

Multimodale Schmerztherapie und Osteopathie

Sabine Treptow-Wünsche, Andreas Böger

Zusammenfassung

In Deutschland lässt sich bei Patienten mit chronischen Kopf-, Rücken- und Nervenschmerzen ein unsystematisches und oft von Zufällen geleitetes Vorgehen konstatieren. Bei längerer Beschwerdedauer ist meist eine befundorientierte multimodale Schmerztherapie indiziert und auch Erfolg versprechend: Studien zeigen einen nachhaltigen Behandlungserfolg stationärer und teilstationärer Konzepte. Moderne Schmerzmedizin geht dabei über eine reine analgetische Therapie weit hinaus und beinhaltet eine strukturierte somatopsychische Diagnostik, konkret eine neuroorthopädisch-funktionelle und eine psychische Untersuchung, woraus ein ganzheitliches Behandlungskonzept erstellt wird. Das Behandlungskonzept ist zwar vorwiegend aktivierend orientiert, darin integrierte osteopathische Behandlungsverfahren, z.B. gemäß Faszienstörungsmodell (Typaldos), sind hier eine gute Ergänzung und kein Widerspruch.

Schlüsselwörter

Chronische Schmerzen, multimodale Therapie, Osteopathie, Faszienstörungsmodell

Abstract

In Germany chronic pain patients (i.e. headache, back pain, neuropathic pain) often are treated unsystematically. With longer duration of complaints a multimodal rehabilitative approach is indicated and successful: Studies show a sustainable treatment effectiveness in such intensive rehabilitation programs. Modern pain management not only consists in analgetic treatment but also includes a sophisticated somatopsychic diagnostic investigation, especially a neuro-orthopedic-functional physical and a psychological examination. Both lead to a holistic treatment concept. Treatment tends to be activating, however integrated osteopathic techniques such as the treatment according to the fascia distortion model (Typaldos) are a good add-on and no contradiction at all.

Keywords

Chronic pain, multimodal therapy, osteopathy, fascia distortion model

Einleitung

Moderne Schmerzmedizin beinhaltet neben der Schmerztherapie auch eine präzise Diagnostik, die unter anderem eine ausführliche neuroorthopädisch-funktionelle und eine psychische Untersuchung mit einschließt. Muskuloskeletale Schmerzen sind bei Weitem der häufigste Grund für die Konsultation eines Schmerztherapeuten. In den westlichen Industrienationen ist von einer Lebenszeitprävalenz für Rückenschmerzen zwischen 58 und 85% auszugehen. Vorsichtige Schätzungen der Gesamtkosten, also der direkten Kosten durch die medizinische Versorgung sowie indirekte Kosten durch Arbeitsausfälle und/oder Berentung, werden mit 400–7000 Euro pro Patient und Jahr beziffert. Summa summarum lassen sich jährliche Kosten von über 50 Milliarden Euro alleine in Deutschland hochrechnen. 15% aller Arbeitsunfähigkeitstage, 18% aller Frühberentungen und 6% aller direkten Krankheitskosten können auf „Kreuzschmerzen“ zurückgeführt werden [1]. Mit steigendem Chronifizierungsgrad vervielfachen sich oft die Kosten [2]. Ebenso führen komorbide psychische Erkrankungen und eine neuropathische Schmerzkomponente zu einem disproportionalen Kostenanstieg [3]. Stärkster Prädiktor der Chronifizierung von Rückenschmerzen ist die depressive Stimmungsstörung [4]. Darüber hinaus wird vor allem maladaptiven Coping-Strategien wie ängstlicher Bewegungsvermeidung (Kinesiophobie, „fear avoidance behaviour“), aber auch Durchhaltestrategien trotz

zunehmender Erschöpfung ein großer Einfluss auf die Chronifizierung bescheinigt [5]. Bei der Identifizierung eines chronifizierenden Krankheitsverlaufs können standardisierte Fragebögen hilfreich sein. Zusätzliche „yellow flags“ sind geringe Arbeitszufriedenheit, niedriger sozialer Status, passiver Lebensstil, Katastrophisierungsneigung und belastende Lebenserfahrungen. Selbstkritisch ist in diesem Zusammenhang auch an eine iatrogene Schmerzchronifizierung zu denken, die durch schlechte Kommunikation („Ihre Wirbelsäule ist kaputt“) und Noceboeffekte induziert ist [6].

Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz

Die im März 2010 nach einem längeren Konsensusprozess veröffentlichte Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Kreuzschmerz (der Begriff „Kreuzschmerz“ ist synonym mit „Rückenschmerz“ zu verstehen), die gemeinsam von der AWMF, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Bundesärztekammer herausgegeben wurde, beschreibt in der Langfassung auf 177 Seiten Definition, Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Rehabilitation akuter und chronischer Rückenschmerzen (www.kreuzschmerz-versorgungsleitlinien.de). Sie bietet ein einfaches gestuftes Therapiekonzept, das sowohl für akute als auch für chronische Rückenschmerzen evidenzbasierte Empfehlungen gibt. Nach der NVL Kreuzschmerz soll in den ersten vier Wochen bei Fehlen von anamnestischen und klinischen „red flags“ (Tab. 1) auf Bilddiagnostik verzichtet werden, da der zu erwartende Informationsgewinn zu gering

Tab. 1: Anamnestiche und klinische Hinweise:
„Red flags“ sprechen für weitere Abklärung (z.B. Labor, Bildgebung),
„yellow flags“ sprechen für eine multimodale Schmerztherapie

„Red flags“	„Yellow flags“
<ul style="list-style-type: none"> • Sturz- oder Unfallanamnese • Malignom • Infektgeschehen • Drogenanamnese • Immunsuppression • Kortikoideinnahme • Conus-/Caudasyndrom • Paresen • Ruheschmerz 	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Arbeitszufriedenheit • niedriger sozialer Status • Stress • Alter • weibliches Geschlecht • Krankheitsgewinn • passiver Lebensstil • Nikotin-, Alkohol-, Drogenkonsum • Adipositas • Katastrophisierung/Vermeidungsverhalten • nicht unterstützende Kindheit, belastende Lebenserfahrungen

ist. Dies muss mit dem Patienten in einem ausführlichen validierenden Gespräch kommuniziert werden. Eine kurzfristige medikamentöse Analgesie kann durchgeführt werden, wenngleich der Nutzen insgesamt als gering bewertet wird. Insbesondere aber soll dem Patienten von Schonung abgeraten werden. Passive Therapien – aber auch Physiotherapie und Osteopathie – sollten zunächst nicht verordnet werden, eine längere Arbeitsunfähigkeit sollte vermieden werden.

Spätestens wenn die Schmerzen über zwölf Wochen mit alltagsrelevanten Einschränkungen (z.B. Arbeitsunfähigkeit) trotz leitliniengerechter Versorgung persistieren, ist die Indikation für eine multimodale Schmerztherapie zu prüfen. Beim Vorliegen relevanter psychosozialer Risikofaktoren („yellow flags“, Tab. 1) sollte die Indikation bereits nach sechs Wochen gestellt werden.

Eine multimodale Therapie ist jedoch im ambulanten Setting außerhalb einiger weniger Programme zur Integrierten Versorgung (IV) schwierig umzusetzen, da sie innerhalb der Regelversorgung nicht abgebildet ist. Oft müssen Patienten – eine entsprechende Indikation vorausgesetzt – lange Wege in die nächstgelegene Schmerzklinik zurücklegen, in der sie voll- oder teilstationär behandelt werden können. Die multimodale Therapie ist keineswegs mit einer ambulanten oder stationären Reha zu

vergleichen, die weniger intensiv und präzise ist und andere Schwerpunkte setzt.

Multimodale Schmerztherapie

Die multimodale Schmerztherapie gilt als „Goldstandard“ der Schmerztherapie und wurde als „gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung nach vorgegebenem Behandlungsplan mit identischem, unter Therapeuten abgesprochenem Therapieziel“ [7] für Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen bezeichnet.

Hauptelement ist zum einen das gleichzeitige gerichtete und gemeinsame Therapieren durch das gesamte Team. Hierzu sind enge Absprachen, z.B. in täglichen Schmerzkonferenzen und Teambesprechungen, notwendig. Zum anderen ist die therapeutische Kleingruppe (maximal acht Teilnehmer) wichtigste Einheit. Entscheidend ist neben der allgemeinen Aktivierung des Patienten die Motivation zu eigenverantwortlichem Handeln und zum Erlernen von Selbstwirksamkeit. Daher ist eine frühzeitige Einbeziehung des Patienten in die Therapieentscheidungen wünschenswert. Oft müssen hier Ängste, auch Bewegungsängste (Kinesiophobie), und fixierte passive Bewältigungsstrategien („Machen Sie

mich gesund!“) überwunden werden. Anders gesagt, setzt eine multimodale Therapie auf Seiten des Patienten eine grundsätzliche Veränderungsmotivation und die Bereitschaft eines selbständigen aktiven Schmerzmanagements voraus. Im Rahmen des multimodalen Programms kann diese Veränderungsmotivation dann zugunsten eines aktiven strukturierten Lernens und später der Aufrechterhaltung neu erlernter Strategien und Fertigkeiten ausgebaut werden [8].

Das teamorientierte Vorgehen bedarf einer sehr guten Organisationsstruktur. Diese betrifft einerseits eine im Gegensatz zu chirurgisch-orthopädischen Settings flache Hierarchie über die verschiedenen Berufsgruppen hinweg. Ein sich in den Vordergrund spielender „Heiler“ – sei es ein Arzt, Psychologe oder Physiotherapeut – , der etwa eigenmächtig konfrontiert oder „einrenkt“, ist ausgesprochen kontraproduktiv und kann den gesamten Therapieerfolg gefährden. Auch der leitende Arzt muss hier oft einen Schritt zurücktreten. Andererseits muss auch der Behandlungspfad ausreichend elaboriert und effektiv sein. So muss die Zuweisung „passgenau“ und so verlässlich sein, dass die multimodale Therapie tatsächlich die optimale Behandlungsmethode für diesen Patienten ist – und beispielsweise nicht eine psychosomatische Klinik.

Die Abrechnung der multimodalen Therapie erfolgt nach dem DRG-System („diagnosis related groups“), das unter dem OPS 8-918 (Operationen- und Prozedurenschlüssel) die Aufnahmekriterien (siehe Seite 6) und die Strukturmerkmale vorgibt (Details unter www.dimdi.de). Es gibt im Wesentlichen zwei verschiedene stationäre DRG, nämlich B42Z bei Krankheiten des Nervensystems, I42Z bei muskuloskelettalen Krankheiten. Im Fallpauschalenkatalog 2016 wird die länger als 14 Tage dauernde multimodale Schmerztherapie endlich höher bewertet, was die Komplexität der chronischen Schmerzkrankheit besser abbildet und falsche ökonomische Anreize mindert. Alternativ wird

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2626164>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2626164>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)