

1. Theorie

„Du musst die ganze Geschichte des Kranken aufzeichnen, [...].

So wurde also jeder Kranke nach seiner Beschäftigung, nach ansteckenden Krankheiten, an denen er gelitten hatte, sowie nach Atem-, Magen- und Harnbeschwerden gefragt. Der Patient musste die gesamte Kleidung ablegen und die körperliche Untersuchung umfasste auch eine gehörige Prüfung von Speichel, Erbrochenem, Urin und Exkrementen; auch der Puls wurde gemessen, [...].

Es gibt in uns ein seltsames Wesen – manche nennen es Seele -, das große Auswirkungen auf unseren Körper und unsere Gesundheit hat.“

(Zitat aus „Der Medicus“ von Noah Gordon, 1990).

1.1 Einleitung

Patienten mit chronischen Schmerzen stellen für unser Gesundheitssystem eine große Herausforderung dar, da gegenwärtig sowohl qualitativ wie auch quantitativ keine angemessenen und flächendeckenden Versorgungsstrukturen existieren (Zimmermann, 2001). Seit der Veröffentlichung der Gate-control-Theorie (Melzack & Wall, 1965) ist es in der Schmerzforschung und -therapie zu einem Paradigmenwechsel gekommen. Schmerz wird als multidimensionales Phänomen verstanden, bei dem sowohl körperliche wie auch psychische und soziale Aspekte mitberücksichtigt werden müssen.

Die Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen wird heute als interdisziplinäre Aufgabe betrachtet (Seemann, 1991). An die Stelle einer rein symptomatischen Schmerzbehandlung ist eine umfangreiche Schmerzbehandlung gestörter körperlicher, psychischer und sozialer Funktionen getreten (Pfungsten, Strube & Seeger, 2000).

Die Effektivität multimodaler Therapieansätze gilt als gesichert, in zahlreichen Studien im ambulanten und stationären Bereich konnte diese nachgewiesen werden (z.B. Turk & Okifuji, 1998). Zunehmend wird die Etablierung teilstationärer Versorgungsstrukturen gefordert (Zinganell, 1996), die ein wichtiges Bindeglied zwischen ambulanter und stationärer Versorgung darstellen könnten.

In der vorliegenden Arbeit sollen aus diesem Grunde konzeptionelle und organisatorische Aspekte eines teilstationären, strukturierten Behandlungsprogramms für Patienten mit chronischen Schmerzen vorgestellt werden. Zudem sollen erste Ergebnisse des seit September 2001 laufenden Programms referiert werden.

Die Arbeit ist im Rahmen der klinischen Tätigkeit am Marienhausklinikum nach der Bewilligung der Schmerztagesklinik durch das Land Rheinland-Pfalz entstanden. Primäres Ziel bestand daher auch nach Rücksprache mit den Kostenträgern in der Gewährleistung der Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen. Eine Entwicklung und Optimierung der therapeutischen Konzeption musste zunächst hauptsächlich vor dem Hintergrund der klinischen Erfahrung erfolgen, da es keine „Musterklinik“ gab, deren Vorgehensweise hätte übernommen werden können.

Die im Folgenden berichteten Ergebnisse können als Beitrag für die weitere Entwicklung tagesklinischer Behandlungsprogramme gesehen werden. Letztendlich soll damit auch der Forderung nach dem Aufbau flächendeckender Versorgungsstrukturen, sowohl unter qualitativen wie auch quantitativen Aspekten, entsprochen werden.

1.2 Klassifikatorische und organisatorische Aspekte

1.2.1 Definition

„Pain [is] an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or describe in terms of such a damage.“ (IASP, 1979, S. 250).

Der Titel des von Melzack im Jahre 1977 veröffentlichten Werkes „The puzzle of pain“ zeigt die Problematik einer einheitlichen Definition des multifaktoriell bedingten Phänomens Schmerz. Bis zur Formulierung der gate-control-Theorie durch Melzack und Wall (1965) dominierte eine linear-kausale Sichtweise, sowohl in der Forschung wie auch im klinischen Bereich. Im Rahmen der gate-control-Theorie wurden erstmals verschiedene, am Schmerzgeschehen beteiligte somatische und psychische Faktoren in einem Modell berücksichtigt. Dieser Paradigmenwechsel führte bis zum heutigen Tag zu einer enormen Entwicklung im Rahmen der Schmerzforschung, an der viele Fachdisziplinen beteiligt waren. Bereits in den 50er Jahren berichtete in den USA Bonica über die Organisation einer Schmerzklinik, 1953 erschien sein Lehrbuch der Schmerztherapie. 1971 wurde die erste Schmerzklinik in Deutschland (Mainz) gegründet. Gerbershagen, Magin und Scholl (1975) beschrieben die Schmerzklinik als neuen Aufgabenbereich für den Anästhesisten, wobei sie die Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen bereits zum damaligen Zeitpunkt betonten.

Diese interdisziplinäre Sichtweise bestimmt bis zum heutigen Tag die Entwicklung der Schmerzforschung und –therapie.

Schmerz muss als Reaktionsmuster auf der verbal-subjektiven, der motorisch-verhaltensmäßigen und der physiologisch-organischen Ebene verstanden werden (Birbaumer, 1986). Grundlage dafür bildet trotz einiger Schwächen die von der IASP formulierte Definition.

Ein Hauptkritikpunkt ist die fehlende Abgrenzung chronischer von akuten Schmerzen, die therapeutische Relevanz hat. Turk, Meichenbaum und Genest (1983) formulierten Kriterien der Abgrenzung:

Charakteristisch für den akuten Schmerz sind ein Andauern von Sekunden bis maximal Wochen, ein klarer Schmerzauslöser und Eindeutigkeit bei der Lokalisierung. Nach Wegfall des noxischen Stimulus (externer aversiver Stimulus oder endogener Stimulus wie beispielsweise eine Entzündung) klingt der Schmerz in der Regel rasch ab. Auf der physiologischen Ebene kann eine Aktivierungsreaktion beobachtet werden, deren Kennzeichen eine periphere Vasokonstriktion, eine Erhöhung der Herzrate, des Blutdrucks, des Muskeltonus und der Hautleitfähigkeit ist.

Dem akuten Schmerz können zwei Funktionen zugeordnet werden – eine Warn- und eine Rehabilitationsfunktion, die der Erhaltung der körperlichen Unversehrtheit bzw. der Funktionsfähigkeit dienen (Egle, 1993).

Als charakteristisches Zeitkriterium für den chronischen Schmerz wird in der Literatur ein Andauern über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten (Merskey, 1986), bzw. sechs Monaten (Flor & Turk, 1984) genannt. Bei chronischem Schmerz lässt sich kein eindeutiges organisches Korrelat finden. Im Gegensatz zum akuten Schmerz gestaltet sich eine genaue Lokalisierung oft schwierig, da ganze Körperareale betroffen sein können. Die oben beschriebene Aktivierungsreaktion, wie sie beim akuten Schmerz beobachtet werden kann, ist in dieser Form beim chronischen Schmerz nicht vorhanden. Vielmehr werden andere, sich zunehmend entwickelnde Reaktionen wie beispielsweise Appetitmangel, Abnahme sexueller Bedürfnisse, Reizbarkeit oder Schlafprobleme deutlich. Zudem können Probleme im sozialen Bereich (Rückzug) aufgrund der immer stärker werdenden Beschäftigung mit dem eigenen Körper auftreten. Im Gegensatz zum Akutschmerz hat der chronische Schmerz keine eindeutige biologische Funktion.

„ Je länger der Schmerz andauert, je mehr psychische Funktionen durch ihn erfasst werden, je mehr Lebensbereiche schmerzeinschränkend erlebt werden, desto stärker wandelt sich der Schmerz vom reinen Symptom zur Krankheit selbst.“ (Wahl, S.17, 1994).

Kritisch anzumerken ist, dass bei der genannten Klassifikation akuter versus chronischer Schmerzen von einem zeitlichen cut-off-Punkt (3 bzw. 6 Monate) ausgegangen wird und der Prozess der Chronifizierung nicht als progredient-dynamisch beschrieben wird. Vor diesem Hintergrund entwickelte Gerbershagen ein Stadienkonzept (I-III) des Schmerzes (Mainzer Stadienkonzept chronischer Schmerzen) (Gerbershagen, 1986).

Er beschreibt die Pole akuter versus chronischer Schmerz auf einem Kontinuum und geht davon aus, dass das Ausmaß der Chronifizierung anhand zeitlicher und räumlicher Schmerzcharakteristika, Medikamenteneinnahmeverhalten und der Inanspruchnahme der Einrichtungen des Gesundheitswesens bestimmt wird. Diese 4 Hauptbereiche werden mit Hilfe von 10 Variablen operationalisiert, so dass der momentane Chronifizierungsgrad einer Person bestimmt werden kann. Schmitt (1990) und Hardt (1995) überprüften die Komponenten und konnten Beziehungen zum Behandlungserfolg und die Unabhängigkeit der Zuordnung zur Erkrankungsdauer nachweisen.

Zusätzlich postulierte Gerbershagen (1994) mit zunehmender Chronifizierung ein Versagen von Bewältigungsmechanismen. In einer Untersuchung von Wurmthaler, Gerbershagen, Dietz, Korb, Nilges und Schillig (1996) konnte dies bestätigt werden. Sie fanden eine enge Beziehung zwischen der Ausprägung psychologischer Merkmale und Auffälligkeiten und dem Grad der Chronifizierung. Höher chronifizierte Patienten unterschieden sich hinsichtlich der Aspekte psychophysische Befindlichkeit und schmerzbedingte Behinderung deutlich von geringer chronifizierten Patienten, zudem zeigten sie höhere Depressivitätswerte und stärker ausgeprägte körperliche Beschwerden. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass mit voranschreitender Chronifizierung psychische Faktoren eine zunehmende Bedeutung haben.

Die Stadieneinteilung chronischer Schmerzen nach dem Mainzer Modell hat im deutschsprachigen Raum die weiteste Verbreitung gefunden und wird heute in den meisten Schmerzzentren in Deutschland eingesetzt (Pfungsten & Hildebrandt, 2001).

1.2.2 Schmerzklassifikation

Die im vorherigen Kapitel dargestellte Differenzierung zwischen akutem Schmerz und chronischem Schmerz stellt eine sehr grobe, dichotome Form der Klassifikation dar. Handwerker (1987) postulierte darüber hinausgehend den „alltäglichen Trauma-Schmerz“:

1. Alltäglicher Trauma-Schmerz: Ein Schmerz, bei dem ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen Reiz und nervöser Reaktion besteht, wobei es sich bei dem Reiz um kleinere, fast folgenlose Einwirkungen handelt (z.B. mit nackten Füßen über spitze Steine laufen).
2. Akuter Schmerz: Ein Schmerz, bei dem ein klarer Bezug zu einem vorangegangenen Reiz besteht und bei dem der davon Betroffene den Arzt aufsucht.
3. Chronischer Schmerz: Ein Schmerz, der bei dem davon Betroffenen andauernd vorhanden ist oder häufig wiederkehrt und dazu führt, dass die Hoffnung aufgegeben wird, in absehbarer Zeit davon befreit zu werden.

Die Problematik der sehr geläufigen Form der Einteilung „akut versus chronisch“ wurde bereits in Kapitel 1.2.1 beschrieben.

Eine ähnlich grobe Einteilung schlägt Egle (1993) vor, der drei Subgruppen beschreibt:

1. Somatopsychischer Schmerz, d.h. organisch bedingter chronischer Schmerz mit sekundär psychischer Veränderung.
2. Psychosomatisches Simultangeschehen, d.h. ein zeitliches Zusammenfallen von emotionalen Problemen mit Schmerz.
3. Psychogener Schmerz, eventuell mit sekundär auftretenden organischen Veränderungen.

Birbaumer argumentierte aber bereits 1986 (S. 126) hinsichtlich der Unterscheidung psychogener versus organischer Schmerz, dass

„... es sich hier [...] ... um eine falsche Alternative [handelt]: Schmerz kann auf der subjektiven Ebene allein existieren, genauso, wie nozizeptive Erregungszustände neurophysiologisch vorhanden sein können, ohne dass subjektiv Schmerz auftritt. Bei chronischen Schmerzpatienten ist häufig beides zu verschiedenen Zeiten nachweisbar. Ebenso kann Schmerz auf subjektiver Ebene ohne erkennbare nozizeptive Reizung und seltener nozizeptive Reizung ohne Schmerz konkordant auftreten.“

Die exemplarisch genannten Klassifikationsformen dürfen nur als sehr grobe Einteilung verstanden werden, die allerdings im klinischen Alltag häufige Verwendung finden.

Ein erstes differenziertes Klassifikationssystem chronischer Schmerzen legte die International Association for the Study of Pain (IASP) (Merskey, 1986 & 1994) vor.

Mit Hilfe des Diagnosekatalogs kann für jedes Schmerzbild eine Beschreibung nach einem festgelegten Schema durchgeführt werden: