

Schmerz 2016 · 30:351–357
 DOI 10.1007/s00482-016-0137-2
 Online publiziert: 11. Juli 2016
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published
 by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights
 reserved 2016



K. Kieselbach¹ · M. Schiltenwolf² · C. Bozzaro³

¹ Interdisziplinäres Schmerzzentrum ISZ, Universitätsklinikum Freiburg, Freiburg, Deutschland

² Konservative Orthopädie und Schmerztherapie, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Paraplegiologie, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

³ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland

Versorgung chronischer Schmerzen

Wirklichkeit und Anspruch

Bereits im Jahr 2001 hat die Europäische Schmerzgesellschaft EFIC® eine Deklaration zum Schmerz verfasst, die den chronischen und wiederkehrenden Schmerz als ein spezielles Versorgungsproblem im Gesundheitssystem und als eigenständige Erkrankung klassifiziert, die als solche diagnostiziert und behandelt werden muss. In den Jahren danach folgten nationale und internationale Untersuchungen, Initiativen und Stellungnahmen zum Thema chronische Schmerzen (z. B. [17, 42]), die auf die spezifischen Behandlungserfordernisse aufmerksam machten und auch die gesundheits- und versorgungspolitische Brisanz chronischer Schmerzerkrankungen hervorhoben. Ausgangspunkt für die bis heute anhaltenden Bemühungen um eine Optimierung der Schmerzversorgung sind primär folgende Aspekte:

- Die hohe Prävalenz chronischer Schmerzerkrankungen, die nach aktuellen Schätzungen deutschlandweit zwischen 14 und 28 % variiert [12, 15, 28]
- Die individuelle Belastung der chronisch Schmerzkranken selbst [20]
- Die massive ökonomische und versorgungspolitische Belastung mit Versorgungskosten von über 2 % des deutschen Bruttosozialprodukts [48]
- Die demografische Perspektive [1]
- Folgeerkrankungen und Komorbiditäten [11]

Als optimierungsbedürftig gelten hauptsächlich versorgungs- und gesundheits-

politische Faktoren, die u. a. Prävention, Qualitätssicherung, Bedarfsplanung, Vergütungsstrukturen und Nachwuchsplanung umfassen. Weiterentwicklungspotenzial wird in der schmerzmedizinischen Kompetenz, in einem Ausbau der (Versorgungs-)Forschung und in der Verbesserung der Versorgungsstrukturen gesehen. Dabei sollen beispielsweise die flächendeckende und sektorenübergreifende Versorgung fokussiert werden. Die interdisziplinäre Versorgung soll nicht nur stationär, sondern auch beim Übergang in die ambulante oder rehabilitative Weiterbehandlung ermöglicht werden [2, 6].

» Es klafft eine Lücke zwischen Behandlungsempfehlungen und tatsächlichen Behandlungsoptionen

Trotz des hohen Bedarfs an schmerzmedizinischer bzw. -therapeutischer Behandlung erhalten bis zu 60 % der Schmerzpatienten keine adäquate Schmerzbehandlung, die die gesamte biopsychosoziale Problematik berücksichtigt [48]. Die aktuelle Versorgungssituation für Patienten mit chronischen Schmerzen ist nicht ausreichend und erfordert eine verbesserte spezifisch schmerztherapeutische Behandlung [28]. Die enorm hohen Versorgungskosten scheinen daher keine effiziente bzw. nachhaltige Wirkung zu

haben. Vielmehr wird eine deutliche Zunahme der chronischen Schmerzerkrankungen prognostiziert [11]. Somit klafft weiterhin eine Lücke zwischen Behandlungsempfehlungen bzw. gesundheitspolitischen Anstrengungen und tatsächlichen Behandlungsoptionen.

Vor diesem Hintergrund will der vorliegende Beitrag danach fragen, ob neben den versorgungs- und gesundheitspolitischen Ursachen nicht auch Faktoren wie das bisherige medizinisch-therapeutische Verständnis des chronischen Schmerzes, das diesen Ansätzen zugrunde gelegt wird, zur Problematik der durchaus verbesserungswürdigen Schmerzversorgung beitragen. Da es in der Schmerzversorgung primär um den schmerzleidenden Patienten geht, soll durch den Blick auf das persönliche Schmerzerleben die Bedeutung des chronischen Schmerzes für den betroffenen Patienten selbst illustriert werden. Darüber hinaus soll aufgezeigt werden, dass die aktuellen biomedizinischen und psychosozialen Ansätze einer wissenschaftlich fundierten Erweiterung bedürfen, um den tatsächlichen Bedürfnissen des chronisch kranken Schmerzpatienten besser zu entsprechen.

Was erleben Patienten mit chronischen Schmerzen?

Über Schmerzen als abstrakte Entität zu sprechen, macht nur bedingt Sinn, denn Schmerzen gibt es nicht losgelöst von einem Lebewesen, das Schmerzen

erlebt und erfährt. Um dieser Tatsache Rechnung zu tragen, sollen im Folgenden Schmerzpatienten selbst zu Wort kommen. Im Rahmen eines Projekts der Universitäten Freiburg und Göttingen in Kooperation mit der Berlin School of Public Health an der Charité wurden Patienten mit chronischen Schmerzen interviewt. Die Interviews sind im Internet frei zugänglich (<http://www.krankheitserfahrungen.de>). Einige Zitate aus diesen Interviews (Namen sind fiktiv) werden die folgenden philosophisch-phänomenologisch erarbeiteten Beschreibungen des Erlebens von Patienten mit chronischen Schmerzen unterbrechen. Dabei dienen sie nicht nur der Klärung der Darstellung. Vielmehr gewähren sie Einblicke in eine Realität, die Theorien und auch Definitionen zum chronischen Schmerz nur sehr eingeschränkt zu erfassen vermögen.

Störung der Leiblichkeitswahrnehmung. Patienten mit chronischen Schmerzen erfahren eine massive Veränderung in allen Bereichen ihrer Existenz, angefangen beim Erleben der eigenen Leiblichkeit. Das „normale“, „gesunde“ Verhältnis zum eigenen Körper zeichnet sich in der Regel dadurch aus, dass man durch den Körper ständig anwesend ist, Tätigkeiten ausführt, mit der Umwelt und den Mitmenschen interagiert, aber dabei den eigenen Körper gerade nicht eigens wahrnimmt [24, 35]. Darüber hinaus ist das alltägliche Verhältnis zum eigenen Körper dadurch ausgezeichnet, dass man über ihn verfügen kann. Patienten mit chronischen Schmerzen machen hingegen oftmals die leidvolle Erfahrung, dass sie selbst zum Sklaven ihres Körpers und seiner Launen werden. Der schmerzgeplagte Körper drängt aus seiner Verborgenheit heraus und fordert eine ständige Auseinandersetzung mit ihm. Er wird zum Hindernis, das den Leidenden einsperrt und von all dem, was bisher das Leben ausgemacht hat, fern hält.

Patientin Andrea Müller:

[...] ich musste eigentlich so eins nach dem anderen von den Dingen, die für mich wichtig waren, die mir Spaß gemacht haben, [aufgeben], ja – die gingen dann nicht mehr. Also Sport musste ich

aufhören, Gitarre spielen, Musik machen und diese ganzen Dinge. [...]

Störung des Zeiterlebens. Der chronische Schmerz verändert zudem die Wahrnehmung der Zeit. Im Alltag wird die Zeit am ehesten als Zeitfluss, als eine kontinuierliche Bewegung erlebt, die selbst gerade nicht Gegenstand der eigenen Wahrnehmung ist [21]. Der chronische Schmerz hingegen hält den Leidenden in einer „negativen“ Gegenwart gefangen. Während bei einem kurzen Schmerz der Gedanke an eine schmerzfreie Zukunft gerechtfertigt ist und dem Leidenden eine Perspektive und Hoffnung gibt, ist der chronisch Schmerzleidende dazu verurteilt, in einer Gegenwart zu verharren, aus der heraus keine leidfreie Zukunft in Sicht ist. Seine Zukunft ist versperrt [21]. Er muss erst lernen, sich eine neue Zukunftsperspektive zu erkämpfen, eine in der Schmerzen immer vorhanden sein werden, aber vielleicht nicht mehr alles überschatten. Besonders tückisch ist bei chronischen Schmerzen zudem die Tatsache, dass sie in ihrer Intensität ständig variieren, sodass Versuche, ein möglichst strukturiertes Leben jenseits des Schmerzes zu führen, immer wieder aufs Neue erkämpft werden müssen.

Patientin Monika Roth:

Also, ich kann nicht so drauflos wirtschaften oder wurschteln oder sagen: „Mensch, morgen machen wir das und dann machen wir das.“ [...] Schon spontan, also eher noch spontan, weil ich dann sagen kann: Jetzt kann ich diese Wanderung gerade mitmachen [...] Oder: Jetzt habe ich gerade so Schmerzen [...], dass ich also nicht so viel laufe [...]

Störung zwischenmenschlicher Beziehungen. Auf sozialer Ebene kann der chronische Schmerz mit tief greifenden Erschütterungen der zwischenmenschlichen Beziehungen einhergehen, die nicht selten zur Isolation des Leidenden führen.

Patientin Petra Andresen:

Es beginnt ja damit, dass Sie vorrangig über Ihre Schmerzen sprechen. Sie mer-

ken, Sie haben nichts anderes mehr im Kopf. Dann kommt es, dass Sie sich zurückziehen, weil Sie nicht mehr viel machen können.

Patienten mit chronischen Schmerzen müssen über ihren Schmerz reden können, denn es ist für sie oft die einzige Möglichkeit einer Objektivierung und Distanzierung von ihren Schmerzen [41]. Es ist leicht nachvollziehbar, dass dabei die Geduld und das Verständnis der Anderen – oftmals auch der behandelnden Ärzte und Therapeuten – an ihre Grenzen kommen.

Patientin Petra Andresen:

Und – also das ist schon, also wie das soziale – das ganze Umfeld, im Arbeitsfeld und auch privat sich total verändert. Also Schmerzen, ein chronischer Schmerzpatient muss schon sehr auf sich aufpassen, weil da droht eine ganz große Isolation.

Soziale Ausgrenzung. Je nach Ausprägung des Schmerzbilds können Schmerzpatienten soziale Erwartungen und die verschiedenen Rollen, die man im privaten sowie im öffentlichen Leben einnimmt, nicht mehr oder nur noch in einer stark reduzierten Weise erfüllen. Durch den Verlust von Aufgaben, den erzwungenen Rückzug aus der Arbeit und aus sonstigen Aktivitäten, macht sich bei vielen chronischen Schmerzleidenden ein Gefühl von Nutzlosigkeit breit und die Angst, den Anderen nur noch zur Last zu fallen.

Patientin Daniela Klein:

Das ist dann schon schlimm, wenn du dann so denkst: Menschenskinder, so alt bist du gar nicht und auf einmal hat die Welt keine Verwendung mehr für dich. [...] Mir fehlt mein Platz in dieser Welt.

Vor allem in Gesellschaften, in denen alles immer schneller und besser gehen soll, die auf Funktionalität und Leistungsfähigkeit ausgerichtet sind, macht sich das Gefälle zwischen sozialen Erwartungen und dem, was ein chronisch Schmerzleidender leisten kann, für die Betroffenen schmerzlich bemerkbar.

Patientin Anna Wagner:

Ein Aspekt [...] das trifft wahrscheinlich

zu für jede Art von chronischer Krankheit – so doch die Erfahrung, dass Gesunde und Kranke doch in verschiedenen Welten leben. [...] Und das ist auch niemandes Schuld oder das will auch niemand so, das hängt in der Natur der Situation einfach. [...] Weil bestimmte Erfahrungen kann man so auch gar nicht teilen, das kann man auch nicht erwarten, weil ja einfach der gesunde Mensch in einem völlig anderen Rhythmus auch lebt dann. Und eben der chronisch Kranke oder der – jetzt in dem Fall der chronisch Schmerzkranken – er stirbt nicht, er wird aber auch nicht gesund. [...] – Und das hört nicht auf [...]

Existenzielle Verzweiflung. Die Isolation, die Frustration, das Gefühl von Verlorenheit in einer Welt, in der man als chronisch Leidender keinen Platz mehr zu haben scheint, führen zur Hoffnungslosigkeit und treiben die Betroffenen an den Rand der Verzweiflung. Der Schmerzpatient „stirbt noch nicht mal“! Es ist kein Ende, keine Erlösung in Sicht. Gefangen in seiner Einsamkeit und Verzweiflung kann ein leidender Mensch kaum umhin, sich der Frage nach dem Warum zu stellen.

Patientin Christa Schumacher:

Und dann kommen eben noch die Gedanken dazu: Warum eigentlich? Warum habe ich das alles? Das ist manchmal gar nicht so einfach, das zu verstehen. [...] Was habe ich bloß verbrochen, dass man so leben muss, wie ich lebe? Ich würde auch gerne noch auf die grüne Wiese gehen.

Menschen orientieren sich gewöhnlich an plausiblen Erklärungen bei dem, was sie tun und erleben. Sie bedürfen stimmiger Sinnzusammenhänge. Der chronische, nicht enden wollende Schmerz sprengt jedoch jede Form von Erklärung und Sinngebung. Medizinisch gesehen erfüllt er in den meisten Fällen keine Funktion. Er schützt das Leben nicht, er zehrt es vielmehr auf. Und so hinterfragt ein betroffener Mensch sich pausenlos, analysiert akribisch die eigene Biografie, das eigene Verhalten und die Umgebung auf der Suche nach

Schmerz 2016 · 30:351–357 DOI 10.1007/s00482-016-0137-2
© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights reserved 2016

K. Kieselbach · M. Schiltenwolf · C. Bozzaro

Versorgung chronischer Schmerzen. Wirklichkeit und Anspruch

Zusammenfassung

Eine Optimierung der Schmerzversorgung wird seit Jahren von gesundheitspolitischer Seite gefordert. Doch zwischen dem aktuellen Versorgungsbedarf und den realen Versorgungsstrukturen klafft nach wie vor eine große Lücke. Der vorliegende Beitrag will aufzeigen, dass diese Lücke nicht nur mit versorgungs- und gesundheitspolitischen Faktoren zusammenhängt, sondern auch vielfältige konzeptionelle, diagnostische und therapeutische Ursachen zu bedenken sind. Da es bei der Schmerzversorgung primär um den schmerzleidenden Patienten geht, soll zunächst der Blick auf dessen Schmerzerleben gerichtet werden, um zu verdeutlichen, was der chronische Schmerz

für den Betroffenen selbst bedeutet. Dann soll aufgezeigt werden, wie im Rahmen aktueller biomedizinischer und psychosozialer Ansätze der chronische Schmerz aufgefasst wird. Abschließend wird beleuchtet, weshalb diese Ansätze nicht nur eines multimodalen Behandlungskonzepts, sondern darüber hinaus eines hermeneutischen Zugangs bedürfen, um Patienten mit chronischen Schmerzen besser gerecht zu werden.

Schlüsselwörter

Schmerzversorgung · Gesundheitspolitische Konzepte · Schmerzverständnis · Psychosoziale Faktoren · Multimodale Schmerztherapie · Fürsorge

Chronic pain care. Reality and entitlement

Abstract

From the point of view of healthcare policies, improvement in pain care has been required for years; however, there is a great discrepancy between the current need for pain care and the actual provision by healthcare services. This article seeks to demonstrate that while healthcare policies are one of the critical factors involved, a variety of conceptual, diagnostic and therapeutic causes should also be taken into account. Firstly, considering that pain care is primarily concerned with the suffering of pain by patients, the focus lies

with their conscious experience in order to define the patients' understanding of pain. Additionally, in this article current biomedical and psychosocial comprehension concerning chronic pain will be illustrated and why it is necessary to broaden our horizons in order to do justice to patients with chronic pain.

Keywords

Pain management · Health care policy · Understanding of pain · Psychosocial factors · Multimodal pain therapy · Care

einer Erklärung. Dieses zutiefst menschliche Bedürfnis nach einer schlüssigen Erklärung für das Sinnwidrige kann sich als fatal herausstellen, wenn jemand zur Überzeugung gelangt, er habe tatsächlich etwas falsch gemacht und dadurch den Schmerz selbst verursacht. Dann geht es um die eigene Verantwortung und Schuld für die eigene Misere.

Anhand dieser sehr skizzenhaften Phänomenologie des chronischen Schmerzes sollte exemplarisch die Vielschichtigkeit und Komplexität des Erlebens von Patienten mit chronischen Schmerzen dargestellt werden. Vor diesem Hintergrund sollen nun die gängigen

Ansätze in der Schmerztherapie in Bezug auf ihr Schmerzverständnis dargestellt werden.

Biomedizinische und psychosoziale Therapieansätze

In den letzten Jahren haben die Bemühungen, chronische Schmerzen besser zu verstehen, zu vielfältigen Überlegungen in den Bereichen Diagnostik und Therapie geführt. Als wichtigste Chronifizierungsfaktoren (■ **Tab. 1**) gelten die Persistenz nozizeptiver und die Entwicklung neuropathischer Schmerzen sowie Veränderungen in der Signaltransdukti-

Tab. 1 Synopse relevanter zum biomedizinischen und psychosozialen Verständnis der Schmerzchronifizierung beitragender Faktoren

Übergeordneter Chronifizierungsmechanismus	Erklärungsmodell	Kurzzusammenfassung, Bemerkungen, Beispiele	Ausgewählte Literatur
Pathophysiologische Mechanismen	Periphere und zentrale Sensibilisierung	Sensibilisierungsprozesse tragen zur Entwicklung neuropathischer Schmerzen bei	[49]
	Individuelle pathophysiologische Veränderungen	Schmerzursache, (epi)genetische Faktoren und Umgebungsfaktoren bedingen individuelle Schmerzvarianten	[14, 16, 18, 37, 46]
	Neuroendokrinologische, immunologische und evolutionsbiologische Einflüsse	Neuronale und neurohumorale Faktoren beeinflussen auf evolutionsbiologischer Basis chronisch-entzündliche Erkrankungen	[39, 43]
	Aktivierung myofaszialer Nozizeptoren	Periphere Sensibilisierung durch wiederholte Aktivierung muskulärer Nozizeptoren, Verbindung zwischen Muskelfaszien und chronischen Rückenschmerzen	[10, 29]
Genetische Veränderungen	Maladaptive Plastizität	Spezifische genetische Modifikationen führen zu chronischen neuropathischen Schmerzen	[19]
	Funktionelle Areale auf schmerzassoziierten Genen	Schmerzassoziierte Gene bieten zukünftige therapeutische Ziele für die Modulation der Signaltransduktion, den Transport von Ionen und eine individualisierte Medikation	[34, 38]
Neuronale Netzwerke/strukturelle Veränderungen	Spezifische strukturelle Veränderungen im zentralen Nervensystem	Unterschiedliche zentrale Genese neuropathischer/nichtneuropathischer Schmerzen	[25]
	Charakteristika der neuronalen Netzwerke für Lern- und Belohnungsprozesse	Chronifizierung durch Beeinflussung neuronaler Netzwerke für emotionales Lernen und Erwartungs-/Belohnungssysteme	[4, 7, 30]
Psychologisch-psychiatrische Einflussfaktoren	Schmerzvermeidungsverhalten, Durchhaltestrategien und ängstliches Verhalten	Spezifische affektive Verhaltensformen begünstigen eine Schmerzchronifizierung	[27]
	Frühkindliche Schmerz-/Stresserlebnisse, Bindungstypen	Kindheitstraumata und Bindungssituationen können zur Schmerzchronifizierung beitragen	[3, 44]

on auf der Ebene des peripheren und zentralen Nervensystems, aber auch auf zellulärer, immunologischer, genetischer und epigenetischer Ebene. Hinzu kommen psychologische, psychosoziale und psychiatrische Einflussfaktoren [45].

Grundlegende therapeutische Ansätze im Bereich der *Prävention* chronischer Schmerzen basieren auf der Identifizierung neurobiologischer Risikofaktoren und auf der Detektion einer vulnerablen und möglicherweise weniger resilienten Personengruppe. Diese Faktoren werden als entscheidend für die Entwicklung von individualisierten Therapieverfahren betrachtet.

Im Falle einer *bereits vorhandenen Chronifizierung* wird über den Nachweis spezieller Schmerzphänotypen eine selektive und personalisierte Behandlung angestrebt: Eine Kombination aus ätiologischen Faktoren, pathophysiologischen und phänotypischen Veränderungen, die beispielsweise mittels funktioneller Bildgebungsdaten, quantitativer sensorischer Testung oder genetischer Analysen bestimmt werden, bereitet den Weg für

eine Subspezifizierung von Patientengruppen [14]. Die heute verfügbaren schmerzmedizinischen Therapieverfahren sind nur teilweise evidenzbasiert und leitliniengerecht. Oft werden empirisch-pragmatische biomedizinische Vorgehensweisen angewendet [36]. Schmerzpsychologische Verfahren fokussieren vorwiegend auf die gut messbaren und daher auch am besten untersuchten kognitiv-behavioralen Verfahren, die sich zuletzt hauptsächlich auf emotions- und kognitionsregulierende Vorgehensweisen konzentriert haben [31].

Sowohl aus biomedizinischer als auch aus schmerzpsychologischer Sicht wird ein besseres Verständnis der Schmerzursachen, aber auch eine Weiterentwicklung der Therapien und Techniken angestrebt. Alle bekannten Testverfahren, wie funktionelle Bildgebung, quantitative sensorische Testung, genetische Analysen oder kognitiv-behaviorale Verfahren, bieten zum jetzigen Zeitpunkt noch keine zuverlässige Grundlage für eine Subspezifizierung und umfassende Behandlung der komplexen chronischen

Schmerzerkrankung. Im Hinblick auf die biomedizinischen Verfahren stellen die komplex miteinander vernetzten Schmerzursachen [14], aber auch die adäquate Einschätzung von Schmerzen, die sich oft noch auf die alleinige Messung der Schmerzstärke konzentriert [8], eine große Herausforderung dar. Für schmerzpsychologische Therapieansätze ist die Berücksichtigung patientenspezifischer und therapeutenimmanenter Faktoren von großer Bedeutung [31].

» Die Anlehnung an Behandlungsprinzipien des Akutschmerzes ist problematisch

Der eigentlich problematische Aspekt vieler der oben beschriebenen hauptsächlich biomedizinisch basierten Behandlungsansätze ist jedoch die Anlehnung an Behandlungsprinzipien des Akutschmerzes. So unterschiedlich die erläuterten Therapieformen in ihrer Ausrichtung zunächst erscheinen mögen, sind sie letztlich darauf fokussiert,

ein möglichst greifbares, sichtbares bzw. messbares Korrelat als Ursache für den Schmerz zu finden. Die Hoffnungen ruhen darauf, dass dieses Korrelat – wenn es einmal gefunden ist – behandelbar und letztlich behebbar ist [23]. Prinzipiell muss eine solche Vorgehensweise sehr differenziert betrachtet werden. Einer kausalen Behandlungsoption sollte zwar hinsichtlich chronischer Schmerzen Aufmerksamkeit geschenkt werden, da nicht alle Schmerzpatienten eine Chronifizierung erleiden [28]. Eine kausale Behandlung wird aber für Patienten mit chronischen Schmerzen erst dann möglich und sinnvoll, wenn zukünftig eine bessere Identifizierung von Subgruppen realisiert wird und damit tatsächlich die Mechanismen, Risikofaktoren und die vulnerabilitätsbestimmenden Faktoren einer Chronifizierung genauer bekannt sind. Erst so wäre eine bereits präventive Vorgehensweise, aber auch eine adäquate und individualisierte Therapie sekundärer multifaktorieller Veränderungen möglich (vergl. auch [14]).

Schmerzmedizin zwischen Heilung und Fürsorge

Die Vorstellung, man könne ein – wo auch immer angesiedeltes – möglichst behebbares Korrelat zum Schmerzerleben des Patienten finden, ist prinzipiell berechtigt und hat sich bezüglich akuter Schmerzen auch als zielführend erwiesen. Wird dieser Ansatz jedoch auf den chronischen Schmerz übertragen, kann dies fatale Folgen haben. Die einseitige Fokussierung auf die Ursachenforschung kann dazu führen, dass die Behandlung der aktuellen Beschwerden und vor allem die Begleitung des Patienten mit chronischen Schmerzen in den Hintergrund rücken. Hanson et al. haben dies folgendermaßen auf den Punkt gebracht: „In ihrer Bemühung Patienten zu heilen vernachlässigt die moderne Medizin in manchen Fällen ihre Aufgaben in der Fürsorge für Patienten – als würde man sagen: Wenn Heilung gefunden werden könnte, wer braucht dann noch Fürsorge? Diese Denkweise ist grundlegend irreführend.“ [13]. Wie die Autoren unterstreichen, hat die Medizin nicht lediglich die Aufgabe, Leiden und Schmerzen sowie Krankhei-

ten zu heilen, sondern ebenso den Auftrag, kranke Menschen fürsorglich zu begleiten. Dies gilt natürlich in besonderer Weise für jene Bereiche der Medizin, die mit chronischen Erkrankungen zu tun haben. Gerade in einer alternden Gesellschaft, wo chronische Erkrankungen die häufigste Ursache für Schmerz sind, muss die Fürsorge für den Patienten, die „care“, wieder stärker in den Mittelpunkt der medizinischen Praxis gelangen. Wie kann das gelingen?

Zum einen müssen chronisch schmerzkranken Patienten zunächst selbst von der Erwartung, dem Paradigma des „Heilens“, loskommen und annehmen, dass ihre chronischen Schmerzen ein beständiger Teil ihres Lebens bleiben werden. Zum anderen muss der zerstörerischen Wirkung des Schmerzes, die sich auf alle Dimensionen des Lebens auswirkt, entgegengearbeitet werden. Der Patient muss darin unterstützt werden, die eigene Integrität wiederzuerlangen, er muss lernen, die eigene, durch den Schmerz veränderte Persönlichkeit und das Leben mit der Krankheit anzunehmen. Dabei ist die empathische und kontinuierliche Unterstützung auch vonseiten des behandelnden Arztes und Therapeuten unerlässlich. Denn oftmals sind es gerade Ärzte und Therapeuten, die zum einen das Vertrauen eines Patienten genießen und zum anderen die gebührende Distanz zu ihm haben, um ihm angemessen zu helfen. Wird der Patient von ihnen gut aufgefangen, ist dies ein erster Schritt zurück in ein soziales Netz, aus dem Patienten mit chronischen Schmerzen oftmals schnell herausfallen.

Fürsorge („care“) für Patienten mit chronischen Schmerzen: das multimodale Behandlungskonzept

Die dargestellte Vorgehensweise wird aus Sicht der Autoren im Verfahren der interdisziplinären multimodalen Therapie am besten abgebildet: Sie zielt nicht primär auf die Ursachensuche, sondern stellt eine integrative und edukative Vorgehensweise in den Vordergrund, die auf eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit einerseits und auf einen verbesserten Umgang mit den Schmerzen andererseits

abzielt [5, 22]. Diese Form der Behandlung chronischer Schmerzen basiert auf dem Verständnis multifaktorieller und ineinandergreifender Mechanismen, die chronische Schmerzen als eine biopsychosozial bedingte Erkrankung klassifizieren. Ein eng vernetztes, interprofessionelles multimodales Management chronischer Schmerzen ist für deren Diagnostik und Therapie grundlegend [5, 32]. Die Effektivität und Kosteneffizienz der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie konnte in einigen Studien belegt werden, hauptsächlich für chronische Rückenschmerzen (z. B. [26, 33]).

Dennoch bestehen Unklarheiten in Bezug auf Faktoren wie die Indikation, Dauer und Intensität sowie die Struktur und Qualitätssicherung [47], die für das Ergebnis der multimodalen Schmerztherapie entscheidend sind. Neben diesen noch unzureichend geklärten Parametern müssen insbesondere Inhalte, die die Kernkompetenzen der Interdisziplinarität – oder besser: Interprofessionalität – betreffen, als essenziell für die wirksame Umsetzung eines solchen Konzepts gewertet werden [32]. Teamintegrative Ansätze und Teamkohäsion setzen eine kollegiale und wertschätzende Zusammenarbeit im Team voraus. Die Integration aller Fachdisziplinen und Professionen, die eng vernetzte Zusammenarbeit „auf Augenhöhe“, muss immer wieder über eine konstruktive Lösung von Anforderungen und Konflikten erarbeitet werden. Der Aufbau eines Teams ist als dauerhafte „Konstruktion“ zu betrachten [9]. Nur über eine gemeinsame Strategie im Team auf allen Behandlungs- und Arbeitsebenen können dem Schmerzpatienten ein einheitliches Behandlungsmodell und ein kongruentes Therapieziel in glaubhafter und tragfähiger Weise vermittelt werden. Die Verbesserung der Schmerzintensität allein stellt in diesem Zusammenhang meist keine ausreichende Perspektive dar. Vielmehr müssen eine Definition und schrittweise Erarbeitung subjektiver Lebensziele bzw. Lebensqualitätsziele sowie die Unterstützung bei deren Umsetzung durch das gesamte interprofessionelle Team mit einer Verbesserung des Funktionszustands in allen Belangen und letztlich der Zufriedenheit kurz- und langfristiges Ziel sein. Die Be-

handlung und Teamintegration des Patienten im Rahmen einer multimodalen Therapie und in einem ausreichenden zeitlichen Kontext implizieren auch dessen Reintegration zunächst in eine gesellschaftliche „Mikrostruktur“, was letztlich die „Resozialisierung“ des oftmals durch den Schmerz stark isolierten Patienten unterstützen kann und soll.

» Der Patient muss mit all seinen Schwierigkeiten und Eigenheiten wertgeschätzt werden

Im Kontakt und im Gespräch mit den Patienten müssen von allen beteiligten Professionen, aber insbesondere von den Therapeuten spezifische Grundhaltungen gelebt und ausgedrückt werden [40]. Dazu zählen die bedingungslose positive Wertschätzung des Patienten mit all seinen Schwierigkeiten und Eigenheiten, Empathie im Sinne von Verständnis und empathischer Kommunikation und Kongruenz in der Haltung mit Echtheit und Wahrhaftigkeit gegenüber dem Patienten. Ein wahrhaftes Interesse am Patienten setzt die Fähigkeit voraus, von der Dritte-Person-Perspektive auf die Erste-Person-Perspektive wechseln zu können. Es setzt voraus, dass man versteht, welche Bedeutung die Schmerzerkrankung für das Leben eines Patienten hat. Der Zugang zur Bedeutungsebene des Schmerzerlebens wird nicht durch biomedizinische und psychologische und auch nicht durch einen biopsychosozialen Ansatz allein gewonnen, sondern durch narrative und interpretative Ansätze. Daher wäre es wünschenswert, wenn im Rahmen der Schmerzbehandlung viel stärker auch philosophisch, literarisch und kulturell vermittelte Erkenntnisse über den Schmerz und vor allem über das individuelle Erleben von Schmerzen berücksichtigt würden.

Fazit für die Praxis

Das seit Langem angewendete biomedizinische Modell ist zweifellos in Bezug auf die Behandlung akuter Schmerzen sehr erfolgreich. Doch in entwickelten

Ländern, in denen gerade der chronische Schmerz zu einer zunehmenden Herausforderung wird, zeigt sich, dass das Modell vielen Bedürfnissen nicht ausreichend zu entsprechen vermag, weil es mit der Gefahr einhergeht, einen reduktionistischen Blick auf den Menschen zu fördern. Vielmehr gilt es deshalb, Modelle zu verfolgen, die einen erweiterten Blickwinkel auf die gesamte Lebenssituation des Patienten innehaben. Es bedarf sogar einer über das biopsychosoziale Modell hinausgehenden Betrachtung, bei der auch philosophische, literarische und kulturelle Aspekte stärker berücksichtigt werden. Dadurch erst kann ein umfassenderes und der offensichtlichen Komplexität des Phänomens chronischer Schmerz angemesseneres Verständnis ermöglicht werden.

Korrespondenzadresse

Dr. med. K. Kieselbach

Interdisziplinäres Schmerzzentrum ISZ,
Universitätsklinikum Freiburg
Breisacher Str. 64, 79106 Freiburg, Deutschland
kristin.kieselbach@uniklinik-freiburg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Kieselbach gibt an, als Referentin für die Fa. Grünenthal tätig gewesen zu sein und ein Referentenhonorar sowie Reisekostenerstattungen erhalten zu haben. C. Bozzaro gibt an, als Referentin für die Fa. Grünenthal tätig gewesen zu sein und ein Referentenhonorar sowie Reisekostenerstattungen erhalten zu haben. M. Schiltenswolf gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Opinion TNS, Social (2007) Eurobarometer survey on „Health in the European Union“, Special Eurobarometer 272e/Wave 66.2. http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf. Zugegriffen: 8. Juni 2016
- Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für die Gesundheit der Länder (2015) Pressemitteilung zur 88. Gesundheitsministerkonferenz GMK.
- Anno K, Shibata M, Ninomiya T, Iwaki R, Kawata H, Sawamoto R, Kubo C, Kiyohara Y, Sudo N, Hosoi M (2015) Paternal and maternal bonding styles in childhood are associated with the prevalence of chronic pain in a general adult population: The Hisayama Study. *BMC Psychiatry* 15:181

- Apkarian AV, Baliki MN, Farmer MA (2013) Predicting transition to chronic pain. *Curr Opin Neurol* 26:360–367
- Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR, Diezemann A, Gralow I, Imrich D, Kaiser U, Klases B, Klimczyk K, Lutz J, Nagel B, Pflingsten M, Sabatowski R, Schesser R, Schiltenswolf M, Seeger D, Sollner W (2014) Multimodal pain therapy for treatment of chronic pain syndrome. Consensus paper of the ad hoc commission on multimodal interdisciplinary pain management of the German Pain Society on treatment contents. *Schmerz* 28:459–472
- Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft (2013) Hintergrundinformationen zum 117. Deutschen Ärztetag. In: Bundesärztekammer (ed) BÄKground spezial.
- Baliki MN, Petre B, Torbey S, Herrmann KM, Huang L, Schnitzer TJ, Fields HL, Apkarian AV (2012) Corticostriatal functional connectivity predicts transition to chronic back pain. *Nat Neurosci* 15:1117–1119
- Ballantyne JC, Sullivan MD (2015) Intensity of chronic pain – The wrong metric? *N Engl J Med* 373:2098–2099
- Bartsch HH, von Hornstein W (1998) Interdisziplinäre Schmerztherapie bei Tumorpatienten. Strategien der Akut- und Langzeitbehandlung. Karger, Freiburg im Breisgau
- Bendtsen L, Ashina S, Moore A, Steiner TJ (2016) Muscles and their role in episodic tension-type headache: implications for treatment. *Eur J Pain* 20:166–175
- Beske F, Katalinic A, Peters E, Pritzkeleit R (2009) Morbiditätsprognose 2050. Ausgewählte Krankheiten für Deutschland, Brandenburg und Schleswig-Holstein. IGSF-Stiftung, Kiel
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006) Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 10:287–333
- Hanson MJ, Callahan D (2000) The goals of Medicine. The forgotten issues in health care reform. Georgetown University Press, Washington
- Denk F, McMahon SB, Tracey I (2014) Pain vulnerability: A neurobiological perspective. *Nat Neurosci* 17:192–200
- Dietl M, Korczak D (2011) Over-, under- and misuse of pain treatment in Germany. *GMS health technology assessment* 7:Doc03
- Doehring A, Geisslinger G, Lotsch J (2011) Epigenetics in pain and analgesia: An imminent research field. *Eur J Pain* 15:11–16
- Deutsche Schmerzgesellschaft V (2012) Nationaler Aktionsplan gegen den Schmerz. http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/PK_250412_2_NationalerAktionsplanGegenDenSchmerzneu_2_.pdf. Zugegriffen: 8. Juni 2016
- Eisenberger NI (2012) The neural bases of social pain: evidence for shared representations with physical pain. *Psychosom Med* 74:126–135
- Elramah S, Landry M, Favereaux A (2014) MicroRNAs regulate neuronal plasticity and are involved in pain mechanisms. *Front Cell Neurosci* 8:31
- Fishbain DA, Gao J, Lewis JE, Bruns D, Meyer LJ, Disorbo JM (2015) Prevalence comparisons of somatic and psychiatric symptoms between community nonpatients without pain, acute pain patients, and chronic pain patients. *Pain Med* 16:37–50
- Fuchs T (2003) Die Zeitlichkeit des Leidens. In: Christoph HMKCK (Hrsg) Das Maß des Leidens. Klinische und psychoanalytische Aspekte seelischen Krankseins. Felix Meiner Verlag GmbH, Würzburg, S 59–78

22. Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B (2014) Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol* 69:119–130
23. Goldberg DS (2015) The bioethics of pain management: Beyond opioids. Taylor and Francis Group, New York London
24. Grüny C (2004) Zerstörte Erfahrung. Eine Phänomenologie des Schmerzes. Königshausen und Neumann, Würzburg
25. Gustin SM, Peck CC, Wilcox SL, Nash PG, Murray GM, Henderson LA (2011) Different pain, different brain: thalamic anatomy in neuropathic and non-neuropathic chronic pain syndromes. *J Neurosci* 31:5956–5964
26. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C (2001) Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: systematic review. *BMJ* 322:1511–1516
27. Hasenbring MI, Chehadi O, Titze C, Kreddig N (2014) Fear and anxiety in the transition from acute to chronic pain: there is evidence for endurance besides avoidance. *Pain Manag* 4:363–374
28. Hauser W, Schmutzger G, Hilbert A, Braehler E, Henningsen P (2015) Prevalence of chronic disabling noncancer pain and associated demographic and medical variables: A cross-sectional survey in the general German population. *Clin J Pain* 31:886–892
29. Hoheisel U, Rosner J, Mense S (2015) Innervation changes induced by inflammation of the rat thoracolumbar fascia. *Neuroscience* 300:351–359
30. Ingvar M (2015) Learning mechanisms in pain chronification – Teachings from placebo research. *Pain Suppl* 1:S18–S23
31. Jensen MP, Turk DC (2014) Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain: Why it matters to ALL psychologists. *Am Psychol* 69:105–118
32. Kaiser U, Sabatowski R, Azad SC (2015) Multimodal pain therapy. Current situation. *Schmerz* 29:550–556
33. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RW, Guzman J, van Tulder MW (2015) Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 350:h444
34. Kringel D, Ultsch A, Zimmermann M, Jansen JP, Ilias W, Freynhagen R, Griessinger N, Kopf A, Stein C, Doebling A, Resch E, Lotsch J (2016) Emergent biomarker derived from next-generation sequencing to identify pain patients requiring uncommonly high opioid doses. *Pharmacogenomics J*. doi:10.1038/tpj.2016.28
35. Leder D (1990) The absent body. University of Chicago Press, Chicago
36. Loeser JD, Cahana A (2013) Pain medicine versus pain management: ethical dilemmas created by contemporary medicine and business. *Clin J Pain* 29:311–316
37. Lotsch J (2011) Genetic variability of pain perception and treatment – Clinical pharmacological implications. *Eur J Clin Pharmacol* 67:541–551
38. Lotsch J, Doebling A, Mogil JS, Arndt T, Geisslinger G, Ultsch A (2013) Functional genomics of pain in analgesic drug development and therapy. *Pharmacol Ther* 139:60–70
39. Pongratz G, Straub RH (2013) Role of peripheral nerve fibres in acute and chronic inflammation in arthritis. *Nat Rev Rheumatol* 9:117–126
40. Rogers CR (2007) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Psychotherapy (Chic)* 44:240–248
41. Scarry E (1992) Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur. In: *Der Körper im Schmerz*. Fischer, Frankfurt am Main
42. SIP (2011) The societal impact of pain – A road map for action. http://www.efic.org/userfiles/file/Road%20Map%20for%20Action_Aktionsplan_30%2005%202011-%20German.pdf. Zugegriffen: 8. Juni 2016
43. Straub RH (2012) Evolutionary medicine and chronic inflammatory state – Known and new concepts in pathophysiology. *J Mol Med* 90:523–534
44. Tietjen GE, Peterlin BL (2011) Childhood abuse and migraine: epidemiology, sex differences, and potential mechanisms. *Headache* 51:869–879
45. Turk DC, Wilson HD, Cahana A (2011) Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet* 377:2226–2235
46. von Hehn CA, Baron R, Woolf CJ (2012) Deconstructing the neuropathic pain phenotype to reveal neural mechanisms. *Neuron* 73:638–652
47. Waterschoot FP, Dijkstra PU, Hollak N, de Vries HJ, Geertzen JH, Reneman MF (2014) Dose or content? Effectiveness of pain rehabilitation programs for patients with chronic low back pain: A systematic review. *Pain* 155:179–189
48. Wolff R, Clar C, Lerch C, Kleijnen J (2011) Epidemiology of chronic non-malignant pain in Germany. *Schmerz* 25:26–44
49. Woolf CJ (2011) Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain* 152:S2–15

Wolffram-Preis 2016 ausgeschrieben

Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) schreibt den Wolffram-Preis für Forschungsarbeiten zum Thema Kopfschmerz aus.

- Eingereicht werden können Diplomarbeiten, Doktorarbeiten und Publikationen (Publikationen sollten zumindest „im Druck“ sein bzw. nicht älter als 12 Monate).
- Für den Preis können sich wissenschaftliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller Fachrichtungen bewerben, die an einer akademischen Einrichtung in Deutschland tätig sind.
- Es besteht keine Altersbegrenzung.
- Der erste Preis wird mit 5.000 €, der zweite mit 2.500 € und der dritte mit 1.000 € gewürdigt.
- Die Bewertung nimmt das DMKG-Präsidium vor. Dieses behält sich vor, externe Gutachter hinzuziehen.

Der Wolffram-Preis wird anlässlich des Deutschen Schmerzkongresses vom 19. bis 22. Oktober 2016 in Mannheim verliehen. Bewerbungen sind bevorzugt via Email bis zum 15. August 2016 einzureichen bei der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft. Alternativ ist die Einreichung per Post (in vierfacher Ausfertigung möglich).

Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft Generalsekretariat
 Priv.-Doz. Dr. med. Charly Gaul
 Migräne und Kopfschmerzambulanz Königstein
 Ölmühlweg 31
 61462 Königstein im Taunus
 info@dmkg.de