

Schmerz ist multimodal. Chancen und Grenzen

M. Pfingsten, Göttingen

Chronischer Schmerz ist ein multifaktoriell determiniertes Geschehen, daher sind monomodale Therapien häufig zur Behandlung nicht ausreichend. Aus diesem Grund sind in den letzten 20 Jahren multimodale Behandlungsprogramme entwickelt worden, die nach Ansicht von Experten eine der wichtigsten richtungsweisenden Entwicklungen der Schmerztherapie der letzten 25 Jahre darstellen. Waren diese Programme ursprünglich auf die Behandlung von Rückenschmerzen bzw. muskuloskeletaler Beschwerden beschränkt, so findet seit über einem Jahrzehnt eine Ausweitung auf andere Schmerzerkrankungen statt. Auch bei einer Mischung der Diagnosen lassen sich gute bis sehr gute Erfolge nachweisen.

Den Schmerztherapeuten ist damit die Umsetzung einer konstruktiven Interdisziplinarität gelungen, wie sie in anderen medizinischen Bereichen bisher nicht umgesetzt werden konnte. Die Behandlung ist eine gemeinsame, fachgruppenübergreifende Leistung von Ärzten, Psychologen, Physio- und Sporttherapie sowie des Pflegedienstes. Alle leisten dabei einen gleichwertigen Beitrag, der Team-Gedanke rückt in den Vordergrund des therapeutischen Handelns.

Voraussetzungen und Hemmnisse

Die Umsetzung dieses Ansatzes ist an Voraussetzungen gebunden, die noch nicht vollständig erfüllt sind, außerdem gibt es Hemmnisse bzw. Probleme, die aus einem solchen Vorgehen resultieren können.

Wie soll die Therapie genau ablaufen?

Die strukturqualitativen Merkmale dieser Behandlungsform sind definiert und wurden zum Teil sogar bereits in Leitlinien-Empfehlungen aufgenommen (wie der Nationalen Ver-

sorgungs-Leitlinie Kreuzschmerz). Die genaue Beschreibung der prozessqualitativen Merkmale, das heißt der notwendigen Inhalte, ihrer Gewichtung, ihrer zeitlichen Zusammenstellung und Einordnung in den Therapie-Ablauf steht aber noch aus. Diese müssen sich an den übergreifenden Zielen der Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit, der körperlichen und psychosozialen Aktivierung und der Verantwortungsübernahme für die eigene Gesundheit als selbstständiges Handeln orientieren. Der Behandlung muss ein multimodales Assessment vorgeschaltet sein, das konsequent als interdisziplinäre Aufgabe konzipiert ist, die nur von einem qualifizierten Untersuchungs-Team erbracht werden kann. Die Qualität des multidisziplinären Assessments mit ausführlicher ärztlicher Anamnese und körperlicher Untersuchung (schmerzqualifizierter Arzt), psychologischer Diagnostik (schmerzqualifizierter Psychologe), funktioneller Diagnostik (schmerzqualifizierter Moto-, Physio- oder Ergotherapeut) und Sozialanamnese ergibt sich aus der Zusammenschau und gemeinsamer Wertung aller Untersuchungsergebnisse der beteiligten Fachdisziplinen in einer gemeinsamen Team-sitzung. Die daraus resultierende gemeinsame Einordnung der individuellen Schmerzstörung ist dann die Basis für das weitere therapeutische Vorgehen.

Kommunikation, Respekt und Reife

Interdisziplinarität hat als Wort einen unbeschwerten Klang, unterscheidet sich aber von den in der Gesundheitsversorgung üblichen Kooperationsformen (multidisziplinär, konsiliarisch, Liaison-Dienste) hinsichtlich zeitlichem Aufwand, Qualität und Intensität der Kommunikation in zum Teil erheblichem Ausmaß. Die Vorgaben der multimodalen The-

rapie können nur erfüllt werden, wenn formal-strukturelle Voraussetzungen wie etwa eine geeignete Personalstruktur ebenso erfüllt werden wie die Erfordernisse nach enger Kommunikation und Abstimmung der Therapieinhalte, der Vorgehensweise und der Therapieziele. Grundvoraussetzung für das Einhalten dieser Absprachen ist Respekt gegenüber den anderen Teammitgliedern und erfordern ein hohes Maß an kommunikativer Reife.

Vergütungssystem behindert die Umsetzung

Weitere potentielle Probleme der multimodalen Therapie betreffen z. B. die Hindernisse in der Umsetzbarkeit entsprechender diagnostischer und therapeutischer Prinzipien in der breiten Versorgungsfläche. Bisher konnten solche Strukturen nur an spezialisierten Einrichtungen mit hoher Qualität implementiert werden. Die wünschenswerte Entwicklung vergleichbarer Therapiestrategien auch im ambulanten Sektor wird derzeit durch ein nicht angepasstes Vergütungssystem behindert. Erste Versuche, diese Prinzipien im Rahmen von Selektivverträgen umzusetzen, gibt es aber bereits. Eine entsprechende Anpassung der Regelversorgung zeichnet sich jedoch noch nicht ab.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Michael Pfingsten
Kongresspräsident der DGSS
Ambulanz für Schmerzbehandlung
Universität Göttingen
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen
E-Mail: michael.pfingsten@med.uni-goettingen.de