

Multimodale Therapie für chronische Schmerzen – Konzept und Herausforderung für die Praxis

Dr. rer nat. Ulrike Kaiser
UniversitätsSchmerzCentrum
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Multimodale Schmerztherapie - Vorläufer

Grenzen unimodaler
Behandlungen

- Mayer u Gatchel (1988)
- Van Tulder (1997)

Konzeptionelle Ideen

- Biopsychosoziales Schmerzmodell (Engel, 1977)
- WHO pain rehabilitation goals (Feinberg et al., 2015)

Neue
Behandlungsansätze

- Functional Restoration (Mayer u Gatchel, 1988)
- Operante psychologische Interventionen

Functional Restoration Program (Mayer u Gatchel, 1988)

physical approach

focused on function not on pain; aggressive activating treatment with no passive interventions; recovery of physical function/physical capacity by coordinated exercise of endurance and mobility

occupational approach

focuses on disability management by exercising productive/leisure activities, bridges the gap between physical functioning and psychological issues

psychological approach

cognitive-behavioral approach concerning 1) individual and group counseling emphasizing a crisis-intervention model, 2) family counseling, 3) behavioral stress management training (relaxation techniques, guided imagery, Biofeedback, 4) cognitive-behavioral skills training that includes instruction in assertiveness, rational versus irrational thinking and the management of stress and time

+
physician
nurses

Multimodale Schmerztherapie- Definition in Deutschland

B. Arnold¹ · T. Brinkschmidt² · H.-R. Casser³ · I. Gralow⁴ · D. Irnich⁵ · K. Klimczyk⁶ ·
G. Müller⁷ · B. Nagel³ · M. Pfingsten⁸ · M. Schiltenswolf⁹ · R. Sittl¹⁰ · W. Söllner¹¹

¹ Abteilung für Schmerztherapie, Klinikum Dachau

² Tagesklinik für Schmerztherapie, Klinikum Neuperlach, Städtische Kliniken München

³ DRK-Schmerzzentrum Mainz

⁴ Schmerzambulanz und Schmerz-Tagesklinik, Klinik und Poliklinik für

Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Münster

⁵ Interdisziplinäre Schmerzambulanz, Klinik für Anaesthesiologie,

Klinikum der Universität München

⁶ Interdisziplinäres Schmerzzentrum, m&i-Fachklinik Enzensberg, Hopfen am See

⁷ Rückenzentrum Am Michel, Hamburg

⁸ Ambulanz für Schmerzbehandlung, Zentrum für Anaesthesiologie,

Rettungs- und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Göttingen

⁹ Sektion Schmerztherapie, Stiftung Orthopädische Universitätsklinik, Heidelberg

¹⁰ Interdisziplinäres Schmerzzentrum, Universitätsklinikum Erlangen

¹¹ Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Klinikum Nürnberg

Multimodale Schmerztherapie

Konzepte und Indikation

Multimodale Schmerztherapie- Definition in Deutschland



Multimodale Schmerztherapie- Das zentrale Behandlungsziel

**Wiederherstellung
der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit
(functional restoration)**

mit

**Steigerung der Kontrollfähigkeit und des Kompetenzgefühls
der Patienten**

Multimodale Schmerztherapie- Die Zielpopulation

1. Patienten mit rezidivierenden oder anhaltenden Schmerzen, die sich noch am **Beginn des Chronifizierungsprozesses** befinden, aber ein **erhöhtes Risiko** aufweisen.
Frühzeitige Identifikation notwendig!
2. Patienten, die sich bereits in einem **höheren Chronifizierungsstadium** befinden und bei denen mono- oder multidisziplinäre Behandlung im ambulanten Sektor nicht zum Erfolg geführt hat.

Multimodale Schmerztherapie- Umsetzung einer gemeinsamen Philosophie

- **Kleingruppen von maximal 8 Patienten**
- **Ärztliche Leitung, aber alle Therapieformen u. Disziplinen gleichberechtigt!**
- **Gemeinsame Beurteilung des Behandlungsverlaufs**
- **Regelmäßige Teambesprechungen mit Einbindung aller Therapeuten**

Multimodale Schmerztherapie- Umsetzung einer gemeinsamen Philosophie

Hohe Behandlungsintensität:

- 4 Wochen à ca. 30 Stunden sowie eine folgende Wiederholungswoche (Boosterwoche) → **etwa 150 h**

Regelmäßige Teamsitzungen:

- Tägliche Teamsitzungen von 30 min zu Beginn des Tages
- Wöchentliche Sitzungen zur Besprechung jedes einzelnen Patienten (idR Montags) von 2 h

Strukturiertes Programm mit interdisziplinärem und integrativen Ansatz

Multimodale Schmerztherapie- Geht das?

B. Nagel¹ · M. Pfungsten² · T. Brinkschmidt³ · H.-R. Casser¹ · I. Gralow⁴ · D. Irnich⁵ ·
K. Klimczyk⁶ · R. Sabatowski⁷ · M. Schiltenswolf⁸ · R. Sittl⁹ · W. Söllner¹⁰ · B. Arnold¹¹ ·
für die Ad-hoc-Kommission „Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie der
Deutschen Schmerzgesellschaft“

¹ DRK Schmerz-Zentrum Mainz; ² Ambulanz für Schmerzbehandlung, Zentrum für Anästhesiologie,
Rettungs- und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Göttingen; ³ Abteilung für Interdisziplinäre
Schmerztherapie, Krankenhaus für Naturheilverwesen München; ⁴ Schmerzambulanz und Schmerz-Tagesklinik,
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Münster;
⁵ Interdisziplinäre Schmerzambulanz, Klinik für Anästhesiologie, Klinikum der Universität München;
⁶ Interdisziplinäres Schmerzzentrum, m&i-Fachklinik Enzensberg, Hopfen am See;
⁷ UniversitätsSchmerzCentrum, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden;
⁸ Konservative Orthopädie/Schmerztherapie, Stiftung Orthopädische Universitätsklinik, Universitäts-
klinikum Heidelberg; ⁹ Interdisziplinäres Schmerzzentrum, Universitätsklinikum Erlangen;
¹⁰ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und Interdisziplinäre Schmerztagesklinik,
Klinikum Nürnberg; ¹¹ Abteilung für Schmerztherapie, Klinikum Dachau

Struktur- und Prozessqualität multimodaler Schmerztherapie

Ergebnisse einer Befragung von
schmerztherapeutischen Einrichtungen

23 Einrichtungen

- 10x Bayern
- 6x Rheinland-Pfalz
- 1x Baden-Württemberg
- 1x Berlin
- 1x Brandenburg
- 1x Niedersachsen
- 1x NRW
- 1x Sachsen
- 1x Thüringen

Multimodale Schmerztherapie- Es geht!

Struktur- und Prozeßqualität

Nur teilstationäre Plätze	74%	
Teil- und vollstationäre Plätze	9%	
Nur stationäre Plätze	13%	
Gruppentherapie	100%	
Gruppengröße	8-12 Pat.	Ø 8 (74%)
Geschlossene Gruppen	74%	
Standard. Therapiepläne	100%	
Standard. Dokumentation	100%	
Tgl. Teamsitzungen	57%	
Offene interdisz. Schmerzkonferenz	100%	
Ärztl. Leitung mit ZQ „Spez. Schmerztherapie“	100%	
Schmerzpsychotherapie	57%	
Sozialdienst (mind. in Kooperation)	74%	
Kunsttherapie	52%	
Arzt/Psychologe/Physiotherapeut während der gesamten Therapiezeit anwesend	100%	

Zu Beginn 6 Wochen vor Aufnahme:

- Ärztliche
(schmerztherapeutische)
Anamnese
- Psychotherapeutische
Anamnese
- Standardisiertes
psychologisches Interview
zur Klassifikation von
psychischen Störungen
(SKID, DIA-X, DIPS...)
- Entscheidung über
Indikation Tagesklinik**

Bei Aufnahme/Indikation:

- Orthopädische Anamnese
- Neurologische Anamnese
- Sportmedizinische Anamnese
- Notwendige zusätzliche
Diagnostik

Im Vorfeld der Aufnahme

Zu Beginn der Therapie:

- Physiotherapeutischer
Status

Multimodale Schmerztherapie- So sieht es aus:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.00	8.15 Eintreffen der Pat. 8.30 Begrüßung durch das Team der Tagesklinik 8.45 – 9.30 Frühstück	8.15 Eintreffen der Pat. 8.20 – 9.00 Frühsport 9.00 – 9.30 Frühstück	8.15 Eintreffen der Pat. 8.20 – 9.00 Frühsport 9.00 – 9.30 Frühstück	8.15 Eintreffen der Pat. 8.20 – 9.00 Frühsport 9.00 – 9.30 Frühstück	8.15 Eintreffen der Pat. 8.20 – 9.00 Frühsport 9.00 – 9.30 Frühstück
9.00	9.30 – 9.55 Patientengesprächsrunde mit Therapeuten	9.30 – 11:00 Fertigkeitentraining/ Wochenrückblick	9.30 – 11.00 Basisgruppe	9.30 – 11.00 Basisgruppe	9.30 – 10.15 Atemtherapie/ Körperwahrnehmung
10.00	10.00 – 11.15 Kennenlernrunde				10.30 – 11.15 Physiotherapie
11.00					
11.15	11.45 – 12.45 Physiotherapie	11.15 – 12.45 Physiotherapie	11.15 – 12.45 Physiotherapie Ausdauer	11.15 – 12.45 Physiotherapie	11.15 – 12.45 Physiotherapie Einzeltherapie lt. Plan
13.00 – 13.30	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
13.30	13.30 -15.00 Einzeltherapie lt. Plan/ PT Eingangsbefund	13.30 – 15.00 Einzeltherapie lt. Plan/ PT Eingangsbefund	13.30 – 14.30 Entspannung	13.30 – 15.00 Einzeltherapie lt. Plan	13.30 – 14.30 Entspannung
15.00-16.15	15.00 – 16.15 Ergotherapie / Einzeltherapie	15.15 – 16.15 Atemtherapie/ Körperwahrnehmung	14.45 – 16.15 Information Konzept	15.00 – 16.15 Ergotherapie/ Einzeltherapie	15.00 – 16.15 Einzeltherapie lt. Plan

Multimodale Schmerztherapie- Inhalte



Passiv, inaktiv, schonend

Fear avoidance

Exzessives Schonend und
exzessive Überforderung

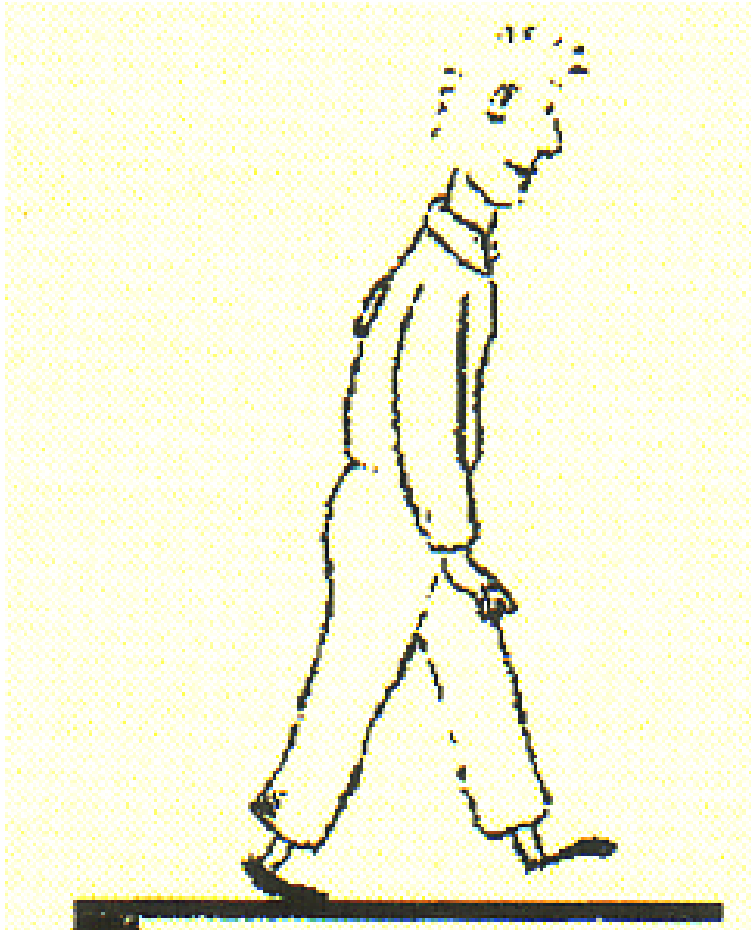
Einengung auf den Schmerz

Rückzug

Kognitive Bewältigungen
(Katastrophisierung, Angst,
Depression)

Psychosoziale
Belastungsfaktoren

Multimodale Schmerztherapie- Inhalte



- Erweitertes
Krankheitsmodell
- Eigenverantwortlicher
Umgang mit dem Körper
- Wiederherstellung der
körperlichen
Leistungsfähigkeit
- Wiederherstellung von
Lebensqualität
- Reintegration in einen
zufriedenstellenden Alltag
- Functional Restoration

Die Therapieziele der Multimodalen Behandlung

- Aufbau eines veränderten psychosomatischen Krankheitsmodells
- Beibehaltung und Ausbau körperlicher Aktivität (auch Entspannung)
- Beibehaltung und Ausbau sozialer Aktivität
- Veränderte Belastungsgestaltung durch Selbstbeobachtung und Lösungsansätze incl. Entspannung
- Reduktion schmerzbezogener Ängste und Beeinträchtigungserleben
- Akzeptanz von Unveränderlichem
- Entwicklung von Perspektiven der Lebensgestaltung mit Schmerz

Multimodale Schmerztherapie- Inhalte

Universitätsklinik

Vermittlung eines
Biopsychosozialen
Krankheitsmodells (ALLE
Faktoren)

Motivierung zu längerfristiger
Verhaltensänderung

Wahrnehmungsförderung für
Grenzen, Gefühlen, Bedürfnisse
und Ressourcen

Entwicklung neuer
Perspektiven

Pünktliche
Einnahme der
Medikamente

Lernen sich
zu entspannen

Aktivitäten
zeitlich
einteilen

Sich
körperlich in
Form bringen

Wut auf den
Schmerz

Ziele
setzen

Akzeptieren
des Schmerzes

Multimodale Schmerztherapie- Wirksamkeit

Schütze et al. Schmerz 2009 Gruppen	→ gemischte
Pöhlmann et al. Schmerz 2008 Gruppen	→ gemischte
Moradi et al. Clin J Rheumatol 2012	→ Rückenschmerzen
Tavafian et al. Clin J Pain 2011	→ Rückenschmerzen
Nagel et al. Orthopäde 2008	→ Rückenschmerzen
Arnold et al. Schmerz 2008	→ Fibromyalgie
Gaul et al. J Headache Pain 2011	→ Kopfschmerzen
Gunreben-Stempfle et al. Headache 2009	→ Kopfschmerzen
Mattenklodt et al. Schmerz 2008	→ Senioren
Hechler et al. Clin J Pain 2009	→ Jugendliche

Schmerz 2009 · 23:609–617
DOI 10.1007/s00482-009-0827-0
Online publiziert: 9. September 2009
© Deutsche Gesellschaft zum Studium
des Schmerzes. Published by Springer
Medizin Verlag - all rights reserved 2009

A. Schütze¹ · U. Kaiser¹ · U. Ettrich^{1,2} · K. Große¹ · G. Goßrau^{1,3} · M. Schiller¹ ·
K. Pöhlmann⁴ · K. Brannasch^{1,5} · R. Scharnagel^{1,6} · R. Sabatowski^{1,6}
¹ Universitäts SchmerzCentrum, Universitätsklinikum „Carl Gustav Carus“,
Technische Universität Dresden
² Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Universitätsklinikum Dresden
³ Klinik und Poliklinik für Neurologie, Universitätsklinikum Dresden
⁴ Klinik für Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Dresden
⁵ Universitäts PhysiotherapieZentrum, Universitätsklinikum Dresden
⁶ Klinik für Anaesthesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinikum Dresden

Evaluation einer multimodalen Schmerztherapie am Universitäts- SchmerzCentrum Dresden

Multimodale Schmerztherapie- Wirksamkeit

- verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie
- körperliche Aktivierung, Entspannung
- arbeitsplatzbezogenes Training
- Ergotherapie, Sozialberatung
- spezielle Schmerztherapie



Multimodale Schmerztherapie-Wirksamkeit

Tab. 3 Soziodemografische Daten zu Therapiebeginn (n=189)

Alter		
Minimum	22 Jahre	
Maximum	69 Jahre	
Mittelwert	49,3 (SD=10,4)	
	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht		
Männlich	43	23
Weiblich	146	77
Schulabschluss		
Kein Abschluss	2	1
Hauptschulabschluss	35	19
Realschulabschluss	95	51
Abitur	7	4
Hochschulabschluss	47	25
Erwerbs-/Arbeitstätigkeit		
Voll erwerbstätig	54	29
Teilzeitbeschäftigt	17	9
Nicht erwerbstätig	35	19
Arbeitslos	38	20
Arbeitsunfähig	25	13
Sonstiges	19	10

Tab. 4 Chronifizierungsstadium, somatische Diagnose und psychische Komorbidität

	Häufigkeit	Prozent
Chronifizierungsstadium		
Stadium I	22	12
Stadium II	64	35
Stadium III	95	53
Somatische Hauptdiagnose		
Rückenschmerzen	94	50
Kopfschmerzen	32	17
Andere Schmerzen	63	33
Psychische Komorbidität		
Affektive Störungen	61	36
Angststörungen	40	24
Somatoforme Störungen	146	86
Andere Störungen	19	11
Anzahl psychischer Diagnosen		
Keine Diagnose	16	9
1 Diagnose	58	34
2 Diagnosen	35	21
3 Diagnosen	28	17
4 und mehr Diagnosen	33	19

Multimodale Schmerztherapie- Wirksamkeit

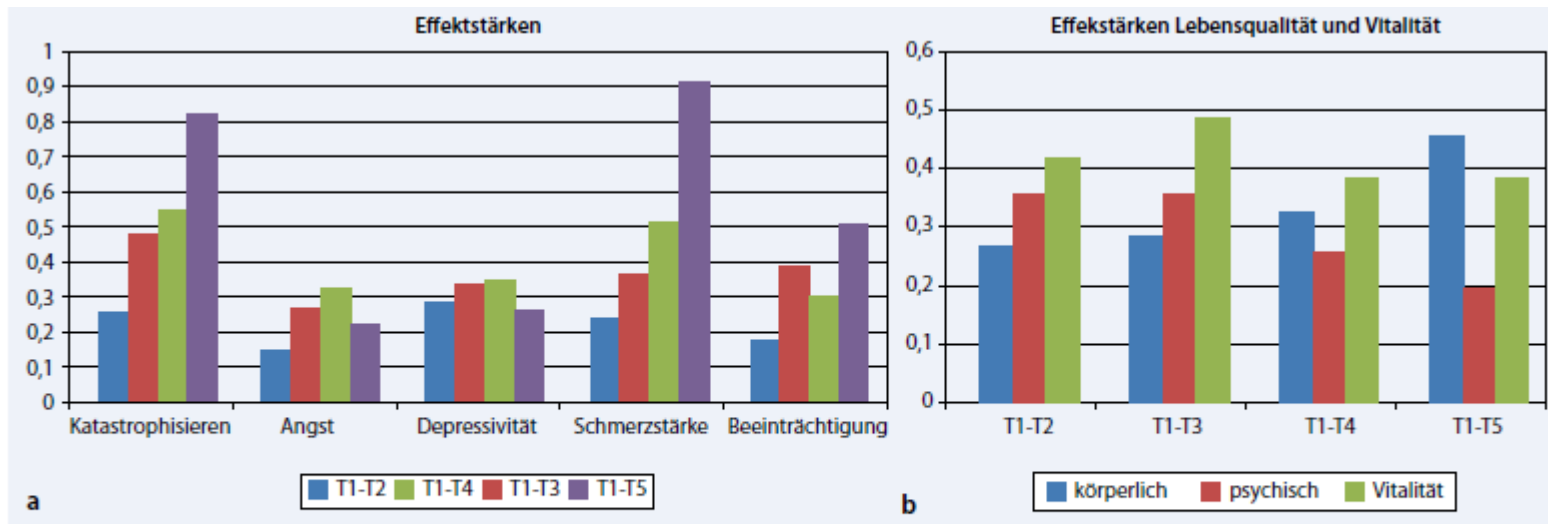
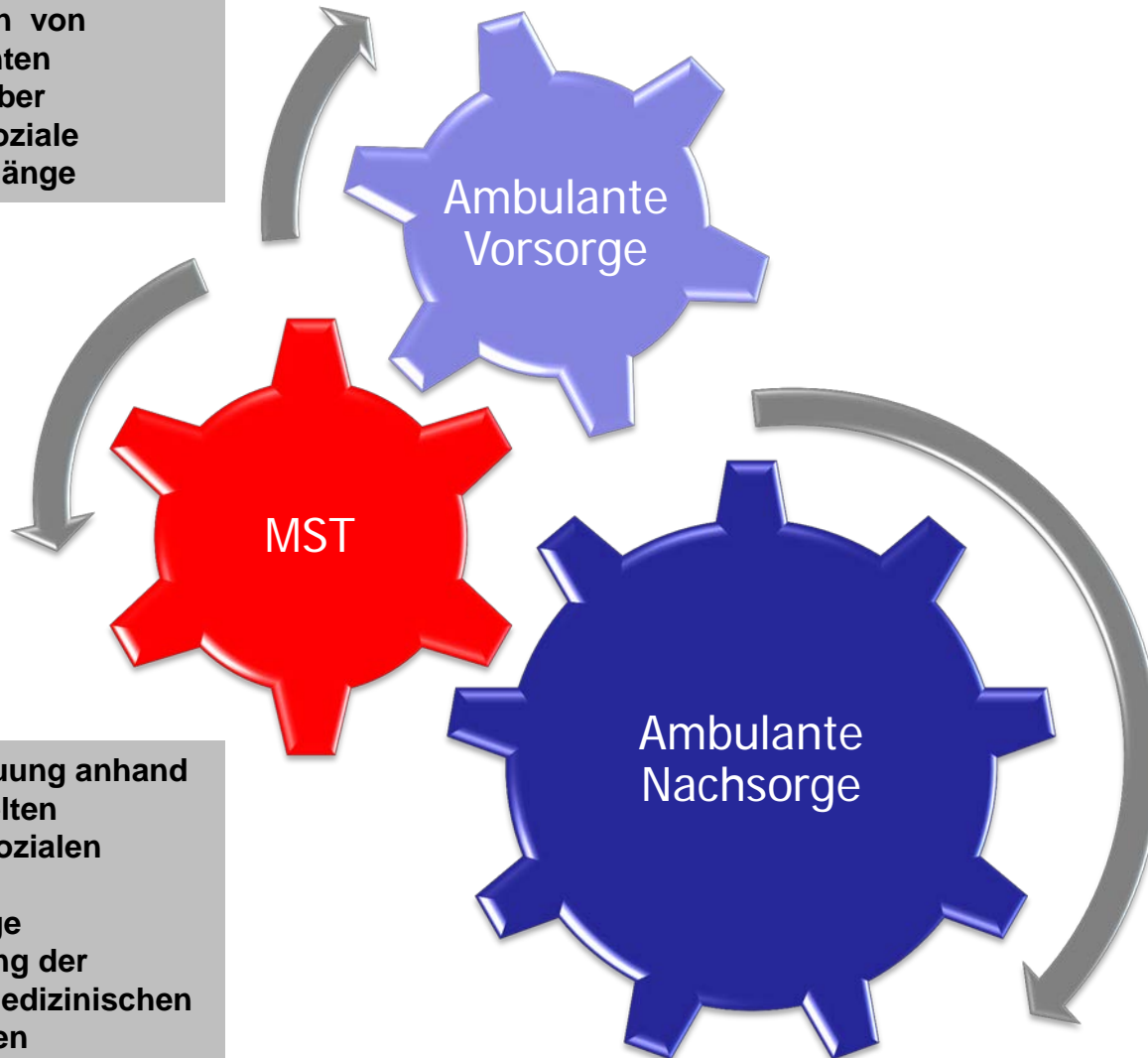


Abb. 1 ▲ Effektstärken der Gesamtstichprobe n=188 (T1-T2); n=156 (T1-T3); n=99 (T1-T4); n=37 (T1-T5). Alle Signifikanzniveaus $p \leq 0,01$. **a** Katastrophisieren (CSQ), Angst und Depressivität (HADS-D), durchschnittliche Schmerzstärke (NRS), schmerzbedingte Beeinträchtigung (PDI). **b** Körperliche Lebensqualität (SF-36), Vitalität (SF-36)

Multimodale Schmerztherapie- Schnittstellen für die ambulante Versorgung

- Identifikation von Risikopatienten
- Edukation über biopsychosoziale Zusammenhänge



- Weiterbetreuung anhand des vermittelten Biopsychosozialen Modells
- Engmaschige Unterstützung der verhaltensmedizinischen Zielstellungen

Multimodale Schmerztherapie- Gewinn und Grenzen für Therapeuten und Patienten

- Filterfrage (Partner i/n) bei sexuell Fragen
- positiver Effekt der Gruppe (andere Schmerzpatienten)
- Beschränkung auf Hauptschmerz ungünstig
 - ↳ "neue" Schmerzen auf-
"getreten" (-art, -ort)
- statt 0-10 lieber 0-4?
(überschaubarer)
- Leiden wird auch von der Schmerzdauer bestimmt
- als Reha-programm
- Dauermedikation beeinfl.
u/od. Akutmedikation
Schmerzemfinden
 - ↳ danach fragen!
- Fragebögen (Schlaf) differenz.
(Einschlaf-vs. Durchschlafstör.)
- Einschränkungen differenz Beitrag vs. PAIN OFFICE privat

- Kognitive Testung informativ
- Erwartung: individuelle
Behandlungen
- Kompliment für Frau Gasch
- Fragebögen bei mehreren
Schmerzen schwierig
(nur 1 Hauptschmerz mögl.)
- Vorteil durch Gruppe
- nach Booster nochmal 1-2 Tage
(1 Jahr?)
- Ansprechpartner nach Therapie
- Orthopäde fehlt (nur kurzer
Kontakt)
- Therapie zu kurz
- Fragebögen lieber kürzer, dafür öfter
↳ Wiederholungen!?
- wertvolle 4 Wochen (insb. Kombi
Körper + Psyche)
- PAIN OFFICE privat

Multimodale Schmerztherapie- Gewinn und Grenzen für Therapeuten und Patienten

Gewinn für die Patienten

- ganzheitliche Sicht auf die Beschwerden
- die Gruppe als Wirkfaktor
- Veränderung von Sicht auf Erkrankung
- Veränderung der Bewältigung

Gewinn für die Therapeuten

- ganzheitliche Sicht auf die Beschwerden
- die Gruppe als Wirkfaktor
- Entlastung der eindimensionalen Möglichkeiten einer einzelnen Therapeutendisziplin
- Wirkfaktor Team
- Verstandene Patienten
→Einsichtsfähigkeit ist deutlich erhöht

Grenzen für die Patienten

- Keine adäquate Nachbetreuung flächendeckend
- Das System ist noch nicht auf demselben Stand (Biopsychosoziales Modell)

Grenzen für die Therapeuten

- Zeitlicher Rahmen ist sehr begrenzt
- Nachbetreuung ist in der Verantwortung anderer (oft anderes Modell oder anderer Ansatz)
- Wenig Verständnis bei Kollegen außerhalb des multimodalen Settings

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

