

WISSENSCHAFT SICHERHEIT



WissenSCHAFFT Sicherheit – dieses Ziel verfolgt die DGAI und setzt dabei auf Ihre Unterstützung. Daran beteiligen können Sie sich beispielsweise durch Mitarbeit in unseren Wissenschaftlichen Arbeitskreisen. Informationen zu jedem Arbeitskreis erhalten Sie nun in der neuen A&I-Reihe „Die Wissenschaftlichen Arbeitskreise stellen sich vor“.

Sie sind interessiert an einer Mitgliedschaft in einem Arbeitskreis? Dann laden Sie den jeweiligen Aufnahmeantrag auf der Website des Arbeitskreises herunter und senden diesen ausgefüllt an die Mitgliederverwaltung (dgai@dgai-mitglieder.de bzw. bda@bda-mitglieder.de). Sobald Ihr Antrag bearbeitet wurde, werden Sie in den Verteiler sowie den geschlossenen Bereich des Wissenschaftlichen Arbeitskreises aufgenommen. Die DGAI und die Wissenschaftlichen Arbeitskreise danken Ihnen schon jetzt für Ihre aktive Mitarbeit!

<https://www.dgai.de/expertengruppen.html>

Ihr Sprecherkreis

1. Sprecher:

Prof. Dr. med.
Joachim Erlenwein
Klinik für Anästhesiologie, Universitätsmedizin Göttingen



2. Sprecher:

Priv.-Doz.
Dr. Dr. med.
Hans Jürgen
Gerbershagen
Klinik für Anästhesiologie, Operative Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Marienhospital, Gelsenkirchen



Schriftführer:

Priv.-Doz. Dr. med.
Sascha Tafelski
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin



Der Wissenschaftliche Arbeitskreis Schmerzmedizin der DGAI stellt sich vor

Einleitung

Die Schmerzmedizin ist eine Säule der Anästhesiologie und hat in unserem Fachbereich eine lange Tradition. Die moderne Schmerzmedizin wurde durch zahlreiche Vertreterinnen und Vertreter unseres Fachgebietes mitbegründet und wird bis heute maßgeblich mitgestaltet und weiterentwickelt. Viele Mitglieder des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Schmerzmedizin (WAKS) der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI) sind klinisch und wissenschaftlich in schmerzmedizinischen Themen und ihren Spezialisierungen national und international herausragende Expertinnen und Experten. In der klinischen spezialisierten schmerzmedizinischen Versorgung von Menschen mit akuten und chronischen Schmerzen stellen Anästhesiologinnen und Anästhesiologen in Deutschland und vielen anderen Ländern den mit Abstand größten Anteil der Fachärztinnen und Fachärzte – in schmerzmedizinischen Schwerpunktpraxen, Schmerzambulanzen, der teilstationären oder stationären interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie [1]. Die anästhesiologischen Kliniken sind somit auch größter Anbieter spezieller Versorgungsangebote für Menschen mit Schmerzen bzw. chronischen Schmerzerkrankungen,

wie Schmerzambulanzen und Therapieprogrammen zur interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie. Anästhesiologische Kliniken decken in Deutschland auch den Großteil an Weiterbildung zur ärztlichen Zusatzbezeichnung spezielle Schmerztherapie ab.

Doch auch über die spezialisierte schmerzmedizinische Versorgung hinaus, im täglichen Arbeitsleben eines jeden Anästhesiologen, ob im Operationsaal, im Aufwachraum, auf der Intensivstation, in der Palliativ- oder in Notfallmedizin steht die Prävention und Behandlung von Schmerzen im Zentrum des anästhesiologischen Selbstverständnisses und Handelns. Schmerzmedizin ist für die Anästhesiologie somit weit mehr als eine Säule, sondern sie ist sowohl integraler Bestandteil unseres Fachgebietes als auch anästhesiologische Grundkompetenz.

Daraus ergibt sich aus Sicht des wissenschaftlichen Arbeitskreises Schmerzmedizin (WAKS) (und der Sektion Schmerzmedizin) eine besondere Verantwortung für unser Fachgebiet und ihre Führungs- und Leuchtturmfunktion – sowohl für das perioperative, das innerklinische und das prozedurale Schmerzmanagement, als auch für die spezialisierte Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen.

Historie des Arbeitskreises und der Schmerzmedizin innerhalb der DGAI

Die Geschichte der modernen Schmerzmedizin aus der Anästhesiologie heraus beginnt in den USA bereits in den 50er Jahren [2,3]. In Deutschland begann diese Entwicklung in den 60er Jahren maßgeblich in Mainz und nahm ihren ersten Höhepunkt 1971 in der Gründung der ersten deutschen Schmerzambulanz an der Universität Mainz [4,5]. Die Verbreitung von speziellen Einrichtungen nahm in der Folge in den 1970ern nur langsam zu und erfolgte zunächst in Form von Schmerzambulanzen eher im nicht-universitären Bereich. Erste Universitätskliniken folgten mit spezialisierten Einrichtungen in anästhesiologischen Kliniken (z. B. Gießen, Göttingen, Bochum (Herne), Hannover und Würzburg) [5]. 1989 wurde in Deutschland an der anästhesiologischen Klinik der Universität Göttingen die erste Professur für Schmerztherapie besetzt [5] (zur Geschichte der Schmerzmedizin siehe [5,6]). Aus diesen und anderen anästhesiologischen Einrichtungen entwickelten sich maßgeblich die heutigen modernen Konzepte und interdisziplinären Therapieprogramme.

Wenn auch die moderne Schmerzmedizin national und international stark geprägt wurde durch anästhesiologische Persönlichkeiten, war die Entwicklung der Schmerzmedizin – auch innerhalb der DGAI – nicht frei von Kontroversen. So wurde beispielweise 1986 in Bochum die erste (universitäre) Klinik mit dem Titel „Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie“ benannt – wohl also erstmals das „S“ in Deutschland im anästhesiologischen Kliniknamen geführt [5]. 1987 verbot die Ärztekammer Westfalen-Lippe, diesen Titel so weiterzuführen, weil das nicht dem Facharztkatalog entspräche. Der damalige Bochumer Ordinarius Michael Zenz wurde neben dem Einspruch der Ärztekammer auch von einigen Vertretern der DGAI darauf aufmerksam gemacht, dass das eigentlich nicht im Sinne der Fachgesellschaft für „Anästhesiologie und Intensivmedizin“ sei.

Im Jahr 1989 wurde der Arbeitskreis, zunächst als „Arbeitskreis Schmerztherapie“ gegründet. Im Jahr 1992 wurde das 1. Repetitorium Schmerztherapie mit zahlreichen Referenten aus der DGAI und vielen anderen Disziplinen in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, heute Deutsche Schmerzgesellschaft, angeboten. Es war eine spannende, innovative Zeit für die Schmerzmedizin, da es in alle Richtungen galt, das Fachliche zu erforschen und auszugestalten. Damals bestand große Uneinigkeit zwischen verschiedenen „Schulen“, z. B. Kiel, Bochum, Bielefeld, Göttingen, Mainz etc. zu verschiedenen Themen, wie beispielsweise dem Einsatz von Nervenblockaden, Opioiden und psychologischer Therapie. Auf den Themen des Repetitoriums baute später das erste Kursbuch Schmerztherapie, das dann später als Muster für den Katalog der im Jahr 1996 eingeführten ärztlichen Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ der Bundesärztekammer diente und die Grundlage für das „(Muster-)Kursbuch Spezielle Schmerztherapie“ darstellte [5].

Im Jahr 2008 wurde der Titel des Arbeitskreises „Schmerztherapie“ bewusst in die heutige Bezeichnung „Schmerzmedizin“ geändert, um zum Ausdruck zu bringen, dass es nicht nur um „Therapie“ geht – es erfolgte eine entsprechende Satzungsänderung der DGAI – nach vielen Diskussionen und Kontroversen mit den damaligen Vertreterinnen und Vertretern des Präsidiums und der Ordinateure. Ebenfalls 2008 wurde die Schmerzmedizin ins Präsidium der DGAI kooptiert und Michael Zenz (Bochum) durfte als erster Vertreter der Schmerzmedizin, als nicht stimmberechtigtes Mitglied, bei den Präsidiumssitzungen teilnehmen. Mit der Satzungsänderung und Neuausrichtung der Gesellschaftsstruktur der DGAI im Jahr 2022 entstand zudem die Sektion Schmerzmedizin, über die der WAKS im engeren Präsidium mit vertreten ist. Dieser Schritt ist nicht nur aus Sicht der anästhesiologischen Schmerzmedizin sehr zu begrüßen! Es ist ein konsequenter und folgerichtiger Schritt des Präsidiums und der

Mitglieder im Selbstverständnis einer Gesellschaft aus mehreren fachlichen Säulen. Als Erster Sprecher der neuen Sektion Schmerzmedizin wurde auf dem Deutschen Anästhesiecongress 2023 in Düsseldorf Joachim Erlenwein (Göttingen) gewählt, als erster Stellvertreter Hans Jürgen Gerbershagen (Gelsenkirchen) und als zweiter Stellvertreter Sascha Tafelski (Berlin).

Neuausrichtung des Arbeitskreises ab 2020

Mit der Neuwahl des Sprechergremiums im Jahr 2019 für die Amtsperiode 2020/2021 wurde der Arbeitskreis durch das neue Sprechergremium strategisch und strukturell mit der „Agenda 2020 Plus“ neu aufgestellt. Ziel war die konsequente Umsetzung der Ergebnisse des Think Tanks Schmerzmedizin der DGAI aus dem Jahr 2015. Analog zum Think Tank Schmerzmedizin war das übergeordnete Ziel dieser Agenda die stärkere Positionierung und Weiterentwicklung der Schmerzmedizin als integraler Bestandteil der Anästhesiologie innerhalb der DGAI und nach außen.

1. Definition von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität für innerklinische Schmerztherapie und die ambulante, teilstationäre und stationäre Schmerzmedizin
2. Stärkung der schmerzmedizinischen Forschung
3. Etablierung von Professuren für Schmerzmedizin
4. Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit
5. Verstärkte Positionierung in der Lehre, Sicherung und Ausbau der führenden Rolle der Anästhesiologie bei Q14
6. Verstärkung der Einflussnahme auf die Politik – Schmerz als aktuelles Thema

Ein zentraler strategischer Aspekt der Agenda 2020 Plus war zudem die aktive Mitgliederrekrutierung, eine verstärkte Einbindung der Kolleginnen und Kollegen der anästhesiologischen universitären Einrichtungen und Hochschulambulanzen und die Etablierung

zielgruppenspezifischer Veranstaltungen. Diese zeigten bereits erste Erfolge, z. B. durch die Gewinnung von 50 % (Stand April 2023) mehr Mitgliedern als noch zu Beginn des Jahres 2020. Um das Sprechergremium fachlich und inhaltlich in seiner Arbeit zu unterstützen, die zentralen strategischen Themenfelder und operativen Aufgaben des WAKS auszufüllen, wurden in diesem Rahmen 5 Arbeitsgruppen, jeweils mit einem Koordinatoren-Team etabliert:

- **AG Kommunikation**
Koordinatoren: Johannes Dreiling (Jena), Jan Wandrey (Berlin)
- **AG Koordination Leitlinienarbeit**
Koordinatoren: Hans-Jürgen Gerbershagen (Gelsenkirchen), Frank Petzke (Göttingen), Esther Pogatzki-Zahn (Münster)
- **AG Lehre und Weiterbildung**
Koordinatoren: Martin Dusch (Hannover), Andreas Kopf (Berlin)
- **AG Methodenkompetenz und Forschungsnetzwerk**
Koordinatoren: Beatrice Oehler (Heidelberg), Heike Rittner (Würzburg)
- **AG Versorgungsforschung und Gesundheitssystem**
Koordinatoren: Joachim Erlenwein (Göttingen), Winfried Meißner (Jena)

Zielsetzung des WAKS

Mit der Agenda 2020 Plus wurde auch die Zielsetzung ausformuliert und geschärft. Der Arbeitskreis unterstützt die wissenschaftliche und klinische Weiterentwicklung der Schmerzmedizin und trägt zur Qualitätssicherung und zur Verbesserung der schmerzmedizinischen Behandlung von Patienten mit akuten, chronischen und tumor-assoziierten Schmerzen bei. Außerdem fördert der Arbeitskreis die Verbreitung, den Erwerb und die Vermittlung von Kenntnissen über das gesamte Spektrum der Schmerzmedizin in Wissenschaft und Praxis und berät das Präsidium und die Mitglieder der DGAI bei schmerzmedizinischen Fragenstellungen. Die Zielsetzung unseres Arbeitskreises ist es, insbesondere die wissenschaftlichen Aktivitäten und

Kompetenzen untereinander zu verknüpfen, als auch klinische Versorgung besser mit wissenschaftlichen Aktivitäten zu vernetzen.

Meilensteine der letzten Jahre

Im Jahr 2019 erfolgte von der DGAI, und damit weltweit erstmalig, eine konkrete Definition für Schmerzdienste, inklusive organisatorischer und qualifikatorischer Voraussetzungen im Rahmen einer Fachgesellschaftsempfehlung der DGAI unter Kenntnisnahme der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie [7]. Im selben Jahr konnte unter fachlicher Mitwirkung von Vertretern des WAKS zwischen dem anästhesiologischen und dem chirurgischen Berufsverband die inzwischen überholte, fast 25 Jahre alte, Vereinbarung zur Zusammenarbeit in der Schmerztherapie aktualisiert und neu vereinbart werden [8,9].

Unter erheblichem persönlichem Engagement von Esther Pogatzki-Zahn (Münster) und Winfried Meißner (Jena) gelang es, unter Federführung der DGAI die inzwischen seit mehreren Jahren abgelaufene S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ zu aktualisieren, die zuvor von der inzwischen aufgelösten Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) koordiniert wurde [10,11]. Die Aktualisierung wurde im Jahr 2022 veröffentlicht.

Ein zentraler Meilenstein für die Weiterentwicklung der Schmerzmedizin innerhalb der Anästhesiologie und der Weiterentwicklung des WAKS war die Etablierung „Wissenschaftlicher Arbeitstage Schmerzmedizin der DGAI“ (WATS). Diese wurden erstmalig 2021, im ersten Jahr nach Beginn der Corona-Pandemie, mit breiter auch aktiv vortragender Unterstützung des damaligen Präsidenten Frank Wappler (Köln) und damaligem Vizepräsident Rolf Rossaint (Aachen), zunächst als reine Onlineveranstaltung umgesetzt. Nach dem Auftakt unter dem Motto „Klinik – Vernetzen – Wissenschaft“ erfolgte im Jahr 2022 zunächst als Hybridangebot unter dem Motto „Von Tradition zu Innovation“ die Transfor-

mation zur Präsenzveranstaltung. 2023 erfolgten die WATS nun als reine Präsenzveranstaltung. Unter dem Themenschwerpunkt „Mach die Schmerzmedizin zu Deiner!“ wurde der Fokus Nachwuchsgewinnung und Förderung anästhesiologischer Schmerzmedizinerinnen und Schmerzmediziner zur personellen, fachlichen und wissenschaftlichen Zukunftssicherung dieser anästhesiologischen Spezialisierung gelegt. Dabei wurden gemeinsam mit dem amtierenden DGAI-Präsidenten Benedikt Pannen (Düsseldorf) die Frage eines anästhesiologischen Selbstverständnisses auch ohne „ABCDE“ diskutiert und die Frage, was junge Schmerzmedizinerinnen und Schmerzmediziner in der Anästhesiologie der Zukunft brauchen und auf welche Weise die DGAI den schmerzmedizinischen Nachwuchs unterstützen kann, erläutert. Zudem wurde die Frage thematisiert, wie Nachwuchs innerhalb der Anästhesiologie nicht nur für Schmerzforschung, sondern für die klinische Versorgung in der Schmerzmedizin mit möglichen und attraktiven Karrierewegen innerhalb der Anästhesiologie sichergestellt werden kann.

Als klinisches Fortbildungsangebot wurde das Adventssymposium, erstmals im Jahr 2020, als reines Online-Fortbildungsangebot etabliert. Das Format beinhaltet neben klassischen Fortbildungsvorträgen zu klinisch relevanten Themen der Schmerzmedizin jeweils eine Plenumsdiskussion zu einem aktuellen Thema. Im Jahr 2020 war dies die Verabschiedung des G-BA-Beschlusses zum verpflichtenden Schmerzmanagement, im Jahr 2021 wurden Inhalte der Aktualisierung der S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ diskutiert. Aufgrund der aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen zur Ambulantisierung, Hybrid-DRGs und tagesstationärer Behandlung wurde aus gegebenem Anlass 2022 „Ist die multimodale Schmerztherapie in Gefahr?“ zum Thema und auch Expertinnen und Experten der Patientinnen- und Patientenvertretung des G-BAs und der Selbsthilfe, der Kostenträger und Gesundheitspolitik mit in die Diskussion einbezogen.

Mit der Initiative „Universitäre Schmerzmedizin in der Anästhesiologie“ möchte der WAKS insbesondere die schmerzmedizinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen der anästhesiologischen Universitätsstandorte enger in den Arbeitskreis einbeziehen. Hier sind die Schnittmengen zwischen den dortigen Teams und dem WAKS noch viel zu gering und es besteht erhebliches Ausbaupotenzial eine größere Anzahl dieser Kolleginnen und Kollegen als Mitglieder des WAKS zu gewinnen. Ziel ist, die Kommunikation innerhalb der anästhesiologischen „Schmerzcommunity“ zu verbessern, konkret, den Austausch bzgl. klinischer Standards, Wissenschaft und Lehre zur Schmerzmedizin zu fördern und langfristig ein Forschungsnetzwerk aufzubauen. Auch hier zeigten sich erste Erfolge, indem nun mehr universitäre Standorte durch schmerzmedizinische Kolleginnen und Kollegen im WAKS vertreten sind.

Laufende Beteiligung des WAKS an der Erarbeitung oder Aktualisierung von Leitlinien:

- **Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz**
Rainer Sabatowski (Dresden), Johannes Lutz (Weimar)
- **S1-Leitlinie „Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS)“**
Heike Rittner (Würzburg), Joachim Erlenwein (Göttingen)
- **S3-Leitlinie GeriPAIN – Schmerzmanagement bei GERiatriischen PATleNt:innen. Entwicklung einer interprofessionellen und intersektoralen S3-Leitlinie, innovationsfondsgefördert**
Joachim Erlenwein (Göttingen), Cynthia Olotu (Hamburg)
- **S3-Leitlinie Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT)**
Hans Gerbershagen (Gelsenkirchen)
- **S3-Leitlinie Primäre Kopfschmerz-erkrankungen im Kindes- und Jugendalter – Diagnostik und Therapie**
Anke Hübler (Dresden), Christoph Kalmutzke (Kiel)

- **S3-Leitlinie Epidurale Rückenmarkstimulation zur Therapie chronischer Schmerzen**

Wolfgang Koppert (Hannover), Jens Broscheit (Würzburg)

- **S3-Leitlinie Radiofrequenz-Denervation der Facettengelenke und des ISG**

Andreas Kopf (Berlin)

- **S2k-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Endometriose**

Joachim Erlenwein (Göttingen), Daniela Rosenberger (Münster)

Zukunftsperspektiven

Wir wollen es nicht versäumen, am Ende der Vorstellung unseres Arbeitskreises ein paar nachdenkliche und ggf. auch kritische Aspekte anzusprechen. Denn um die Zukunft der Schmerzmedizin in der Anästhesiologie gemeinsam aktiv zu gestalten, was wir als eine der zentralen Aufgaben des Arbeitskreises (und jetzt seit neuestem auch der Sektion) sehen, braucht es den offenen und konstruktiven Dialog. Dies umso mehr, da die derzeitigen Nachwuchsaussichten zur Sicherstellung der Position der Anästhesiologie in der schmerzmedizinischen Forschung und Sicherung der klinischen Versorgung derzeit als kritisch zu bewerten sind.

Die große Bedeutung der Anästhesiologie in der Entwicklung der Schmerzmedizin rührt historisch zunächst von Kompetenzen in regionalanästhesiologischen Verfahren und im zweiten Schritt der aufmerksamen selbstkritischen Beobachtung der Frauen und Männer der ersten Stunden, dass bei den meisten Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen dadurch keine nachhaltigen Veränderungen zu erzielen sind. Den anästhesiologischen Pionieren der Schmerzmedizin – international John Bonica (Seattle, USA) Henry Beecher (Boston, USA), für Deutschland beispielsweise Rudolf Frey (Mainz), Hans Ulrich Gerbershagen (Mainz), Jan Hildebrand (Göttingen) und vielen mehr – gebührt die Anerkennung für ihre Neugierde, Motivation und Innovationskraft, neue

therapeutische Wege zu gehen, die letztendlich mit den ureigentlichen Kompetenzen des „Anästhesisten“ und dessen Fokussierung auf somatische Störungsmodelle am Ende nicht mehr viel gemeinsam hatten. Basis der Schmerzmedizin ist das bio-psycho-soziale Verständnis. Damit hat sich die moderne Schmerzmedizin auch in der Anästhesiologie therapeutisch zu einer Spezialisierung mit eher verhaltensmedizinischem Schwerpunkt entwickelt. Diese Entwicklung, maßgeblich aus der Anästhesiologie heraus mitgeprägt, muss kein Widerspruch für Anästhesiologinnen und Anästhesiologen sein, wenn sie auch für unser Fachgebiet mit allen seinen Säulen bzgl. der daraus resultierenden behandlungskonzeptionellen Spannweite eine durchaus anspruchsvolle Herausforderung darstellt. Die Schmerzmedizin als anästhesiologische Spezialisierung teilt nicht das „A-B-C-D-E“ als gemeinsame Schnittmenge der anderen klassischen Säulen, die im Kern des medizinischen Handelns auf Atemwegs-, Beatmungs- und Kreislaufmanagement etc. fokussieren.

Thematische Schwerpunkte des Schmerzmediziners sind neben der Behandlung akuter und tumorbedingter Schmerzen, multikausale Störungsbilder mit einwirkenden psychosozialen Faktoren, basierend auf muskuloskeletalen, rheumatologischen, neurologischen, psychiatrischen bzw. psychosomatischen, urologischen, gynäkologischen (etc.) Erkrankungen. Krankheitskonzeptionell stehen die Beschwerden meist unter dem gemeinsamen Dach der chronischen Schmerzerkrankung. Die Komplexität und das Zusammenwirken von bio-psycho-sozialen Faktoren erfordert für eine zielgerichtete Diagnostik und Therapie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aus medizinischer, psychologischer und bewegungs-/physiotherapeutischer Perspektive. Schmerzmedizinerinnen und Schmerzmediziner arbeiten meist mit langfristiger therapeutischer Zielsetzung. Die Schmerzmedizin stellt damit eine anästhesiologische Spezialisierung mit langfristiger Patientenbindung dar, teils

über Jahre und Jahrzehnte. Schmerzmediziner sind dabei primäre Behandler „ihres“ facheigenen Krankheitsbildes, dem chronischen Schmerz. Dieser ist im Übrigen eine „F“-Diagnose, also eine Erkrankung, die in der Systematik der International Classification of Diseases (ICD-10) im Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ im Abschnitt F40-F48 geführt wird [12,13]. In der Krankheitsklassifikation wird insofern die chronische Schmerzkrankung bereits jetzt als eigene Krankheitsentität geführt. In der kommenden ICD-11 wird dies in einem eigenen Kapitel (MG30) abgebildet werden und zwischen chronischen primären Schmerzsyndromen und chronischen sekundären Schmerzsyndromen unterschieden werden [14].

Gerade diese inhaltliche fachliche Breite, die Komplexität eines multifaktoriellen Krankheitskontextes und die interdisziplinäre Arbeits- und Denkweise machen die Schmerzmedizin sicherlich mit zu einer besonders spannenden Spezialisierung unseres Faches. Das Arbeiten ist in keiner Weise „unbefriedigend und frustan“, wie es oft klischeehaft angenommen wird. In einem dem Krankheitsbild gerecht werdenden interdisziplinären Setting stellt nicht nur die Behandlung von akuten und tumorbedingten Schmerzen, sondern auch die Behandlung chronisch Schmerzkranker eine tief zufriedenstellende und gesellschaftlich sehr wichtige Tätigkeit dar. Schmerzmedizin öffnet Lebenswege und bringt in vielen Fällen Menschen wieder zurück in ihr Leben und in eine wirtschaftliche Existenzgrundlage. Schmerzmedizin behandelt ein Krankheitsbild, welches anteilig mit die höchsten direkten und indirekten Gesundheitskosten verursacht [15–17]. Qualitativ gute, dem Krankheitsbild gerecht werdende Schmerzmedizin braucht flächendeckende abgestufte interdisziplinäre Versorgungsstrukturen. Die Schmerzmedizin selbst braucht Nachwuchs. Sie braucht motivierte und engagierte Anästhesiologinnen und Anästhesiologen, die die Herausforderungen der Zukunft sowohl der schmerzmedizinischen klinischen Versorgung als auch der Wissenschaft tragen.

Gleichbedeutendes Selbstverständnis

Vermutlich gerade aufgrund der fachlichen Spannweite, der in den Spezialisierungen teils sehr gegensätzlichen klinischen Denk- und Arbeitsweisen und aufgrund sehr unterschiedlicher ökonomischer Rahmensetzungen und Erfordernissen bestehen innerhalb anästhesiologischer Kliniken immer wieder Spannungsfelder, auch über den tagtäglichen Ressourceneinsatz hinaus.

Nicht nur in der akuten und der operativen Medizin ist es anästhesiologische Verantwortung, dem Menschen Lebensgrundlage und Lebensqualität zu ermöglichen. Gerade auch chronische Schmerzkrankungen gehen mit deutlich reduzierter Lebensqualität und Behinderung im Lebensalltag einher, oft verbunden mit Existenzverlust, nicht nur für die Betroffenen, sondern oft auch für ihre Familien. Chronisch und elektiv bedeutet für die Betroffenen nicht weniger wichtig! Als Fachgebiet müssen wir dieser Verantwortung gerecht werden, ohne eine rein wirtschaftliche Priorisierung. Im Gegenteil – wir sollten es als unsere Aufgabe sehen, uns für die Stärkung der Evidenz von Konzepten, für adäquate Versorgungsstrukturen und für deren suffiziente Finanzierung als Gemeinschaft einzusetzen.

Spannungsfelder bestehen auch hinsichtlich der persönlichen fachlichen Spezialisierung. Viele schmerzmedizinisch spezialisierte Anästhesiologinnen und Anästhesiologen wissen hinsichtlich ihrer beruflichen Wege zu berichten, dass ihr Spezialisierungswunsch mit gewissen Irritationen oder Sorgen bei Vorgesetzten einherging. Auch im Klinikalltag fühlt es sich für sie stellenweise so an, dass die Anerkennung innerhalb der Teams, auch bzgl. Karriere und Hierarchien, eher an den nach den im OP oder der Intensivstation erforderlichen Fähigkeiten „bemessen“ wird. Dies mag nicht nur damit zusammenhängen, dass diese Fähigkeiten in den meisten Fällen wirtschaftlicher Schwerpunkt sind, sondern auch, dass diese den Spezialisierungen der „Chefs“ am nächsten liegen. Doch gerade dies birgt Potenzial für Entwicklungen, welche die Einheit des Faches gefährden. Herausforderung und Chance für die Weiterentwicklung der Anästhesiologie wird vermutlich die stärkere Entwicklung und Verfestigung eines gleichbedeutenden Selbstverständnisses unter allen ihren Spezialisierungen sein. Ein wegweisender Schritt hierzu ist die vom Präsidium der DGAI angestoßene und inzwischen vollzogene Satzungsänderung, die sich nicht nur in der gleichberechtigten Vertretung der Säulen innerhalb des Engeren Präsidiums widerspiegelt, sondern auch in der Vertretung nicht-ärztlicher Berufsgruppen die Interdisziplinarität und Interprofessionalität würdigt. Gleichbedeutendes Selbstverständnis schließt auch die Übertragung dieses Geistes auf die Teams in den Kliniken mit ein und die Schaffung von Möglichkeiten in der persönlichen Karriereentwicklung. Für die Sicherung der Einheit des Faches ist es ungünstig, wenn hinsichtlich des Erreichens von Leitungspositionen innerhalb einer anästhesiologischen Klinik, fachliche Kompetenz aus einer oder zwei Säulen im Fokus stehen. Analog ist es schwierig bzgl. des Selbstverständnisses einer anästhesiologischen Klinik oder Tätigkeit. Eine Abteilung die ausschließlich Narkosen macht, gilt zweifelsfrei als anästhesiologische Klinik; eine Niederlassung mit ausschließlicher Tätigkeit der Narkose wird vollwertig als „anästhesiologisch“ anerkannt. Gilt eine anästhesiologisch geführte Klinik, die ausschließlich Schmerzmedizin macht, als anästhesiologische Abteilung? Gehören Anästhesiologinnen und Anästhesiologen, die sich auf einem anästhesiologischen Kassensitz mit einer schmerzmedizinischen Schwerpunktpraxis niederlassen, nicht mehr zu unserem Fachgebiet? Wir müssen als Fachgesellschaft doch gerade diese Kolleginnen und Kollegen in unserer anästhesiologischen Gemeinschaft halten. Dafür braucht es fachliche, aber auch spezifische Vertretungs-Angebote und Einsatz der Fachgesellschaft für diese Kolleginnen und Kollegen.

Chancen und Verantwortung

Beim derzeitigen gravierenden altersbedingten Wegfall von niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und Therapeuten bietet sich eine große Chance für unser Fachgebiet, attraktive Arbeitsplätze auch außerhalb des Krankenhauses zu ermöglichen. Der derzeitige Bedarf wird nicht durch die erfolgten Weiterbildungen gedeckt. Unterversorgung ist seit langem in der klinischen Praxis festzustellen und nimmt derzeit spürbar rapide zu. Hilfreich wäre es sich für eine Unterstützung von Weiterbildungsplätzen in anästhesiologischen Ambulanzen und Schmerzpraxen, ggf. durch Mitfinanzierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen analog zur Allgemeinmedizin und teils Neurologie, und für eine bessere finanzielle Abbildung ambulanter schmerzmedizinischer Leistungen einzusetzen. Dies könnte auch unterstützen, dass nicht mehr so viele Anästhesiologinnen und Anästhesiologen, wenn diese eine niedergelassene Tätigkeit und/oder längerfristige Patientenbindung bevorzugen, in die Allgemeinmedizin wechseln.

Neben der Niederlassung braucht es aber auch für anästhesiologische Schmerzmedizinerinnen und Schmerzmediziner innerhalb der anästhesiologischen Kliniken attraktivere Optionen hinsichtlich ihrer Karrierewege; Optionen für den Nachwuchs, sich auch früh in die Spezialisierung Schmerzmedizin weiterzuentwickeln. Gerade in der akademischen Medizin sollte es Ziel sein, entsprechende Leitungspositionen zu profilieren, aber auch Attraktivität für Positionen neben der Leitungsposition zu schaffen. Die bisherige Entwicklung hat sicherlich mit dazu geführt, dass wir derzeit bereits teils ein Nachbesetzungsproblem haben. Hier braucht es einen Markt für Möglichkeiten der beruflichen Weiterentwicklung als Ansporn, sich klinisch und akademisch in der Schmerzmedizin besonders zu qualifizieren. Ein leicht umzusetzender Schritt zur Profilierung und Anreizsetzung zur akademischen Weiterentwicklung wäre es beispielsweise, freiwerdende universitäre Leitungsstellen durch Ausschrei-

bung auf dem „Markt“ transparent zu machen und dabei neben klinischer, ebenso akademischer Expertise aktiv einzufordern. Zudem sollte sich für die breitere Etablierung von Professuren für Schmerzmedizin (W-Stellen) in der Anästhesiologie, insb. in klinischer Leitungsfunktion, eingesetzt werden.

Genügend Beispiele zeigen inzwischen auch an akademischen Standorten, dass die Leitung der Schmerzmedizin des Standortes auch an andere Fachgebiete gehen kann. Hier hilft nur engagierter Einsatz und aktives Interesse, die Säule nicht nur nicht „verlieren“ zu wollen, sondern gerade innerhalb des eigenen Fachgebietes stark zu machen. Attraktive Leitungsstellen mit breit aufgestellten interdisziplinären und abgestuften Versorgungsstrukturen (ambulant, teilstationär, stationär) braucht es nicht nur zur effektiven Patientenversorgung, sondern auch, um das Personal zu gewinnen oder zu halten, was die fachliche Weiterentwicklung der anästhesiologischen Schmerzmedizin sicherstellt und damit die Rolle der Anästhesiologie in der Schmerzmedizin stärkt.

Wir haben als Fachgebiet eine besondere Verantwortung und Vorbildfunktion und sollten Behandlungsstrukturen, die dem aktuellen Stand der Medizin entsprechen, in unseren Kliniken vorhalten. Wir sind als Fachgebiet mit Abstand stärkster Weiterbilder zur „speziellen Schmerztherapie“. Doch oft genug sind unsere Strukturen nicht interdisziplinär ausgestaltet und oft genug wird ein Versorgungsangebot für Menschen mit Schmerzerkrankungen nur in einem Sektor und keine abgestuften Behandlungsmöglichkeiten vorgehalten. Gerade ein chronisches Krankheitsbild braucht sektorenübergreifende und abgestufte Angebote in einer Hand; sowohl eine innerklinische (Schmerzdienst), als auch eine kontinuierliche ambulante Versorgungsmöglichkeit (Schmerzambulanz/Schwerpunktpraxis) sowie zur intensiven interdisziplinär multimodalen Behandlung teil- oder vollstationäre Konzepte. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft sollten wir uns für wissenschaftlich fundierte Behandlungskonzepte und Ver-

sorgungsstrukturen mit entsprechenden Qualitätskriterien einsetzen. Wir sollten uns gemeinsam mit unseren Partnerverbänden gegen administrative und gesundheitspolitische Hürden und Unsicherheiten, gegen eingeschränkte Zulassungen, gegen unzureichende, den klinischen Anforderungen nicht gerecht werdende Finanzierung und gegen mangelhafte Versorgungsqualität engagieren.

Werden Sie Mitglied im WAKS!

Wünschenswert wäre ein Prozess, an dessen Ende unser Fach Anästhesiologie nicht nur auf einer noch breiteren Kompetenz- und Qualitätsbasis steht, sondern auch eine umfassende gleichbedeutende Selbstverständlichkeit im Fachgebiet und innerhalb unserer Gemeinschaft erreicht. Diesen Prozess wollen wir als Wissenschaftlicher Arbeitskreis Schmerzmedizin (und als Sektion) eng und konstruktiv begleiten – hin zur Anästhesiologie der Zukunft.

Helfen Sie mit, die schmerzmedizinischen Aktivitäten der Anästhesiologie zu stärken! Gestalten Sie mit uns die Schmerzmedizin von Morgen und setzen Sie mit uns gemeinsam für die Schmerzmedizin ein starkes Signal in der Anästhesiologie! Wenn Sie Teil des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Schmerzmedizin sein wollen, um diesen aktiv in seiner Arbeit zu unterstützen, wenn Sie die Schmerzmedizin innerhalb der Anästhesiologie weiterentwickeln wollen, am Austausch und Diskussionen teilnehmen oder einfach regelmäßig aktuelle Informationen erhalten wollen, werden Sie Mitglied!

Sie sind also sowohl als Klinikerin und Kliniker, als auch als Wissenschaftlerin und Wissenschaftler herzlich eingeladen und willkommen (siehe auch die angefügten Zitate einiger unserer Mitglieder)! Unterstützen Sie die Zielsetzung des WAKS, die Schmerzmedizin und Schmerzforschung innerhalb der Anästhesiologie weiterzuentwickeln und klinische Versorgung mit wissenschaftlichen Aktivitäten zu stärken, weiterzuentwickeln und besser zu vernetzen.

Danksagung

Wir danken Michael Zenz (Bochum) für die aktive inhaltliche Unterstützung zum historischen Blick auf die ersten Stunden der Schmerzmedizin in der DGAI und die Gründungszeit des WAK Schmerzmedizin. Zudem danken wir Jana Aulenkamp (Essen), Shahnaz Azad (München), Anika Bundscherer (Regensburg), Johannes Dreiling (Jena), Miriam Emons (Göttingen), Carla Allesandra Ávila González (Augsburg), Regine Klinger (Hamburg), Vanessa Löw (Köln), Heike Rittner (Würzburg) und Michael Schäfer (Berlin), Stefan Wirz (Bad Honnef), Thomas Wobbe (Friedrichshafen) für ihre Stellungnahmen zum WAK Schmerzmedizin. Bei Benedikt Pannen (Düsseldorf), Frank Petzke (Göttingen) und Anika Bundscherer (Regensburg) bedanken wir uns für ihre kritische Durchsicht und das wertvolle Feedback.

Literatur

- Erlenwein J, Petzke F, Stamer U, Meissner W, Nauck F, Pogatzki-Zahn E et al: Rolle der Anästhesiologie in der schmerzmedizinischen und palliativmedizinischen Versorgung in deutschen Krankenhäusern: Befragung von Chefarzten der Anästhesiologie zu Versorgungsstrukturen. *Der Anaesthesist* 2017;66(8):579–588
- Bonica JJ: *The Management of Pain*. Philadelphia London: Lea & Febiger; 1953
- Bonica JJ: Role of the anesthesiologist in the management of intractable pain. *Anesthesiology* 1955;16(6):854–860
- Gerbershagen HU, Frey R, Magin F, Scholl W, Muller-Suur N: The pain clinic. An interdisciplinary team approach to the problem of pain. *British journal of anaesthesia* 1975;47(4):526–529
- Zenz M: Die vier Säulen der Anästhesiologie – Schmerztherapie. In: Schüttler J (Hrsg.): *50 Jahre Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin – Tradition und Innovation*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag 2003;286–289
- Witte W: Schmerz und Anästhesiologie: Aspekte der Entwicklung der modernen Schmerztherapie im 20. Jahrhundert. *Der Anaesthesist* 2011;60(6):555–566
- Erlenwein J, Meissner W, Petzke F, Pogatzki-Zahn E, Stamer U, Koppert W: Personelle und organisatorische Voraussetzungen für Schmerzdienste in Krankenhäusern: Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. *Anästh Intensivmed* 2019;60:265–272
- Freys SM, Erlenwein J, Koppert W, Meissner W, Pogatzki-Zahn E, Schwenk W, et al: Vereinbarung zur Organisation der Schmerztherapie chirurgischer Patienten des Berufsverbandes Deutscher Anesthesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (Neufassung 2019). *Anästh Intensivmed* 2019;60: V48–V50
- Zinganell K, Hempel K: Vereinbarung des Berufsverbandes Deutscher Anesthesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen zur Organisation der postoperativen Schmerztherapie. *Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin*. 1992;63(12): suppl 232–234
- Laubenthal H: Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“. www.awmf.org: S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen, 2008, Deutscher Ärzteverlag; 1. Edition, Köln
- Pogatzki-Zahn E, Meißner W: Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“. Berlin: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften; 2022
- Nilges P, Rief W: F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren: Eine Kodierhilfe. *Schmerz* 2010;24(3):209–212
- Arnold B, Lutz J, Nilges P, Pflingsten M, Rief W, Boger A, et al: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41): Prüfkriterien zur Operationalisierung der ICD-10-GM-Diagnose. *Schmerz* 2017;31(6):555–558
- Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al: Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain* 2019;160(1):19–27
- Raspe R: Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Heft 53: Rückenschmerzen. Berlin 2012
- Knight T, Schaefer C, Chandran A, Zlateva G, Winkelmann A, Perrot S: Health-resource use and costs associated with fibromyalgia in France, Germany, and the United States. *ClinicoEconomics and outcomes research: CEOR* 2013;5:171–180
- Dietl M, Korczak D: Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI); 2011.

Was bedeutet der WAKS für Sie? – Einige unserer Mitglieder antworten:

„Gute Gespräche, interessante Diskussionen und wertvoller Erfahrungsaustausch.“

(Priv.-Doz. Dr. med. Anika Bundscherer, Oberärztin am Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie, Universitätsklinikum Regensburg)

„Der WAKS stellt fachlich eine der Säulen innerhalb unseres Fachgebietes dar und stärkt aus meiner Perspektive die Wahrnehmung und Bedeutung der Schmerzmedizin in unserer Fachgesellschaft. Darüber hinaus ist er in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Fachgesellschaften zum Thema ‚Schmerz‘ gefordert und vertritt unsere Interessen als Anästhesistinnen und Anästhesisten. Zudem ist der WAKS für mich die zentrale Anlaufstelle, um mit Kolleginnen und Kollegen bundesweit in den Dialog über schmerzmedizinische Versorgung und Forschung zu treten. So fördert der WAKS den generationsübergreifenden Austausch zwischen wissenschaftlich und klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen. In diesem Rahmen bietet er ebenfalls eine Plattform, um die schmerzmedizinische Wissenschaft zu präsentieren.“

(Dr. med. Jana Aulenkamp, Ärztin in Weiterbildung und Clinician Scientist, Universitätsklinik Essen)

„Über den WAKS fließt die Schmerzmedizin mit all ihren Facetten in die Akutschmerztherapie und Anästhesie ein. Dies ermöglicht eine Optimierung der anästhesiologischen Versorgung hinsichtlich psychosozialer Aspekte sowie spezieller Patientengruppen wie beispielsweise chronischer Schmerzpatienten.“

(Prof. Dr. med. Shahnaz Azad, Leitung der Interdisziplinären Schmerzambulanz und Tagesklinik, LMU Klinikum Campus Großhadern, München)

„Der WAKS ermöglicht eine einfache und schnelle Vernetzung der Schmerzmedizin. Gerade am Anfang der Karriere ist so ein einfacher Austausch mit den erfahrenen Kolleg:innen jederzeit möglich.“

(Dr. med. Johannes Dreiling, Arzt in Weiterbildung, Universitätsklinik Jena)

„Der WAKS bedeutet für mich eine Beteiligung an der Weiterentwicklung der Schmerzmedizin, denn akute und chronische Schmerzen führen weiterhin zu Einschränkungen im Alltag der Betroffenen und stellen eine medizinische, rehabilitative und sozioökonomische Herausforderung dar. Der WAKS greift diese Versorgungslücke auf und leistet Konzeptentwicklung und Leitlinienarbeit für eine zukunftsfähige Schmerzversorgung.“

(Dr. med. Miriam Emons, Fachärztin, Universitätsmedizin Göttingen)

„Der WAKS ist die Plattform, die in Wissenschaft und Praxis die Schmerzmedizin in der Anästhesiologie verankert.“

(Dr. med. Carla Alessandra Ávila González, Leitende Ärztin Schmerztherapie, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Hessing Klinik, Augsburg)

„Schmerz ist komplex – ebenso komplex, vielschichtig und über die Grenzen einer Fachdisziplin hinausgehend ist die Erforschung des Schmerzes. Es spricht eindeutig für die wissenschaftliche Ausrichtung der DGAI, Schmerzforschung über den anästhesiologischen Sektor hinaus zu öffnen und den WAKS interdisziplinär auszurichten.“

(Priv.-Doz. Dr. Regine Klinger, Ltd. Psychologin Bereich Schmerzmedizin und Schmerzpsychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

„Der Arbeitskreis gibt mir einen Einblick in die wissenschaftlichen Tätigkeiten von Kolleginnen und Kollegen und ermöglicht den Austausch zwischen Forschung und Klinik.“

(Dr. med. Vanessa Löw, Leiterin des Schmerzzentrums, Uniklinikum Köln)

„WAKS – damit in AINSP aus dem kleinen ein großes S wird. Als Forum für das wissenschaftliche Fundament der Behandlung unserer Patient:innen und für Karriereperspektiven in der Schmerzmedizin.“

(Prof. Dr. med. Heike Rittner, Leiterin Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin, Universitätsklinikum Würzburg)

„Der Wissenschaftliche Arbeitskreis Schmerzmedizin der DGAI beschäftigt sich mit dem ureigensten Thema unseres Fachgebietes, der effektiven Vorbeugung und dem Management von akuten und chronischen Schmerzen. Der Arbeitskreis stellt einen idealen Treffpunkt zum Austausch von grundlagenwissenschaftlicher Erkenntnis, medizinischer Diagnostik und Therapie sowie klinischer Patientenversorgung dar. Besonders in letzter Zeit ist dieser fruchtbare Austausch intensiviert worden und hat so zu einem größeren Interesse und einer besseren Identifizierung mit dem Fachgebiet geführt.“

(Prof. Dr. med. Michael Schäfer, Ltd. Oberarzt, Charité Berlin Campus Virchow Berlin)

„Der Arbeitskreis ist eine kreative Plattform, auf der sich alle, die das Anliegen die Schmerzmedizin voranbringen wollen treffen. Es lohnt sich, dabei zu sein.“

(Priv.-Doz. Dr. med. Stefan Wirz, Chefarzt der Abteilung für Anästhesie, Interdisziplinäre Intensivmedizin, Schmerzmedizin/Palliativmedizin – Zentrum für Schmerzmedizin, Weaningzentrum, GFO Kliniken Bonn)

„Der WAKS verbindet mich als niedergelassenen Praktiker mit der Wissenschaft und ermöglicht mir einen engen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen und viel Information, um stets am Puls der Schmerzmedizin zu sein.“

(Dr. med. Thomas Wobbe, Praxis Schmerzmedizin Bodensee, Friedrichshafen)