

1 Einleitung

1.1 Warum sollten Menschen mit einer chronischen Schmerzerkrankung multimodal therapiert werden?

Entscheidungsprozesse in Diagnostik und Therapie werden durch die Fortschritte in der Medizin allgemein und in der Schmerzbehandlung im Speziellen immer komplizierter. Welche Behandlungsmethode für den einzelnen Patienten¹ die beste ist, stellt einen einzelnen Arzt oder Therapeuten oft vor schwierige Fragen. Das immer noch weit verbreitete dualistische Denken und damit die Trennung in entweder psychische oder aber somatische Erkrankungsursachen bei der Beurteilung eines Menschen, der an chronischen Schmerzen leidet, verkompliziert diese Situation zusätzlich. Auch das Schmerzmodell des Patienten selbst bildet einen Teil dieser Problematik aus. Häufig hängt die Chronifizierung einer Schmerzerkrankung nicht unwesentlich mit den genannten Faktoren zusammen.

Bereits Mitte des 20. Jahrhunderts wurde anhand der erfolglosen unimodalen Therapie kriegsversehrter Patienten, die an chronischen Schmerzen litten, klar, dass die Beurteilung und Therapie durch einen Einzelnen nicht ausreichend ist. Die Verquickung von medizinischem und psychologischem Sachverstand

zeigte dagegen schon in den Anfängen große Erfolge. Die daraus entstandenen ersten *multidisziplinären* Therapiekonzepte erwiesen sich als äußerst effektiv. Sie dienten international als Grundlage für die Entwicklung von *interdisziplinären*, multimodalen Behandlungsverfahren. Wenngleich die einzelnen dafür notwendigen Komponenten bis heute noch nicht bis ins Detail geklärt sind, hat die *interdisziplinäre* multimodale Schmerztherapie dennoch ihre Erfolgsgeschichte geschrieben.

Die Interdisziplinarität, d. h. die Vernetzung verschiedener Fachbereiche, und die damit verbundenen multimodalen Verfahren werden seit mindestens Anfang des Jahrtausends nicht nur in der Medizin, sondern auch in der gesamten Arbeitswelt angewendet. Die Nutzung von Synergien, die idealerweise zu einer Vereinigung des »Besten aller Mitwirkenden« führt, soll zur Lösung komplexer Probleme führen. Welche Voraussetzungen jedoch im Bereich der Behandlung chronisch schmerzkranker Menschen für eine funktionierende interdisziplinäre – oder besser: interprofessionelle – Zusammenarbeit erforderlich sind, wurde in den letzten Jahren viel diskutiert und in mannigfaltiger Weise in die Praxis umgesetzt. Multimodalität im Bereich der Schmerzversorgung, d. h. die Zusammenführung verschiedener Fertigkeiten des interdisziplinären/-professionellen Teams in der Behandlung Schmerzkranker, wird ebenfalls auf unterschiedlichste Weise ausgeführt und propagiert. Tatsächlich sind die interdisziplinären

1 Zugunsten einer lesefreundlichen Darstellung wird in diesem Text bei personenbezogenen Bezeichnungen in der Regel die männliche Form verwendet. Diese schließt, wo nicht anders angegeben, alle Geschlechtsformen ein (weiblich, männlich, divers).

nären/-professionellen und multimodalen Verfahren in der Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen heute nicht mehr wegzudenken.

In dem Ihnen vorliegenden Praxishandbuch wird die multimodale Schmerztherapie aus vielen verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Neben propädeutischen Abhandlungen und der historischen Einordnung von Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen werden die aktuellen Behandlungskonzepte in der multimodalen Schmerztherapie von Experten diskutiert. Die verschiedenen Sektoren, in denen eine multimodale Schmerztherapie praktiziert wird, werden vorgestellt und in das Gesamtkonzept eingegliedert. Die aktuell bekannten Behandlungsverfahren und wichtige chronische Schmerzerkrankungen werden aus ganz praktischer Sicht dargestellt. Darüber hinaus werden die mit der Interprofessionalität zusammenhängenden Herausforderungen im Bereich der Organisationsstruktur, der Qualität, der Finanzierung und des Reimbursements diskutiert. Aber auch die Aspekte einer funktionierenden Teamstruktur, die Bedeutung der Interdisziplinarität/-professionalität und der multimodalen Vorgehensweise werden ausführlich beschrieben.

Die Schmerzmedizin als noch recht junges Fach benötigt die Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Strukturen des Gesundheitssystems, um wirksam sein zu können: in der ärztlichen Weiterbildung die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie, in der universitären studentischen Ausbildung das Querschnittsfach Schmerzthera-

pie, im ambulanten Sektor die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie, im teil- und vollstationären Bereich die Komplexprozeduren für multimodale Schmerztherapie im OPS-Katalog, und ganz aktuell die Integration von Schmerzdiagnosen in den neuen ICD-11-Katalog. Mit vielen dieser Aspekte beschäftigt sich unser Buch.

Ziel dieses Praxishandbuches ist es, für Sie eine praktische Handlungsgrundlage für das Thema und die Umsetzung der multimodalen Schmerztherapie zu bieten. Wir sind davon überzeugt, dass eine gelingende Behandlung chronischer Schmerzen nur durch eine tatsächliche interprofessionelle und multimodale Schmerztherapie möglich sein kann. Wir sind sehr froh darüber, dass viele Grundlagen dafür in einem interprofessionell gestalteten Buch, das die Fertigkeiten so Vieler miteinander in Beziehung stellt, erstmals zusammengefasst werden konnten.

Der Beginn der Sars-CoV-2-Pandemie fiel zeitlich in die Entstehungszeit dieses Buches. Die erforderlichen Einschränkungen in der gesamten Gesundheitsversorgung, insbesondere im Bereich der nicht-notfallmäßigen Versorgung, trafen auch die Schmerzmedizin. Damit wurden die zuständigen Leistungserbringer und die chronisch schmerzkranken Patienten, die einer multimodalen Schmerztherapie bedurft hätten, vor schwierige Herausforderungen gestellt. Durch die Folgen der Pandemie wurde, wie unter einem Brennglas, einmal mehr der dringende Bedarf nach einer qualifizierten multimodalen Schmerzversorgung deutlich.

1.2 Zielsetzung und Struktur unseres Buches

Im Fokus dieses Buches steht der chronisch schmerzkranken Patient. Die multimodale Schmerztherapie stellt die grundlegende Therapieform zur Behandlung schmerzkranker

Menschen dar. Entsprechend der bio-psycho-sozialen Dimension dieser Erkrankung ist die multimodale Schmerztherapie eine innovative Therapieform mit vielfältigen Ausrichtun-

gen, welche die oben ausgeführten Aspekte der Interdisziplinarität und Integration unterschiedlichster Fachrichtungen ausmachen. Die Struktur dieses Buches hat sich aus dem zugrundeliegenden Gedanken des integrativen Denkens und Handelns ergeben, welcher die Voraussetzung für eine nachhaltige und erfolgreiche Behandlung schmerzkranker Menschen ist. Die multimodale Schmerztherapie ist das Resultat einer Evolution von abgrenzendem, dichotomem Handeln zu einer integrativen Medizin.

Warum geben wir dieses Buch heraus? Trotz einer zunehmend validen Datenlage existiert bislang kein Kompendium zur multimodalen Schmerztherapie. Die Kenntnis dazu liegt in den Händen der Zentren und kann allenfalls in Einzelpublikationen in den entsprechenden Fachzeitschriften abgerufen werden. Trotz einer geschätzten Zahl von 2,2 Millionen chronifizierten Schmerzpatienten in Deutschland, die einer multimodalen Schmerztherapie bedürfen, ist die Versorgungslage in den verschiedenen Sektoren unzureichend. Insofern hoffen wir, mit diesem Buch das Wissen um die multimodale Schmerztherapie zu vermehren und damit einen Beitrag zu einer breiteren Versorgung leisten zu können. Unser Buch möchte dabei im Sinne eines weiten Bogens alle Berufsgruppen ansprechen, die an der Versorgung schmerzkranker Menschen beteiligt sind. Daher stellen wir Kapitel unterschiedlicher Ausrichtung zusammen, die sowohl theoretisch als auch praktisch ausgerichtet sind. Dies soll die Vertreter aller Fachrichtungen in ihrem therapeutischen Handeln unterstützen.

Im medizinischen Bereich richtet sich dieses Buch an die Pflege, die Therapeuten wie z. B. Physio- und Bewegungstherapeuten, Ergotherapeuten, Psychotherapeuten, Kunsttherapeuten und an die Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen sowie an nichtmedizinische Berufsgruppen aus den Bereichen der Krankenhausverwaltung, der Krankenhausökonomie, des Controllings, der Krankenkassen und der Gesundheitspolitik.

In den Kapiteln zwei und drei wird die Entwicklung der multimodalen Schmerztherapie mit ihren wissenschaftlichen Grundlagen beschrieben (► Kap. 2, Kap. 3).

Das Kapitel vier beschäftigt sich mit der Bedeutung der ambulanten und stationären Sektoren, die im deutschen Gesundheitssystem immer noch eher trennend als verbindend wirken und der Möglichkeiten, die vorhandenen Schranken zu überwinden (► Kap. 4).

Im Kapitel fünf werden wesentliche Aspekte der Umsetzung theoretischer wissenschaftlicher Erkenntnisse in das praktische Handeln beschrieben: Die praktische Umsetzung der OPS-Komplexprozeduren für teilstationäre (8-91c.ff) und vollstationäre (8-918.ff) multimodale Schmerztherapie, das interdisziplinäre und interprofessionelle schmerzmedizinische Assessment als Instrument der Sektoreuzuordnung und Therapieplanung, Beiträge verschiedener ärztlicher Fachrichtungen bei der Behandlung schmerzkranker Menschen, die Bedeutung aktiver und passiver nichtärztlicher Therapieverfahren und ergänzender Maßnahmen (► Kap. 5).

Die Kapitel sechs und sieben beschäftigen sich mit Kommunikation und mit Prädiktoren für den Therapieerfolg (► Kap. 6, Kap. 7).

Im Kapitel acht werden spezifische multimodale Therapiekonzepte bei besonders häufig vorkommenden und wichtigen Schmerzkrankungen beschrieben (► Kap. 8).

Das Kapitel neun beschäftigt sich mit unterschiedlichen ökonomischen Aspekten, die das medizinische Handeln maßgeblich beeinflussen (► Kap. 9).

In den Kapiteln zehn, elf und zwölf geht es um Dokumentation, Qualitätsmanagement und um das hochaktuelle Thema der Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und dem MD (► Kap. 10, Kap. 11, Kap. 12).

Das Kapitel dreizehn greift aktuelle wichtige Herausforderungen, Perspektiven und Chancen auf: der neue ICD-11 und dessen mögliche Implikationen für die Schmerzmedizin, Möglichkeiten der transsektoralen Zusammenarbeit, Prävention und Nachsorge,

ambulante multimodale Schmerztherapie, unterschiedliche Möglichkeiten der multimodalen Schmerztherapie in Rehabilitationseinrichtungen im Vergleich zu teil- und vollstationärer MMST und die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern (► Kap. 13).

Wir danken an dieser Stelle allen Mitautoren für die gute Zusammenarbeit und ihre exzellenten Beiträge. Besonderen Dank möchten die Herausgeber an Herrn Dr. Reinhard Thoma richten, dessen Engagement in besonderem Maße dazu beigetragen hat, dass die multimodale Schmerztherapie als Komplexprozedur in den OPS-Katalog aufgenommen

wurde. Ebenso danken wir Herrn Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede, der mit der Abbildung von chronischen Schmerzerkrankungen im ICD-11 nicht zuletzt einen Grundstein für die Umsetzung der multimodalen Schmerztherapie gelegt hat.

Ihnen wünschen wir viel Freude beim Lesen dieses Buches und freuen uns, wenn wir Sie bei Ihrer täglichen Arbeit mit Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, unterstützen und neue, hilfreiche Aspekte aufzeigen können.

Ihr Herausgeberteam, November 2021

2 Historie, Entstehung und Stellenwert

Kristin Kieselbach und Paul Nilges

Schon in der griechischen Antike wurde ein Zusammenhang von Körper, Seele und dem Auftreten körperlicher Leiden auch ohne eine Ursache im Bereich der Organe vermutet. Schmerz wurde als Warnsignal verstanden, der aus einer falschen Zusammensetzung der Körpersäfte resultierte (Bozzaro 2016). Jedoch wurden sowohl in dieser Zeit als auch in den frühen antiken Hochkulturen Schmerzen auch als Ausdruck göttlichen Zorns verstanden. Das lateinische Wort »poena«, welches mit dem englischen »pain« verwandt ist, verdeutlicht dies, denn dieses wird mit der Bedeutung »Strafe« übersetzt. In unseren Breiten verfestigte sich diese Denkweise mit der Entwicklung der abendländischen Kultur: mit der Frage nach der Sinnhaftigkeit negativer Ereignisse, z. B. Schmerzen, wurde nun die Religion konfrontiert. Schmerzen und das Leiden an Schmerzen wurden somit als notwendige und gerechte Strafe oder Prüfung Gottes für die Vergehen der Menschen interpretiert. Diese über Jahrhunderte gültige Erklärung trägt heute nicht mehr. Vielmehr ist die moderne Medizin die Instanz geworden, an die sich der Mensch mit seinem Schmerz und dem Leiden am Schmerz wendet.

Das dualistische cartesianische Menschenbild prägt bis heute das biomedizinisch geprägte Schmerzverständnis

Auf dem Boden eines von Descartes geprägten dualistischen Menschenbildes, das den Körper und seinen Schmerz einerseits von der Seele und dem Leiden andererseits trennt, entwickelte sich ein noch bis in die heutige Zeit

einwirkendes, stark biomedizinisch geprägtes Verständnis von Schmerzen und einer stark naturwissenschaftlich orientierten, möglichst gut objektivierbaren Schmerzmedizin (Bozzaro 2015). Die Tatsache, dass jeder Schmerz und jedes Leiden eine Person immer als Ganzes, als körperlich-psychische Einheit in ihrem sozialen und kulturellen Kontext betrifft, wurde erst Mitte des 20. Jahrhunderts wieder durch die Entwicklungen im Bereich der Psychiatrie und der medizinischen Anthropologie und über die weitergehenden Erkenntnisse zu psychischen Leiden zunehmend realisiert.

Die Entwicklung differenzierter Schmerzkonzepte und damit auch der multimodalen interdisziplinären Schmerztherapie wurde durch den 2. Weltkrieg entscheidend beeinflusst. Schmerzbehandlungseinrichtungen wurden in mehreren Ländern gegründet, u. a. in Australien, Kanada, Dänemark, Japan und den USA (Gerbershagen et al. 1975). Der spätere Gründer der Internationalen Schmerzgesellschaft IASP und Pionier im Bereich der multi-/interdisziplinären Schmerzbehandlung J. J. Bonica leitete als Anästhesist während dieser Zeit 1944 in Fort Lewis am Militärkrankenhaus in Washington die Anästhesieabteilung und den OP. Hier wurden Tausende von kriegsverletzten Soldaten, die häufig unter schweren Schmerzen litten, von ihm und zwei Pflegerinnen anästhesiologisch versorgt. Bonica wandte sich neben den regionalanästhesiologischen Verfahren immer mehr der Behandlung chronischer Schmerzkrankungen zu. Ihm wurde klar, dass chronisch Schmerzkranken zu spät Zugang zu einer Therapie finden und die Therapiestrategien oft nicht suffizient waren.

Er erkannte, dass es an individueller Kenntnis zur Schmerztherapie mangelte. Er sah aber auch, dass das Wissen eines einzelnen Arztes allein unzureichend für das Verständnis der Komplexität von Schmerzerkrankungen war. In seiner Publikation (Bonica 1990) zur Entwicklung und dem aktuellen Status von Schmerzprogrammen schreibt Bonica voller Überzeugung, dass *»komplexe Schmerzprobleme durch ein multidisziplinäres/interdisziplinäres Team effektiver behandelt werden können, wobei jedes [Team]Mitglied sein/ihr eigenes Spezialwissen und die eigenen Fertigkeiten beiträgt, damit das gemeinsame Ziel, eine korrekte Diagnose zu stellen und [damit] die effektivste therapeutische Strategie zur entwickeln, erreicht wird«* (Bonica 1990, S. 370; Übersetzung Kieselbach).

J.J. Bonica, späterer Gründer der IASP² und der ersten multidisziplinären Schmerzklinik

Nach dem Krieg setzte Bonica den Gedanken einer multidisziplinären Einrichtung

um und versorgte für ein Jahrzehnt mit einem interdisziplinären Team Patienten, die an komplexen Schmerzerkrankungen litten. Zu diesem Zeitpunkt existierten neben zahlreichen sog. »Nerve Block Clinics« zwei weitere multidisziplinäre Einrichtung zur Schmerzdiagnostik und -therapie in den USA (Bonica 1990). Bonica begann das Prinzip der Multidisziplinarität in den USA und international wissenschaftlich und in Vorlesungen zu propagieren. Als neu berufener Direktor der Klinik für Anästhesiologie der Universität von Washington etablierte er 1960 eine multidisziplinäre Schmerzklinik (Benedetti and Chapman 2005, Gatchel et al. 2014). Er arbeitete dort u. a. mit dem Neurochirurgen und Anästhesisten J. D. Loeser und dem klinischen Psychologen W. E. Fordyce zusammen. Gemeinsam entwickelten sie die Vorstufen der heutigen »functional restoration« als erste evidenzbasierte Form eines interdisziplinären Vorgehens bei chronischen Rückenschmerzen (Gatchel et al. 2014, Meldrum 2003).

2.1 Von unimodal zu multimodal

Unimodale Behandlungsansätze stellen in den meisten Fällen die ersten Therapieansätze beim erstmaligen oder wiederholten Auftreten von Schmerzen dar. Ziel ist in dieser Phase die Diagnostik und Behandlung der bekannten oder vermuteten Schmerzursache. Dabei kommen Einzelverfahren, die oft auch bei der Behandlung von Akutschmerzen Anwendung finden, zum Tragen. Neben medikamentösen, interventionellen (z. B. Infiltrationen) und operativen Verfahren werden physio- und chirotherapeutische Ansätze und Akupunktur verwendet. Verschiedene Maßnahmen stehen

meist singular nebeneinander; ein aufeinander abgestimmtes Therapiekonzept existiert häufig nicht. In vielen Fällen kann diese Vorgehensweise ausreichend und zielführend in Hinblick auf eine Schmerzlinderung sein. Die Datenlage ist aber insbesondere zur Indikation für nicht-medikamentöse unimodale Verfahren unklar (z. B. Bundesärztekammer (BÄK) et al. 2017, Maissan et al. 2018). Auch bei anhaltenden Schmerzen, die nicht kausal therapierbar sind, werden regelmäßig über lange Zeiträume Einzelverfahren angewandt. Insbesondere im Falle von länger persistierenden Schmerzen mit Hinweisen auf eine beginnende oder bereits abgelaufene Chronifizierung sollte das therapeutische und auch das

2 International Association for the Study of Pain

diagnostische Vorgehen diesbezüglich kritisch überprüft werden und nicht mehr allein unimodalen Kriterien unterliegen.

Multimodalität als mehrdimensionale, aufeinander abgestimmte Vorgehensweise

Im Falle eines Risikos für eine Chronifizierung, z. B. im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff (Fletcher et al. 2015) oder bei ersten Hinweisen auf bestehende Risikofaktoren (z. B. sog. yellow flags, ► Kap. 3.1), sollten (haus-)ärztlicherseits erweiterte Beratungsmaßnahmen unter Einbeziehung möglicher psychosozialer Risikofaktoren und eine leitliniengerechte Versorgung erfolgen (z. B. Bundesärztekammer (BÄK) et al. 2017). Die größte Zahl der aktuellen Untersuchungen zu dieser Thematik konzentriert sich auf Rückenschmerzen. Die Validität der verfügbaren Parameter zur Objektivierung und Vorhersage einer potenziellen Chronifizierung ist umstritten (Karran et al. 2017). Daher werden einerseits die bislang verwendeten Messinstrumente (Donath et al. 2018, Kaiser et al. 2018, Wippert et al. 2017) und andererseits präventive multimodale therapeutische Maßnahmen, die einer Chronifizierung zu einem frühen Zeitpunkt vorbeugen können, aktuell überprüft (Fancourt and Steptoe 2018, Steffens et al. 2016). Dennoch werden schon heute multimodale teamintegrierte Verfahren im Bereich der Primärversorgung zur Prävention einer Chronifizierung empfohlen und auch eingesetzt (Arnold et al. 2009, Marin et al. 2017, Seal et al. 2017).

Bei manifesten Hinweisen für eine Chronifizierung sollen die therapeutischen Verfahren im Sinne einer multimodalen Vorgehensweise definitiv angepasst werden. Bei weiterbestehenden Risikofaktoren trotz leitliniengerechter Therapie (Bundesärztekammer (BÄK) et al. 2017) oder bei bereits manifester Schmerzchronifizierung sollen die komplexen Wechselwirkungen biomedizinischer, psychologischer und sozialer Einflussfaktoren

ganzheitlich, d. h. unter Berücksichtigung aller Belange der Schmerzerkrankung, diagnostiziert und entsprechend des individuellen Belastungsausmaßes multimodal behandelt werden (Casser and Nagel 2016). Für die multimodale Therapie ist das enge Zusammenspiel eines interprofessionellen Teams mit speziell geschulter ärztlicher, physiotherapeutischer, psychologischer, pflegerischer und co-therapeutischer Kompetenz grundlegend, um den unterschiedlichen diagnostischen und therapeutischen Herausforderungen gerecht werden zu können (Kaiser et al. 2015). Eine längerfristige Verbesserung von Lebensqualität, Funktionalität und Schmerz soll so erzielt werden. Die zugehörige erweiterte Diagnostik findet in Deutschland im Rahmen einer standardisierten interdisziplinären algisiologischen Diagnostik (sog. Assessment, OPS 1-910) statt (Casser et al. 2013; ► Kap. 5.4). Sie dient als ergebnisoffenes Verfahren u. a. zur Beurteilung, ob eine interdisziplinäre multimodale Therapie erfolgen soll. Sowohl diagnostisch als auch therapeutisch vorgegeben und unerlässlich sind dabei regelmäßige interprofessionelle Teambesprechungen mit Abstimmung des sich anschließenden Vorgehens (Arnold et al. 2009).

Interprofessionelle multimodale Vorgehensweise: hauptsächlich tagesstationär und stationär

Die Art, wie multimodale Therapie realisiert wird, richtet sich nach den beteiligten Disziplinen im Team und deren therapeutischer Ausrichtung. Im ärztlichen Bereich variieren die diagnostischen und therapeutischen Dimensionen facharztspezifisch von rein konservativen, medikamentös fokussierten über interventionelle bis zu operativen Ansätzen. Diese werden oft mit bewegungstherapeutischen und psychotherapeutischen Ansätzen kombiniert, die ebenfalls verschiedene Schwerpunkte aufweisen. Eine solche kooperative Behandlung wird im ambulanten Setting mit Hilfe von ärztlichen Verordnungen umgesetzt.

Ein umfassender und teamintegrierter multimodaler Ansatz ist in der ambulanten Regelversorgung chronisch schmerzkranker Patienten aktuell nicht abgebildet (Thoma 2018) bzw. nur im Rahmen einiger integrierter Versorgungsprogramme für wenige chronische Schmerzerkrankungen umsetzbar. Zum jetzigen Zeitpunkt beruht die Umsetzung einer multimodalen Vorgehensweise mit »gleichzeitige[r], inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte[r] umfassende[r] Behandlung von Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen« (Arnold et al. 2009, S. 112) auf (tages-)stationären Krankenhausbehandlungen. Weiterentwicklungen multimodaler teamintegrierter Verfahren im ambulanten Rahmen sind aktuell in Vorbereitung (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2019, Pflingsten et al. 2019).

Die multimodale Vorgehensweise unterliegt den Vorgaben des OPS und orientiert sich an Empfehlungen der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Multimodale Therapieverfahren für chronische Schmerzerkrankungen unterliegen in Deutschland den OPS-Kriterien (Operationen- und Prozedurenschlüssel gem. deutscher Modifikation der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin [ICPM]) und orientieren sich an den Empfehlungen

der Ad-hoc-Kommission »Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie« der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. (Arnold et al. 2014, Arnold et al. 2009). Allerdings variieren die Angaben zu den Einzelkomponenten, die für eine erfolgreiche multimodale Therapie erforderlich sind, immer noch stark (Kaiser et al. 2017). Dabei werden Unterschiede in Hinblick auf die Struktur, den zeitlichen und personellen Rahmen und letztlich die dadurch erreichbaren Ziele deutlich. Auch standardisierte, abgestufte und ggf. krankheitsspezifische multimodale Konzepte, die den unterschiedlichen Chronifizierungsstadien und Bedürfnissen der Patienten Rechnung tragen, müssen noch detailliert erarbeitet werden (Gerdle et al. 2019, Kamper et al. 2015, Waterschoot et al. 2014).

Letztlich ist *multimodale Schmerztherapie* kein geschützter Begriff. Dies hat zur Folge, dass auch heute noch rein biomedizinisch fokussierte Kombinationstherapien als multimodal bezeichnet und als solche wahrgenommen werden, z. B. »multimodale Analgesie«. Der Bezug zu chronischen Schmerzen als multifaktorielles Geschehen geht bei einer solchen Vorgehensweise jedoch sowohl therapeutisch als auch hinsichtlich ihrer Effektivität und Nachhaltigkeit verloren. Die Effekte der multimodalen Therapie im eigentlichen Sinne, d. h. einer multidimensionalen Vorgehensweise, sind dagegen auch langfristig betrachtet unbestritten (Gatchel et al. 2014, Zhuk et al. 2018).

2.2 Entstehung und Entwicklung interdisziplinärer multimodaler Behandlungskonzepte

Schon Bonica war davon überzeugt, dass »deutlich mehr Forschung notwendig ist [...] und dass das Verständnis für relevante Schmerzsyndrome eine multidisziplinäre/interdisziplinäre Anstrengung eines Teams von sowohl Wissen-

schaftlern als auch Klinikern erfordert, die ihre individuellen Kenntnisse und Fertigkeiten zu Studien beitragen.« (Bonica 1990, S. 370; Übersetzung Kieselbach). Obwohl Bonica weiterhin intensiv in Wissenschaft und Lehre über

die multi-/interdisziplinäre Vorgehensweise berichtete, wurde sein Konzept der Interdisziplinarität über fast zwei Dekaden hinweg ignoriert (Bonica 1990). Es fehlte das Verständnis dafür, dass es sich bei chronischem Schmerz meist um eine komplexe eigenständige bio-psycho-soziale Erkrankung handelt, die ein ebenso komplexes therapeutisches Vorgehen erfordert. Auch Gerbershagen, der Gründer der ersten Schmerzklinik in Deutschland, wies später auf diese Problematik hin (Gerbershagen 2003, S. 304): *»Allerdings verstanden die Schmerzspezialisten selten die Bedeutung der Gleichzeitigkeit und der Gleichwertigkeit der somatischen, psychischen und sozialen Bedingungsfaktoren in der Diagnostik und Therapie des chronischen Schmerzes und sicher nicht, dass alle bestehenden Schmerzbilder gleichzeitig behandelt werden müssen, wenn zufriedenstellende Langzeitergebnisse erzielt werden sollen.«* Erst das steigende Interesse am Phänomen Schmerz Anfang der 1970er Jahre führte zu einem erheblichen Zuwachs an interdisziplinären Einrichtungen zur Schmerzversorgung.

Erste Klassifikationen für schmerzversorgende Einrichtungen und multimodale Programme seit Ende der 1970er Jahre.

In den Jahren 1977–79 wurden die zu dieser Zeit existierenden schmerzversorgenden Einrichtungen vom »Committee on Pain Therapy« der Amerikanischen Gesellschaft der Anästhesisten (ASA) analysiert und kategorisiert, sodass das »International Directory of Pain Centers/Clinics«, ein Verzeichnis aller Schmerzzentren/-einrichtungen (sog. Oryx-Verzeichnis; APS-AAPM-Verzeichnis) und deren Klassifikation, entstand (Carron 1979, Gerbershagen 2003):

1. Überregionales Schmerzzentrum
2. Regionales Schmerzzentrum
3. Syndrom-bezogenes Schmerzzentrum/-einrichtung, inklusive Akutschmerz-Abteilungen

4. Verfahrens-orientiertes Schmerzzentrum/-einrichtung

Die dazu gehörigen Programme wurden fünfstufig subklassifiziert:

1. Großes übergeordnetes multidisziplinäres Programm; mehr als sechs beteiligte Disziplinen; Behandlung unterschiedlicher Schmerzsyndrome; Forschung und Lehre; universitär
2. Übergeordnetes, multidisziplinäres Programm; mind. 4–6 beteiligte Disziplinen; weitere wie 1.
3. Kleines multidisziplinäres Programm; 2–3 Disziplinen
4. Syndrom-orientiertes Programm, auf die Behandlung von Patienten mit speziellen Schmerzerkrankungen spezialisiert
5. Verfahrens-/Modalitäten-orientiertes Programm, Verwendung von einzelnen Verfahren

Im Anschluss an diese ersten Vorschläge für eine Klassifikation folgten weitere Definitionen der International Association for the Study of Pain (IASP) und der damaligen Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) und heutigen Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.

Die sog. »Task Force« der IASP formulierte 1990 Richtlinien für die anzustrebenden Charakteristika von schmerztherapeutischen Versorgungseinrichtungen, die den aktuellen Vorschlägen der Ad-hoc-Kommission »Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie« der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. in ihren Grundsätzen bereits sehr ähnlich waren (Gerbershagen 2003, IASP 2009). Sie unterstrichen die multi-/interdisziplinäre Herangehensweise für Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome als zu präferierende Methode, um die Gesundheitsversorgung chronischer Schmerzpatienten zu gewährleisten. Die Überlegungen reichten sogar bis dahin, dass man sich fragte, ob schmerztherapeutische Einrichtungen, die nicht multi-/

interdisziplinär arbeiten, weiterhin eine Existenzberechtigung haben sollten (Kröner-Herwig 2013).

Folgende Kriterien wurden von der »Task Force« der IASP vorgeschlagen:

- *Therapeuten:* umfangreiche professionelle Kenntnis, um der Diagnostik und Therapie der bio-psycho-sozialen Anforderungen chronischer Schmerzen gerecht zu werden
- *Team:* mind. zwei Ärzte (und/oder ein/e Psychiater/in), klinische/r Psychologe/in, Physiotherapeut/in, weitere (je nach Ausrichtung des Zentrums)
- *Regelmäßige Besprechungen*
- *Organisation durch einen Zentrumsleiter*
- *Umfassende diagnostische und therapeutische Optionen:* physikalisch-medizinisch, psychosozial, pflegerisch, physiotherapeutisch/ergotherapeutisch/sozialmedizinisch, je nach Ausrichtung weitere.

Erste interdisziplinär und multimodal arbeitende Schmerzlinik in Mainz

In Deutschland wurden diese grundsätzlichen Überlegungen mit der Gründung der ersten interdisziplinär und multimodal arbeitenden Schmerzlinik in Mainz im Jahr 1970 zunächst mit sog. »Streubetten« in anderen Fachabteilungen umgesetzt. Wie schon in den Anfängen Bonicas war auch hier die Umsetzung des multimodalen Konzeptes von zahlreichen organisatorischen und strukturellen Herausforderungen begleitet. Von besonderer Bedeutung war die Einführung qualitätssichernder und standardisierter Vorgehensweisen, z. B. bzgl. der Anamnese- und Untersuchungsverfahren und der Entwicklung eines Schmerzfragebogens als Screeninginstrument, in dem bio-psycho-soziale Faktoren detailliert erfragt wurden. Zusätzlich wurden Schmerzkongresse etabliert, die schon zu diesem Zeitpunkt als besonders wertvoll für die Weiterbildung erachtet wur-

den, denen allerdings für die Gesamtpatientenversorgung eine nur limitierte Bedeutung beigemessen wurde (Gerbershagen 2003).

Die Probleme der Etablierung eines multi- bzw. interdisziplinären Settings im ambulanten Bereich glichen vielfach den heutigen: oft wurden chronifizierungsgefährdete oder bereits chronifizierte Patienten nicht zeitgerecht zu Schmerzspezialisten überwiesen. Oft fehlten im Falle einer Überweisung wichtige und insbesondere den psychologischen und psychosozialen Teil betreffende Informationen zur bisherigen Behandlung. Die hinzugezogenen fachärztlichen Kollegen untersuchten meist fachspezifisch und ohne einen schmerzmedizinischen Überblick zu haben. Psychologen waren mangels Informationen zu den somatischen Diagnosen auf die eigene Diagnostik fokussiert. So kam es daher beiderseits zu einer Fehlinterpretation und Überbewertung der jeweiligen Seite. Und schließlich war auch damals wie heute eine interdisziplinäre Vorgehensweise in Schmerzpraxen durch fehlende Abrechnungsmöglichkeiten erschwert.

Bis zur Jahrtausendwende wurden von Gerbershagen bereits zahlreiche Kriterien für Struktur-, Leistungs- und Ergebnisqualität in der Schmerztherapie erarbeitet und schrittweise umgesetzt (Gerbershagen 1986). Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahren entwickelten sich schließlich die ersten erfolgreichen und evidenzbasierten Behandlungsprogramme für chronische Schmerzerkrankungen, insbesondere auf Basis der sog. »functional restoration«, z. B. das functional restoration-Programm von Mayer und Gatchel (Kinney et al. 1991, Mayer und Gatchel 1988) in den USA und das Göttinger Rücken-Intensivprogramm (GRIP) (Hildebrandt et al. 1996) in Deutschland. Diese Programme bildeten die Grundlage für die internationale Entwicklung von multimodalen Programmen und Studien. Zusätzlich wurde neben medizinischen und physiotherapeutischen Elementen die kognitive Verhaltenstherapie als Komponente der multimodalen Therapie chronischer Schmerzen erkannt