

# Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie

## Hintergrund:

Schmerzen sind unbestritten ein gravierendes Gesundheitsproblem unserer Zeit. Schmerzen zählen nicht nur zu den häufigsten körperlichen Beschwerden, sondern sind, wenn sie sich chronifizieren, nur schwer behandelbar. [2] Je nach Studienlage sind ca. 10 bis 30 % der deutschen Bevölkerung heute von chronischen Schmerzen betroffen, dabei liegen Kopf-, Rücken- und Schulter-Nackenschmerzen ganz vorn. [3]

Die meisten Studien belegen, dass die Häufigkeit chronischer Schmerzen mit dem Alter, mit einem niedrigen Bildungsstatus und Einkommen, Übergewicht, schlechter subjektiver Gesundheit, früheren Schmerzen, Rauchen und Inaktivität, Unzufriedenheit beim Arbeitsplatz, Stress und körperliche Belastung zunimmt [1][2][3][8]. Auch die Abhängigkeit vom Geschlecht sowie das Katastrophisieren, die Somatisierung und die Depressivität spielen in den meisten Studien eine fördernde Rolle [1][7]. Interessant ist, dass die Altersabhängigkeit von Schmerzen sich im Verlauf verändert. Während in jungen Jahren häufiger über Kopf- und Magenschmerzen geklagt wird, werden mit zunehmendem Alter häufig Glieder-, Rücken- und Nackenschmerzen genannt [13].

Internationale Studien zeigen, dass unimodale, rein somatisch orientierte Rehabilitationsverfahren, insbesondere bei Rückenschmerzen oft keine signifikanten Unterschiede zu Spontanheilungen aufweisen und den intensiven multimodalen Schmerzprogrammen in ihrer Effektivität unterlegen sind.

## Chronifizierter Schmerz und seine Auswirkungen:

Typische Merkmale eines chronischen Schmerzpatienten sind oft eine lange

Schmerzgeschichte, mehrere Schmerzorte, psychosoziale Probleme und ineffektive Behandlungsversuche über eine lange Zeit. Da viele Menschen am Anfang ihrer Schmerzkarriere keinen Anlass sehen, zum Arzt zu gehen und eher darauf hoffen, dass der Schmerz wieder von alleine weggeht, werden die Patienten oftmals erst dann von einem Arzt gesehen, wenn ein Chronifizierungsprozess bereits eingetreten ist. Hier haben sich dann die Schmerzen oft schon generalisiert ausgebreitet und werden begleitet von unspezifischen körperlichen Beschwerden wie Schwindel, Übelkeit, Schlafstörungen oder Tinnitus. Wegen der Schmerzen werden Aktivitäten, die diese auslösen könnten, oft angstvoll vermieden und verstärkt damit das Problem. Die Folgen sind Leistungsverlust, Arbeitsunfähigkeit, Depressivität oder Angststörungen, Rückzug und erhebliche Einschränkungen im normalen Tagesablauf. [1]

## Häufigkeit von chronischen Schmerzen:

E. Elliott et. al. stellten fest, dass ca. 50 % ihrer befragten englischen Populationen in der Primärversorgung von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen über chronische Schmerzen mit einer Dauer von mehr als drei Monaten klagten. [2][4]

In einer repräsentativen bevölkerungsbezogenen Studie fanden Göbel et al. 1994 heraus, das extrapoliert 54 Millionen Deutsche zumindest gelegentlich oder aber andauernd an Kopfschmerzen wie Migräne oder Spannungskopfschmerzen leiden. [2][5]

In der Studie „Gesundheit in Deutschland“ des RKI aus dem Jahr 2009 gaben 20,7 % der Betroffenen an, im letzten Jahr mindestens drei Monate oder länger unter chronischen Rückenschmerzen gelitten zu haben“ [11].

## Inanspruchnahmen von ärztlichen Leistungen:

Schmerzen sind ein häufiger Anlass für einen Arztbesuch. Zum größten Teil sind dies ambulante Arztbesuche. Im Zuge des telefonischen Gesundheitssurveys des RKI 2003 teilten 40 % aller Befragten mit, in den letzten zwölf Monaten wegen Rückenbeschwerden einen Arzt konsultiert zu haben.

Insgesamt nehmen Patienten mit geringer Beeinträchtigung im Alltag seltener ärztliche Leistungen wahr als Patienten mit hoher schmerzbedingter Beeinträchtigung. Dabei unterscheiden sich die Patienten mit leichten Schmerzintensitäten von Patienten mit einer Schmerzintensität schweren Grades nicht wesentlich in der Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen. Daraus lässt sich ableiten, dass für die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen die funktionelle Beeinträchtigung durch Schmerzen einen höheren Vorhersagewert hat als die Schmerzintensität. [2][9]

Ein weiterer interessanter Gesichtspunkt ist der Nachweis in einer dänischen Studie, die belegt, dass Schmerzpatienten nicht tumorbedingter Schmerzen nicht nur wegen Schmerzerkrankungen, sondern insgesamt mehr ambulante bzw. stationäre medizinische Leistungen in Anspruch nehmen als die Gesamtbevölkerung. [2]

## Volkswirtschaftliche Bedeutung:

Neben persönlicher Einbuße von Lebensqualität verursachen chronische Schmerzen eine Vielzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen mit entsprechend hohen Kosten für das Gesundheits- und Sozialversicherungssystem [10][16]. In einigen Studien werden indirekte Kosten mit ca. 2 % des deutschen Bruttoinlandproduktes für Menschen im

arbeitsfähigen Alter festgestellt. [14] [16]. Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Rückenschmerzen lagen 2010 bei AOK Pflichtmitgliedern pro Fall bei 11,7 Tagen/Jahr und standen in der Rangliste der 10 Erkrankungen mit den längsten Arbeitsunfähigkeitstagen auf Platz 1 der Rangliste. Gleiches gilt für die Versicherten der BAR-MER GEK und der Deutschen Angestellten KV. Bei Frühberentungen stehen die Krankheiten des Bewegungsapparates im Jahr 2010 an zweiter Stelle nach den psychischen Störungen. Von den 960.000 Rehabilitationen in 2010 wurden 24 % wegen Rückenleiden von den gesetzlichen Rentenversicherungsträgern genehmigt. Die verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre, die für die Ermittlung der indirekten Kosten einer Krankheit herangezogen werden, betragen für die unspezifischen Rückenschmerzen im Jahr 2008 ca. 135.000 Jahre [10].

### Multimodale Schmerztherapie aus der Sicht der Gesundheitswissenschaft:

**Definiton:** Multimodale Schmerztherapie bezeichnet eine kombinierte interdisziplinäre Schmerzbehandlung, die die gleichzeitige Anwendung unterschiedlich übender Therapien von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychotherapeutischer Fachrichtung (psychiatrisch, psychologisch oder psychosomatisch), nach einem ärztlichen Behandlungsplan und einer Behandlungsleitung erfordert. Die multimodale Schmerztherapie setzt sich also gleichwertig aus medizinischer Behandlung, Wissensvermittlung, körperlicher Aktivierung, psychotherapeutischen Behandlungsmaßnahmen und ergotherapeutischen Behandlungseinheiten zusammen [1] [15]. Die Behandlung erfolgt in Kleingruppen. Obligat sind eine gemeinsame Beurteilung des Behandlungsverlaufs, regelmäßige Teambesprechungen und Einbeziehung aller Therapeuten.

Skandinavische klinische Studien konnten die Wirksamkeit für solch intensive multimodale Programme von Behandlungseinheiten über 100 Stunden schon in den 90er Jahren nachweisen. [1].

### Therapiemotivation:

Die multimodale Schmerztherapie setzt per se die Bereitschaft des Patienten zur aktiven Verhaltensänderung voraus. Daher bedarf es einerseits eines hohen Zeitaufwandes seitens der Therapeuten, den Patienten für die Art der Therapie zu motivieren, andererseits muss der Patient auch in der Lage sein, den interdisziplinären Ansatz zu verstehen und für sich anzuwenden.

Notwendig ist, dem Patienten die Gesamtzusammenhänge verständlich zu machen und zu erklären, dass die Therapie langfristig angelegt ist und ein aktives Verhalten von ihm verlangt wird.

Patienten mit z. B. laufenden Rentenverfahren oder anderen vergleichbaren Verfahren, Patienten mit Sprach- oder intellektuellen Barrieren, Suchtmittelabhängige oder Patienten mit einem ausgeprägt psychiatrischen Krankheitsbild können möglicherweise für diese Art der Therapie weniger geeignet sein [1] [8].

Obwohl die multimodale Schmerztherapie oft die einzige erfolgsversprechende Therapie für therapierefraktäre chronische Schmerzkrankte ist und objektivierbare positive Ergebnisse zeigt, kann sie dennoch nicht allen Patienten helfen. Woran liegt dies?

Hier ist einerseits der Maßstab des Erfolgskriteriums zu betrachten, andererseits die Therapiemotivation, die in den Möglichkeiten des Patienten selbst liegt. Realistisches Therapieziel kann bei der multimodalen Schmerztherapie nicht einzig und allein die gemessene Schmerzintensität sein, sondern muss sich auch nach anderen Erfolgskriterien messen lassen.

Dies sind z. B. die Wiederherstellung der Mobilität, der Wiedergewinn der Arbeitsfähigkeit, die Verminderung von Angst und Depressionen. Ein weiterer Erfolg wäre es auch, wenn der Patient gelernt hat, dass nicht immer eine absolute Heilung seiner Beschwerden durch Medikamente oder Operationen zu erwarten ist und er versteht, dass Angst und Depressionen Schmerz stark beeinflussen können und daher auch behandelt gehören. [6]

### Präventive und gesundheitsfördernde Möglichkeiten zur Therapie des chronischen Schmerzes:

In der Literatur lassen sich so gut wie keine Hinweise für die Bedeutung nicht klinisch orientierter Gebiete wie z. B. der Gesundheitswissenschaft (Gesundheitsförderung- und Prävention) auf den interdisziplinären Therapieansatz chronischer Schmerzen finden.

Es ist aber aus der Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention durchaus vorstellbar, dass als weitere Disziplin ein gesundheitsfördernder, bürgerorientierter und dechronifizierender Ansatz in der Schmerzbehandlung möglichst vorklinisch sinnvoll wäre. [2]

Während bei einem bereits vorhandenen Krankheitsbild wie das der chronischen Schmerzen oft ein primärpräventiver Ansatz bereits nicht mehr möglich ist, kann die Gesundheitsförderung mit ihrer Ausrichtung auf Bewegung und körperliche Aktivität durchaus anwendbar sein.

Zahlreiche Studien belegen die enge Korrelation von Bewegung und körperlich-sportlicher Aktivität mit einem positiven gesundheits-psychischen Wohlbefinden und einer Verbesserung des muskuloskeletalen- und Kreislaufsystems. [2]

Körperliche Aktivität ist seit vielen Jahren ein erfolgsversprechender Ansatz. Wenig bekannt ist allerdings das Health-Believe-

Modell. Dies baut im Wesentlichen auf der Entstehung des Gefühls von Selbstwirksamkeit auf, in dem das Vertrauen in die Wirksamkeit und die Aktivierung der Selbstheilungskräfte höher eingeschätzt wird, als fatalistische oder externe Überzeugungen. Hier geht es um die Vermittlung und Entwicklung eines starken eigenen Potentials zur Mitbestimmung des Gesundheitszustandes und Wohlbefindens, Ansätze die auch in der multimodalen Schmerztherapie verwirklicht werden!

Der Ansatz der Gesundheitsförderung und Prävention geht aber noch darüber hinaus und empfiehlt die Vermittlung der o. g. Selbstwirksamkeitskonzepte bereits in der Schule und am Arbeitsplatz im Rahmen von Gesundheitsmanagementprogrammen umzusetzen.

In manchen Grundschulen und einigen meist größeren Betrieben mit einem standardisierten Gesundheitsmanagementprogramm werden die o. g. Prinzipien bereits eingesetzt. Kritisch muss allerdings hier angemerkt werden, dass die guten präventiven Ansätze der „Gesundheit im Betriebe Programme“ oft die eigentliche Zielgruppe nicht erreichen. Eher nutzen die typischen Personen mit geringer Risikobelastung, die ohnehin einen gesundheitsbewussten Lebensstil führen, diese Programme [12]. Dieses Phänomen ist als „preaching to the converted“ bekannt (predigen vor Bekehrten).

Allem Anschein nach ist das freiwillige Angebot der Betriebe für die Arbeitnehmer mit großer Risikobelastung, z. B. ältere, manuell Tätige mit gleichzeitig inaktivem ungesundem Lebensstil, nicht verbindlich genug angelegt. Hier soll der Hinweis erlaubt sein, dass ein ärztlicher Appell sehr viel eher zu einer Verhaltensänderung des betroffenen Patienten führen könnte, als es viele Ärzte selbst glauben.

### Fazit:

Schmerzen bilden ein komplexes, mit starken psychischen Komponenten verbundenes Krankheitsbild, das allein, aber auch im Zusammenhang mit anderen Krankheiten oder Störungen kurzzeitig oder chronisch auftreten kann. Schmerzen haben einen großen Einfluss auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden der Bevölkerung und treten weit verbreitet auf. In vielen Fällen sind Patienten mit chronischen Schmerzen nicht ausreichend gut versorgt, obwohl seit vielen Jahren die Zusammenhänge zwischen einem chronifizierten Schmerz und der Notwendigkeit eines interdisziplinären und multimodalen Behandlungskonzeptes bekannt sind. Dennoch werden häufig unspezifische passive Maßnahmen in Kliniken und Rehaeinrichtungen eingesetzt und zu wenig auf eine aktive Gesundheitsförderung mit Vermittlung von Selbstwirksamkeits-, und Selbstbestimmungsmöglichkeiten geachtet.

In Zukunft ist es wichtig, den medizinischen mit dem nicht medizinischen Versorgungssektor (z. B. Schule, Arbeitsplatz) stärker zu verbinden. Analog zu den Nichtraucher- und Antidrogenkampagnen könnten hier auch Präventionskampagnen über die Medien wie z. B. bundesweite Plakat- und Schülerprogramme Effekte zeigen. Genauso wünschenswert wären niedrigschwellige Angebote für die bislang eher unterversorgten Risikogruppen in den Betrieben. Im Hinblick auf die Verbesserung der Effektivität und der Nachhaltigkeit der multimodalen Schmerztherapie besteht die Notwendigkeit, die Therapieprogramme bildungsangepasst zu entwickeln, um Bildungsunterschiede wie unterschiedliche Schulabschlüsse, welche offensichtlich einen starken Einfluss auf den Erfolg der multimodalen Schmerztherapie eines chronischen Schmerzens haben, zu berücksichtigen. Operative Behandlungsverfahren sollten stets einer kri-

tischen Prüfung der Indikation unterzogen werden.

### Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Karin Müller  
Gesundheitsamt Region Kassel  
Wilhelmshöher Allee 19-21, 34117 Kassel  
Tel. 0561 1003-1900  
E-Mail: karin.mueller@kassel.de

### Literatur:

- 1) B. Arnold et al. *Multimodale Schmerztherapie Konzepte und Indikationen*. Schmerz 2009, 23: 112-120
- 2) B. Th. Baune, A. Krämer: *Das chronische Schmerzsyndrom aus Sicht der Gesundheitswissenschaften*. Zf Gesundheitswiss 2001, 9(4): 364-384
- 3) B.-M. Bellach, U. Ellert, M. Radoschewski: *Epidemiologie des Schmerzes – Ergebnisse des Bundesgesundheitsveys 1998*. Bundesgesundheitsblatt (BL) – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2000, 43: 424-431
- 4) Elliot et al.: *The epidemiology of chronic pain in the community*. Lancet 1999, 354 (9186): 1248-1252
- 5) H. Göbel et al: *The epidemiology of headaches in Germany*. Cephalgia 1994, 14: 79-106
- 6) I. Gralow, H. R. Casser, *Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie*. Forum aktuell, Angew. Schmerzther. Palliativmed. 2011, 1: 14-15
- 7) I. Gralow: *Psychosoziale Risikofaktoren in der Chronifizierung von Rückenschmerzen*. Schmerz 2000, 14: 104-110
- 8) I. Haase, O. Kuhnt, K. Klimczyk. Schmerz 2012, 26: 61-68
- 9) T. Kohlmann: *Schmerzen in der Lübecker Bevölkerung. Ergebnisse einer bevölkerungs-epidemiologischen Studie*. Schmerz 1991, 5: 208-213 in B. Th. Baune, A. Krämer (3)
- 10) Robert-Koch-Institut: *Rückenschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2012*, 53: 1-31
- 11) Robert-Koch-Institut: *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009*, RKI Berlin
- 12) S. Schneider, M. Schiltewolf. *Preaching to the converted: Über- und Unterversorgung in der Schmerzprävention am Beispiel bundesdeutscher Rückenschulen*. Schmerz 2005, 19: 477-488
- 13) J. Schumacher, E. Brähler: *Prävalenzen von Schmerzen in der deutschen Bevölkerung. Ergebnisse repräsentativer Erhebungen mit dem Gießener Beschwerdebogen*. Schmerz 1999, 13: 375-384
- 14) C. M. Wenig, C. O. Schmidt et al.: *Cost of back pain in Germany*. Eur J Pain 2009, 13 (3): 280- 286
- 15) Wikipedia. *Multimodale Schmerztherapie*. vom 15.06.2013
- 16) R. Wolff, C. Clar et al. *Epidemiologie von nicht tumorbedingten chronischen Schmerzen in Deutschland*, Schmerz 2011, 25: 26-44