M. Zenz
U. Drechsel

Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ – Von der Gießkanne zum Nadelöhr

Der Deutsche Ärztetag hat im Juni 1996 beschlossen, eine Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ einzuführen. Diesem Schritt waren jahrelange Bemühungen vorausgegangen. Hierbei gingen die Vorschläge vom „Facharzt für Schmerztherapie“ bis zu Vorschlägen, die Schmerztherapie nur bestimmten Gebieten vorzubehalten, und waren damit erwartungsgemäß erfolglos. Die jetzige Regelung sieht ausdrücklich vor, daß die Zusatzbezeichnung allen Gebieten mit Patientenbezug offensteht. Damit sind sicher viele Mißverständnisse und Differenzen ausgeräumt. Aber es waren auch neue Diskussionen geschaffen, und alte Mißverständnisse wurden wiederholt. Ein Editorial hatte den etwas mißverständlichen Titel „Wem gehört die Schmerztherapie?“. Erst später wurde dann ausgeführt „Die von einer Vielzahl beteiligter Fachgebiete getragene Gründung einer Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) im vergangenen Jahr hat allen Monopolansprüchen auf die Schmerztherapie eine eindeutige Absage erteilt“ [4]. Und völlig zu Recht verweisen die Autoren auf die Satzung der DIVS, in der es heißt: „Die Schmerztherapie ist eine interdisziplinäre Aufgabe. Sie erfordert in Wissenschaft und Praxis eine systematische, fachübergreifende Zusammenarbeit in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.“ So hat die Überschrift mehr als der Inhalt für Unsicherheit gesorgt.

Ganz anders ein Titelthema in der Zeitschrift „Der Hausarzt“. Zunächst dreht sich fast alles ums liebe Geld. Qualität und Qualifikation werden nur beiläufig

angesprochen. Bei den wenigen fachlichen Bemerkungen in diesem Aufsatz werden dann aber ausschließlich Fehl- und Vorurteile geäußert, angefangen von der „ursächlichen“ Behandlung chronischer Schmerzen bis hin zu „fachlich eindeutig per se qualifizierten Ärzten wie Anästhesisten“. Dies kann selbst vom Anästhesisten nicht ohne Stirnrunzeln gelesen werden. Der Artikel enthält dann noch den Hinweis, daß ein 4-stündiger Kurs den Nachweis erbringen kann, daß „jeder geschulte Allgemeinarzt auch spezielle Schmerztherapie in seiner Praxis durchführen kann“ [1]. Bei 44 515 niedergelassenen Allgemeinärzten wäre dann der Bedarf wahrlich gedeckt.

Von welcher Schmerztherapie sprechen wir eigentlich? Offensichtlich nicht von derselben. Ohne Zweifel sollte jeder Hausarzt die Grundzüge einer Schmerztherapie kennen – und dann aber auch anwenden. Ganz so selbstverständlich ist das nicht [16]. Deshalb hat auch in einem weiteren Papier der Deutsche Ärztetag beschlossen, daß „Schmerztherapie“ zukünftig Inhalt der Weiterbildung in jedem klinischen Gebiet sein soll, was bisher nur bei der Anästhesie der Fall war. Dies ist sicher ein mindestens ebenso wichtiger Beschluß, denn er sorgt für eine breite Basis in der Schmerztherapie, die vielleicht einmal zu einer besseren Prophylaxe der Schmerzchronifizierung beiträgt.

In jedem Fall haben wir uns vor Augen zu halten, wovon die Definition der „Speziellen Schmerztherapie“ spricht: „Die spezielle Schmerztherapie umfaßt die gebietsbezogene Diagnostik und Therapie chronisch schmerzkranker Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren hat und selbständigen Krankheitswert erlangt hat.“ Und zu den Weiterbildungsinhalten heißt es unter anderem: „Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese, Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplanes, interdisziplinäre Koordination der Ärzte, standardisierte Dokumentation des schmerztherapeutischen Behandlungsverlaufes“.

M. Zenz (✉)
Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerztherapie,
Berufsgenossenschaftliche Kliniken Bergmannsheil,
Universitätskliniken Bürkle-de-la-Camp-Platz 1,
D-44789 Bochum

U. Drechsel
Fachbereich Anästhesie-Schmerzbehandlung,
Deutsche Klinik für Diagnostik, Aukammallee 33,
D-65191 Wiesbaden

Es dreht sich also nicht um den Patienten, der akut wegen Schmerzen zum Arzt kommt. Es dreht sich um einen chronisch kranken Patienten mit solchen Schmerzen, die einen selbständigen Krankheitswert haben. In der letzten Ausgabe dieser Zeitschrift ist exemplarisch auf diese Situation in einem Beitrag eingegangen worden. Rückenschmerzen haben grundsätzlich einen guten Spontanverlauf. Nur wenige Patienten erfahren eine Chronifizierung. Diese knapp 10 % aller Patienten mit Rückenschmerzen verursachen aber 80 % der Kosten bei dieser Diagnose [6]. Die Kosten sind dann ja letztlich nur ein Spiegelbild für die vielen erfolglosen Therapieversuche und die Konsequenzen durch Arbeitsausfall und Berentung. Es gilt, für den Patienten herauszufinden, welche Entwicklungen und Prozesse zu dieser Chronifizierung geführt haben und welche Komponenten zur aktuellen Schmerzausprägung beitragen. Chronischer Schmerz hält sich eben nicht an Fachgebietsgrenzen und erfordert daher Kenntnisse, die über das eigene Fachgebiet hinausgehen.

Qualifizierte Schmerztherapie ist daher auf allen Ebenen notwendig. Beim Hausarzt in der Therapie akuter Schmerzen und Prävention der Chronifizierung, beim Facharzt im gebietsbezogenen Einsatz schmerztherapeutischer Verfahren, in der „speziellen Schmerztherapie“ für die Patienten, bei denen ein kausaler Ansatz in den meisten Fällen nicht mehr möglich ist und bei denen weder eine Monotherapie noch eine monodisziplinäre Therapie gerechtfertigt erscheint.

In allen 3 Bereichen, in der Basisversorgung, in der fachärztlichen Therapie und in der „speziellen Schmerztherapie“ müssen wir gemeinsam dazulernen, Standards definieren und intensiver miteinander kommunizieren. Beispiele für diese unterschiedlichen Ebenen finden sich auch in diesem Heft [9, 15]. Die umfangreiche Arbeit aus der Arbeitsgruppe um Hildebrandt beschreibt ein multimodales und daher aufwendiges und teures Therapieprogramm bei chronischen Rückenschmerzen – „spezielle Schmerztherapie“. Dies ist nur in spezialisierten Einheiten möglich und sinnvoll, dann aber wahrscheinlich für Patient und Gemeinwesen von hohem Nutzen. Krämer hat sich verdienstvoll um die Weiterbildung der Orthopäden bemüht und legt in dieser Ausgabe einen Beitrag zur „orthopädischen Schmerztherapie“ vor, der in ähnlicher Form bereits im Deutschen Ärzteblatt [8] wiedergegeben war. Dies ist – im Gegensatz zu dem Ansatz in der Arbeitsgruppe Hildebrandt – ein Beitrag, den man in die „gebietsbezogene Schmerztherapie“ einordnen könnte.

„Gebietsbezogene“ Vorschläge zur Diagnostik und Therapie von akuten oder chronischen Schmerzen sind zwingend erforderlich, um die Weiterbildung mit Inhalt zu füllen. Erfreulicherweise ist die lange Abstinenz der Orthopäden von der Zeitschrift „Der Schmerz“ und dem Thema mit Krämers Beitrag und mit anderen Beiträgen der letzten zwei Jahre unterbro-

chen [17], nachdem 1994 beim Jahreskongress der DGSS zum Thema „Schmerzen am Bewegungsapparat“ nur 2 % der Vorträge und Poster aus der Orthopädie kamen [18].

Der Inhalt der Arbeit von Krämer beschäftigt sich hauptsächlich mit Injektionstechniken, die zu den Anästhesieleistungen zählen. Insoweit müssen anästhesiologische Standards zumindest auch diskutiert werden.

Prof. Krämer schreibt, daß bei einiger Übung die „epidural perineurale“ Injektion (Seite 269–275) auch ohne Zuhilfenahme bildgebender Verfahren gelingt. Daß die epidurale Injektion ohne Hilfsmittel erfolgen kann, beweisen viele hundert Epiduralanästhesien täglich im Rahmen der Narkose. Die Nadel aber zwischen den Laminae, vorbei an der Dura und dem Subarachnoidalraum schräg zur kontralateralen Nervenwurzel zu lenken (und das noch mit einer 29 G-Nadel, selbst bei Verwendung einer Führungskanüle) und hierbei exakt im Epiduralraum zu bleiben, erfordert sicher ein enormes handwerkliches Geschick. Daher kann für diese Technik ein bildgebendes Verfahren nicht als entbehrlich angesehen werden. Wenn aber ein CT für diese Technik notwendig wird, dann müssen die Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen. Dafür gibt es keinen Anhalt, selbst wenn Krämer eine eigene Studie anführt [5, 10, 12, 13]. Unter dem Hinweis, daß es 7000 Orthopäden gibt (– die möglicherweise diese Technik in ihren Praxen anwenden –) erscheinen aber einige Gesichtspunkte problematisch. Dies gilt insbesondere unter der Prämisse, daß diese Technik erstmalig unter der Überschrift „Standards, Leitlinien“ in der Z. Orth. beschrieben wurde. Allein die Nadel kann zu einem Trauma führen – Blutung, Infektion [14]. Dünne Nadeln schützen nicht vor Nervenschäden [3]. Die blinde Nadelpositionierung kann zu akzidenteller Duraverletzung führen, die bei Injektion von Glucocorticosteroiden dann von Meningitis oder Arachnoiditis gefolgt sein kann [12]. Insbesondere bei wiederholten Blockaden ist diese Gefahr gegeben. Daher wird in einer Übersicht die Empfehlung gegeben, zunächst nur ein Lokalanästhetikum und erst dann das Corticoid zu injizieren [2]. Wenn andererseits „Standards“ bereits vorliegen, z.B. das EKG und der venöse Zugang im EBM, dann sollten diese Standards nicht ohne wissenschaftlichen Nachweis verlassen werden.

Für alle monotherapeutischen Ansätze bei unspezifischen Rückenschmerzen gilt das, was ein Editorial des Präsidenten der IASP hervorhebt: Keine Therapie hat eine nachgewiesene Effektivität – Warten allein reicht. Dies ist in verschiedenen Konsensuskonferenzen (Kanada, USA, England) übereinstimmend festgestellt worden [11]. Dasselbe Editorial betont, daß eine bestimmte Methode der Schmerztherapie direkt proportional zur Häufigkeit der Therapeuten angewandt wird aber ohne Beziehung zur Bevölkerungszahl. „Health care is a social convention, driven only in small part by

anatomy, pathology or physiology" [11]. Auf jeden Fall ist die Spezifität der Nervenblockaden bei radikulären und nicht-radikulären Rückenschmerzen gering [13].

Angesichts von Einzelfallberichten mit tödlichem Ausgang im Zusammenhang mit rückenmarknahen Blockaden zur Schmerztherapie [7] sollten gemeinsame Standards gefunden oder eingehalten werden. Der Beitrag von Krämer kann im Rahmen der „gebietsbezogenen“ Schmerztherapie als ein wichtiger und wertvoller Beitrag zur Diskussion verstanden werden. Er sollte jedoch nicht als Standard verstanden werden. Diese weni-

gen Gedanken mögen aufzeigen, daß „Spezielle Schmerztherapie“ nicht mit der Gießkanne als Zusatzbezeichnung verteilt werden kann. Diese Zusatzbezeichnung ist ein Nadelöhr, aber nicht ein unüberwindliches. Die lobenswerte Betonung von Qualität und Qualitätssicherung in der Schmerztherapie durch den Beschluß des Deutschen Ärztetages muß jetzt mit Leben gefüllt werden. Alle bisherigen und weiteren Diskussionsbeiträge sind dazu willkommene Grundlagen zum Erreichen wirklich gemeinsamer Standards.

Literatur

1. (1995) Titelthema – Zusatzbezeichnung „Schmerztherapie“ – Notwendige Subspezialisierung oder unnötige Zersplitterung? *Der Hausarzt* 14: 18
2. Abram SE, O'Connor TC (1996) Complications associated with epidural steroid injections. *Regional Anesthesia* 21: 149
3. Dahlgren N, Törnerbrandt K (1995) Neurological complications after anaesthesia. A follow-up of 18000 spinal and epidural anaesthetics performed over three years. *Acta Anaesthesiol Scand* 39: 872
4. Hempel K, Weißbauer W (1996) Wem gehört die Schmerztherapie? *Chirurg* 67: 663
5. Hildebrandt J, Pflingsten M, Ensink FB (1993) Die Problematik bei der Therapie von Rückenschmerzen. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 28: 148
6. Hildebrandt J, Pflingsten M, Franz C, Saur P, Seeger D (1996) Das Göttinger Rücken Intensiv Programm (GRIP) – ein multimodales Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Teil 1. Ergebnisse im Überblick. *Der Schmerz* 10: 190
7. Höer H, Schregel W, Wildförster U (1996) Tödlicher Verlauf einer cervicalen Nervenblockade. *Der Schmerz* 10: 40
8. Krämer J (1996) Orthopädische Schmerztherapie. *Deutsches Ärzteblatt* 93: 1386
9. Krämer J (1996) Besonderheiten der orthopädischen Schmerztherapie bei Erkrankungen der Wirbelsäule. *Der Schmerz* 10: 269–275
10. Krämer J, Owczarek V, Bickert V (1996) Lumbale epidurale Injektion zur orthopädischen Schmerztherapie. *Zeitschrift für Orthopädie* 134: 12
11. Loeser J (1996) Back pain in the workplace. II. *Pain* 65: 7
12. McLain RF (1996) Epidural corticosteroid therapy for back and leg pain: questions of efficacy and action. *Pain Digest* 6: 153
13. North RB, Kidd DH, Zahurak M, Piantadosi S (1996) Specificity of diagnostic nerve blocks: a prospective, randomized study of sciatica due to lumbosacral spine disease. *Pain* 65: 77
14. Renck H (1995) Neurological complications of central nerve blocks. *Acta Anaesthesiol Scand* 39: 859
15. Saur P, Hildebrandt J, Pflingsten M, Seeger D, Steinmetz U, Straub A, Hahn J, Kasi B, Heinemann R, Koch D (1996) Das Göttinger Rücken Intensiv Programm (GRIP) – ein multimodales Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, Teil 2. Somatische Aspekte. *Der Schmerz* 10: 237–253
16. Sorge J, Zenz M (1989) Schmerzpatienten unterversorgt. *Deutsches Ärzteblatt* 86: 2231
17. Zenz M (1995) „Schmerz“ in Publikationen. *Der Schmerz* 9: 1
18. Zimmermann M (Hrsg) (1994) Schmerzen des Bewegungssystems. 19. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V. 19.–23. Oktober 1994 in Dresden. *Der Schmerz* 8: Supplement 1