



Sehr geehrter Herr Oberbürgermeister,
liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde,

als ich im Herbst 1966 nach Aachen kam, um hier Chemie zu studieren, war mir schon irgendwie bewusst, dass Orden in der Kaiserstadt eine nicht unbedeutende Rolle spielen. Nie und nimmer hätte ich aber während der ersten hier miterlebten Session daran gedacht, selbst einmal die Rathaustruppen hinauf zu schreiten und mit einer solchen Auszeichnung zurückzukehren. Jetzt bin ich überwältigt und (für einen Professor eher ungewöhnlich) fast sprachlos.

Gott sei Dank gibt es im Internet Berichte von Ordensverleihungen – sonst hätte ich gar nicht gewusst, dass dabei auch eine Ansprache des Laureaten erwartet wird. Natürlich verbunden mit einer Danksagung – an die Anwesenden für die schöne Feier, und an die vielen anderen, die im Laufe eines halben Jahrhunderts dazu beigetragen haben, dass es überhaupt so weit gekommen ist. Lassen Sie deshalb mich ein bisschen aus dieser Zeit mit Meilen- und Stolpersteinen plaudern.

Eigentlich habe ich immer Glück gehabt. Die Schule hat Spaß gemacht - am liebsten waren mir die Naturwissenschaften. Die TH Aachen hatte für das Fach Chemie einen sehr guten Ruf, und ich habe die Ausbildungs- und Forschungszeit hier sehr genossen. Während meiner Doktorarbeit habe ich nebenbei auch Biologievorlesungen gehört und gemerkt, dass man zusammen mit Physik und Chemie schon eine Menge über Themen gelernt hatte, vor denen es Medizinstudenten graust. Freunde überzeugten mich, auch das erste medizinische Examen abzulegen – man wisse ja nie, wozu das gut sei. Die Prüfungen zum Vorphysikum waren für einen Naturwissenschaftler eigentlich einfach zu bestehen – das Zeugnis zu bekommen allerdings keinesfalls. Denn hierzu (und davor hatte mich vorher niemand gewarnt) musste man auch noch ein Krankenpflegepraktikum nachweisen. Was tut man nicht alles für ein Zeugnis? Ich bin also in den Sommerferien 1972 als frisch gebackener Doktor im Luisenhospital angetreten, um auf der chirurgischen Männerstation einen völlig neuen Tätigkeitsbereich kennen zu lernen. Dies hat nach einigem Hin und Her dazu geführt, noch ein Medizinstudium anzuhängen.

Eigentlich hätte ich Gynäkologe werden wollen, aber ein weiterer Glücksfall brachte mich bei einer Famulatur mit Prof. Kalff zusammen – den Ordinarius für Anästhesie, der gerade nach einem Naturwissenschaftler Ausschau hielt. Dieser sollte helfen, mathematische Konzepte für die ideale Narkosesteuerung zu entwickeln.

Glauben Sie bitte nicht, dass die Durchführung einer Anästhesie einfach sei – schon deshalb nicht, weil man seine Patienten während der Operation ja nicht fragen kann, wie es ihnen geht (vorausgesetzt, die Narkose funktioniert). Wir haben damals zahlreiche Hypothesen mit riesigen Rechnern durchgespielt – und am Ende stellte sich heraus, dass man ohne naturwissenschaftlich-präzise Messungen noch nicht einmal wusste, welche Hypothesen denn sinnvoll einzusetzen seien. Zu dieser Zeit hatte ich eine Facharztausbildung begonnen und konnte Forschungsmittel für ein eigenes Laboratorium eintreiben. Wenn wir erst einmal wüssten, welche Konzentrationen unsere Narkose- und Schmerzmittel im Körper erreichen, dann könnten wir Dosierungen und klinische Wirkungen miteinander korrelieren. Also wurde in der alten Wurstküche des Aachener Klinikums in der Goethestraße geforscht – an Gewebeproben, an Mäusen, Ratten und Hunden. Ich war primär an Biochemie und Pharmakologie interessiert, merkte aber bald, dass wir unsere Messungen auch auf „richtige“ Patienten ausdehnen mussten. Narkotisierte schieden vorerst einmal aus, weil sie über die Wirkungen von Schmerzmitteln ja nicht reden konnten. Rückblickend war das wieder ein Glücksfall: wir mussten notgedrungen auf frisch operierte Patienten zugreifen. Ihnen konnten wir Analgetika injizieren und abwarten, bis die Schmerzen zurückkehrten. Jetzt schnell eine Blutprobe – dann wussten wir in etwa, welche Wirkstoffkonzentration gerade nicht mehr ausreichend wirksam war, und welche Schwelle unbedingt überschritten werden musste. Nächste Injektion, nächste Probe ... Wir haben tage- und nächtelang in den Krankenzimmern verbracht und Blut gesammelt. Die Patienten erwiesen sich dabei nicht nur als willige Versuchskaninchen, sondern waren irgendwie begeistert – noch nie hatten sie so großzügig Schmerzmittel erhalten, und noch nie waren ihre Beschwerden so gut unter Kontrolle gebracht worden. Der nächste Schritt ergab sich dann ganz zwangsläufig: Wenn die Kranken genau spüren, wann sie Schmerzmittel benötigen, dann sollten sie sich künftig doch selbst um die Injektionen kümmern. Dies war die Geburtsstunde der **patientenkontrollierten Analgesie (PCA)**, die Sie heute in allen unseren Krankenhäusern vorfinden werden. Per Knopfdruck liefert eine elektronisch kontrollierte Pumpe kleine Analgetikadosen, und zwar so oft, bis der Patient seine individuelle Schmerztoleranz erreicht hat und aufrechterhält. Ich gebe zu, solche Erkenntnisse sind anfangs nicht bei allen Kollegen auf Zustimmung gestoßen – Stolpersteine gab es genug. Wieder ein Glücksfall – über diese neue Strategie musste ich viele Vorträge im In- und Ausland halten, und bei einer dieser Veranstaltungen gelang die Überzeugungsarbeit so gut, dass sie mit einer Professur an der Kölner Uniklinik belohnt wurde.

Dort konnten wir die postoperativen Aachener Resultate auf chronische Schmerzen übertragen. Mit dem Wissen über ausreichend wirksame Konzentrationen ließen sich sog. „**transdermale Systeme**“ entwickeln, das sind spezielle Pflaster, aus denen der Wirkstoff gleichmäßig mehrere Tage über die Haut an das Blut abgegeben wird. „Nichtinvasive“ Schmerztherapie ohne die übliche Vielzahl von Tabletten war das Erfolgsrezept, insbesondere bei Tumorpatienten. Es gab Ende der 1990-er Jahre einen Boom für diese „Schmerzpflaster“ – und bis heute werden sie in riesigen Mengen verordnet, leider nicht immer im Sinne der Erfinder – aber das würde hier zu weit führen. Nur so viel: immer noch profitieren Unternehmen davon, dass die allermeisten Ärzte kaum etwas über Schmerz, seine Entstehung und Bedeutung gelernt haben.

Ob Sie es glauben oder nicht – erst im vergangenen Jahr ist es gelungen, das Thema Schmerz als Pflichtfach im Medizinstudium zu etablieren. Vorreiter waren einige besonders interessierte Kollegen, die sich bei den Ärztekammern um eine Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ bemühten. In Deutschland gibt es heute vielleicht 2.500 solcher Experten. Was aber ist das angesichts von etwa 75% aller Patienten, die mit irgendwelchen Schmerzproblemen in die Praxen kommen?

Von 1997 bis 2002 war ich Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft und habe mehr oder weniger erfolglos versucht, meine Kollegen davon zu überzeugen, dass eine „spezielle Schmerztherapie“ ohne fundierte Kenntnisse einer „allgemeinen“ keine flächendeckende Versorgung gewährleisten kann. Als ich 2002 hier in Aachen den Deutschen Schmerzkongress ausrichtete, gab es in der Lokalpresse etliche empörte Leserbriefe von niedergelassenen Ärzten, die auf meine Frage „Wo haben Sie eigentlich Schmerztherapie gelernt?“ mit völligem Unverständnis reagierten. Da muss man halt durch ...

So ist aus einem naturwissenschaftlich geprägten Forscher ein Kämpfer für verbesserte medizinische Ausbildung geworden. Dass man hier oft ganz allein steht, habe ich gelegentlich auch als Studiendekan in Köln erfahren müssen. Tradierte Konzepte werden nicht so leicht aufgegeben („das haben wir immer so gemacht ...“), und selbst engagierte Hochschullehrer sind hinsichtlich der Lehre meist Autodidakten, weil es „Professorenschulen“ ja nicht gibt.

Ich habe auf diesem Gebiet sehr viel von Veranstaltungen gelernt, die ich seit 1987 mit ein paar Freunden in **Mayrhofen**, einem kleinen Dorf im Zillertal organisiere. Begonnen hatten sie mit dem Versuch, junge Anästhesisten für die mündliche Facharztprüfung fit zu machen (davor besteht große Angst, weil sich die Weiterbildung in unserem Fach eher auf praktische Aspekte als auf theoretische Grundlagen bezieht). Es hat sich dann bald gezeigt, dass ein enger Kontakt von Lehrenden und Lernenden in einer freundschaftlichen Atmosphäre Prüfungsängste abbauen kann, indem man das Verständnis von Zusammenhängen in den Vordergrund stellt. Weil das alles so gut funktionierte, sind später ähnliche Tagungen mit Schmerztherapeuten hinzugekommen – bis heute waren schon mehr als 12.000 Personen dabei. Und das Schönste daran ist, dass es offensichtlich gelingt, die Mayrhofen-Absolventen zur Weitergabe ihrer Erfahrungen an die nachfolgende Generation zu bewegen.

Damit schließt sich der Kreis mit den vielen Glücksfällen: Nach allem, was ich über die Nominierung zum Bundesverdienstkreuz weiß, ist die Idee bei einem Rotweinabend im Zillertal geboren worden. Wenn man nicht so berühmt ist wie Heinz Albers (1955) oder Alice Schwarzer (2005), braucht man Freunde. Ich hatte sie offensichtlich ...

Ihnen allen gebührt mein aufrichtiger Dank – und das nicht nur für die Nominierung. Das Bundesverdienstkreuz sehe ich als Auszeichnung für alle Beteiligten an, aber auch als Ansporn für die jungen Kolleginnen und Kollegen, die ihren Weg noch gehen werden, weil sie ihn trotz mancher Widerstände für richtig halten.