



Wann ambulant, tagesklinisch oder stationär?

Patienten mit erhöhtem Risiko zur Schmerzchronifizierung benötigen zur Verbesserung des Behandlungsangebotes ein interdisziplinäres multimodales Schmerz-Assessment (IMA), um ihnen eine abgestufte Therapie anbieten zu können und damit eine Chronifizierung zu vermeiden.

Prof. Dr. Hans-Raimund Casser,
DRK Schmerz-Zentrum Mainz

Chronische Schmerzen sind charakterisiert durch eine komplexe Wechselwirkung körperlicher, psychischer und sozialer Fehlfunktionen. Nur durch ein inhaltlich und organisatorisch aufeinander abgestimmtes und aufeinander aufbauendes medizinisches, physiotherapeutisches und psychologisches (verhaltenstherapeutisches) Behandlungsprogramm lässt sich diese multifaktorielle Genese positiv beeinflussen.

Interdisziplinäres Assessment empfohlen

Der neu geschaffene ICD Code F 45.41 („chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“) beschreibt diese chronifizierten Schmerzen mit gleichzeitig sensorischen sowie kognitiv-emotionalen Verhaltensaspekten als komplexe bio-psycho-soziale Störung. Die nationale Versorgungsleitlinie „nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ empfiehlt, spätestens nach sechs Wochen Schmerzdauer und alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen trotz leitliniengerechter Versorgung und bei positivem Nachweis von Risikofaktoren zur Chronifizierung (yellow flags), die Indikation zu einer multimodalen Therapie zu prüfen. Diese Prüfung sollte möglichst im Rahmen eines umfassenden interdisziplinären Assessments erfolgen.

Dieses Assessment ist ein teamorientiertes diagnostisches Update des Patienten mit aktueller detaillierter Anamnese unter besonderer Berücksichtigung des



Prof. Dr. Hans-Raimund Casser

Krankheitsverlaufs. Es beinhaltet zudem eine unvoreingenommene Untersuchung mit somatisch-struktureller, funktioneller und psychosozialer Befundung. Ziel des Assessments ist die umfassende und ganzheitliche Erfassung von Schmerzen. Es umfasst die interdisziplinäre Untersuchung, Befunderhebung und Einordnung der Schmerzsymptomatik sowie die sorgfältige Kausalitätsprüfung der Diagnose und ist in Bezug auf die Weiterbehandlung ergebnisoffen. Dies verhindert eine kritische Übernahme früherer klinischer, apparativer und bildgebender Befunde, berücksichtigt jedoch die Vorgeschichte in der abschließenden Bewertung.

Zum Team eines Assessments gehört der Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“, der schmerztherapeutisch qualifizierte Psychotherapeut und der schmerztherapeutisch erfahrene qualifizierte Physiotherapeut. Es umfasst die interdisziplinäre Untersuchung, Befunderhebung und Einordnung der Schmerzsymptomatik sowie die sorgfältige Kausalitätsprüfung der Diagnose und ist in Bezug auf die Weiterbehandlung ergebnisoffen. Dies verhindert eine kritische Übernahme früherer klinischer, apparativer und bildgebender Befunde, berücksichtigt jedoch die Vorgeschichte in der abschließenden Bewertung.

Positive Effekte der IMST sind belegt

Die Gestaltung eines interdisziplinären multimodalen Schmerztherapieprogramms, das heute fast ausschließlich tagesklinisch oder stationär durchgeführt

wird, ist definiert als eine gleichzeitige inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise integrierte sowie konzeptionell abgestimmte Behandlung von Patienten mit chronifiziertem Schmerzsyndrom. Ärztliche Therapie sowie psycho- und physiotherapeutische Verfahren werden nach vorgegebenen, gemeinsam abgeprochenen und abgestimmten Therapiezielen durchgeführt. Obligatorisch ist eine gemeinsame Beurteilung des Behandlungsverlaufs innerhalb regelmäßig geplanter Teambesprechungen unter Einbindung aller Therapeuten. Die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) hat Eingang in den Operation- und Prozedurenschlüssel (OPS)-Katalog gefunden und definiert zusätzlich die Voraussetzungen vonseiten der Patienten. Zahlreiche Studien haben die Verminderung der Krankheits-symptomatik und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für unterschiedliche Schmerzkrankungen und Patientengruppen durch die IMST belegt.

Auch internationale systematische Reviews und Metaanalysen bestätigen diese Vorgehensweise beim Rückenschmerz, beim Fibromyalgiesyndrom und auch bei anderen unterschiedlichen Schmerzsyndromen. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass der Erfolg einer IMST von der Sicherstellung guter Prozess- und Strukturvoraussetzungen abhängig ist, insbesondere von einem abgestimmten integrativen und berufsgruppenübergreifenden Vorgehen.

Flächendeckende Versorgung fehlt

Indikationen für ein IMST-Programm bestehen bei Patienten im höheren Chronifizierungsstadium (Mainz Pain Staging System MPSS II/III) bei mono- oder multidisziplinärer ambulanter Therapieresistenz. Noch vorteilhafter ist natürlich der Einsatz bei Patienten mit rezidivierenden oder anhaltenden Beschwerden mit erhöhtem Risiko zur Chronifizierung (MPSS I/II). Diese Risikopatienten erreicht die IMST in der deutschen Versorgungslandschaft nur selten. Die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz fordert deshalb eine zeitnahe interdisziplinäre Diagnostik mit niederschweligen Therapieangeboten, wie sie durch ein strukturiertes Vorgehen beim interdisziplinären Assessment gegeben ist. Gerade bei Patienten, die am Anfang eines chronischen Schmerzgeschehens sind, das heißt sechs Wochen Therapieresistenz aufweisen mit andauernder Arbeitsunfähigkeit und auftretender psychosozialer Risikofaktoren, ist ein zeitnahe interdisziplinäres multimodales Schmerztherapieprogramm sinnvoll.

Bei diesen Patienten konnte mittels IMST im ambulanten Bereich eine deutliche Schmerzreduktion mit andauernder Behandlungsfreiheit sowie Vermeidung von Arbeitsunfähigkeitstagen (im Mittel 44,3 AU-Tage pro Patient) nachgewiesen werden. Im Krankenhaus-Report der Barmer GEK wird festgestellt, dass es trotz eines Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsnachweises der IMST an einer angemessenen flächendeckenden Versorgung mit ambulanten, teilstationären und stationären IMST-Angeboten in Deutschland fehlt.

In einem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) aus dem Jahr 2018 werden als grundlegende Probleme im deutschen Gesundheitswesen u. a. die weiterhin bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung sowie entsprechende Steuerungsdefizite benannt. Als grundsätzlicher Lösungsansatz wird nicht ein „Mehr“ an Steuerung, sondern eine gezieltere Steuerung angesehen. Patienten mit anhaltenden Schmerzen, deren Persistenz durch somatische Faktoren nicht ausreichend erklärt wird oder deren somatische Ursachen nicht beeinflussbar sind, sollten frühzeitig einem schmerzmedizinischen Behandlungsansatz, der die Komplexität der Erkrankung berücksichtigt, zugeführt werden.

In Abhängigkeit der Ausprägung der Schmerzkrankung können sich Indikationen für eine unterschiedlich intensive Schmerzbehandlung ergeben, die auch die Durchführung in unterschiedlichen Gesundheitssektoren beinhaltet. Die klinische Schmerzdiagnose allein reicht nicht aus, um diese Zuweisung zu einem geeigneten Versorgungsektor vornehmen zu können.

Kriterien für die Zuordnung zu Versorgungsektoren

Kriterien für die Zuordnung zu den verschiedenen Versorgungsektoren sind:

- die Ausprägung der Schmerzkrankung,
- deren Chronizität und Komplexität sowie die daraus resultierende verminderte Funktionsfähigkeit des Patienten in den verschiedenen Lebensbereichen und
- die durch Komorbidität verursachten Leistungseinschränkungen.

Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung

Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung und damit auch ein Therapieversagen konventioneller unimodaler Behandlungen beinhalten z. B.:

- sich zunehmend weiter ausbreitende Schmerzen,
- ausgeprägtes verbales oder nonverbales Schmerzverhalten,
- ungünstige Schmerzverarbeitung (Katastrophisieren, Fokussierung, Ängste),
- Hinweise für schmerzunterhaltende Faktoren in der Familie bzw. im sozialem Umfeld oder Beruf,
- depressive Symptome im Erleben und Verhalten,
- ungünstige Verhaltensweisen („Durchhalter“, „Vermeider“),
- Somatisierungstendenzen,
- eine hohe Inanspruchnahme des Versorgungssystems und
- der Wunsch des Patienten nach fortgesetzter Diagnostik und Therapie.

Die Ad-hoc-Kommission „Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft hat in einer Publikation Empfehlungen zur Differenzial-Indikation für ambulante, tagesklinische und stationäre Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie veröffentlicht, die hier nur auszugsweise wiedergegeben werden kann und zum intensiveren Studium dringend empfohlen wird.

Differenzialindikation für ambulante IMST

(nach Pflingsten M, Arnold B, Böger A et al. Schmerz 2019 33:191–203)

Ziel: Chronifizierung aufhalten und verhindern

- Niedrigschwelliges und ggf. berufsbegleitendes Programm;
- mittleres bis hohes Chronifizierungsrisiko (MPSS I-II, von KORFF 1–2);
- Zeitpunkt: Übergang akut-subakuter Schmerz (>4 Wo), AU <6 Wo;
- stabile Situation, keine komplexen schmerzrelevanten Komorbiditäten;
- unproblematische medikamentöse analgetische Behandlung, kein Medikamentenentzug.

Differenzialindikation für teilstationäre IMST

(nach Pflingsten M, Arnold B, Böger A et al. Schmerz 2019 33:191–203)

Ziel: Functional Restoration, intensive Behandlung (Mindestanwesenheit 4 h/Tag)

- Zeitpunkt: >8–12 Wochen Schmerzen, AU >6 Wo;
- Fortgeschrittene, bereits eingetretene Chronifizierung (MPSS II/III, v. KORFF 2–4);
- stabile Komorbiditäten;
- Polypharmazie, kein Medikamentenentzug.

Differenzialindikation für stationäre IMST

(nach Pflingsten M, Arnold B, Böger A et al. Schmerz 2019 33:191–203)

Ziel: ggf. medikamentöse Schmerzeinstellung, Functional Restoration

- hochintensive Behandlung (OPS 8-918);
- Zeitpunkt: >8–12 Wochen, AU >6 Wo;
- fortgeschrittene, eingetretene Chronifizierung;
- relevante, potentiell destabilisierende Komorbiditäten, ggf. eingeschränkte Mobilität;
- Entzug zentralwirksamer Medikamente. Die IMST wurde bisher nahezu ausschließlich im teilstationären oder stationären Sektor angeboten. Eine Ausweitung des Behandlungsangebotes auf den ambulanten Sektor bietet die Chance, weniger betroffenen, aber chronifizierungsgefährdeten Schmerzpatienten eine abgestufte Therapie anzubieten. Diese ist von Anfang an dem biopsychosozialen Modell verpflichtet und bindet somit alle wesentlichen Fachdisziplinen in die Behandlung ein. Hinsichtlich der Behandlungsinhalte und -intensität gelten für den tagesklinischen und stationären Sektor prinzipiell die Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission IMST der Deutschen Schmerzgesellschaft. Im ambulanten Sektor dürfte entsprechend dem geringeren Chronifizierungsstadium vermutlich ein geringerer Behandlungsumfang ausreichend sein. Für den ambulanten Sektor liegen bisher keine ausreichenden Evidenzen bezüglich der Behandlungsdauer, -intensität sowie der Behandlungsinhalte vor. Behandlungsmaßnahmen sollten im Interesse der Qualitätssicherung in allen Sektoren standardisiert überprüfbar sein. Hier bietet das von der Deutschen Schmerzgesellschaft entwickelte KEDOQ-System, Kerndokumentation und Qualitätssicherung in der Schmerztherapie, eine verlässliche Kontrolle der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Entsprechende multizentrischer Studien werden unter Federführung der Deutschen Schmerzgesellschaft im Rahmen des Innovationsfond-Projekts des G-BA bereits durchgeführt bzw. geplant. Literatur beim Verfasser.