

Schmerzarbeit am runden Tisch

Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen verstehen und behandeln zu können erfordert oft mehr als das Know-how der einen oder anderen medizinischen Fachdisziplin. In der Interdisziplinären Schmerzprechstunde des Universitätsspitals treffen sich Ärztinnen und Ärzte regelmässig zum fächerübergreifenden Informationsaustausch. Ein Erfahrungsbericht

VON RETO M. AGOSTI

Freitagmorgen 9 Uhr 45, Arbeitsraum der Kopfwehsprechstunde des Universitätsspitals Zürich (USZ). Rebecca Rindlisbacher zieht den runden Tisch aus der Ecke, um den sie zehn Stühle anordnet. Jeden Freitag treffen sich hier Schmerzexpertinnen und -experten des Universitätsspitals, um über jeweils zwei Patienten in einer einstündigen Schlussrunde zu diskutieren und dann mit ihnen gemeinsam über mögliche neue Therapieansätze zu sprechen. Es handelt sich um Schmerzpatienten, deren Leiden bereits von verschiedenen Seiten als besonders schwer zugänglich und dementsprechend «unheilbar» beurteilt wurden.

Sie haben zu diesem Zeitpunkt eine einwöchige konzentrierte Tour hinter sich, die wie eine Metapher ist für das, was sie in nicht selten jahrelangen Parcours durch das heutige Gesundheitssystem – von der Rheumatologie über die Anästhesie und Neurologie zur Psychiatrie – hinter sich gebracht haben. In je ein- bis zweistündigen Sitzungen wurden sie auf diesen Abteilungen untersucht, und wenn es dann am Freitag zu einem ausgiebigen Informations-

austausch von Vertretern der erwähnten Fachrichtungen kommt, dann ist die lange Reihe von Spezialuntersuchungen beendet, ganz im wörtlichen Sinne. Denn diese Einzelergebnisse sollen nun zu einem Gesamtbild zusammengefügt werden, das modernste Schulmedizin und individuelles Schmerzerleben zueinander in Beziehung treten lässt.

Das Modell einer Abklärung mit einem interdisziplinären Zugang zu Schmerzpatienten versteht sich als eine Antwort auf die Komplexität chronischer Schmerzen. Diese entstehen eben nicht akut und sind kausal nicht so eindeutig erfahrbar wie Schmerzen nach Gewebsschädigung (beispielsweise Hautschnitte, Wespenstiche, Knochenbrüche, Operationen), wie wir alle sie kennen. Chronische Schmerzen sind vielmehr eine Spätfolge solcher Ereignisse, sie bleiben und beginnen ein Eigenleben zu entwickeln. Sie kommen auch ohne ersichtliche Ursachen vor, oder die anfängliche Gewebsschädigung ist längstens abgeheilt und war «viel zu gering», um als plausible Erklärung zu dienen. Chronische Schmerzen gehen auch oft über das ursprünglich betroffene Körperareal hinaus – nicht selten breiten sie sich über eine ganze Körperhälfte aus. Und auch innere Organe, deren «Schweigen» nach antiken Lehren die Gesundheit definierte, werden plötzlich als schmerzhaft oder krank erlebt.

Interdisziplinäre Schnittstellen

Interdisziplinäre Zusammenarbeit hat sich in der Medizin bewährt. Allein am Universitätsspital gibt es mehrere interdisziplinäre Schnittstellen, überall dort, wo Krankheitsgeschehen und therapeutische Möglichkeiten besonders komplex geworden sind, also zum Beispiel in der Transplantationsmedizin oder der Krebsbehandlung. Gerade bei

der Schmerzabklärung aber werden leider oft nur Spezialuntersuchungen aneinandergereiht, ohne dass es am Schluss zu einem Konsens käme, wie an unserem runden Tisch.

Konsens heisst hier, dass die verschiedenen Aspekte durch das abschliessende Gespräch in einen gemeinsamen Rahmen eingebettet werden. Denn gerade die Diskussion am Ende einer solchen Woche kann entscheidende neue Gesichtspunkte hervorbringen. So klingt es in der Diskussion gelegentlich, als habe der Psychiater einen ganz anderen Patienten untersucht als etwa die Neurologin. So überbrücken wir Grenzen, die nicht nur durch die verschiedenen Disziplinen, sondern auch durch unsere eigene Wahrnehmung gegeben sind – ein Moment, das bei der Arbeit mit Schmerzpatienten besonders zu berücksichtigen ist.

In diesem Sinne ist die Zürcher Schmerzprechstunde (SSS), die bereits vor über zehn Jahren von Hansruedi Isler initiiert wurde, recht einmalig. Die Erfahrungen, die Patienten und zuweisende Hausärzte mit der SSS machen, werden übrigens momentan analysiert und sind das Thema einer Dissertation; dies gilt auch für das «outcome» der Schmerzprechstunde.

Keine magische Befreiung von Schmerzen

Patienten mit schweren chronischen Schmerzen überfordern nicht nur das Fachwissen eines Einzelnen, sie überfordern auch emotional. Aber genau das ist der Punkt, an dem wir ansetzen müssen. Denn das, was wir oft als monotone Klagelieder hören, die gar nicht mehr auf Resonanz zu warten scheinen, ist der einzige noch offene Zugang zur Erlebniswelt, aus der die Schmerzen kommen. Depressive Gemütsverfassung und mehr oder weniger versteckte Wut, wie sie mit chroni-

Dr. Reto M. Agosti ist Oberarzt und Leiter der Abteilung für Kopfweh und Schmerz am Universitätsspital Zürich.

schen Schmerzleiden oft verbunden sind, laden nicht so offensichtlich zu tatkräftiger Hilfe ein wie ein schreiendes Kind oder ein blutendes Unfallopfer.

Unerfahrenen kommt es manchmal so vor, als täten diese Patienten sogar alles, um weitere Helfer in die Flucht zu schlagen,

und die oft sehr langen Listen mit all den bereits erfolglos versuchten Medikamenten, die sie in die Sprechstunde mitbringen, sind die materiellen Zeugen ihrer Enttäuschungen. Der Stapel von mitgebrachten Austritts- und anderen Berichten, die sie auf dem Schoss halten wie ein Bollwerk gegen

weitere Versuche, ist ein greifbarer Beweis für ihr langes Umherirren im Gesundheitssystem. Das Bedürfnis nach magischer Abhilfe, das viele Patienten in der Schmerzprechstunde äussern, wird ja tatsächlich für viele schwere Krankheiten von der modernen Medizin auch ge-

Therapieangebot für Schmerzpatienten

An den Zürcher Universitätskliniken steht Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen eine Vielzahl von therapeutischen Angeboten offen.

Universitätsspital Zürich

Rämistr. 100, 8091 Zürich

NEUROCHIRURGISCHE KLINIK

Abteilung für funktionelle Neurochirurgie

Therapien gegen resistente neurogene Schmerzen nach Verletzung von Nerven oder Gehirn; prä- und postoperative Sprechstunde, ergänzt durch psychotherapeutisches Angebot

KONTAKT:

Dr. med. Daniel Jeanmonod, Dr. med. Monika Siegemund
Telefon 01 255 26 84

E-MAIL:

jeanmd@nch.unizh.ch

INSTITUT FÜR ANÄSTHESIOLOGIE

Schmerzambulatorium

Medikamentöse Schmerztherapie mit Spezialisierung auf starken Schmerzmitteln vom Typ der Opiode (Morphium); Invasive Schmerztherapie (z. B. Schmerzpumpen, Nervenblockaden), Neuraltherapie; bei chronischen malignen und nicht malignen Schmerzen

KONTAKT:

Dr. med. Monika Jaquenod und Dr. med. Beatrice Schaeppi
Telefon 01 255 40 85 oder 255 26 96

E-MAIL:

monika.jaquenod@ifa.usz.ch

KLINIK FÜR RADIO-ONKOLOGIE

Ambulante Schmerzberatung für Tumorpatienten

Die Klinik und Poliklinik für Radio-Onkologie bietet Tumorpatienten auch im ambulanten Bereich Beratung und Behandlung von Schmerzen.

KONTAKT:

Maria Bösch
Telefon 01 255 29 34

INSTITUT FÜR PHYSIKALISCHE MEDIZIN

Ambulantes Interdisziplinäres Schmerzprogramm (AISP)

Das AISP richtet sich an Patientinnen und Patienten, die an chronischen Schmerzen jeglicher Ursache leiden. Das Programm dauert drei Monate, wird dreimal jährlich angeboten und findet an drei Halbtagen pro Woche in geschlossenen Gruppen von 8 bis 12 Personen statt.

Inhaltlich besteht das AISP aus einem umfassenden Theorieteil, medizinischer Trainings-Therapie, Gruppenpsychotherapie, Entspannungsmethoden sowie einem Bewegungsteil, wo vor allem die Freude an der Bewegung (wieder) erlernt wird.

KONTAKT:

Liliane Ryser
Telefon 01 255 11 11
E-MAIL: liliane.ryser@ruz.usz.ch
INTERNET: www.aisp.ch

NEUROLOGISCHE KLINIK

Interdisziplinäre Schmerzprechstunde

Chronische Schmerzen, das heisst Schmerzen, die über Monate und Jahre bestehen, sind oft schwer zu verstehen und schwierig zu behandeln. Sie berühren das Leben der Betroffenen in verschiedener Hinsicht. Deshalb wird Wissen und Erfahrung verschiedener Disziplinen herangezogen und die Patienten in einem einwöchigen Abklärungsgang interdisziplinär beurteilt, unter Beteiligung von Vertretern aus Anästhesie, Rheumatologie, Psychiatrie und Neurologie.

KONTAKT:

Dr. med. Reto Agosti
Telefon 01 255 55 14
Fax 01 255 43 80

E-MAIL:

kopfweh@nos.usz.ch

NEUROLOGISCHE KLINIK

Kopfwehsprechstunde

Spezialsprechstunde zur Abklärung und Behandlung von Migräne, Spannungskopfweh und anderen Kopfschmerzarten. Anwendung von medikamentösen wie auch nicht-medikamentösen Therapien. Anmeldung nur durch ärztliche Überweisung. Ein zweites Schwergewicht unserer Tätigkeit ist die Erforschung von Migräne

und Kopfschmerzen, unter anderem durch die Magnetresonanztomographie.

KONTAKT:

Dr. med. Reto Agosti,
Telefon 01 255 55 14
Fax 01 255 43 80

E-MAIL:

kopfweh@nos.usz.ch

INTERNET:

www.kopfwww.ch
(ab Januar 2001)

KLINIK FÜR KAUFUNKTIONSRÜNGEN UND TOTALPROTHETIK

Interdisziplinäre Schmerzprechstunde für Patienten mit Kiefer- und Gesichtsschmerzen

Plattenstr. 11,
8028 Zürich

KONTAKT:

Patienten können jeweils dienstags und freitags im Tagdienst vorsprechen (Sprechstunde 8–10 Uhr) oder sich über Telefon 01 634 32 40 täglich morgens von 7–11.30 Uhr anmelden.

Orthopädische Universitätsklinik Balgrist

Forchstr. 340,
8008 Zürich

ABTEILUNG FÜR RHEUMATOLOGIE

Interdisziplinäre Rückenschmerzprechstunde

KONTAKT:

Dr. med. R. Kissling
Telefon 386 35 04

ABTEILUNG FÜR ANÄSTHESIOLOGIE

Schmerzprechstunde

KONTAKT:

Dr. med. A. Borgeat
Telefon 386 38 32

schürt. Aber es gibt diese Art Hilfe für viele chronische Schmerzen nicht – auch heute nicht.

Unsichtbares Leiden

Entscheidend für unsere Arbeit und erschwerend für unsere Patienten ist zudem, dass Schmerzen stets und immer subjektives Empfinden sind, was natürlich dem auf wissenschaftliche Evidenz ausgerichteten westlichen Gesundheitssystem zuwiderläuft. Trotz modernster Bildgebung wie der Positronen-Emissionstomographie (PET) oder dem funktionellen Magnetresonanz-Imaging (fMRI) können Schmerzen noch nicht bewiesen werden. Im besten Fall gelingt es, in PET oder fMRI darzustellen, dass Schmerzen eine Mehraktivität in gewissen Hirnarealen verursachen.

Dies trifft aber nur für die klarer definierten akuten Schmerzreize zu. Dieselben Hirnareale «leuchten» auch auf, wenn man sich in der Untersuchung Schmerzen lediglich vorstellt, beispielsweise durch den Gedanken an eine drohende Injektion. Hier scheint sich die Frage nach der «Einbildung» von Schmerzen, wie sie die Patienten immer verfolgt, gänzlich zu verwischen, denn alle Empfindungen scheinen ja ein Bild in unserem Gehirn zu hinterlassen. Wie ernst diese Frage für Schmerzpatienten ist, lässt sich am immer wieder gehörten Wunsch ermessen, doch bloss etwas Sichtbares wie einen Tumor zu haben, damit einem die Umgebung das Leiden endlich glaube. Wie viele ärztliche Schmerzberichte sind heute noch im distanzierenden Konjunktiv geschrieben: «Der Patient gibt an, er habe Schmerzen...»

Begeisterte Mitarbeiter

Dank dem Teamwork in der Zürcher Schmerzsprechstunde fühlen sich die Patienten zumeist ernst genommen, was sie ermutigt, daran zu glauben, dass sie irgendwann einmal mit ihren Schmerzen umgehen können beziehungsweise dass es möglich sei,

Bild: ZVG



diese zu vermindern oder gar aufzuheben. Was die SSS-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeiter angeht, so sind diese nach meiner Beobachtung von ihrer Arbeit ausnahmslos begeistert, was paradox klingen mag. Tatsächlich ist vor Beginn der Freitagrunde ein innerer Widerstand spürbar. Nicht selten denke ich selbst seufzenderweise an den Freitagmorgen und verlasse nach getaner Arbeit dann doch zumeist in aufgeräumter Stimmung die Runde – hungrig und müde, nicht ungleich einem Chirurgen nach einer Operation. Diese Genugtuung kommt daher, dass diese Arbeit professionell gründlich und ganzheitlich zugleich ist.

Anhaltende Schmerzerinnerung

Die allen bekannte akute Schmerzempfindung beginnt zumeist mit einer lokalen Gewebereizung oder -zerstörung. Lokal werden so genannte Nozizeptoren aktiviert, überall auf der Haut und in den Organen vorkommende Nervenäste, welche auf Schmerzverarbeitung spezialisiert sind. Diese (primären) Nervenäste werden im

Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten ist im Umgang mit chronischen Schmerzpatienten unumgänglich.

Rückenmark auf hoch spezialisierte (sekundäre) Nervenfasern umgeschaltet und von dort in verschiedene Hirnareale fortgeleitet, welche für eine «zentrale Verarbeitung» der Schmerzreize verantwortlich sind. Erst diese Vorgänge im Gehirn sagen uns, wo und wie ein Schmerz entstanden ist, verknüpfen Erinnerungen mit dem Schmerzereignis und lösen unter anderem sehr starke Emotionen aus.

Chronische Schmerzen werden heute dadurch erklärt, dass gewisse schmerzbezogene Regelkreise im Gehirn auch ohne Nozizeption weiter aktiv bleiben. Bei dieser Chronifizierung wirkt das Schmerzgedächtnis wie ein Moderator, der die einzelnen Stränge der Geschehnisse individuell zusammensetzt und so den Umgang mit den Schmerzen bestimmt. Eine unserer Patientinnen hatte beispielsweise während einer Nierensteinzertrümmerung stärkste Schmerzen, obwohl ihr zuvor



Bild: Josef Müller

Nach einer einwöchigen Abklärung erörtern Ärztinnen und Ärzte der interdisziplinären Schmerzsprechstunde gemeinsam mit einem Patienten therapeutische Massnahmen.

Schmerzmittel in der dafür üblichen Dosierung gegeben worden waren. Die Behandlung wurde ganz lege artis weitergeführt, was die Patientin dennoch als Folter erlebte. Erinnerungen an die Misshandlungen durch ihren früheren Ehemann kamen hervor. Diese Schmerzerinnerung persistierte auch nach der korrekt durchgeführten Behandlung. Die Nieren waren unauffällig, aber die Schmerzen blieben.

Körpernahe Therapien

Dass chronische Schmerzen durch aktivierte Nervenverbände im Grosshirn formiert und erhalten werden, benötigt einiges an medizinischem und insbesondere neurologischem Vorstellungsvermögen. Gerade auch westlich ausgebildete Medizinerinnen und Mediziner lösen sich schwer vom mechanistischen Leitbild der peripheren (nozizeptiven) Schmerzen und suchen Heil im Ausschalten nicht mehr existenter Schmerzquellen. Aber auch für die Patienten ist es schwer, ihr tägliches Leiden auf eine derart abstrakte Ebene zu heben. Eine wichtige Erfahrung aus unserer Schmerzsprech-

stunde ist, dass Patienten ihre Schmerzen leichter in «den Griff» bekommen, wenn es ihnen gelingt, die Ebene der Nozizeption zu verlassen, das heisst, ihre Schmerzen nicht mehr nur als einen von allem isolierten Reiz zu verstehen.

Der Zugang zum eigenen Erleben, zum eigenen Körper wirkt durch den Schmerz wie vermauert, und es ist hier müssig, die Frage, ob die Mauer oder der Schmerz zuerst da war, zu stellen. Körpernahe Schmerztherapien, wie sie von den Psychologen Rolf Aeberli und Daniel Bärlocher an unserer Abteilung entwickelt wurden, oder auch das Ambulante Interdisziplinäre Schmerzprogramm (AISP, Leitung Liliane Ryser) des Instituts für Physikalische Medizin bieten in dieser Hinsicht oft erfolgreiche Behandlungen an (siehe Seite 18).

Kulturelle Unterschiede werden untersucht

In den letzten Jahren bemerken wir in der Schmerzsprechstunde einen zunehmend hohen Anteil von ausländischen Patientinnen und Patienten – insbesondere aus dem Kosovo und Bosnien stammende Ex-Jugoslawen und Albaner. Wir verstehen nicht nur die Sprache dieser Patienten nicht, sondern auch ihre Kultur. Damit

bleibt auch ihr Umgang mit Schmerzen uns oft fremd. Dieser ist, wie wir wissen, in hohem Masse kulturell geprägt. So stellen diese Patienten eine besondere Herausforderung dar, die wir gerne annehmen.

In Bezug auf die sprachlichen und kulturellen Übersetzungsprobleme kann die Schmerzsprechstunde seit diesem Sommer auch auf die Unterstützung der Historikerin Nada Boskovska zählen. Nada Boskovska war Lehrbeauftragte der Universität Zürich, unter anderem für die Geschichte des Balkans, und spricht Schweizerdeutsch und Serbokroatisch genau so gut wie ihre Muttersprache, das Makedonische. Eine erste von ihr durchgeführte ethnomedizinische Analyse in der Schmerzsprechstunde zeigte, dass die Schmerzen der Patienten aus Ex-Jugoslawien zwar nicht durch den Krieg verursacht (denn fast alle Patienten dieser Gruppe sind schon seit über zehn Jahren in der Schweiz ansässig), aber möglicherweise durch die Begleitumstände des Kriegs moduliert worden sind. Wir können in wissenschaftlicher Hinsicht viel lernen von den Faktoren, die Traumata in Schmerz umwandeln. Durch die Zusammenarbeit mit der Historikerin ist die Schmerzsprechstunde noch interdisziplinärer geworden. Was vorher eine kulturbedingte Blockade war, wurde so zu einem spannenden Unterthema – dem des transkulturellen Schmerzverständnisses.