

Frühes interdisziplinäres Assessment zur Sekundärprävention chronischer Schmerzen

Wissenschaftlicher Hintergrund, medizinisches Konzept, Patientenzielgruppe und Stand in der Versorgungsrealität

Ulrike Kaiser, Gabriele Lindena, PAIN2020



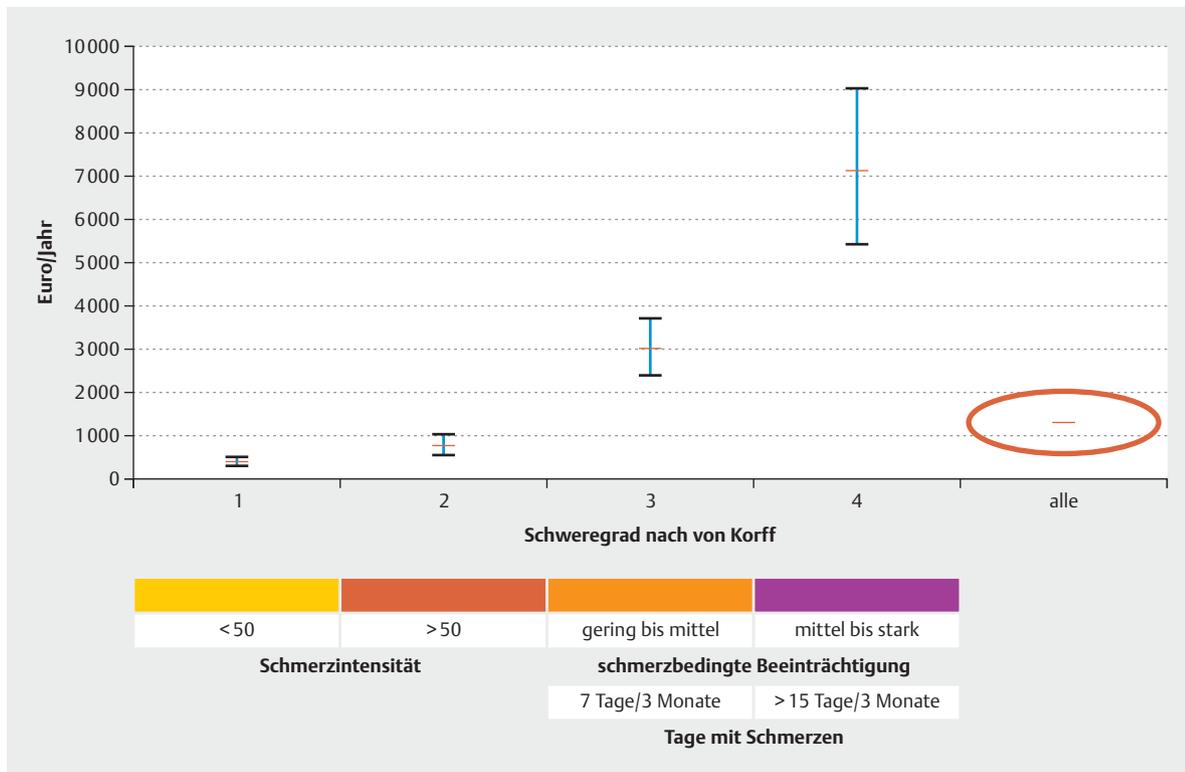
Quelle: KH Krauskopf

Schmerz ist ein multikausales biopsychosoziales Phänomen. Das bedeutet für eine angemessene Versorgung ein entsprechendes interdisziplinäres Vorgehen in Diagnostik und Therapie. Faktoren, die bei bestehenden Schmerzen zu einer Chronifizierung beitragen können, sollten frühzeitig im Versorgungsalltag berücksichtigt werden. Dafür sind sektorenübergreifende Vernetzungen sowie interdisziplinäre Versorgungsangebote von großer Bedeutung.

Schmerzstörungen in Deutschland: Hintergrund

Aktuellen Zahlen zufolge leiden etwa 27% der deutschen Bevölkerung unter chronischen, d.h. anhaltenden bzw. wiederkehrenden Schmerzen über 6 Monate hinaus. Von diesen klagten 5,4% über eine schwere körperliche und 2,3% über eine kombinierte körperliche und psychosoziale Beeinträchtigung durch diese Schmerzen [1]. Wie anhand von Daten zum Rückenschmerz gezeigt werden konnte, stehen direkte und indirekte Kosten im Zu-

sammenhang mit diesen Beeinträchtigungen: Betroffene mit den Graduierungen III und IV der Von-Korff-Schmerzgraduierung (hier sowohl mittlere als auch hohe Funktionseinschränkung, unabhängig von der Schmerzstärke) verursachten dabei über 60% der Gesamtkosten bei unspezifischem Rückenschmerz (► **Abb. 1**) [2]. Besonders bedeutsam erscheint in diesem Fall, dass es sich hierbei um nicht einmal 15% der untersuchten Population handelt; eine kleine Gruppe an Patienten erhielt einen Großteil an Versorgungsleistungen. Nicht berücksichtigt sind dabei das persönliche Leid der Betroffenen, der Verlust von Rollenfunktionen und Teilhabe am sozialen Leben,



► **Abb. 1** Gesamtkosten je Patient mit Rückenschmerzen. Quelle: modifiziert nach Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany. Eur J Pain 2009; 13: 280–286

die häufig mit weiteren psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen (z. B. Depressionen oder Angststörungen) einhergehen [3].

Merke

Wiederkehrende, im weiteren Sinne chronische Schmerzen (länger als 6 Monate) bestehen in der Bevölkerung zu einem großen Anteil (fast 30%), wobei im engeren Sinne Betroffene mit erheblichen körperlichen und/oder psychosozialen Beeinträchtigungen (5,4 vs. 2,3%) einen deutlich geringeren Anteil ausmachen – allerdings werden durch sie mehrheitlich Ressourcen der Gesundheitsversorgung in Anspruch genommen.

Sowohl für sekundäre Rücken- als auch Kopfschmerzen wird eine Lebenszeitprävalenz von mindestens 70–85% angenommen [4,5]. Die meisten Menschen sind durch diese Schmerzen nicht im selben Maß beeinträchtigt wie die Gruppe derer, die sich wegen der erheblichen körperlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen in Behandlung begeben müssen. Für die Entwicklung eines solchen chronischen Verlaufs sind Risikofaktoren bedeutsam. In der klinischen Untersuchung des Chronifizierungsverlaufs geht es also darum, wie aus akuten Schmerzformen chronische werden (Transition) [6].

Die gängige Unterscheidung in akute, subakute und chronische Schmerzen wird primär über den zeitlichen Verlauf vorgenommen. Im Wesentlichen geht man von chronischen Schmerzen aus, wenn sie länger als ein halbes Jahr anhalten. Dabei spielen jedoch auch die Grunderkrankung, die Schmerzlokalisation und der übliche Heilungsverlauf eine Rolle. Beispielsweise wird beim unspezifischen Kreuzschmerz ab 6–12 Wochen von einer subakuten Form, ab 12 Wochen von einer chronischen Form ausgegangen [7], beim Kopfschmerz nach ca. 3 Monaten häufig wiederkehrender Schmerzen [8], bei Unterbauchschmerz dagegen nach 6 Monaten [9].

Dabei ist die zeitliche Einteilung nur eine Orientierung, weil es viele Betroffene gibt, die wiederkehrende Schmerzen über Jahre erleben, ohne die oben benannten erheblichen Einschränkungen körperlich und/oder psychosozial aufzuweisen. Der Zeitverlauf kann also nur in Zusammenhang mit Risikofaktoren betrachtet werden, die gemeinsam in der Planung von diagnostischen und therapeutischen Ansätzen, u. a. auch zur Vermeidung von chronischen Verläufen, berücksichtigt werden sollten.

Die Bedeutung von präventiven Ansätzen, insbesondere sekundär präventiven, d. h. die Vermeidung von Chronizität initial erlebter Schmerzen, findet zunehmend Eingang in Leitlinienempfehlungen [7]. Dabei werden interdisziplinäre

linär multimodale Ansätze in der Diagnostik und Therapie gefordert, die für chronische Verlaufsformen bereits ge-läufiger sind und deren Einsatz nun auch frühzeitig, also vor Beginn einer Chronifizierung, zum Einsatz kommen sollten [7,9]. Sowohl die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. als auch andere nationale Schmerzinitiativen haben sich die Prävention von chronischem Schmerz zur Auf-gabe gemacht, unterstützt vom diesjährigen Global Year of the Prevention of Pain (IASP Initiative; www.iasp-pain.org/Advocacy/GYAP2016.aspx?ItemNumber=9618; zu-letzt abgerufen am 01.07.2020).

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie: integrative multidimensionale Sicht auf Schmerzen in Diagnostik und Therapie

Hintergrund

Die übliche monodisziplinäre Therapie ist bei Patienten mit Schmerzen und Risikofaktoren oft nicht erfolgreich [10]. In Deutschland gibt es Statements der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. zum Verständnis und zur Um-setzung interdisziplinärer multimodaler Schmerztherapie [10–13]. Diese beschreibt „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ (IMST) als „gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abge-stimmte umfassende Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen (...), in die verschie-dene somatische, körperlich übende, psychologisch übende und psychotherapeutische Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan mit identischem, unter den Therapeuten abgesprochenem Therapieziel einge-bunden sind“ [10]. Die Behandlung muss in einem Team aus Ärzten, Psychologen bzw. Psychotherapeuten und weiteren Disziplinen (z.B. Physio-, Ergotherapeuten) durchgeführt werden, wobei alle Therapieformen und beteiligten Disziplinen als gleichberechtigte Partner inte-grativ in Diagnostik und Therapie zusammenarbeiten [10]. Eine einfache multidisziplinäre Behandlung von Pa-tienten mit Schmerz, also die Beteiligung verschiedener Professionen in Diagnostik und Therapie, aber ohne regelhafte Abstimmung zu Diagnosen, Therapieplan und Progress, ist dabei nicht ausreichend [14, 15].

Primäres Behandlungsziel ist die Wiederherstellung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit ein-schließlich der Kontrollfähigkeit der Betroffenen [10, 12]. Ein interdisziplinäres multimodales Assessment muss der Therapiezuweisung vorgeschaltet sein. Zusätzlich zu den genannten Kernkriterien wird das Kriterium der Ergebnis-offenheit ergänzt [16]. Das Assessment ist damit nicht nur eine Eingangsuntersuchung für die eigenen Therapie-angebote [17]. Es wird als eigenständiges Tool für die pa-tientenorientierte sektorenübergreifende Steuerung verstanden. Unterstützt wird diese Auffassung durch erste

DEFINITION

Unterscheidung von multimodal, multidisziplinär und interdisziplinär nach der Taxonomie der IASP

(Quelle: www.iasp-pain.org/terminology?navItemNumber=576, Übersetzung durch die Autoren)

Multimodal

Die gleichzeitige Verwendung verschiedener thera-peutischer Interventionen mit unterschiedlichem Wirkmechanismus hinsichtlich unterschiedlicher Schmerzmechanismen innerhalb **einer** Disziplin:

- Anwendung von Pregabalin und Opioiden zur Schmerzkontrolle durch einen Mediziner
- Anwendung von NSAID und einer Orthese zur Schmerzkontrolle durch einen Mediziner

Multidisziplinär

Multimodale Behandlung durch Behandler unter-schiedlicher Disziplinen:

- Verschreibung eines Antidepressivums durch einen Mediziner
- bei gleichzeitiger Übungsanwendung durch einen Physiotherapeuten sowie
- Verhaltenstherapie durch einen Psychologen, die je nach ihrem professionellen Hintergrund ge-trennt voneinander gemäß ihrer eigenen Therapie-ziele an einem Patienten arbeiten und nicht zwangs-läufig miteinander diesbezüglich kommunizieren

Interdisziplinär

Multimodale Behandlung durch ein multidisziplinäres Team, deren Mitglieder sowohl in Diagnostik als auch Therapie gemäß eines gemeinsamen biopsychosozialen Verständnisses und gemeinsam vereinbarter Ziele zusammenarbeiten:

- Verschreibung eines Antidepressivums durch einen Mediziner
- bei gleichzeitiger Übungsanwendung durch einen Physiotherapeuten sowie
- Verhaltenstherapie durch einen Psychologen, die eng mit regulären Teambesprechungen (Präsenz oder online) zusammenarbeiten und sich gemeinsam abstimmen in Bezug auf Diagnosestellung, Therapie-ziele und Therapieplan sowie Reassessments

Untersuchungen, dass ca. 60% der einer schmerzspezi-alisierten stationären Einrichtung zugewiesenen Patienten mit chronischen Verlaufsformen im Rahmen eines sol-chen Assessments in die IMST gesteuert wurden [17].

ÜBERBLICK

Kernkriterien für eine qualitativ hochwertige IMST

Multiprofessionalität

Bestehend aus mindestens einer ärztlich-schmerztherapeutischen, psychologisch-psychotherapeutisch bzw. psychosomatisch-psychiatrischen und physiotherapeutischen Disziplin.

Durchgängig integrierte Zusammenarbeit des Teams

In regelmäßigen Teamsitzungen bzw. Visiten sowohl in Diagnostik als auch Therapieplanung und -evaluation.

Einsatz evidenzbasierter Ansätze im Rahmen der IMST

Für die Therapie chronischer Schmerzen sind dies vor allem die Selbstwirksamkeit erhöhende übende Verfahren, mit der Voraussetzung der einheitlichen Zielsetzung durch die Patienten und das interdisziplinäre Team.

Strukturierung des Vorgehens

Findet sowohl Niederschlag in Standards für die Abläufe in Diagnostik und Therapieplanung als auch in der konsequenten Dokumentation der Behandlung und Durchführung der Qualitätssicherung durch den Einsatz standardisierter Fragebögen und standardisierter Diagnostik (z. B. mit dem Deutschen Schmerzfragebogen und im Rahmen der Kerndokumentation Schmerztherapie, KEDOQ-Schmerz).

Merke

Ein interdisziplinäres multimodales Assessment kennzeichnet sich durch integrative Zusammenarbeit von mindestens 3 Disziplinen – (Schmerz-)Medizin, Psychologie und Physiotherapie –, die gleichwertig ein einheitliches Modell zur Schmerzentstehung entwickeln, das sie der Diagnosestellung und Therapieplanung zugrunde legen. Das Assessment ist ergebnisoffen und leitet Betroffene in die für sie indizierten Therapiepfade. Die Abstimmung der Diagnosen und Behandlungsempfehlungen erfolgt gemeinsam mit dem Patienten.

Patientenzielgruppe

Das Konzept der interdisziplinären Schmerztherapie richtete sich ursprünglich an 2 Gruppen von Patienten [10]:

- Patienten mit rezidivierenden oder anhaltenden Schmerzen, die sich noch am Beginn des Chronifizierungsprozesses befinden, aber ein erhöhtes Risiko hierfür aufweisen, mit dem Ziel, rechtzeitig einer Therapie zugeführt zu werden und Chronifizierung zu vermeiden.

- Patienten, die sich bereits in einem höheren Chronifizierungsstadium befinden und bei denen eine mono- oder multidisziplinäre Behandlung im ambulanten Sektor nicht zum Erfolg geführt hatte.

Auch wenn sich IMST derzeit insbesondere für Patienten mit chronischen Schmerzen etabliert hat, betonten die Autoren bereits 2009, dass auch für Patienten mit Schmerzen und Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung eine Sinnhaftigkeit in einer IMST nach der genannten Definition besteht, um dem negativen Einfluss psychosozialer Faktoren auf körperliche Beschwerden vorzubeugen [10]. Bereits hierbei sollen die Therapieinhalte sowohl in den körperlich übenden sowie in den psychotherapeutischen Anteilen auf die Patientengruppe vor Chronifizierung zugeschnitten sein, mit den wichtigen Bausteinen zu vor allem Edukation, Schmerz- und Stressbewältigung, Vermittlung sozialer Kompetenzen etc., um einer zunehmenden körperlichen und/oder psychosozialen Beeinträchtigung zuvorzukommen. Auch wenn zu diesem Zeitpunkt wenig Untersuchungen vorlagen, empfehlen die Autoren je nach Chronifizierungsrisiko in Inhalt und Intensität abgestufte Therapieangebote zu entwickeln. Damit greifen sie in ihren Empfehlungen bereits präventiven Ansätzen vor [10].

In einem Bericht über das Health Technology Assessment (HTA-Bericht) wird für interdisziplinäre Behandlungsformen in Deutschland eine Unterversorgung attestiert [18]. Dabei bezieht sich diese Einschätzung vor allem auf die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzkrankungen. Eine Untersuchung beschrieb anhand eines Datenregisters zu schmerztherapeutischen Behandlungen in Deutschland, dass die durchschnittliche Erkrankungsdauer der dort aufgenommenen Patienten bei 7 Jahren lag, bei Kopfschmerz war sie mit 13 Jahren noch viel höher [19]. Daran hat sich bis heute trotz deutlicher Leitlinienempfehlungen wenig geändert, möglicherweise auch aufgrund des Mangels an Versorgungsangeboten, die frühzeitig in den Chronifizierungsverlauf eingreifen könnten.

Vermeidung chronischer Schmerzverläufe: Sekundärprävention

Das Ziel sekundärer Prävention besteht in der Früherkennung von Erkrankungen sowie der Vermeidung ihres Fortschreitens [20, 21]. In Abgrenzung zur Primärprävention, die das Auftreten einer Erkrankung zu verhindern versucht, sowie Tertiärprävention, die vor allem dann greift, wenn Komplikationen oder Beeinträchtigungen einer bestehenden Erkrankung reduziert bzw. verhindert werden sollen [20], bezieht sich die Sekundärprävention bei Schmerz auf den Zeitraum der **Transition** – der Wandlung des akuten in einen chronischen Schmerz [6, 21]. In Bezug auf die Tertiärprävention stellt sich die Situation in

Deutschland anders dar als im internationalen Raum. Aufgrund der Einteilung im deutschen Sprachraum in kurative und rehabilitative Versorgung fielen tertiäre Prävention bei chronischem Schmerz vor allem auf den rehabilitativen Leistungsbereich [13]. Dessen Einsatzbereich ist darüber definiert, eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen bzw. ihre Verschlimmerung zu verhüten. Demgegenüber wird die IMST in Deutschland als akutmedizinischer Ansatz verstanden, der auf die Erkrankung selbst (Vermeidung chronischer Schmerzen durch Früherkennung der Risikofaktoren für eine Chronifizierung, unter Berücksichtigung seiner biopsychosozialen Genese) abzielt. Während therapeutische Methoden in beiden Sektoren teilweise überlappen, grenzen sie sich durch unterschiedliche Indikatoren, Zielstellungen und Intensität ab [13]. Für die kurative Indikationsstellung werden patientenseitige Kriterien wie die Schwere und Multidimensionalität der Schmerzerkrankung einschließlich somatischer und psychischer Komorbiditäten herangezogen, für die Indikation zu einer Rehabilitation stehen vor allem Kriterien wie Erwerbsfähigkeit, Behinderung und drohende Pflegebedürftigkeit im Vordergrund [13].

ÜBERBLICK

Primäre Schmerzprävention

- wirkungsvolle postoperative Schmerztherapie zur Reduktion oder gar Vermeidung von postoperativem Schmerz
- im beruflichen Kontext Vermeidung von Folgeerkrankungen durch bestimmte einseitige Tätigkeiten
- Aufklärung der Bevölkerung zur Vermeidung von Schmerzen durch mangelnde Bewegung

Sekundäre Schmerzprävention

- Früherkennung von Risikofaktoren durch entsprechende Diagnostik (Abweichung Heilungsverlauf → Screening auf Risikofaktoren)
- niederschwellige ambulante Therapieangebote mit dem Ziel, Aktivität und Stimmung aufrechtzuerhalten

Tertiäre Schmerzprävention

- rehabilitative Ansätze zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit bzw. zur Verhinderung von Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit

Erste Ansätze zur Prävention einer Chronifizierung gehen auf Arbeiten von Fordyce [22] in den 1970er-Jahren zurück, auch wenn hier vor allem der Fokus auf der Reduktion bzw. Vermeidung der Entwicklung von Schmerzverhalten lag. Schmerzverhalten bedeutete in diesem Zusammenhang Verhalten gemäß der Krankenrolle, das im Verlauf zu weiteren Einschränkungen in körperlicher, aber auch psychosozialer Hinsicht durch vorrangig rückzugsbetontes Verhalten führte. Entsprechend sollte den damals leitenden operanten Modellen zufolge Gesund-

heitsverhalten aufgebaut werden, welches dem Krankheitsverhalten diametral und damit unvereinbar gegenüberstand.

Für die Entwicklung von präventiven Ansätzen bedarf es eines Verständnisses, welche Mechanismen an der Transition von akutem zu chronischem Schmerz beteiligt sind, wie sie identifiziert werden können und welche Interventionen zu welchem Zeitpunkt effektiv hilfreich sind [23,24]. Unter Umständen geht es dabei weniger um Veränderungen in spezifischen Outcome-Parametern, als vielmehr um die Aufrechterhaltung noch bestehenden Gesundheitsverhaltens.

Risikofaktoren als Ansatzpunkte sekundärer Prävention

Bei der Mehrheit der Betroffenen initialer Schmerzen kann von einer spontanen Schmerzreduktion ausgegangen werden [7]. Trotzdem gibt es eine bisher in ihrer Anzahl noch unbekannte Gruppe an Betroffenen mit subakuten oder rezidivierenden Schmerzen, die Risikofaktoren aufweisen. Diese kommen im Versorgungsalltag erst dann in Behandlung, wenn diese Risikofaktoren manifeste, aufrechterhaltende Faktoren am Schmerzgeschehen geworden sind, d.h. das Krankheitsbild bereits chronifiziert ist.

Eine Vielzahl an Untersuchungen zu verschiedenen Schmerzerkrankungen gibt Hinweise auf Mechanismen, die die Wahrscheinlichkeit eines chronischen Verlaufs erhöhen. Dabei entsteht eine Wechselwirkung aus biologischen Faktoren mit intrapersonalen Faktoren (wie Stimmung, Verhalten, Kognitionen) und interpersonellen-sozialen Konstellationen (wie Arbeitsplatz, Beziehungsumfeld, biografische Prägung). Zusätzlich gibt es bahnende Faktoren durch die im Gesundheitswesen vermittelten diagnostischen Verfahren und Therapiekonzepte.

Am stärksten sind Risikofaktoren bisher bei nichtspezifischem Rückenschmerz untersucht, wo die Einteilung in Red Flags (körperliche Warnhinweise), Yellow Flags (psychosoziale Faktoren), Blue Flags (Faktoren im Arbeitsleben), Black Flags (Faktoren durch Systeme zur Kompensation) sowie inzwischen auch White Flags (Faktoren aus soziokultureller Sicht [25]) getroffen wurde. Die Komplexität ist enorm, und es ist davon auszugehen, dass nicht alle Faktoren auf alle Patienten gleichermaßen zutreffen. Für postoperativen Schmerz zeigen sich zunehmend Hinweise auf Alter, Geschlecht, Art des chirurgischen Eingriffs, genetische Faktoren sowie neben diversen psychischen Faktoren frühere Schmerzerfahrungen [26–28]. Die Häufung sexueller Gewalt in der Kindheit bei chronischem Unterbauchschmerz der Frau [9] wird ebenfalls diskutiert.

ÜBERBLICK

Allgemeine Risikofaktoren

- Geschlecht und Alter, vorbestehende (andere) Schmerzen, hohe initiale Schmerzstärke, Somatisierungsneigung auf biologischer Ebene
- negative Stimmung (z. B. Erleben von Distress), maladaptive Bewältigungsmechanismen (Angstvermeidung, Katastrophisieren, somatische Krankheits- und Bewältigungsmodelle, Durchhalte-muster), die sich in Selbstverbalisierungen und Verhaltensmustern niederschlagen [29] auf psychologischer Ebene
- Häufung sozialer Belastungssituationen für soziale Einflussfaktoren

Iatrogene Risikofaktoren als Zeichen unzureichender Schmerztherapie in der aktuellen Versorgung

Insbesondere dann, wenn die frühzeitige Behandlung andauernder, wiederkehrender (noch) akuter Schmerzen ausschließlich auf die somatische Ebene beschränkt bleibt, wird die multikausale Genese von Schmerz (auch akutem Schmerz) mit fatalen Folgen für viele Patienten vernachlässigt. Häufig werden in diesem Zusammenhang sog. körperliche Befunde (wie radiologische Befunde, Biomarker etc.) in ihrer Bedeutung für die Schmerz-erkrankung überbewertet.

Der HTA-Bericht zur Schmerztherapie [18] attestiert in der Anwendung somatischer diagnostischer und medizinisch-interventioneller Ansätze eine Überversorgung in Deutschland. Die Folgen sind die Fixierung der Erwartungen von Patienten ausschließlich auf medizinische Angebote bzw. eher passiv ausgerichtete Interventionen – die für sich genommen bereits Hilflosigkeit, Rückzug und Aufgabe der eigenen Teilhabeanstrengungen erzeugen, trotz und neben den verbrauchten Ressourcen. Paradoxerweise wird dieses Verhalten den Patienten im chronischen Verlaufszustand als eigenes Versagen vorgeworfen – ethisch und moralisch gesehen eine höchst fragwürdige Haltung.

Demgegenüber stehen allerdings auch andere, überkommene Modelle. Die Dichotomisierung des Schmerzerlebens in psychogen und somatogen kann bei Mangel an körperlichen Befunden schnell zu einer Psychopathologisierung von Patienten führen. Diese kränken durch den stillen Vorwurf des Simulierens oder Aggravierens die Patienten, weil die multidimensionale Genese und Folgen von Schmerz nicht mit ihnen erarbeitet wurden.

Merke

Die Haltung und das aktuell verfügbare Wissen der Behandler, einschließlich der nicht rechtzeitig und in der notwendigen Breite verfügbaren regionalen Behandlungsangebote in Bezug auf Schmerz und Chronifizierung ist maßgeblich an der Entwicklung von chronischen Schmerzen beteiligt.

Wie wichtig eine gelungene Arzt-Patienten-Beziehung gerade in der Behandlung von Patienten mit Schmerzen ist, wird inzwischen in Leitlinien betont – ein interessanter Hinweis dafür, dass man von einer selbstverständlichen Allianz in der täglichen Arbeit mit Patienten erst einmal ausgehen würde. Dabei spiegeln sich jedoch auch die Ansichten und der Wissensstand der Behandelnden in der Führung von Patienten mit Schmerz bereits in der Phase der Schmerztransition wider [30], mit entsprechend negativem Einfluss im Falle überholter Vorstellungen auf Seiten der Behandler.

Multidisziplinäre Behandlung ist in der aktuellen Versorgung in Deutschland bereits möglich. Allerdings ist sie oft nicht erfolgreich [14]. Für interdisziplinäre Zusammenarbeit gibt es derzeit keine finanziellen Vergütungen [31], insbesondere für die regulären Absprachen zu integrativer Diagnosefindung und Therapieabstimmung, so dass sie nicht regelhaft etabliert werden kann.

Risikofaktoren als Anzeiger für spezifischen frühzeitigen Interventionsbedarf zur Vermeidung von Chronifizierung

Ein frühzeitiges Assessment und darauf folgende bedarfsgerechte frühzeitige Zusteuerung zu Therapieangeboten, die an Risikofaktoren orientiert und unter Berücksichtigung des Chronifizierungsgrads entwickelt wurden, können zufriedenstellende Effekte erzielen [32–34]. Entscheidend jedoch war die Identifikation der Betroffenen noch vor dem Eintritt der Chronifizierung [32] oder der beteiligten Krankenkassen [32–34]. Aufgrund der noch immer stark auf somatischen Diagnostik- und Behandlungsansätzen beruhenden Schmerztherapie im Versorgungsalltag nehmen auch die Patienten den Einfluss anderer Faktoren an der Progredienz ihres Schmerzgeschehens nicht wahr oder unterschätzen ihn.

Merke

Wichtig ist es, die Patienten bereits frühzeitig über die multikausale Genese von Schmerz im Sinne des biopsychosozialen Modells aufzuklären und mit ihnen zusammen indizierte Therapiewege zu vereinbaren. So kann Motivation erreicht werden, aktives Bewältigungsverhalten im Sinne eines Gesundheitsverhaltens aufrechtzuerhalten.

Erste Hinweise in systematischen Arbeiten zeigen sich für Rücken- und muskuloskeletale Schmerzen. Eine Kombination aus Edukation (Vermittlung von Wissen über die multikausale Genese von Schmerz) und angeleitete Übungen brachte bisher die besten Effekte, insbesondere für kurz- und mittelfristige Zeiträume [23, 24, 33, 34].

FALLBEISPIEL

Anamnese

Herr Mustermann ist zum Zeitpunkt seiner Vorstellung in einem Schmerzzentrum 48 Jahre alt, verheiratet, mit 2 Kindern. Er arbeitet in Vollzeit in einem Baumarkt mit wechselnden Tätigkeiten. Er berichtet, immer wieder unter akuten Rückenschmerzen gelitten zu haben, die sich nach kürzeren Intervallen mit Arbeitsunfähigkeit jeweils gebessert hätten. 2016 traten die Schmerzen erstmals auf, die in der unteren Lendenwirbelsäule lokalisiert gewesen seien und in das linke Gesäß ausstrahlten. In einem MRT fanden sich Protrusionen, die jedoch keine OP-Indikation darstellten. Zusätzlich berichtet Herr Mustermann über gelegentliche Kopfschmerzen sowie eine arterielle Hypertonie, letztere sei mit Betablockern zufriedenstellend eingestellt. Nikotin und Alkohol werde von ihm zu sozialen Anlässen, aber nicht dauerhaft, konsumiert. In seiner Freizeit habe Herr Mustermann bis zum 30. Lebensjahr aktiv und gern Fußball gespielt. Aufgrund einer Knieverletzung, die ihm im Alltag keine Probleme bereite, habe er diese Freizeitaktivität beendet. Aktuell gehe er spazieren. Er übe sonst keine aktive körperliche bzw. sportliche Freizeitaktivität aus.

Aktuell stellt er sich vor, weil er seit 2 Monaten nach Lagerarbeiten anhaltende, sehr starke Schmerzen im unteren Rücken mit Ausstrahlung in das Gesäß erfahre. Er sei dann 10 Tage krankgeschrieben gewesen, habe Ibuprofen eingenommen und lokale Wärme sowie Bettruhe angewandt. Trotz anhaltender Schmerzen sei er wieder arbeiten gegangen, die er mit Medikation und durch die Entlastung durch Kollegen bewältigt habe. Nach 14 Tagen habe er sich jedoch erneut bei seinem Hausarzt vorgestellt, weil die Schmerzen nicht besser geworden und weder die Medikation noch die Wärme ausreichend hilfreich gewesen seien. Er sei dann erneut für weitere 5 Wochen krankgeschrieben worden und habe Physiotherapie erhalten. Aber auch diese Ansätze hätten ihm nicht wirklich weitergeholfen.

Frühzeitige Identifikation von Risikofaktoren in der Versorgung: interdisziplinäres multimodales Assessment

Für Rückenschmerzen wird bereits nach 4 Wochen anhaltender Schmerzen und Arbeitsunfähigkeit der Einsatz von Screeninginstrumenten zur ersten Einschätzung des Vorliegens sowohl psychologischer als auch sozialer bzw. Arbeitsplatzfaktoren empfohlen [7]. Der Umstand, dass erstauftretende Schmerzen häufig spontan vergehen, dass es Menschen gibt, die wiederkehrende Schmerzen haben, ohne gravierend eingeschränkt zu sein und dass

ÜBERBLICK

Bestandteile des interdisziplinären multimodalen Assessments zur Früherkennung von Risikofaktoren für eine potenzielle Schmerzchronifizierung (► Abb. 2)

Ziele der ärztlichen Untersuchung

- Entwicklung eines Ursachenmodells aus (schmerz-)medizinischer Sicht
- Identifikation des Bedarfs weiterführender Diagnostik im Sinne eines Ausschlusses körperlicher Warnsignale (Red Flags)
- Einordnung von Komorbiditäten
- Feststellung der Hauptschmerzdiagnose
- Feststellung der Schmerzlokalisation
- Prüfung der Notwendigkeit und Eignung für eine IMST
- Erstellung des MPSS (Mainz Pain Staging System – Mainzer Stadienmodell zur Schmerzchronifizierung)

Ziele der psychologischen Untersuchung

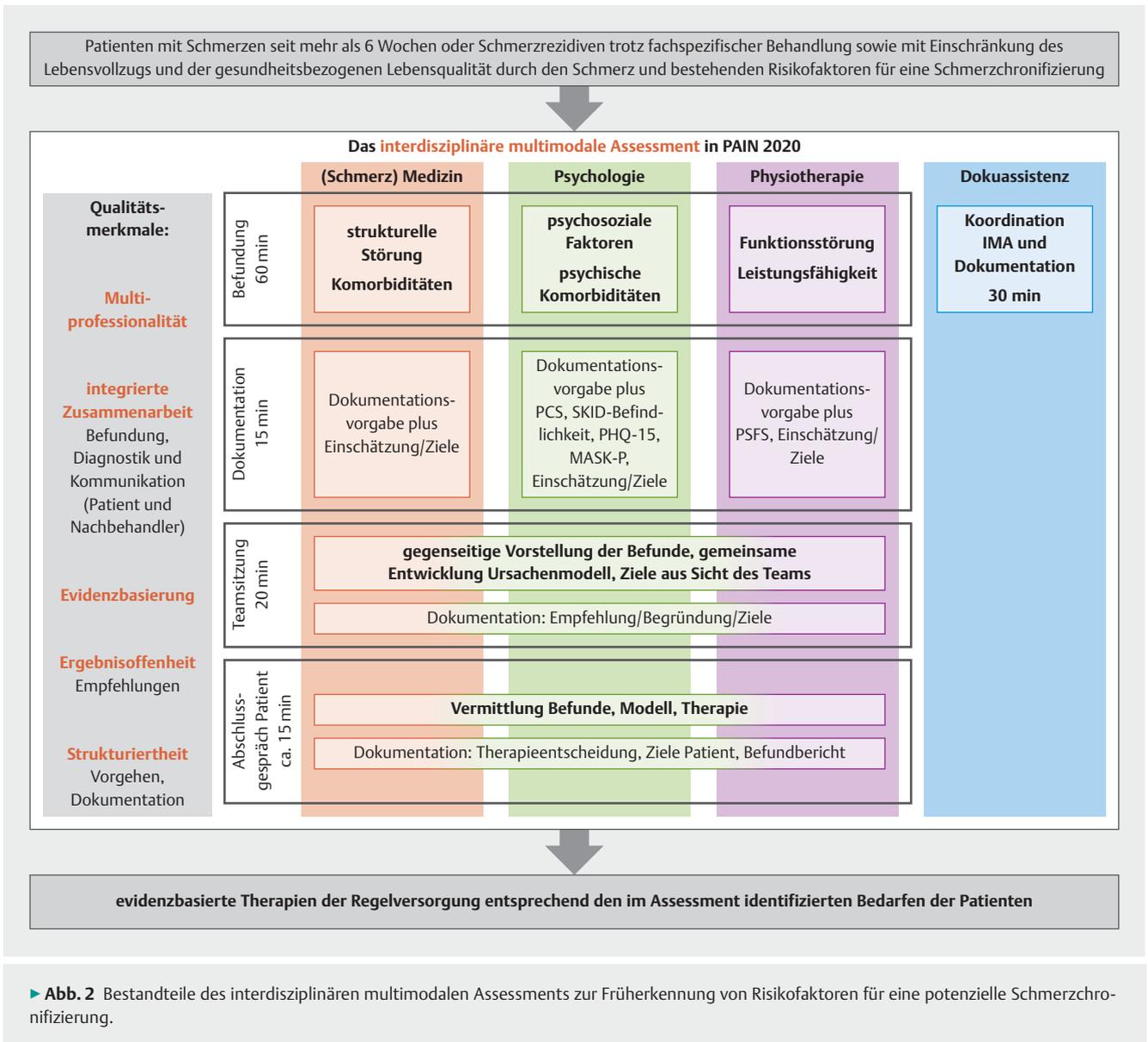
- Screening auf psychische Komorbiditäten
- Identifikation prädisponierender, auslösender und aufrechterhaltender psychosozialer Bedingungen
- Identifikation psychosozialer Risikofaktoren (Yellow, Blue, Black und White Flags)
- Erfassung biografischer Besonderheiten mit Bezug zu einer möglichen Chronifizierung
- Verhaltensbeobachtung
- Entwicklung eines Ursachenmodells aus psychologischer Perspektive

Ziele der physiotherapeutischen Untersuchung

- Aufnahme des physiotherapeutischen Befunds
- Erstellung einer Zielhierarchie zu gewünschten Veränderungen (z. B. anhand der patientenspezifischen Funktionsskala) zusammen mit dem Patienten
- Entwicklung eines Ursachenmodells aus physiotherapeutischer Sicht

das Zusammenwirken von Risikofaktoren ebenfalls multi-kausal und interindividuell höchst unterschiedlich zu sein scheint, hat Implikation für eine ressourcenoptimierte Gesundheitsversorgung.

Ausgehend von bekannten Risikofaktoren sollte eine gezielte, an den Bedarf der jeweiligen Betroffenen orientierte Therapie angeboten werden. Die Notwendigkeit, sorgsam mit den Ressourcen der Gesellschaft umzugehen, sowie das Anliegen, Betroffenen eine stark beeinträchtigende Erkrankung zu ersparen, bedeuten einen anderen Umgang mit andauernden, subakuten Schmerzen. Die Identifikation von Risikofaktoren im Alltag sollte daher



viel schneller und abgestuft erfolgen. Spätestens, wenn Patienten bereits 6 Wochen unter anhaltenden Schmerzen trotz Therapie, erkennbarer Einschränkung der Alltagsbewältigung, geringem Therapieerfolg trotz leitliniengerechter Therapie leiden, sollte ein Screening auf Risikofaktoren erfolgen. Bei deren Vorliegen wird ein interdisziplinäres multimodales Assessment vorgeschlagen, das interdisziplinär multimodale Befunde zusammenträgt und bereits zu einem frühen Zeitpunkt durch ein aufklärendes Gespräch mit den Betroffenen ein multikausales Verständnis von Schmerz vermittelt und nachvollziehbare Empfehlungen ableitet. Ein solches Assessment sollte für alle Patienten mit Rückenschmerzen stattfinden, wenn sie seit 12 Wochen an anhaltenden Kreuzschmerzen leiden und in ihrer Alltagsbewältigung eingeschränkt sind [7]. Der Nutzen eines solchen Assessments

wird jedoch auch – aufgrund der Hinweise auf Risikofaktoren – für andere Schmerzerkrankungen gesehen.

Aufbau, Durchführung und Hauptmerkmale eines interdisziplinären multimodalen Assessments

Ausgehend von den Empfehlungen der Deutschen Schmerzgesellschaft (siehe oben) [16], wird ein interdisziplinäres multimodales Assessment durch mindestens 3 Professionen durchgeführt: die schmerzmedizinische, die psychologisch psychosomatische bzw. psychiatrische und die physiotherapeutische. Die Anamnesen werden entsprechend den Qualifikationen abgestimmt, aber ge-

FALLBEISPIEL

Interdisziplinäres multimodales Assessment und Therapieempfehlungen

Her Mustermann stellt sich im Assessment vor mit den Zielen der Schmerzfreiheit (ärztliches Gespräch), der Wiederaufnahme vom Fußballspielen, erhöhter Belastbarkeit (Heben, Sitzen, Bücken; physiotherapeutisches Gespräch) sowie Schmerzlinderung, Erhalt der Arbeitsfähigkeit sowie sonst möglichst keinen Veränderungen (psychologisches Gespräch).

In der (**schmerz-)medizinischen Anamnese** wurde die Diagnose des nichtspezifischen Kreuzschmerzes bestätigt, bzw. wurden körperliche Warnhinweise ausgeschlossen. Die Vorbefundung wurde als ausreichend angesehen. Eine weitere Diagnostik wurde daher nicht empfohlen. Die Medikation von Ibuprofen wurde als grenzwertig eingestuft. Ansonsten fanden sich auch keine Hinweise auf relevante Komorbiditäten am Schmerzgeschehen. Insgesamt wurde vonseiten der ärztlichen Profession eine Indikation zu einer IMST gesehen. Die Chronifizierung wurde mit Stadium II (mittlere Chronifizierung) anhand des MPSS dokumentiert. Empfohlen von ärztlicher Seite wurden

- begleitete körperliche Aktivierung des Patienten,
- Vermittlung von Sicherheit bei der Aufnahme von körperlicher Aktivität und
- Reduktion der Schmerzmedikation.

In der **psychologischen Anamnese** ergaben sich aus den Testbefunden erhöhte Schmerz- und Beeinträchtigungswerte (von Korff), erhöhte Werte in der Stressbelastung (DASS) bei leicht eingeschränkt erlebter körperlicher Gesundheit (VR 12) sowie bei verstärktem Erleben von Bedrohung durch den Schmerz (PCS Magnifikation). Es ergaben sich keine Hinweise auf bestehende psychische Komorbiditäten. Unterhaltende Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung bestanden vor allem in Vermeidung von körperlichen Aktivitäten, ängstlicher Stimmung, Selbstaufmerksamkeit auf körperliche Vorgänge, Angstvermeidungs-Überzeugungen, physikalische Belastungen am Arbeitsplatz sowie einer eher rückzugsbetonten und bagatellisierenden Verarbeitung von Stress (MASK-P). Empfohlen von psychologischer Seite wurden

- Stärkung von Eigenverantwortung,
- Steigerung von Aktivitäten,
- Vermittlung von Strategien zur Stressbewältigung, Steigerung des Kontrollerlebens sowie der Selbstwirksamkeit und Reduktion der Angstvermeidungsmuster.

In der **physiotherapeutischen Anamnese** wurde ein unilokuläres Geschehen diagnostiziert. Es bestanden keine spezifischen Einschränkungen, allerdings war die allgemeine Kondition bereits etwas eingeschränkt, was sich vor allem auf die Schonung vonseiten des Patienten (Bettruhe, wenig körperliche Aktivität im Alltag) zurückführen ließ. In der patientenspezifischen Funktionsskala wurden mit dem Patienten 3 Aktivitäten identifiziert (Heben/Tragen, Sitzen, Bücken), bei denen er sich besonders eingeschränkt fühlte (NRS 0 keine Einschränkung, 10 höchste Einschränkung, hier zwischen 3 und 6 vonseiten des Patienten). Ansonsten wurde er als eher hypomobil mit erhöhtem vegetativem Status eingeschätzt. Empfohlen wurden vonseiten der Physiotherapie

- sportliche Aktivitäten zur Blutdruckregulation und zum Spannungsabbau,
- leichte Aktivierung für mehr Bewegungssicherheit (Heben/Tragen, Sitzen, Bücken) sowie
- gezielte Beckenbewegungen für mehr Flexibilität und Regulation des Muskeltonus.

Das Team einigte sich in der **Teamsitzung** auf einen niederschweligen interdisziplinären Ansatz, bei dem der Patient sein bestehendes, bisher ausschließlich somatisches Krankheitsmodell erweitern und sowohl physiotherapeutisch als auch psychologisch zielführende, dem beginnenden Krankheitsverhalten entgegenstehende Strategien zur Schmerzbewältigung erlernen sollte.

Im **Abschlussgespräch** mit dem Patienten wurde ihm dieses Modell vonseiten des Teams mitgeteilt, und die Empfehlungen wurden wie vereinbart ausgesprochen. Dabei wurden ihm die Empfehlungen anhand seiner Ziele und des biopsychosozialen Krankheitskonzepts erklärt. Ihm wurde daraufhin eine ambulante interdisziplinäre Gruppentherapie angeboten, die der Patient nach Klärung einiger weiterer Fragen in Anspruch nahm.

trennt voneinander erhoben und schließen die Sichtung und Wertung vorbestehender Befunde ein. Eine ausführliche, auf die Risikofaktoren hin gebündelte Testdiagnostik [16] hilft bei der Anamnese und Integration der Befunde. Eine integrative Teamsitzung dient zur Abstimmung hinsichtlich des patientenbezogenen Krankheitsmodells, der Empfehlungen für die weitere Behandlung sowie der Vorbereitung des gemeinsamen Gesprächs mit dem Patienten. Die Rückmeldung an den Betroffenen erfolgt wenigstens durch einen Arzt; es wurden aber auch gute Erfahrungen damit gemacht, dass das gesamte befunden-

de Team mit dem Patienten Rücksprache hält und die nächsten Schritte vereinbart. In einem abschließenden Bericht werden diese Informationen an den überweisenden Arzt bzw. Nachbehandler kommuniziert.

Dass eine frühzeitige Diagnostik in dieser Form bereits auf die Lebenszufriedenheit und andere Faktoren wirkt, konnte bereits bei chronischen Verlaufsformen von Schmerz gezeigt werden [35]. Die Effektivität einer solchen bedarfsgerechten Steuerung in geeignete Therapieangebote war kurz- und mittelfristig hilfreich [33, 34]; es

zeigte sich bereits vorsichtig für Betroffene mit Rückenschmerz, dass Kosten mittelfristig für die Kostenträger eingespart werden konnten, auch wenn die Aufwendungen für eine interdisziplinäre Therapie bzw. Diagnostik relativ hoch sind [36].

Aktuelle Entwicklungen in der sekundären Prävention chronischer Schmerzen

Einer deutschlandweiten Auswertung von Daten einer registerähnlichen Sammlung in schmerztherapeutischen Einrichtungen zufolge suchen vor allem Patienten eine ambulante schmerzmedizinische Versorgung, die eher jünger und weiblich sind, wegen Kopfschmerzen in Behandlung gehen, eine kürzere Erkrankungsdauer sowie eine geringere Schmerzintensität und Beeinträchtigung aufweisen und somit im Chronifizierungsprozess nicht weit fortgeschritten sind [37]. Allerdings ist die ambulante Versorgung in erster Linie durch Schmerztherapeuten in Niederlassung realisiert, die zwar multidisziplinäre Strukturen vorhalten, aber interdisziplinäre Angebote aufgrund mangelnder finanzieller Vergütungen nicht umsetzen [38]. Dass solche Angebote regional funktionieren können, zeigt sich in einzelnen Studien. Allerdings werden hohe Anforderungen an strukturelle, prozessuale und personelle Ressourcen gestellt, die ein hohes Maß an Kommunikation und Organisation erfordern [33, 34] und bisher auf das Engagement einzelner beschränkt bleiben.

Ob und inwieweit ein frühzeitiges, interdisziplinäres multimodales Assessment mit Empfehlungen eine frühzeitige Steuerung ermöglicht und damit eine bedeutsame (für Patienten ebenso wie für Kostenträger) Verbesserung darstellt, wird derzeit im Rahmen eines durch den Innovationsfonds geförderten, sowie durch die BARMER und die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. initiierten Projekts multizentrisch und bundesweit in einer randomisierten Studie überprüft. Dabei steht für PAIN2020 (Patientenorientiert.Abstuftet.Interdisziplinär.Netzwerk; 01NVF17049) das interdisziplinäre multimodale Assessment im Vordergrund (Kaiser U et al. Evaluation eines frühen interdisziplinären multimodalen Assessments für Patienten mit Schmerzen – Protokoll einer randomisierten kontrollierten Studie [PAIN2020]. Der Schmerz [under review]).

KERNAUSSAGEN

- Wiederkehrende bzw. chronische Schmerzen (länger als 6 Monate) bestehen in der Bevölkerung zu einem großen Anteil, wobei Patienten mit erheblichen körperlichen und/oder psychosozialen Beeinträchtigungen einen deutlich geringeren Anteil ausmachen, jedoch mehrheitlich Ressourcen der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen.
- Die übliche monodisziplinäre Therapie ist bei Patienten mit Schmerzen und Risikofaktoren oft nicht erfolgreich.
- In einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (IMST) muss die Behandlung in einem Team aus Ärzten, Psychologen bzw. Psychotherapeuten und weiteren Disziplinen (z. B. Physio-, Ergotherapeuten) durchgeführt werden.
- Ob und inwieweit ein frühzeitiges, interdisziplinäres multimodales Assessment mit Empfehlungen eine frühzeitige Steuerung ermöglicht und damit eine bedeutsame Verbesserung darstellt, wird im Rahmen einer groß angelegten, multizentrischen Studie überprüft (PAIN2020).

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: ja, von einem/den Sponsor(en) dieser Fortbildungseinheit; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: ja, von einem/den Sponsor(en) dieser Fortbildungseinheit; Bezahlter Berater/ interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/ Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an im Bereich der Medizin aktiven Firma: nein; Patent/ Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an zu Sponsoren dieser Fortbildung bzw. durch die Fortbildung in ihren Geschäftsinteressen berührten Firma: nein.

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., Mitglied und Sprecher in Arbeitskreisen; Deutsche Gesellschaft für Schmerzpsychotherapie und -forschung, Mitglied des Präsidiums; International Association for the Study of Pain, Mitglied

Autoren/Autorinnen



Ulrike Kaiser

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. 1995–2001 Diplomstudium Psychologie TU Dresden. 2001–2006 Weiterbildung Psychologische Psychotherapeutin, IAP TU Dresden, Fachkunde Verhaltenstherapie. 2010 Approbation Psychologische Psychotherapie. Seit 2004 Wissenschaftliche

Mitarbeiterin und Psychologin/psychologische Psychotherapeutin am UniversitätsSchmerzCentrum Dresden. Seit 2010 Leitende Psychotherapeutin.



Gabriele Lindena

Dr. med. vet., 1971–1976 Studium der Veterinärmedizin, 1979 Promotion, 1977–1980 Wissenschaftl. Mitarbeit Medizinische Hochschule Hannover, 1981–2001 Kontorärztin (Hoechst), Medizinisch-Wissenschaftliche Abteilung (Mundipharma). Seit 2001 Leiterin CLARA Clinical Analysis, Research and Application, Klinische und Versorgungsforschung, Kleinmachnow.

PAIN2020

PAIN2020 (Patientenorientiert, Abgestuft, Interdisziplinär, Netzwerk) ist ein Konsortialprojekt der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. (Konsortialführer) und der BARMER, das durch den Innovationsfonds mit einer Laufzeit von zunächst 3 Jahren seit 2018 gefördert wird (01NVF17 049). Beteiligte Konsortialpartner sind die Universitätsmedizin Greifswald (Evaluationsinstitut), die Universitätsmedizin Göttingen, das DRK Schmerzzentrum Mainz sowie das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden.

Das Team von PAIN2020 besteht aus folgenden Autoren:

- Thomas Isenberg, Dr. Gabriele Lindena, Katharina Augustin, Carolin Althoff, Andre Möller (Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., Berlin)
- Dr. Ursula Marschall (BARMER, BARMER Hauptverwaltung, 0360 – Institut für Gesundheitssystemforschung, Wuppertal)
- Prof. Dr. Thomas Kohlmann, Daniel Szczotkowski (Universitätsmedizin Greifswald, Abt. Methoden der Community Medicine, Institut für Community Medicine, Greifswald)
- Prof. Dr. Hans-Raimund Casser, Dr. Bernd Nagel, Katja Schulz, Beatrice Metz-Oster, Lena Milch, Jana Rensland (DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Ambulanz Tagesklinik, Stationäre Behandlung, Mainz)
- Prof. Dr. Frank Petzke, Prof. Dr. Michael Pflingsten, Leonie Schouten, Karin Deppe (Universitätsmedizin Göttingen, Schmerzmedizin Klinik für Anästhesiologie, Göttingen)
- Dr. Ulrike Kaiser, Anne Gärtner, Anke Preissler, Greta Hoffmann, Julia Pritzke-Michael (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Medizinische Fakultät an der Technischen Universität Dresden, UniversitätsSchmerzCentrum, Dresden)

Korrespondenzadresse

Dr. Ulrike Kaiser

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
UniversitätsSchmerzCentrum
Fetscherstraße 74
01307 Dresden
ulrike.kaiser.usc-tkl@uniklinikum-dresden.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Prof. Dr. med. Peter Kranke, Würzburg.

Literatur

- [1] Hauser W, Schmutz G, Henningsen P et al. [Chronic pain, pain disease, and satisfaction of patients with pain treatment in Germany. Results of a representative population survey]. *Schmerz* 2014; 28: 483–492
- [2] Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T et al. Costs of back pain in Germany. *Eur J Pain* 2009; 13: 280–286
- [3] Beesdo K, Jacobi F, Hoyer J et al. Pain associated with specific anxiety and depressive disorders in a nationally representative population sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45: 89–104
- [4] Schmidt CO, Raspe H, Pflingsten M et al. Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. *Spine* 2007; 32: 2005–2011
- [5] Göbel H, Petersen-Braun M, Soyka D. Die Prävalenz von Kopfschmerzen in Deutschland. *Schmerz* 1993; 7: 287–297
- [6] Turk DC, ed. The Role of demographic and psychosocial factors in transition from acute to chronic pain. *Proc 8th World Congress on Pain*. Seattle, WA: IASP Press; 1997
- [7] Versorgungsleitlinie N. Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. AWMF-Registern: nvl-007. 2017. Im Internet: <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2auf1-vers1-kurz.pdf>; Stand: 30.07.2020
- [8] Straube A, May A, Kropp P et al. Therapie primärer chronischer Kopfschmerzen. *Schmerz* 2008; 22: 531–543
- [9] Siedentopf F, Sillem M. Chronischer Unterbauchschmerz der Frau. *Schmerz* 2014; 28: 300–304
- [10] Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. [Multimodal pain therapy: principles and indications]. *Schmerz* 2009; 23: 112–120
- [11] Arnold B, Boger A, Brinkschmidt T et al. [Implementation of interdisciplinary multimodal pain therapy according to OPS 8-918: Recommendations of the ad hoc commission for interdisciplinary multimodal pain therapy of the German Pain Association]. *Schmerz* 2018; 32: 5–14
- [12] Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. [Multimodal pain therapy for treatment of chronic pain syndrome. Consensus paper of the ad hoc commission on multimodal interdisciplinary pain management of the German Pain Society on treatment contents]. *Schmerz* 2014; 28: 459–472
- [13] Arnold B, Casser HR, Klimczyk K et al. [Acute inpatient multimodal pain therapy and rehabilitation: Framework conditions, tasks and differentiated patient allocation]. *Schmerz* 2015; 29: 641–648
- [14] Hüge V, Müller E, Beyer A et al. [Patients with chronic pain syndromes. Impact of an individual outpatient therapy program on pain and health-related quality of life]. *Schmerz* 2010; 24: 459–467
- [15] Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA et al. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol* 2014; 69: 119–130
- [16] Casser HR, Arnold B, Brinkschmidt T et al. [Multidisciplinary assessment for multimodal pain therapy. Indications and range of performance]. *Schmerz* 2013; 27: 363–370
- [17] Sens E, Mothes-Lasch M, Lutz JF. [Interdisciplinary pain assessment in the hospital setting: Merely a door-opener to multimodal pain therapy?]. *Schmerz* 2017; 31: 568–579
- [18] Dietl M, Korczak D. Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung. Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Hrsg.

Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA), Bd. 2011: 111

- [19] Frettloh J, Maier C, Gockel H et al. [Characterization of chronic pain patients in German pain centers: core data from more than 10,000 patients]. *Schmerz* 2009; 23: 576–591
- [20] Loisel P. Developing a new paradigm: Work disability prevention. *Occupational Health Southern Africa* 2009; 15: 56–60
- [21] Linton SJ. Chronic pain: the case for prevention. *Behaviour Res Ther* 1987; 25: 313–317
- [22] Fordyce WE, Brockway JA, Bergman JA et al. Acute back pain: a control-group comparison of behavioral vs. traditional management methods. *J Behav Med* 1986; 9: 127–140
- [23] Meyer C, Denis CM, Berquin AD. Secondary prevention of chronic musculoskeletal pain: A systematic review of clinical trials. *Ann Phys Rehabil Med* 2018; 61: 323–338
- [24] Sowah D, Boyko R, Antle D et al. Occupational interventions for the prevention of back pain: Overview of systematic reviews. *J Safety Res* 2018; 66: 39–59
- [25] Winkelmann C, Schreiber T. Using 'White Flags' to categorize socio-cultural aspects in chronic pain. *Eur J Publ Health* 2019; 29 (Suppl. 4): 455–456, ckz186.196
- [26] Johannsen M, Frederiksen Y, Jensen AB et al. Psychosocial predictors of posttreatment pain after nonmetastatic breast cancer treatment: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *J Pain Res* 2018; 11: 23–36
- [27] Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet* 2006; 367: 1618–1625
- [28] Reinpold W. Risk factors of chronic pain after inguinal hernia repair: a systematic review. *Innov Surg Sci* 2017; 2: 61–68
- [29] Hasenbring M, Korb J, Pfingsten M. Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. *Schmerzpsychotherapie*. Heidelberg: Springer; 2017: 115–131
- [30] Darlow B, Fullen BM, Dean S et al. The association between health care professional attitudes and beliefs and the attitudes and beliefs, clinical management, and outcomes of patients with low back pain: a systematic review. *Eur J Pain* 2012; 16: 3–17
- [31] Pfingsten M, Arnold B, Böger A et al. Sektorenübergreifende interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie. *Schmerz* 2019; 33: 191–203
- [32] Hill JC, Dunn KM, Lewis M et al. A primary care back pain screening tool: identifying patient subgroups for initial treatment. *Arthritis Rheum* 2008; 59: 632–641
- [33] Marnitz U, Weh L, Muller G et al. [Multimodal integrated assessment and treatment of patients with back pain. Pain related results and ability to work]. *Schmerz* 2008; 22: 415–423
- [34] Bienek K, Marnitz U, Seidel W et al. Interdisziplinär-multimodales sektorenübergreifendes Assessment und bedarfsorientierte Steuerung für Patienten mit Rückenschmerzen. *Schmerz* 2019; 33: 116–127
- [35] Rothman MG, Ortendahl M, Rosenblad A et al. Improved quality of life, working ability, and patient satisfaction after a pre-treatment multimodal assessment method in patients with mixed chronic muscular pain: a randomized-controlled study. *Clin J Pain* 2013; 29: 195–204
- [36] Wagner CJ, Ayyad G, Otzdorff A et al. [Treatment effects and cost-effectiveness of interdisciplinary multimodal pain treatment of patients with back pain: A controlled observational intervention study based on claims data and survey data of participants]. *Schmerz* 2019; 33: 128–138
- [37] Huppe M, Kukenshoner S, Bosse F et al. [Pain therapy in Germany – what is the difference between initial outpatient and inpatient treatment? Assessment based on the KEDOQ pain dataset]. *Schmerz* 2017; 31: 559–567
- [38] Kayser H, Thoma R, Mertens E et al. Struktur der ambulanten Schmerztherapie in Deutschland. *Schmerz* 2008; 22: 424–432

Bibliografie

Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther 2020; 55: 522–535
DOI 10.1055/a-1022-3064
ISSN 0939-2661
© 2020. Thieme. All rights reserved. Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar. Den genauen Einsendeschluss finden Sie unter <https://cme.thieme.de/>. Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/CXDX5IG> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests.

VNR 2760512020158723003



Frage 1

Besteht ein Unterschied zwischen multidisziplinärer und interdisziplinärer Schmerzbehandlung?

- A Nein, beides sind Ansätze, wo verschiedene Disziplinen zusammenarbeiten.
- B Nein, unter der Voraussetzung, dass verschiedene Professionen integrativ miteinander zusammenarbeiten.
- C Ja, während bei dem interdisziplinären Ansatz Medizin, Physiotherapie und Psychotherapie unbedingt bei der Behandlung eines Patienten zusammenarbeiten, lässt der multidisziplinäre Ansatz die beteiligten Disziplinen offen.
- D Nein, beide Begriffe sind synonym, wenn Medizin, Physiotherapie und Psychotherapie zusammenarbeiten.
- E Ja, weil multidisziplinär bedeutet, dass verschiedene Professionen an einem Patienten arbeiten, während interdisziplinär voraussetzt, dass verschiedene Professionen integrativ, also mit einem Teamansatz zusammenarbeiten.

Frage 2

Was sind *keine* Kernprinzipien von IMST?

- A ein frühes Assessment sowie die Zusammenarbeit mit einer Kasse
- B Multiprofessionalität
- C Evidenzbasierung
- D integrative Zusammenarbeit
- E Strukturiertheit in Vorgehen und Dokumentation

Frage 3

Was heißt sekundäre Prävention in Bezug auf Schmerz?

- A Vermeidung postoperativer Schmerzen durch eine gute postoperative Schmerztherapie
- B Vermeidung von Folgeerkrankungen in beruflichen Kontexten durch bestimmte einseitige Tätigkeiten
- C Aufklärung der Bevölkerung zur Vermeidung von Schmerzen durch mangelnde Bewegung
- D Früherkennung von Risikofaktoren durch entsprechende Diagnostik (Abweichung Heilungsverlauf → Screening auf Risikofaktoren)
- E interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie mit dem Ziel der Wiederherstellung objektiver und subjektiver Funktionsfähigkeit

Frage 4

Inwieweit unterscheiden sich rehabilitative und kurative Ansätze in der Schmerztherapie?

- A Gar nicht, weil beide Ansätze biopsychosozial ausgerichtet sind.
- B Gar nicht, weil beide Ansätze die gleichen Therapieziele und Indikationen beinhalten.
- C Sie unterscheiden sich, weil sich rehabilitative Ansätze auf sekundäre Prävention, kurative auf tertiäre Prävention beziehen.
- D Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Zielstellungen, Indikation und Durchführung voneinander.
- E Sie unterscheiden sich, weil rehabilitative Ansätze bei Schmerz keine biopsychosoziale Genese berücksichtigen.

Frage 5

Welche Faktoren fallen *nicht* unter körperliche Risikofaktoren für eine mögliche Chronifizierung von Schmerzen?

- A Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität
- B hohe initiale Schmerzstärke
- C Somatisierungsneigung
- D vorbestehende Schmerzen
- E weibliches Geschlecht

Frage 6

Welche Faktoren fallen *nicht* unter psychologische Risikofaktoren für eine mögliche Chronifizierung von Schmerzen?

- A Erleben von Eustress
- B negative Stimmung
- C Angstvermeidung und damit einhergehende Kognitionen
- D Selbstverbalisierung zum Durchhalten
- E somatisches Krankheitsmodell

► Weitere Fragen auf der folgenden Seite ...

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 7

Welche Faktoren in sozialer und beruflicher Sicht bergen Risiken für eine Chronifizierung von Schmerzen?

- A erhöhte soziale Belastung
- B emotionale Vermeidung unangenehmer Erlebnisinhalte
- C lange, schwer begründbare Krankschreibung
- D Vermeidung von sozialen Aktivitäten
- E wiederholter Einsatz diagnostischer Maßnahmen

Frage 8

Welche Faktoren in der Arzt-Patienten-Beziehung beugen einer Iatrogenisierung (als Chronifizierungsfaktoren im Gesundheitswesen) vor?

- A Bettruhe und Krankschreibung, bis der Patient wieder wohl-auf ist
- B Ausschöpfen verfügbarer somatischer Diagnostik zur Sicherstellung, dass keine körperliche Erkrankung übersehen wurde
- C Berücksichtigung der multikausalen Genese von Schmerz in Diagnostik und Therapie
- D bei Erschöpfung der medizinischen Ansätze Überweisung zum Psychotherapeuten
- E Trennung von somatischen und psychischen Faktoren am Krankheitsgeschehen

Frage 9

Welche Professionen sollten mindestens in einem interdisziplinären multimodalen Assessment vertreten sein?

- A Das hängt sehr von der Grunderkrankung ab.
- B Das hängt sehr von den regionalen Gegebenheiten ab.
- C Schmerzmedizin, Physiotherapie und Psychotherapie
- D Schmerzmedizin und Physiotherapie, Psychotherapie nur bei dringender Indikation
- E Schmerzmedizin, Physiotherapie und weitere medizinische Fachbereiche je Indikation

Frage 10

Welches Kernkriterium bezeichnet ein interdisziplinäres multimodales Assessment *nicht*?

- A Multiprofessionalität
- B Evidenzbasierung
- C Ergebnisoffenheit
- D frühzeitiger Einsatz in der Versorgung von Patienten mit Schmerzen
- E integrativer Teamansatz mit regelmäßiger Absprache