

Schmerz 2024 · 38:48–50  
<https://doi.org/10.1007/s00482-023-00772-z>  
 Angenommen: 15. November 2023  
 Online publiziert: 11. Dezember 2023  
 © The Author(s), under exclusive licence to  
 Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
 Springer Nature 2023



# Integrativ- komplementärmedizinische Therapie – eine sinnvolle Option in der Behandlung des CRPS?

R. Sabatowski<sup>1,2</sup> · R. Scharnagel<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> UniversitätsSchmerzCentrum, Universitätsklinik und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

<sup>2</sup> Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie, Universitätsklinik und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Dresden, Deutschland

## Leserbrief zu

Gabriel T, Klose P (2023) Komplementäre Verfahren in der Behandlung des komplexen regionalen Schmerzsyndroms. Schmerz 37:330–335. <https://doi.org/10.1007/s00482-023-00724-7>

Im Schwerpunktheft zum Thema Komplementärmedizin in der Behandlung von Schmerzen widmen sich T. Gabriel und P. Klose in ihrem Beitrag dem Stellenwert der Komplementärmedizin in der Behandlung des komplexen regionalen Schmerzsyndroms [1]. Auf der Grundlage des Vorliegens eines oftmals komplexen Störungsbilds und der daraus resultierenden Empfehlung wird in der bis 2023 gültigen S1-Leitlinie „Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS)“, die auch von den Autoren des Beitrags zitiert wird, eine abgestufte, aber in der Regel multimodale Therapie empfohlen: „Die Therapie sollte immer eine Kombinationstherapie aus nicht medikamentösen und medikamentösen Maßnahmen sein“ [2]. Soweit kann den einleitenden Worten von T. Gabriel und P. Klose uneingeschränkt gefolgt werden. Auch dass die Nachfrage vonseiten der Patienten nach nicht schulmedizinischen Behandlungsansätzen hoch ist, ist unbestritten [3]. Schwierig wird es aber, wenn die Autoren als Voraussetzung („im besten Sinn“) das „multiprofessionelle Team“, das oftmals die Grundlage einer multimodalen Therapie darstellt, als

Team definieren, welches „integrativmedizinisch arbeitet“, und im selben Atemzug die Integrativmedizin als „leitliniengerecht sowohl konventionell als auch mit naturheilkundlich-komplementären Optionen“ beschreiben [1]. Diese Beschreibung nehmen sie in der Folge als Basis dafür, zu behaupten, dass eine in der deutschen S1-Leitlinie geforderte „möglichst frühzeitig ... multidisziplinäre Therapie“ im stationären als auch im ambulanten Bereich nur/überwiegend (?) „integrativmedizinisch tätige Kliniken ... bestens“ erfüllen [1, 2]. Belegt wird diese Aussage mit den Ergebnissen einer retrospektiven Beobachtungsstudie an 49 Patienten mit der Diagnose eines CRPS aus den USA [4]. Bei diesen 49 Patienten, die das gesamte 4-wöchige interdisziplinäre Programm durchlaufen hatten, konnte eine signifikante Verbesserung vieler gemessener Faktoren zum Entlasszeitpunkt und ca. 1 ½ Monate nach Beendigung der Therapie demonstriert werden. Das Behandlungsprogramm innerhalb der 4 Wochen war umfangreich und bestand u. a. aus Physio- und Ergotherapie, Schmerzpsychotherapie, Entspannungsverfahren, Biofeedback, Edukation sowie Management der medikamentösen Therapie. Ein kleiner Anteil der Therapie bestand darüber hinaus aus einer sogenannten „pool therapy“ [4]. Abgesehen von der insgesamt sehr kleinen Teilnehmeranzahl und der kurzen Nachbeobachtungszeit werden die Therapieergebnisse in der Arbeit keinem der



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

unterschiedlichen Module zugeschrieben. Somit kann auch der „Erfolg[e] eines solchen Therapieangebots“ mitnichten implizit den integrativmedizinischen Behandlungsbausteinen zugeordnet werden [1]. In diesem Kontext sei auf die Arbeiten der Mitglieder der Ad-hoc-Kommission „Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. verwiesen. Hier formulierte M. Pfingsten vor geraumer Zeit zutreffend, dass es „auf die Mischung“ ankomme; ergo ist es bis dato in dieser Behandlungsform nicht gelungen – und vielleicht auch gar nicht ohne Weiteres möglich –, einzelne Module als therapieentscheidend zu identifizieren [5]. Dieses Defizit, dass bis heute nicht bekannt ist, welche Module mit welcher Abfolge sowie Intensität zu applizieren sind, wird von Harden et al. in den amerikanischen Leitlinien folgendermaßen formuliert: „The systematically collected research data needed to determine which aspects of treatment demonstrate efficacy, which specific components of a functional restoration program yield positive outcomes ... are currently unavailable“ [6].

Die von den Autoren mehrfach zitierte amerikanische Leitlinie wird als wissenschaftliche Begründung für unterschiedliche integrativmedizinische Behandlungen des CRPS herangezogen [1, 6]. Es lässt sich trefflich darüber streiten, ob die verschiedenen Faktoren, die unter dem Begriff der Mind-body-Medizin genannt werden, nun originäre integrativmedizinische Behandlungen darstellen oder ob diese im Sinne eines holistischen Zugangs nicht auch in der schulmedizinischen interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie ihr Zuhause haben [1, 7]. Schwierig wird es aber bei der Feststellung, dass Harden et al. „Wasseranwendungen bzw. aquatische Übungen explizit“ empfehlen [1, 6]. Die amerikanische Leitlinie umfasst mehr als 50 Seiten und in einem kleinen Absatz wird die Wassertherapie als einer von vielen Behandlungsbausteinen empfohlen, ohne aber näher auf die Bedeutung für das Behandlungsergebnis bei einem CRPS einzugehen [1, 6]. Sieht man sich die in diesem Kontext zitierte Literaturstelle von Hall et al. genauer an, so fällt darüber hinaus auf, dass deren systematisches Review den Effekt der „Wassertherapie“ in einer gemischten Population beschreibt und eben keine für

die Behandlung des CRPS spezifische Aussage trifft und treffen kann [6, 8]. Zudem kommen Hall et al. zu dem Schluss, dass es keinen Unterschied in der Schmerzreduktion zwischen einer Wasseranwendung und „land exercise“ gebe [8].

Auch die Empfehlungen zur Behandlung mit Cannabinoiden als „weitere Behandlungsoption“, in diesem Fall mit Cannabidiol(CBD)-öl, können nicht unkommentiert bleiben [1]. So liegen zum aktuellen Zeitpunkt keine ausreichenden Untersuchungen vor, die dessen Einsatz im Zusammenhang mit einem CRPS rechtfertigen. Dem Umstand der fehlenden Evidenz tragen T. Gabriel und P. Klose insofern Rechnung, als sie einleitend auf die „äußerst widersprüchlich[e] und uneinheitlich[e]“ Studienlage hinweisen. Dennoch empfehlen sie den Therapieversuch mit 20%igem Cannabisöl. In einem aktuellen Cochrane-Review zur Behandlung des CRPS finden sich keine Studien zu Cannabinoiden und somit ist die Effektivität von Cannabinoiden im Kontext des CRPS nicht beurteilbar und kann eben nicht empfohlen werden [9]. Immerhin sprechen T. Gabriel und P. Klose zu Beginn ihrer Beschreibung des integrativen Behandlungskonzepts davon, dass „im interprofessionellen Team nach weiteren Therapiemöglichkeiten gesucht [werde], die (wissenschaftlich) begründet ... sind“ „und/oder plausibel sind“ [1]. Aber eben diese Wissenschaftlichkeit bzw. wissenschaftliche Studie zur topischen Anwendung von CBD-Öl im Kontext eines CRPS fehlt bisher. Wie sich eine Plausibilität ableiten lassen könnte, ist auch nicht nachvollziehbar. Als topische Therapie wird in der bereits zitierten deutschen S1-Leitlinie einzig die Anwendung von Dimethylsulfoxid(DSMO)-Salbe erwähnt, ohne dass sich die Autoren zu einer eindeutigen Empfehlung der selbigen durchringen können [2]. Im Cochrane-Review positionieren sich die Autoren dagegen deutlicher zur Anwendung von DSMO. Sie vermuten keinen Unterschied zwischen der Anwendung von DSMO-Salbe im Vergleich zu N-Acetylcystein und stellen deren Effektivität insgesamt infrage [9].

Der Stellenwert einer Sympathikusblockade wird mittlerweile in der Behandlung des CRPS kritisch gesehen, daraus aber mit

Bezug auf die deutsche S1-Leitlinie zu folgern, dass sie „nicht empfohlen“ werde, ist falsch und hier widersprechen sich die Autoren des Beitrags über Komplementärmedizin auch. Zu Beginn ihrer Publikation führen sie im Rahmen des Therapiealgorithmus noch die Sympathikusblockaden („bei Therapieresistenz“) auf, um im Kapitel über Neuraltherapie festzuhalten, dass eben diese „nicht empfohlen“ werden [1, 2]. Die Autoren der Leitlinie empfehlen diese jedoch mit Einschränkung, „wenn medikamentöse und nicht medikamentöse Primärtherapien erfolglos geblieben sind“ [2]. Dagegen wird die wissenschaftliche Fundierung zum Einsatz der Neuraltherapie nach Huneke von T. Gabriel und P. Klose in einer „offenen Studie in einer neuraltherapeutischen Praxis“ bei 49 Patienten mit „chronischen Schmerzen“ unterschiedlichster Genese gesehen [1, 10]. Weder die ausgewählte Patientenpopulation noch die Patientenzahl oder das gewählte Design dieser „offenen Studie“ lässt solch eine Aussage gerechtfertigt erscheinen [10]. Auch sucht man in den bereits zitierten Leitlinien sowie im Cochrane-Review vergebens nach positiven Aussagen bzw. Empfehlungen zur Neuraltherapie in der Behandlung des CRPS [2, 6, 9].

In der Summe lässt sich feststellen, dass die von T. Gabriel und P. Klose gezogenen Schlussfolgerungen mit großer Zurückhaltung interpretiert werden müssen. Welchen Stellenwert integrativ-komplementärmedizinische Therapieoptionen beim CRPS haben, ist auch weiterhin unklar. Eine eindeutige Empfehlung lässt die aktuelle wissenschaftliche Literatur nicht zu. Behandlungen zu empfehlen, die lediglich „plausibel“ erscheinen, erscheint äußerst fragwürdig.

#### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. R. Sabatowski**

UniversitätsSchmerzCentrum, Universitätsklinik und Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden  
Fetscherstr. 74, 01307 Dresden, Deutschland  
rainer.sabatowski@ukdd.de

**Interessenkonflikt.** R. Sabatowski und R. Scharnagel geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Gabriel T, Klose P (2023) Komplementäre Verfahren in der Behandlung des komplexen regionalen Schmerzsyndroms. *Schmerz* 37:330–335. <https://doi.org/10.1007/s00482-023-00724-7>
2. Birklein F, Diagnostik und Therapie komplexer regionaler Schmerzsyndrome (CRPS), S1-Leitlinie, - (2018) Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien). Zugegriffen: 17. Aug. 2023
3. Willich SN, Girke M, Hoppe JD et al (2004) Schulmedizin und Komplementärmedizin – Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden. *Dtsch Arztebl* 101:A1314–A1319
4. McCormick ZL, Gagnon CM, Caldwell M et al (2015) Short-term functional, emotional, and

5. Pflingsten M (2001) Multimodale Verfahren – auf die Mischung kommt es an! *Schmerz* 15:492–498
6. Harden RN, McCabe CS, Göbel A et al (2022) Complex regional pain syndrome: practical diagnostic and treatment guidelines, 5th edition. *Pain Med* 23(S1):S1–S53
7. Arnold B, Böger A, Brinkschmidt T et al (2018) Umsetzung der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie nach OPS 8-918. *Schmerz* 32:5–14
8. Hall J, Swinkels A, Bridson J, McCabe CS (2008) Does aquatic exercise relieve pain in adults with neurologic or musculoskeletal disease? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Phys Med Rehabil* 89:873–883

9. Ferraro MC, Cashin AG, Wand BM et al (2023) Intervention to treat pain and disability in adults with complex regional pain syndrome—an overview of systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* (6)
10. Fischer L, Pfister M (2007) Wirksamkeit der Neuraltherapie bei überwiesenen Patienten mit therapieresistenten chronischen Schmerzen. *Schweiz Gesundheitsmed* 19:30–35

**Hinweis des Verlags.** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

Schmerz 2024 · 38:50–51  
<https://doi.org/10.1007/s00482-023-00773-y>  
 Angenommen: 15. November 2023  
 Online publiziert: 6. Dezember 2023  
 © The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2023



# Evidenzbasierte CRPS-Behandlung aktuell noch Wunschdenken

T. Gabriel · P. Klose

Klinik für Naturheilkunde & Integrative Medizin, KEM | Evang. Kliniken Essen-Mitte, Essen, Deutschland

### Erweiterung

Zum Leserbrief von Sabatowski R, Scharnagel R (2023) Integrativ-komplementärmedizinische Therapie – eine sinnvolle Option in der Behandlung des CRPS? *Schmerz* 37. <https://doi.org/10.1007/s00482-023-00772-z>

### Originalbeitrag

Gabriel T, Klose P (2023) Komplementäre Verfahren in der Behandlung des komplexen regionalen Schmerzsyndroms. *Schmerz* 37:330–335. <https://doi.org/10.1007/s00482-023-00724-7>

Der Leserbrief kommt in seiner Einschätzung unseres Artikels zu dem Schluss, dass unsere Empfehlungen mit großer Zurückhaltung interpretiert werden müssen und ein auf Plausibilität und klinischer Erfahrung beruhendes Behandlungskonzept fragwürdig erscheint. Dazu bleibt zu erwidern, dass diese Kritik im Falle des komplexen regionalen Schmerzsyndroms („complex regional pain syndrome“

[CRPS]) auch für die konventionellen Therapieoptionen gilt.

Wie völlig korrekt geschrieben, bestätigt die aktuelle Cochrane-Übersicht die bis heute dürftige wissenschaftliche Grundlage der zur Verfügung stehenden Verfahren [1].

Jeder klinisch tätige Arzt steht hier vor dem Dilemma, wie mit einer Situation ohne hinreichende Forschung zu verfahren ist. Dieser Verantwortung wird der Kliniker gerecht, indem er Methoden verwendet, die plausibel, ungefährlich und mit positiver therapeutischer Erfahrung assoziiert sind.

Soweit vorhanden, fußen die von uns beschriebenen Therapieoptionen auf wissenschaftlicher Basis und weisen nach dem Prinzip „primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare“ ein günstiges Nutzen/Risiko-Verhältnis auf.

Ohne auf jeden Kritikpunkt im Einzelnen eingehen zu wollen, soll doch beispielhaft die Einlassung bezüglich der Wasseranwendungen besprochen



QR-Code scannen & Beitrag online lesen