

Konzepte der Multimodale Schmerztherapie

Überblick und Standortbestimmung

Ein Zusammenhang zwischen Körper und Seele wurde bis ins Mittelalter als normal angesehen, sodass es keine Konflikte bei Erkrankungen gab, denen keine körperlich fassbaren Ursachen zugrunde zu liegen schienen. Erst die Mittelalterliche Kirche bestand auf eine Trennung von Körper und Seele, und wurde untermauert durch den Philosophen Rene Decartes 1596-1650. Der Körper wurde zum rein mechanisch funktionierendem Objekt und somit Schmerz nur als Ausdruck einer biomedizinischen Ätiologie angesehen. Entsprechend entwickelten sich kausale und unimodale Therapieansätze mit dem Ziel, durch die Behebung der Grundstörung den Schmerz zu beenden.

Dies führte im 20. Jahrhundert zuerst in den USA, dann 1947 in England, zu den ersten Schmerzkliniken, die überwiegend durch passive Maßnahmen und invasive Behandlungen chronische Schmerzen behandeln wollten - mit mäßigem Erfolg.

Nach dem 2. Weltkrieg war der Anästhesist John Bonica (1917-1994) der erste, der dieses Problem erkannte und 1947 einen multimodalen Therapieansatz propagierte (General Hospital in Tacoma) neben Duncan Alexander im Veterans Administration Hospital in McKinney, Texas.

1974 wurde von Bonica die IASP gegründet und führte zu einer enormen Verbesserung der Schmerzforschung und Anwendung weltweit. Es folgten nun eine Menge von Untersuchungen mit kritischem Hinterfragen von "objektiven Befunden" :

Georg Engel: Subjektives Krankheitsempfinden ohne objektive körperliche Befunde, und erste Beschreibung der Bio-psycho-sozialen Modells 1977

Van Tulder beschrieb 1997 die fehlende Korrelation von radiologischen Befunden bei Patienten mit unspezifischem Rückenschmerz

Daraus entwickelte sich eine neue Sicht auf dieses Schmerzphänomen mit dem Ziel, das Gesamtgefüge mit psychischem und sozialem Kontext des Patienten zu berücksichtigen.

Neue Therapieziel werden definiert

Mayer und Gatchel entwickelten 1988 den Begriff der "functional restoration" für Rückenschmerzpatienten, die in einem Therapeutenteam von Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten, Pflegern und Arbeitsmedizinern ein Konzept entwickelten, zur Steigerung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit. Die alleinige Reduktion der Schmerzintensität war nicht mehr primäres Behandlungsziel. Passive Interventionen wurden konsequent durch aktivierende Maßnahmen ersetzt. Es überwogen allerdings die sportmedizinischen Angebote, die Psychologischen dienten zur Krisenintervention.

In Deutschland wurden diese neuen Konzepte zuerst in Mainz von Gerbershagen 1978 umgesetzt und führen schließlich in den 1990 Jahren zu dem Göttinger Rücken-Intensivprogramm GRIP von Hildebrand, jetzt mit ausdrücklicher Berücksichtigung von psychologisch-verhaltenstherapeutischer Ansätze (Hildebrand 1996).

Behandlungsziele waren:

- Erhöhung des Aktivitätsniveaus
- Abbau inadäquaten Krankheitsverhaltens
- Steigerung der Kontrollfähigkeit
- Abbau von Angst und Depressivität

Erreicht wurden 1996 dadurch tatsächlich eine subjektive und klinisch relevante Verbesserung der Schmerzintensität, der Schmerzausbreitung, der schmerzbedingten Beeinträchtigung, des Angst-Vermeidungsverhaltens, der muskulären Rumpfkraft und Minderung der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens. Diese Befunde sind bis heute mehrfach durch andere Untersuchungsgruppen belegt worden. Sie blieben auch 1 Jahr nach der Behandlung stabil (Flor 1993) und wurden bundesweit langsam etabliert (Huge, Schloderer und Steinberger, 2006).

Definition der Multimodale Schmerztherapie - Der Weg zu einer neuen Therapiemodell

Es wurde durch die Ad Hoc Kommission der Deutsche Schmerzgesellschaft (DGSS) eine OPS 8.918.x definiert, der eine Abgrenzung zu unimodalen Programmen ermöglicht.

Im Wesentlichen ist das:

Interdisziplinäre und gleichzeitige Anwendung übender Verfahren unter notwendiger Psychotherapeutischer Beteiligung, Teambesprechung und multidisziplinäres Aufnahmeverfahren (Assessment).

Nicht erwünscht sind "Vielkomponenten Verfahren" ohne Abbildung des Teamgedankens.
Zitat Arnold, 2009:

"Multimodale Schmerztherapie ist eine gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Pat. mit chronischen Schmerzsyndromen, in der verschiedene somatische, körperlich-übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan, mit identischem, mit den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel eingebunden sind."

Alle Therapieformen und Beteiligte sind als gleichberechtigte Partner anzusehen.

Daher ist verständlich, dass der zentrale Steuerungspunkt die Teambesprechung darstellt, in der Eindrücke gesammelt, Ziele formuliert und Ergebnisse dokumentiert werden, zusammen mit einer daraus resultierenden Empfehlung.

Das zentrale Behandlungsziel ist die objektive und subjektive Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Sinne der "Functional Restoration" .

Standardisierte Therapien werden dazu mit den verschiedenen Bausteinen durchgeführt und sollte 100 Stunden nicht unterschreiten.

Zum Beispiel in Form von:

- Optimierung der Analgetikatherapie
- Erkennung von maladaptiver Kognition
- Entwicklung eines körperlich übenden Programms

- Edukation durch alle beteiligten Disziplinen unter Vermittlung des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells (Arnold, 2014)

Dabei ist die Mischung der Fachdisziplinen wichtiger als eine spezielle Auswahl (Pöhlmann 2008). Das Assessment ist immer obligatorisch zur Prüfung der Behandlungsindikation und der Motivation. Es ist Filter und Wegweiser und bestimmt die Prognose (Casser 2013). Invasive und passiver Maßnahmen sind im multimodalem Kontext unter Umständen möglich, sollten aber mit den Fachdisziplinen abgesprochen sein. (Arnold 2014).

Das zeichnet die Multimodaler Schmerztherapie besonders aus

Die Stärke der multimodalen Schmerztherapie liegt in der engen Verzahnung der verschiedenen Berufsrichtungen, ist aber auch gleichzeitig eine Herausforderung. Denn das Ganze muss mehr als die Summe seiner Teile sein. Die Kohäsion der Behandlungsteams ist für die Patientenzufriedenheit unmittelbar spürbar (Arnold, 2009).

Es setzt hohe Anforderungen an der Team:

- Wo ist die Grenze einer Behandlungsdisziplin
- Wo ist die individuelle Grenze
- Für welche Rolle entscheidet sich der einzelne Therapeut/in
- Wie wertschätzend ist die Streitkultur
- Wie können unterschiedliche Ansichten identifiziert und ausgetragen werden

Unterschiedliche Behandlungsziele überfordern den Patienten. Ihm muss mit Einsicht und kohärentem Ansatz eine Orientierung mit gegeben werden. Denn meistens haben die Pat. in ihrem Krankheitsverlauf genau deshalb einen Wust von Untersuchungen und Behandlungen über sich ergehen lassen.

Wirksamkeit ist vielfach belegt

Die Effizienz multimodaler Programm ist vielfach belegt. International für Rückenschmerzen z.B. durch Norrefalk schon 2008, national z.B. durch Brömme 2015. Die Kostenträger selbst verbuchen einen ökonomischen Vorteil Marschall 2012 BEK; TKK 2015. Eine Übersicht nur relevanter Studien gibt Deckert, 2015.

Ein Wirkungsmodell für die multimodale Schmerztherapie gibt es nicht. Man kennt nur Einzelkomponenten, die sich im Verlauf der Behandlung verbessern.

Dazu gehören:

- Schmerzintensität (Pöhlmann, 2008)
- Kontrollüberzeugungen und Überzeugungen zum Schmerz (Lipchik, 1993)
- Veränderungsmotivation (Küchler, 2012)

Prozessvariable wurden identifiziert:

- Intrinsische Aktivität (Gersh, 2011)
- Änderungsfähigkeit der Krankheitswahrnehmung (Moss-Morris, 2007)
- Kontrollüberzeugungen (Fischer 1998)

Es gibt noch viele andere Variablen die eine Rolle spielen. Eine Verbesserung der Multimodalen Modells ist unter deren Berücksichtigung weiter zu erwarten.

In Deutschland gibt es dazu die besten Daten und meisten Einrichtungen, obwohl es nicht der Vorreiter war. Diese Einrichtungen können erfolgreich auf verschiedenen Versorgungsstufen angesiedelt sein und müssen nicht zwangsläufig Krankenhäusern der Maximalversorgung zugehören (Nagel 2012).

Therapieergebnisse werden noch nicht einheitlich gemessen. Nach Deckert 2015 ergaben sich bei 70 ausgewerteten Studien 145 verschiedene Outcome-Parameter und sehr unterschiedlicher Messmethoden. Einen Konsens über die Erfolgsparameter, wie bei jeder klinischen Studien üblicher Weise erhoben werden, steht aus. Immerhin scheint Schmerzintensität nicht das entscheidende Kriterium zu sein (Turk, 2008).

Literaturübersicht:

Sabatowski, Schmerz, 29: 550-555, 2015

Literatur im einzelnen:

Bonica, J Pain Palliat Care Pharmacol, 1: 31-44, 1993

Engel, Science, 196: 129-136, 1977

Van Tulder, Spine, 22: 427-434, 1997

Mayer und Gatchel, Sport Medicine Approach, Philadelphia, 1988

Gerbershagen, Klin Anesthesiol Intensivther, 18: 251-255, 1978

Hildebrandt, Schmerz, 10: 190-203, 1996

Flor, Pain, 49: 221-230, 1993

Huge, Pain Med, 7: 501-508, 2006

Arnold, Schmerz, 28: 459-472, 2014

Arnold, Schmerz, 23: 112-120, 2009

Pöhlmann, Schmerz, 23: 40-46, 2008

Casser, Schmerz, 27: 363-370, 2013

Norrefalk, J Rehabil Med, 40: 15-22, 2008

Brömme, Schmerz, 29: 195-202, 2015

Marschall, Gesundheitswesen Aktuell, 262-285, 2012

Deckert, Eur J Pain, im Druck 2015

Lipchik, Clin J Pain, 9: 49- 57, 1993

Küchler, Schmerz, 26: 670-676, 2012

Gersh, Pain Med, 12: 165-172, 2011

Moss-Morris, Clin J Pain, 23: 558-564, 2007

Fischer, Br J Health Psychol, 3: 225-236, 1998

Nagel, Schmerz, 26: 661-669, 2012

Turk, Pain, 137: 276-285, 2008