

Zum aktuellen Stand der Schmerzmedizin: Herausforderungen und Chancen



Foto: Adobe Stock/jollier_

Schmerzen zu empfinden ist unabdingbarer Bestandteil des Lebens und gleichzeitig eine überlebenswichtige Eigenschaft. Chronische Schmerzen sind allerdings nicht mehr primär Symptom einer zugrundeliegenden Pathologie, sondern können als chronische Schmerzstörung einen eigenen Krankheitswert haben, der mit hoher Belastung und Einschränkung der Betroffenen einhergeht. In Deutschland sind nach repräsentativen Befragungen circa 27 Prozent der Bevölkerung von chronischen Schmerzen betroffen. Rücken- und Kopfschmerzen sind in Deutschland die Schmerzentitäten mit der höchsten Krankheitslast, und nach Depressionen führen Rückenschmerzen am häufigsten zu Arbeitsunfähigkeit. Die direkten und indirekten Gesundheitskosten, die auf chronische Schmerzen pro Jahr zurückzuführen sind, werden auf circa zwei bis drei Prozent geschätzt. Das entspräche im Jahr 2024 für Deutschland rund 130 Milliarden Euro.

Bereits seit 1979 liegt eine wissenschaftlich anerkannte Definition der International Association for the Study of Pain (IASP) von Schmerz vor. Diese wurde 2020 geringfügig überarbeitet und lautet:

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühls-erlebnis, das mit einer tatsächlichen oder potentiellen Gewebeschädigung einhergeht oder einer solchen ähnelt.“

Diese Definition wird erweitert durch sechs „Keynotes“:

1. Schmerz ist immer eine persönliche Erfahrung, die in unterschiedlichem Ausmaß von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird.
2. Schmerz und Nozizeption sind unterschiedliche Phänomene. Schmerzerleben lässt sich nicht auf Aktivität im sensorischen System reduzieren und Nozizeption kann stattfinden, ohne dass Schmerzen erlebt werden.
3. Personen erlernen durch ihre Lebenserfahrungen ein Konzept (eine Vorstellung) von Schmerz. Dieses Konzept bestimmt wesentlich das Schmerzerleben und den Umgang mit Schmerz.
4. Die Äußerung einer Schmerzerfahrung sollte immer akzeptiert und respektiert werden.
5. Obwohl Schmerz in der Regel eine adaptive Funktion hat, können (insbesondere chronische) Schmerzen Funktion und Wohlbefinden negativ beeinflussen.
6. Eine verbale Beschreibung von Schmerzerleben ist nur eine von mehreren Möglichkeiten. Die Unfähigkeit zu kommunizieren bedeutet nicht, keine Schmerzen zu erleben.

Schmerzen sind demnach ein subjektives Erlebensphänomen, bei dem körperliche (zum Beispiel Muskelspannung, Aktivierung von Nozizeptoren), psychologische (zum Beispiel Disstress, Depressivität, Angst) und soziale Faktoren (zum Beispiel Arbeitsplatz-/Familienkonflikte) zusammenwirken.

Nach Definition der International Association for the Study of Pain (IASP) werden drei Mechanismen der Schmerzentstehung unterschieden, wobei Mischformen häufig sind:

1. Nozizeptiver Mechanismus: Hierbei kommt es beispielsweise durch eine periphere Gewebeschädigung oder durch Entzündungsvorgänge in somatischen oder viszerale Gewebe zur Aktivierung von Nozizeptoren. Beispiele sind Arthrose, Arthritis oder Ischämien.

2. Neuropathischer Mechanismus: Schmerzen, die durch eine Schädigung oder Erkrankung des somatosensorischen Nervensystems entstehen. Sie können periphere, spinale oder supraspinale Bereiche betreffen. Beispiele sind Postzosterneuralgie, Trigeminusneuralgie oder Polyneuropathie.

3. Noziplastischer Mechanismus: Dieser in 2017 neu eingeführte Begriff beschreibt Schmerzen, die weder durch den nozizeptiven noch durch den neuropathischen Mechanismus hinreichend erklärt werden können. Hier steht die Sensibilisierung des schmerzverarbeitenden Systems im Vordergrund. Klinische Beispiele sind das Fibromyalgiesyndrom, chronischer Spannungskopfschmerz, manche Formen nicht-spezifischer Rückenschmerzen oder Schmerzen beim Reizdarmsyndrom.



Sensibilisierungsmechanismen spielen eine zentrale Rolle bei der Schmerzchronifizierung: Eine anhaltende Aktivierung von Nozizeptoren kann deren Empfindlichkeit ebenso erhöhen wie diejenige zentraler Neurone. Hierdurch entsteht ein „gesteigertes Antwortverhalten“ von Nervenzellen auf „normalen Input“ – die sogenannte periphere und zentrale Sensibilisierung. Sie kann neben einer Signalverstärkung auch zu einer zeitlichen Verlängerung oder vergrößerten räumlichen Ausdehnung eines Schmerzsignals führen. In der Folge kann gar eine veränderte Genexpression hin zu proinflammatorischen Zuständen mit einem sich selbst verstärkenden Krankheitsprozess resultieren.

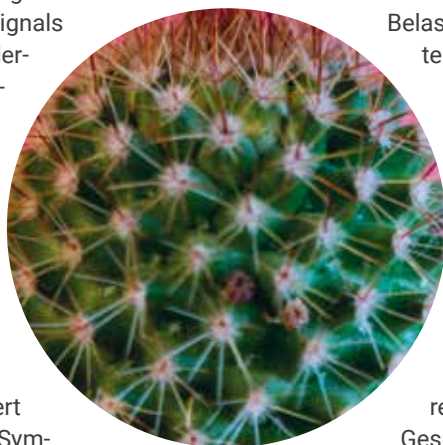
Die so entstehenden chronischen Schmerzen sind dadurch gekennzeichnet, dass Befund und Befinden oft wenig oder gar nicht korrelieren, sie können nicht auf einen entweder somatischen oder psychischen Kern reduziert werden. Der Schmerz ist dann kein Symptom mehr, das schmerzverarbeitende neuronale System ist selbst erkrankt. Jeder chronische Schmerz sollte darum als Kontinuum in einem bio-psycho-sozialen Schmerzmodell verstanden werden.

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie in einem abgestuften Versorgungskonzept

Um der Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen gerecht zu werden, sollte ein abgestuftes Behandlungsangebot aus ambulanter, teil- und vollstationärer Versorgung bestehen und an einem bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis ausgerichtet sein:

1. Diagnostik und Therapie sollen von Anfang an in einem interdisziplinären Team, unter anderem aus Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten stattfinden und patientenbezogene Besonderheiten berücksichtigen.
2. Fachspezifische Ursachenzuschreibungen und pragmatische Therapieansätze ohne Gesamtkonzept sollen vermieden werden. Die Indikation für medikamentöse und invasive Therapieverfahren soll streng gestellt werden, um iatrogene Risiken zu minimieren.
3. Der Fokus der Therapie liegt auf der Funktion (nicht auf dem Schmerz) und auf aktiven, selbst-wirksamen Verfahren.

Die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) stellt den Goldstandard in der Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen dar. Erste Ansätze interdisziplinärer Programme gab es unter anderem in Mainz bereits in den 1980er-Jahren. Als definierte Therapieform wurde die „interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST)“ in den 1990er-Jahren etabliert und seit den 2000ern auch in Leitlinien, OPS-Kodierung und Krankenkassenverträgen verankert.



Zentraler Aspekt der IMST ist eine enge zeitliche, räumliche und inhaltliche Vernetzung der Maßnahme unter fortlaufender Abstimmung der beteiligten Fachdisziplinen, die dabei gleichberechtigt und fachlich auf Augenhöhe agieren. Die Therapie berücksichtigt edukative, körperlich und psychologisch übende Konzepte wie Functional Restoration (Verbesserung der subjektiven und objektiven Funktionsfähigkeit), Graded Activity (schrittweise quotenorientierte Belastungssteigerung) und kognitiver Verhaltenstherapie. Aktuell wird zwischen stationären Behandlungen mit einer Dauer von mindestens sieben bis 21 Tagen (OPS 8-918), einer stationären Kurzzeitbehandlung von weniger als sieben Tagen (OPS 8-91b) und einer teilstationären Behandlung (OPS 8-91c) differenziert.

Zwar ist die IMST personal- und zeitintensiv, doch wirkt sie oft nachhaltig und reduziert in der Folge direkte und indirekte Gesundheitskosten. In der Praxis problematisch ist, dass die IMST inhaltlich über die Strukturvorgaben des OPS hinaus nicht einheitlich definiert ist. Dementsprechend gibt es heterogene Angebote, die oftmals den von der Deutschen Schmerzgesellschaft definierten Qualitätskriterien nicht entsprechen.

Eine qualitativ hochwertige IMST erfordert eine hochwertige spezielle Weiterbildung aller beteiligter Berufsgruppen. Neben der ärztlichen Weiterbildung in Spezieller Schmerztherapie gibt es in der Psychotherapie die anerkannte und nach der Weiterbildungsordnung geregelte Weiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“. Auch im Bereich der Physiotherapie und Ergotherapie sowie für Pflegefachpersonen gibt es schmerzspezifische Weiterbildungen (Spezielle Schmerzphysiotherapie/Schmerzergotherapie, Spezielle Schmerzpflege).

Künftige Herausforderungen

Die Schmerzmedizin hat sich in den vergangenen Jahren als hochspezialisiertes interdisziplinäres Fachgebiet etabliert und ermöglicht Millionen Betroffener eine Versorgung, die ihrem Krankheitsbild gerecht wird. Dennoch steht die Schmerzmedizin gegenwärtig vor ebenso großen Chancen wie Herausforderungen.

Der Stellenwert der Schmerzmedizin wurde jüngst durch die neue ICD-11 gestärkt: Chronischer Schmerz ist dort erstmals als eigenständige Krankheitsentität mit eigenem Kapitel definiert. Es wird unterschieden zwischen chronischen primären Schmerzsyndromen (zum Beispiel Fibromyalgie, chronische Kopfschmerzen) und chronischen sekundären Schmerzsyndromen (assoziiert mit Grunderkrankungen wie Tumoren oder Gelenkerkrankungen). Damit wird das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell unterstrichen, das den Schmerz nicht nur als Symptom, sondern als eigenständiges Krankheitsbild

anerkennt. Die Krankenhausstrukturreform birgt demgegenüber mit ihrer Einführung von Leistungsgruppen Risiken für die Schmerzmedizin: Interdisziplinäre und teilstationäre Angebote sind schwer in monodisziplinäre Leistungsgruppen und strukturelle Denkweisen einzupassen. Es besteht derzeit die Gefahr, dass circa 40 Prozent der (teil-)stationären Versorgungsangebote in Deutschland ohne Schaffung einer Leistungsgruppe Schmerzmedizin unterfinanziert oder gar nicht mehr angeboten werden können, sie nicht die erforderlichen (meist fachfremden) Strukturanforderungen erfüllen können.

Für Rheinland-Pfalz bedeutet dies konkret, dass nach derzeitigem Stand circa 50 Prozent der stationären Behandlungskapazitäten (Bezugsjahr 2023) und 62 Prozent der tagesklinischen Versorgungskapazitäten gefährdet sind oder auch aus anderen Gründen bereits weggefallen sind.

Zudem besteht bereits heute bundesweit eine kritische Erreichbarkeit spezialisierter Einrichtungen, insbesondere universitärer Schmerzzambulanzen und teilstationärer IMST, die regional sehr unterschiedlich verteilt sind: 45 Prozent der Schmerztageskliniken liegen in Bayern, wohingegen andere Bundesländer keine oder nur eine marginale Schmerztagesklinikstruktur vorhalten. Ein weiteres Problem: Schmerztageskliniken erfordern eine tägliche An- und Abreise und kommen nur für Patienten mit einer gewissen Fitness und Mobilität in Frage. Das limitiert alleine bezüglich des Fahrtwegs, sodass von 70 Prozent der Wohnorte in Deutschland eine Erreichbarkeit als nicht realistisch einzustufen ist. Ambulante IMST-Programme existieren derzeit nur in Modellprojekten (so zum Beispiel die Innovationsfondsprojekte Pain2020 und Pain2.0), fehlen jedoch vollständig in der Regelversorgung.

Mit dem Verlust stationärer schmerzmedizinischer Einrichtungen über die Krankenhausreform würden relevante Weiterbildungsstätten wegfallen. Das ist vor dem Hintergrund eines bereits deutlichen Nachwuchsmangels in allen schmerzmedizinisch beteiligten Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pflege, Physiotherapie) und dem hohen Altersdurchschnitt der aktuell tätigen niedergelassenen speziellen Schmerzmediziner eine Katastrophe für die zukünftige Versorgungssicherheit: Circa 50 Prozent geben hier an, dass trotz nahender Rente keine Nachfolge in Sicht sei.

Es ist zu befürchten, dass bei der sich bereits darstellenden Verschärfung der Unterversorgung qualitativ hochwertiger spezieller schmerzmedizinischer Angebote am Ende eher (zum Teil) kostenintensivere Gesundheitsressourcen mangels sinnvoller Alternativen genutzt werden, die Schmerzchronifizierung im Zweifel nicht verbessern, sondern eher verstärken. Das stünde zur Zielsetzung, überversorgte somatische Versorgungsangebote zu reduzieren, im Widerspruch. Es führte eher dazu, dass eine nachhaltigere, zielgerichtete und an Ressourcen orientiertere Versorgung von Schmerzpatienten durch die Schmerzmedizin nicht nur an vielen Standorten aufgelöst würde, sondern auch deren fachliches Entwicklungspotential genommen würde.

Insofern braucht es klare gesundheitspolitische Perspektiven, um den negativen Auswirkungen auf die Attraktivität der Schmerzmedizin als berufliches Wirkungs- und Entwicklungsfeld entgegen zu wirken. Es ist Verantwortung der Gesundheitspolitik, die große Zahl Millionen Betroffener nicht „im Regen stehen zu lassen“, sondern Rahmenbedingung für eine qualitativ hochwertige und zeitgemäße, dem Krankheitsbild gerecht werdende abgestufte Versorgung sicherzustellen.

Literatur bei den Autoren.

Autoren



Foto: Schuster

Dr. Michael Schuster
Facharzt für Anästhesiologie
Oberarzt, Klinik für Anästhesiologie/
Bereich Schmerztherapie
Universitätsmedizin Mainz



Foto: Pulkowski

Dipl.-Psych. Bernd Kappis
Psychologischer Psychotherapeut
Klinik für Anästhesiologie/
Bereich Schmerztherapie
Universitätsmedizin Mainz



Foto: Fotostube Hornig

Prof. Dr. Joachim Erlenwein
Facharzt für Anästhesiologie
Ärztlicher Direktor
DRK Schmerz-Zentrum Mainz

Zur Geschichte der Schmerzmedizin: Entwicklungen, Meilensteine und Perspektiven

Seit jeher ordnen die Philosophie und Humanwissenschaften den Schmerz nicht nur als physisches Phänomen ein, sie werten Schmerz auch als ethische, erkenntnistheoretische und existenzielle Herausforderung. Umso überraschender ist es, dass trotz einer solchen, Jahrtausende währenden, Befassung mit Schmerz dieser erst in den frühen 1960er Jahren von der Schulmedizin ernsthafter in den Blick genommen wurde. Heute repräsentiert die Schmerzmedizin einen eigenständigen, hochspezialisierten, interprofessionellen wie interdisziplinären Schwerpunkt von herausragender medizinischer, ethischer und sozioökonomischer Bedeutung. Dieser Artikel soll die Anfänge und jüngere Entwicklung der (Mainzer) Schmerzmedizin beleuchten sowie einen Ausblick auf zukünftige Strukturen vermitteln.

In seinem Beitrag in der Rubrik „Medizin“ brachte „Der Spiegel“ 29/72 exemplarisch die oben beschriebenen Realitäten schmerzgeplagter Menschen auf den Punkt: „Ein im Berufsleben stehender Mann verspürt Anfang 1968 im linken Oberschenkel ‚wellenartig verlaufende Schmerzen‘. Zuerst wird der Hausarzt konsultiert, später Orthopäden, schließlich Chirurgen und Neurologen. Die Mediziner versuchten es mit Salben, Massagen, Bädern und Bestrahlungen, sie verordneten ein Sortiment von Schmerzpräparaten – alles ohne Erfolg. Auch eine Bandscheibenoperation verschaffte keine Linderung. Im Gegenteil, die Beschwerden wurden immer schlimmer.“

Derartige Odysseen sind (auch heute noch) charakteristisch für Patienten mit chronischen Schmerzbildern. Hoffnung allerdings geben hochentwickelte Versorgungsstrukturen, in denen sich anästhesiologische, chirurgische, neurologische, psychosomatische,

psychologische und physiotherapeutische Expertise abgestimmt und fokussiert mit schmerzkranken Menschen auseinandersetzt und Schmerz als eigenständige Erkrankung wahrnimmt. So war der beschriebene Fall einer der ersten von fast 500 schmerzgepeinigten Bundesbürgern, die in den Gründerjahren der Schmerzmedizin des damaligen Instituts für Anästhesiologie der Universitätskliniken Mainz mit Erfolg behandelt wurden.

Prof. Dr. Rudolf Frey legte den Grundstein

Der Beginn der Schmerzforschung und Schmerztherapie in Mainz und in Deutschland geht vom Fach der Anästhesiologie und der Person des Visionärs Prof. Dr. Rudolf Frey aus. Seine Antrittsvorlesung mit dem Titel „Neue Wege der Schmerztherapie“ gilt als endgültige Grundsteinlegung der systematischen Befassung mit schmerzdiagnostischen und -therapeutischen Aspekten. Freys Plan, in Mainz einen schmerzmedizinischen Schwerpunkt zu etablieren, basierte auf dem täglichen therapeutischen Scheitern und der Beobachtung, „dass die traditionellen Therapien immer häufiger wirkungslos bleiben“. Als Vorbild für die Verwirklichung dieser Vision diente ihm und seinen Mitarbeitern die vom Schmerzforscher John Bonica bereits im Jahre 1953 in Seattle gegründete „Pain Clinic“. Spezialisten aus verschiedensten Fachgebieten, darunter Psychiater und Radiologen, Chirurgen und Orthopäden bildeten ein themenzentriertes Team, das ineinandergreifende Behandlungsschritte entwickelte, um Patienten, die auf herkömmliche monokausale Therapie nicht ansprachen, von ihrem Dauerschmerz zu befreien. Der Mainzer Anästhesiologe Prof. Dr. Hans Ulrich Gerbershagen konnte, von Frey entsandt, zwei Jahre bei Bonica lernen und forschen. Nach

dessen Rückkehr sollten vor Ort analoge Strukturen entstehen, um Patienten wirkungsvoll und nachhaltig den chronischen Schmerz zu nehmen, so Freys Vision. Wie sehr in Deutschland derartige Spezialeinrichtungen fehlten, zeigte sich, nachdem die Pläne der Mainzer Mediziner publik wurden. So berichtete Frey: „Nach dem ersten Piepser wurden wir von einer Briefflut überschwemmt. Innerhalb weniger Monate erreichten uns Tausende Anfragen von Schmerzpatienten. Viele Kranke berichteten von mehrmaligen Selbstmordversuchen, sozialem Abstieg, Vereinsamung und fast immer von schweren Depressionen – durchweg Folge von langjährigen Schmerzen, bei denen die behandelnden Ärzte keine organischen Ursachen hatten ausmachen können.“

Zunächst konnten Frey und seine Mitarbeiter nur einem Teil der Patienten helfen – sie mussten improvisieren. Denn es fehlte an Behandlungsräumen und geschultem Personal. Gerbershagen hatte in den USA zum Aufbau einer Schmerzzambulanz und einer funktionstüchtigen stationären Therapie in sogenannte Streubetten der medizinischen Kliniken beigetragen. Ein ebensolches interdisziplinäres Konzept wurde 1970 an den Universitätskliniken Mainz in der gleichen Vorgehensweise als „Schmerzambulanz Mainz“ durch die Klinikorgane gegründet, begleitet von fachübergreifenden Vereinbarungen (ehedem „Dienstabweisungen“, heute „Standard Operating Procedures“). Diese Festlegungen begründeten schon früh ein gemeinsames Verständnis für Prozess- und Strukturqualität und gelten als Beginn des Qualitätssicherungsmanagements, wie sie heute in Zertifizierungsprozessen etabliert sind. So wurde zum Beispiel festgelegt, dass alle vom Kernteam der Schmerzklinik in anderen Disziplinen

vorgestellten Patienten von einem Oberarzt der entsprechenden Fachklinik zu sehen sind und neben dem schriftlichen Befund eine unmittelbare mündliche Rückmeldung erfolgen musste. Für jedes Fachgebiet wurde zudem die jeweils fachspezifische Anamnese, die Schmerzanamnese und die körperliche sowie apparative Diagnostik festgelegt. 1993 führte der Deutsche Ärztetag das Mainzer Qualitätssicherungskonzept als verbindlich für die deutsche Medizin ein.

Pionierleistung bringt erstes deutsches Symposium mit sich

Es war nur logisch und konsequent, dass diese Pionierleistung das erste deutsche Symposium zur Interdisziplinären Schmerztherapie mit sich brachte und strukturierte schmerzbezogene Curricula für die studentische, fachübergreifende ärztliche und pflegerische Aus- und Weiterbildung etabliert wurden. Das große interdisziplinäre und interprofessionelle Engagement und die Dynamik bestärkten den Fachbereich Medizin der Johannes Gutenberg-Universität, einen Forschungsschwerpunkt „Neuropathischer Schmerz“ einzurichten, verbunden mit der Zuweisung einer

Stiftungsprofessur, weiterer Mittelaufwendungen sowie der Bereitstellung von Laborflächen.

Ein von Gerbershagen und Frey im British Journal of Anaesthesia publizierter Artikel beschrieb sehr früh die wesentlichen Voraussetzungen einer effektiven Schmerztherapie unter den Bedingungen einer Schmerzklinik. Dieser Beitrag war insofern ausdrücklich fundiert, nachdem die Autoren im Jahre 1981 den endgültigen Schritt hin zu einer ernstgenommenen, von der Gesellschaft, Kostenträgern und Institutionen akzeptierten und geachteten Schmerzmedizin verwirklichen konnten. So wurde auf der Basis von Ist- und Sollanalysen der ambulanten und stationären Schmerztherapie bei der Landesregierung von Rheinland-Pfalz, der Bundesregierung und den Krankenkassen die Einrichtung einer 80-Betten-Modellklinik für chronische Schmerzpatienten in Mainz beantragt und realisiert. Gerbershagen wurde zum Leiter dieser ersten Schmerzklinik in Deutschland, dem „DRK Schmerz-Zentrum Mainz“, ernannt. Hier wurden und werden bis heute Mechanismen des Schmerzes erforscht, multimodale Therapiekonzepte entwickelt und in die

klinische Routine eingeführt. Die Mainzer Schmerzmediziner setzten auch berufspolitische Akzente, zählen sie doch zu den Mitbegründern von nationalen und internationalen Schmerzgesellschaften.

Zusammenfassend können die Visionen von Frey und Gerbershagen sowie der damalige Mut und die Entschlossenheit der Mainzer Universitätsklinik zur Etablierung geeigneter Strukturen als Gründung, Institutionalisierung und Professionalisierung einer eigenständigen, überregionalen Schmerzmedizin gelten. In der Folge wurde durch Ärztekammern die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ eingeführt, und es entstanden bundesweit Schmerzzambulanzen sowie Tages- und Schwerpunktambulanzen, die multimodale Schmerztherapiekonzepte vertreten. Die multimodale Schmerztherapie hat es heute endgültig in die Regelversorgung bei chronischen Schmerzen geschafft und sie umfasst, ganz im Sinne von Frey und Gerbershagen, ärztliche, psychologische, physiotherapeutische und soziale Komponenten als bio-psycho-soziales Konzept.

Literatur bei den Autoren

Autoren



Foto: Peter Pulkowski

Univ.-Prof. Dr. Christian Werner
Facharzt für Anästhesiologie
Ehem. Direktor der Klinik für
Anästhesiologie der Universitäts-
medizin Mainz



Foto: Fotostube Homig

Prof. Dr. Joachim Erlenwein
Facharzt für Anästhesiologie
Ärztlicher Direktor
DRK Schmerz-Zentrum Mainz



Foto: Peter Pulkowski

Dr. Rainer Schwab
Facharzt für Anästhesiologie
Ehem. Oberarzt, Klinik für
Anästhesiologie
der Universitätsmedizin Mainz

DRK Schmerz-Zentrum Mainz:

Mit interprofessionellem Team Schmerzen behandeln

Wenn herkömmliche Behandlungsmethoden bei chronischen oder akuten Schmerzen nicht ausreichend wirken, oder wenn eine umfassende Diagnostik und spezialisierte Betreuung notwendig ist, dann ist das DRK Schmerz-Zentrum Mainz die richtige Anlaufstelle. Mit einem interdisziplinären multimodalen Behandlungsansatz aus verschiedenen Fachbereichen sollen dort Schmerzen gelindert und die Lebensqualität der Patienten verbessert werden. Der ärztliche Direktor Prof. Dr. Joachim Erlenwein gibt im Interview einen Einblick in die Strukturen des Schmerzzentrums und die Versorgungslage in Rheinland-Pfalz.

Was macht das Schmerz-Zentrum besonders?

Das Mainzer Schmerz-Zentrum ist die erste Schmerzklinik in Deutschland gewesen und ist bis heute die einzige Klinik, die komplett auf Schmerz ausgerichtet ist und dabei den ganzen Kontext von nicht-operativ konservativer Therapie bis hin zu operativen Maßnahmen anbietet. Das ist eine Besonderheit und hat einen Leuchtturmcharakter, der bundesweit einmalig ist.

In welche Bereiche gliedert sich das Mainzer Schmerz-Zentrum?

Wir haben zwei medizinische Abteilungen: eine im schmerzmedizinischen Bereich und eine im neurochirurgischen Bereich. Im operativen Bereich behandeln wir etwa 1.000 Patienten im Jahr.

Im schmerzmedizinischen Bereich bieten wir ein abgestuftes Versorgungsangebot in allen Sektoren, also ambulant, teilstationär und stationär. Was interdisziplinäre multimodale Therapieprogramm betrifft, können wir sowohl teilstationäre als auch vollstationäre Behandlung anbieten. Die Auswahl hängt mit dem Patientenkollektiv zusammen: Welche Erkrankungen und Nebenerkrankungen eine Rolle spielen, ob es eine Überwachungspflicht und Opioidenzug gibt etc.. Vollstationär versorgen wir hier circa 1.000 Patienten. Über die Institutsambulanz und die Kooperation mit einem Physiotherapieanbieter können wir auch eine gute ambulante Versorgung anbieten

und betreuen so etwa 6.000 Patienten im Jahr. Die Tagesklinik besteht derzeit aus drei Gruppen. Jede Gruppe besteht klassischerweise aus acht Patienten. Diese Gruppen gibt es das ganze Jahr über in vierwöchigen Behandlungsprogrammen. Das sind insgesamt etwa 380 Patienten im Jahr.

Wie setzt sich das Team zusammen?

Das Team setzt sich aus verschiedenen Berufsgruppen zusammen, darunter Ärzten wie Anästhesiologen, Neurologen, Orthopäden, Allgemeinmediziner und Psychiater, sowie psychologische Psychotherapeuten und Physiotherapeuten. Hinzu kommen etwa 80 Pflegefachkräfte und ein Team drum herum fürs Haus und die Administration. Alles auf das eine Thema ausgerichtet. So können wir ein breites und hochspezialisiertes und qualitativ hochwertiges Behandlungsangebot anbieten.

Ist dementsprechend das Einzugsgebiet sehr groß?

Unser Hauptfokus liegt natürlich auf Rheinland-Pfalz, dem Rhein-Main-Gebiet bis nach Köln, Aschaffenburg und Karlsruhe. Wir haben aber auch Patienten die überregional zu uns kommen aus dem Rest der Republik.

Worauf haben Sie sich am Standort spezialisiert?

Der Schwerpunkt liegt auf Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen. Durch meinen Vorgänger, der aus dem orthopädischen Bereich kommt,

Die DRK-Klinik liegt „Auf der Steig“ mit Blick über Mainz.

ist das Zentrum bis zuletzt vor allem auf den Muskel- und skelettalen Bereich geprägt. Wir haben aber durch unseren Oberarzt Professor Dr. Christian Geber auch einen sehr renommierten neurologischen Schwerpunkt. Insgesamt liegt die Spezialisierung aber auf der chronischen Schmerzerkrankung, die einen eigenen Krankheitswert aufweist.

Ich selbst komme aus der Universitätsmedizin Göttingen aus einer schmerzmedizinischen Einrichtung, in der wir ebenfalls ein sehr breites Spektrum chronischer Schmerzerkrankungen abgedeckt haben. Einer meiner Schwerpunkte lag dabei auf Rückenschmerzen, Fibromyalgie, Endometriose,

Fotos: Michaela Kabon



Seit April 2025 arbeitet Prof. Dr. Joachim Erlenwein als ärztlicher Direktor im DRK-Schmerzzentrum in Mainz.



chronischer Unterbauchschmerz und multilokulären Schmerzen. Einen neuen Schwerpunkt möchten wir zukünftig auch in Mainz einen stärkeren Schwerpunkt auch auf viszerale Schmerzen, Endometriose und chronische Unterbauchschmerzen setzen. Das kommt in vielen Schmerzeinrichtungen bisher zu kurz. Speziell zur Endometriose möchten wir auch ein eigenes Tagesklinikprogramm für Patientinnen in der Region entwickeln.

Wie sieht der klassische Verlauf am Schmerz-Zentrum aus?

Chronische Schmerzpatienten haben auf dem „klassischen“ Versorgungsweg, bis sie zu uns kommen, bereits viele Besuche bei verschiedenen Ärz-

ten hinter sich. Das Problem ist häufig – weil es in der Regel der normale Weg ist, dass nach somatischen Ursachen gesucht wird. Damit landen sie häufig in einem Versorgungsgebiet, das eher somatisch orientiert ist und weniger Expertise in einem komplexen bio-psycho-sozialen chronischen Schmerzerkrankungsbild haben. Das Setting passt oft nicht und Betroffene werden oft erst sehr spät in eine auf Schmerz spezialisierte Einrichtung geschickt. Bis sie zu uns kommen, haben sie viele Bildgebungen und Untersuchungen durchlaufen, was oft unterstützt, dass eine chronische Schmerzproblematik aufrechterhalten oder verfestigt wird. Es dauert sehr lange – im Optimalfall nur Monate und im schlimmsten Fall Jahre – bis sie in einem Setting mit spezieller (am besten interdisziplinärer) schmerzmedizinischer Diagnostik und schließlich interdisziplinärer, multimodaler Therapie ankommen. Auch die Diagnose stellen wir in der Schmerzmedizin aus bio-psycho-sozialer Perspektive. Nur dann kann man

ZUR PERSON:

Prof. Dr. Joachim Erlenwein ist seit April 2025 ärztlicher Direktor des DRK Schmerz-Zentrum Mainz. Der Facharzt für Anästhesiologie war zuletzt stellvertretender Leiter der Schmerzklinik und außerplanmäßiger Professor an der Universitätsmedizin Göttingen, wo er über viele Jahre die klinische und akademische Schmerzmedizin an einer der führenden universitären schmerzmedizinischen Standorte mitgeprägt hat. Zudem ist er in der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGA) Mitglied des engeren Präsidiums und Sprecher der Sektion Schmerzmedizin sowie des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Schmerzmedizin. In der Deutschen Schmerzgesellschaft (DSG e.V.) ist er unter anderem Mitglied im ständigen Beirat sowie Mitglied im Fachbeirat.

sich den Leidensdruck erklären, den die Patienten haben, und sinnvolle Therapieansätze ableiten.

Wie kommen die Patienten zu Ihnen?

Die Patienten kommen auf unterschiedlichen Wegen zu uns, beispielsweise über ihren Haus- oder Facharzt oder selbstinitiativ. Die meisten Patienten lernen wir über unsere Ambulanz kennen. Dort schauen wir nach initialer Diagnostik, welches Therapieangebot wir sinnvoll machen können. Das ist oft hier in der Einrichtung, wir können aber auch andere Programme oder Therapiemaßnahmen wie stationäre Psychosomatik oder Rehabilitation empfehlen.

Was ist ambulant möglich, was muss stationär behandelt werden?

Das ist schwierig zu beantworten. Formal ist eine stationäre Versorgung möglich, wenn ambulante Therapien keine Wirkung gezeigt haben oder der Komplexität gar nicht gerecht werden können. Bei dem Krankheitsbild wirken

immer biologische, psychologische und soziale Faktoren zusammen. Das können beispielsweise Muskelverspannungen, Stress und Hilfslosigkeitserleben und familiäre Konflikte sein. Wenn wir Patienten in ein interdisziplinäres multimodales Therapieprogramm aufnehmen, betreuen wir diese letztendlich immer im Team und schauen auf alle Faktoren gleichzeitig. Die Patienten werden von den unterschiedlichen Disziplinen gleichzeitig behandelt und die Therapie eng abstimmt. Ambulant ist das organisatorisch so in der erforderlichen Intensität nicht möglich.

Welche Voraussetzungen gibt es für die Therapien?

Für die teilstationäre Therapie braucht es eine gewisse Grundfitness. Hier gibt es kein Krankenhausbett oder pflegerische Unterstützung. Die Patienten müssen morgens kommen und nachmittags nach Hause fahren. Wir haben auch Patienten, bei der Fatigue eine große Rolle spielt oder die in ihrer Mobilität und Belastbarkeit insgesamt eingeschränkt sind. Die Therapie bringt den Patienten also nichts, wenn sie mit einer Stunde im Berufsverkehr morgens hier ankommen und schon maximal erschöpft sind und dann am Nachmittag denselben Weg wieder nach Hause antreten müssen.

Wie lange warten die Patienten auf einen Therapieplatz?

Das kommt darauf an, auf was man wartet. Das Nadelöhr ist das Kennenlernen in der Ambulanz. Dort nehmen wir uns viel Zeit, weil es viel abzuklären und zu besprechen gibt. Bei der Indikationsstellung kommt es darauf an, ob es tagesklinisch oder vollstationär ist. In der Regel ist dies in zwei bis drei Monaten machbar.

Inwiefern kooperieren Sie mit niedergelassenen Ärzten?

Es gibt ein sehr enges Zuweisernetz, bei der auch Praxen dabei sind, die sehr regelmäßig Patienten schicken. Ich würde mir perspektivisch wünschen, dass wir noch enger über die Schmerzkonferenz zusammenarbeiten würden – gerade, weil die Patienten nach der stationären Therapie wieder in ihr ambulantes Umfeld kommen. Da ist es wichtig, dass man eine gemeinsame Philosophie pflegt. Auch würde ich mir perspektivisch dazu gemeinsam abgestimmte und sektorenübergreifende Behandlungspfade und Konzepte wünschen.

Warum sind die aktuellen Planungen der Krankenhausreform so problematisch für die Schmerzmedizin?

Die Krankenhausreform ist eine Reform der somatischen Medizin. Und das ist in gewisser Weise auch das Problem: die psychotherapeutisch-/psychiatrischen Versorgungsangebote sind darin nicht inkludiert. Von den Abrechnungsziffern ist die Schmerzmedizin im somatischen Bereich verortet, obwohl wir konzeptionell und von den Themenfeldern gewissermaßen genau zwischen den Bereichen stehen. Bei der Konzeption der Leistungsgruppen wird eine zentrale Rolle spielen, was die Abrechnungsfähigkeit betrifft. Wenn eine Leistung erbracht wird, die keiner Leistungsgruppe zugeordnet ist, kann diese nicht abgerechnet werden. Die Schmerzmedizin wurde bei der Planung gewissermaßen vergessen. Die Leistungen, die die Schmerzmedizin erbringt, wurden nicht als eigene Leistungsgruppe, sondern werden anderen fachfremden Leistungsgruppen zugeordnet. Bestimmte Einrichtungen brauchen dann plötzlich Dinge, die mit der eigentlichen Schmerzmedizin gar nichts zu tun haben, wie beispielsweise eine Intensivstation und könnten in ihrer jetzigen Form nicht mehr abrechnen.



Assistenzärztin
Tanja Morawiec im
Gespräch mit Prof. Dr.
Joachim Erlenwein.

Fotos: Michaela Kabon

Wie würde sich das auf Rheinland-Pfalz auswirken?

Gemeinsam mit meinem Oberarzt Professor Geber und meiner psychologischen Kollegin Privatdozentin Dr. rer. nat. Ulrike Kaiser aus Lübeck habe ich anhand der Qualitätsberichte aus 2023 die Versorgungslage bundesweit analysiert. In ganz Deutschland könnten 40 Prozent der Einrichtungen im stationären Bereich ihre Leistungen nicht mehr abrechnen. In Rheinland-Pfalz wären es sogar knapp 50 Prozent. Im bundesweiten Vergleich hatte Rheinland-Pfalz immer eine sehr gute schmerzmedizinische Versorgung. Das liegt historisch bedingt auch an unserem Standort in Mainz. In ganz Deutschland haben wir beispielsweise circa 93 Schmerz-Tageskliniken, davon liegen die Hälfte in Bayern, weil diese dort gesetzlich verankert sind. Der Rest ist ganz unterschiedlich in Deutschland verteilt. Niedersachsen hat beispielsweise nur eine einzige Tagesklinik. In Rheinland-Pfalz sind es acht Einrichtungen. Mit den aktuell geplanten Leistungsgruppen droht nicht nur fast 50 Prozent der stationären Behandlungskapazitäten in Rheinland-Pfalz, sondern auch mehr

als die Hälfte der Tagesklinikbehandlungsplätze wegzufallen. Das ist ein Riesenproblem, bei dem die Politik aktiv werden muss. Es braucht, wie von der Deutschen Schmerzgesellschaft und anderen Fachverbänden seit Monaten gefordert, eine eigene Leistungsgruppe Schmerzmedizin. Zudem brauchen die Länder Befreiheit, bestehende Behandlungsangebote erhalten zu können und von Strukturvorgaben auszunehmen.

Wie gehen Sie nun weiter vor?

Zum einen hat die Deutsche Schmerzgesellschaft mit anderen Verbänden, darunter auch die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie, gemeinsam die Leistungsgruppe Schmerzmedizin beantragt. Wir hoffen, dass das durchgeht, auch wenn die politischen Signale bisher nicht so positiv waren, weil man Sorge hat, das ganze Krankenhausreformpaket wieder aufzuschnüren. Zum anderen haben wir auch in Rheinland-Pfalz in der Schmerzmedizin, was den ärztlichen Bereich betrifft und Kolleginnen und Kollegen mit der Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie, einen riesigen Nachwuchsmangel. Von

den anderen Berufsgruppen gar nicht zu sprechen. Das hat verschiedene Gründe. Im ambulanten Bereich kann es in der Schmerztherapie keine sinnvolle Weiterbildung geben, das trägt sich oft alleine nicht. Die teilstationären und vollstationären Einrichtungen sind hierfür relevante Ausbildungsstätten. Wir haben jetzt schon Nachwuchsmangel und nun stehen etwa 50 Prozent der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen vor der Rente. Insgesamt haben wir 71 niedergelassene spezielle Schmerzmediziner in Rheinland-Pfalz. Die können gar nicht alle Betroffenen versorgen. Das sind alleine in unserem Bundesland je nach Krankheitsschwere zwischen knapp 500.000 und einer Million Menschen.

Das Interview führte Michaela Kabon.

„Die Krankenhausreform ist eine Reform der somatischen Medizin. Und das ist in gewisser Weise auch das Problem ...“



Migräne-Liga: Wissen vermitteln, Erfahrungen austauschen und Mut machen

Migräne ist eine neurologische Erkrankung unter der etwa zehn Prozent der Bevölkerung leidet. Auch Veronika Bäcker, Präsidentin der Migräne-Liga e.V. Deutschland, ist selbst betroffen. Wie Selbsthilfe den Alltag von Migränapatienten unterstützen kann und was sie sich von Ärztinnen und Ärzten wünscht, erzählt sie im Interview.

Mit welchen Herausforderungen kämpfen Menschen mit Migräne im Alltag am häufigsten?

Die größte Herausforderung besteht darin, dass man Migräne nicht sieht und auch nicht mit einem Blutwert oder sonstigem biologischen Parameter nachweisen kann. Diese Unsichtbarkeit bringt ein großes Potenzial an Stigmatisierung und Bagatellisierung mit sich nach dem Motto: ‚Kopfschmerzen hat doch jeder – stell dich nicht so an.‘ Migräne ist mehr als ein mittelstarker Kopfschmerz. Je nach individueller Ausprägung kann sie stark beeinträchtigend sein. Es gibt unterschiedliche Ausprägungen mit vegetativen Begleitscheinungen wie Übelkeit, Erbrechen und Lichtempfindlichkeit. Sehr beängstigend kann die Migräne mit Aura sein. Am belastendsten ist jedoch die Unvorhersehbarkeit. Man weiß nie, wann eine die nächste Attacke hereinbricht.

Wie viele sind geschätzt deutschlandweit betroffen?

Laut der validen RKI-Studie leiden 14,6 Prozent der Frauen und etwa sieben Prozent der Männer an Migräne.

Warum sind vor allem Frauen betroffen?

Ein wesentlicher Faktor ist die hormonelle Migräne. Der Östrogen-Abfall vor der Periode ist ein starker Migränetrigger. Jenseits der 65 Jahre nähern sich die Zahlen bei den Frauen denen der Männer aber wieder an.

Wie kann Selbsthilfe bei Migräne unterstützen?

In Selbsthilfegruppen treffen sich Menschen, die Ähnliches erlebt haben. Sie erfahren vor allem Verständnis, was es heißt, mit Migräne zu leben. Der Austausch untereinander, der Zusammenhalt und das gegenseitige Mutmachen, ist für die Selbsthilfe zentral. Ein weiterer Baustein ist die Vermittlung von Wissen. Selbsthilfegruppen bieten Orientierung und übernehmen eine Art Lotsenfunktion.

Wie sieht eine typische Selbsthilfegruppe für Migränebetroffene aus?

80 Prozent unserer Gruppen sind klassische Selbsthilfegruppen. Sie treffen sich in einem Raum, gehen gemeinsam essen oder unternehmen Ausflüge. Das sind im Schnitt etwa zehn Personen, die sich einmal im Monat oft am frühen Abend treffen. Dabei geht es darum, sich auszutauschen, Wissen zu vermitteln oder Entspannungstechniken kennenzulernen. Infolge der Corona-Zeit haben wir mittlerweile zwanzig Online-Selbsthilfegruppen aufgebaut, die sich per Videokonferenz treffen. Solche Formate eignen sich vor allem, wenn es in der Nähe keine Selbsthilfegruppe gibt oder mit speziellen Fragestellungen - beispielsweise eine Online-Gruppe für Eltern betroffener Kinder oder junge Betroffene.

Welche Rolle spielt der Austausch unter Betroffenen im Vergleich zur ärztlichen Betreuung?

Die Selbsthilfe hat Zeit – das ist ein entscheidender Vorteil. Die hat der Hausarzt oder der Neurologe nicht in diesem Maße. Der Arzt stellt natürlich die Diagnose und verordnet Medikamente. Wir können zusätzlich aufklären, Optionen aufzeigen und Rückhalt geben.

Was wünschen sich Migränapatientinnen und -patienten am häufigsten von ihren behandelnden Ärzten?

Wir haben dazu vor einem Jahr eine Befragung unter Betroffenen durchgeführt. In dieser Befragung wurden auch die Erwartungen an den behandelnden Arzt oder Ärztin abgefragt. Ganz deutlich stellte sich heraus, dass sich der Arzt mit Migräne auskennen soll. Viele Betroffene berichten, wie frustrierend es ist, wenn Hausärzte wenig über das Krankheitsbild und Therapiemöglichkeiten wissen. An zweiter Stelle stand der Wunsch, dass sich die Ärzte Zeit nehmen sollen, zuhören und den Patienten ernst nehmen sollen. Die Wartezeit auf einen Termin war nicht so relevant.

Inwiefern arbeitet die Selbsthilfe mit den Ärzten zusammen?

Unsere Organisation hat einen medizinischen Beirat, der uns beratend zur Seite steht. Viele Experten schreiben für uns Artikel für Broschüren oder unser Migränemagazin oder stehen als Referenten zur Verfügung. Die Selbsthilfegruppen laufen vor allem gut, wenn Arzt und Selbsthilfe kooperieren. Wir stellen für Ärztinnen und Ärzte Infomaterial zur Verfügung, welches sie an Betroffene weiterreichen können. Und wir arbeiten mit maßgeblichen Fachgesellschaften wie der DMKG und der Deutschen Schmerzgesellschaft zusammen.

Sie selbst sind auch über eine Arztempfehlung zur Migräneliga gekommen. Wie hat sich seitdem ihr Alltag mit Migräne verändert?

Ich erinnere mich an den Tag, als ich mich als Präsidentin zur Wahl gestellt habe. In meiner Vorstellung habe ich damals erklärt, dass für mich persönlich das Magazin der Migräneliga die größte Stütze war, mich trotz meiner chronischen Migräne nicht aufzugeben. Das Heft machte mir Hoffnung und stellte mir neue Therapieoptionen vor. Das fundierte Migränewissen hat mir im Umgang mit der Erkrankung sehr geholfen.

Aufgrund der Migräne mussten Sie Ihren Beruf aufgeben. Warum muss das heute nicht mehr sein?

Es gibt sicher auch heute noch Menschen, die ihren Beruf wegen Migräne aufgeben müssen. Aber als ich vor zehn Jahren in Erwerbsminderungsrente gegangen bin, gab es manche heutige Therapiemöglichkeiten noch nicht. Mittlerweile hat sich die Medizin weiterentwickelt und es gibt neue Medi-

DIE MIGRÄNE-LIGA

Die Migräne-Liga e.V. Deutschland hat derzeit rund 5.100 Mitglieder und rund 100 Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland. Interessierte können sich über die Homepage unter www.migraeneliga.de informieren. Dort findet sich auch die Mitgliederregistrierung.

kamentenklassen zur Vorbeugung, die vielen Menschen helfen. Ich habe auch von den neuen Therapien profitiert. Auch in Bezug auf das Thema Migräne am Arbeitsplatz hat sich in den vergangenen Jahren etwas entwickelt. Die Migräne-Liga hat das Wissen dazu gebündelt, verbunden mit den sozialrechtlichen Möglichkeiten im Rahmen der Schwerbehinderung, Gleichstellung, Nachteilsausgleiche, Kommunikation am Arbeitsplatz und Beantragung einer Reha. Wir halten zu dieser Thematik Vorträge in Unternehmen und Behörden.

Was raten Sie Betroffenen vor einer Entscheidung, den Beruf aufzugeben?

Mein Rat ist, zuerst alles an Therapien auszuprobieren, sowohl hinsichtlich der Akuttherapie als auch der Prophylaxe. Patienten sollten versuchen, die bestmögliche Kombination zu finden. Zusätzlich kann man prüfen, ob etwa ein Schwerbehindertenausweis oder andere Unterstützungsmöglichkeiten helfen. Wenn das alles keinen ausreichenden Erfolg zeigt, sollte die Erwerbsminderungsrente der letzte Schritt sein.

Was möchten Sie Ärztinnen und Ärzten abschließend mit auf den Weg geben, wenn es um den Umgang mit Migränapatienten geht?

Mein Wunsch wäre, dass alle Patienten über einen standardisierten Fragebogen nach Kopfschmerzen abgefragt werden. So kann der Arzt früh eine bestehende Kopfschmerzproblematik erkennen, bevor sich eine Migräneerkrankung chronifiziert. In einem frühen Stadium kann man mit Prophylaxen viel erreichen. Patienten, die in der Selbsthilfe aktiv sind, kennen sich manchmal besser mit ihrer Erkrankung aus als die Ärzte, abgesehen von den Spezialisten, und das ist eine schwierige Situation. Wir wünschen uns, dass sich Ärzte mehr zum Thema Migräne fortbilden.

Das Interview führte Michaela Kabon.

WEITERE SELBSTHILFEORGANISATIONEN

- Die **Deutsche Schmerzliga** ist die größte Vereinigung für Patienten mit chronischen Schmerzen in Deutschland. Neben Broschüren, einem Schmerztelefon und Beratungsangeboten gibt es in ganz Deutschland mehrere Selbsthilfegruppen. Weitere Infos unter www.schmerzliga.de
- In Mainz hat der Verein **UVSD Schmerzlos** eine Selbsthilfegruppe neu gegründet. Die Gruppe hat momentan etwa 12 Mitglieder und trifft sich einmal im Monat im Schmerzzentrum Mainz. In erster Linie richten sich die Treffen an Betroffene von chronischen Schmerzen. Anmelden kann man sich per Mail unter mainz@schmerzlos-ev.de.



Foto: Lorch Fotostudio

ZUR PERSON:

Veronika Bäcker kommt aus Landau in der Pfalz und ist seit 2019 Vorsitzende des Vereins MigräneLiga e.V. Deutschland. Zudem leitet sie seit 2012 die Selbsthilfegruppe „Migräne“ in Landau. Sie selbst ist betroffen. Als junge Frau habe sie die Migräne noch gut im Griff gehabt. Mit Mitte 30 kamen neben der hormonellen Migräne weitere Auslöser hinzu, so dass sie sich Hilfe in einer Klinik suchte. Dort ist sie auf die MigräneLiga aufmerksam geworden.

Schmerztherapie in der Hausarztpraxis: Immer mit niedrig-potenten Analgetika beginnen!

Erst kürzlich habe ich beim Signieren der E-Rezepte gedacht, dass erstaunlich viele unserer Patientinnen und Patienten regelmäßig Analgetika verordnet bekommen. Das zeigt, wie weit verbreitet chronische Schmerzen sind und welchen Raum die Versorgung der betroffenen Menschen in unseren Hausarztpraxen einnimmt.

Bei akuten Schmerzen sind unsere Hausarztpraxen zumeist die erste Anlaufstelle – leider auch zu oft die Notaufnahmen der Krankenhäuser. In diesen Fällen gilt es, rasch die Ursache zu klären beziehungsweise akut behandlungsbedürftige oder gar lebensbedrohliche Erkrankungen auszuschließen, den Betroffenen schnell eine Linderung zu verschaffen und – wenn möglich – die Schmerzursache zu bekämpfen. Eine suffiziente analgetische Therapie ist auch beim akuten Schmerz indiziert, um eine Chronifizierung oder das Entstehen eines Teufelskreises zu verhindern, wie zum Beispiel die Verstärkung von Rückenschmerzen durch eine Schonhaltung. Zur Ursachenklärung gehört natürlich auch die Einschätzung, ob eine weitere fachärztliche oder gar stationäre Behandlung erforderlich ist.

Ursachenklärung steht im Vordergrund

Auch beim chronischen Schmerz steht die Ursachenklärung im Vordergrund. Hier kommt uns Hausärztinnen und -ärzten eine zentrale Rolle bei der Auswahl der entsprechenden Facharztüberweisungen zu. In vielen Fällen ist bei chronischen Schmerzen keine kausale Therapie möglich, wie zum Beispiel bei Post-Zoster-Neuralgien. Dann ist zumeist eine medikamentöse, analgetische Therapie unumgänglich. Die Auswahl der richtigen Analgetika und Co-Analgetika sollte sich am Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen (zum Beispiel eingeschränkte Nierenfunktion) und möglicher Wechselwirkungen mit der Vormedikation orientieren. Da die Hausarztpraxen in aller Regel die entsprechenden Informationen haben, sind wir bezüglich der analgetischen Therapie der richtige Ansprechpartner. Trotz der Not der Betroffenen, sollten wir uns davor hüten – nur, weil es einfacher ist – den Patientenwünschen nachzugeben („meine Nachbarin hat ein Schmerzpflaster, das hilft ihr so gut“) oder direkt mit sehr starken Medikamenten (Stufe III) zu beginnen, ohne zuvor niedrig-potente Analgetika ausprobiert zu haben.

Ein wichtiger Aspekt bei der Behandlung chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten ist die nicht-medikamentöse Behandlung. Hierzu zählen unter anderem Physiotherapie, körperliches Training, Muskelkräftigungs- und Dehnungsübungen, eine ausgeglichene Ernährung, Gewichts-

reduktion bei Übergewicht und Schlafhygiene. Aber auch Entspannungsverfahren oder psychotherapeutische Begleitung zur Schmerzbewältigung und zum Erlernen von Coping-Strategien können sinnvoll sein, ebenso wie die Versorgung mit Hilfsmitteln und die ergonomische Anpassung der Alltagsumgebung. Das Hauptproblem bei den nicht-medikamentösen Maßnahmen ist die Motivation der Betroffenen, diese Maßnahmen aktiv umzusetzen. Deshalb verordne ich keine passiven Maßnahmen wie Massagen. Bei Verordnungen von Krankengymnastik formuliere ich oft „Erlernen von Eigenübungen“ als Therapieziel.

Hausärzte kennen die psychosozialen Aspekte ihrer Patienten

Die Diagnose F45.41 („Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“) müssen wir bei Schmerzpatientinnen und -patienten häufig stellen. Zum einen natürlich, da die Schmerzen selbst psychisch stark belastend sind, zum anderen, da sich bei Schmerzpatientinnen und -patienten nicht selten psychiatrische Erkrankungen, wie zum Beispiel rezidivierende depressive Störungen, in der Anamnese finden. Auch hier kommt uns Hausärztinnen und -ärzten eine entscheidende Rolle zu, da wir meistens die Vorgeschichte unserer Patientinnen und Patienten, einschließlich psychosozialer Aspekte, kennen. Bei psychiatrischen Erkrankungen ist eine fachärztliche Begleitung unabdingbar. Wenn Patientinnen und Patienten mithilfe der uns zur Verfügung stehenden Mittel in der Hausarztpraxis mit ihren Schmerzen im Alltag nicht zurechtkommen, sollte frühzeitig eine Überweisung zum Schmerztherapeuten beziehungsweise zur multimodalen Schmerztherapie erfolgen.

Literatur beim Autor



Foto: Michaela Kabon

Autor

Dr. Walter Gradel
Hausarzt in Trier
Präsident
Bezirksärztekammer Trier
Mitglied im Vorstand der
Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz

Schwerbrandverletzentzentrum an der BG Klinik Ludwigshafen: „Die Behandlung ist nicht abgeschlossen, wenn man die Klinik verlässt“

Die BG Klinik Ludwigshafen beheimatet eines der größten Schwerbrandverletzententren in Deutschland, versorgt Patienten auf der Intensivstation, auf der normalen Station und in einem Reha-Zentrum auf dem Gelände im Stadtteil Oggersheim. Welche Besonderheiten gibt es bei der Behandlung von Brandopfern? Unterscheidet sich ihr Schmerzempfinden von dem anderer Patienten? Prof. Dr. Ulrich Kneser und PD Dr. Gabriel Hundeshagen von der BG Klinik sprechen im Interview auch darüber, warum psychotherapeutische Hilfe vom ersten Tag an wichtig ist.



Fotos: BG Klinik Ludwigshafen/Geir Dillan

ZUR PERSON:

Prof. Dr. Ulrich Kneser (oben) ist Facharzt für Plastische Chirurgie und Direktor der Klinik für Hand-, Plastische- und Rekonstruktive Chirurgie, Mikrochirurgie – Schwerbrandverletzentzentrum an der BG Klinik Ludwigshafen.

PD Dr. Gabriel Hundeshagen (unten) ist Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie und Geschäftsführender Oberarzt an der Klinik für Hand-, Plastische- und Rekonstruktive Chirurgie, Mikrochirurgie – Schwerbrandverletzentzentrum an der BG Klinik Ludwigshafen.

Herr Prof. Kneser, es gibt das Ideal, dass der menschliche Alltag völlig schmerzfrei zu sein hat. Ist das eine Illusion, der sich die Gesellschaft hingibt?

Prof. Kneser: Der menschliche Alltag kann nicht immer schmerzfrei sein und er muss es auch nicht. Es wäre fatal, das zu glauben, denn es würde viele Patienten, vor allem nach Traumata, ungerechtfertigt unter Druck setzen. Zugespielt gesagt: Wenn du Schmerzen hast, bist du selbst schuld. Nein, so kann es nicht sein. Wichtig ist, dass wir versuchen, den Patientinnen und Patienten die Schmerzen – soweit es geht – zu nehmen.

Wie machen Sie das in Ihrem Arbeitsgebiet an der BG Klinik Ludwigshafen?

Prof. Kneser: Wir nutzen zum einen moderne Operationstechniken, die es erlauben, schmerzarm zu operieren. In der Verbrennungsmedizin gibt es Techniken, mit denen wir den Patienten schmerzhafte Verbandswechsel ersparen. Dazu kommen die Medikamente, das ist klar, mit denen Schmerzen reduziert werden. Aber der dritte Punkt, der sehr wichtig ist, ist, dass die Patienten den Umgang mit den Schmerzen erlernen. Dazu gehört auch, dass wir den Patienten eine möglichst wenig belastende Umgebung bieten. Dies alles kann zusammen genommen dazu führen, dass man mit den Schmerzen besser umgehen kann.

Wenn man die Idee der völligen Schmerzfreiheit zu Ende denkt, ist es ja so, dass man Patienten so sediert, dass sie nicht mehr bei Bewusstsein sind, was nicht im Sinne der Rehabilitation ist ...

PD Dr. Hundeshagen: ... genau, das wäre kontraproduktiv. Ein Kernaspekt der modernen Verbrennungschirurgie, auf die wir uns hier immer mehr fokussieren, ist, dass die Patienten so wach wie möglich sind und so wenig Narkose wie möglich bekommen, damit sie eben nicht stark sediert im Bett liegen.



Schmerzen sind immer subjektiv. Aber könnte es sein, dass die Patienten mit Verbrennungen im Vergleich unter besonders starken Schmerzen leiden?

PD Dr. Hundeshagen: Das ist ein interessanter Punkt. Denn je schwerer die Verbrennungen sind, desto geringer sind die Schmerzen. Das resultiert daraus, dass bei drittgradigen oder viertgradigen Verbrennungen, also die alle Hautschichten betreffen, auch die nozizeptiven Nervenfasern quasi mit zerstört werden. Und deswegen erleben wir es nicht selten, dass auch Patienten mit größten tiefen Verbrennungen wach und ansprechbar im Schockraum ankommen. Wir haben Fälle gehabt, bei denen Patienten mit tiefen Verbrennungen noch mehrere Stunden unbeobachtet irgendwo rumgelaufen sind, bevor sie aufgegriffen wurden und dann zu uns gebracht wurden.

Setzt das Schmerzempfinden in diesen Fällen später ein?

PD Dr. Hundeshagen: Wenn diese initiale Phase überstanden ist, haben Verbrennungschirurgie und -intensivmedizin natürlich etwas mit Schmerzen zu tun. Angrenzend an große, offene Oberflächen sind immer auch schmerzempfindliche Hautareale betroffen. Wir haben unangenehme Prozeduren, nehmen wir zum Beispiel den Verbandswechsel, die Operation und physiotherapeutische Maßnahmen, mit denen wir möglichst ab dem ersten Tag beginnen. Das ist unser Credo. Die Patienten sollen nicht geschont werden, sondern sollen von Anfang an trainieren. Häufig ist das mit Schmerzen verbunden, denen man adäquat begegnen muss, damit man diese Übungen überhaupt machen kann.

Aber, trotz allen subjektiven Empfindens, nochmal zurück zur Frage: Gibt es Erkenntnisse bezüglich des Unterschieds im Schmerzempfinden bei Brandverletzungen oder, zum Beispiel, wenn sich jemand ein Band im Knie reißt?

PD Dr. Hundeshagen: Es gibt wenige Untersuchungen dazu. Betrachten wir den Bereich akuter Schmerzen, ist bei einer Brandwunde eine viel größere Fläche betroffen als bei einem gerissenen Band in einem Gelenk. Bei einer Brandwunde verändert sich der Schmerz, der, das kennt jeder selbst, anfangs sehr stechend und scharf sein kann und sich dann über eine längere Zeit zu so einem dumpfen, aber sehr unangenehmen Hitze-Schmerz ausweiten kann.

Sie sprachen bereits den Verbandswechsel an, der schmerzhaft sein kann. Wie können Sie dabei Schmerzen reduzieren?

PD Dr. Hundeshagen: Man sollte Verbände wählen, die man möglichst selten wechseln muss, bei denen die unterste Schicht am besten immer auf der Wunde bleiben kann und nicht ständig wieder abgerissen wird. Das wird besonders dort relevant bei Menschen, bei denen ein Fünftel der Körperoberfläche oder mehr verbrannt ist. Wir behandeln hier in der BG Klinik Patienten mit schweren Brandverletzungen, also deren Körperoberfläche zu mindestens 20 Prozent verbrannt ist.

Wie genau wird entschieden, ob ein Brandverletzter in Ihre Klinik eingeliefert wird?

Prof. Kneser: Wir sind mit acht Betten auf der Intensivstation eines der größten Verbrennungszentren in Deutschland. In der Notfallversorgung kennen wir auch keine Landesgrenzen. Ein Patient aus Baden-Württemberg kann genauso in diese Klinik kommen, wie ein Patient aus Rheinland-Pfalz. Bei Schwerbrandverletzten ist es meistens so, dass der Erstkontakt über die Rettungsleitstelle erfolgt. Es gibt zwei Wege, wie Patienten hier landen können. Der ganz offizielle Weg führt über die Leitstelle der Feuerwehr Hamburg, die ein bundesweites Register führt, welche Verbrennungsbetten verfügbar sind. In der Praxis wissen aber besonders die Hubschrauber-Notärzte genau, welche Zentren sie anfliegen können. Und wenn wir aufnahmebereit sind, lehnen wir auch keinen Patienten ab, sondern richten uns darauf ein, und dann geht es los.

Wie kommt es, dass Sie auch Teile von Elsass und Lothringen mitversorgen?

Prof. Kneser: Frankreich ist zentralistisch aufgebaut. Das bedeutet, rund um Paris gibt es alles. Im Umkehrschluss heißt das zwar nicht, dass Elsass und Lothringen abgehängt sind, aber beide Regionen haben limitierte Kapazitäten. Über viele Jahre haben wir immer wieder mal vereinzelt Patienten von dort im Einzelfall behandelt. Seit zehn Jahren läuft die Versorgung über ein grenzüberschreitendes Kooperationsabkommen. Damit haben die Rettungsteams vor Ort mehr Sicherheit, wenn sie wissen: Die BG Klinik nimmt den Patienten auf jeden Fall auf. Wir in Ludwigshafen stabilisieren die Patienten initial, danach können die Patienten in die entsprechenden plastisch-chirurgischen Einheiten nach Frankreich rückverlegt werden. Bei ihnen ist es oft auch notwendig, französischsprachige Psychotherapeuten einzusetzen. Wir versuchen, gleich von Beginn an psychotherapeutische Hilfe zu bieten – und natürlich gilt das für alle Patienten.

Warum ist schnelle psychotherapeutische Hilfe so wichtig?

Prof. Kneser: Es gibt einige Patienten, die schon vor dem Unfall psychische Probleme hatten und die gerade nach so einem Vorfall stabil weitergeführt werden müssen. Dazu kommt, dass ein Verbrennungstrauma ein sehr belastendes Trauma ist. Und somit ist schnelle psychotherapeutische Hilfe gerade im Hinblick auf die Entstehung von chronischen Schmerzen und psychischen Problemen durchaus relevant.

PD Dr. Hundeshagen: Die Entstehung einer Brandverletzung ist eindrücklich und katastrophal. Es ist ein Trauma, das sehr schnell über einen kommt. Darauf kann man sich nicht vorbereiten. Das kommt überraschend.

Sie sprechen von Unfällen?

Prof. Kneser: Ja, Unfälle, aber auch andere Vorfälle. Zum Beispiel, wenn der Adventskranz Feuer fängt oder wenn Opfer sich Wunden selbst zufügen. In jedem Fall ist das Er-

Foto: Klaus Polkowski



OP in der Station für Schwerbrandverletzte.

Foto: red-services.de



Die BG Klinik Ludwigshafen liegt im Stadtteil Oggersheim.

ignis häufig sehr kurz, sehr heftig und sehr wenig vorhersehbar. Gar nicht so selten entstehen Verbrennungen auch aus absolut vermeidbaren Situationen heraus. Das birgt natürlich immer das Risiko, dass man sich darüber langfristig Gedanken macht. Häufig betreffen schwere Verbrennungen auch die ganze Familie. Und wir wissen, dass Verbrennungspatienten einen deutlich höheren Anteil an psychischen Vorerkrankungen haben als die durchschnittliche Bevölkerung.

Sie beziehen sich auf die selbst zugefügten Verbrennungen?

Prof. Kneser: Auch, ja, aber es betrifft alle Arten von Verbrennungen. Wenn man regelmäßig viel Alkohol trinkt oder andere Drogen nimmt, kann es sein, dass man sorgloser ist. Es geht aber auch um ältere Patienten mit einer beginnenden Demenz. Durch das Trauma selbst werden natürlich auch psychische Erkrankungen ausgelöst. Viele Verbrennungspatienten sehen dauerhaft immer wieder vor Augen, wie sie selbst brennen. Diese Urangst darf man nicht unterschätzen.

PD Dr. Hundeshagen: Der psychologische Effekt durch die Verletzung des Selbst, also durch die Verletzung der Integrität der Haut ist etwas sehr Symbolisches. Unser Schutz nach außen gegenüber der Umwelt fällt dann weg. Das spielt auf der psychologischen Ebene. Dann folgt die Therapie, und auch die ist gerade in der Anfangsphase traumatisch. Auch wenn wir das seit Jahren versuchen, Eingriffe auf ein Minimum zu reduzieren, sind es dennoch einige, die man über sich ergehen lassen muss. Dazu kommen Schmerzen in den Gebieten, wo man Hauttransplantate entnehmen muss. Das wirkt alles zusammen. Die meisten Schwerbrandverletzten teilen ihr ganzes Leben in ein Vorher-Nachher ein. Das Leben nach der Verletzung ist ein komplett anderes.

Wie sieht es mit dem technischen Fortschritt aus?

Gibt es heute ganz andere Möglichkeiten als vor 30 Jahren?

PD Dr. Hundeshagen: Der Hauptfortschritt der vergangenen 30 Jahre bezieht sich auf das reine Überleben. In der westlichen Welt hat sich die Überlebenswahrscheinlichkeit

bei schweren Brandverletzungen für Kinder sowie junge und mittelalte Erwachsene fast verdoppelt. Für Menschen ab 60 Jahren aufwärts gilt das nicht so stark. Konzeptionell können wir Patienten, die das brauchen, aggressiver behandeln, was den Umfang der Operation angeht. Wir können aber gleichzeitig selektiver sein als je zuvor. Wir können mehr gesunde Haut erhalten, was die Lebensqualität der Patienten verbessert, als vor 30 Jahren. Was die sekundäre Narbentherapie angeht, haben wir heute Lasertherapie, um nur ein Beispiel zu nennen. Wir müssen uns fokussieren auf eine ganzheitliche Behandlung der immer größer werdenden Gruppe von Langzeitüberlebenden von sehr schweren Verbrennungen. Die Behandlung ist nicht abgeschlossen, wenn man die Klinik verlässt, sondern der ganze Organismus und die Psyche haben Jahre damit zu tun.

Zurück zu unserem Thema, die Schmerzmedizin.

Die Disziplin ist an verschiedenen Orten angesiedelt, traditionell in der Anästhesiologie. Wen genau meinen Sie, wenn Sie „Schmerzmediziner“ hinzuziehen? Schließlich bekämpfen Sie alle als Mediziner in irgendeiner Art und Weise Schmerzen.

PD Dr. Hundeshagen: Im Akutbereich bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus sind unsere Intensivmediziner die Hauptschmerztherapeuten, weil sie alle eine gute Vorbildung in verbrennungsspezifischer Intensivmedizin haben. Wir haben viel mehr sogenannte neuropathische Schmerzen, also Nervenschmerzen, die mit einer Medikamententherapie therapiert werden müssen. Und wenn die Patienten auf die Normalstationen kommen, dann wird es interdisziplinär. Dann kommen unsere speziellen Schmerztherapeuten ins Spiel, die Konzepte zusammen mit den Patienten erarbeiten, wie Schmerzmittel reduziert werden können oder wie sie schmerzarm ihre physiotherapeutischen Übungen machen können.

Das Interview führte Christopher Schäfer.

Kompetenzen bündeln und vernetzen: Die Schmerznetzkonferenz Rheinland-Pfalz



Foto: Adobe Stock/jollier_

Seit 1989 gibt es die Schmerznetzkonferenz Rheinland-Pfalz der Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS) am Standort in Ludwigshafen. Während der Corona-Zeit etablierte San.-Rat Dr. Oliver M.D. Emrich zusammen mit seinem Sohn Dr. Jakob Emrich und Dr. Armin Ensgraber (Schmerzzentrum DGS Trier) anstelle der üblichen Präsenzsitzungen ein Online-Format, eine nach außen offenen interdisziplinären Schmerzkonzferenz mit Patientenvorstellung.

Seitdem treffen sich jeden ersten Montag im Monat (außer im August) über 100 Schmerztherapeuten und interessierte Kollegen per Web-Konferenz, explorieren ein bis drei Patienten, die auch persönlich teilnehmen, und besprechen weitere Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten zur Besserung von Schmerzen. Dazu findet eine Fortbildung mit Bezug zur Schmerzmedizin statt. Die Teilnahme ist kostenlos und es werden fünf CME-Punkte vergeben. Die Anmeldung findet über die DGS-App (App-Store: Schmerznetzkonferenz) statt. Über diese App läuft auch die Re-Evaluierung und die Vergabe der CME-Punkte.

Rückblick: San.-Rat Dr. Oliver M.D. Emrich kannte spezielle Schmerzsprechstunden bereits aus seiner Anästhesie-Zeit bei Pionier Dr. Dr. Hans Christoph Niesel am Ludwigshafener St. Marienkrankenhaus. 1984 stellte er bei seiner ersten Niederlassung als praktischer Arzt an die KV den Antrag auf ein Sonderbudget für den Mehraufwand in der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen („Chronisch

schmerzkrankte Patienten“). Damals hieß es noch von offizieller Seite: „Das mit dem Schmerz machen wir doch alle“. Mit kleinen, aber stetigen Schritten änderten sich diese Sichtweisen.

In Regelversorgung Schmerzpatienten schnell austherapiert

Man erkannte zunehmend die besonderen Erfordernisse zur Betreuung der vielen problematischen Patienten, die in der Regelversorgung allzu oft noch hören mussten: „Mit dem Schmerz müssen sie leben, sie sind austherapiert.“ Das war aber überhaupt nicht die Auffassung, die Emrich als junger Arzt von seiner Berufung und aus seiner Erfahrung hatte und er beschloss, Schmerztherapeut zu werden. 1985 trat er dem Schmerztherapeutischen Kolloquium (StK) bei, das gerade von den beiden ersten niedergelassenen Schmerztherapeuten Deutschlands, Thomas Flöter (Frankfurt) und Dietrich Jungck (Hamburg), gegründet worden war.

Den neuen Schmerztherapeuten fehlten aber die Anerkennung und die Strukturdefinitionen im Kanon der ärztlichen Fachdisziplinen. Diese entwickelten sie aus den Schmerzgesellschaften dann ganz konkret: Eine besondere Ausbildung, feste spezialisierte Sprechstunden, Methodenvielfalt und Interdisziplinarität mit dem besonderen Strukturmerkmal der verpflichtenden nach außen offenen Schmerzkonzferenz mit Patientenvorstellung.

Oberstes Qualitätsmerkmal ist der Austausch mit Therapeuten

Grundvoraussetzung und oberstes Qualitätsmerkmal zum Führen einer Schmerzpraxis/-Ambulanz ist und bleibt das Gespräch und der Abgleich mit den anderen Therapeuten am praktischen Fall. Und so gründete Emrich die erste Schmerzpraxis in der Pfalz und nahm ab diesem Moment an der ersten interdisziplinären Schmerzkonzferenz Deutschlands in Heidelberg-Schlierbach, unter der Leitung von Prof. Dr. Dr. Manfred Zimmermann teil, dem damaligen Gründer und Präsidenten der Deutschen Gesellschaft

Die Leitdiagnose der Patienten, die vorgestellt werden ist die ICD 10 F45.41 „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“.

zum Studium des Schmerzes (DGSS; heute Deutsche Schmerzgesellschaft). Die Konferenz tagte monatlich und war von Anfang an interdisziplinär mit persönlicher Beteiligung der Patienten. Die Patienten kamen selbst und wurden exploriert und beraten. Das war eine völlig neue Kolloquiums- und Behandlungsform. Fest mit dabei waren unter anderem Allgemeinärzte, Orthopäden, Anästhesisten, Neurologen, Neurochirurgen und Psychotherapeuten in einer nach außen offenen Runde.

Exakt an diesem Modell orientierte sich dann am 1. April 1989 seine Gründung der eigenen interdisziplinären Schmerzkonzferenz in Ludwigshafen und Speyer, zusammen mit seinem klinischen Kollegen Dr. Lothar Klimpel. Mentor war und blieb bis zu seinem Tod 2024 Manfred Zimmermann und nicht zu vergessen: die Akademie für Neuraltherapie in Speyer unter San.-Rat Dr. Adalbert Orth. Ab der Jahrtausendwende tagte die Schmerzkonzferenz Pfalz dann unter seiner Leitung im St. Marienkrankenhaus in Ludwigshafen. Und das alles freiwillig, ohne jede finanzielle Kompensation dafür.

1996: Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie beschlossen

Das änderte sich ab 1994, als die 1991 in Hamburg zwischen der dortigen AOK ausgehandelte Schmerztherapievereinbarung bundesweit aber zunächst

nur von den Ersatzkassen übernommen wurde. Kurz vorher 1996 hatte der Deutsche Ärztetag die Einführung der neuen Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie beschlossen. Zum Erwerb dieser Zusatzbezeichnung waren dann besondere Kriterien zu erfüllen, die von der Bundesärztekammer als Empfehlung erarbeitet und von den zuständigen Landesärztekammern in der Weiterbildungsordnung umgesetzt wurden. Seit 2005, das heißt seit nun 20 Jahren, ist die spezielle Schmerztherapie Teil des EBM (Kapitel 30.7) und steht allen gesetzlich Krankenversicherten im Bedarfsfalle zu.

Eine der zentralen Qualitätsvoraussetzungen für die speziellen Schmerztherapeuten ist und bleibt die „regelmäßige Teilnahme - mindestens achtmal - an einer interdisziplinären Schmerzkonzferenz gemäß § 5 Absatz 3 der „Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie - QS-V“ innerhalb von

zwölf Monaten. Im Jahr 2025 blicken wir auf 341 Präsenz-Konferenzen zurück und hatten im neuen Internet-Format im September die 70. Schmerznetz-Konferenz Rheinland-Pfalz.

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Die Leitdiagnose der Patienten, die vorgestellt werden, ist die ICD 10 F45.41 „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“. Die betroffenen Patienten leiden psychophysisch und sozial unter Schmerzen, die länger als sechs Monate anhalten oder ständig wiederkehren, deren oft komplexe Genese unklar bleibt und die einer kausalen Therapie ganz oder teilweise nicht zugänglich sind.

Literatur beim Autor



Foto: Emrich

Autor

San.-Rat Dr. Oliver M.D. Emrich
Landeszentrum Deutsche Gesellschaft
für Schmerzmedizin (DGS)
Rheinland-Pfalz
Ludwigshafen am Rhein

www.schmerzkonferenz-pfalz.de

Psychosomatische Schmerztherapie in Rheinland-Pfalz: Konzepte und Perspektiven

Lange Zeit stand in der Schmerzmedizin die Suche nach strukturellen Ursachen im Vordergrund. Bildgebende Verfahren ermöglichten zwar enorme Fortschritte im Verständnis anatomischer und biomechanischer Zusammenhänge, führten jedoch auch zu einer starken Fixierung auf Organpathologien. Heute ist jedoch gut belegt, dass solche Veränderungen nur selten chronische Schmerzen vollständig erklären können: Während fast jede fünfte Person unter Rückenschmerzen leidet, lässt sich nur bei einem Bruchteil eine spezifische Organursache nachweisen. Umgekehrt finden sich bei einem Großteil schmerzfreier Menschen auffällige degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule – gleichsam stille Befunde ohne Krankheitswert.

Diese Erkenntnisse haben zu einem Paradigmenwechsel geführt: Chronische Schmerzen entstehen nicht allein durch fortbestehende Gewebeschäden, sondern wesentlich durch adaptive und maladaptive Veränderungen in neuronalen Schaltkreisen. Ein anhaltender Schmerz kann das Nervensystem gleichsam „umprogrammieren“ – ein Prozess der Neuroplastizität, der erklärt, warum Schmerzen sich verselbstständigen und chronisch werden können.

Vor diesem Hintergrund wurde chronischer Schmerz in der ICD-11 erstmals als eigenständige Diagnose aufgenommen. Mit dem Konzept des „noziplastischen Schmerzes“ wurde zudem eine neue Kategorie eingeführt, die eine veränderte zentrale Schmerzverarbeitung beschreibt. Dabei stehen nicht primär Gewebeschädigung (nozizeptiver Schmerz) oder Schädigung somatosensorischer Nervenfasern (neuropathischer Schmerz) im Vordergrund, sondern eine Fehlregulation zentraler Schmerznetzwerke. Typische Beispiele sind das Fibromyalgiesyndrom oder bestimmte Formen chronischer Rückenschmerzen. Noziplastischer Schmerz verdeutlicht, dass die Schmerzchronifizierung wesentlich auf neuroplastischen Prozessen beruht, die biologische, psychologische und soziale Faktoren eng miteinander verweben.

Psychologische Faktoren im Fokus: Psychotherapeutische Schmerztherapie

Das komplexe Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren prägt das Schmerzerleben entscheidend. Psychologische Prozesse wie Lernen, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Kognition und Emotionen beein-

flussen, ob Schmerzen abklingen, chronisch werden oder sich verschlimmern. Damit rückt die Rolle psychologischer Faktoren in der Schmerzmedizin zunehmend in den Mittelpunkt – nicht als bloße Ergänzung, sondern als zentrale Säule im multimodalen Behandlungskonzept. Unter psychotherapeutischer Schmerztherapie versteht man wissenschaftlich fundierte Verfahren, die darauf abzielen, den Umgang mit Schmerzen nachhaltig zu verbessern. Im Vordergrund steht dabei nicht die unmittelbare Reduktion der Schmerzintensität, sondern die Veränderung der Bewertung und der Bewältigungsstrategien. Hierzu zählen kognitiv-behaviorale Ansätze, achtsamkeitsbasierte Methoden und psychodynamische Verfahren. Sie helfen, dysfunktionale Gedanken- und Verhaltensmuster zu erkennen, emotionale Belastungen zu verarbeiten und neue, adaptive Handlungsoptionen zu entwickeln. Auf diese Weise verändert sich der Schmerz von einem überwältigenden Gegner hin zu einem beeinflussbaren Signal. Patienten gewinnen ein Gefühl von Kontrolle zurück, können trotz anhaltender Beschwerden wieder aktiver am Leben teilnehmen und erfahren eine spürbare Entlastung im Alltag. Psychotherapeutische Schmerztherapie bedeutet daher nicht „lernen, mit dem Schmerz zu leben“, sondern eröffnet die Möglichkeit, ein erfülltes Leben jenseits des Schmerzes zu gestalten.

Mechanismen der Chronifizierung

Dass diese Verfahren wirksam sind, hängt eng mit den Erkenntnissen zur Chronifizierung von Schmerz zusammen. Die Forschung zeigt, dass psychische Faktoren maßgeblich zur Verfestigung von Schmerzen beitragen. Schmerzbahnen können im Verlauf „gekapert“ werden und mit neuronalen Netzwerken interagieren, die auch bei psychischen Störungen wie Angst oder Depression aktiv sind. Solche Verschaltungen stabilisieren nicht nur chronische Schmerzen, sondern begünstigen auch psychische Komorbiditäten. Umgekehrt verstärken Depressionen oder Ängste die Schmerzwahrnehmung und verschlechtern den Krankheitsverlauf. Psychotherapeutische Schmerztherapie setzt genau an dieser wechselseitigen Dynamik an und bietet einen Ansatz, um den Teufelskreis aus Schmerz und psychischer Belastung zu durchbrechen. Inzwischen wird zunehmend besser verstanden, wie kritische Lebensereignisse und psychische Traumata das Schmerzerleben prägen. Früher nahm man an, dass vor allem unbewusste Konflikte im Sinne einer „psychogenen Schmerzgenese“ für Beschwerden verantwortlich

Foto: Adobe Stock/Rakchanok



Psychotherapeutische Schmerztherapie setzt an der wechselseitigen Dynamik aus Schmerz und psychischer Belastung an und bietet einen Ansatz, um den Teufelskreis zu durchbrechen.

seien – ein Modell, das beispielsweise bei der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung Anwendung findet. Diese Krankheitsbilder sind zwar real, treten aber vergleichsweise selten auf und sprechen häufig gut auf psychotherapeutische Behandlungen an.

Sehr viel häufiger und klinisch relevanter sind jedoch chronische Schmerzen, bei denen somatische und psychische Faktoren in Wechselwirkung stehen. Das Problem liegt hier weniger darin, dass psychosoziale Stressoren Schmerzen direkt verursachen, sondern vielmehr darin, dass sie die Chronifizierung und das subjektive Erleben auch ursprünglich somatischer Schmerzen beeinflussen. Entwickelt eine betroffene Person beispielsweise nach einem Bandscheibenvorfall akute Schmerzen, so erhöht eine bestehende psychische Belastung oder ein Kindheitstrauma deutlich das Risiko, dass die Schmerzen persistieren. Tierexperimentelle Studien zeigen, dass Stress und insbesondere frühkindliche Traumata neuronale Schaltkreise dauerhaft „primen“ können. Akute somatische Schmerzergebnisse werden dann intensiver und belastender erlebt. Man könnte von einem zusätzlichen „anhedonen load“ sprechen, der nicht nur die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung erhöht, sondern auch dazu führt, dass Betroffene stärker leiden und in ihrer Lebensqualität stärker eingeschränkt sind als Personen ohne eine solche Vorgeschichte. Gerade diese enge Verzahnung biologischer und psychischer Prozesse macht deutlich, dass pauschale Behandlungsansätze an ihre Grenzen stoßen. Während klassische psychotherapeutische Schmerzprogramme bestimmte Gruppen von Patienten gut erreichen, bleiben andere weitgehend unberührt oder entwickeln sogar neue Belastungen. Hier zeigt sich: Die hohe Komplexität und Individualität von Schmerz verlangt nach differenzierteren und maßgeschneiderten Strategien.

Ein zentrales Problem in der psychotherapeutischen Schmerztherapie ist die große Heterogenität im individuellen Ansprechen: Während einige Patienten von einer

bestimmten Intervention deutlich profitieren, zeigen andere kaum Verbesserungen oder sogar unerwünschte Effekte. Diese Variabilität verdeutlicht, dass pauschale Standardprogramme an ihre Grenzen stoßen. Künftig wird es entscheidend sein, Behandlungsentscheidungen stärker an individuellen Mechanismen, psychosozialen Profilen und den jeweils zugrundeliegenden Risikokonstellationen auszurichten. Genau hier setzt das neue Mainzer Versorgungskonzept an.

Neues Versorgungskonzept in Rheinland-Pfalz

Mit dem an der Universitätsmedizin Mainz entwickelten Modell in enger Zusammenarbeit mit den bereits am Standort bestehenden Strukturen zur Behandlung chronischer Schmerzen – von spezialisierten Schmerzkliniken bis hin zu einem breiten Netzwerk ambulanter Schmerztherapeuten – entsteht in Rheinland-Pfalz ein neuer Nukleus für innovative Schmerztherapie. Ziel ist es nicht, bestehende Strukturen zu ersetzen, sondern ein integratives Zentrum zu schaffen, das Impulse setzt und durch enge Vernetzung den gesamten Versorgungsraum stärkt. Das Konzept stützt sich auf drei Säulen: Erstens ermöglicht eine integrierte psychosomatische Schmerzzambulanz die enge Verzahnung von somatischer Diagnostik und psychosozialer Behandlungsplanung, sodass Patientinnen und Patienten von Beginn an multiperspektivisch betreut werden. Zweitens bietet eine interdisziplinäre Tagesklinik Raum für multimodale, intensive Therapieprogramme, die körperliche, psychische und soziale Faktoren gleichermaßen berücksichtigen. Drittens fungiert eine Innovations- und Forschungseinheit als Motor, in dem neue experimentelle Ansätze entwickelt, erprobt und systematisch evaluiert werden – mit dem Ziel, personalisierte Behandlungsmodelle kontinuierlich weiterzuentwickeln und in die Breite der Versorgung einzubringen.

Fachübergreifende Zusammenarbeit

Zentrales Merkmal des Mainzer Modells ist die konsequente Vernetzung mit anderen klinischen Disziplinen. Enge Kooperationen bestehen mit der Anästhesiologie, Gynäkologie, Neurologie, Onkologie, Gastroenterologie, Orthopädie und Unfallchirurgie sowie der Sportmedizin. Darüber hinaus wird eine enge Zusammenarbeit mit dem DRK-Schmerzzentrum gepflegt. Auf diese Weise können komplexe Schmerzsyndrome – etwa im Rahmen muskuloskelettaler Erkrankungen, postoperativer Verläufe, neurologischer Schmerzsyndrome oder tumorassoziierter Schmerzen – ganzheitlich diagnostiziert und behandelt werden.

Neue Methoden und Spezialangebote

Neben etablierten schmerzpsychotherapeutischen Verfahren kommen auch innovative Ansätze zum Einsatz, die bislang in Deutschland nur vereinzelt verfügbar sind. Dazu zählt die Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)-basierte Schmerztherapie, die ursprünglich aus der Traumatherapie stammt und durch bilaterale Stimulation



belastende Schmerz- und Stressgedächtnisinhalte gezielt bearbeitet. Mit der Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) steht ein emotionsfokussiertes, psychodynamisches Verfahren zur Verfügung, das unbewusste emotionale Konflikte schnell und tiefgreifend zugänglich macht – ein Ansatz, der auch bei chronischen Schmerzen vielversprechende Ergebnisse zeigt. Die Emotional Awareness and Expression Therapy (EAET) ist eine vereinfachte Form der ISTDP für die Anwendung als Gruppentherapie, die Betroffenen hilft, unterdrückte oder vermiedene Emotionen zu erkennen und auszudrücken, wodurch sich Schmerzintensität und Leidensdruck reduzieren können. Die Pain Reprocessing Therapy (PRT) wurde jüngst in den USA entwickelt und setzt darauf, fehlerhafte Schmerzerwartungen und Bedrohungswahrnehmungen im Gehirn gezielt zu verändern.

Ein weiterer besonderer Schwerpunkt liegt auf Schmerz im Hochleistungs- und Profisport. Komplexe Schmerzstörungen in diesem Kontext stellen eine eigene Herausforderung dar, da die Belastungsprofile, das Verletzungsrisiko und die psychologische Dynamik von Leistung und Wettbewerb spezifische Besonderheiten des Schmerzerlebens mit sich bringen. An der Universitätsmedizin Mainz besteht hierzu ein langjähriger Forschungsschwerpunkt, der die Besonderheiten des Schmerzempfindens bei Sportlerinnen und Sportlern systematisch untersucht. Die hier gewonnenen Erfahrungen fließen nicht nur in die gezielte Betreuung von Leistungssportlern ein, sondern prägen auch die Entwicklung innovativer Therapieverfahren – etwa der Neuroathletik, die neurophysiologische Mechanismen gezielt in Trainings- und Behandlungskonzepte integriert.

Ergänzt wird das Angebot durch sport- und bewegungstherapeutische Programme sowie die enge Anbindung an das Weiterbildungsinstitut für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. So entsteht ein lebendiges Netzwerk mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, das die ambulante Versorgung eng mit der universitären Ebene verbindet und eine durchgängige Behandlungskette von ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung ermöglicht.

Ausblick

Mit dieser Struktur nimmt Mainz in Deutschland eine Vorreiterrolle ein. Hier werden neue, international diskutierte psychologische Schmerztherapien – von traumafokussierten Verfahren über emotionsfokussierte Kurzzeittherapien und Gruppentherapien bis hin zu innovativen Ansätzen wie Schmerz-Reprocessing – nicht nur wissenschaftlich untersucht, sondern auch frühzeitig in die klinische Praxis integriert.

Ziel ist es, eine Einheit mit internationaler Strahlkraft zu entwickeln, die Versorgung, Forschung und Weiterbildung eng verzahnt und damit die Schmerzmedizin in Rheinland-Pfalz nachhaltig stärkt. Das Universitätsklinikum Mainz soll so zu einem Nukleus werden, von dem neue Impulse ausgehen: für eine moderne, personalisierte Schmerzmedizin, die das gesamte Versorgungssystem im Land bereichert und Patientinnen und Patienten neue Perspektiven eröffnet.

Literatur bei den Autoren

Autoren



Foto: Peter Pulkowski

Prof. Dr. Jonas Tesarz
Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Facharzt für Innere Medizin
Universitätsprofessor und Direktor
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsmedizin Mainz



Foto: Peter Pulkowski

Prof. Dr. Matthias Michal
Facharzt für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Stellvertretender Direktor
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Universitätsmedizin Mainz