Schmerz 2013 · 27:452–453
 DOI 10.1007/s00482-013-1359-1
 Online publiziert: 13. September 2013
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
 Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg -
 all rights reserved 2013

L. Radbruch^{1,2} · H.-G. Schaible³

¹ Klinik für Palliativmedizin, Universitätsklinikum Bonn

² Zentrum für Palliativmedizin, Malteserkrankenhaus Bonn /Rhein-Sieg, Bonn

³ Institut für Physiologie, Universität Jena

Wenn nichts mehr weh tut, bist du tot

Göckenjan et al. [1] legen in ihrer soziologischen Studie schockierende Schlussfolgerungen vor. Rehabilitation wird als eine Schule des Schmerzlernens beschrieben, sie bietet ein Lernfeld, in dem erprobt werden kann, ob Schmerz zum persönlichen Lebensmittelpunkt taugt. Vor allem aber entsteht in der zunehmend spezialisierten Behandlung von chronischen Schmerzen ein Schmerzhandeln, das Patienten in eben dieser Behandlung festhält. Die Autoren sprechen von einer „Schmerzfall“, in der Patienten und Behandler gefangen sind.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft (DSG) hat über Jahrzehnte daran gearbeitet, ein Verständnis in Fachkreisen und Öffentlichkeit für chronische Schmerzen als eigenständige „Schmerzkrankheit“ zu schaffen. Langsam scheinen diese Bemühungen mit einem deutlichen Erfolg gesegnet, als neuestes Beispiel sei die Einführung des neuen Querschnittsbereichs zur Schmerztherapie in das Medizinstudium genannt [2]. Die Medien berichten von der „Volkskrankheit Schmerz“ (z. B. http://www.focus.de/panorama/welt/gesundheit-volkskrankheit-13-millionen-mit-chronischen-schmerzen_aid_1069921.html). Damit einher gehen natürlich Forderungen nach einem Ausbau der Therapieeinrichtungen für chronische Schmerzen in Deutschland.

Sind also die Aussagen in der Studie von Göckenjan et al. [1] nicht gefährlich für diese Entwicklungen? Wenn die Autoren Recht haben, werden dann mit dem zunehmenden Ausbau der Schmerztherapie nicht nur mehr chronische Schmerzpatienten produziert? Die Autoren haben ihre Untersuchung in der orthopädischen

Schmerzversorgung durchgeführt, und in anderen Bereichen mögen die Schlussfolgerungen nicht zutreffen. Und die Fixierung des Patienten in der Rolle als chronisch Schmerzkranker ist nur eine von mehreren Möglichkeiten, für die Patienten sich entscheiden können (wenn diese Entscheidung natürlich nicht bewusst abläuft).

Generiert die Schmerzmedizin auch ihre Patienten?

Tatsächlich werden die erfahrenen Schmerztherapeuten sich beim Lesen sicherlich gleich an ein paar Patienten erinnern haben, bei denen in der Tat der Schmerz ganz im Mittelpunkt des Lebens stand, die aber durchaus auch deutliche Vorteile aus dieser Rolle als Schmerzkranker zogen. Manche Patienten brauchen ihren Schmerz und können deshalb auch keinen Therapieerfolg zulassen.

Auch das Erlernen und Ausprobieren der Krankenrolle ist vielen aus leidvoller Erfahrung bekannt, und hat sich schon in einem Schild für das Wartezimmer verewigt:

☒ „Die Patienten werden gebeten, während der Wartezeit nicht die Symptome zu tauschen“.

Diese Erfahrungen führten auch in der Praxis der spezialisierten Schmerztherapie vielerorts zu einem Umdenken, so fand eine Umfrage unter den deutschen Einrichtungen der multimodalen Schmerztherapie eine gemeinsame Philosophie zur Reduzierung von Hilflosigkeit und Vermeidungsverhalten bei den Pa-

tienten [2, 4]. Längst steht nicht mehr die Schmerzlinderung im Zentrum der multimodalen Therapie, sondern die Verbesserung der Funktion und die Schulung im Umgang mit den Schmerzen. Dies sind genau die Maßnahmen, um den von Göckenjan et al. [1] beschriebenen Behandlungspfad umzuleiten.

Ähnlich wird auch in verwandten Bereichen wie der Palliativmedizin über ein Umdenken nachgedacht, weg von einem problem-orientierten Denken, bei dem die Symptome und Funktionsdefizite im Vordergrund stehen, hin zu einem ressourcen-orientierten Vorgehen, bei dem eher die bereits genutzten und weitere zur Verfügung stehende Ressourcen in den Fokus gerückt werden.

Resilienz und Salutogenese

Dies führt zu einer neuen Diskussion von vielversprechenden (und z. T. schon lange bekannten) Konzepten in der Schmerztherapie wie z. B. Resilienz oder Salutogenese. Resilienz beschreibt die Toleranz eines Systems gegenüber Störungen, also die Fähigkeit, nach Veränderungen in den alten Zustand zurückzufedern. Hohe Resilienz könnte erklären, warum manche Menschen nach massiven körperlichen oder psychischen Verletzungen ohne langfristige Folgen bleiben, während anderen schon bei geringeren Störungen in ihrem Leben zutiefst erschüttert werden. Wenn sich Resilienz also erlernen lassen würde, könnten chronische Schmerzpatienten davon eine Verbesserung erwarten, oder zumindest weitere Verschlechterungen im Verlauf vermeiden?

Ähnlich bietet auch die Salutogenese ein Konzept zur Bewältigung von Belastungen und Spannungen an. Generalisierte Widerstandsressourcen können solche Belastungen abfangen, indem sie ihnen eine Bedeutung zuordnen. Zentral für diese Überlegungen ist das Kohärenzgefühl („sense of coherence“), das für das Grundvertrauen des Betroffenen steht, dass die Ereignisse in seinem Leben einen Sinn ergeben, vorhersehbar oder zumindest erklärbar sind und von ihm beeinflusst werden können. Auch hier ist zu fragen, wie das Kohärenzgefühl gezielt verstärkt werden kann, und wieweit dies zu einem Umgang mit chronischen Schmerzen führen kann, der mit weniger Einschränkungen im Alltag verbunden ist.

➤ **Die notwendige Weiterentwicklung der spezialisierten Schmerztherapie sollte nicht dazu führen, dass Deutschland ein „Volk von Schmerzkranken“ wird.**

Rückenschmerzen oder Kopfschmerzen können auch Teil des normalen Lebens sein, die zu einer gesunderen Lebensweise führen sollten, aber nur selten zum Schmerzspezialisten. Es bleibt zu hoffen, dass die klaren Aussagen in der Arbeit von Göckenjan et al. [1] nur der Beginn einer kritischen und selbstkritischen Auseinandersetzung mit dem Grundverständnis der spezialisierten Schmerztherapie ist.

L. Radbruch

L. Radbruch

H.-G. Schaible

H.-G. Schaible

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. L. Radbruch
Klinik für Palliativmedizin,
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund Freud Straße 25, 53127 Bonn
Lukas.Radbruch@malteser.org

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L. Radbruch und H.-G. Schaible geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Göckenjan G, Dreßke S, Pfankuch O (2013) Pfade in der orthopädischen Schmerzversorgung - Soziologische Untersuchungen zum Schmerzhandeln. *Schmerz* 27:467–474
2. Dusch M, Quandt C (2013) Lehre mit Schmerz. *Schmerz* 27:454–455
3. Nagel B, Pflingsten M, Brinkschmidt T et al. (2012) Struktur- und Prozessqualität multimodaler Schmerztherapie. Ergebnisse einer Befragung von schmerztherapeutischen Einrichtungen. *Schmerz* 26:661–669
4. Sabatowski R, Kaiser U (2012) Multimodale Schmerztherapie: Ein etabliertes Verfahren? *Schmerz* 26:644–646

Deutscher Schmerzkongress 2013

Alle Abstracts online unter www.DerSchmerz.de

Vom 23.–26. Oktober 2013 findet in Hamburg der Deutsche Schmerzkongress 2013 statt, veranstaltet von der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der Deutschen

Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft e.V. (DMKG). Kongresspräsidenten sind Prof. Dr. Shahnaz Christina Azad für die Deutsche Schmerzgesellschaft und Prof. Dr. Arne May für die DMKG.

Unter dem Motto „MODERNE SCHMERZ-MEDIZIN: Ist alles gut, was geht?“ werden v.a. die Aspekte der Praxisnähe, Effektivität, Ethik, Innovation und Ökonomie diskutiert. Die Errungenschaften der Schmerzmedizin sind beträchtlich, das Arsenal der therapeutischen Möglichkeiten breitgefächert, die Erfolge unübersehbar, beispielsweise im Akutschmerz. Unübersehbar sind aber auch die Stagnation in der Therapie chronischer Schmerzen, der teilweise unkritische Einsatz invasiver Maßnahmen und häufig das Fehlen der geforderten Interdisziplinarität.

Wie immer, werden auf dem Deutschen Schmerzkongress ein breites Spektrum aktueller grundlagenwissenschaftlicher und klinischer Forschungsergebnisse, aber auch Updates in der Diagnostik und Therapie von Schmerzen, beispielsweise im Bereich des Kopfschmerzes präsentiert.

Die Abstracts sämtlicher freier Vorträge und Posterpräsentationen sind in diesem Jahr erstmals ausschließlich als Online-Supplement zur Zeitschrift *Der Schmerz* erschienen. Hier können Sie die Inhalte des Kongresses nachlesen:

<http://dx.doi.org/10.1007/s00482-013-1364-4>

Sie finden das Abstract-Supplement im PDF-Format auch über die Zeitschriftenhomepage www.DerSchmerz.de über den weiterführenden Link „Read online“. Wählen Sie nun im Menü „Issue 1 Supplement – Oktober 2013“, um zu den Abstracts zu gelangen.

Eine informative Kongressvor- oder Kongressnachbereitung wünscht Ihnen

Ihre Redaktion Der Schmerz