



Schmerz 2007· 21:Seite–Seite
DOI 10.1007/s00482-007-0584-x
© Springer Medizin Verlag 2007

Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes

Zentralsekretariat

Beatrice Schwegler

Reppischtalstrasse 25

8914 Aeugstertal

E-Mail: bschwegler@gmx.ch

President's Corner

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Lange war der chronische Schmerz mit seinen Ursachen und Auswirkungen ein unbekanntes und unerforschtes Gebiet. In den letzten Jahren hat die Medizin zwar große Fortschritte gemacht, für viele Arten von chronischen Schmerzen gibt es allerdings immer noch keine Heilung. Dennoch ist es möglich, durch bestimmte Therapien die Schmerzen teilweise, in manchen Fällen sogar vollständig zu lindern. Oft werden chronische Schmerzen aber sehr spät diagnostiziert oder falsch behandelt. Dies führt zu massiven Kosten in der gesamten Volkswirtschaft.

Bei Schmerzen handelt es sich um eine komplexe, individuelle Erfahrung mit sensorischen, emotionalen und sozialen Aspekten. Wichtig ist hierbei, dass Menschen den Schmerz immer individuell erfahren und keine Schmerzerfahrung - auch bei gleicher Schmerzursache - der anderen völlig gleicht. Der Grund dafür liegt in der unterschiedlichen Art und Weise, in der das Gehirn den Schmerz interpretiert und in der Tatsache,

dass auch unsere individuelle Lebenserfahrung die Art und Weise, in der wir Schmerz erfahren und ausdrücken, beeinflusst.

Die Prävalenz chronischer Schmerzen in der Bevölkerung westlicher Staaten ist hoch. Sie wird im Mittel mit 15 Prozent angegeben, mit einer Spannweite von 2 Prozent bis 40 Prozent. In Australien sind beispielsweise zwischen 17 und 20 Prozent der Bevölkerung von chronischen Schmerzen betroffen. Studien in Europa weisen im Vergleich zu anderen Ländern mit 34 Prozent eine fast doppelt so hohe Rate für Schmerzen auf. Studien aus weniger entwickelten Ländern bestätigen diesen Befund. Chronische Schmerzen führen zu einer verstärkten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, was die Gesundheitskosten erhöht. Neben diesen direkten Kosten des chronischen Schmerzes sind auch die indirekten Kosten infolge von Arbeits- und Steuerausfällen sowie Berentungen zu berücksichtigen.

Es wird vermutet, dass die Kosten für die Behandlung chronischer Schmerzen die Sum-

me der Kosten für die Behandlung von koronarer Herzkrankheit, Krebs und AIDS überschreiten. Eine besondere Rolle spielen dabei die chronischen Rückenschmerzen: Die Chronifizierung von Rückenschmerzen bei einem kleinen Teil von Rückenschmerzpatienten ist für einen grossen Teil der Gesamtkosten des chronischen Schmerzes verantwortlich. In den Niederlanden und in England wurden die direkten finanziellen Auswirkungen von Erkrankungen des Bewegungsapparates auf rund 7 Prozent der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen geschätzt. Die Kosten für Rückenschmerzen sind vergleichbar mit denen für Kopfschmerzen, Herzkrankheiten, Depression oder Diabetes. Ursache der hohen direkten Kosten sind neben Patientenfaktoren auch Faktoren im Gesundheitssystem selbst. So können ungenügende Kenntnisse über chronische Schmerzkrankheiten zu einer extensiven Suche nach einer körperlichen Schmerzursache führen. Oder die Relation zwischen Behandlungsziel und -aufwand wird zu wenig beachtet. Eine weitere Rolle spielt die Ausgestaltung des Sozialversicherungssystems, das Anreize zu einem übertriebenen Interventionsniveau enthält. Zudem können Leistungserbringer versuchen, Einkommensausfälle in anderen Bereichen (z.B. infolge veränderter Tarifsysteme) durch Leistungen der Schmerzbehandlung zu kompensieren.

Neben den direkten Kosten, resultierend aus Behandlungen, sind bei chronischen Schmerzen die indirekten Kosten von grossem volkswirtschaftlichem Interesse. Zu den indirekten Kosten gehören unter anderem die Kosten für Berentungen sowie Produktivitätsverluste und Verluste an Steuereinnahmen. Bei chronischen Krankheiten können die indirekten Kosten 25 bis 95 Prozent der Gesamtkosten ausmachen. Bei chronischen Schmerzen wird der Anteil der indirekten

Kosten an den Gesamtkosten auf 93 Prozent geschätzt. Allerdings sind internationale Vergleiche schwierig, da die Architektur der Sozialversicherungssysteme unterschiedlich ist. Doch auch bei sehr konservativer Schätzung stellt die chronische Schmerzkrankheit eine erhebliche volkswirtschaftliche Belastung dar: In den Niederlanden wurden die indirekten Kosten für die Volkswirtschaft mittels konservativer Schätzung auf 0,28 Prozent des niederländischen Bruttosozialprodukts geschätzt.

Der chronische Schmerz als eine einständige Krankheit

Zusätzlich zum unterschiedlichen pathophysiologischen Mechanismus zwischen akutem und chronischem Schmerz ist zu beachten, dass sich mit der Chronifizierung zahlreiche komplexe physisch und psychosoziale Veränderungen einstellen, die integraler Bestandteil des chronischen Schmerzproblems werden und erheblich zu Leiden der Betroffenen beitragen. Hierzu gehören:

1. Immobilisierung und nachfolgende Verschlechterung der Funktion von Muskeln, Gelenke usw.
2. Dämpfung des Immunsystems und infolge dessen grössere Krankheitsanfälligkeit
3. Schlafstörungen
4. Appetitlosigkeit und mangelnde Nahrungsaufnahme
5. Langzeiteinnahme von Medikamenten
6. Übermässige Abhängigkeit von der Familie und anderen Pflegepersonen
7. Übermässige bzw. unsachgemässe Inanspruchnahme der Einrichtung des Gesundheitssystems
8. Verminderte Leistungen am Arbeitsplatz oder Krankenstand bzw. frühzeitige Berentung
9. Abwendung vom gesellschaftlichem Leben und von der Familie bis hin zur Isolation

10. Angst, Sorgen
11. Verbitterung, Frustration, Depression bis hin zum Selbstmord

Interpellation an den Bundesrat

Die Gesamtkosten, die dem Staat aufgrund von chronischem Schmerz entstehen, strapazieren zunehmend unser Sozialsystem. Chronischer Schmerz zählt zu den häufigsten Gründen, Ärzte zu konsultieren.

Deshalb ist eine professionelle Schmerzdiagnostik und -therapie auch Aufgabe jedes einzelnen Arztes. Nur wenn Schmerz frühzeitig behandelt wird, besteht die Möglichkeit, die Chronifizierung mit all ihren Folgen für den Patienten, sein Umfeld, die Gesellschaft und den Staat zu verhindern. Studien belegen, dass chronischer Schmerz in der Schweiz und in ganz Europa ein erhebliches gesundheitspolitisches Problem darstellt. Die Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (SGSS) hat als Mitglied der europäischen Vereinigung der international tätigen Gesellschaften EFIC (European Federation of International Association for Study of Pain Chapters) Ende 2005 durch die Nationalräte Felix Gutzwiller und Franco Cavalli eine Interpellation an den Bundesrat eingereicht. Darin macht die SGSS den Bundesrat auf die steigende Zahl chronischer Schmerzpatienten aufmerksam. Sie sieht dringenden Handlungsbedarf und fragte darum den Bundesrat an, wie er gedenkt, den steigenden Kosten für die Diagnose und die Behandlung von chronischem Schmerz entgegen zu treten.

Inhalt der Interpellation

1. Schliesst der Bundesrat aus der Tatsache, dass 16 Prozent der Schweizer Bevölkerung an chronischen Schmerzen leiden, es bestehe gesundheitspolitischer Handlungsbedarf?
2. Gedenkt der Bundesrat, den zunehmenden Patientenzahlen und der daraus resultierenden

Kostensteigerung für die Diagnose und Behandlung von chronischem Schmerz entgegen zu treten?

3. Wie stellt sich der Bundesrat zum Vorschlag (die Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes - SGSS - beantragt Zertifizierung von Fachärzten bei der FMH), die Studierenden an den medizinischen Fakultäten in Zukunft auch in der Diagnostik und Therapie des chronischen Schmerzes aus- und fortzubilden?

Antwort des Bundesrates

Der Bundesrat teilt die vom Interpellanten geltend gemachten Feststellungen zu den wirtschaftlichen und sozialen Auswirkungen chronischer Schmerzen sowie die für die Betroffenen resultierende Einbusse an Lebensqualität, das Risiko von Frühinvalidisierung und gesellschaftlicher Marginalisierung.

1. Der Bundesrat ist der Ansicht, dass das heutige Gesundheitsversorgungssystem und seine Finanzierungsmechanismen eine adäquate Behandlung und Betreuung von Patienten mit chronischen Schmerzen ermöglicht. Seines Erachtens besteht deshalb kein akuter gesundheitspolitischer Handlungsbedarf, zumal er - wie unten zu Frage 2 aufgeführt - bereits Massnahmen zum besseren Umgang mit dieser Herausforderung für das Gesundheitswesen ergriffen hat.

2. Unter Berücksichtigung der aktuellen Kompetenzaufteilung im Gesundheitsbereich hat der Bund bereits Massnahmen zur besseren Bewältigung des Problems der chronischen Schmerzen ergriffen. So wurde im Januar 2003 das nationale Forschungsprogramm „Muskuloskeletale Gesundheit und chronische Schmerzen“ (NFP 53) mit einem Budget von 12 Millionen Franken bewilligt, wovon ein Förderanteil von 3 Millionen Franken für die Forschungen betreffend chronische Schmerzen reserviert ist. Die Forschungsarbeiten sind in der Zwischenzeit weit fortge-

schrritten. Anlässlich einer Standortbeurteilung wird die Leitungsgruppe Ende 2005 die in der Bewilligung ausdrücklich geforderte Umsetzungsorientierung überprüfen und auf den Abschluss hin verstärken.

Im Weiteren ist die Frage der zukünftigen Regelung der Prävention nichtübertragbarer, chronischer Krankheiten, welche eine der wichtigsten Ursachen chronischer Schmerzen darstellen, ein Bestandteil der vom Eidgenössischen Departement des Innern initiierten Überprüfung der Prävention und Gesundheitsförderung sowie deren aktuelle gesetzliche Regelung.

Zu einer Verbesserung der Behandlung und Betreuung von Patienten mit chronischen Schmerzen wird auch eine Förderung der integrierten Versorgung beitragen, wie sie der Bundesrat in der Botschaft betreffend die Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Managed Care) vom 15. September 2004 vorschlägt.

3. Angesichts der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Zunahme chronischer Krankheiten werden in der Medizin die Krankheitsbegleitung und die Schmerzlinderung neben der Behandlung und der Heilung an Bedeutung gewinnen. Es ist deshalb notwendig, dass die Studierenden an den medizinischen Fakultäten in Zukunft vermehrt in der Diagnostik und Therapie des chronischen Schmerzes ausgebildet werden und befähigt werden, Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen ganzheitlich zu begleiten und zu betreuen.

Der von der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission (SMIFK) und den Fakultäten verbindlich erklärte Schweizerische Lernzielkatalog für die Ausbildung thematisiert die Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen aus der Sicht der einzelnen Krankheitsbilder. Dieser fragmentierte Blick ist aus heutiger Sicht ungenügend. Das Bundesamt für Gesundheit vereinbarte deshalb

mit der SMIFK, dass das Ausbildungsziel betreffend chronische Schmerzen im Zuge der aktuellen Revision des Lernzielkataloges bis Mitte 2006 explizit aufgenommen wird. Damit erhält die Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen im Medizinstudium den gleichen Stellenwert wie die palliative Pflege. Zweifellos muss auch in der ärztlichen Weiterbildung der Behandlung und Begleitung von chronischen Schmerzpatienten Rechnung getragen werden. Es ist jedoch nicht vorgesehen, einen eidgenössischen Weiterbildungstitel zu schaffen.

Kommentar

Die Antwort des Bundesrates zeigt, dass die Problematik rund um den chronischen Schmerz erkannt wurde und dass nach Lösungen gesucht wird. Von besonderer Bedeutung ist die Behauptung, dass das Ausbildungsziel betreffend chronische Schmerzen im Zuge der aktuellen Revision des Lernzielkataloges bis Mitte 2006 explizit aufgenommen wird.

Dies ist zumindest schon einmal ein Schritt in die richtige Richtung. Um die Auswirkungen der Krankheit chronischer Schmerz in den Griff zu kriegen, ist in den nächsten Jahren aber sowohl von den Patienten und den Ärzten wie auch von den Politikern ein weiterer Kraftakt und viel Geduld erforderlich. Die SGSS beabsichtigt, eine neue Interpellation einzureichen, um die Politiker auf die aktuellen Kosten der Behandlung chronischer Schmerzen aufmerksam zu machen.

Clinical Aspects of Chronic Pain Management

Im März 2007 fand in Zürich ein Internationales Symposium statt. Führende Schmerzspezialisten aus der ganzen Schweiz und aus dem Ausland haben in diese erfolgreiche Tagung referiert. Drei wichtige Schwerpunkte waren: Complex Regional Pain Syndrome (CRPS), Post-Her-

pes Neuralgia (PHN), und Low Back Pain (LBP). Es wurden pathophysiologische Aspekte, therapeutische Optionen sowohl pharmakologischer als auch interventioneller Art und multimodale Gruppenprogramme diskutiert. Mit der Festlegung dieser Schwerpunkte hat die Tagung drei der relevanten und zugleich auch schmerzmedizinisch herausforderndsten Krankheitsbilder thematisiert. Zugleich wurde auch der Stellenwert klinisch-psychologischer Behandlungskonzepte bei chronischen Schmerzen diskutiert.

Eine frühe interdisziplinäre Zusammenarbeit ohne persönliche und fachliche Eitelkeiten ist beim sich abzeichnenden CRPS angebracht. Der Spontanverlauf ist nicht selten ungünstig und quoad Funktionalität und Lebensqualität einschneidend. Die Zeitachse muss im Auge behalten werden, indem die einzelnen Modalitäten in kurzem Takt dem Therapiefortschritt angepasst werden. Die wissenschaftliche Evidenzlage der einzelnen Modalitäten ist zumeist prekär, interessante Möglichkeiten stehen aber unter Evaluation.

Der Grundstein für den interdisziplinären Ansatz in der Schmerztherapie wurde bereits in den späten 50er Jahren von dem namhaften Anästhesisten John Bonica geprägt. Er machte die Erfahrung, dass es gerade bei der Therapie chronischer Schmerzen entscheidend auf eine interdisziplinäre Kooperation ankommt. Die Begriffe „multidisziplinär“ und „interdisziplinär“ werden häufig austauschbar verwendet, sollten jedoch differenziert werden. Interdisziplinäre Zusammenarbeit geht über die gleichzeitige Behandlung des Patienten durch mehrere Therapeuten verschiedener Professionen hinaus.

— **Multidisziplinär:** Diagnose und Behandlung des Patienten durch mehrere Fachdisziplinen.

— **Interdisziplinär:** Gemeinsame, integrative Diagnose und Festlegung von Therapiezielen und Therapieplanung. Dies erfordert

intensiven kollegialen Austausch und ausreichende Besprechungszeiten.

Die interdisziplinäre Schmerztherapie kommt vor allem für Patienten in Frage, bei denen der chronische Schmerz zu einem eigenständigen Krankheitsbild geworden ist. Häufig sind für die Chronifizierung von Schmerzen persönlichkeitsbedingte, psychosoziale Bedingungen (mit-) verantwortlich, die eine mehrdimensionale, interdisziplinäre Schmerztherapie notwendig machen. Typische Merkmale eines chronischen Schmerzpatienten sind die Multilokalisation des Schmerzes, lange Schmerzgeschichte, psychosoziale Probleme und viele ineffektive Behandlungsversuche.

Es ist schwierig, mittels der verfügbaren Daten festzustellen, ob die minimal-invasiven Interventionen tatsächlich wirksam sind. Des Weiteren existieren praktisch keine aussagefähigen Daten über die Kosteneffektivität dieser Behandlungen. Für jedes verfügbare Verfahren gibt es Patienten, die eine erhebliche und lang andauernde Schmerzlinderung erfahren, aber dasselbe lässt sich teilweise auch nach der Anwendung von Placebo feststellen. Was epidurale Steroidinjektionen anbelangt, so gibt es wenige überzeugende Daten, die für das Verfahren sprechen, aber da diese Methodik bereits allgemein anerkannt ist, ist es schwierig, Patienten für eine definitive Outcome-Studien zu rekrutieren. Ebenfalls liegt bisher nur wenig Beweismaterial dafür vor, dass alternative Vorgehensweisen (fluoroskopisch gesteuerter Zugang: interlaminär, transforaminal oder kaudal, single-shot oder Kathetertechnik), sicherer oder effektiver sind als die herkömmliche Methode basierend auf anatomischen Landmarken. Für diese Fragestellung sind die nötigen Vergleichsstudien noch nicht durchgeführt worden. Die Problematik liegt letztendlich in der räumlich exakten Platzierung des Kortisons an den

schmerzverursachenden Strukturen. Dies ist letztendlich nur unter Bildgebung inklusive Gebrauch von Kontrastmittel zuverlässig möglich. Steroidinjektionen der Fazettengelenke führen bei einigen Patienten mit axialen Rückenschmerzen zu einer zeitweiligen und manchmal sogar zu einer längerfristigen Schmerzlinderung, aber es gibt nur wenige Hinweise darauf, dass sie wirksamer sind oder länger anhalten als Placebo. Die Radiofrequenzablation lumbaler Fazettenerven scheint eine längerfristige Schmerzlinderung zu erzielen, und es ist gezeigt worden, dass sie wirksamer ist als Scheinbehandlungen. Einige kontrollierte Arbeiten die das Outcome radikulärer Schmerzen im Vergleich mit einer operativen Intervention vergleichen, liegen vor. Das Hauptproblem bei der bisher ungünstigen Evidenzlage bei den schmerzinterventionellen Techniken im Lumbalbereich, ist die praktisch nicht durchführbare methodologische Stratifizierung der Patientenkollektive selbst innerhalb eines engen Diagnosebereiches.

Die obgenannten Ausführungen stellen Zusammenfassungen einzelner Artikel des Buches dar. Der Volltext der Artikel ist im Buch *Clinical Aspects of Chronic Pain Management* einsehbar, das auch Texte zu vielen

Clinical Aspects of Chronic PAIN MANAGEMENT

Eli Alon Editor

With the contribution of
A. Aeschbach, P. Biro, U. Buetner, Ch. Cedraschi,
A. Ciccozzi, S. Coaccioli, M. Curatolo, A. D'Amelio,
S. Erdine, N. Fimmano, G. Gallacchi, N. Griesinger,
C. Guetti, M. Jaquesod, T.S. Jensen, C. Kohlen,
B. Kraft, H.G. Kress, F. Marinangeli, I. Marsili, D. Niv,
A. Paladini, V. Piguet, A. Piroli, A. Pasoldio, B. Schappi,
D. Scheiner, G. Schipfler, R. Sisti, A. Vadalouca,
G. Verrassi

2007

Abb. 1 ▲

weiteren Themen umfasst. Das Buch wurde von den Unterzeichneten herausgegeben und kann von der Homepage der SGSS heruntergeladen werden: www.pain.ch/medizin (Abb. 1) Ich hoffe mit diesem Buch einen Beitrag zum schmerzmedizinischen Weiter- und Fortbildung geleistet und den offenen Dialog zwischen den einzelnen Fachgruppen gefördert zu haben.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Eli Alon
Präsident SGSS/SSED

Antrag auf Mitgliedschaft:

www.pain.ch/wir-über-uns/wir-über-uns/antrag_dt.pdf/view