

Multimodale Schmerztherapie bei cLBP.

Wie lassen sich die Inhalte in die physiotherapeutische Einzelbehandlung integrieren?

Michael Richter, Hamburg

- Stichtagprävalenz Kreuzschmerz 32 – 49%

- Lebenszeitprävalenz 74 – 85%



ROBERT KOCH INSTITUT
Statistisches Bundesamt

Gesundheitsberichterstattung des Bundes

Berlin 2012

- Lifetime prevalence 84% www.thelancet.com Vol 379 February 4, 2012

- 44-78% Rückfälle (Europäische Leitlinien 2005)

- 12% der Bevölkerung dauerhafte Beschwerden

- Kreuzschmerz führt seit Jahren die Statistik für AU und medizinische Rehabilitation an.

NVL Kreuzschmerz
Kurzfassung
06. August 2013, Version 4

Kriterien zur Zuweisung in multimodale Behandlung

Empfehlungen/Statements	Empfehlungsgrad
9-3 Spätestens nach 6 Wochen Schmerzdauer und alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen ⁶ trotz leitlinien-gerechter Versorgung soll bei positivem Nachweis von Risikofaktoren zur Chronifizierung („yellow flags“) die Indikation zu einer multimodalen Therapie (möglichst durch ein interdisziplinäres umfassendes Assessment ⁵) geprüft werden.	↑↑
9-4 Bei Bestehen der Beschwerden und alltagsrelevanten Aktivitätseinschränkungen > 12 Wochen trotz leitlinien-gerechter Versorgung soll generell die Indikation zu einer multimodalen Therapie (möglichst durch ein umfassendes interdisziplinäres Assessment) geprüft werden.	↑↑

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Kurzfassung. Version 4. 2010 zuletzt verändert: August 2013. Available from: <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de>; [cited: tt.mm.jjjj]; DOI: 10.6101/AZQ/000150

Indikationen

- ✓ Erfolglosigkeit von Vortherapien
- ✓ Änderung der Schmerzsymptomatik
 - ✓ Ausbreitung, neue Bereiche, spiegeln
- ✓ Medikamentenkonsum ↑
- ✓ Inanspruchnahme des Versorgungssystems ↑
- ✓ Die Therapie erschwerende Komorbiditäten
- ✓ Aktivität und Teilhabe ↓; Arbeitsfähigkeit ↓

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Kurzfassung. Version 4. 2010 zuletzt verändert: August 2013. Available from: <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de>; [cited: tt.mm.jjjj]; DOI: 10.6101/AZQ/000150

Inhalte multimodaler Behandlungskonzepte

- ✓ Medizinische Behandlung (Medikamente, MT)
- ✓ Information und Schulung (psychosoziale Risikofaktoren, Bewegungsmangel)
- ✓ Konsequente Steigerung körperlicher Aktivität
- ✓ Psychoth. Behandlungsmaßnahmen:
 - ✓ Stärkung von Ressourcen, Entspannung, Stress ↓
- ✓ Arbeitsorientierte Trainingsprogramme

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz – Kurzfassung. Version 4. 2010 zuletzt verändert: August 2013. Available from: <http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de>; [cited: tt.mm.jjjj]; DOI: 10.6101/AZQ/000150

6x20 Minuten vs. 100 Stunden

Stundenplan Mi 2 re 08.-03.09.2010

MONTAG	DIENSTAG	MITTEWOCHE	DONNERSTAG	Freitag
10:00-11:00 Alltagstraining JK/MR	10:00-11:00 GYM JS		10:00-11:00 GYM JK	10:00-11:00 Alltagstraining JS/JK
Pause 11:00-11:30	11:00-11:45		11:00-11:45	Pause 11:00-11:30
11:30-12:45 SBG gr. Seminarraum JDO	12:15- 13:00 Sozialmed gr. Seminarra			11:30-13:00 MTT JS/JK
Pause 12:45-13:30	13:00-14:00			13:00-14:00 Sporttheorie 1./3. Woche JS
13:30-15:00 MTT JS/MR		14:00 Teambesprechung		
	Wandertag!		14:30 JM (3. Woche)	
			14:30-15:15 Basisinformation 1./4. Woche JM	

Bitte kennzeichnen Sie Ihren
Hauptschmerzbereich

Strahlt Ihr Schmerz in weitere Körperregionen aus?
ja nein

wenn ja, dann zeichnen Sie bitte die Richtung ein, wohin der Schmerz ausstrahlt.

10 Jahren Beschwerden „überall“,
„wechselhaft“, „schon alles gemacht“

VAS 8/10 Dauerschmerz „Alles tut weh“ OSG,
KG bd, Kopfschmerz, mittig Tx, Armschmerz
bilateral

IBO bei Bedarf

Verwaltet 32.000m² Bürofläche

Verantwortung und Stress

Bisherige Therapien: Ärzte mit Spritzen und
Medikamente, Osteopathen, Training im
Meridian, Wärme, Massage und KG

Leiden Sie in den eingezeichneten Bereichen an einem Brenngefühl (z.B. Brennesseln)?						
nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input checked="" type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>	
Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen ein Kribbel- oder Prickelgefühl (wie Ameisenlaufen, Stromkribbeln)?						
nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input checked="" type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>	
Ist leichte Berührung (Kleidung, Bettdecke) in diesem Bereich schmerzhaft?						
nie <input type="checkbox"/>	kaum <input checked="" type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>	
Haben Sie im Bereich Ihrer Schmerzen blitzartige, elektrisierende Schmerzattacken?						
nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input checked="" type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>	
Ist Kälte oder Wärme (Badewannenwasser) in diesem Bereich gelegentlich schmerzhaft?						
nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input checked="" type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>	
Leiden Sie in den von Ihnen eingezeichneten Bereichen unter Taubheitsgefühl?						
nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input checked="" type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>	
Löst ein leichter Druck z.B. mit dem Finger in diesem Bereich Schmerzen aus?						
nie <input type="checkbox"/>	kaum <input type="checkbox"/>	gering <input type="checkbox"/>	mittel <input type="checkbox"/>	stark <input checked="" type="checkbox"/>	sehr stark <input type="checkbox"/>	
(vom Arzt auszufüllen)						
nie	kaum	gering	mittel	stark	sehr stark	
<input type="checkbox"/> x 0 = <input type="text" value="0"/>	<input type="checkbox"/> x 1 = <input type="text" value="1"/>	<input type="checkbox"/> x 2 = <input type="text" value="2"/>	<input type="checkbox"/> x 3 = <input type="text" value="3"/>	<input type="checkbox"/> x 4 = <input type="text" value="16"/>	<input type="checkbox"/> x 5 = <input type="text" value=""/>	
Score-Gesamtsumme			<input type="text" value="22"/>	von 35		

	Stimmt gar nicht			un- sicher			Stimmt genau
1. Meine Rückenschmerzen wurden durch körperliche Aktivitäten verursacht.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. Körperliche Aktivitäten verstärken meine Schmerzen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input checked="" type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3. Körperliche Aktivitäten könnten meinem Rücken schaden.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input checked="" type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
4. Ich sollte körperliche Aktivitäten, die meinem Rücken schaden, unterlassen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input checked="" type="checkbox"/>
5. Ich kann körperliche Aktivitäten, die meinem Rücken schaden, nicht ausüben.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input checked="" type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
6. Meine Schmerzen wurden durch meine Arbeit oder durch eine Verletzung bei der Arbeit verursacht.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input checked="" type="checkbox"/>
7. Durch meine Arbeit wurden meine Schmerzen verstärkt.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input checked="" type="checkbox"/>
8. Ich hätte eigentlich einen Anspruch auf Entschädigung für meine Schmerzen.	<input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9. Meine Arbeit ist zu schwer für mich.	<input checked="" type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
10. Meine Arbeit verschlimmert meinen Schmerz oder wird ihn verschlimmern.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
11. Meine Arbeit könnte meinen Rücken schädigen.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5 <input checked="" type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
12. Mit meinen augenblicklichen Schmerzen sollte ich meine gegenwärtige Arbeit eigentlich nicht ausüben.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input checked="" type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
13. Ich kann mit meinen augenblicklichen Schmerzen meine gegenwärtige Arbeit nicht ausüben.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input checked="" type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
14. Bis meine Schmerzen nicht behandelt sind, kann ich meine gegenwärtige Arbeit nicht tun.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
15. Ich glaube nicht, daß ich in den nächsten 3 Monaten an meine normale Arbeit zurückkehren kann.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
16. Ich glaube nicht, daß ich meine jetzige Arbeitstätigkeit überhaupt wieder aufnehmen kann.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Untersuchung kurze Version

- FBA 0 cm
- Aktive Bewegung cervical – EOR möglich aber schmerzhaft in alle Richtungen
- Neurologie o.B.
- Neurodynamik UE und OE – CAR
- CCFT 22mmHg
- VAS 8/10

Verlauf

- 1. Einheit
 - Untersuchung und Anamnese
 - „Einige Übungen die Ihr Arzt empfiehlt und ich ebenso für richtig halte....“
- 2. Einheit
 - „das war das Schlimmste was ich je erlebt habe“
 - Bei VAS 8/10
 - Mount Everest Metapher

- 3.-7. Einheit
 - *Hands off*
 - Konzentration auf Funktion und weniger auf Schmerz
 - Übungen → Selbstkontrolle
 - Auf die MTT/WH – neue Situation/Optionen
 - Anbahnung der Notwendigkeit von VT/ET
 - Klärung der Aufgabe und Funktion der PT

- | | einverstanden | nicht | einverstanden |
|---|---------------|-------|---------------|
| 1. Meine Schmerzen wurden durch eine körperliche Arbeit verursacht. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 2. Körperliche Aktivität verstärkt meine Schmerzen. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 3. Körperliche Aktivität könnte meinem Rücken schaden. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 4. Ich sollte körperliche Aktivität vermeiden, die (vielleicht) meine Schmerzen verstärkt. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 5. Ich kann körperliche Aktivität nicht ausführen, die (vielleicht) meine Schmerzen verstärkt. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 6. Meine Schmerzen wurden durch meine Arbeit oder durch einen Unfall bei meiner Arbeit ausgelöst. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 7. Meine Arbeit verstärkte meine Schmerzen. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 8. Ich habe wegen meiner Schmerzen einen Anspruch auf eine Rente. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 9. Meine Arbeit ist zu anstrengend für mich. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 10. Meine Arbeit verstärkt oder würde meine Schmerzen verstärken. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 11. Meine Arbeit könnte meinem Rücken schaden. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 12. Ich sollte meine tägliche Arbeit mit meinen jetzigen Schmerzen nicht ausführen. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 13. Ich kann mit meinen jetzigen Schmerzen meine tägliche Arbeit nicht mehr ausführen. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 14. Ich kann meine tägliche Arbeit nicht ausführen, bevor meine Schmerzen behandelt werden. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 15. Ich glaube, dass ich mindestens 3 Monaten nicht normal arbeiten gehen kann. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |
| 16. Ich glaube, dass ich nie wieder normal arbeiten werde. | 0 | 1 | 2 3 4 5 6 |

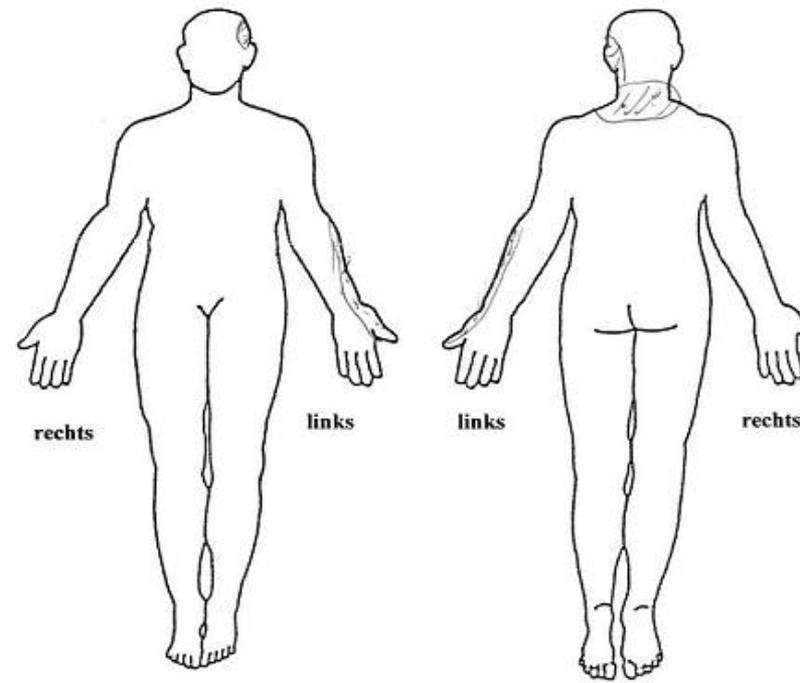
Arbeit; Items 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15 Physische Aktivität; Items 2, 3, 4, 5

VAS von 8 auf 2/10; 70% Linderung
 Score FABQ prä: 27 post: 15 Arbeit
 Score FABQ prä: 21 post: 1 Phys. Aktivität

Bitte kennzeichnen Sie Ihren Hauptschmerzbereich

Strahlt Ihr Schmerz in weitere Körperregionen aus? ja nein

wenn ja, dann zeichnen Sie bitte die Richtung



Yellow flags

Müssen immer berücksichtigt werden!

*Auch bei nicht Überschreiten von Cut off Werten
können uns bei genauem Hinsehen einzelne
Items im Patientenmanagement enorm
weiterhelfen!*

Was muss ich denn trainieren?

Aktivität	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
1.	Punktzahl 0-10				
2.	Punktzahl 0-10				
3.	Punktzahl 0-10				
4.	Punktzahl 0-10				
5.	Punktzahl 0-10				
Gesamtwert:					

Totale Punktzahl = Summe der Punktzahl der Aktivitäten / Anzahl der Aktivitäten

Minimale feststellbare Veränderung (90%KI) vom Durchschnitt der Bewertungen: 2 Punkte

Minimale feststellbare Veränderung (90%KI) für Punktzahl der einzelnen Aktivität: 3 Punkte

PSFS developed by: Stratford, P., Gill, C., Westaway, M., & Binkley, J. (1995). Assessing disability and change on individual patients: a report of a patient specific measure. Physiotherapy Canada, 47, 258-263.

© P. Stratford 1995, reprinted with permission. © Kulturelladaptiert ins Deutsche: P. Heldmann 2012, HAWK Hildesheim.

Alltagstraining



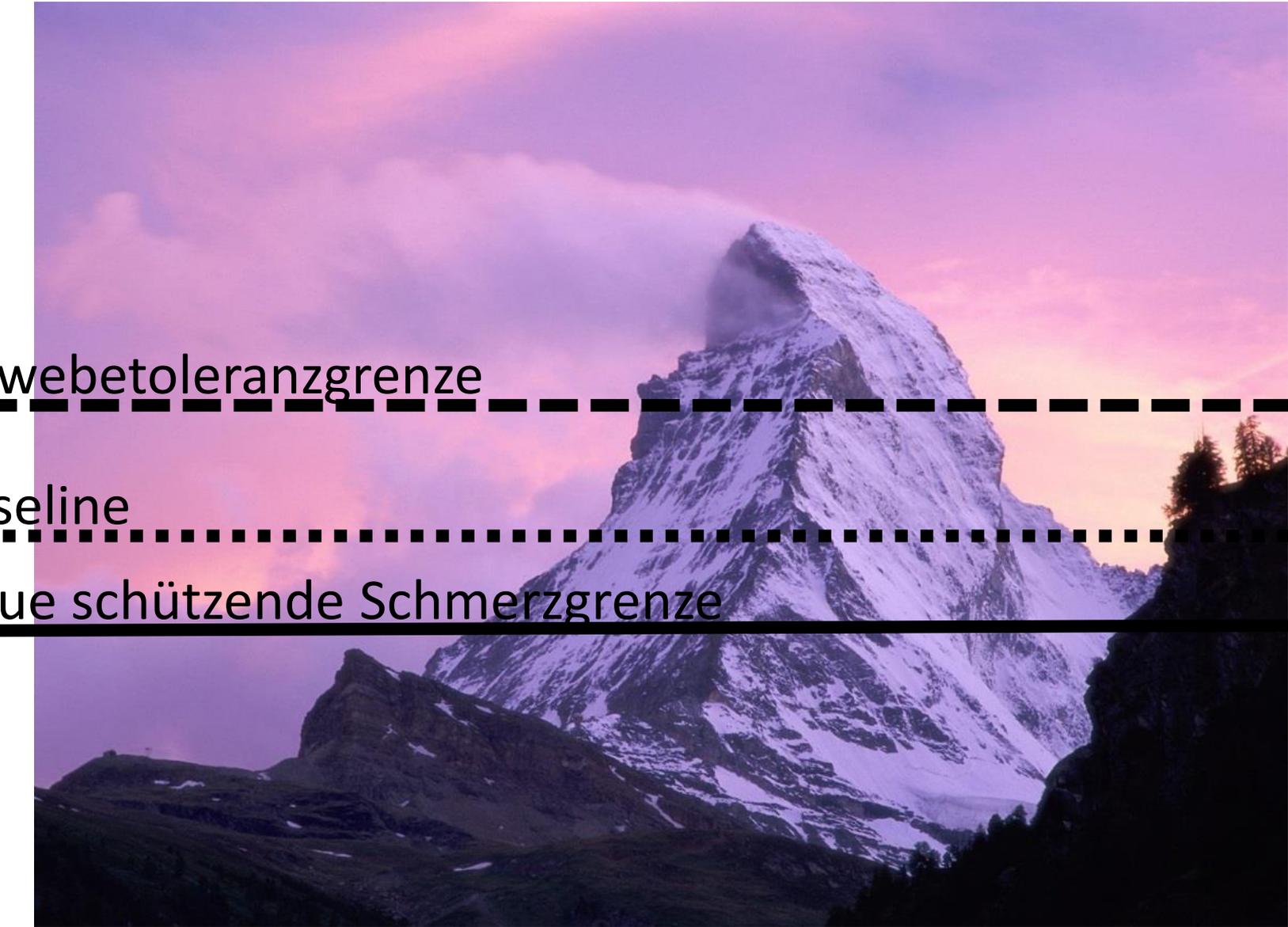
Michael Richter
Multimodale Schmerztherapie

Gewebetoleranzgrenze

Schützende Schmerzgrenze



Michael Richter
Multimodale Schmerztherapie



Gewebetoleranzgrenze

Baseline

Neue schützende Schmerzgrenze

Take away ...

- Wir haben häufig zu wenig Zeit für zu viele komplexe Patienten
- Vom Team (Empfehlung) zum Einzelkämpfer
 - Optimal ist natürlich ein multidisziplinäres Setting
- Einsatz von standardisierten Assessments ermöglicht anspruchsvolles moralisches Reasoning (Was ist das Beste für den Patient?)
 - Optimierung der Kommunikation nach außen und Verlaufskontrolle für den Patienten

Take away ...

- Edukation über Schmerz notwendig
 - Nur auf einfachstem Patientenniveau
- Von Beginn an aktiv: Verbesserung der Funktion im Alltag/*kein Fokus auf Schmerz*
- *Nicht lange binden (Therapie an der langen Leine), nicht „viel“ untersuchen und den Patienten zeigen was sie selbst machen können (Guide des Patienten)*