

Chronische Schmerzen:
Arzt-Patienten-Kommunikation für Therapie massgeblich

Kommunikation – Schlüssel zum Erfolg

Der vorliegende Beitrag ist Teil 2 einer fünfteiligen Artikelserie, die im Rahmen von CHANGE PAIN – einer von der Europäischen Schmerzgesellschaft EFIC unterstützten Initiative – erscheint.

In der Schmerztherapie lassen sich die besten Resultate erzielen, wenn Arzt und Patient in der Einschätzung der Schmerzen übereinstimmen. Dies zeigt eine deutsche Studie bei chronischen Schmerzpatienten (1). In 50 Prozent der Fälle schätzten Ärzte die Beschwerden geringer ein als die Patienten – mit dem Ergebnis, dass das Therapieziel nur bei etwa 25 Prozent der Patienten vollständig erreicht wurde. Bei 30 Prozent der Patienten überschätzen Ärzte die Schmerzen und erreichten in 70 Prozent der Fälle das Therapieziel. Bei nur 20 Prozent der Patienten stimmte die Einschätzung von Arzt und Patient überein. Dies hatte mit einem Therapieansprechen von über 90 Prozent das beste Ergebnis zur Folge.

Die erfolgreiche Behandlung chronischer Schmerzen setzt voraus, dass Arzt und Patient gemeinsam die Therapieziele festlegen und sich bei der Kommunikation auf gleicher Augenhöhe bewegen. Doch gerade diese Möglichkeiten werden in der täglichen Praxis nicht ausreichend genutzt – und hier in sieben Experten eine entscheidende Ursache, warum um viele Schmerzpatienten der Zeit nicht optimal behandelt werden. Gute Kommunikation zwischen allen an der Schmerztherapie Beteiligten trägt ausserdem dazu bei, die Eigenverantwortung der Patienten zu stärken. Dies fällt vor allem bei multimodalen Behandlungsansätzen mit medikamentöser Therapie und nicht pharmakologischen Behandlungsoptionen wie Verhaltenstherapie und Bewegungstraining ins Gewicht, bei denen Patienten selbst viel zur Verbesserung der Schmerzsymptomatik beitragen können.

Europaweite Studie deckt Defizite auf

Die Studie verdeutlicht, wie wichtig es ist, dass Arzt und Patient eine gemeinsame Sprache sprechen. Auf die Notwendigkeit der guten Kommunikation verweisen auch die Autoren einer grossen paneuropäischen Studie, bei der fast 5000 chronische Schmerzpatienten aus 15 Ländern befragt wurden (2). Eines der Ergebnisse: Obwohl die Schmerzen bereits seit durchschnittlich sieben Jahren bestanden, hatten nur zwischen 8 Prozent (Norwegen) und 43 Prozent (Italien) aller Befrag-

ten jemals einen Schmerzspezialisten konsultiert (Schweiz: 26%). 31 Prozent gaben an, unter unerträglich starken Schmerzen zu leiden (Tabelle). Die Autoren der Umfrage fordern angesichts dieser Defizite, dass Behandlungsansätze bei chronischen Nicht-Tumorschmerzen auf einer vernünftiger Partnerschaft zwischen dem Patienten und seinem Arzt beruhen sollten. Beteiligte der Primär- und Sekundärversorgung sollten eng zusammenarbeiten, um eine gute Kommunikation zu gewährleisten.

Im Erstgespräch die Weichen stellen

Bewegen sich Arzt und Patient bei der Kommunikation auf Augenhöhe, steigert dies die Chancen auf einen Therapieerfolg. Entscheidend ist das Erstgespräch, um Erwartungen abzugleichen und kommunikative Probleme gar nicht erst entstehen zu lassen. Dabei gilt es unter anderem, die folgenden Inhalte zu berücksichtigen:

- Der Arzt muss dem Patienten die Möglichkeit geben, Art und Stärke der Schmerzen exakt zu



beschreiben. Sehr hilfreich sind Schmerzskalen und -fragebögen. Im Rahmen der CHANGE-PAIN-Initiative haben Experten einen neuartigen Schmerzschieber entwickelt, der neben der derzeitigen Schmerzstärke auch nach der Stärke der tolerierbaren Schmerzen fragt (erhältlich bei der Firma Grünenthal Pharma AG, E-Mail: brigitte.hefti@grunenthal.com).



Abbildung

- Der Arzt sollte den Patienten bezüglich der zu erwartenden Therapieeffekte aufklären. Denn vollständige Schmerzfreiheit lässt sich bei länger bestehenden Schmerzen oft nicht erzielen.
- Arzt und Patient müssen ein individuelles Behandlungsziel vereinbaren. Der Patient wird gefragt, welches Ausmass der Schmerzreduktion er wünscht und in welchen Bereichen der Lebensqualität ihm Verbesserungen besonders wichtig sind.
- Der Arzt muss den Patienten auf potenzielle Nebenwirkungen von medikamentösen Therapien vorbereiten.

Chronischer Schmerz bedarf einer multimodalen Behandlung

Zur Behandlung chronischer Schmerzen ist meist ein multimodaler Ansatz mit pharmakologischen und nichtmedikamentösen Massnahmen erforderlich. Durch einige von ihnen, wie etwa Bewegungstherapie und Entspannungsübungen, können Patienten selbst etwas zum besseren Management der Beschwerden beitragen. Von besonderem Stellenwert sind nichtmedikamentöse Therapiemassnahmen bei chronischen Rückenschmerzen. Denn laut Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deut-

schen Ärzteschaft (AkdÄ) zu «Kreuzschmerzen» (3. Auflage, 2007) sind spezifische Ursachen wie degenerative Wirbelsäulenerkrankungen mit weniger als 15 Prozent aller Fälle selten der Grund für die Beschwerden (3). 80 bis 90 Prozent der Betroffenen leiden unter unspezifischen Rückenschmerzen, die durch Bewegungsmangel und langes Sitzen in falscher Haltung verursacht werden. Sie können sich verstärken, wenn Patienten aus Angst vor dem Schmerz Bewegung und Belastung noch weiter vermeiden. Dann führt die fortschreitende Dekonditionierung durch Muskelabbau und Koordinationsstörungen zunehmend zur Immobilisierung. Weitere Folgen wie Depressionen und soziale Isolation können die Folge sein. Die therapeutischen Massnahmen müssen deshalb darauf abzielen, die Mobilität des Pa-

tienten wiederherzustellen beziehungsweise stärkeren Einschränkungen vorzubeugen.

Nicht-medikamentöse Therapien

In den AkdÄ-Empfehlungen «Kreuzschmerzen» werden unter anderem die folgenden nichtmedikamentösen Verfahren bewertet:

Beratung

Es wirkt sich positiv auf die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit aus, wenn mit kurzfristigen Massnahmen auf die Ängste und Sorgen der Patienten eingegangen wird und sie zur Rückkehr zu ihren normalen Aktivitäten ermutigt werden.

Bettruhe

Bei unspezifischen Kreuzschmerzen ist Bettruhe zu vermeiden, da Patienten ihre gewohnte körper-

liche Aktivität beibehalten beziehungsweise schrittweise wieder aufnehmen sollten. Dies fördert die symptomatische Besserung und wirkt der Chronifizierung entgegen. Bei radikulärer Symptomatik erscheint die regelhafte Verordnung von Bettruhe ebenfalls nicht gerechtfertigt.

Physikalische Massnahmen

Für physikalische Massnahmen wie Wärme/Kälte-, Laser-, Ultraschall-, Kurzwellen- und Interferenztherapie konnte bei chronischen Rückenschmerzen kein lindernder Effekt nachgewiesen werden. Über eine mögliche Wirksamkeit in Kombination mit anderen Verfahren lässt sich mangels Studien keine Aussage treffen.

Massage

Die Wirksamkeit von Massage als alleinigem Verfahren ist unbe-

Ergebnisse einer europaweiten Befragung von fast 5000 Patienten mit chronischen Schmerzen

- 31%** der Patienten berichten, dass ihr Schmerz so stark ist, dass sie ihn nicht mehr ertragen könnten (1).
- 40%** der Patienten berichten von einem unzureichenden Schmerzmanagement.
- 64%** der Patienten, die verordnete Schmerzmedikation einnehmen, berichten, dass ihr Schmerz zuweilen unzulänglich kontrolliert wird (8).



Manchmal hören Menschen mit anhaltenden Schmerzen nach der Untersuchung von ihrem Arzt: «Es tut mir leid, Sie haben ein chronisches Schmerzsyndrom – Sie werden lernen müssen, damit zu leben.»

wiesen. Bei Patienten mit subakuten und chronischen Rückenschmerzen kann sie vor allem dann günstige Wirkungen haben, wenn sie mit Bewegungstherapie kombiniert wird. Zu diesem Ergebnis kam ein Cochrane-Review, bei dem sie sich die Autoren nach eigenen Aussagen jedoch auf eine begrenzte Datenlage stützen mussten (4).

Akupunktur

Bei der Akupunkturbehandlung von chronischen Kreuzschmerzen liegen widersprüchliche Datenlagen vor. In den German Acupuncture-(GERAC)-Trials konnte keine Überlegenheit der Verum gegenüber der Scheinakupunktur gezeigt werden. Sowohl die Verum- als auch die Scheinakupunktur waren allerdings wirksamer als die Standardtherapie (5).

Bewegungstherapie

Die kontrollierte Bewegungstherapie spielt bei Patienten mit chronischen lumbalen Rückenschmerzen eine wichtige Rolle. In der europäischen Leitlinie zur Behandlung von unspezifischen chronischen lumbalen Rückenschmerzen wird sie als ein Mittel der ersten Wahl empfohlen (6). In Studien war keine Art der Bewegungstherapie einer anderen überlegen, weshalb die Präferenzen sowohl des Patienten als auch des Therapeuten entscheiden sollten.

Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie geht davon aus, dass Schmerz und Behinderung – neben körperlichen Faktoren – auch von Faktoren wie psychischem Stress oder dem Krankheitsverhalten abhängen. Den Patienten wird deshalb mittels strukturierter psychotherapeutischer Techniken vermittelt, wie sie Gedanken, Gefühle und Verhalten verändern und die erlernten Fähigkeiten anwenden können. Die Wirksamkeit ist gut belegt, wenngleich Langzeitergebnisse noch ausstehen (6).

Wo liegen die Defizite in der Schmerztherapie?

Mit der Frage, warum so viele Patienten mit chronischen Schmerzen inadäquat behandelt werden und wie sich die Therapie verbessern lässt, befassten sich internationale Experten auf einem Treffen 2009 in Brüssel. Die Ergebnisse publizierten sie kürzlich unter dem Titel «Pharmacological Treatment of Chronic Pain – the Need for CHANGE» (7). Als defizitär wird nach Auswertung der verfügbaren Literatur auch hier die Arzt-Patienten-Kommunikation erkannt. Weitere Gründe für das unzureichende Management sind der Umstand, dass Therapieempfehlungen nicht allgemein anerkannt sind, die Therapie hauptsächlich durch Traditionen sowie persönliche Erfahrungen des Arztes geprägt ist und dass die multi-

faktorielle Natur chronischer Schmerzen in der Therapieentscheidung nicht berücksichtigt wird. Ferner werden die zu geringe Individualisierung der Therapie und die unzureichende Berücksichtigung von Medikamentennebenwirkungen genannt. Gerade bei starken Opioiden werden Wirkung und Nebenwirkungen oft nicht gut genug gegeneinander abgewogen – mit der Gefahr, dass Patienten in einen Teufelskreis geraten: Werden die Nebenwirkungen zu stark, reduzieren sie die Medikamentendosis. Reicht die analgetische Wirkung nicht mehr aus, müssen sie die Dosis wieder erhöhen. Dadurch aber verstärken sich erneut die Nebenwirkungen, was dazu führt, dass viele Patienten starke Opioide irgendwann ganz absetzen und weiterhin an chronischen Schmerzen leiden.

Europaweite Initiative CHANGE PAIN

Grünenthal hat zusammen mit der Dachorganisation der europäischen Schmerzgesellschaften (EFIC) und diversen lokalen Gesellschaften, wie unter anderem der SGSS (Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes), die Defizite erkannt und – mit dem Ziel, die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen grundlegend zu verbessern – die europaweite Initiative CHANGE PAIN ins Leben gerufen (www.change-pain.ch). CHANGE PAIN richtet sich an Ärzte sowie Patienten und geht der Frage nach, wo die beteiligten Zielgruppen Verbesserungsbedarf sehen. Anschliessend sollen Lösungskonzepte zur Steigerung der Behandlungserfolge erarbeitet werden. Ein Ziel ist es, die Versorgung von Schmerzpatienten schon in frühen Krankheitsstadien und nicht erst bei fortgeschrittener Chronifizierung zu verbessern. Durch Aus- und Weiterbildung sollen das Wissen der Ärzte über die Mechanismen der Schmerzentstehung sowie die Prävention und Therapie

chronischer Schmerzen vertieft werden.

«Schmerz-Werkzeugkoffer» unterstützt Patienten

Eine erfolgreiche multimodale Schmerztherapie erfordert die Mitarbeit des Patienten. An diese richtet sich der «Schmerz-Werkzeugkoffer», der im Internet unter www.change-pain.ch abgerufen werden kann. Als praktischer Leitfaden möchte er Betroffenen Tipps und Tricks an die Hand geben, wie sie besser mit ihren Schmerzen umgehen können. Schmerzfreiheit ist bei den Patienten oft ein unrealistisches Ziel. Sie können aber lernen, den Schmerz zu akzeptieren und ihn durch mehr Eigenverantwortung unter Kontrolle zu halten. Einer der Ratschläge lautet: «Arbeiten Sie mit Ihrem Arzt zusammen. Teamarbeit ist unerlässlich.» Diese Broschüre wurde von einem Schmerzpatienten gemeinsam mit Experten entwickelt. ▶

Referenzen:

1. Müller Schwefe GHH, Überall MA. Poster auf dem 11th World Congress on Pain, Sydney, 21.–26.8.2005.
2. Breivik H et al. Survey of chronic pain in Europe: Prevalance, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10 (4): 237–333.
3. www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/TE/Archiv/Kreuzschmerzen.pdf
4. Cochrane Reviews: Massage for low-back pain (www2.cochrane.org/reviews/en/ab001929.html)
5. Haake M et al. German Acupuncture Trials (GERAC) for Chronic Low Back Pain. *Arch Intern Med* 2007; 167 (17): 1892–1898.
6. Airaksinen O et al. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic non specific low back pain. *Eur Spine J* 2006; 15 Suppl. 2: S192–300.
7. Varrassi G et al. Pharmacological treatment of chronic pain – the need for CHANGE. *Curr Med Res Opin* 2010; 26(5): 1231–1245.
8. Breivik H et al. *Eur J Pain* 2006; 10: 287–333.