

Multimodale Schmerztherapie in Bayern



Dr. Bernhard Arnold

Für Patienten mit chronischen Schmerzen, bei denen der Schmerz eigenständigen Krankheitswert erreicht und zu psychosozialen Veränderungen geführt hat, stehen in Deutschland immer noch zu wenige multidisziplinär besetzte Therapieeinrichtungen zur Verfügung. Mit der erfolgreichen Einrichtung einer Schmerztherapeutischen Tagesklinik am Krankenhaus München-Neuperlach zum 1. April 1993 als Modellprojekt des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen wurde in Bayern eine Entwicklung der schmerztherapeutischen Versorgung über interdisziplinär arbeitende Schmerzambulanzen hinaus eingeleitet, die sich deutlich von der anderer Bundesländer abhebt. Auf der Basis aktueller Forschungsergebnisse und eines modernen Verständnisses chronischer Schmerzen als bio-psycho-sozialem Krankheitsbild wurden die krankenhausplanerischen Voraussetzungen für die wohnortnahe integrative multidisziplinäre (multimodale) Versorgung Schmerzkranker geschaffen. Inzwischen bestehen in Bayern 14 multidisziplinär besetzte schmerztherapeutische Einrichtungen mit teilstationärem Versorgungsangebot, davon elf außerhalb von Universitätskliniken. Drei weitere Einrichtungen nehmen aktuell oder in Kürze die Tätigkeit auf oder sind in Planung (Tabelle). Daneben werden in zwei Kliniken vollstationäre multimodale Behandlungen angeboten.

Mit dieser Ausrichtung der Krankenhausplanung wird nun auch in Deutschland ein Weg eingeschlagen, der sich in den USA und weltweit seit Gründung des ersten interdisziplinären Schmerzzentrums in Seattle als sehr erfolgreich in der Behandlung chronischer Schmerzen erwies. Bereits vor 15 Jahren existierten allein in den USA nahezu eintausend interdisziplinär besetzte Schmerzkliniken¹. Die Defizite in der multidisziplinären Versorgung von Schmerzpatienten in Deutschland wurden wiederholt in der Fachliteratur dargestellt^{2,3}.

Struktur des Therapeutenteams

Unter multimodaler Schmerztherapie versteht man die gleichzeitige, inhaltlich eng aufeinander abgestimmte Behandlung Schmerzkranker

durch unterschiedliche therapeutische Disziplinen, wobei das Behandlersteam zumindest aus Arzt, Psychologen/Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und Ko-Therapeuten besteht. Das Verfahren kommt bei Patienten mit chronischen Schmerzen zur Anwendung, die nicht kausal behandelt werden können, weil die Schmerzursache nicht fassbar ist, oder aber weil eine bekannte Schmerzursache nicht beseitigt werden kann. Die grundsätzliche Herangehensweise an das Krankheitsbild unterscheidet sich dabei erheblich vom üblichen therapeutischen Verständnis, da nicht mehr das Verändern oder Abstellen eines körperlichen oder seelischen Missstandes Ziel der Behandlung ist, sondern gemeinsam mit dem Patienten ressourcenorientiert ein günstigerer Umgang mit dem Schmerzproblem erreicht werden soll. Das setzt Zurückhaltung der beteiligten Therapeuten von aktiver Behandlung ebenso voraus wie die Bereitschaft des Patienten, selbst an der Veränderung seiner Lebensführung zu arbeiten.

Auch die Strukturen innerhalb des Therapeutenteams müssen dieser gemeinsamen Zielsetzung angepasst werden. Die Rolle des Arztes beinhaltet die anamnestiche und diagnostische Einordnung und pathophysiologische Ableitung des Krankheitsbildes, die Sichtung vorbestehender Befunde und Bewertung früherer Maßnahmen, die medikamentöse Einstellung und die Information des Patienten

über das therapeutische Vorgehen sowie zu schmerzrelevanten Themen. Der Beitrag der anderen beteiligten Disziplinen zur Therapie ist aber ebenso wichtig. Physiotherapeuten oder Sporttherapeuten gestalten den körperlich übenden Bereich. Dabei können auch medizinische Trainingsgeräte zum Einsatz kommen, wie dies für das Göttinger Rücken Intensiv Programm beschrieben ist⁴. Die Psychologen/Psychotherapeuten sind für die psychologische und soziale Anamnese, die Diagnostik psychischer Beeinträchtigungen und Erkrankungen sowie die Angebote der psychologischen Schmerztherapie zuständig. Das Entspannungstraining wird von Psychologen oder ausgebildeten Ko-Therapeuten vermittelt.

Die enge Zusammenarbeit der so unterschiedlichen Fachrichtungen angehörenden Teammitglieder macht es unabdingbar, regelmäßige Teambesprechungen über Therapiehindernisse, Fortschritte der Patienten und inhaltliche Abstimmung durchzuführen, für die feste Termine vorgesehen sein müssen. Die Zusammenarbeit des Therapeutenteams bringt es mit sich, dass tradierte hierarchische Strukturen aufgehoben werden. Die Vertreter der einzelnen Disziplinen müssen in die Lage versetzt werden, ihren Bereich bei Therapieentscheidungen innerhalb des Teams selbstständig und gleichberechtigt vertreten zu können. Dies gilt auch für traditionell erst auf

Krankenhausbedarfsplan			Universitätsklinik
Teilstationär in Betrieb	Teilstationär in Vorbereitung	Vollstationär in Betrieb	
Städt. Krankenhaus München-Neuperlach	Klinikum Passau	Fachklinikum Ennsberg	Klinikum der LMU München, Großhadern
Städt. Krankenhaus München-Harlaching	Klinikum Augsburg	Krankenhaus Tutzing	Klinikum der LMU München, Innenstadt
Städt. Krankenhaus München-Schwabing	Kliniken St. Elisabeth Neuburg/Do.		Universitätsklinikum Erlangen
Klinikum Dachau			
Krankenhaus d. Barmh. Brüder, Regensburg			
Krankenhaus Tutzing			
Klinikum Traunstein			
Klinikum Rosenheim			
Klinikum Weiden			
Klinikum Nürnberg			
Klinikum Fürth			

Tabelle: Krankenhäuser und Kliniken in Bayern mit multidisziplinär besetzter schmerztherapeutischer Einrichtung und multimodalen Therapieprogrammen.

ärztliche Verordnung tätige Disziplinen wie die Physiotherapie oder die Ergotherapie. Nur unter dieser Bedingung ist die Interdisziplinarität tatsächlich gegeben.

Patientengut

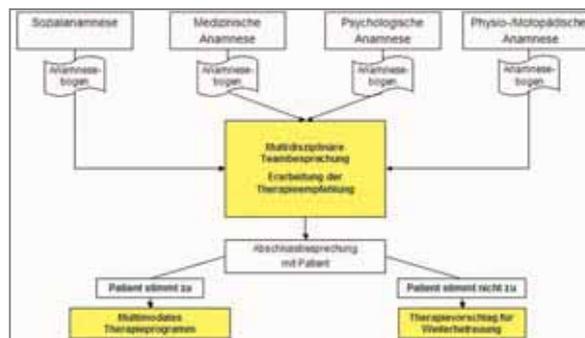
Der größte Teil der in schmerztherapeutischen Einrichtungen mit multidisziplinärer Besetzung versorgten Schmerzpatienten weist ein fortgeschrittenes Chronifizierungsstadium II oder III nach Gerbershagen⁵ auf. Im eigenen Patientengut sind dies gut 90 %. Noch nicht chronifizierte Schmerzpatienten können in der Regel, aber nicht generell, monodisziplinär in Schmerzambulanzen ausreichend behandelt werden. Die Mehrzahl der Patienten weist Schmerzen des Bewegungsapparates und davon wieder die Mehrzahl Rückenschmerzen als Hauptdiagnose auf. Bei etwa einem Fünftel bestehen chronische, ambulant nicht beherrschbare Kopfschmerzsyndrome. Zu dieser Gruppe gehören auch Patienten mit Medikamenten induzierten Kopfschmerzen, die nach einem Medikamententzug an multimodalen Therapieprogrammen teilnehmen.

Eine Vielzahl der höher chronifizierten Schmerzpatienten leidet unter mehr als einem somatischen Schmerzsyndrom. Häufig sind Wirbelsäulen assoziierte Schmerzen mit anderen schmerzhaften Zuständen des Bewegungsapparates und Spannungskopfschmerzen kombiniert. Daneben bestehen bei diesem Patientengut in vier von fünf Fällen eine oder mehrere psychische Komorbiditäten, in erster Linie depressive Störungen. Bei 20 bis 30 % der Patienten wird als Hauptdiagnose die Anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4 vergeben. In der Regel sind etwa ein Drittel der Patienten bei Erstvorstellung bereits arbeitsunfähig krankgeschrieben, etwa ein Viertel ist als Hausfrau/-mann oder Rentner nicht im Erwerbsprozess. Der Rest steht in einem Beschäftigungsverhältnis oder ist beim Arbeitsamt gemeldet.

Aufnahmeverfahren

Die Einbindung der verschiedenen therapeutischen Disziplinen in Therapieentscheidungen als Grundlage multimodaler Schmerztherapie setzt voraus, dass alle an der späteren Behandlung Beteiligten auch in das Aufnahmeverfahren eingebunden werden. Der zeitliche Umfang der Aufnahmeverfahren wird damit ebenso wie der Verbrauch an Personalressourcen deutlich erhöht. Zudem stellt ein solches Verfahren eine nicht geringe körperliche und geistige Anstrengung für den Patienten dar. Andererseits ist aber nur durch ein

Abbildung 1: Multidisziplinäres Assessment.



solches Assessment die Diversität der interdisziplinären Meinungsbildung gewährleistet. Das Assessment mündet in eine Teambesprechung, in der das Krankheitsbild interdisziplinär diskutiert und ein Therapieversuch erarbeitet werden kann, der abschließend mit dem Patienten besprochen wird (Abbildung 1). Inklusive Teamsitzung und Abschlussgespräch fallen für das Aufnahmeverfahren mindestens ein, häufiger zwei teil- oder vollstationäre Behandlungstage an.

Neben der Klärung und diagnostischen Einordnung dient das Aufnahmeverfahren auch der Abklärung von Ausschlusskriterien von der Behandlung. So muss die somatische Diagnostik abgeschlossen sein und dürfen schwerer wiegende psychiatrische Erkrankungen oder eine Suchtproblematik nicht vorliegen. Auch psychische Störungen können sich als Therapiehindernis erweisen und müssen dann vorab therapiert werden. Häufiger zu beobachtende Therapiehindernisse sind sekundärer Krankheitsgewinn, vor allem nicht abgeschlossene Rentenverfahren, und sprachliche Unzulänglichkeiten bei Migranten. Als Behandlungsvoraussetzungen sind Therapiemotivation, ausreichende körperliche Leistungsfähigkeit, ausreichende Körperwahrnehmung, Gruppenintegrationsfähigkeit und gegebenenfalls abgeschlossener Medikamententzug zu überprüfen und Defizite vor Therapie auszugleichen.

Therapieangebote

Nahezu alle multimodal arbeitenden Schmerztherapie-Einrichtungen bieten fest strukturierte Blockprogramme für geschlossene Gruppen von sechs bis zehn Patienten an, die über vier oder fünf Wochen eine ganztägige Betreuung nach festem Plan (Abbildung 2) vorsehen. Basisinhalte der Programme sind körperliches Training inklusive Schulung der Körperwahrnehmung, Schmerzbewältigungstraining, Wissensvermittlung zu schmerzbezogenen Themen und Entspan-

nungstraining. Meist wird zudem eine psychologische Gruppen- und/oder Einzeltherapie angeboten, häufiger auch ein Training sozialer Kompetenzen. Damit wird eine sehr hohe und für die Patienten anstrengende Therapiedichte von mehr als 120 beziehungsweise 150 Stunden im genannten Zeitraum, also mehr als 30 Stunden pro Woche, erreicht.

Das körperliche Training wird entweder als Gerätetraining, als medizinische Trainingstherapie oder geräteunabhängig in Form einer umfassenden körperlichen Aktivierung durchgeführt. Welches Vorgehen effektiver ist, ist derzeit nicht geklärt. Der Vorteil des Gerätetrainings liegt in der einfachen Messbarkeit der erreichten Veränderungen, nachteilig ist dagegen die Abhängigkeit der Ergebniskonsistenz von einer Fortsetzung des Trainings. Demgegenüber bietet die körperliche Aktivierung den Vorteil, alltagsnahe Bewegungsmuster einüben zu können, deren tägliche Nutzung später das Training ersetzt. Der Nachteil liegt darin, dass erzielte Veränderungen nicht oder nur schwer objektivierbar sind.

Das körperliche Training wird idealerweise durch ein Ausdauertraining und durch die Verbesserung der eigenen Körperwahrnehmung ergänzt. Bei letzterem wird das bewusste Erfassen von Signalen der Propriozeption und der diskriminativen Sensibilität mit steigenden Anforderungen geübt, auch in Form eines Genusstainings.

Die verhaltenstherapeutische Vorgehensweise in der Schmerztherapie ist in evaluierten Manualen verschiedener Autoren^{6,7} detailliert festgelegt und kann problemlos in das Therapieprogramm integriert werden. Gleiches gilt für die Entspannungstechniken, von denen in erster Linie die Progressive Muskelrelaxation eingesetzt wird. Zielsetzung der Entspannungstechniken ist dabei weniger die Unterstützung einer Psychotherapie, sondern die erzielbare innere Ablenkung und Distanzierung vom Schmerz.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8 ⁰⁰ -9 ⁰⁰	Aufwärmen	Bewegungsbad	Aufwärmen	Aufwärmen	Aufwärmen
9 ⁰⁰ -9 ³⁰	Wochenende	Bewegungsbad	Gesprächsgruppe	körperliche	Wahrnehmungs-
9 ³⁰ -10 ⁰⁰	Rückschau	Bewegungsbad	Gesprächsgruppe	Aktivierung	training
10 ⁰⁰ -10 ³⁰	Gesprächsgruppe	Pause	Pause	Pause	Pause
10 ³⁰ -11 ⁰⁰	Gesprächsgruppe	Einzeltherapie	Wahrnehmungs-	Einzeltherapie	Gesprächsgruppe
11 ⁰⁰ -11 ³⁰	Pause	Einzeltherapie	training	Einzeltherapie	Gesprächsgruppe
11 ³⁰ -12 ⁰⁰	Haltungs-	Sanfte	Autogenes	Atmen und	Einzeltherapie
12 ⁰⁰ -12 ³⁰	schulung	Gymnastik	Training	Dehnen	Einzeltherapie
12 ³⁰ -13 ⁰⁰	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Wochenendplan
13 ⁰⁰ -13 ³⁰					Mittagspause
13 ³⁰ -14 ⁰⁰	Walking		Schmerzkunde	Kreativtherapie	
14 ⁰⁰ -14 ³⁰	Walking	Team	Schmerzkunde	Kreativtherapie	Imagination
14 ³⁰ -15 ⁰⁰	Pause	Team	körperliche	Kreativtherapie	Imagination
15 ⁰⁰ -15 ³⁰	Muskelrelaxation	Team	Aktivierung	Pause	
15 ³⁰ -16 ⁰⁰	Muskelrelaxation	Team		Muskelrelaxation	

Abbildung 2: Beispiel eines Therapieplans multimodales Blockprogramm.

Die Vermittlung von Informationen an die Patienten im edukativen Anteil der Programme zielt darauf ab, Chronifizierungsvorgänge, körperliche Reaktionen und Veränderungen bei chronischen Schmerzen verständlich und damit weniger bedrohlich zu machen. Zu diesem Bereich gehören auch Informationen über den sinnvollen Einsatz von Schmerzmedikamenten. Darauf aufbauend werden Schlussfolgerungen für eine Verhaltensänderung abgeleitet.

Neben den zeit- und betreuungsintensiven Blockprogrammen bieten ebenfalls nahezu alle Einrichtungen kürzere Therapieprogramme an, die je nach erforderlicher Therapieintensität über unterschiedliche Dauer an einem oder zwei Tagen pro Woche erfolgen. Diese Programme können für spezielle Krankheitsbilder wie etwa Kopfschmerzsyndrome konzipiert sein, oder aber einer bestimmten Zielsetzung wie der Vorbereitung auf ein Blockprogramm bei Fehlen der oben beschriebenen Therapievoraussetzungen dienen. Die multidisziplinäre Versorgung und die Multimodalität der Behandlung ist jedoch immer gegeben. In den letzten Jahren hat sich zudem immer häufiger gezeigt, dass Patienten aus Furcht um den Arbeitsplatz längere Fehlzeiten nicht riskieren wollen und deshalb die Teilnahme an den an sich notwendigen umfangreichen Blockprogrammen ablehnen. Berufsbegleitende Angebote am späten Nachmittag und Abend werden zwar ebenfalls angeboten, sind aber wegen der deutlich geringeren Therapiedichte auch weniger effektiv.

Therapieergebnisse

Es ist üblich, zwischen sechs, zwölf und/oder 24 Monaten nach Beendigung der Blockprogramme die Patienten zur Boosterung des Ergebnisses wieder einzubestellen, wobei der Termin bereits bei Beendigung des Programms mitgeteilt wird. Dieses Vorgehen hat sich bewährt, da dadurch die Patienten verstärkt zur Integration in den Alltag und Nut-

zung des Erlernten angehalten werden. Diese Booster-Termine können zusätzlich für eine aussagekräftige Katamnese genutzt werden.

Neben der Veränderung der empfundenen Schmerzen werden zur Erfolgskontrolle auch subjektive Angaben der Patienten zu Parametern wie schmerzbedingte Behinderung, Depressivität und eventuell Angst sowie zur Lebensqualität genutzt. Geeignete Fragebögen zu diesen Bereichen sind im Deutschen Schmerzfragebogen zusammengefasst. Zusätzlich können objektive Parameter wie die Rückkehr an den Arbeitsplatz und die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens nach Durchführung der Behandlungsprogramme herangezogen werden. Für die aufwändige Objektivierung von Veränderungen der körperlichen Leistungsfähigkeit wurde noch keine auf breiter Basis durchführbare Methodik gefunden.

Multidisziplinäre Therapieprogramme wurden bis Anfang der Neunzigerjahre im Ausland intensiv hinsichtlich ihrer Effektivität untersucht, wobei ihre deutliche Überlegenheit vor allem bei Rückenschmerzen vielfach nachgewiesen wurde. Die wichtigste Arbeit aus Deutschland beschreibt die Ergebnisse des bereits erwähnten Göttinger Rücken Intensiv Programms⁸, aber auch aus mehreren bayerischen Einrichtungen wurden bereits aussagekräftige Ergebnisse mit hochsignifikanten und langfristigen Verbesserungen der Schmerzintensität, der Depressivität, des Behinderungsindex und der Lebensqualität der Schmerzpatienten publiziert^{9, 10, 11, 12, 13, 14, 15}.

Als wichtiger objektiver Parameter wird die Häufigkeit der Rückkehr an den Arbeitsplatz beziehungsweise die Verfügbarkeit für den Arbeitsmarkt zuvor arbeitsunfähig kranker Patienten angesehen. Für das Göttinger Rücken Intensiv Programm wurde eine Rückkehrquote von 63,4 % nach sechs Monaten und 61,4 % nach zwölf Monaten errechnet⁸. Diese Quote wird nach den bisher vorliegenden

Zahlen durchgehend auch bei Patienten nach multimodalen Programmen erreicht^{9, 13}. In der Göttinger Untersuchung konnte zudem ein ebenfalls hochsignifikanter Rückgang der Arztkontakte und der Anzahl der physikalischen Behandlungen sowie der Arbeitsunfähigkeitstage um weit mehr als die Hälfte nachgewiesen werden. Nach Umrechnung der Zahlen in direkte und indirekte Krankheitskosten beliefen sich die durchschnittlichen Kostenersparnisse pro Patient bei den direkten Krankheitskosten in zwei Jahren auf 17 397 DM (8881 Euro) und bei den indirekten, durch Arbeitsausfall verursachten Kosten auf 53 641 DM (27 384 Euro)¹⁶.

Ausblick

Trotz der vielfältigen Übereinstimmungen zwischen den einzelnen Einrichtungen kann immer noch nicht von einem einheitlichen Qualitätsniveau multimodaler Therapie gesprochen werden. Vertreter der Mehrzahl der bayerischen schmerztherapeutischen Einrichtungen mit multimodalen Therapieangeboten haben sich deshalb zu einem Verein „Arbeitsgemeinschaft Schmerztherapeutischer Einrichtungen in Bayern e. V.“ (ASTIB) zusammengeschlossen, um die für diese in Deutschland noch nicht fest etablierte Behandlungsform „Multimodale Schmerztherapie“ notwendigen strukturellen Voraussetzungen, Prozessabläufe und Entscheidungswege zu definieren und Standards dafür zu erarbeiten¹⁷. Es sind Kriterien zu Indikationsstellung und Durchführung multimodaler Programme zu entwickeln und in der Anwendung durch geeignete einheitliche Parameter zu überprüfen. Derzeit werden Vorschläge für einheitliche Instrumentarien für einen Ergebnisvergleich zwischen den einzelnen Einrichtungen und den Therapieangeboten erarbeitet, um auf der Basis aussagekräftiger Daten die Behandlungsangebote optimieren zu können. Die daraus resultierende inhaltliche und formale Abstimmung der einzelnen Behandlungsangebote muss aber immer noch Raum für die thematischen Schwerpunkte der jeweiligen Abteilung lassen. Die skizzierte Aufgabenstellung ist sehr komplex, aber im Interesse einer qualitativ hochwertigen Versorgung chronisch Schmerzkranker unverzichtbar.

Das Literaturverzeichnis kann beim Verfasser angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

*Anschrift des Verfassers:
Dr. Bernhard Arnold, Abteilung für Schmerztherapie am Klinikum Dachau, Krankenhausstraße 15, 85221 Dachau*