

Multimodale Schmerztherapie

Der chronische Schmerz:

**Neue Möglichkeiten durch
strukturierte Zusammenarbeit**

in der multimodalen Schmerzmedizin

Schmerzklassifikation

Akuter Schmerz

ist im Körper lokalisiert und ist durch konsequente Behandlung entfernbar, mit geringem Risiko für Chronifizierung



Die Therapeuten fühlen sich kompetent.

Schmerzfreiheit ist Ziel der Behandlung!



Schmerzklassifikation

Chronischer Schmerz

Der Schmerz tritt in den Mittelpunkt des Erlebens

- als Kommunikationsmittel
- durch Einschränkung der Erlebnisfähigkeit durch Fixierung auf das Schmerzerlebnis



Der Schmerz hat seine Leit- und Warnfunktion verloren

Die Therapeuten fühlen sich machtlos

Der Patient wird zum Opfer seines Schmerzes



... was ist hier das Ziel der Behandlung?

Schmerzklassifikation

Chronischer Schmerz

Eine Objektivierung ist oft nicht möglich

Schmerz ist eine Möglichkeit des Lebendigseins,
das Leben wird aber zum Feind unserer selbst



Schmerz kann schützen aber auch zerstören, Fragen
nach dem Warum und der Bedeutung entstehen.....

Was ist die Sinnhaftigkeit (des Lebens)?



C. Bozzaro, Der Schmerz, 2016
G. Maio, Herder Freiburg 2011
F. Buytendijk, Huber Bern 1948

Schmerzklassifikation

Chronischer Schmerz

Eine sinnvolle Einordnung bessert Leiden und steigert Hoffnung und Zuversicht

Wie kann man sich wenigstens teilweise von den Fesseln der Natur befreien?

Gegen Schmerz kann man nicht kämpfen, weil er immer an die Person gebunden ist. Schmerz als solches gibt es nicht

Je mehr Schmerzfreiheit nachgefragt wird, desto stärker wird der Schmerz



C. Bozzaro, Der Schmerz, 2016
G. Maio, Herder Freiburg 2011
K. Kieselbach, Der Schmerz 2016

L. Weinhold Seidel-Klinik Bad Bellingen

Schmerzklassifikation

Chronischer Schmerz

Vermeidbare Schmerzen müssen verhindert werden
Wie kann ich etwas Unverfügbares annehmen?

Hilfen sind:

Empathische Unterstützung und ganzheitliches
Interesse an der Person

Zeit zum Zuhören und Mitfühlen

Einlassen des Therapeuten auf die existentielle
Dimension des Schmerzerlebens des Patienten



C. Bozzaro, Der Schmerz, 2016
G. Maio, Herder Freiburg 2011
K. Kieselbach, Der Schmerz 2016

L. Weinhold Seidel-Klinik Bad Bellingen

Schmerzklassifikation

Chronischer Schmerz

Die International Association for the Study of Pain (IASP)

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache.“



Der Glockenzug zur Zirbeldrüse

Diagnose:

International Classification of Diseases
ICD 10

Funktion und Teilhabe:

International Classification of Functioning,
Disability and Health
ICF



Descartes 1644

Gesundheit ist:

Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1948

„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“

Ottawa Charta der WHO 1986

„Gesundheit [ist] als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten.“

Bundesministerium für Bildung Wissenschaft, Forschung und Technologie 1996

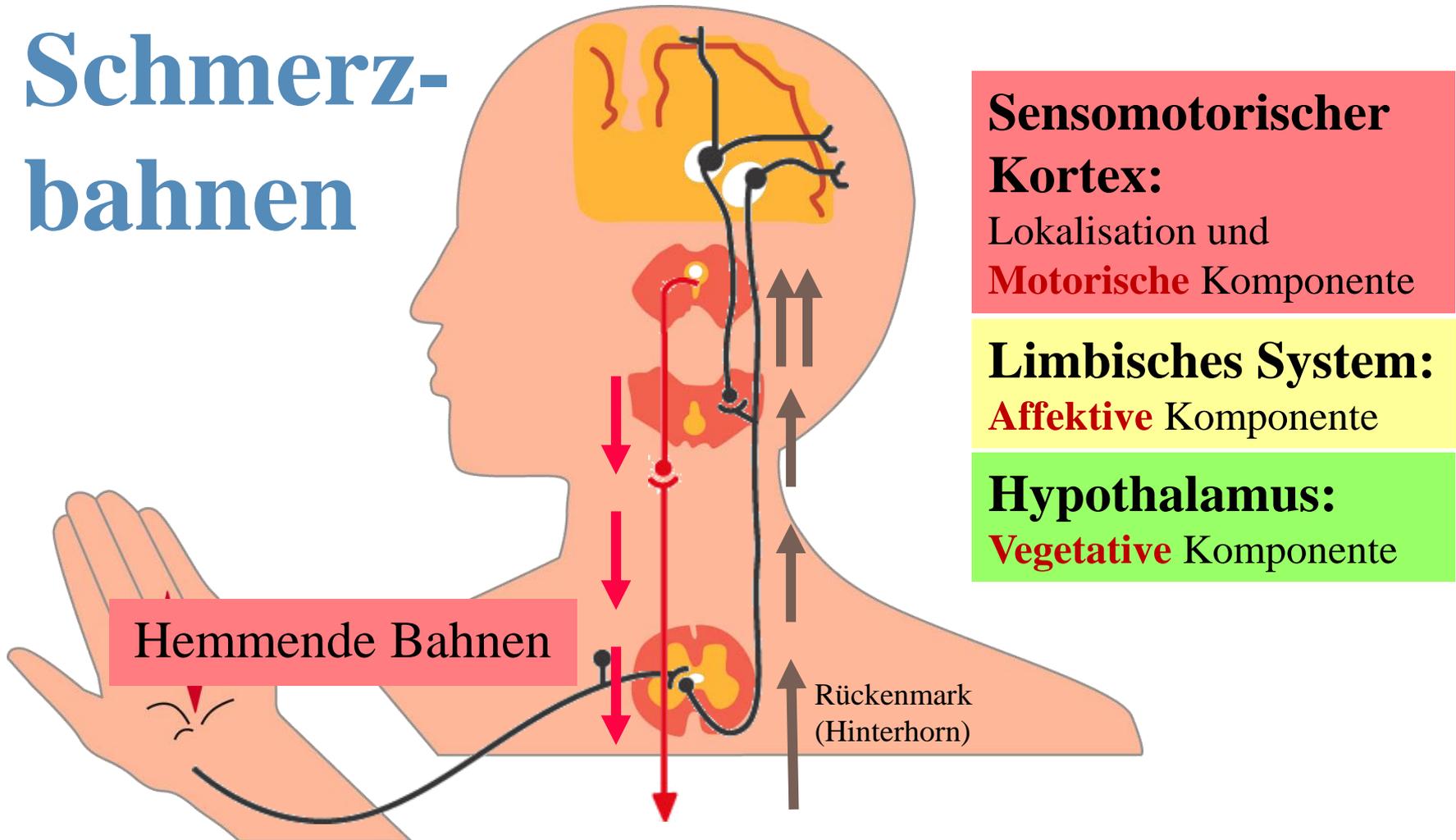
„Gesundheit wird als mehrdimensionales Phänomen verstanden und reicht über den „Zustand der Abwesenheit von Krankheit“ hinaus.“

Nach Friedrich Nietzsche (1844-1900)

„Gesundheit ist dasjenige Maß an Krankheit, das es mir noch erlaubt, meinen wesentlichen Beschäftigungen nachzugehen.“

Fördernde und Hemmende Systeme im ZNS

Schmerz- bahnen



Was charakterisiert Chronifizierung

Risikofaktoren der Chronifizierung von Rückenschmerzen nach Kohlmann u. Schmidt

Effekt Odds Ratio	Klinische Faktoren	Lebensstil/Umfeld	Arbeitsplatz	Psychosoziale Faktoren
Gering <1,5	Übergewicht, Weiblich	Rauchen, Inaktivität		
Mäßig <2,0	Schlechte subjektive Gesundheit	Niedrige Schicht und/oder Bildung Niedriges Einkommen	Unzufriedenheit, Sress schwere körperliche Arbeit (empfundene)	Katastrophisieren Fear avoidance Somatisierung Depression
Mittel >2,5	Frühere Schmerzen			
Hoch bis 5	Frühere Rückenschmerzen			Glaubt nicht an den (4,2) Arbeitsplatz zurückzukehren

Bergström, Bodin, Bertilsson, Jensen, Occup Environ Med, 64, 2007

Was charakterisiert Chronifizierung

Risikofaktoren von Postoperativen Schmerzen

Schmerzkatastrophisierung

Gedanken

Ich muss die ganze Zeit an die Schmerzen denken

Sorgen

Die Schmerzen werden stark und unerträglich sein

Hilflosigkeit
Resignation

Es gibt nichts was man gegen die Schmerzen tun kann

Was charakterisiert Chronifizierung

Risikofaktoren von Postoperativen Schmerzen

Wer wird stärkere Schmerzen haben?

Chronische
Schmerzen

Risikosteigerung von 3,03 Odd's Ratio

Praeoperative
Schmerzerwartung

Risikosteigerung von 2,88 Odd's Ratio

Bio- Psycho-Soziale Schmerzmodell

Beruf

- Fehlzeiten
- Rente

Glauben

- Überzeugung
- Sinn
- Religion

Aktivität

- Funktionsverlust
- Schonverhalten
- Patientenkarriere

Ausbreitung

- zeitlich
- räumlich

Sozialer Kontext

Spirituelle Kontext

Seelischer Kontext

Körperlichkeit

Schmerz

Partizipation

- Veränderung sozialer Rollen
- Soziale Isolation

Psyche

- Kontrollverlust
- Hilflosigkeit
- Selbstwertverlust
- Angst, Depression

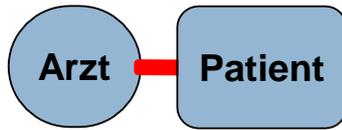
Nach dem Waddell - Modell
Engel 1977
Egle 2002
Bauer 2003
Kopf 2016

Was bedeutet Multimodale Schmerztherapie?

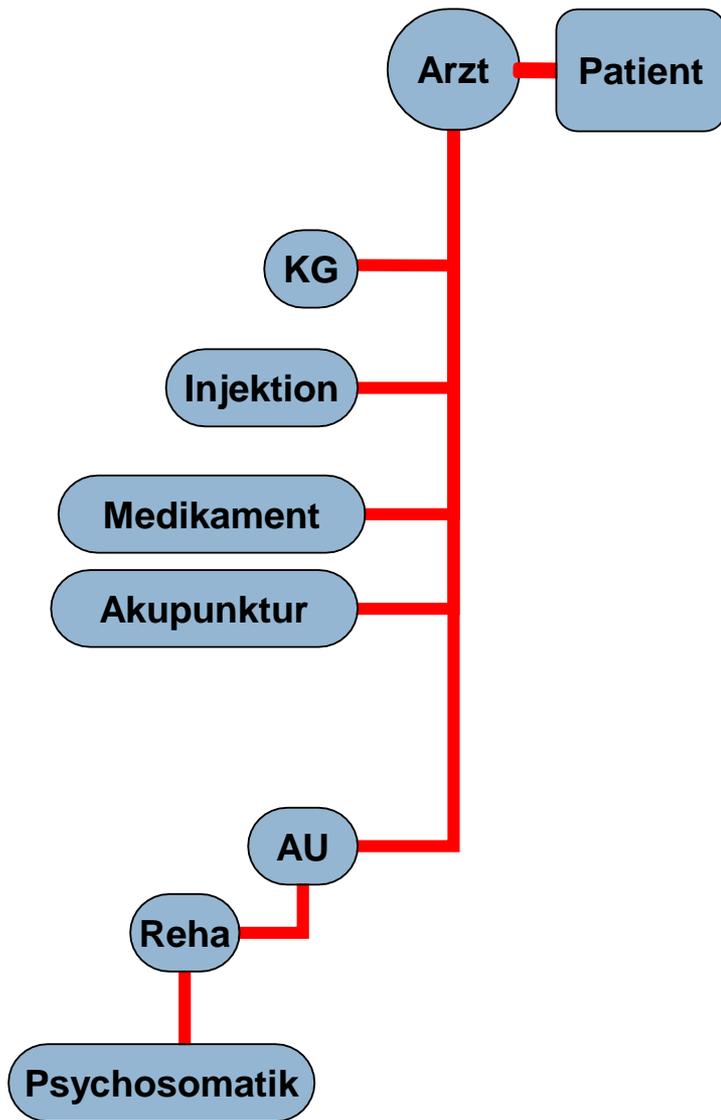
1. Multimodal versus Vielkomponentenmedizin
2. Voraussetzungen und Ziel
 - Die richtige Patientenauswahl
 - Ausschlusskriterien
 - Chronifizierungsstadium
3. Neues und altes Konzept
4. Evaluationsergebnisse und Erfahrungen
5. Zusammenfassung



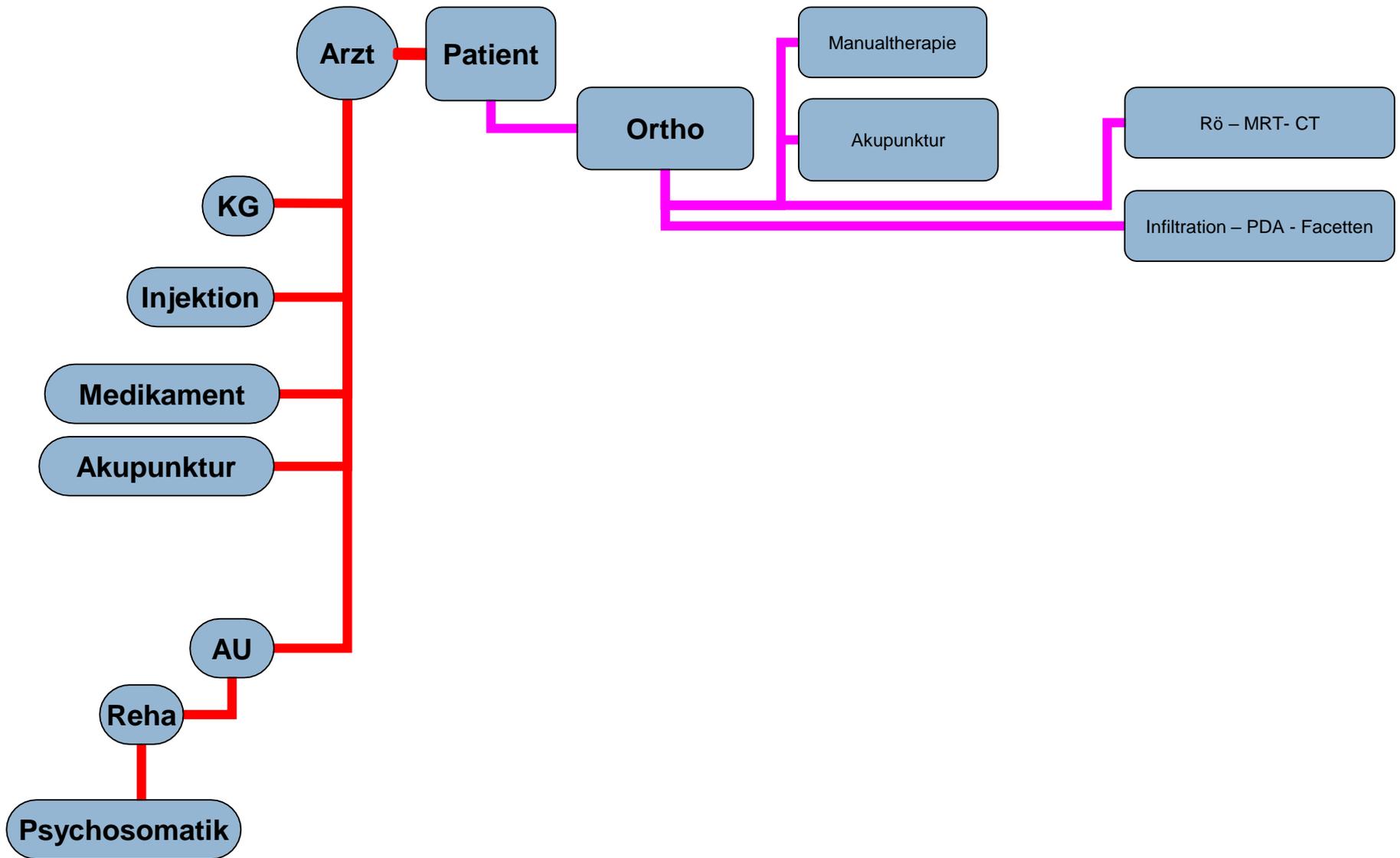
Vielkomponenten Medizin



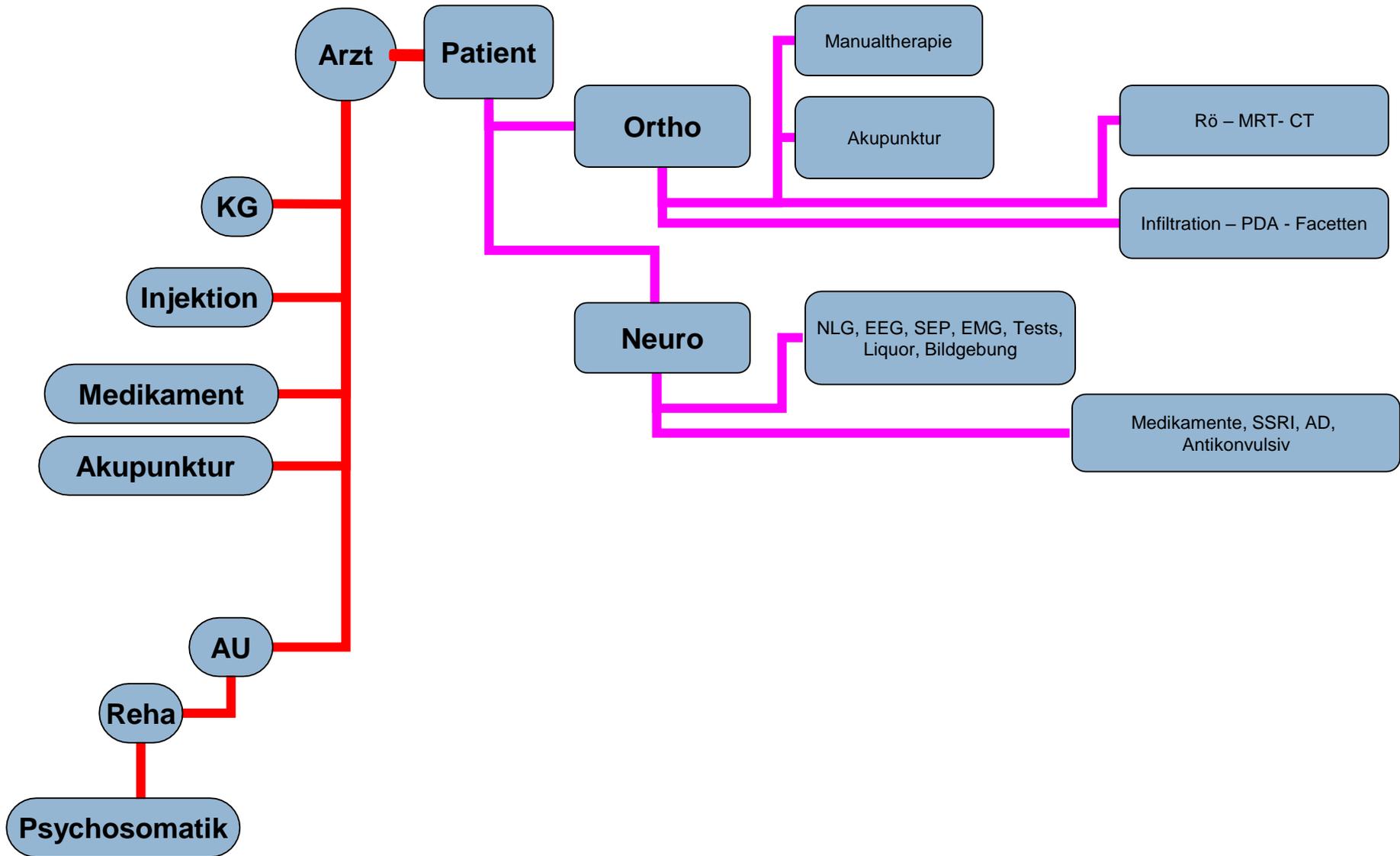
Vielkomponenten Medizin



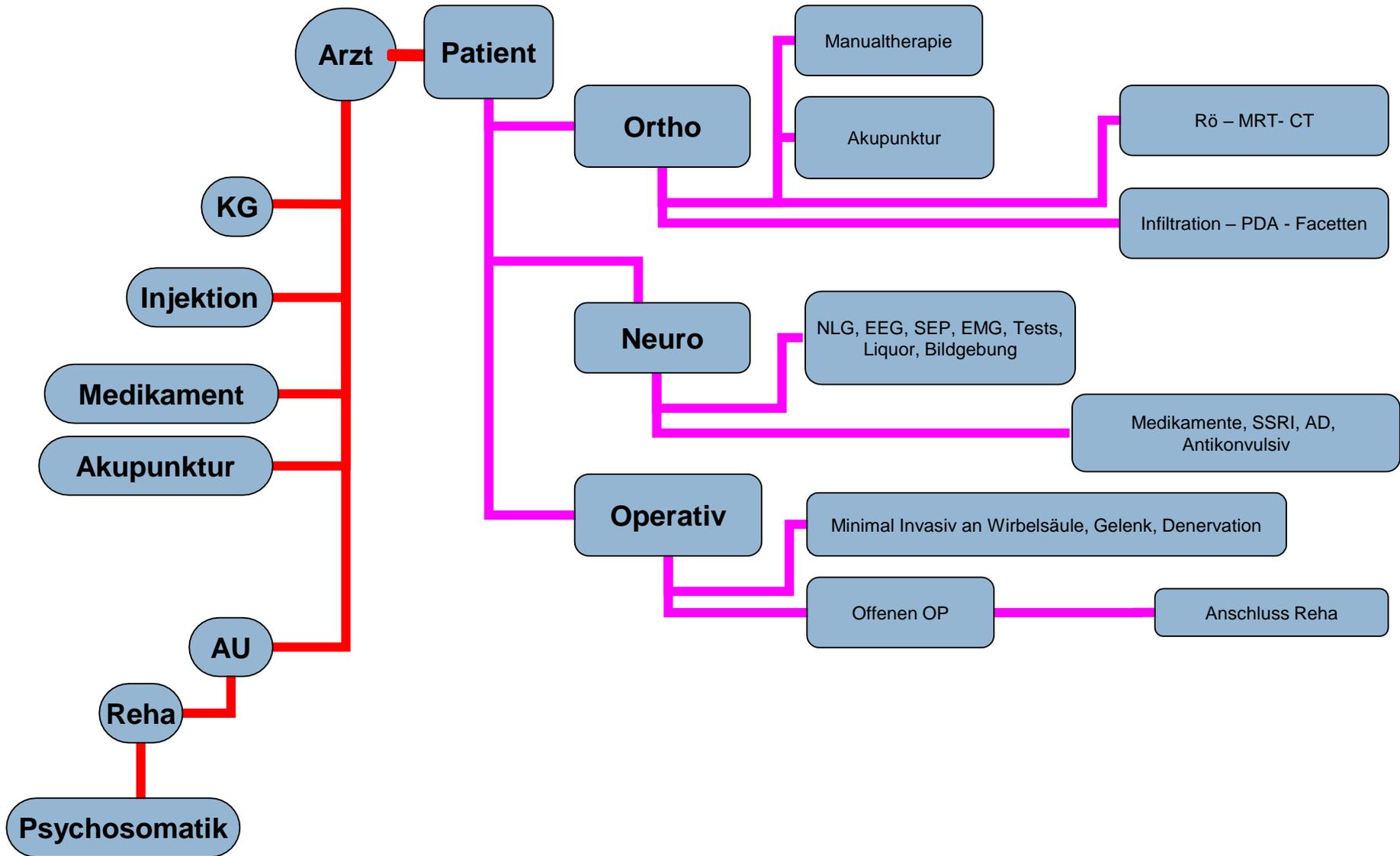
Vielkomponenten Medizin



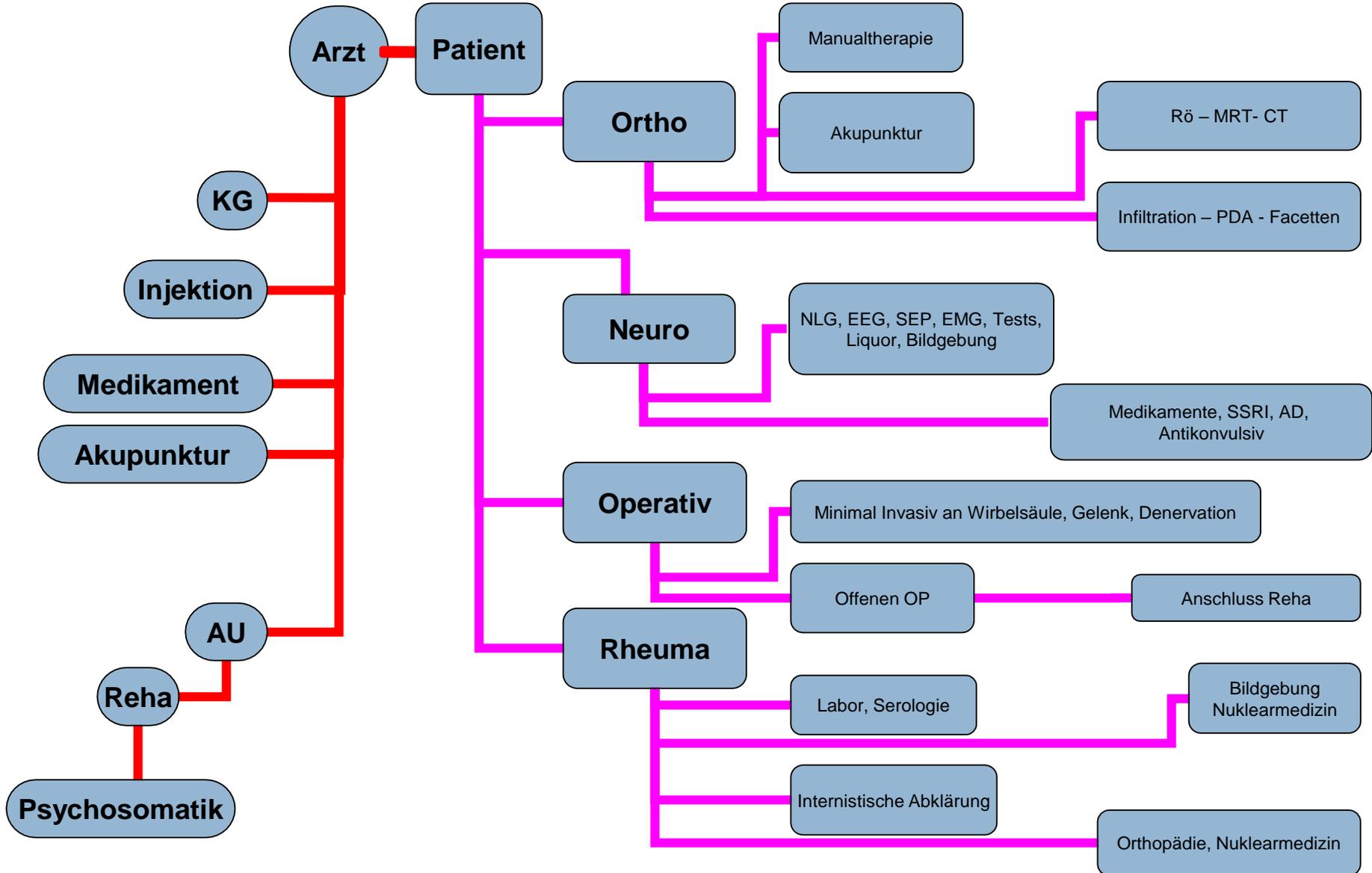
Vielkomponenten Medizin



Vielkomponenten Medizin



Vielkomponenten Medizin



Vielkomponenten Medizin bei Rückenschmerz

Lebenszeitprävalenz : ca. 80%

Nur 10 % suchen einen Arzt auf,
aber dennoch Hauptgrund für Arztbesuch

60% nach
einer Woche
arbeitsfähig

35 %
rezidivierende
Erkrankung

5 %
chronifizierende
Erkrankung

Epidemiologie Rückenschmerz

Es werden 7-12 Jahre zur
Diagnose einer chronischen
Schmerzerkrankung benötigt.
Kosten von
25 Milliarden € pro Jahr

verursachen
ca. 90% aller Kosten

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

Vielkomponenten Medizin

Es werden 7-12 Jahre zur Diagnose einer chronischen Schmerzerkrankung benötigt.

Kosten von 25 Milliarden € pro Jahr

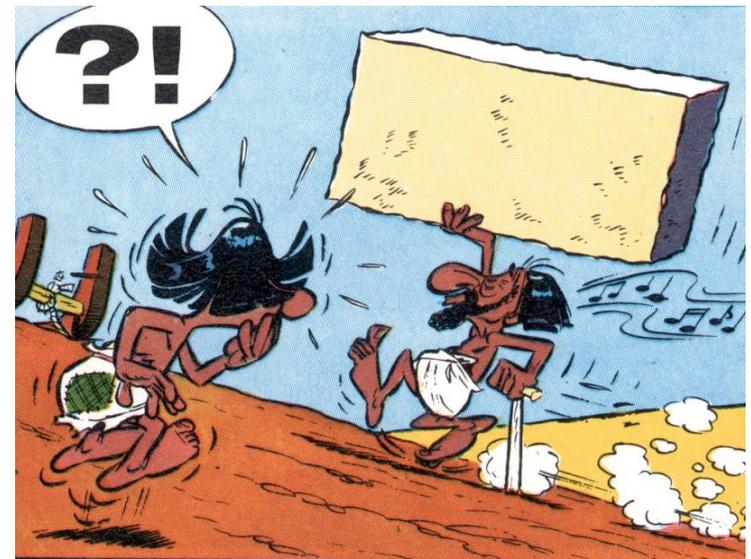
Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie:

- Es werden 100 bis 300 Stunden benötigt,
- mit großen Chancen für berufliche Wiedereingliederung und Lebenszufriedenheit

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

Gemessen wird die Rückkehr zur Arbeit
beim Rückenschmerzpatienten (verglichen mit
Kontrollgruppe)

61 %	Hildebrandt et al. 1996
67 % (vs. 24 %)	Turk et al. 1997
85 % (vs. 39 %)	Mayer et al. 1987
81 % (vs. 29 %)	Hazard et al. 1989
50 % (vs. 24 %)	Culter et al. 1994

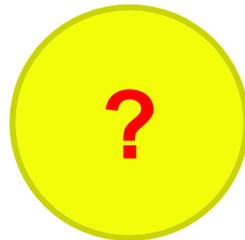


Aktuelle Literaturbeispiele:

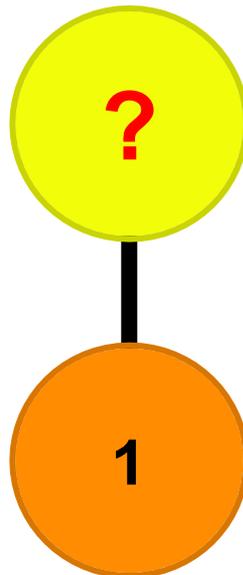
Casser et al. Der Schmerz, Band 26, 2012
Nagel et al. Der Schmerz, Band 26, 2012
Hildebrandt et al. Orthopäde, Band 38, 2009
Arnold et al. Der Schmerz, Band 23, 2009

Multimodale Schmerztherapie
bedeutet
teamorientiertes Vorgehen
und benötigt
eine optimierte Organisationsstruktur.

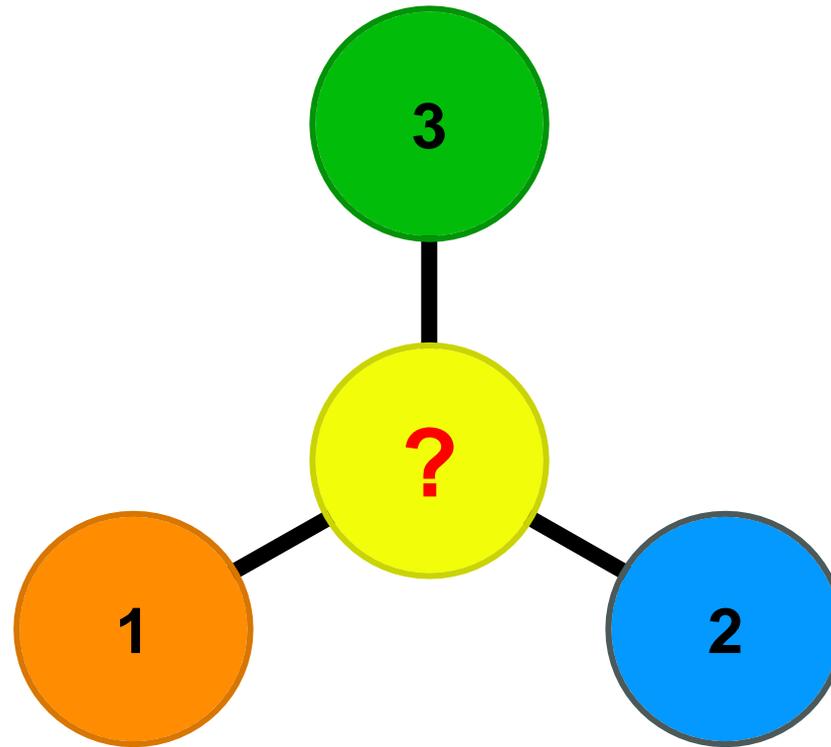
Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie Problemlösung im Team



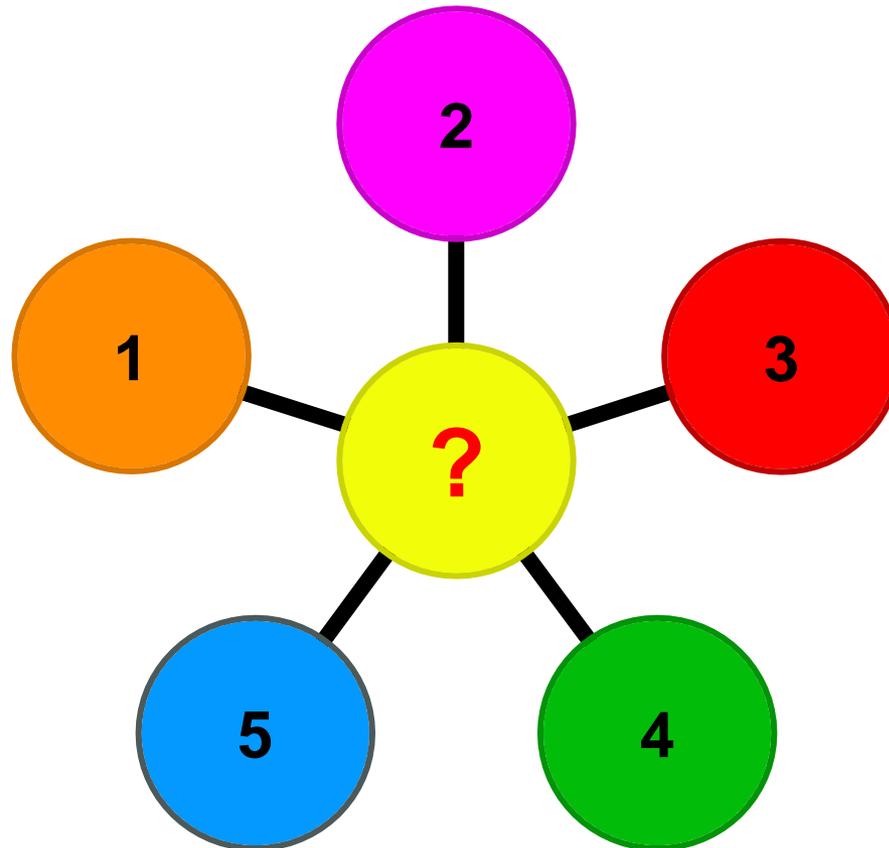
Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie Problemlösung im Team



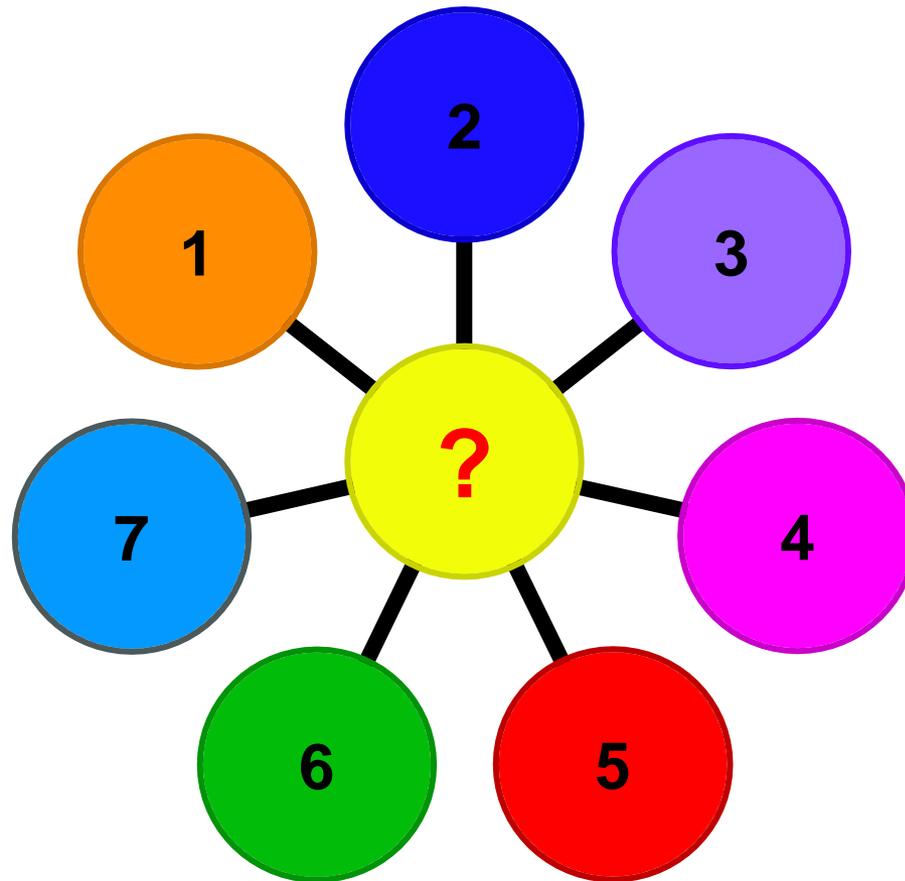
Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie Problemlösung im Team



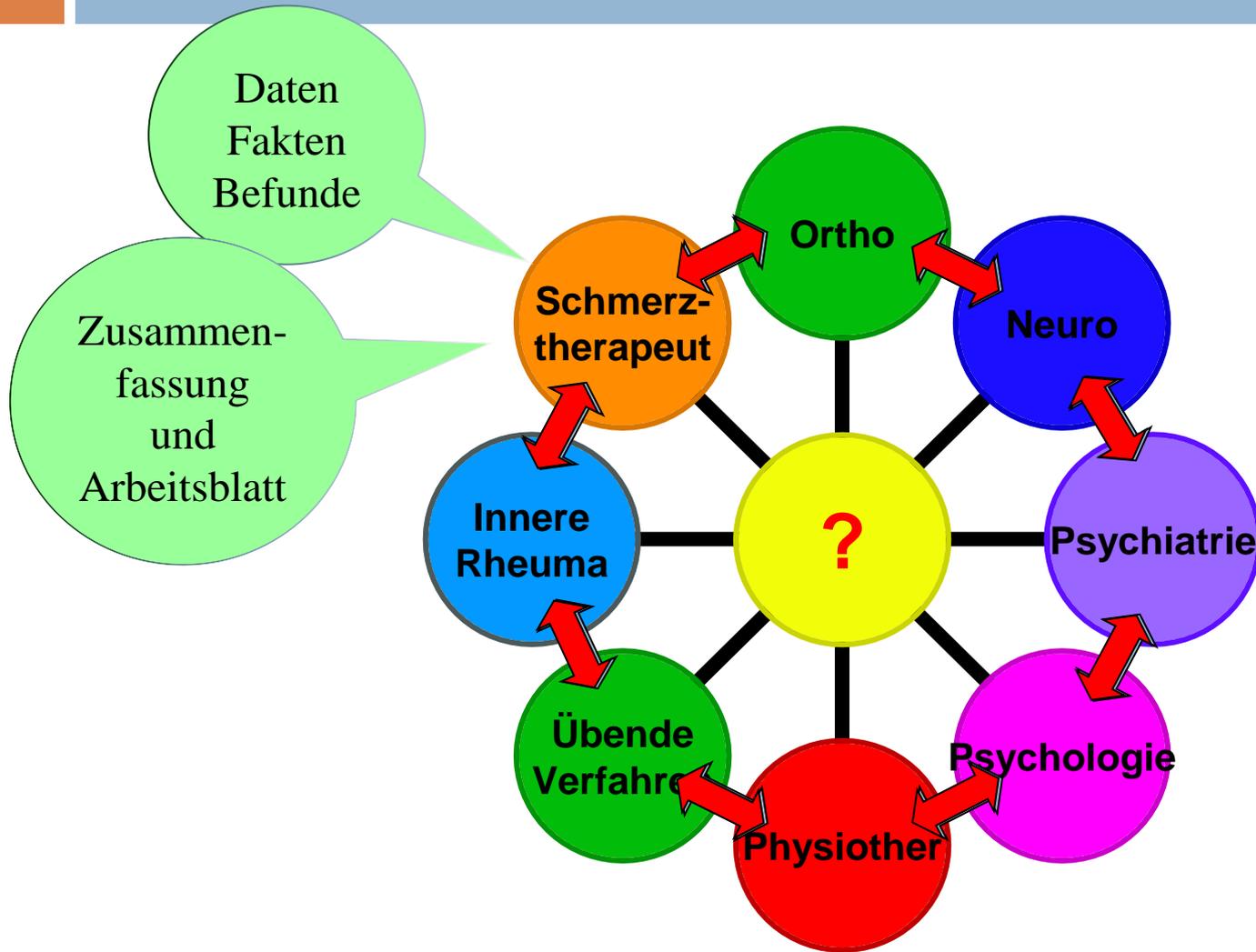
Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie Problemlösung im Team



Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie Problemlösung im Team



Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie Problemlösung im Team

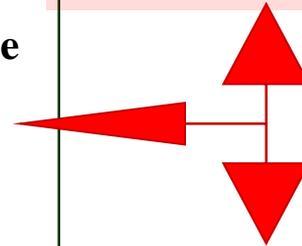


Voraussetzung für die Behandlung - Assessment

Was ist die positive Erwartung des Patienten
Vorwissen über biopsychosoziale Zusammenhänge
Wie ist die in der Regel somatisch orientierte Ausgangslage und das Erklärungsmodell
Den Patienten abholen wo er steht
Was ist Therapiemotiv des Patienten

Chronifizierungsstadien:

- 1. Gruppe:** rezidivierende oder anhaltende Schmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko
Schwierig zu identifizieren
- 2. Gruppe:** Präsentation der manifesten Chronifizierungssymptome als Konsultationsmotiv
Leicht zu identifizieren



Ausschlusskriterien:

Suchtproblematik
Schwere Psychopathologie
Körperliche Belastbarkeit
Sprachlich- intellektuelle Einschränkung
Latenter oder manifester sekundärer Krankheitsgewinn
Rentenbegehren, Entlastung von Erwerbstätigkeit

Aber: Einzelfall bezogene Auseinandersetzung nötig

Praktische Grundsätze

Anamnese und Befund

Funktionsdefizit, Psychische Situation,
Komorbiditäten, positiv formuliertes
Behandlungsziel

Edukation

Schmerzgrundlagen, Bio-Psycho-Soziales
Modell, passive und aktive Rollen,
intrinsische Aktivität

Gruppe

Lernen am Modell, Gruppenkohärenz,
Arbeit am Selbstbild, Freude

Physiotherapie

Dekonditionierung und Schonung
Fear Avoidance, Funktion verbessern,
Spannungen abbauen

Tanzen und Bewegung

Bearbeitung von Rückzug, Berührungsangst

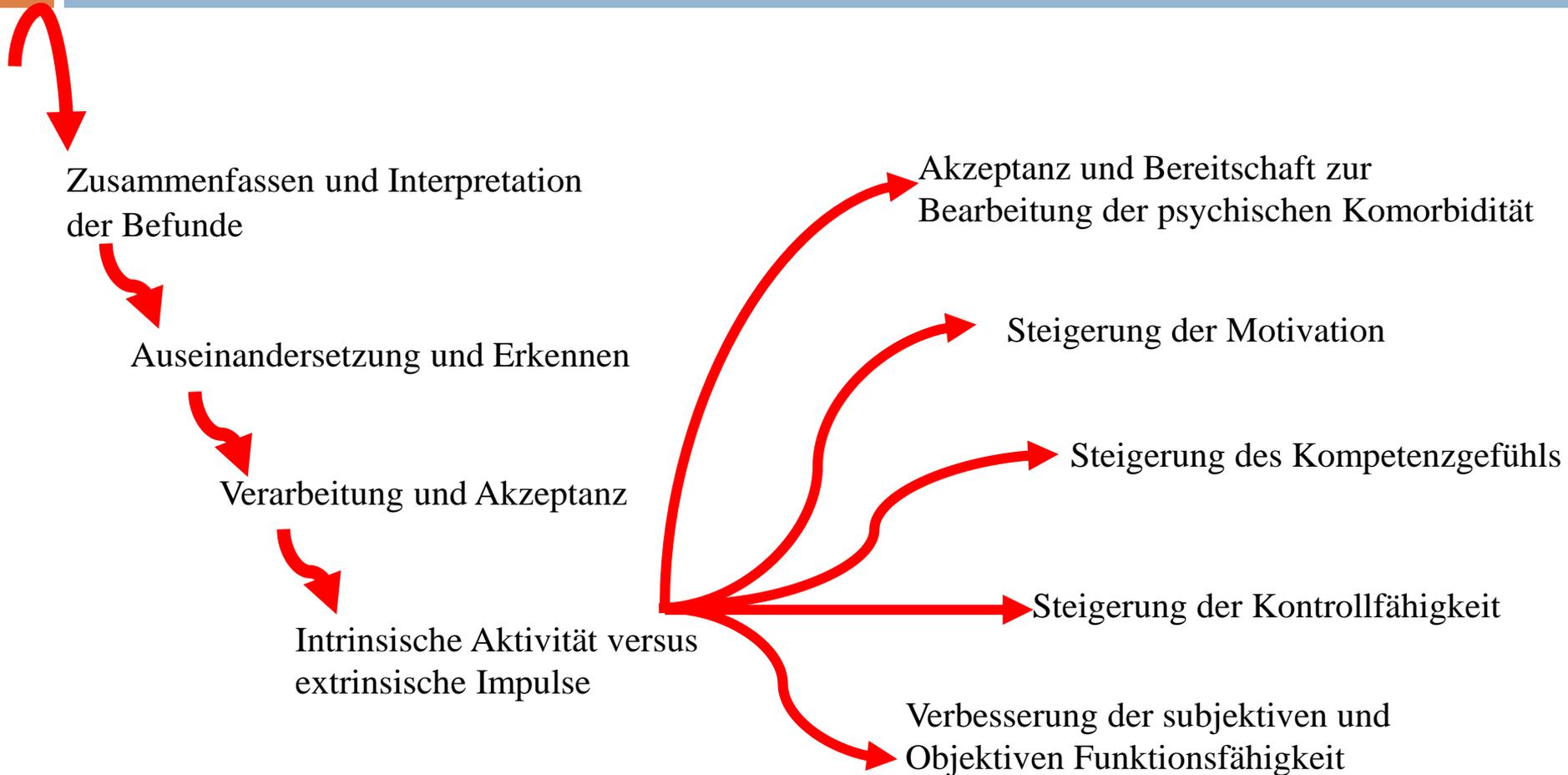
Visite

Kognitiver Ansatz,
Attribution auf eigene Leistung
Überprüfung des positiven Behandlungsziels

Teamsitzungen

Klinische Wirksamkeit nur durch
standardisiertes und transparentes
Gesamtkonzept

Zentrale Aufgabe und Behandlungsziele



Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

7 Tage

74 Zeitstunden (92,5 Einheiten)

8 Therapeuten

Davon :

7 Stunden Assessment

8 Stunden Psychologische Gruppentherapie

4,5 Stunden Edukation

8 Stunden angeleitete Physiotherapie

8 Stunden persönliches Arztgespräch/Visite

1,5 Stunden Teamsitzung

9 Stunden übende Verfahren

Konsile, Aufgabenerarbeitung, Einzelsitzungen

Entlassgespräche

Zeit	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO	
08:00								
09:00	Entlassung durch Schmerztherapeuten Evaluation	Aufnahme Psychotherapeut Ggf. Fachkonsole	Fachkonsole	Schmerztherapie Visite*	Schmerztherapie Einzelvisite, Aufgabebogen	Physiotherapie Eisenstudie Nordic Walking		
10:00								
			Tanz- und Körpertherapie					
11:00		Physiotherapie, Planung, Gebirgs-Einweisung		TENS Schulung Biofeedback			Nordic Walking	
12:00			Physiotherapie	Physiotherapie	Physiotherapie	Schmerztherapie Visite Teamsitzung		
				Physiotherapie				
13:00		Mittagspause						
14:00	Aufnahme Ab 12:00 Schmerztherapeuten Ab 13:30 Psychotherapeuten 14:00 bis 16:00 Physiotherapie Planung	Psychol. Gruppe Entspannung, Selbsterfahrung	Gennt-Team*	Psychol. Gruppe Entspannung, Selbsterfahrung	Psychol. Gruppe Entspannung, Selbsterfahrung	Psychol. Gruppe Entspannung, Selbsterfahrung		
15:00								
16:00			Nordic Walking	Genannt Team Fallkonferenz				Schmerztherapie Einzelvisite
17:00					Physiotherapie Eisenstudie Nordic Walking	TENS Refresher	Evaluation	
18:00		Edukation	Edukation Film	Schmerztherapie Visite			Edukation Film	
19:00								
20:00		Weihnachtsessen						

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie

17Tage

Zeit ab	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
	TE	TE	TE	TE	TE	TE	TE
09:00	Visite	Visite	Visite	Visite	Visite	Visite	Visite
09:30							
10:00	Aufnahme und Assessment	Intervention	Entspannung	Sensomotorik Training	Intervention		
10:30		Physiother.	Ergotherapie	Arbeitsplatz Training	Physiother.	Bewegungsbad Nordic W	Bewegungsbad Nordic W
11:00							
11:30							
12:00	Psychiatrie	Mittagspause					
12:30	Psychosomatik						
13:00	Orthopädie						
13:30							
14:00							
14:30	Physiother. Assessment						
15:00		Edukation:	Team-Sitzung	Psychiatrie/ MTT	Edukation:		
15:30		1. Prinzip			Psychologisch, Fear Avoid		
16:00		2. Interview					
16:30	Kunst	Einzelvisite oder MTT	Einzelvisite oder MTT	Kunst	Entspannung		
17:00							
17:30							
18:00	Abendessen						
	14	13	13	12	12	2	2
Erfüllt OPS 8-918.14 und DRG B47A						SummeTE 68	

Multimodale Schmerztherapie im *STK*

Insgesamt 276 stationäre Patienten, davon männlich 31%, weiblich 69%.

72% der Patienten haben Schmerzen im Bewegungsapparat

ICD 10		Anzahl in %
M 79	Myofaszielles Schmerzsyndrom	38,8
M79.70	Fibromyalgiesyndrom	20,7
M 54	Rückenschmerzen	53,4
M 75	Schulterschädigung	4,4
M48	Spinalkanalstenose	10,2
M 53	Instabilität	14,3
M 41	Skoliose	4,5
M 25.5	Polyarthralgie	6,9

Multimodale Schmerztherapie im *STK*

Allgemeine Schmerzsyndrome und Risikofaktoren

ICD 10		Anzahl in %
R 52.2	Chronischer Schmerz Gerbershagen II/III	100
R 52.9	Panalgesie	6,1
R 3/Z73	Chron. Erschöpfung/Burn out	6,8
R 51	Gesichtsschmerz	2,4
R 35	Imperativer Harndrang	2,3
G 43.1	Migräne	6,5
G 44.3	Posttraumatischer Kopfschmerz	2,9
G 44.2	Spannungskopfschmerz	6,5
G 26.9	Neuropathische Schmerzen	16,3
E 66	Adipositas > 30 BMI	36,7
H 93	Tinnitus	8,1
F 10.2	Alkoholmissbrauch	9,7
F 13	Medikamentenmissbrauch	4,6

Multimodale Schmerztherapie im *STK*

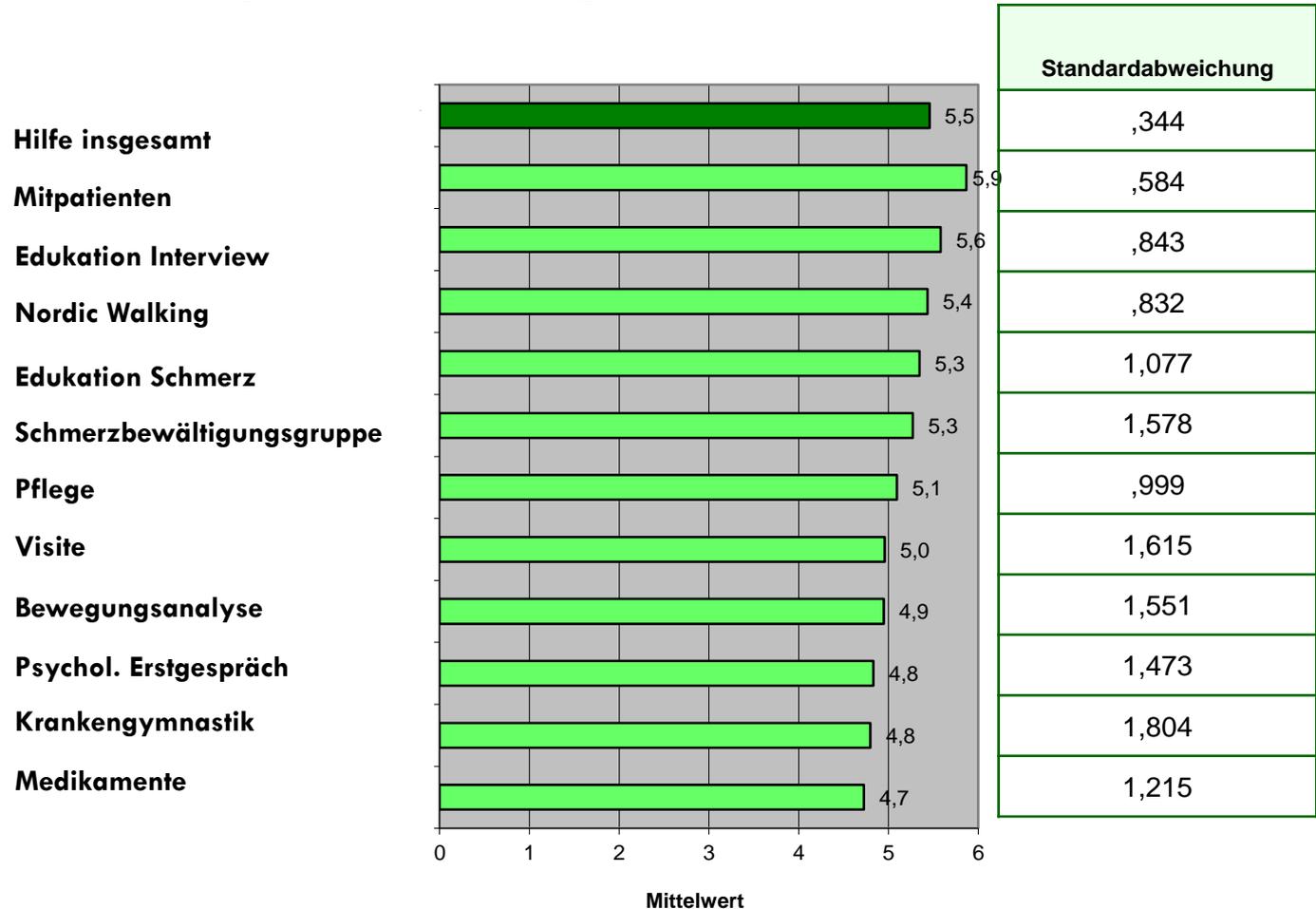
Insgesamt 276 stationäre Patienten, davon männlich 29%, weiblich 69%.

Psychische Faktoren der Schmerzchronifizierung

ICD 10		Anzahl in %
F 32/33	Depression	65,3
F 40	Soziale Phobie	4,1
F 41	Panikstörung	12,2
F 42	Zwangsstörung	2,3
F 43.1	PTB	23,3
	Körperlicher Missbrauch	4,1
	Unfallereignis	2,3
F 45.41	Schmerzstörung mit psych.+ somatischen Anteilen	67,3
F 48	Algogenes Psychosyndrom/Erschöpfung	20,4
F 58.8	Essstörung	10

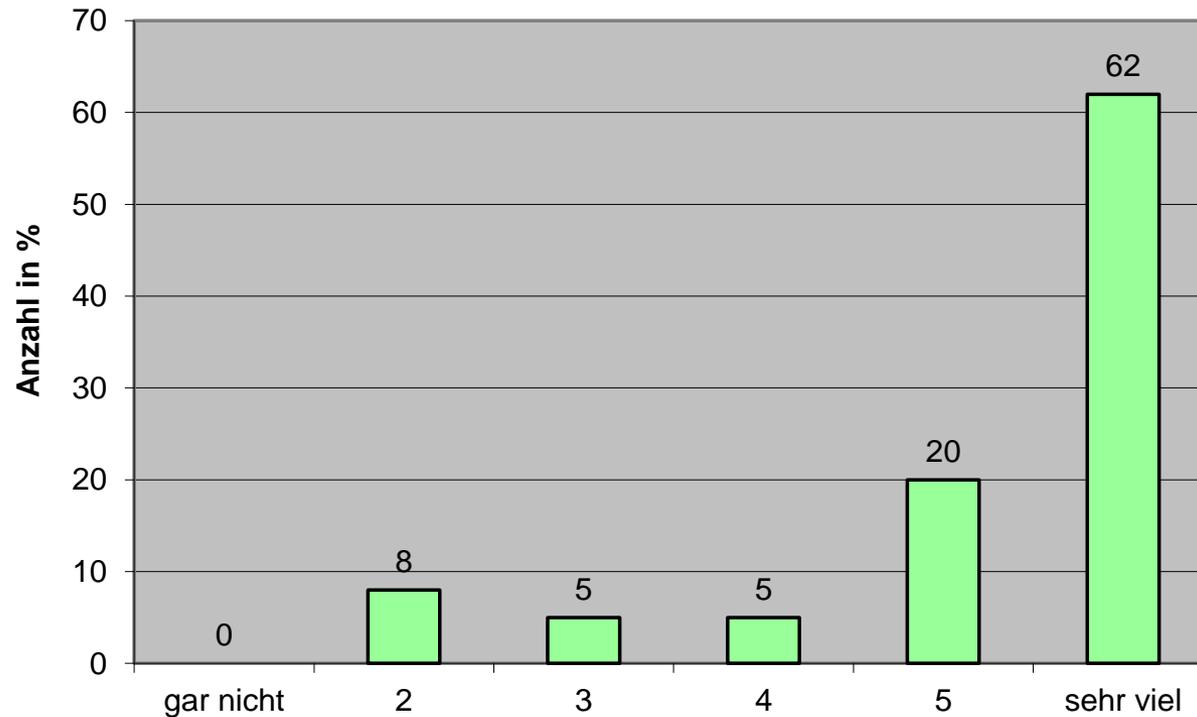
Multimodale Schmerztherapie im *STK*

Wie hilfreich fanden Sie folgende Behandlungselemente?



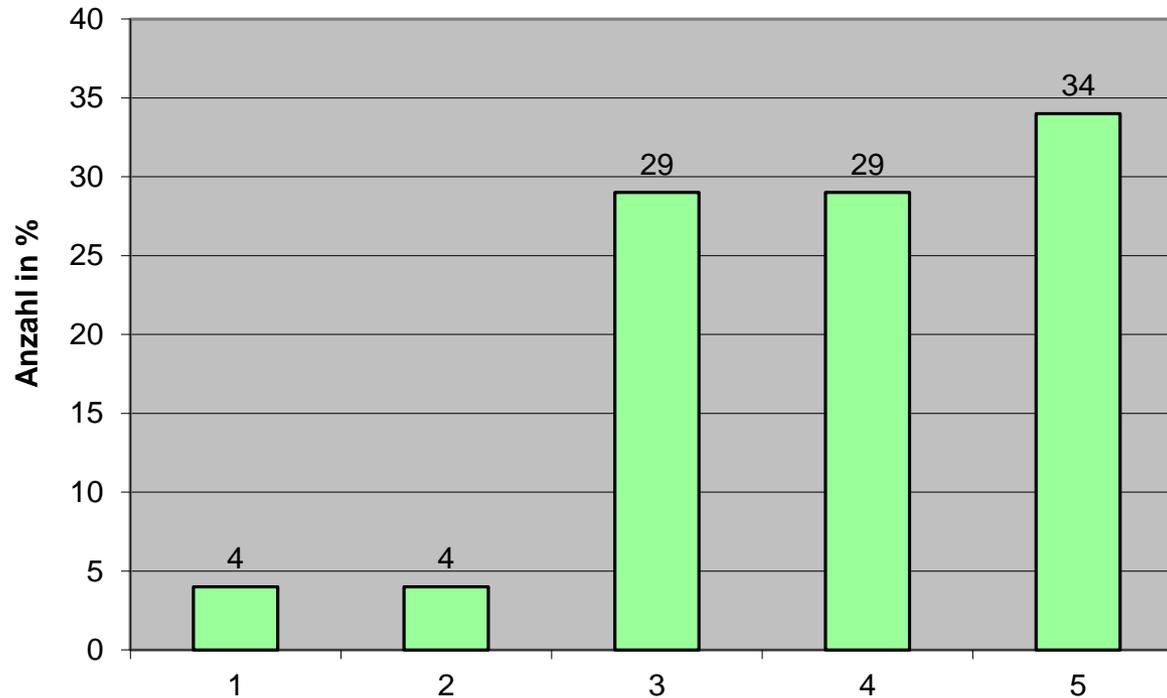
Multimodale Schmerztherapie im *STK*

Wie sehr hat Ihnen die Behandlung insgesamt geholfen?



Multimodale Schmerztherapie im *STK*

Wie zuversichtlich sind Sie, dass sich Ihre Lebensqualität trotz der Schmerzen verbessert?



Zusammenfassung

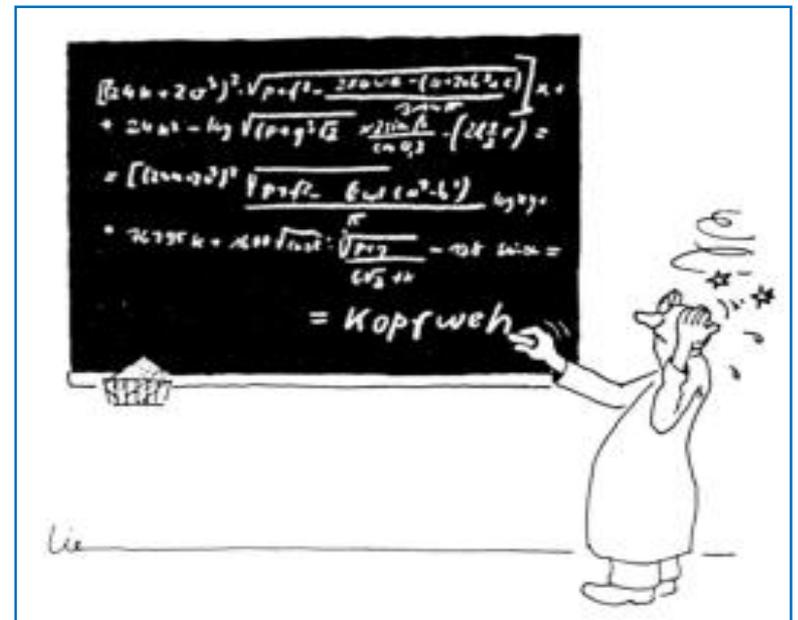
Chronischer Schmerz:

Multimodale Therapiekonzepte sind einer Vielkomponenten-Behandlung überlegen.

Der Langzeiteffekt wurde bereits für Programme ≤ 100 Stunden gezeigt.

Die Wiedereingliederung in das Berufsleben ist ein Beleg für die hohe Wirksamkeit.

Verbesserte Lebensqualität und Steigerung der eigenen Kompetenzen sind eine gute Voraussetzung für folgende Therapieprogramme



Zusammenfassung

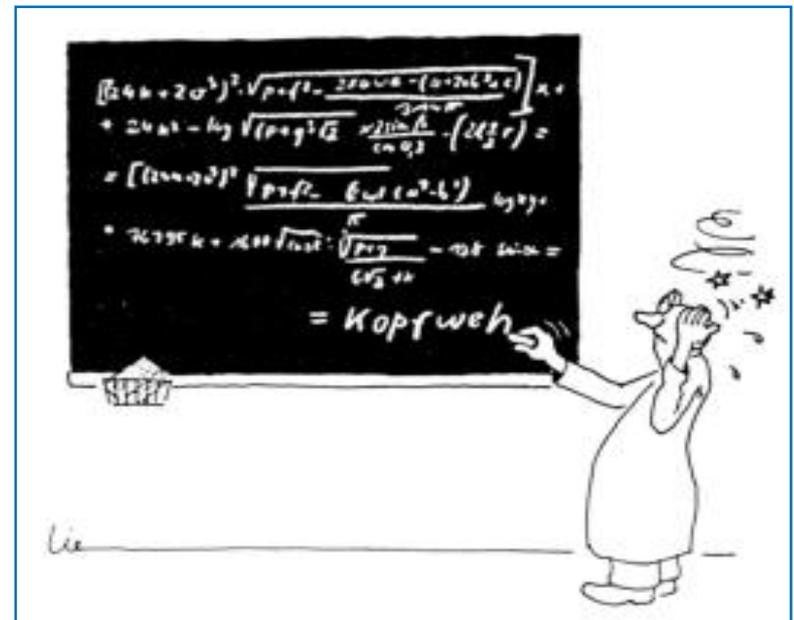
Chronischer Schmerz:

Ist kein akuter Schmerz !

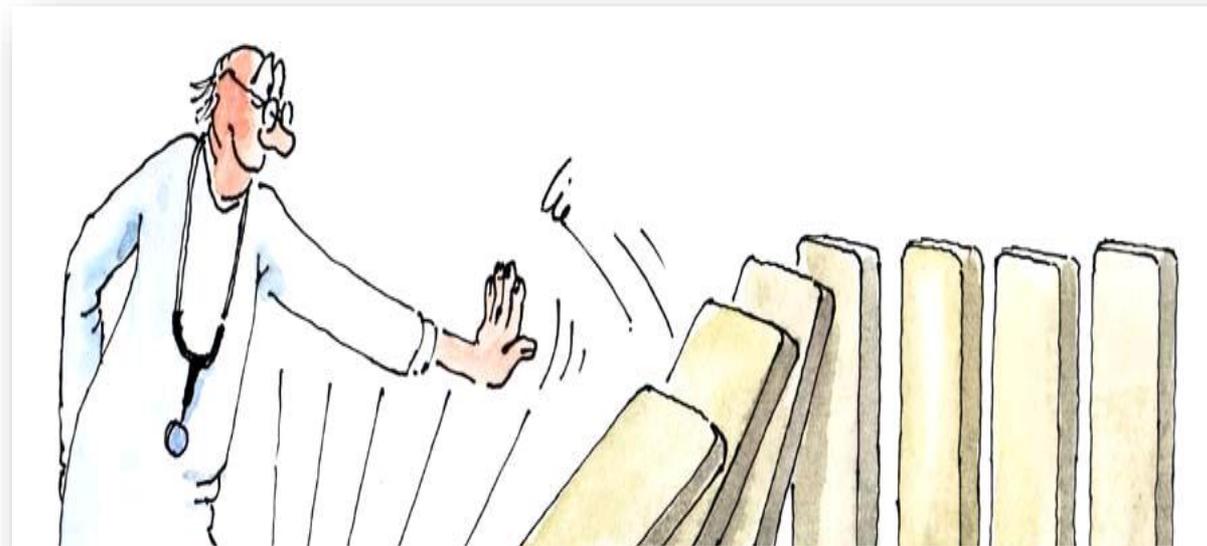
Braucht neben einer Diagnose immer eine Krankheitsbewertung im individuellen Kontext von Partizipation (Teilhabe) und Psycho-sozialen Konsequenzen

Kann entscheidend verbessert werden in strukturierten multimodalen Therapieprogrammen unter Einbeziehung der intrinsischen Aktivität des Patienten

Der Patient bestimmt das Ziel der Behandlung mit!



Vielen Dank für Eure Aufmerksamkeit !



REGIO Schmerznetzwerk

