



Schmerz · 20:460–462
DOI 10.1007/s00482-006-0504-5
© Deutsche Gesellschaft zum Studium
des Schmerzes 2006.
Published by Springer Medizin Verlag –
all rights reserved

DGSS-Mitteilungen

DGSS-Geschäftsstelle

Beate Schlag, Obere Rheingasse 3, D-56154 Boppard
Tel. 06742/800 121 Fax 06742/800 122
info@dgss.org www.dgss.org

Geschäftsführer

Prof. Dr. T. Graf-Baumann

Pressestelle

Meike Driessen, presse@dgss.org

DGSS-Informationen

Über die DGSS · Antrag auf Mitgliedschaft · Infoblatt
(Geschäftsstelle / Organe) · Kontakte (Arbeitskreise / Sonstige)

President's Corner

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

diese Ausgabe unserer Zeitschrift erscheint zum Schmerzkongress, der wieder in Berlin stattfindet und zum ersten Mal in dem neuen Kongress-Center in der Nähe des Tiergartens. Ich hoffe sehr, dass diese neue Örtlichkeit, die auch für die nächsten Jahre geplant ist, gut aufgenommen wird und zu einer hohen Beteiligung an unserem Kongress führt. Mit 30 Jahren wird unsere Gesellschaft mittlerweile richtig erwachsen. Man kann allerdings leider nicht davon sprechen, dass die jeweiligen Reaktionen auf der politischen Seite dem entsprechen. Dazu später mehr.

30 Jahre Opioid-Forschung

In diesem Oktober jährt sich zum 30. Mal die Geburtsstunde der Opiatrezeptoren. Im Oktober 1976 haben Pert und Mitar-

beiter in den Proceedings of the National Academy of Sciences ihre bahnbrechende Arbeit „Opiate receptor: autoradiographic localization in rat brain“ publiziert [1]. Mit dieser Arbeit gelang erstmalig der Nachweis, dass Opiatrezeptoren im zentralen Nervensystem vorhanden sind, was den Weg für die ein Jahr später einsetzende Forschung zu den spinalen Opiatrezeptoren eröffnete. Bereits 1977 hat Wang den analgetischen Effekt von intrathekal verabreichtem Morphin beschrieben [2]. Er hat in dieser Arbeit im letzten Abschnitt auch darauf hingewiesen, dass bereits erfolgreiche Versuche mit dieser Methode am Menschen durchgeführt wurden. Diese Publikation wurde wenig beachtet, da die Zeitschrift nicht in Medline® gelistet war. Spätestens aber mit der im Jahr 1979 erfolgten Publikati-

on über die intrathekale Anwendung von Morphin beim Menschen begann ein wahrer Siegeszug dieser neuen Methode [3].

Warum waren diese Arbeiten so bedeutsam für die Schmerztherapie?

Vor der Ära der retardierten Opiode wurde mit der Methode der spinalen Opioidanalgesie erstmals eine Technik in die Schmerztherapie eingeführt, die hochwirksam und erfolgreich war und zu dramatischen Verbesserungen im Schmerzniveau und in der Lebensqualität der Patienten geführt hat. Dies gilt sowohl für die Erfolge in der perioperativen Phase als auch für Patienten mit Tumorschmerzen. Zum anderen setzte damit das zunehmende Interesse der Anästhesisten an der Schmerztherapie ein und ist glücklicherweise bis heute ungebrochen.

Ich möchte nicht versäumen daran zu erinnern, dass bereits 1976 die Arbeitsgruppe von Zieglängsberger und Herz ähnliche Untersuchungen veröffentlicht hat [4]. In den darauf folgenden Jahren haben die dramatischen klinischen Erfolge der spinalen Opioidanalgesie auch die Grundlagenwissenschaften nachhaltig stimuliert. Wenn man die deutsche und internationale Literatur zur Schmerztherapie verfolgt, wird man feststellen, dass vor genau 30 Jahren eine signifikante Zunahme an schmerztherapeutischen Publikationen insbesondere zu Morphin und anderen Opioiden einsetzte. Insofern stellen die Entdeckungen aus dem Jahre 1976 eine wichtige Zäsur – oder besser einen wichtigen Fortschritt dar.

Berufsverband

Es hat in letzter Zeit eine Reihe von unterschiedlichen Diskussionen zum Thema Berufsverband gegeben, die meist nicht zur Klärung beigetragen haben. Daher hier noch einmal der Versuch einer Klarstellung.

Die DGSS hat die Entwicklung der letzten Zeit eindeutig so verstanden, dass ein deutlicher Wunsch nach einem Berufsverband, der mehr als eine berufspolitische Arbeitsgruppe darstellt, besteht. Es hat eine Reihe von Gesprächen und Beratungen stattgefunden, wir haben uns mit regionalen Vertretern ausgetauscht, Mitglieder der berufspolitischen Kommission haben uns beraten. Letztendlich hat sich folgende Lösung herauskristallisiert: Wir wollen zusammen mit der DGS und dem VDÄÄ einen Berufsverband der Schmerztherapeuten gründen. Dieser Berufsverband soll von Vertretern der Gesellschaften und Vertretern der regionalen Strukturen gebildet werden, sodass die Stimme der Gesellschaften wie auch regionale Besonderheiten und Interessen vertreten sind. Es ist ein Satzungsentwurf ausgearbeitet, der diese verschiedenen Gesichtspunkte berücksichtigt. Dieser Satzungsentwurf soll dann in der DGSS zur Meinungsbildung vorgelegt werden. Wir hoffen alle, dass mit einer solchen einheitlichen und bundesweiten Struktur mit Vertretern aller Regionen eine starke berufspolitische Stimme gebildet wird, die machtvoll die Interessen der Schmerztherapeuten in Berlin vertreten kann. Ich hoffe sehr, dass die immer wieder sichtbaren Einzelinteressen hinter einem solchen gemeinsamen und mit allen Gruppierungen abstimmbaren Lösungsmodell zurücktreten.

Global Year Against Pain

Am 19. September 2006 beginnt das neue Global Year Against Pain, diesmal unter dem Oberthema „Schmerz im Alter“. Nachdem im letzten Jahr der Schwerpunkt beim Kinderschmerz gelegen hat, verschiebt sich jetzt das Interesse in das andere Altersextrem. Bei zunehmender Alterung unserer Bevölkerung ist dies sicherlich ein sehr wichtiges Thema. Nicht nur Schmerzen durch Ge-

lenkerkrankungen, sondern vielfältige schmerzhaft Beschwerden im Rahmen von Grunderkrankungen treten in den Vordergrund. Hier haben Untersuchungen gezeigt, dass insbesondere im Bereich der schmerzhaften internistischen Erkrankungen ein großer Nachholbedarf an qualifizierter Schmerztherapie besteht. Wir werden zu diesem Thema nach dem Schmerzkongress Aktivitäten entwickeln.

Gesundheitsministerkonferenz/ Bundesregierung/ KBV zur Palliativmedizin

Die Gesundheitsministerkonferenz hat im Juni 2006 beschlossen, den Aufbau einer sektorenübergreifenden palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung insbesondere im ambulanten Bereich zu unterstützen. Hierbei soll vorrangig die gezielte Förderung des Zusammenwirkens bereits bestehender Strukturen und Professionen entwickelt werden, wie es heißt. Auch die so genannten Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006 der Bundesregierung unterstützen nachhaltig die Palliativversorgung und den Hospizgedanken. Es verwundert, dass es offensichtlich noch keinem Politiker bei all diesen Vorstößen aufgefallen ist, dass es für die Palliativpatienten – ebenso für alle Schmerzpatienten – noch keine ausreichende und klare Codie-

rung in unserem Gesundheitssystem gibt.

Auch die KBV hat einen Vertragsentwurf zur palliativmedizinischen Versorgung auf der Grundlage § 73 c SGB V in der Diskussion. Damit soll die vertragsärztliche Tätigkeit für Patienten in der letzten Lebensphase gefördert werden. Krankenhauseinweisungen sollen damit verhindert werden und vollstationäre Krankenhauskosten eingespart werden. Als eine Kernaufgabe der palliativmedizinischen Versorgung nennt dieser Entwurf die „Schmerztherapie, insbesondere unter Verwendung von Betäubungsmitteln“. Alle Initiativen zusammen belegen ein nachhaltiges Interesse der Gesundheitsstrukturen an einer Verbesserung der palliativen Versorgung in Deutschland und weisen in eine notwendige Richtung. Wenn der Entwurf der KBV davon spricht, dass das Fachwissen der Palliativmedizin ambulant etabliert werden soll, lässt er allerdings eine wesentliche Tatsache unberücksichtigt. Nach wie vor wird die Schmerztherapie und Palliativmedizin im Studium nicht unterrichtet, sodass wir mit allen Initiativen diesem Defizit weiter hinterherlaufen.

International Classification of Diseases (ICD)

Wie vieles in der Politik entwickelt sich auch das Thema

Schmerz und ICD langsam zu einer unendlichen Geschichte. In der letzten Ausgabe konnte ich berichten, dass wir sehr fruchtbare Gespräche bei DIMDI über die Codierung von Schmerz unter dem Kapitel F43.80 mit dem Text „Anpassungsstörung bei chronischem Schmerz“ geführt hatten. Schon bei der vorletzten Überarbeitung der ICD, die dann zu der unglücklichen Codierung von chronischem Schmerz unter F62.80 „Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom“ geführt hat, haben wir zahlreiche schwierige Gespräche mit Vertretern von Fachgesellschaften geführt. All diese Fachgesellschaften hatten irgendwo die Bezeichnung „Psych“. Nun ist durchaus verständlich, wenn chronischer Schmerz in dem F-Kapitel codiert wird, dass wir Diskussionen mit „Psych.-Gesellschaften“ führen müssen. Dies kann auch durchaus zielführend und fruchtbar für beide Seiten sein. Wenn man sich allerdings vor Augen hält, dass alleine in der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) 13 Gesellschaften mit der Silbe „Psych“ sind und zwei Gesellschaften mit dem Wort „Verhalten“, dann kann man sich vorstellen, dass diese Diskussionen dort wieder anfangen, wo sie gerade mit einem anderen Gesprächspartner geendet haben. Insofern entwickelt sich die Diskussi-

on um die Codierung von chronischem Schmerz zu einer sehr unerfreulichen unendlichen Geschichte. Auf der anderen Seite können wir auch nicht wieder dahin zurückkehren, wo einmal Schmerz als Ausdruck einer rein biologischen somatischen Erkrankung verstanden wurde. Wir werden also immer Berührungspunkte zu psychischen und psychologischen Gesichtspunkten beim chronischen Schmerz haben. Wir werden aber hoffentlich auch irgendwann einmal mehr Verständnis dafür finden können, dass eine Schmerz Erkrankung als bio-psycho-soziale Erkrankung tatsächlich am besten im F-Katalog codiert wird, ohne anderen Erkrankungen oder anderen Fachgesellschaften Konkurrenz machen zu wollen.

Ich habe inzwischen die Gesundheitsministerin angeschrieben und darauf aufmerksam gemacht, dass hier von Seiten des Ministeriums Handlungsbedarf besteht, durch ein „Machtwort“ eine möglicherweise sonst endlose Diskussion zu beenden. Ich habe in diesem Schreiben darauf aufmerksam gemacht, dass Schmerzpatienten die größte Patientengruppe darstellen. Ich habe auch darauf hingewiesen, dass wir bei einem zwischenzeitlichen Gespräch mit der KBV in Berlin weitgehende Übereinstimmung in der grundsätzlichen Notwendigkeit einer gestuften Versorgung von Schmerzpatienten er-

Hier steht eine Anzeige.

zielt haben. Auch vor diesem Hintergrund erscheint eine fehlende klare Codierung für 10 Millionen Patienten mit chronischen Schmerzen als geradezu unglaublich.

Critical incident reporting System (CIRS)

Im Gesundheitswesen nimmt die Diskussion über ein Fehlerberichtssystem immer breiteren Raum ein. Im Bereich der Schmerztherapie besteht eine deutliche Lücke zwischen dem, was in der Literatur berichtet wird, und dem, was wir in Kliniken und Ambulanzen an tatsächlichen Komplikationen sehen. Um die Qualität zu verbessern, ist es aber unbedingt erforderlich, aus eigenen Fehlern – ohne Schuldzuweisungen – zu lernen. Ich möchte deshalb in der DGSS als wahrscheinlich einer der ersten Gesellschaften ein solches CIRS oder Fehlerberichtssystem einführen. Sie finden mittlerweile auf unserer Homepage einen ersten Entwurf eines solchen anonymen Fehlerberichtssystems, mit dem wir uns wertvolle weitere Daten zu möglichen Komplikationen und vor allem zur Vermeidung weiterer Komplikationen erwarten. Dieses System ist absolut anonym und einfach mit wenigen Klicks auszufüllen. Ähnliche Systeme bestehen einzeln an verschiedenen Krankenhäusern. Insbesondere einige Schweizer Krankenhäuser haben hier eine Vorbildfunktion und aus diesen Meldungen viel für die Praxis umgesetzt. Ich hoffe, dass Sie alle von diesem Berichtssystem intensiv Gebrauch machen. Die DGSS hat damit die Chance, innerhalb der medizinischen Fachgesellschaften eine Leitposition einzunehmen.

Zertifizierung in der Schmerztherapie

Ausgehend von dem Projekt „Schmerzfrees Krankenhaus“ hat sich eine intensive Diskussion mit den untersuchten Krankenhäusern wie auch mit verschiedenen

Fachgesellschaften ergeben. Von den Krankenhäusern ist nachhaltig der Wunsch geäußert worden, zu einem Zertifizierungssystem innerhalb der Schmerztherapie zu kommen. Auch befreundete Fachgesellschaften haben ein solches Projekt unterstützt. Wir haben inzwischen zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Klinische Medizin (DGIKM), dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBPK) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) eine gemeinsame „Gesellschaft für qualifizierte Schmerztherapie Certkom“ gegründet, um einen Zertifizierungsprozess für qualifizierte Schmerztherapie wissenschaftlich objektiv und einwandfrei begleiten zu können. Im Unterschied zu fast allen Zertifizierungsaktionen im Bereich der Medizin soll die Zertifizierung „qualifizierte Schmerztherapie“ dann ergebnisorientiert durchgeführt werden. Es sollen also nicht nur die Strukturen geprüft werden, sondern das am Patienten erreichte Ergebnis einer Schmerztherapie. Weitere Informationen können demnächst unter www.certcom.de eingeholt werden.

Sie sehen, die Schmerztherapie ist und bleibt in Bewegung. Die Aufgaben unserer Gesellschaft sind vielfältig und ich hoffe weiterhin auf viele Ideen und Anregungen aus der Mitgliedschaft.

In diesem Sinne grüße ich Sie herzlich



Michael Zenz
Präsident der DGSS

Literatur

1. Pert CB, Kukar MJ, Snyder SH (1976) Opiate receptor: autoradiographic localization in rat brain. *Proc Natl Acad Sci* 73:3729
2. Wang JK (1977) Analgesic, effect of intrathecally administered morphine. *Regional Anesthesia* 2:3

3. Wang JK, Nauss LE, Thomas JE (1979) Pain relief by intrathecally applied morphine in man. *Anesthesiology* 50:149
4. Zieglängsberger W, Fry JP, Herz A et al. (1976) Enkephalin-induced inhibition of cortical neurones and the lack of this effect in morphine tolerant/dependent rats. *Brain Res* 115:160-164