



Schmerz · 21:275–276  
DOI 10.1007/s00482-007-0549-0  
© Deutsche Gesellschaft zum Studium  
des Schmerzes.  
Published by Springer Medizin Verlag –  
all rights reserved 2007

## 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,

in der amerikanischen Zeitschrift *Anesthesiology* waren in der April-Ausgabe zwei hochinteressante Beiträge und ein Editorial dazu. J. G. Reves überschrieb seinen Beitrag mit dem Titel „We are what we make...“ und untersuchte die Forschungsaktivität der Anästhesiologie im Verhältnis zu anderen Gebieten [1]. Wir werden danach beurteilt, was wir machen. Das erste Ergebnis war: die Anästhesie rangiert bei den Forschungsaktivitäten an vorletzter Stelle hinter der Gynäkologie und vor der Familienmedizin. Auf den ersten Plätzen liegen erwartungsgemäß Gebiete wie Genetik, Neurowissenschaften, Virologie und Public Health. Diese Auswertung ist keinesfalls ein Problem der Qualität – die Qualität der Forschung ist hochrangig – sondern ein Problem der Quan-

tität. Der Autor führt aus, dass man für die schlechte Position der Anästhesiologie Gründe vorschreiben kann, die aber nicht der Wirklichkeit entsprechen. Ich füge hinzu: Diese Gründe könnten in gleicher Weise auch für die Schmerztherapie gelten: Das Gebiet ist zu jung, es gibt eine Konspiration gegen dieses Gebiet, es gibt einen Bias bei den Gutachtern, eigentlich sind alle Probleme gelöst, keine Zeit für Forschung und schließlich kein Geld für Forschung. Und weitere Gemeinsamkeiten sind vorhanden. So setzen wir sicher bei den wenigen Kollegen, die an Schmerztherapie interessiert sind, zu wenig Anforderungen an ein Interesse für Forschung. Wir stimulieren auch zu wenig dazu. Wir müssen schon bei den Medizinstudenten anfangen, die Begeisterung für

Fragen der Forschung und der Klinik zu wecken. Jeder junge Assistent sollte in den Grundprinzipien der Forschung unterrichtet werden. Reves fügt einen uralten Slogan von General Electric an: „Progress is our most important project“. Der Nachwuchs, die Assistenten, die Lernenden sind unsere Zukunft.

Prof. Reves schließt seinen Beitrag mit einem Satz, der in gleicher Weise für die Schmerztherapie gelten kann: „In research we have done too little, for too long, but it is not too late.“ Interessanterweise nennt Reves als eines der attraktivsten Forschungsgebiete innerhalb der Anästhesiologie die Schmerztherapie. Das ist doch interessant, und wir sollten diesen Hinweis aufnehmen und handeln.

Ein zweiter Artikel beschäftigt sich ebenfalls mit der Stellung der Anästhesiologie in der akademischen Landschaft und weist auf die Bedeutung der Lehrstühle hin [2]. Richtig, Lehrstühle sind ein zentraler Kristallisationspunkt für möglichen Fortschritt oder Stillstand. Nur in der Schmerztherapie haben wir keine Lehrstühle!

Und nun zu dem Editorial zu den beiden Beiträgen. Das Editorial ist überschrieben „Can We Get There If We Don't Know Where We're Going?“ – Können wir weiter kommen, wenn wir gar nicht wissen, wohin wir gehen? – [3].

Evers und Miller führen als einen der wesentlichen Gründe für die Begeisterung zur Forschung an, dass junge Ärzte davon träumen, ein wesentliches medizinisches Problem lösen zu können. Dies ist in der Anästhesiologie vielleicht nicht so offensichtlich. Eine Senkung der perioperativen Morbidität und Mortalität ist schwer darzustellen und schwer, schlüssig zu beweisen – zumindest als ein Verdienst einer qualifizierten anästhesiologischen Betreuung. Meist ist der Operateur der Retter. Eine wesentliche Begründung für

die schwache Stellung der Anästhesie sehen die Autoren in der fehlenden Mission dieses Fachs. Ganz anders aber ist es doch in der Schmerztherapie. Die erfolgreiche Therapie akuter und chronischer Schmerzen stellt eine absolut primäre und selbstverständliche Aufgabe aller Ärzte dar, und daher müsste Schmerztherapie für die meisten Kollegen eigentlich hoch attraktiv sein. Auch das Fehlen einer Mission kann man der Schmerztherapie in keiner Weise anlasten. Ganz im Gegenteil, endlich mit dem Problem der 8 bis 10 Millionen chronisch Schmerzkranken in Deutschland fertig zu werden, scheint eine der wesentlichsten Aufgaben der modernen Medizin zu sein. Bedenkenswert ist aber, was am Schluss des Editorials vermerkt wird: „Tactics are necessary for success, but only in support of a defined mission. If we can figure out where we are going, the plan proposed by Reves may just let us get there.“

Wir müssen also wissen, was wir erreichen wollen, und hierzu einen klaren Fahrplan entwickeln. Das gilt voll und ganz für die Schmerztherapie, die in dem akademischen Feld zwischen vielen Disziplinen hin und her irrt, ohne einen festen Platz gefunden zu haben. Diesen Platz werden wir nur finden, wenn wir an den Universitäten eindeutige akademische Ansprechpartner und Abteilungen vorfinden, die eine Meinungsführerschaft übernehmen können und auch eine Führungsposition in der Forschung. Daraus folgt, dass wir tatsächlich ohne Lehrstühle für Schmerztherapie (oder ohne Lehrstühle, in denen das Wort Schmerztherapie enthalten ist) niemals ausreichend Fortschritte erzielen werden und unser Ziel nicht erreichen können. Wir werden, wie es das Editorial ausführt, nicht dahin kommen, wo wir hinwollen, wenn wir kein eindeutiges Ziel formulieren können. Und diese Aussage gilt nicht nur für die Forschung in der Schmerztherapie.

rapie, sondern für alle Bereiche in diesem Umfeld. Wir müssen also überlegen, ob wir die Forschungskommission der DGSS mit einer solchen Aufgabe betrauen wollen, oder ob wir eine gesonderte Kommission für diese strategisch wichtigen Fragen benötigen. Auf jeden Fall möchte ich diese Beiträge, über die ich in der April-Ausgabe von Anesthesiology gestolpert bin, zum Anlass nehmen, die vorgestellten Parallelen zwischen Anesthesiologie und Schmerztherapie aufzuzeigen. „We are what we make...“

### Zertifizierung

Nachdem ich in der letzten Ausgabe bereits über die Zertifizierung innerhalb des neuen Projektes Certkom berichtet habe, kann ich jetzt auf die weitere Entwicklung eingehen. Eine Reihe von anderen Fachgesellschaften hat großes Interesse gezeigt, sich einem solchen Zertifizierungsprozess anzuschließen. Hier werden zukünftig Gespräche stattfinden, um die Zertifizierung in der Schmerztherapie auf breitere interdisziplinäre Beine zu stellen, als dies ohnehin mit den vier beteiligten Fachgesellschaften bisher der Fall ist. Das Interesse von Kliniken, Praxen, Altersheimen und Reha-Einrichtungen, eine Zertifizierung im Bereich der Schmerztherapie zu erreichen, ist enorm. Schließlich ist ja auch die Palliativmedizin in dieses Projekt involviert, so dass auch Hospize bereits deutliches Interesse gezeigt haben. Parallel geht dies mit deutlich sichtbaren Bestrebungen der entsprechenden Ministerien, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Ärztekammern einher, ebenfalls die Zertifizierung in allen Bereichen der Medizin voranzutreiben. Dies sehe ich als ein deutliches Zeichen dafür, dass wir mit diesem Projekt auf dem richtigen Weg sind und hier möglichst rasch voranschreiten sollten.

### ICD – OPS

Auch die Diskussionen um die Diagnose- und Prozedurenkodierung für Schmerztherapie schreitet voran. Wir haben ja im Bereich der ICD verschiedene Modelle durchlaufen, die alle auf den Widerspruch von Gesellschaften aus dem Bereich Psychologie / Psychiatrie / Psychosomatik gestoßen sind. Viel Arbeit war zu tun und viele Vorschläge wurden bearbeitet und diskutiert. Hier muss ich insbesondere Herrn Dr. Nilges herzlich danken, dass er in zahlreichen Einzel- und Gruppengesprächen jetzt eine Kompromissformel mit den anderen Gesellschaften erarbeiten konnte, die hoffentlich für alle akzeptabel erscheint. Ich muss dies aber ganz vorsichtig ausdrücken, da bei 13 Gesellschaften, die in diesem Bereich mitsprechen, eine abschließende Entscheidung sicher ausgesprochen schwierig sein wird. Ich habe deshalb das Bundesministerium angeschrieben und auf das Problem der Notwendigkeit einer einheitlichen Kodierung für Schmerzpatienten hingewiesen. Schließlich können wir nicht die vielen Millionen Schmerzpatienten weiterhin mit rein somatischen Diagnosen stehen lassen, die lediglich zu weiteren erfolglosen therapeutischen Bemühungen ohne Interdisziplinarität führen und damit den schlechten Status quo zementieren können.

### Arbeitskreise

Die zahlreichen Arbeitskreise der DGSS haben auch im letzten Jahr sehr aktiv und erfolgreich gearbeitet. Leider ließ sich bisher nicht realisieren, dass in jeder President's Corner ein Arbeitskreis über seine Arbeit ausführlich berichtet. Dies liegt nicht an mangelndem Platz auf diesen Mitteilungsseiten unserer Gesellschaft. Ich hoffe sehr, dass wir in Zukunft gut ausformulierte und zukunftsweisende Berichte der Arbeitskreise erhalten. Die Arbeitskreise stellen so etwas wie die Seele unserer Gesellschaft

dar, sie werden ausreichend finanziell vom Präsidium unterstützt, sie leisten wichtige Arbeit, und vielleicht sollten sie mehr in das Licht der Öffentlichkeit treten. Wir versuchen jetzt, die Berichte der Arbeitskreise soweit zusammenzustellen, dass sie in weitgehend einheitlicher Form ins Internet auf die Homepage gestellt werden können. Alle Arbeitskreise seien aber nochmals herzlich aufgefordert, ihre Vorstellungen auch innerhalb der President's Corner darzustellen und Konzepte für die Zukunft zu entwickeln.

### Wahlen

Auf dem diesjährigen Schmerzkongress in Berlin stehen im Oktober erneut Wahlen zum Präsidium und zum Beirat an. Wir bereiten gerade nach dem in der letzten Wahl bewährten Procedure alles Notwendige vor, um erneut diesen mehrstufigen Prozess zu durchlaufen. In einem ersten Schritt sollen alle Mitglieder nach Vorschlägen für Präsidium und Beirat gefragt werden, in einem zweiten Schritt sollen aus der Vorschlagsliste diejenigen Kandidaten für das weitere Vorgehen ausgewählt werden, die viele Stimmen auf sich vereinigt haben und andererseits die Interdisziplinarität der Gesellschaft widerspiegeln können. Die endgültige Wahl findet dann auf dem Schmerzkongress in Berlin statt. Jetzt schon steht lediglich fest, dass der augenblickliche Präsident elect. Prof. Rolf-Detlef Treede, dann ab 2008 der neue Präsident der DGSS ist. Prof. Treede war über viele Jahre Vizepräsident unserer Gesellschaft, so dass eine große Kontinuität gegeben ist, um die Gesellschaft weiter erfolgreich zu führen.

### Berufsverband

Der neu gegründete Berufsverband BVSD hat seine Arbeit sehr erfolgreich gestartet. Fast 400 Mitglieder sind inzwischen diesem Berufsverband beigetreten. Es gilt jetzt, entsprechende Lan-

desverbände zu etablieren und die notwendige Arbeit vor Ort aufzunehmen. Unterstützen Sie diese Arbeit durch Ihre Mitgliedschaft. Aus 2 Gründen sollten möglichst viele Mitglieder diesem Berufsverband beitreten: Wir sollten die Sache der Schmerztherapie in der aktuellen Lage möglichst schnell möglichst stark machen. Und Sie sollten möglichst zahlreich durch Ihr aktives und passives Wahlrecht als Mitglied dazu beitragen, die Politik dieses Berufsverbandes mitzubestimmen. Demnächst muss auch ein neuer Vorstand gewählt werden, und dazu sollte Ihre Stimme beitragen.

„We are what we make“. So lassen Sie uns handeln. Mit der DGSS als starker Fachgesellschaft und dem BVSD als starkem Berufsverband stehen wir auf zwei festen Beinen. Und wir wissen, wo wir hin wollen. Und dann schaffen wir diesen Weg auch.

In diesem Sinne grüße ich Sie herzlich Ihr



**Michael Zenz**  
Präsident der DGSS

### Literatur

1. Reves JG (2007) We Are What We Make: Transforming Research in Anesthesiology: The 45th Rovenstine Lecture. *Anesthesiology* 106:826-35
2. Culley DJ, Crosby G, Xie Z et al. (2007) Career National Institutes of Health Funding and Scholarship of Chairpersons of Academic Departments of Anesthesiology and Surgery. *Anesthesiology* 106: 836-42
3. Evers A, Miller R (2007) Can We Get There If We Don't Know Where We're Going? *Anesthesiology* 106: 651-2