

INTERVIEW

„Muskulatur ist Ausdrucksort des Empfindens“

Schmerztherapie-Pionier Dr. Heribert Konder

HAGEN.

Dr. Heribert Konder (61) ist Chefarzt der Schmerzlinik im St.-Josefs-Hospital in Altenhagen. Er gilt als einer der Pioniere der Schmerztherapie in Deutschland. Thema eines von ihm geleiteten Symposiums in der Fernuniversität: muskuloskeletale Schmerzen.



Dr. Heribert Konder ist ein Pionier der Schmerztherapie.

FRAGE: Was sind muskuloskeletale Schmerzen?

KONDER: Sie können in Muskeln, Bändern und Gelenken, aber auch im Bindegewebe auftreten. Vor allem aber: Sie stellen die Hauptursache von Schmerzen in allen Bevölkerungsgruppen dar. 33 Prozent der Erwachsenen sind von ihnen betroffen.

FRAGE: Wie stellt man fest, dass man an muskuloskeletalen Schmerzen leidet?

KONDER: Das ist zugegebenermaßen nicht leicht. Der chronische Schmerzpatient kommt mit seinem Leiden ja nicht gleich zu uns in die Abteilung, wir stehen in der Regel erst am Ende des Weges. Das liegt daran, dass die Ursache des Schmerzes sich häufig nicht dort befindet, wo es wehtut.

FRAGE: Könnten Sie das erläutern?

KONDER: Ein Magengeschwür zum Beispiel verursacht Schmerzen im Bauchraum und in der Brustwirbelsäule. Manchmal heilt es ab, aber der Rückenschmerz bleibt. Das liegt daran, dass die durch das Geschwür hervorgerufenen Schmerzen über Nervenbahnen zum Rückenmark und zum Gehirn geleitet und dort sozusagen verschaltet werden. Das heißt, auf derselben Ebene, auf der das Schmerzsignal, z.B. des Magens, im Rückenmark eingeht, wird es vom Hirn auf die Haut, die Muskulatur oder die Knochen im Rückenmark verschaltet, wo der Schmerz sich dann abbil-

det. So ein Übertragungsschmerz kann noch jahrelang auftreten, nachdem die Krankheit des Magens beseitigt ist. Ich wähle gern das Bild der Münze: Auf der einen Seite ist der Schmerz, auf der anderen das Leid.

FRAGE: Das Gehirn weiß also nicht, was es tut?

KONDER: Zumindest hat es für Eingeweideschmerzen und Leid kein Schmerzgedächtnis, deshalb kann es zu solchen Verschaltungen kommen. Das herauszufinden, ist die ärztliche Untersuchungskunst. Für den Patienten bedeutet der Leidensweg oft eine angstbesetzte Katastrophe. Um bei unserem Beispiel zu bleiben: Er glaubt, in seinem Bauch sitze ein verstecktes Geschwür, das jederzeit durchbrechen könne. Er glaubt sich in steter Lebensgefahr. Lassen Sie mich dies an weiteren Beispielen erläutern: Es gibt Herzerkran-

kungen, die in der Hand wehtun, und Gesichtsschmerzen, die ihre Ursache in einer Störung des Muskels haben, der die Achillessehne bedient.

FRAGE: Und dabei müsste, um beim Geschwür zu bleiben, in Wirklichkeit die Rückenmuskulatur behandelt werden?

KONDER: So ist es. Wir wissen heute, dass die Muskulatur ein Hauptausdrucksort unseres Empfindens ist. Unbewusst war uns das schon lange klar, es kommt in der Sprache zum Ausdruck: Wenn wir wütend sind oder erregt, heißt es, wir sind angespannt. Unsere Muskeln sind angespannt. Schlimm ist nur, dass in 80 Prozent der Fälle weder der Patient noch der Therapeut verstehen, woher der Schmerz rührt. Die Folge ist eine Irrfahrt mit Pillen, Spritzen und Diagnostik bis zum Exzess. Dabei ist es manchmal so einfach, wenn dem Patienten zugehört wird.

FRAGE: Welchen Ansatz hat Ihre Behandlung?

KONDER: Schmerztherapie ist nur wirksam, wenn der Patient motiviert ist und aktiv mitarbeitet. Wer an Rückenschmerz leidet – die Volkskrankheit Rückenschmerz ist häufig muskuloskeletal bedingt – , gehört nicht ins Bett. Er muss sich auch mit den Schmerzen bewegen. Drei Tage Bettruhe führen zu Muskelschwund, aber man braucht drei Wochen, um das wieder aufzuholen.

FRAGE: Medikamentöse Therapieansätze kommen für Sie nicht in Frage?

KONDER: Natürlich doch, wenn der Patient mittels Tabletten in die Lage versetzt wird, selbst aktiv zu werden. Unsere Therapie ist stets qualitätsgesichert multimodal, sie verbindet neben ärztlicher Behandlung Psycho- und Physiotherapie in einem mit dem Patienten vereinbarten zielorientierten Behandlungskonzept. Ich bin kein Schamane, ich verspreche meinen Patienten nie völlige Schmerzfreiheit. Beim chronischen Schmerzpatienten sind die schnelle Nadel, das flotte Messer und die schlanke Pille nun mal keine Allheilmittel, die Therapie der Schmerzbekämpfung muss auf mehreren Säulen ruhen. Die wichtigste Säule ist der Patient.