

# Schwerpunkt: Schmerztherapie

Michael Zenz

Defizite und Aufgaben

**S**chmerztherapie wird immer wieder als universelle und selbstverständliche ärztliche Aufgabe dargestellt. Dennoch besteht in allen Ländern noch ein erhebliches Defizit in der Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen. Nach Zahlen von der WHO versterben 90 Prozent der Tumorpatienten mit unbehandelten oder unzureichend behandelten Schmerzen. Teilweise sind die Defizite der Schmerztherapie in Deutschland besonders groß. Es gibt in unserem Land etwa 20 Hospize zur Therapie terminal Kranker, in Großbritannien mehr als 200 solcher Einrichtungen. In Dänemark wird, verglichen mit Deutschland, die zehnfache Menge an Morphin zur Therapie chronischer Schmerzen eingesetzt. In Deutschland gibt es etwa 200 Schmerzzambulanzen, 1 500 brauchen wir für eine ausreichende Versorgung ohne Wartezeiten. Vier Millionen Patienten leiden bei uns an chronischen Schmerzen, 500 000 Patienten haben problematische Schmerzen, die eine spezialisierte Therapie erfordern.

Patienten mit chronischen Schmerzen befinden sich durchschnittlich über elf Jahre in einer Behandlung und bei neun verschiedenen Ärzten, bis sie an eine Schmerzzambulanz überwiesen werden. Allein die Kosten für Arbeitsausfälle durch chronische Schmerzen belaufen sich auf über 40 Milliarden DM. Schmerz ist auch ein gesundheitspolitisches Problem.

Seit 1993 ist die Schmerztherapie Prüfungsfach im zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung. Aber

eine Pflichtvorlesung zu diesem Thema ist bisher nicht vorgesehen.

Über lange Zeit galt der akute Schmerz mit seinen Abwehrreaktionen als ein rein physiologisches Phänomen. Inzwischen wissen wir aus einer Reihe von Grundlagenstudien, daß auch dieser scheinbar physiologische Vorgang einen Weg in eine lang anhaltende Pathologie hervorrufen kann. Schmerzen können zu tiefgreifenden Störungen auch auf molekularer Ebene sowohl in der Peripherie als auch im zentralen Nervensystem führen. Solche Veränderungen, hauptsächlich im Bereich des Rückenmarks, können aus einem kurzen akuten Schmerz eine chronische Schmerzkrankheit machen.

Chronische Schmerzen sind dann nicht nur ein körperliches Phänomen, sondern beeinflussen Verhalten, Psyche, Reaktionen, Familie und Umwelt und können so zu lang anhaltenden Störungen im Leben eines Menschen führen. Alle Anstrengungen müssen darauf gerichtet sein, solche Prozesse zu unterbrechen oder zu verhindern. Dazu ist eine integrierte Therapie erforderlich mit Psychologen, Ärzten, Physiotherapeuten und einem Ansatz, der Schmerz nicht monokausal versteht. Kopfschmerzen, Tumorschmerzen, Rückenschmerzen können zunächst überall und in jeder Praxis behandelt werden. Wenn solche Schmerzen aber unverändert persistieren, sind ein interdisziplinärer Ansatz und eine Therapie in einer spezialisierten Einheit notwendig.

Für die Therapie von Tumorschmerzen hat die WHO klare Handlungsanweisungen in einem Stufenschema herausgegeben. Auch bei Kopfschmerzen gibt es solche Anleitungen von der internationalen und der deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. Bei vielen anderen chronischen Schmerzkrankheiten

fehlen solche Anleitungen, weil zu wenige Methoden und Medikamente wissenschaftlich sauber abgesichert sind. Vieles in der Schmerztherapie ist leider noch Erfahrungsmedizin.

Wir müssen uns in Zukunft bemühen, einen systematischen Unterricht aufzubauen, die wissenschaftlichen Aktivitäten zu intensivieren und die Versorgung von chronisch Schmerzkranken flächendeckend zu verbessern. Schmerztherapie darf nicht länger einer kleinen Anzahl engagierter Ärzte vorbehalten bleiben, sie muß eine universelle und von allen Ärzten beherrschte Aufgabe sein. Eine adäquate Schmerztherapie erspart nicht nur dem Patienten unnötige Schmerzen, mit einer adäquaten und sachgerechten Schmerztherapie ließen sich Kosteneinsparungen erreichen, woraus mehrere Gesundheitsreformen finanzierbar wären.

In diesem und in dem folgenden Heft erscheinen zum Thema Schmerz je zwei Beiträge, beginnend mit „Kopfschmerzen“; als zweite Arbeit „Psychologische Schmerztherapie“. In Heft 24 wird das Schwerpunktthema Schmerz fortgesetzt mit einer Arbeit zur medikamentösen Schmerztherapie. Der letzte Beitrag befaßt sich mit der sogenannten „Sympathischen Reflexdystrophie“ sowie mit Stumpf- und Phantomschmerzen.

**Deutsches  
Ärzteblatt**

91 (1994) A-1625 [Heft 22/23]

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Michael Zenz  
Direktor der Klinik  
für Anästhesiologie,  
Intensiv- und Schmerztherapie  
Berufsgenossenschaftliche Klinik  
Bergmannsheil – Universitätsklinik  
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1  
44789 Bochum

Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie (Direktor: Prof. Dr. med. Michael Zenz), Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil, Universitätsklinik Bochum