

Elli Terzidis-Mallat  
Dr. med.

## **Ambulante Schmerztherapie in der Praxis - Eine Evaluationsstudie**

Geboren am 26. 09. 1962 in Heidelberg

Reifeprüfung am 22. Mai 1981 in Schwetzingen

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1984 bis WS 1988 an der St. George's University, School of Medicine, Grenada, W.I.

Klinisches Studium und praktisches Jahr an verschiedenen Lehrkrankenhäusern in den USA und in UK

Examen zum « Doctor of Medicine » am 28. 12. 1988 an der St. George's University, School of Medicine, Grenada, W.I.

Promotionsfach: Physiologie

Doktorvater: Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Zimmermann

Die Schmerzversorgung der 5 - 8 Millionen Schmerzpatienten in Deutschland ist ungenügend. Diese Arbeit untersucht, ob Schmerztherapie in der Praxis ein sinnvolles Angebot ist und erfolgreich sein kann. Dazu wurden ein Jahr lang alle Patienten, die als neue Patienten zur Schmerzbehandlung in eine Schmerzpraxis in Freiburg kamen, in die Studie aufgenommen. Beim Vorstellungsgespräch sowie nach dem Ende der Behandlung beziehungsweise nach drei Monaten Behandlung füllten sowohl Patient als auch Arzt verschiedene Fragebögen aus. Von den 142 Patienten konnten 126 (89%) für die Auswertung verwendet werden.

Der Großteil der Patienten waren Patientinnen aller Altersgruppen; ca. die Hälfte (52%) war überwiesen worden. Nur 28% der Patienten waren vor der Erstvorstellung in der Praxis nicht bereits für die Schmerzen vorbehandelt worden. Die große Mehrzahl der Patienten zeigte sich durch die Schmerzen auch in ihrem täglichen Leben beeinflusst: so spürten 94% der Patienten eine Behinderung nach dem Pain Disability Index (PDI); 71% der Patienten zeigten Zeichen von Depression und/oder Depressivität, und 25% hatten Suizidgedanken. Obwohl 80% der Patienten seit über 6 Monaten Schmerzen hatten, und 75% starke oder unerträgliche Schmerzen angaben (30-100% nach der Visuellen Analogskala =VAS), war beim Großteil der Chronifizierungsprozeß noch nicht sehr fortgeschritten: 67% befanden sich im Stadium I (nach Gerbershagen). Von der Schmerztherapie in der Praxis erwarteten über 90% der Patienten eine Schmerzreduktion und/oder Schmerzfreiheit.

Nach der Schmerztherapie in der Praxis waren 35% der Patienten schmerzfrei; 23% hatten nur noch geringe Schmerzen (<30% nach VAS). 47% gaben an, daß sich ihr Allgemeinbefinden nach der Schmerztherapie verbessert habe: 35% zeigen nach der Behandlung keine Behinderung nach dem PDI; 56% zeigten keinerlei Anzeichen von Depressivität oder Depression; die Anzahl der Patienten mit Suizidgedanken war um 50% zurückgegangen. Insgesamt zeigten 87% aller Patienten eine Schmerzreduktion nach VAS; 89% der Patienten zeigten eine gute Compliance. 73% der Patienten bewerteten die Schmerztherapie in der Praxis als "sehr gut-gut"; 85% würden die Schmerztherapie in der Praxis weiterempfehlen.

Die häufigsten Diagnosen waren: 1. Schmerzen des Bewegungsapparates (43%; davon 31% „Rückenschmerzen“) und 2. Kopf- oder Gesichtsschmerzen (35%; davon 32% Kopfschmerzen). Auffallend war, daß nur 4% der Patienten Tumorpatienten waren, obwohl

gerade bei diesen Patienten eine gute Schmerztherapie in familiärer Umgebung sowohl wünschenswert als auch möglich ist.

Patienten mit einer Anreisezeit von >30 Minuten wurden häufiger an die Schmerzpraxis überwiesen, und waren häufiger von mehr als 4 Therapeuten vorbehandelt worden als Patienten mit einer kürzeren Anreisezeit. Auch hatten Patienten mit einer Anreisezeit von >30 Minuten nach der Schmerztherapie noch stärkere Schmerzen als Patienten mit einer kürzeren Anreisezeit. Dies zeigt wie wichtig es ist, Schmerztherapeuten flächendeckend anzubieten, um allen Schmerzpatienten die Möglichkeit zu geben, so früh und problemlos wie möglich von einem Schmerzspezialisten behandelt zu werden.

Patienten, die überwiesen wurden, fühlten sich stärker durch die Schmerzen behindert und zeigten mehr Zeichen von Depression und Depressivität als nicht überwiesene Patienten; außerdem war der Chronifizierungsprozeß bei überwiesenen Patienten weiter fortgeschritten als bei Patienten, die von sich aus in die Schmerzpraxis kamen, was den Behandlungserfolg beeinflusste.

Patienten, die eine Behinderung von über 30% nach dem Pain Disability Index berichteten, zeigten eher Zeichen von Depressivität, Depression und Suizidgefahr als Patienten, die weniger "behindert" waren; deshalb sollte der PDI in der Schmerzpraxis als ein valides und reproduzierbares Mittel benützt werden, um die Wahrscheinlichkeit einer Depressivität/Depression mit oder ohne Suizidgefahr miteinzuschätzen.

Sowohl Depressivität als auch Depression waren abhängig von der Schmerzintensität beim Vorstellungsgespräch: je stärker die Schmerzen, desto größer war die Wahrscheinlichkeit einer Depressivität und/oder Depression. Mehr Schmerzpatienten zeigen Zeichen von Depressivität als von Depression (gemessen an der Skala von v. Zerssen bzw. HAMD). Für die Praxis scheint der Depressivitätstest nach von Zerssen sensitiver und sinnvoller als der HAMD-Test.

Diese Studie bestätigt andere Studien, die besagen, daß die Stadieneinteilung einen signifikanten Einfluß auf den Therapieerfolg hat. Deshalb ist die Stadienbestimmung in der Praxis eine der wichtigsten zusätzlichen Beurteilungen bei Schmerzpatienten.

Wie erwartet, zeigte sich in dieser Studie, daß Patienten, die über 10 Jahre Schmerzen hatten, sowohl vor als auch nach der Schmerztherapie stärkere Schmerzen hatten. Erwähnenswert ist auch, daß die Erwartungshaltung der Patienten mit dem Behandlungserfolg korrelierte: so hatten Patienten, die "Schmerzfreiheit" erwarteten, eine bessere Chance diese zu erreichen, als Patienten, die eine "Schmerzreduktion" erwarteten.

Die Benotung der Schmerztherapie durch die Patienten könnte als einer der Parameter zur Qualitätskontrolle der Schmerztherapie herangezogen werden, falls sich die Benotung als valides und reproduzierbares Mittel zur Qualitätskontrolle in der Schmerztherapie bestätigt.

Schmerzpatienten sollten so früh wie möglich kompetent behandelt werden, denn der Chronifizierungsprozeß kann so am besten vermieden oder angehalten werden, was die besten Therapieergebnisse bringt.

Die wenigen Schmerzzentren in Deutschland sind oft überbelastet, was lange Wartezeiten bedeutet; außerdem sind die Schmerzzentren oft nicht in Wohnortnähe der Patienten. Schmerztherapie in der Praxis ist sinnvoll, denn vielen Schmerzpatienten kann auch in der Praxis gut von einem Schmerzspezialisten geholfen werden und der Chronifizierungsprozeß kann vielfach vermieden oder doch angehalten werden. Außerdem werden erfolglose Vorbehandlungen minimiert. Dies wiederum entlastet die wenigen vorhandenen Schmerzkliniken und Schmerzkrankenhäuser, ohne die Versorgung der Patienten zu kompromittieren. Gleichzeitig können Schmerzspezialisten flächendeckender angeboten werden, und auch die Versorgung der Schmerzpatienten "zu Hause" wird ermöglicht. Schmerztherapeuten aller Institutionen sollten untereinander und mit allen bereits vorhandenen

Therapeuten eng zusammenarbeiten. Auch der psychologische Aspekt der Schmerztherapie darf weder vernachlässigt noch unterbewertet werden. Gemeinsame Richtlinien für die Definition von Schmerzbildern, deren Therapie und die Qualitätssicherung müssen erarbeitet und angewendet werden. Mehr Studien über "Schmerz" in Forschung, Klinik und Praxis müssen ausgeführt und publiziert werden, um die Schmerzpatienten in der Zukunft so gut wie möglich behandeln zu können. Gleichzeitig sollten Schmerzspezialisten ihr Wissen und ihre Fähigkeiten sowie ihre Forschungsergebnisse gemeinsam zum Vorteil ihrer Patienten ausnutzen.