



Individuelle Behandlungsziele: Ein neuer Impuls für die Schmerzforschung

Zwischen den standardisierten Behandlungszielen von Forschern und Ärzten und den individuellen Behandlungszielen von Patienten mit chronischen Schmerzen klafft eine große Lücke. Die Mehrzahl der Patienten, die standardisierte Behandlungsziele erreichen, empfindet diese Linderung persönlich als wenig relevant. Sie stimmt mit ihren individuellen Behandlungszielen nicht überein. Das belegt eine Untersuchung von Ärzten der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie an mehr als 5000 Patienten.

„Was die Schmerztherapie betrifft, ähneln viele Ärzte Piloten, die Patienten im Blindflug befördern: Sie wissen nicht, wo sie sich befinden und sie wissen nicht, wo sie hinfliegen sollen, da sie ihre Passagiere nie nach dem Reiseziel gefragt haben“, erklärt Dr. Gerhard Müller-Schwefe, Leiter des Schmerzzentrums Göppingen und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie. Diese Metapher beschreibt ein großes Defizit der medizinischen Versorgung: In der medizinischen Routineversorgung wird die Schmerzintensität eines Patienten weder gemessen und dokumentiert, noch erfassen die Ärzte, welche Ziele der Patient durch eine Therapie erreichen will.

Das Schmerzempfinden eines Menschen ist so individuell wie sein Gesicht. Das wissen erfahrene Schmerztherapeuten schon lange. Inzwischen bestätigen diese Erfahrung auch „objektive“ Untersuchungen, bei denen die Forscher dem Gehirn mit Hilfe bildgebender Verfahren zuschauen, wie es Schmerz verarbeitet.

Gleichwohl kann Schmerz – obwohl ein höchst komplexes Gefühl – verlässlich gemessen werden. Dazu dient eine so genannte visuelle Analogskala, die zumeist von 0 (= kein Schmerz) bis 100 (= maximal vorstellbarer Schmerz) reicht. Mit Hilfe dieser Skala notiert der Patient seine Schmerzintensität. „Schmerzen zu messen und zu dokumentieren“, betont Müller-Schwefe, „gehört zum Behandlungsmanagement chronischer Schmerzen wie das Blutdruckmessen zur Therapie der Hypertonie oder die Bestimmung des Blutzuckerspiegels zur Behandlung des Diabetes mellitus.“

Doch während es bei Bluthochdruck oder Diabetes Werte gibt, die bei der Behandlung angestrebt werden, fehlen derartige Therapieziele für die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen bislang völlig.

PRESSESTELLE: Barbara Ritzert · ProScience Communications · Andechser Weg 17
82343 Pöcking · Fon 08157/9397-0 · Fax 08157/9397-97 · ritzert@proscience-com.de

GESCHÄFTSSTELLE: Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V. · Adenauerallee 18
61440 Oberursel · Fon: 06171-286020 · Fax: 06171-286022 · www.dgschmerztherapie.de

ÜBLICHER WIRKSAMKEITSNACHWEIS: 50 PROZENT WENIGER SCHMERZ. Bei akuten Schmerzen, etwa nach Operationen oder bei einer akuten Erkrankung, heißt dieses Ziel Schmerzfreiheit. Doch bei Patienten mit chronischen Schmerzen ist diese Vorgabe in den meisten Fällen nicht (mehr) zu erreichen. In klinischen Studien wird darum bislang die Halbierung der Schmerzintensität als medizinisch bedeutsam angesehen. Bei Zulassungsbehörden und Fachgremien gilt beispielsweise ein Schmerzmittel dann als wirksam, wenn es die Schmerzintensität um 50 Prozent reduziert.

Doch genügt den Patienten diese Reduktion? Welche Schmerzintensität hält ein Patient mit Phantomschmerz nach einer Beinamputation für subjektiv erträglich, d.h. welche Schmerzreduktion ist das Ziel des Patienten? „Wenn wir Schmerz als subjektives Gefühl messen, müssen wir analog auch jene individuellen und subjektiven Behandlungsziele erfassen, die ein Patient erreichen will“, sagt Müller-Schwefe. „Wichtig ist nicht, ob eine Therapie von Ärzten definierte, standardisierte Ziele erfüllt, sondern ob Patienten dadurch eine für sie erträgliche Schmerzintensität erreichen.“

EINE WICHTIGE FRAGE. Diese Frage nach den individuellen Behandlungszielen (IBZ) eines Patienten ist darum seit einigen Jahren Bestandteil des Schmerzfragebogens der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie, den jeder Patient zu Beginn einer Behandlung ausfüllt. „Bei Patienten mit chronischen Schmerzen“ erklärt Müller-Schwefe, „eröffnet die Frage nach einer Schmerzintensität, mit der sich leben lässt, nicht nur neue Perspektiven auf realistische Behandlungsziele, sondern ermöglicht auch die Formulierung konkreter Zielvereinbarungen für einen „Behandlungsvertrag“ zwischen Arzt und Patient, der jederzeit überprüft werden kann.“

INDIVIDUELLE THERAPIEZIELE AUF DEM PRÜFSTAND. Unklar war bislang, ob sich das individuelle Behandlungsziel der Patienten von den standardisierten Zielen der Forschung unterscheidet. Um dies herauszufinden, überprüften Dr. Gerhard Müller-Schwefe und Dr. Michael Überall, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie und Leiter des Instituts für Neurowissenschaften, Algesiologie und Pädiatrie Nürnberg, bei mehr als 5000 Patienten ob die Halbierung der Schmerzintensität auch mit einer individuell erstrebenswerten Schmerzlinderung einhergeht. Die Patienten waren im Zeitraum August 2003 bis Juli 2004 am Schmerzzentrum Göppingen und am Institut für Neurowissenschaften, Algesiologie und Pädiatrie in Nürnberg behandelt worden. Sie litten an chronischen Schmerzen, die ihren Ursprung im Haltungs- und Bewegungsapparat hatten und die Patienten stark beeinträchtigten.

ZIEL: VON 61 AUF 21. Zum Zeitpunkt der Erstvorstellung lag die aktuelle Schmerzintensität im Schnitt bei 61,5 auf der Analogskala. Im Durchschnitt wollten die Patienten eine Schmerzintensität von 21 auf der Analogskala erreichen. Die Auswertung der Daten zeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen akuter Schmerzintensität und individuellem Therapieziel gibt: Patienten mit geringer Schmerzintensität wollen niedrigere Schmerzwerte erreichen als Patienten, die starke Schmerzen haben. „Die

meisten Patienten haben keine illusorischen Vorstellungen von völliger Schmerzfreiheit nach langjähriger Chronifizierung“, stellt Müller-Schwefe fest. Auffallend ist, dass sich die individuellen Behandlungsziele im Schnitt mit zunehmender Intensität des Akutschmerzes einem Grenzwert von 32 nähern und diesen nicht überschreiten. Stärkere Schmerzen wollen die meisten Patienten also nicht tolerieren.

STANDARD UND INDIVIDUALITÄT PASSEN NICHT ZUSAMMEN. Als die beiden Ärzte jedoch die individuellen Behandlungsziele der Patienten mit dem standardisierten Behandlungsziel einer 50-prozentigen Schmerzreduktion verglichen, machten sie eine überraschende Feststellung: Nur bei einer Minderheit der Patienten, nämlich 17,3 Prozent, entsprach die 50-prozentige Schmerzreduktion auch dem individuellen Behandlungsziel. Bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten (82,7%), die das standardisierte Behandlungsziel erreichten, stimmte dieses keineswegs mit dem persönlichen Therapieziel überein.

FÜR DIE MEHRZAHL DER PATIENTEN SIND STANDARDISIERTE THERAPIEZIELE NICHT RELEVANT. „Diese Diskrepanz bedeutet“, so Müller Schwefe, „dass das Erreichen der bislang üblichen standardisierten Behandlungsziele beispielsweise durch ein neues Schmerzmedikament nur für ein Sechstel der Patienten mit chronischen Schmerzen auch klinisch-praktisch relevant ist und dem von diesen Patienten erwünschten Behandlungsziel entspricht.“ Dies könnte erklären, warum Therapien, die sich in Studien als hochwirksam erweisen, im Alltag häufig versagen.

Aufgrund der großen Patientenzahlen haben die Ärzte ihre Ergebnisse in so genannte Perzentilenkurven umgesetzt. Mit ihnen lässt sich auf einen Blick erkennen, inwieweit das individuelle Therapieziel eines Patienten mit einer bestimmten Erkrankung bei einer gegebenen Schmerzintensität mit den Zielen anderer Patienten in der gleichen Situation übereinstimmt. Dies ermöglicht dem Arzt eine rasche Orientierung, ob das Therapieziel realistisch ist.

In einem nächsten Schritt wollen die Ärzte der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie ihr neues Instrument an konkreten Therapien überprüfen. Eine erste Pilotstudie ist bereits abgeschlossen. „Die Pharmazeutische Industrie ist ebenfalls daran interessiert, die neue Messgröße bei zukünftigen klinischen Studien einzusetzen“, sagt Müller-Schwefe.