

## Moderne Therapien

# Schach dem Schmerzgedächtnis



Gespräche sind für Schmerzpatienten gute Medizin.

Eine Wunderpille gegen den Schmerz wird es nie geben. Komplexe Erkrankungen müssen mit komplexen Therapien behandelt werden.

Unser Gehirn kann ein Leben lang lernen: Gedichte, Sprachen, mathematische Formeln, Radfahren, Klavierspielen – oder den Schmerz. Vor allem diese Erkenntnis hat die Schmerzmedizin in den letzten 25 Jahren entscheidend voran gebracht. „Wenn Menschen ständig oder wiederkehrende Schmerzen haben, die nicht ausreichend behandelt werden, bildet sich ein Schmerzgedächtnis“, erklärt Professor Walter Ziegglängsberger vom Münchener Max-Planck-Institut für Psychiatrie.

Ständige Schmerzreize verändern die Abläufe im Zentralnervensystem, also die biochemischen und elektrischen Prozesse in den Nervenzellen von Rückenmark und Gehirn. Nervenzellen im Rückenmark werden empfindlicher. Sie feuern selbst bei leichten Reizen und schalten Signale zum Gehirn durch, die normalerweise auf dieser Stufe unterdrückt würden. Nicht zuletzt zeigt der so genannte Phantomschmerz, der Menschen nach Amputationen quält, dass veränderte schmerzverarbeitende Regionen des Gehirns auch gänzlich ohne Impulse aus dem Körper, quasi aus sich selbst heraus, Schmerz erzeugen können.

Das neue Wissen über akute und chronische Schmerzen, das seit den achtziger Jahren aus den Laboratorien der Hirnforscher strömte, hat sich in neuen Therapien und Behandlungsansätzen niedergeschlagen. „Es ist eminent wichtig, jene Lernprozesse konsequent zu verhindern, die zur Bildung des Schmerzgedächtnisses führen“, erklärt Dr. Gerhard Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie.

**Die Experten** können inzwischen verschiedene Mechanismen der Schmerzentstehung unterscheiden. Die Pein kann von geschädigten Nervenbahnen ausgehen, sie kann ihren Ursprung in gereizten Schmerzführlern (Nozizeptoren) haben, in zerstörtem oder entzündetem Gewebe – und sie kann aus der Seele kommen. „Dies können wir untersuchen“, sagt Müller-Schwefe, „und gezielte Therapien einsetzen, die verhindern, dass sich der Schmerz in das Nervensystem einbrennt. Ist dieses bereits geschehen, können wir den Schmerz mit komplexen Strategien behandeln und zumindest wieder erträglich machen.“

Komplexe Strategien – die Schmerztherapeuten sprechen von multimodalen Therapien – ruhen auf mehreren Säulen. Verschiedene Medikamente sind eine davon: Schmerz- und Entzündungshemmer, Opiode sowie Medikamente gegen Depressionen (Antidepressiva) und Krampfanfälle (Antikonvulsiva), die ebenfalls die Schmerzverarbeitung beeinflussen. Akupunktur oder Reizstromtherapie stärken die körpereigene Schmerzkontrolle, Bewegungstherapien lockern und kräftigen Muskeln und Sehnen.



Das Labor im Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München liefert wertvolle Impulse für die Schmerztherapie.

**Wichtig sind** psychologisch-verhaltensmedizinische Methoden. Sie fördern ein besseres Verständnis der Krankheit und nehmen so viele Sorgen. Die Patienten lernen, dass sie keine Angst vor körperlichen und sozialen Aktivitäten haben müssen, die mit Schmerz verbunden sein können. Verhalten, das die Schmerzen verstärkt, wird durch ein gesundheitsförderndes Verhalten ersetzt. „Und schließlich“, erklärt Müller-Schwefe, „gehört auch zur Behandlung, dass wir diese Menschen, die sich zurückziehen und einsam werden, psychisch und sozial wieder stabilisieren und dabei unterstützen, ins Leben zurückzukommen.“



Bildquelle:  
Dynamic Graphics

Ein breites Spektrum von Medikamenten kann Schmerzen beeinflussen

lich umgesetzt, und der Zugang der Patienten zu innovativen Verfahren wird erschwert.

Dies hat nicht nur mit den Ausbildungsdefiziten der Ärzte zu tun. Sparmaßnahmen sorgen

dafür, dass innovative Verfahren und Medikamente zwar entwickelt, aber aufgrund der Rahmenbedingungen oft nicht angewendet werden können.

Das Wissen, wie eine moderne Schmerztherapie aussehen muss, ist vorhanden. Es gibt auch Institutionen, in denen Experten diese Konzepte anwenden. Doch Defizite der Mediziner Ausbildung und ungünstige Rahmenbedingungen verhindern, dass alle Patienten, die diese Verfahren benötigen, sie auch erhalten.

**Schmerz mit all seinen Facetten** ist das häufigste Krankheitsbild überhaupt – häufiger als Diabetes, Krebs und Herzleiden. Doch der chronische Schmerz fehlt im Gegensatz zu diesen anderen Leiden in den meisten Krankheitsstatistiken. Dies hat gravierende Folgen: Was nicht von der Statistik erfasst wird, existiert nicht. „Trotz großer Fortschritte in der Schmerzforschung während der letzten beiden Dekaden, wurde die Patientenversorgung nicht analog verbessert“ erklärt Dr. Marianne Koch, die Präsidentin der Deutschen Schmerzliga.

In Deutschland entwickelte sich die Patientenversorgung zwar günstiger als in manchen anderen Ländern. So wurde beispielsweise 1996 vom Deutschen Ärztetag auf Betreiben der Fachgesellschaften die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ eingeführt, die Ärzte aller Fachrichtungen erlangen können. Wichtig war auch die Integration der Schmerztherapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen.

#### **Aber inzwischen stockt der Prozess.**

Die Schmerzmedizin ist noch immer nur ein Randgebiet der Medizin. Die Strukturen des Gesundheitswesens und die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen werden mittlerweile nicht nur zur Fortschrittsbremse, sondern sorgen dafür, dass selbst das bisher Erreichte gefährdet wird. Darum werden viele neue Erkenntnisse nur zöger-

**Einen Hoffnungsschimmer** gibt es jedoch am Horizont: Neue Konzepte der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie zeigen, dass es auch anders geht. Die integrierte Versorgung von Rückenschmerzpatienten, die von den Spezialisten mit einigen Krankenkassen inzwischen etabliert wurde, ist zu einem Erfolgsmodell geworden. „Dieses zeigt“, so Müller-Schwefe, „wohin die Reise in der Schmerztherapie gehen muss: Hin zu einer rechtzeitigen und intensiven Versorgung, bevor es zu tief greifenden Chronifizierungsprozessen gekommen ist, deren Therapie dann sehr viel höhere Kosten verursacht.“

Alein Rückenschmerzen verschlingen hierzulande jährlich 48,5 Milliarden Euro. Drei Viertel davon entfallen auf Frühberentung und Arbeitsunfähigkeit. „Würden wir dieses Geld für eine effektive Therapie unserer Patienten einsetzen“, sagt Müller-Schwefe, „wären wahrscheinlich alle Gesundheitsreformen finanziert und ein erheblicher Teil der Bankenkrise noch dazu.“

#### **Autorin:**

Barbara Ritzert  
Nachdruck aus NOVA 1/2009 mit freundlicher Genehmigung der Redaktion.



Bildquelle: MEV

Operationen und invasive Verfahren gehören ebenfalls zum Repertoire der Schmerztherapie, werden aber sehr zurückhaltend eingesetzt.