet, weil sich ihre Problematik vor dem Sozialgericht nicht objektivieren lässt, und befinden sich sehr häufig in sozialer Unsicherheit. So entsteht für manchen Patienten die skurrile Situation, dass die chronische Krankheit für die soziale Sicherheit bürgt.

### Wandlung der Schmerztherapie zur Medikamententherapie

Die Schmerztherapie hat in den letzten Jahren viele Wandlungen durchgemacht. Angefangen hat sie als therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie. Hinzu kamen psycho- und verhaltenstherapeutische Verfahren. In der letzten Dekade entwickelte sie sich dann wieder zurück zu einer Medikamententherapie.

Die Schmerzgedächtnistheorien (Neuroplastizität) haben dazu geführt, dass neuropathische Schmerzen, die vorher nicht mit Opiaten behandelt wurden, jetzt im Übermaß damit therapiert werden. Hier ist ein ausufernder Fehlgebrauch an Opiaten zu erkennen; pro Woche kommen drei bis vier schwerstabhängige Schmerzpatienten zu uns, die in fast tödliche Dosen hineintherapiert wurden. Wir müssen in Zukunft viel kritischer mit dem Einsatz dieser Medikamente umgehen.

### Was will der Schmerzpatient wirklich?

Eine stichprobenartige Befragung unter den Mitgliedern der Schmerzhilfe zeigt, was sich Patienten von der Schmerztherapie versprechen. Die Befragten sollten ihre Einschätzung zu den Aussagen abgeben.

An erster Stelle lag, wie zu erwarten, die Schmerzfreiheit. Auf Platz zwei landete der Wunsch, eine Diagnose zu erhalten – eine Erwartung, die verwundert, wenn man bedenkt, dass der Schmerzpatient bereits im Schnitt bei neun Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen war. Weitere wichtige Anliegen waren die Information über Therapie und Nebenwirkungen und die gesicherte Weiterbehandlung.

Erst ganz am Ende der Erwartungsliste stehen die Wünsche nach medikamentöser Behandlung und psychologischer Aufarbeitung. Das zeigt doch, dass der Patient den Schmerz nicht als mehrdimensionales Ereignis wahrnimmt, was er aber ist. Wir können

Körper und Seele nicht trennen. Der Patient will den Schmerz loswerden, und zwar möglichst effektiv, nicht invasiv und ohne Chemie. Er will eine ganzheitliche Behandlung, aber ganzheitlich beim Arzt erscheinen will er offensichtlich nicht! Diese Konsequenz ist leider häufig zu beobachten.

Verlangt der Patient hier nicht zu wenig von sich selbst?

Der Patient sollte versuchen, den Schmerz ein Stück weit zurückzudrängen. Denn hinter diesem wahren Schmerz gibt es auch ein anderes wichtiges Symptom: den Leidensdruck. Es ist das Leid, das die Menschen in die Praxen jagt, nicht der Schmerz. Der Schmerz ist ein simples, biologisches Signal, ohne den wir nicht überlebensfähig wären. Es sind erst Veränderungen auf der psychischen Ebene, in der Wahrnehmung und der Verarbeitung des Schmerzes, die ihn zur Krankheit machen.

Es ist falsch zu glauben, dass man ihn mit einem Medikament oder einem Gegenirritationsverfahren dauerhaft ausschalten kann. Wir sind aber aufgefordert, unsere positiven Ressourcen hervorzuholen, um letztendlich mit der Krankheit als solcher umgehen zu können. Denn das ist der entscheidende Punkt: Es gilt nicht, den Schmerz zu besiegen, denn das werden wir nie schaffen. Es gilt, das Leiden am Schmerz zu besiegen.

Ein realistisches Ziel ist die Teilhabe am aktiven Leben. Wenn nicht alleine, dann mit anderen zusammen. Das ist das Wesen von Selbsthilfe. Die Selbsthilfe ist eine zweite tragende Säule bei der Therapie, die eine Menge Ressourcen beinhaltet, die man bislang noch nicht zu heben gewagt hat.

*„Also lass uns neuen Honig erarbeiten aus den alten Schmerzen.“*  
Antonio Montes de Oca

Ganzheitlich  
Behandeln? Ja!  
Ganzheitlich  
beim Arzt er-  
scheinen? Nein!

Ziel der  
Schmerztherapie:  
Teilhabe des  
Pateinten am  
aktiven Leben

# Bewährte und neue Therapiemöglichkeiten im ambulanten Bereich



Dr. med. Bernhard Kügelgen,  
Therapiezentrum Koblenz

Die Kritik an der Schmerztherapie bei chronisch Kranken nimmt zu, sowohl von den Kostenträgern (Berufsgenossenschaften und Haftpflichtversicherungen) als auch von den Betroffenen.

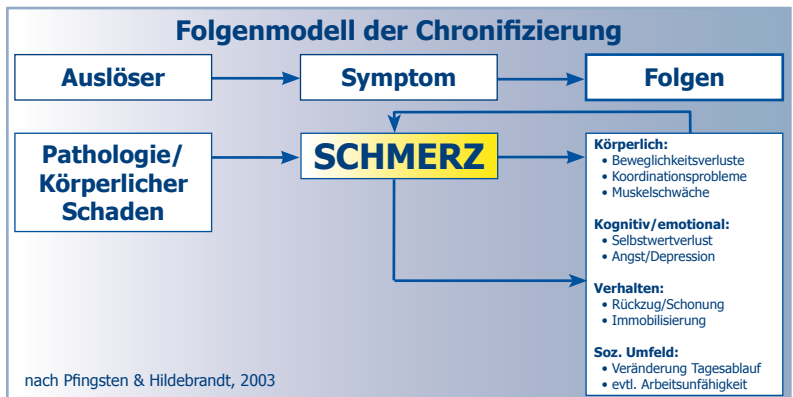
Analysiert man die Schmerztherapie, so sind Behandlungsziel und -methode nur scheinbar eindeutig. Beim akuten Schmerz (z.B. durch Verletzung, Operation oder beim Zahnarzt) ist das unbestrittene Ziel die Schmerzreduktion durch Betäubung des Schmerzes. Bei chronisch Kranken sieht es ein wenig anders aus, da diese weniger unter Schmerzen als vielmehr an den Schmerzfolgen leiden. In vielen Fällen wird die angemessene

Lösung verhindert durch falsche Therapieziele (Schmerzauslöschung) und unzureichende Methoden (Betäubung).

Schmerzpatienten sind bisher viel zu wenig als chronisch Kranke wahrgenommen worden, daher hat sich so flächendeckend die Betäubung als wichtigste Behandlungsmethode etablieren können.

Chronisch Kranke leiden an den Schmerzfolgen

Schmerzfolgemodell



Das Schmerzfolgemodell soll dies verdeutlichen: Einem Auslöser folgt das Symptom, in diesem Fall der Schmerz. Die daraus resultierenden Folgen liegen auf verschiedenen Ebenen, der körperlichen (z.B. Beweglichkeitsverlust, Muskelschwäche) und der kognitiven/emotionalen Ebene (z.B. Angst, Depression), dem Verhalten (z.B. Rückzug, Schonung, Immobilisierung) sowie dem sozialen Umfeld (z.B. Arbeitsunfähigkeit, veränderter Tagesablauf).

Besonders die Folgen der Funktionsstörungen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen im Alltag (Teilhabe) sind beim chronischen Schmerz von großer Bedeutung. Lange war man der Meinung, dass eine gute Rehabilitation mit Verbesserung der Funktion zu mehr Anteil am aktiven Leben führt, dass also aus Leistungsfähigkeit wieder mehr Leistung entsteht. Aus diesem Grund wurde sich in der Vergangenheit wenig um die Teilhabe der Patienten an ihrem Lebensumfeld gekümmert.

Mehr Leistungsfähigkeit führt nicht unbedingt zu mehr Leistung

Es ist aber erstaunlich, wie die Funktionsfähigkeit von der tatsächlich erbrachten Leistung abweichen kann, und zwar in beide Richtungen: Bei stark eingeschränkter Leistungsfähigkeit sind herausragende Leistungen möglich (Bsp: Beethoven komponierte trotz Taubheit die 9. Symphonie), aber auch umgekehrt gibt es das Phänomen: Trotz guter Leistungsfähigkeit scheitert die Wiedereingliederung. Der übliche Vorwurf fehlender Motivation ist unberechtigt.

Das Problem lässt sich nicht medizinisch verstehen, es erklärt sich aus den individuellen Lebensumständen des Kranken, den Kontextfaktoren. Diese gilt es zu studieren, zu analysieren und gegebenenfalls zu manipulieren.

Individuelle Lebensumstände führen zur Leistungseinschränkungen

Es muss ein für den Kranken akzeptabler Lebensentwurf entstehen, der von ihm verinnerlicht wird und für ihn Sinn stiftend ist. Der Patient wird sich dann aus eigener Motivation aus der Krankenrolle heraus bewegen. Gelingt dies nicht, wird die Wiedereingliederung scheitern, selbst unter scheinbar optimalen Bedingungen.

Für die Betreuung des Kranken hat das handfeste Konsequenzen. Um Teilhabe am Alltag wieder zu gewinnen, sind andere an den Bedürfnissen chronisch Kranker orientierte Therapien notwendig:

Ausrichtung aller Rehabilitationsmaßnahmen am Therapieziel: Vermehrung der Teilhabe

Die Rehabilitation muss akutmedizinische Schmerzursachen ausschalten, die Funktion erheblich verbessern, Hilfsmittel liefern und ein Arbeitsplatz spezifisches Training umfassen. Sie muss psychosomatische Elemente inklusive Edukation (Patientenschulung, psychologische Schmerztherapie und Hilfe zur Eigenkompetenz des Patienten) enthalten. Dabei müssen die Kontext-Faktoren umfassend eingebunden werden.

All diese Maßnahmen müssen sich auf das Therapieziel ausrichten: Vermehrung an Teilhabe. Dann kann eine Wiedereingliederung auch chronisch Schmerzkranker gelingen.

Voraussetzung: Rehabilitation muss Kontextfaktoren einbinden

Voraussetzung ist aber, dass die Rehabilitation wohnortnah ist, zwingend die Kontextfaktoren, also die individuellen Lebensumstände, mit einbezieht und von geeigneten Fachleuten mitgestaltet wird. Nur so können humanitäre und wirtschaftliche Interessen parallelisiert und mit angemessenen Behandlungskosten mehr Lebensqualität erzielt werden.

## Schmerztherapie im Klinikbereich



*Dr. med. Ludwig Distler,  
cts Caritasklinik St. Theresia  
Saarbrücken*

Über 90 Prozent der Schmerzsymptome können ambulant behandelt werden. Warum ist die Schmerztherapie in der Klinik so wichtig?

Im Gesundheitswesen besteht ein enormer Kostendruck, bedingt unter anderem durch die soziodemographische Entwicklung, der Überalterung in unserer Gesellschaft. Im Jahre 2020 gibt es voraussichtlich über fünf Mio. Menschen in Deutschland, die über 80 Jahre alt sind. Schmerz ist zwar keine direkte Folge des Alters, aber je älter man wird, desto größer ist die Gefahr, chronisch schmerzkrank zu werden, weil sich häufiger entsprechende Krankheiten einstellen.

Je älter man wird, desto größer ist die Gefahr, chronisch schmerzkrank zu werden

Dabei verursachen nur zehn Prozent der chronischen Rückenschmerzpatienten 80 Prozent der Kosten. Trotz Behandlung kehren aber nur zehn Prozent dieser Patienten nach einjähriger Arbeitsunfähigkeit in den Arbeitsprozess zurück. Der Zwang, möglichst effektiv zu behandeln, besteht dabei sowohl im ambulanten und stationären Bereich als auch in der Rehabilitation.

10 Prozent der chronischen Rückenschmerzpatienten verursachen 80 Prozent der Kosten

Alte Schmerzkonzepte, die zeigen Erkenntnisse in der Grundlagenforschung sowie klinische Verläufe, können allerdings in ihrer Gültigkeit nicht mehr bestätigt werden.

Alte Schmerzkonzepte können nicht mehr bestätigt werden

Unter chronischem Schmerz kann der Organismus neue Strukturen im Zentralen Nervensystem (ZNS) bilden, die Schmerz eigenständig erzeugen oder die Sensibilisierung gegenüber schmerzhaften Reizen verstärken. Durch diese so genannte Neuroplastizität lassen sich viele Vorgänge in unserem Nervensystem erklären, nicht aber die Vielschichtigkeit des Schmerzes.

Die Psyche kann nämlich ebenfalls Schmerz modulieren und einen eigenständigen Krankheitswert bei einer chronischen Schmerzerkrankung annehmen. Und letztendlich sind auch die sozialen Umgebungsbedingungen in Familie und Beruf außerordentlich wichtige Einflussfaktoren bei der Entstehung chronischer Schmerzen.

Die Psyche kann Schmerz modulieren

Chronischer Schmerz ist ein bio-psycho-soziales Modell, ein Sinnes- und Gefühlserlebnis, das von Mensch zu Mensch variiert. Seine Therapie bedarf einer in der Regel sehr langwierigen Schmerzanalyse entsprechend dieses Modells. Ziel sollte es sein, den Schmerzpatienten wieder am Leben teilhaben zu lassen.

Bio-psycho-soziales Modell des Schmerzes

Damit diese Teilhabe möglich wird, müssen Therapiepläne aufgestellt werden, die alle medikamentösen und nicht-medikamentösen Komponenten entsprechend der Analyse nach dem bio-psycho-sozialen Modell beinhalten. Nur so kann die Ganzheitlichkeit des Schmerzes behandelt werden.

Voraussetzung dafür ist Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Strukturen.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Voraussetzung

Das heißt, dass in Kliniken reine Therapieeinheiten in interdisziplinäre Analyseeinheiten umgewandelt werden müssen. In Saarbrücken ist dies bereits der Fall. Dann können in der Klinik ambulant durchführbare Therapiekonzepte entworfen werden, so dass ambulante und stationäre Strukturen unterschiedlicher Fachrichtungen (z.B. Allgemeinarzt, Psychologe, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Fachpfleger etc.) sinnvoll ineinander greifen können.

Theorie und Praxis:  
Notwendige Voraussetzungen für eine erfolgreiche Schmerztherapie fehlen bisher

Die klinische Schmerztherapie wird in Zukunft von vielschichtigen Programmen und Behandlungen gekennzeichnet sein, um die betroffenen Menschen in ihrem unmittelbaren sozialen Kontext zuhause therapieren zu können.

Theoretisches Wissen über eine sinnvolle und zielführende Schmerztherapie ist vorhanden, aber leider sind die notwendigen Voraussetzungen bisher nicht gegeben. So findet keine ausreichende Vernetzung der unterschiedlichen Disziplinen statt. Ein weiteres Problem ist, dass der Schmerz in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) nicht abgebildet ist, wodurch Kliniken und niedergelassene Ärzte wirtschaftliche Probleme bekommen, wenn sie sich ausschließlich der Behandlung schmerzkranker Menschen widmen. Deshalb gibt es kaum ambulante psychologische Schmerztherapieplätze. Hinzu kommt, dass das Fachgebiet der Schmerztherapie an Universitäten nicht gelehrt wird.

Fazit für die Klinik

Das Fazit aus stationärer Sicht: Klinische Schmerztherapie ist notwendig. Die Schmerzkliniken müssen einerseits eigenständig, andererseits aber auch mit ambulanten Einrichtungen vernetzt sein. Sektorenübergreifende Konzepte müssen erstellt werden, in denen der Betroffene der zentrale Ausgangspunkt ist. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, ist Versorgungsforschung notwendig.

# Palliativmedizin und Schmerztherapie



PD Dr. med. Frank Elsner,  
Universitätsklinikum  
Aachen

Worin besteht die Verbindung von Palliativmedizin und Schmerztherapie? Die offizielle Definition von Palliativmedizin beinhaltet nach der WHO (Weltgesundheitsorganisation) die aktive ganzheitliche Behandlung von unheilbar erkrankten Menschen mit einer durch die Krankheit begrenzten Lebenserwartung. Dabei geht es vor allem um die Kontrolle der Schmerzen und anderer Symptome unter Berücksichtigung von psychischen, sozialen und spirituellen Problemen.

Insgesamt soll die bestmögliche Lebensqualität für Patienten und deren Angehörige erlangt werden.

Ziel der Palliativmedizin ist die Erhöhung der Lebensqualität des Patienten

Nach Cicely Saunders, eine der Begründerinnen der modernen Hospiz-Bewegung, hat der Schmerz vier Dimensionen, die dem bio-psycho-sozialen Modell entsprechen: körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Schmerz.

Dimensionen des Schmerzes

Gerade den sozialen und psychologischen Hintergrund können Patienten oftmals selbst nicht anerkennen. Sowohl Patient als auch Arzt müssen lernen, diesen Aspekt zu berücksichtigen.

Wie viele Schmerzpatienten gibt es auf einer Palliativstation? Tumorpatienten machen dort einen Anteil von 80-90 Prozent aus. Etwa drei Viertel dieser Patienten leidet im Endstadium an Schmerzen. Man kann also davon ausgehen, dass zwei von drei Menschen, die bei uns in Behandlung sind, ein Schmerzproblem haben. Schmerztherapie ist also ein wichtiger Punkt in der Palliativmedizin.

Zwei von drei Menschen in palliativer Behandlung sind Schmerzpatienten

Betrachtet man die demographische Entwicklung in Europa, so ist eine Überalterung der Bevölkerung zu erkennen. Das liegt nicht nur an zunehmenden Geburtenzahlen, sondern vor allem am medizinisch-technischen Fortschritt. Der ansteigende Altersdurch-

schnitt der Menschen führt dazu, dass altersbedingte Krankheiten immer häufiger auftreten. Tumorerkrankungen beispielsweise sind in der Regel Erkrankungen höheren Alters. Hier besteht eine große Ambivalenz: Wir erreichen durch unsere Techniken mehr, aber wir schaffen uns gleichzeitig Probleme, die wir vorher nicht hatten.

Tod, Leid,  
Schmerz – ein  
Kindergarten-  
thema?

Die Frage ist, wie gut die Gesellschaft darauf vorbereitet ist? Die Medien suggerieren ein realitätsfernes Bild von Schmerz und Leid, man muss sich hierfür nur die Titelbilder der Zeitschriften anschauen. Eine mögliche Lösung wäre, bereits im Kindergarten und der Schule das Thema Palliativmedizin zu vermitteln, damit ein natürlicher Umgang mit chronischem Leid erfahren werden kann.

Die Symptome bei Aufnahme der Patienten auf die Palliativstation sind in der Mehrzahl Schwäche, Schmerzen, Appetitmangel/Übelkeit und Kachexie. Vergleicht man die Symptomlast mit dem Stand nach Beendigung der Therapie, ist die Situation deutlich verbessert. Dies gilt insbesondere für den Schmerz.

WHO-Stufen-  
schema von  
1986

Für ein geordnetes Vorgehen bei tumorbedingten Schmerzen hat die WHO eine Therapierichtlinie erlassen. Sie sieht, je nach Schmerzausmaß, eine stufenweise Medikamentengabe vor, so dass es bei der Gabe von Opiaten Steigerungsmöglichkeiten gibt. Gerade bei Tumorpatienten hat diese Schmerztherapie großen Erfolg.

Vor der Behandlung muss man immer die Ziele definieren, die man damit erreichen möchte. Schmerzlinderung kann z.B. ein realistisches Ziel sein, nicht jedoch die Schmerzfreiheit. Die zu erlangen ist nur schwer möglich. Steckt man sie sich als Ziel, kann das Ergebnis eigentlich nur enttäuschend sein.

Zieldefinition:  
Eine Frage des  
individuellen  
Wertesystems

Wichtig ist, dass der Patient das Ziel akzeptieren kann. Man muss die individuelle Lebensqualität und das Wertesystem des Patienten anerkennen, denn die Prioritäten liegen für jeden Menschen anders.

Aber wie organisiert man nun die Palliativmedizin?  
Ganz wichtig ist, dass viele Berufsgruppen zusammenarbeiten.

Außerdem ist eine erfolgreiche Palliativbehandlung nur mit ausreichend Personal und räumlichen Gegebenheiten zu erlangen. Dabei ist die Schmerztherapie ein großer und wichtiger Bestandteil der Palliativmedizin. Man muss in der Lage sein, interdisziplinär zu denken – über den Tellerrand hinaus zu schauen – und reflektierte Entscheidungen zu treffen.

Fazit: Über den Tellerrand hinaus schauen

## Diskussion

Schwerpunkt der anschließenden Diskussion war es, die Versorgungslücken der Schmerztherapie in Deutschland aufzuzeigen. Diese Lücken gibt es vor allem in der so genannten Sekundärversorgung, also der weiteren ambulanten Therapie nach der stationären Behandlung.

Durch Selbsterfahrung in psychosomatischen Kliniken sollte Ärzten die Situation der Schmerzpatienten näher gebracht werden, schlug eine Besucherin vor. Rüdiger Fabian pflichtete ihr bei. Insbesondere auch deshalb, weil die Erfahrung der Psychologen, die während des Studiums alle ein Seminar über Sozialisation und Selbsterfahrung belegen müssen, durchaus positiv sei. Praktische Kenntnisse über die Möglichkeiten der Psychotherapie fehlten vor allem im niedergelassenen Bereich. In der Schmerztherapie lernten Therapeuten psychosomatische Einrichtungen bereits von der anderen Seite her kennen.

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Schmerztherapeut“ müsse ein Facharzt nach theoretischer Vorleistungen (z.B. Weiterbildungskurse) ein Jahr lang in einer Einrichtung mit entsprechender Weiterbildungsberechtigung gearbeitet haben. Ein Hindernis für niedergelassene Ärzte, diese Zusatzausbildung zu machen, läge laut Prof. Distler darin, dass sie in der Regel währenddessen ihre Praxis schließen müssten. Wichtig sei vor allem, dass der Primärarzt seine Fähigkeiten einschätzen kann und gegebenenfalls den Schmerzpatienten rechtzeitig an einen Spezialisten überweist.

Die erfolgreiche Weiterbehandlung nach einem stationären Aufenthalt sieht eine andere Patientin als Problem: Die Kosten für notwendige Anwendungen einer ambulanten Behandlung würden die zuständigen Kassen nicht übernehmen.

Für die poststationäre ambulante Therapie bestehen viele Voraussetzungen, merkte Rüdiger Fabian hierzu an. Allerdings fehle es an der notwendigen Vernetzung und dem Informationsaustausch. Die Verordnung so genannter Heil- und Hilfsmitteln sei vor allem deswegen so schwierig, weil niedergelassene Ärzte ungern Verordnungen im Sonderfall ausschreiben. Die Verschreibung von Anwendungen wie z.B. Krankengymnastik über einen langen Zeitraum sei heute tatsächlich schwieriger als noch vor ein paar Jahren, aber dennoch nicht unmöglich. Die Zukunft der ambulanten Schmerztherapie liege in der Stärkung von Funktionen, um letztendlich eine Reintegration der Patienten zu erreichen. Und hier liege eine der Aufgaben von Selbsthilfegruppen, sich stärker politisch einzubringen und für die Entstehung einer integrierten Versorgung einzutreten. Ziel und Wesen der Selbsthilfearbeit sei die Erziehung des Patienten zu mehr Selbstverantwortung.

Ob es spezialisierte Schmerzpsychologen gibt, wollte eine weitere Patientin wissen.

Die Experten waren sich einig, dass es auf Schmerztherapie spezialisierte Psychotherapeuten gibt, die Anzahl der Spezialisten aber leider nur gering ist und sie zudem meistens an Universitätskliniken oder Instituten beschäftigt sind, wodurch sie in der Regel ambulant nicht zugänglich sind.

Aber auch ohne Zusatzqualifikation im Bereich des Schmerzes müsse ein guter Psychotherapeut nach Meinung von Rüdiger Fabian in der Lage sein, einen Schmerzpatienten zu behandeln. Die von jedem Therapeuten lösbare Grundfrage einer Psychotherapie sei, welche Therapieform für den Patienten relevant ist, z.B. eine Verhaltenstherapie oder ein psychodynamisches Konzept.

Als Empfehlung schlug Prof. Distler vor, sich mit einer schriftlichen Anfrage an die Psychotherapeutenkammer zu wenden, da diese Listen mit in Frage kommenden Therapeuten vorliegen haben.

Der konkrete Einfluss der Psyche auf das Schmerzempfinden interessierte eine Zuschauerin zum Abschluss der Diskussion.

Dass ein Zusammenhang zwischen Psyche und Schmerz besteht, so Prof. Elsner, sei mittlerweile nachgewiesen. Der Sitz der Seele, unserer Persönlichkeit, ist im vorderen Bereich des Gehirns. Die so genannte funktionelle Kernspin zeigt, dass bei entsprechenden Provokationsversuchen, z.B. Gefühlseinflüsse, Schrecken etc., ein Zusammenhang zum zentralen Schmerzzentrum, dem Thalamus, hergestellt wird. Dort werden Mechanismen angeregt, die im Prinzip einem äußeren Reiz entsprechen.

Das heißt, wir können nachweisen, dass diese Einflussfaktoren tatsächlich für unangenehme Symptome wie Schmerz, Übelkeit oder Luftnot sorgen können.

Prof. Distler ergänzte hierzu, dass diese Untersuchungen zeigen, dass auch soziale Verletzungen einen Einfluss auf die Schmerzzentren haben. Doch wie diese Einflüsse zu steuern sind, bleibt letztendlich der Individualmedizin überlassen. Jeder Mensch muss in diesem Rahmen individuell betrachtet werden.

## **Verleihung des MEDICA-B·R·A·H·M·S-Förderpreises für Selbsthilfegruppen**

Aufmerksamkeit, Kreativität, Engagement – beherrzte Öffentlichkeitsarbeit von Selbsthilfegruppen soll belohnt werden. Und so wurde im Rahmen der Veranstaltung zum zweiten Mal der mit insgesamt 6.000 € dotierte MEDICA-B·R·A·H·M·S-Förderpreis verliehen. Prämiert wurden die besten Ideen, Projekte und Materialien zum Thema Öffentlichkeitsarbeit. Mitmachen konnten alle Selbsthilfegruppen bzw.

-organisationen, die sich im Bereich der Schmerzerkrankungen engagieren.



*Preisgremium und Preisträger*

Die Mitglieder der unabhängigen Jury waren:

- Rüdiger Fabian (Bundesverband Deutsche Schmerzhilfe e.V.)
- Gerd Fischer (MEDICA Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Medizin e.V.)
- Dr. Bernhard Kügelgen (Therapiezentrum Koblenz)
- Gerd Thomas (medandmore communication GmbH)
- Dr. Bernd Wegener (B·R·A·H·M·S Aktiengesellschaft)

Im Rahmen des Informations-Forums für Selbsthilfegruppen überreichte die Jury am 17. November 2007 die Preise an insgesamt fünf Gewinner: zwei erste und zwei dritte Preise sowie einen Sonderpreis für regionale Aktivitäten:

### **1. Preis**

*Gemeinsam gegen den Schmerz, SHG für Schmerzranke, Münster*

Besonders beeindruckt war die Jury von der Durchführung von Schmerzbewältigungsseminaren und verschiedenen Workshops. Außerdem zeichnete sich die Gruppe durch das Forum „Hilfe zur Selbsthilfe“, die Starthilfe für Gruppengründer sowie die enge Zusammenarbeit mit anderen Gruppen aus. Belegt wurde die hervorragende Öffentlichkeitsarbeit u. a. durch zahlreiche Veröffentlichungen.

### **1. Preis**

*Selbsthilfe contra Schmerz, Euregio-Aachen*

Ebenfalls sehr angetan war die Jury von der Durchführung eines Informationstages zum Thema Schmerz, der von Radio und Fernsehen begleitet wurde. Auch die Aktionen für gehörlose Schmerz-

patienten sowie ein TÜV-Projekt zum Autofahren bei regelmäßiger Einnahme von starken Schmerzmitteln zeugten von außergewöhnlichen Ideen. Regionale und überregionale Medien hatten die tolle Arbeit durch zahlreiche Veröffentlichungen honoriert.

### **3. Preis**

*Selbsthilfegruppe, Schmerzhilfe Herford*

Die Mitwirkungen an den Gesundheitstagen Bielefeld, die Organisation des Tags der offenen Tür im Bürgerzentrum Herford und des Tags der Selbsthilfe in Herford überzeugten die Jury von der guten Arbeit der Schmerzhilfe Herford. Rundbriefe, umfangreiche Jahresberichte und zahlreiche Ankündigungen in Medien, Arztpraxen und Apotheken belegten die Wirkung der Aktivitäten.

### **3. Preis**

*Notbremse e.V., SHG chronischer Schmerz, Fulda*

Die sehr umfangreichen Bewerbungsunterlagen der Notbremse e.V. zeigten zahlreiche Veröffentlichungen über die Gruppe, u. a. ein Gruppeninterview für die ARD-Sendung Report über die Situation in der Schmerztherapie. Eine Protest-Aktion mit Fuldaer Schmerztherapeuten, die Aktion „Rote Karte an Ulla Schmidt“ und die Teilnahme an verschiedenen Patientenforen vervollständigten die gute Arbeit.

### **Sonderpreis**

*Rosemarie Faber*

Der Sonderpreis ging an Frau Faber für ihr außergewöhnliches Engagement in gleich zwei Gruppen, der SHG Wuppertal sowie der SHG-Deutsche Schmerzliga Haan. Zahlreiche Veröffentlichungen und Fernsehaufnahmen sowie ihre Teilnahme an Kongressen als Referentin und mit Infoständen überzeugten die Jury von der guten Öffentlichkeitsarbeit der beiden Gruppen.

Die Jury gratulierte allen Preisträgern sehr herzlich zu der überaus verdienten Auszeichnung. Die Förderpreise sind einerseits eine Anerkennung für bisher geleistete Arbeit, sie sollen aber auch Ansporn sein, im Einsatz für Patienten und Angehörige nicht nachzulassen – und sie sollen Außenstehende dazu ermuntern, sich zu beteiligen.



**B · R · A · H · M · S**