

**Definitionen, Klassifikationen und Begriffsklärungen  
im Rahmen des organisierten Schmerzpatientenmanagements  
Um eine einheitliche Diskussionsgrundlage zu schaffen, werden  
nachfolgend Definitionen von zentralen Begriffen zum Thema  
„Interdisziplinäre Schmerztherapie“ aufgelistet, die der  
Fachliteratur entnommen sind. (ÖSG 2008)**

**Akuter Schmerz:** Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird.

*(Definition der International Association for the Study of Pain, IASP)*

Akute Schmerzen haben eine biologisch sinnvolle Funktion als Warnsignal und als Hinweis zur Diagnostik einer zugrundeliegenden Erkrankung oder Verletzung. Akuter Schmerz schützt somit den Organismus vor weiteren Schäden. Durch die Behandlung der Erkrankung oder Verletzung, ggf. in Kombination mit einer adäquaten Behandlung der akuten Schmerzen, kommt es in der Regel innerhalb weniger Tage zum Persistieren der Schmerzen.

*(M. Strumpf, A. Willweber-Strumpf, M. Zenz: Interdisziplinäre Schmerztherapie, 2002)*

**Chronischer Schmerz:** Chronische Schmerzen haben ihre Leit- und Warnfunktion verloren und sich zu einem eigenständigen Krankheitsbild entwickelt. Die Schmerzerkrankung ist bestimmt durch ein individuell unterschiedlich gewichtetes Bedingungsgefüge aus somatischen, psychischen und sozialen Faktoren. In der Literatur wird häufig von chronischen Schmerzen gesprochen, wenn ein Schmerz länger als drei oder sechs Monate anhält. Diese ausschließlich auf Zeit bezogene Definition ist hinsichtlich der Komplexität und Individualität des Chronifizierungsprozesses nicht hinreichend.

Beim Prozess der Chronifizierung und der Aufrechterhaltung der Schmerzen spielen weniger zeitliche Faktoren als vielmehr neurobiologische Veränderungen (neuronale Plastizität) sowie psychische und soziale Faktoren eine Rolle. Chronischer Schmerz kann aufgrund der bio-psycho-sozialen Bedingungen ein hoch komplexes Krankheitsbild sein, das eine hoch komplexe therapeutische Herangehensweise erfordert: die interdisziplinäre Schmerztherapie.

*(M. Strumpf, A. Willweber-Strumpf, M. Zenz: Interdisziplinäre Schmerztherapie, 2002)*

Chronischer Schmerz kann zu einer eigenständigen Schmerzkrankheit werden, die neben den organischen auch durch die konsekutiven psychosozialen Veränderungen und weitere Folgeschäden definiert ist und das ganze Leben des Patienten mit seinen sozialen Beziehungen bestimmt. Die chronische Schmerzkrankheit behindert den Patienten erheblich. Sein Lebensvollzug ist in vielen oder allen Bereichen beeinträchtigt.

*(D. Jungck: Die Lage der Schmerztherapie 2005)*

## **Integrierte Schmerzpatientenversorgung (IGV), Disease Management (hausarztzentriert, Krankenhauszentriert)**

Ein viel versprechender Ansatz, der in Zukunft die Situation verbessern soll, ist die „Integrierte Versorgung“: Netzwerke aus Haus- und Fachärzten, Kliniken, ambulanter und stationärer Rehabilitation, die für die Versorgung von Patienten mit bestimmten Krankheitsbildern in einer Region gemeinsam zuständig sind.

Um die Versorgungssituation von Patienten mit chronischen Schmerzen zu verbessern und damit Kosten zu sparen, sind zwingende Zukunftsaufgaben im Sinne eines „Disease Managements“

- die Kompetenz aller Ärzte in der Basisschmerztherapie zu verbessern
- einen Stufenplan der Versorgung sowie klarer Indikationskriterien und Zuweisungsregelungen für die verschiedenen Versorgungsstufen innerhalb der Schmerztherapie zu entwickeln
- die Kooperation der verschiedenen Versorgungsinstanzen zu verbessern
- die Anzahl interdisziplinärer schmerztherapeutischer Einrichtungen deutlich zu erhöhen.

*(M. Strumpf, A. Willweber-Strumpf, M. Zenz: Interdisziplinäre Schmerztherapie, 2002)*

## **Interdisziplinarität / Multidisziplinarität**

Interdisziplinäre Schmerztherapie ist mehr als die multidisziplinäre Addition fachspezifischer Einzelaspekte. Sie kennzeichnet sich durch einen transparenten Kommunikationsprozess, der alle Diagnostiker und Therapeuten einbezieht, die mit dem Patienten zu tun haben. Die Mitglieder eines interdisziplinären Teams bringen nicht nur ihr Fachwissen ein, sondern sie tragen auch zu der Integration der Information innerhalb des Teams bei und tragen gemeinsame Verantwortung. (...) Befunde und Methoden der unterschiedlichen Fachdisziplinen müssen gleichzeitig in ein Gesamtkonzept integriert werden. Ein gut funktionierendes interdisziplinäres Team gewinnt so ein Maximum an Informationen, therapeutischen Möglichkeiten und gegenseitiger therapeutischer Unterstützung.

*(M. Strumpf, A. Willweber-Strumpf, M. Zenz: Interdisziplinäre Schmerztherapie, 2002)*

## **Interdisziplinäre Zusammenarbeit beinhaltet:**

- Die Teammitglieder einigen sich auf ein Schmerz- bzw. Krankheitsmodell und richten Diagnostik, Therapie und Ergebnisevaluation entsprechend aus. Das Modell beinhaltet in aller Regel die bio-psycho-sozialen Bedingungsfaktoren.
- Die Leistungsstruktur des inter- und multidisziplinären Teams wird gemeinsam vereinbart. Die Mitarbeiter arbeiten auf der Basis einer gemeinsamen Philosophie zusammen, wie z. B. „Interdisziplinäre Patientenversorgung, Teamarbeit aller Mitarbeiter und Konsiliarii, Betreuung der Patienten durch einen persönlichen Arzt, regelmäßige Überprüfung der Behandlungsergebnisse, ständiger wissenschaftlicher Austausch mit den Schmerzzentren weltweit.

- Die einzelnen Mitglieder fordern Kooperationswissen, d. h., die Schmerztherapeuten müssen über die eigenen Disziplin hinausgehend schmerztherapierelevante Grundkenntnisse in der kooperierenden Fachrichtung erwerben.
- Jedes Teammitglied muss nicht nur die Terminologie der einzelnen Fachgebiete und der Grundlagenwissenschaft gleichartig benutzen, sondern die Inhalte des gemeinsamen Konzeptes vertreten (Ziele der Schmerzbehandlung, Behandlungspriorität, Ablauf des Chronifizierungsprozesses).
- Es findet eine enge, tägliche Kommunikation statt über die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für den Einzelpatienten, die gesamte Patientenversorgung, die Organisationsabläufe.

*(U. Gerbershagen: Schmerztherapie gestern – Entwicklung der organisierten Schmerztherapie, 2003)*

### **Interdisziplinäres Schmerzzentrum: ambulant, teilstationär, stationär**

Interdisziplinäre Schmerzzentren bieten die ambulante und stationäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen an, eine Einschränkung auf bestimmte Schmerzsyndrome besteht nicht. Die umfassenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten dieser Zentren können dazu beitragen, eine weitere Chronifizierung zu verhindern, indem frühzeitig die physikalische, psychische und soziale Rehabilitation eingeleitet wird.

*(M. Strumpf, A. Willweber-Strumpf, M. Zenz, Interdisziplinäre Schmerztherapie, 2002)*

Organisierte Schmerztherapie wird ambulant, teilstationär und stationär angeboten. Sie richtet sich an Patienten mit chronischen Schmerzen, deren beide größte Gruppen an Kopf- oder Rückenschmerzen leiden.

*(G. Lindena, J. Hildebrandt, H. C. Dieter: Schmerztherapeutische Angebote in Deutschland, 2004)*

### **Spezielle Strukturen der Schmerzpatientenversorgung**

Ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote müssen zusammen betrachtet, aber nach ihren Aufgabenbereichen abgegrenzt werden. Stationäre Patienten unterscheiden sich im Schweregrad ihrer Erkrankung, eine Aufnahmeindikation wird u. a. bei drohender Verschlechterung, Chronifizierung bzw. Ineffizienz der ambulanten Behandlung für die interdisziplinäre Diagnostik und multimodale Therapie, bei schwerwiegenden Begleitkrankheiten und speziellen Indikationen gesehen.

*(G. Lindena, J. Hildebrandt, H. C. Dieter: Schmerztherapeutische Angebote in Deutschland, 2004)*

## **Multimodale Therapie**

Unter multimodaler Therapie versteht man die gleichzeitig, inhaltliche eng aufeinander abgestimmte Behandlung Schmerzkranker durch unterschiedliche therapeutische Disziplinen. Das Verfahren kommt bei Patienten mit chronischen Schmerzen zur Anwendung, die nicht kausal behandelt werden können, weil die Schmerzursache nicht fassbar ist oder wie eine bekannte Schmerzursache nicht beseitigt werden kann. Nicht das Verändern oder Abstellen eines körperlichen oder seelischen Mißstandes ist Ziel der Behandlung, sondern gemeinsam mit dem Patienten soll ressourcenorientiert ein günstigerer Umgang mit dem Schmerzproblem erreicht werden. Das setzt Zurückhalten des beteiligten Therapeuten von aktiver Behandlung ebenso voraus wie die Bereitschaft des Patienten, selbst an der Veränderung seiner Lebensführung zu arbeiten.

*(B. Arnold: Multimodale Schmerztherapie in Bayern, 2005)*

## **ICD-10 8-918**

Hier ist eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin, nach Behandlungsplan bei Patienten zu koordinieren, die mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- gravierende psychische Begleiterkrankungen
- gravierende somatische Begleiterkrankungen.

Dieser Code erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren Psychotherapie, spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, med. Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- und Musiktherapie oder sonstige übende Therapie. Er umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufes durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinären Teambesprechung.

## **Beispiel des Göttinger Rücken-Intensiv-Programms (GRIP)**

Integriertes Therapieprogramm für Patienten mit mehr als dreimonatiger Arbeitsunfähigkeit aufgrund chronischer Rückenschmerzen. Vier- bis sechsmonatiges ambulantes Gruppenprogramm mit abgestimmten physiotherapeutischen, sportmedizinischen und verhaltensmedizinischen Bausteinen (Kraft- und Ausdauertraining, Verhaltenstherapie, Psychotherapie, medikamentöse Therapie im Bedarfsfall)

## Ergebnisse:

- Inanspruchnahme des Gesundheitssystems geht auf weniger als 50 % zurück
- 60 % der Patienten kehren auf den Arbeitsplatz zurück (bei konventioneller orth. Therapie nur 20 bis 30 %)
- Abwendung der Frühberentung liegt bei mind. 30 % der Patienten

*(J. Hildebrandt, M. Pflingsten: Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus dem Göttingern Rückenintensivprogramm, 1996, 2002)*

## **Postoperative Schmerztherapie**

Die postoperative Akutschmerz-Therapie ist ein gutes und wichtiges Beispiel interdisziplinärer Kooperation zwischen Anästhesisten und Chirurgen. Patienten haben nach operativen Eingriffen einen Anspruch auf eine Schmerztherapie. Die Basisanalgesie, die für die meisten Patienten nach kleinen oder mittleren Eingriffen ausreicht, gewährleistet der behandelnde Chirurg. Nach stark schmerzhaften, größeren Eingriffen reicht deren Wirkung jedoch nicht aus.

*(J. Hildebrandt: Status quo der Schmerztherapie, Klinikarzt 2005)*

## **Schmerzambulanzen**

Eines der Hauptprobleme an den anästhesiologisch geleiteten Ambulanzen ist die Zunahme komplexerer und schwer chronifizierter Schmerzbilder – einschließlich der Patienten mit Kopf- und Gesichtsschmerzen sowie chronischen Rückenschmerzen – in den letzten Jahren. Bei diesen Patienten besteht überdies das Problem, dass die Diagnosen auswärtiger Fachärzte oft nicht korrekt oder unvollständig sind und häufig Veränderungen in bildgebenden Verfahren und eine Beschreibung der Schmerztopografie als Diagnoseersatz dienen. Strukturelle Diagnosen, die pathomorphologische Veränderungen mit den Schmerzen in Verbindung setzen oder eine Definition von Funktionseinbußen – also handlungsanweisende Diagnosen – fehlen meist.

Die Ärzte sind häufig nicht bereit, Patienten mit akuten oder subakuten Schmerzen und Chronifizierungszeichen rechtzeitig an Spezialinstitutionen zu überweisen oder selbst psychotherapeutische und soziale Maßnahmen einzuleiten. In Schmerzambulanzen müssen daher Patienten mit bereits weit chronifizierten Schmerzsyndromen behandelt werden, deren Betreuung außerordentlich aufwändig und deren Prognose ungünstig ist. Der notwendige, aber nicht honorierte Zeitaufwand sowie die fehlende Infrastruktur für komplexere Maßnahmen in den meisten Schmerzambulanzen hat häufig nutzlose und kostenintensive Ersatzstrategien in Form unnötiger Wiedervorstellungstermine, unpassender Medikamentenverschreibung und unkritischer Wiederholungen technischer Leistungen sowie Injektionsbehandlungsserien oder Kathetertechniken zur Folge.

*(J. Hildebrandt: Schmerzambulanzen, Zentrum, Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Klinikarzt 2005)*

Während eines Zeitraums von sechs Monaten wurde 1995 multizentrisch in sechs anästhesiologischen Schmerzambulanzen untersucht, welchen Anteil die wichtigsten Schmerzursachen in den Ambulanzen hatten. Dabei wurden bei der Darstellung der einzelnen Ambulanzen die Gruppen Kopf-/Gesichtsschmerz unter „Kopf“ und Wirbelsäule/Bewegungssystem unter „Bewegung“ subsumiert. 12 % der Patienten hatten bei

dieser Untersuchung akute Schmerzen, 5 % periodisch auftretende und 83 % chronische Beschwerden.

*(L. Terp: Ergebnisse organisierter anästhesiologischer Schmerztherapie. Dissertation Fachbereich Medizin, Göttingen 2002)*

Eine ähnliche Situation findet sich in Untersuchungen von 14.963 Patienten des Zeitraumes 1990 bis 2005 in der Schmerzambulanz Göttingen – hier dominierten neuropathische und wirbelsäulenbedingte Schmerzen. In der Ambulanz waren ähnlich wie in den sechs Ambulanzen etwas mehr als die Hälfte der Patienten weiblich (n = 7.751) und etwas weniger als 50 % männlich (n = 7.069). In der überwiegenden Zahl wurden die Therapien in allen Institutionen ambulant durchgeführt.

*(J Hildebrand.: Schmerzambulanzen, Zentrum, Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Klinikarzt 2005)*

### **Schmerzassessment, Schmerzassessmentprozess**

Die Einbindung der verschiedenen therapeutischen Disziplinen in Therapieentscheidungen als Grundlage multimodaler Schmerztherapie setzt voraus, dass alle an der späteren Behandlung Beteiligten auch in das Aufnahmeverfahren eingebunden werden. Der zeitliche Umfang der Aufnahmeverfahren wird damit ebenso wie der Verbrauch an Personalressourcen deutlich erhöht. Zudem stellt ein solches Verfahren eine nicht geringe körperliche und geistige Anstrengung für den Patienten dar. Andererseits ist aber nur durch ein solches Assessment die Diversität der interdisziplinären Meinungsbildung gewährleistet. Das Assessment mündet in eine Teambesprechung, in der das Krankheitsbild interdisziplinär diskutiert und ein Therapieversuch erarbeitet werden kann, der abschließend mit dem Patienten besprochen wird. Inklusiv Teambesprechungen und Abschlussgespräch fallen für das Aufnahmeverfahren mindestens ein, häufig zwei teil- oder vollstationäre Behandlungstage an.

Neben der Klärung und diagnostischen Einordnung dient das Aufnahmeverfahren auch der Abklärung von Ausschlusskriterien von der Behandlung. So muss die somatische Diagnostik abgeschlossen sein und dürfen schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen oder eine Suchtproblematik nicht vorliegen (...). Als Behandlungsvoraussetzung sind Therapiemotivation, ausreichende körperliche Leistungsfähigkeit, ausreichende Körperwahrnehmung, Gruppenintegrationsfähigkeit und ggf. abgeschlossener Medikamentenentzug zu überprüfen und Defizite vor der Therapie auszugleichen.

*(B. Arnold: Multimodale Schmerztherapie in Bayern, Bayerisches Ärzteblatt 2005)*

### **Schmerzkonferenzen**

Schmerzkonferenzen sind ein essentielles Organ der interdisziplinären Zusammenarbeit für jeden Schmerztherapeuten. Sie sind regelmäßig tagende Konsiliarkonferenzen, die primär der konkreten Patientenbehandlung dienen. An ihnen nehmen Ärzte (aus Praxis und Klinik) und tangierenden Fachdisziplinen, klinische Psychologen und Physiotherapeuten teil. Sie tagen mindestens monatlich. Hier werden besonders problematische Patienten – pro Konferenz zwei bis drei – persönlich vorgestellt. Gemeinsam werden diagnostische Maßnahmen und das therapeutische Vorgehen besprochen. *(D. Jungck: Die Lage der Schmerztherapie, 2005)*