

Roberto Brioschi

Multimodale Schmerztherapie

Basierend auf einem Beitrag am KHM-Kongress 2014

Schmerzen, ob chronisch oder plötzlich auftretend, werden immer mehr zu einem Volksleiden mit sehr hohen volkswirtschaftlichen Kosten. Sie haben häufig einen grossen Einfluss auf den Alltag, die Arbeitssituation, die sozialen Beziehungen und auf die gesamte Lebensqualität der Betroffenen.

Der internationale Schmerzverband «International Association for the Study of Pain (IASP)» hat Schmerz folgendermassen definiert: «Schmerz ist eine unangenehme und emotionale Erfahrung, verbunden mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung, oder welche mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.» Schmerz ist eine der unangenehmsten Sinneserfahrungen des Menschen, obwohl Schmerz als Alarmsignal für einen Gewebeschaden überlebenswichtig ist. Ausgangspunkt jeder Schmerzabklärung und -therapie ist die Frage nach einer Gewebeschädigung («was ist bei mir defekt»). Bei vielen Betroffenen dauert diese Abklärung lange und endet häufig mit einer unklaren Situation: entweder wurde keine körperliche Schädigung gefunden oder das Ausmass der Schädigung ist zu gering, um die Schmerzen erklären zu können. Auch findet eine Würdigung der Schmerzen als sehr unangenehmes Erlebnis kaum statt und der Betroffene erfährt häufig eine Kränkung oder Entwürdigung.

Tipp 1: Den Patienten ernst nehmen und den Schmerz als Hauptstörer von vielen Lebensbereichen anerkennen: «Ich glaube ihnen ihre Schmerzen». Gemeinsam auf die Suche nach anderen Ursachen für die Aufrechterhaltung der Schmerzen gehen.

Chronischer Schmerz wurde definiert als ein komplexes Zusammenspiel von physischen, psychologischen, sozialen, ökonomischen und demographischen Faktoren, wobei Alter, Geschlecht, Bildung, Schmerzintensität, Alkohol und Medikamentenabhängigkeit, kognitive Einstellungen in Bezug auf die Schmerzkrankheit, «Arzt- und Therapieshopping» und die Einnahme einer ungünstigen Krankheitsrolle als wichtige Einflussvariablen hinzukommen [1]. Obwohl die bio-psychozialen Zusammenhänge bekannt sind, beginnt nun die Suche der Betroffenen nach Ursachen, Diagnosen und Therapieoptionen. Diese wird häufig zu einer jahrelangen Odyssee, bei welcher wertvolle Zeit verloren geht und die Chronifizierung voranschreitet. Der Verlust des Arbeitsplatzes ist oftmals eine der wichtigsten negativen Folgen dieser Entwicklung.

Tipp 2: Der Patient sollte nun auf psychosoziale, psychiatrische und arbeitsspezifische Risikofaktoren abgeklärt werden. Finden die Schmerzspezialisten solche Faktoren und ambulante unimodale Therapieoptionen sind ausgeschöpft, könnte eine multimodale Therapie bereits angezeigt sein!

Wahl der multimodalen Therapieform: Multidisziplinäre oder interdisziplinäre Rehabilitationsprogramme

Obwohl grosse Anstrengungen unternommen wurden, Behandlungsstandards, wie z.B. die in Europa entwickelten «European Guidelines For The Management Of Chronic Non-Specific Low Back Pain» [2] zu definieren und zu implementieren, sind viele, sehr unterschiedliche Behandlungsmodelle entstanden. Man beobach-

tete vor allem die Entstehung von multidisziplinären Schmerzzentren oder Schmerzkliniken, diagnoseorientierten Schmerzinstitutionen (z.B. Kopfschmerzkliniken, Rückenkliniken) und interdisziplinär orientierten, bio-psychozialen Schmerzprogrammen. Auch wenn eine Taskforce der IASP bei der Erarbeitung der Behandlungsstandards nicht zwischen multidisziplinären und interdisziplinären Behandlungen unterschieden hat, gibt es diesen Unterschied! Per Definition sind multidisziplinäre Behandlungen gekennzeichnet durch die von diversen Spezialisten (Arzt, Physiotherapeut, Psychologe, Ergotherapeut etc.) durchgeführten diagnostischen Abklärungen und anschliessender therapeutischer Behandlung unter medizinischer Führung mit mehr oder weniger koordinierten und mit dem Patienten vereinbarten Zielen. Häufig erfolgt die durchgeführte Therapie ohne vertiefte Auftragsklärung.

In interdisziplinären Teams hingegen werden die therapeutischen Entscheidungen und die gemeinsame Stossrichtung des Behandlungsprogramms im Konsens gefällt! Auftragsklärung und Zielfindung mit dem Patienten werden im Team besprochen.

Interdisziplinäre multimodale Schmerzprogramme

Interdisziplinäre und multimodale Schmerzprogramme und Behandlungen stützen sich auf das weltweit akzeptierte bio-psycho-soziale Modell [3] und haben somit das dualistische und reduktionistische bio-medizinische Modell ersetzt. Wie schon die oben erwähnte Definition des Schmerzes zeigt, ist eine multidimensionale Diagnostik und Behandlung unumgänglich und kann am besten durch ein interdisziplinäres Team durchgeführt werden. Dabei sollten interdisziplinäre Programme nach den CARF-Kriterien [4] outcome-orientiert, zwischen den Disziplinen koordiniert und zielorientiert sein. Verbesserung von Alltagsaktivitäten (ADLs) und sinnvoller Umgang mit den therapeutischen Möglichkeiten des Gesundheitswesens (Aufzeigen von Vor- und Nachteilen bestimmter Therapieformen) sind weitere entscheidende Grundvoraussetzungen für ein erfolgreiches Behandlungsprogramm. In einem interdisziplinären Team sollten idealerweise mindestens ein im Schmerzmanagement ausgebildeter Arzt, ein Psychologe, eine im Bereich Schmerz spezialisierte Pflegefachkraft, ein Physiotherapeut, ein Ergotherapeut und ein auf berufliche Reintegration spezialisiertes Teammitglied arbeiten. Die Rolle der Teammitglieder kann in einem Programm überlappend (transdisziplinär) sein und verstärkt somit die Übermittlung einer gemeinsamen Botschaft (unité de doctrine) durch die verschiedenen Teammitglieder. Hier formulieren Main, Sullivan und Watson [5]: «Die gemeinsame Sprache, das gemeinsame therapeutische Wissen, die Interaktion zwischen den einzelnen Disziplinen, ist ein entscheidender Erfolgsfaktor in der Behandlung von komplexen chronischen Schmerzkrankheiten.»

Tipp 3: Erkundigungen einholen, welche multimodalen Programme in der Umgebung des Patienten angeboten werden und mit dem Betroffenen diese Angebote anschauen und entscheiden, welches den individuellen Bedürfnissen am besten entspricht. Ganz wichtig ist die Erklärung, was ein solches Programm bedeutet und beinhaltet.

Inhalte und Vorgehen von multimodalen, interdisziplinären Behandlungen

Das interdisziplinäre Team führt am Anfang des Programms ein Assessment der Hauptbereiche Schmerz, physische Parameter, psychologische und soziale Faktoren sowie arbeitspezifische und ökonomische Aspekte durch. Reliable und valide Messinstrumente können auch dafür zusätzlich eingesetzt werden. Das Team erarbeitet dann mit dem Patienten gemeinsam ein individuelles und zielorientiertes Behandlungsprogramm aus. Dieser Plan muss im Sinne einer Auftragsklärung mit den Zielen und Erwartungen des Patienten so gut wie möglich übereinstimmen. Gewisse Programme setzen die Auftragsklärung, Zielfindung und einen gemeinsamen Therapievertrag vor dem Beginn des Programms an, so dass die Art des Programms vorher bestimmt werden kann (z.B. ambulant, stationär, intensiv, Dauer, sprachspezifisches Programm). Entscheidend für das Behandlungsergebnis und das Verhindern von erneuten iatrogenen Schädigungen ist die Teamdynamik, eine gut funktionierende Kommunikation der Disziplinen untereinander, das Respektieren des Wissens und der Fertigkeiten der anderen Disziplinen und die von allen Teammitgliedern akzeptierte gemeinsame Stossrichtung. Sollte es zu Diskrepanzen bei der Zielerreichung zwischen Patient und dem behandelnden Team kommen, muss das Team gemeinsam eine klare Vorgehensweise dem Patienten gegenüber formulieren und konsequent anwenden. Häufige Reassessments, d.h. therapeutische Überprüfungen der gemeinsam vereinbarten Ziele, helfen beim Erreichen eines posi-

tiven Endresultates der Rehabilitation. Zum Abschluss des Programms erfolgt ein erneutes interdisziplinäres Assessment, kombiniert mit reliablen und validen Fragebögen und objektiven Messungen. Klare und konkrete Anweisungen an den Patienten, wie der Transfer des im interdisziplinären Programm erworbenen Wissens und Könnens ins private und berufliche Umfeld, müssen zwingend erfolgen, um eine nachhaltige Weiterführung des Erlernen zu erreichen.

Evidenz von multimodalen Behandlungen

Studien in der internationalen wissenschaftlichen Literatur zeigen, dass eine intensive (mindestens 100 Stunden Therapie pro Programm), multidisziplinäre, körperliche, psychologische und soziale (bio-psychoziale) Rehabilitation mit dem Ziel einer funktionellen Verbesserung einer ambulanten oder stationären nicht-multidisziplinären Therapie überlegen ist [6].

Die wissenschaftliche Evidenz zur Behandlung von chronischen Schmerzen in der Schweiz bestätigt die internationalen Forschungsergebnisse: durch eine interdisziplinäre Behandlung in einem Schmerzprogramm kann bei Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen, weichteilrheumatisch bedingten Schmerzen, generalisierten Schmerzsyndromen und Schmerzen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma in wichtigen Gesundheitsdimensionen mittlere bis grosse Verbesserungen erzielt werden. Die moderaten Ergebnisse der Metaanalysen und Reviews könnten voreilig zur Schlussfolgerung verleiten, dass multimodale Re-

(Aussen-) Aktivität aufbauen

Bewegung fördern

Aktives Zuhören:
Psychoziale Faktoren

Entspannung fördern

Tagesstrukturierung,
„ADL's“ besprechen

Reaktivierung von Ressourcen
Aufbau von Copingstrategien

Umgang mit psychophysischen Grenzen anschauen

Akzeptanz und Humor

Informationen/
Aufklärung
der Schmerzkrankheit

Grenzen der Medizin/Diagnostik aufzeigen

Alternativen zu Medikamenten aufzeigen



Abbildung 1

Multimodale, nicht-medikamentöse Einzelbetreuung.

habilitationsprogramme nicht das adäquate Mittel sind, um komplexe subakute und chronische Schmerzkrankungen zu behandeln. Diese Aussage kann aufgrund der zur Verfügung stehenden Studien noch nicht getroffen werden. Die wenigen qualitativ guten Studien und die klinische Erfahrung lassen höchstens den Schluss zu, dass multimodale Programme von genügender Länge und Intensität (mehr als 100 Stunden) sein sollten und dass trainingsorientierte, edukative, psychologische Elemente sowie die Arbeitsplatzreintegration als integrierende Therapieelemente vorhanden sein müssen.

Von der klinischen Erfahrung her betrachtet haben interdisziplinäre, multimodale Rehabilitationsprogramme grosse Vorteile. Chronische Schmerzpatienten gelten aufgrund ihrer komplexen, multifaktoriellen und langandauernden Erkrankung als schwierig zu behandeln und zu führen. Viele Spezialisten aus diversen Disziplinen sind am Geschehen beteiligt und sollten eine koordinierte und verständliche diagnostisch und therapeutische Vorgehensweise festlegen. Dies lässt sich definitiv besser mit einem eingespielten und gut ausgebildeten interdisziplinären Team und einem multimodalen Programm realisieren, welches alle Aspekte von Schmerz ebenso wie alle Komorbiditäten berücksichtigt.

Weitere, qualitativ bessere Studien sind notwendig, um eine schlüssige Antwort auf die Frage zu finden, welche Therapieformen und Therapiekombinationen bei welchen Patientengruppen wie häufig und wie lange am besten wirken.

Multimodale, nicht-medikamentöse Einzelbehandlung: Ist dies möglich?

Eine immer wieder gestellte Frage an Kongressen, Symposien und Workshops ist: Was geschieht, wenn ein schmerzbetroffener Mensch nicht in einem multimodalen Programm behandelt wird und durch einen Hausarzt, Facharzt oder Therapeuten geführt und behandelt wird? Kann eine einzelne Fachperson den multimodalen Ansatz, der bei dieser Problematik am besten wirkt, überhaupt anwenden und vertreten? Die Antwort ist ja! Dieser Denkansatz ist für ein Gelingen der therapeutischen Anstrengungen ganz wesentlich und hilft die Betroffenen als Ganzes zu erfassen. Dadurch gelingt es auch besser Risikofaktoren für eine Chronifizierung oder Generalisierung der Schmerzkrankheit schneller zu identifizieren. Untenstehende Graphik zeigt zahlreiche Möglichkeiten und Themen, die

mit den betroffenen Menschen angegangen und besprochen werden können. Dies erweitert die therapeutischen Perspektiven und verbessert auch die therapeutische Beziehung. Hilflosigkeit bei Betroffenen und Fachpersonen können dadurch stark reduziert werden. Funktionelle und auf den Alltag bezogene Ziele für die Betroffenen können so aufgebaut werden. Wenn dadurch auch eine heitere und entspannte Arbeitsatmosphäre entsteht, ist allen gedient!

Fazit: Eine komplexe, multifaktorielle chronische Schmerzproblematik braucht eine intensive multimodale, interdisziplinäre Therapie. Auch im Einzelsetting beim Arzt oder Therapeuten ist eine multifaktorielle, multimodale Sicht und Behandlung unbedingt angezeigt. Eine interdisziplinäre Koordination und Zusammenarbeit der Fachleute im ambulanten Bereich würde den Behandlungserfolg sicherlich auch verbessern.

Literatur

- 1 Turk DC. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: Gatche R, TurkDC, eds. Psychological approaches to Pain Management. New York: Guilford Press; 1996: 3–32.
- 2 Airaksinen O, Brox JL, Cedraschi C, et al. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back pain. 2004.
- 3 Engel G. The need of a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;96: 129–136.
- 4 Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. Medical rehabilitation: Standards manual. Tucson, AZ; 2003.
- 5 Main CJ, Sullivan MJL, Watson PJ. Pain Management. Practical application of the biopsychosocial perspective in clinical and occupational settings. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier; 2008.
- 6 Benz T, Angst F, Aeschlimann A. Behandlung chronischer Schmerzen in der Schweiz: Wissenschaftliche Evidenz. Praxis. 2011;100 (10):591–598.

Korrespondenz:

lic.phil. Roberto Brioschi
Leiter Schmerzzentrum / Psychosomatik
SGSS Schmerzspezialist
RehaClinic, 5330 Bad Zurzach
r.brioschi[at]rehaclinic.ch
Vorstand chronischkrank.ch