

Krankenhaus St. Josef Klinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie

Das Leid mit den Leitlinien: Leitlinien und deren Stellenwert in der Behandlung chronisch Schmerzkranker



Schmerzchronifizierung und ist dieses vermeidbar?

Was sind Leitlinien und welchen Sinn haben diese?

1. Ist die Basisschmerztherapie ist verbesserungswürdig ?

2. Schmerzmechanismen und Wirkmechanismen

3. Moderne Schmerztherapie:

4. Leitlinien im Praxisalltag

Die häufigsten Diagnosen beim Allgemeinarzt

| Indikator (L) 3.19 | | Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen Praxis nach Geschlecht, Nordrhein-Westfalen, 2003 | | | |
|-----------------------|--------|--|--------------------------------|--------|-------|
| Rang | ICD-10 | Diagnosen (Behandlungsanlass)* in der allgem.ärztl. Praxis | in % aller Behandlungsfälle | | |
| | | | Frauen | Männer | insg. |
| 1 | I10 | Essentielle (primäre) Hypertonie | 23,7 | 23,6 | 22,7 |
| 2 | E78 | Störungen des Lipoproteinstoffwechsels u. sonst. Lipidämien | 19,1 | 21,0 | 19,0 |
| 3 | M54 | Rückenschmerzen | 12,2 | 12,7 | 12,5 |
| 4 | E04 | Sonstige nichttoxische Struma | 10,0 | 3,3 | 6,9 |
| 5 | I25 | Chronische ischämische Herzkrankheit | 8,2 | 10,6 | 8,8 |
| 6 | E11 | Nicht primär insulinabhäng. Diabetes mellitus (Typ-II-Diabetes) | 7,9 | 9,1 | 8,0 |
| 7 | E66 | Adipositas | 7,6 | 7,2 | 7,1 |
| 8 | I83 | Varizen der unteren Extremitäten | 7,6 | 3,2 | 5,4 |
| 9 | M53 | Sonst. Krankheiten d. Wirbelsäule u. d. Rückens, and. ni.klass. | 7,0 | 5,9 | 6,5 |
| 10 | J20 | Akute Bronchitis | 6,2 | 6,7 | 6,2 |

Datenquelle/Copyright:
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung:
ADT-Panel Nordrhein

* Mehrfachzählungen
v. Patienten möglich

Die Basisschmerztherapie ist in Europa verbesserungswürdig

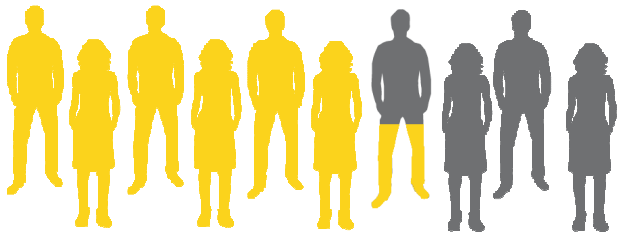
Ergebnisse von 4839 Tiefeninterviews mit chronischen Schmerzpatienten in 15 europäischen Ländern und Israel



31% der Patienten berichten, dass ihr Schmerz so stark ist, dass sie ihn nicht mehr ertragen könnten ¹



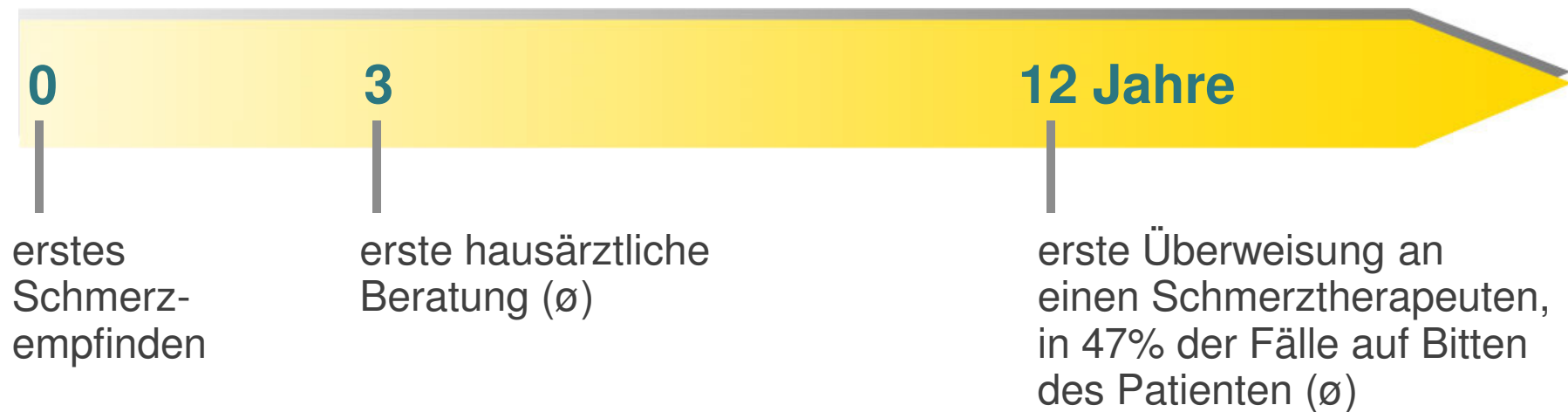
40% der Patienten berichten von einem unzureichenden Schmerzmanagement ¹



64% der Patienten, die verordnete Schmerzmedikation einnehmen, berichten, dass ihr Schmerz zuweilen unzulänglich kontrolliert wird ¹

Die Basisschmerztherapie ist in Europa verbesserungswürdig

- Ergebnisse zur Therapie chronischer Schmerzen?



Häufigkeit von Rückenschmerzen

Rückenschmerzen in der Bevölkerung Deutschlands

- 36 % haben aktuell Rückenschmerzen
- 74 % im letzten Jahr
- 85 % im Laufe des Lebens
- bei den 14-29-jährigen Zunahme von 36 % in 1998 auf 61 %(2004)
- ca. 30 % Rezidive innerhalb eines Jahres
- ca. 7-10 % mit chronischem Verlauf (70 % der Krankheitskosten)

Kostenanalyse Rückenschmerz

Gesamtkosten pro Patient und Jahr: 1322 Euro

Direkte Krankheitskosten 46,3 %: 612 Euro (ohne AU)

Hochgerechnet auf 61,8 Mio (repräsentierter Bevölkerungsanteil),
Punktprävalenz 38 % = 23,48 Mio

Gesamtkosten pro Jahr: 48.960.000.000,- Euro

Direkte Kosten pro Jahr: 22.668.480.000,- Euro (ohne AU)

BVSD: Weißbuch Schmerzmedizin

Costs of back pain in Germany

C. M. Wenig, C. O. Schmidt, T. Kohlmann, B. Schweikert (2008)

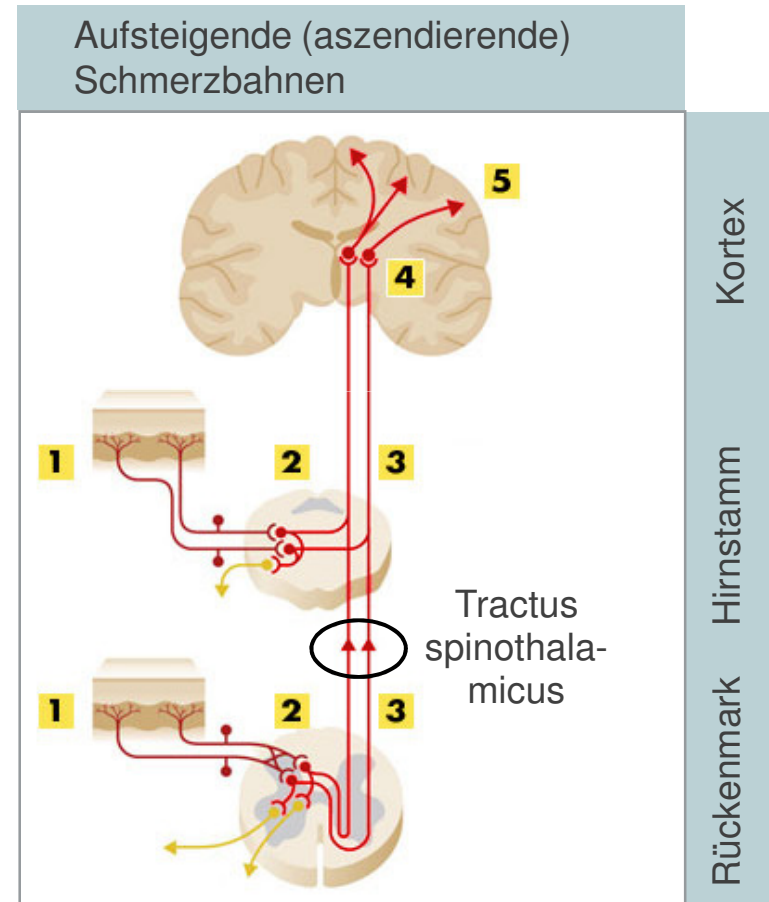
Thesen zur modernen und zur an Leitlinien orientierten Schmerztherapie

1. Chronische Schmerzen sind ein gesundheitsökonomisch relevantes Problem
2. Die Versorgung ist unbefriedigend (trotz Leitlinien ?)

Berücksichtigung neuer Schmerzmechanismen

Das aufsteigende (aszendierende) Übertragungssystem

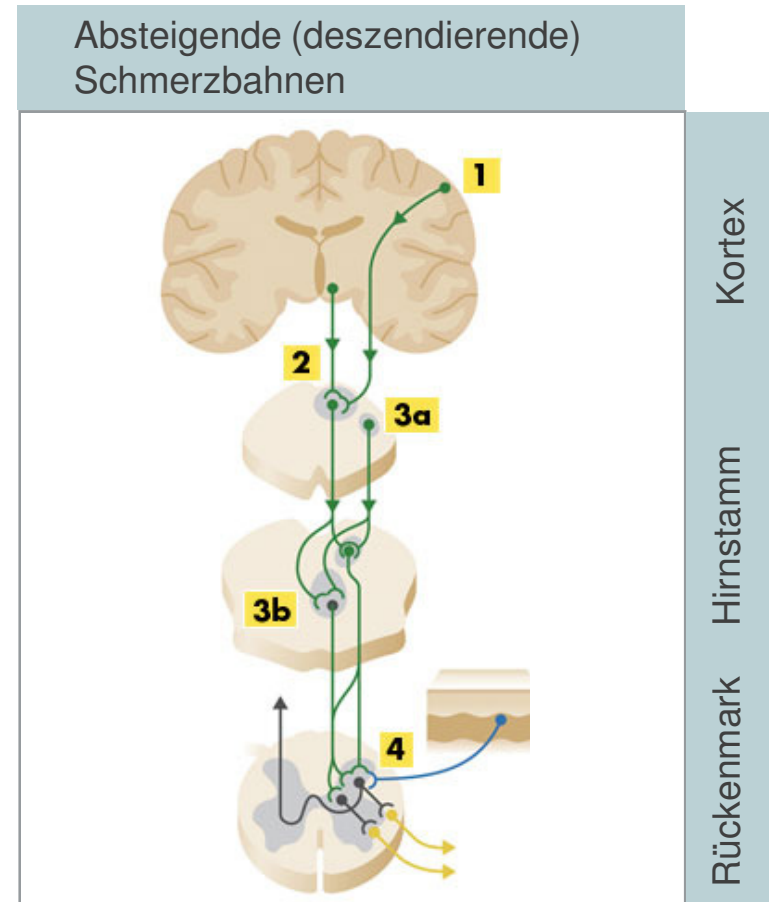
- 1 Aktivierung der Nozizeptoren durch schmerzhafte Stimuli
- 2 Weiterleitung des Signals an das Rückenmark
- 3 Weiterleitung des Signals zum Thalamus
- 4 Verteilung des Signals vom Thalamus zu anderen Gebieten des Gehirns
- 5 Schmerzwahrnehmung durch den zerebralen Kortex



Schmerzmechanismen

Das absteigende (deszendierende) Übertragungssystem

- 1 Kortex und subkortikale Gebiete des Gehirns aktivieren hemmende, absteigende Pfade
- 2 Das periaquäduktale Grau (zentrales Höhlengrau) des Mittelhirns aktiviert hemmende, absteigende Systeme
- 3 Noradrenerge (Locus coeruleus (3a)) und serotonerge (Raphe-Kerne (3b)) inhibitorische Systeme werden aktiviert
- 4 Inhibitorische Signale erreichen die Neuronen im Rückenmark. Stimulation der Freisetzung von inhibitorischen Neurotransmittern (Noradrenalin, Serotonin)



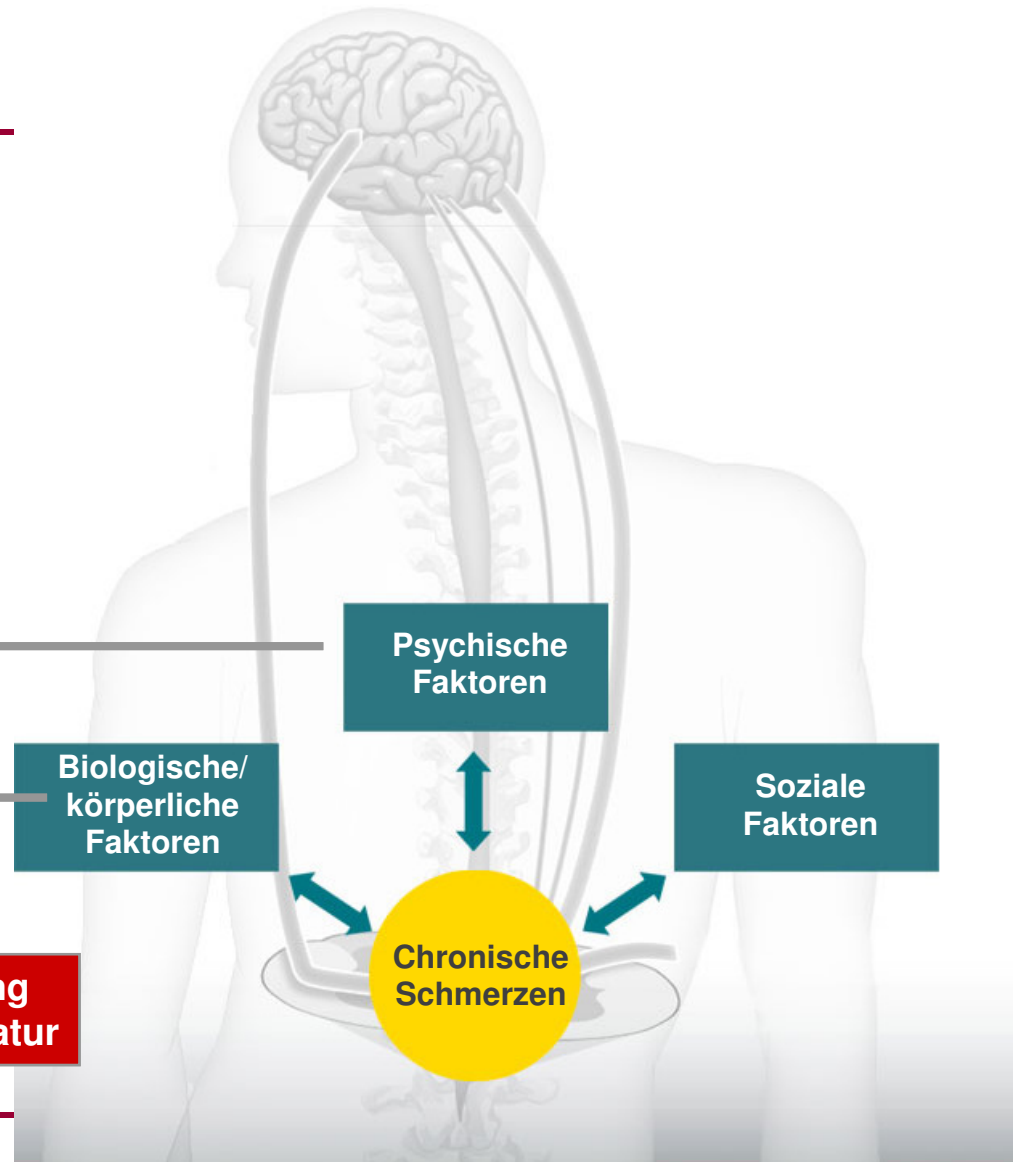
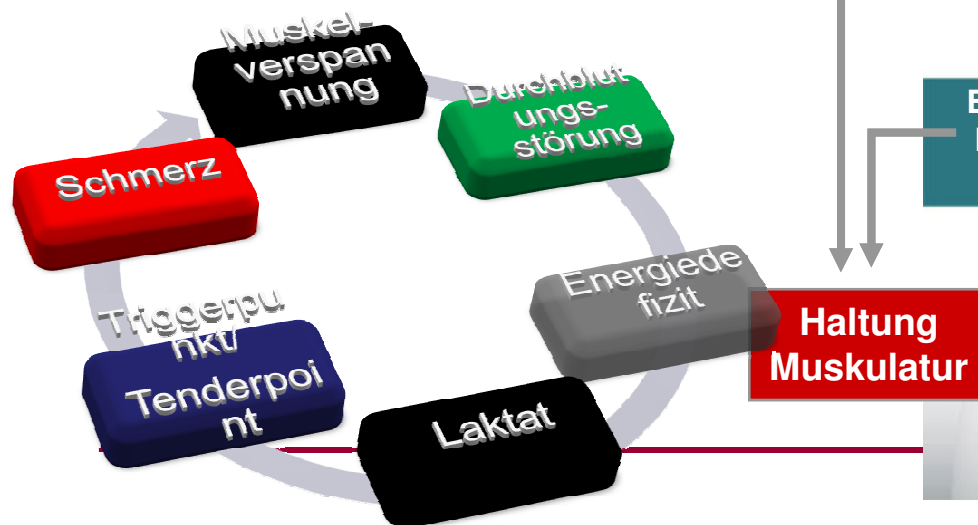
Berücksichtigung neuer Schmerzmechanismen

Periphere und zentrale Sensibilisierung

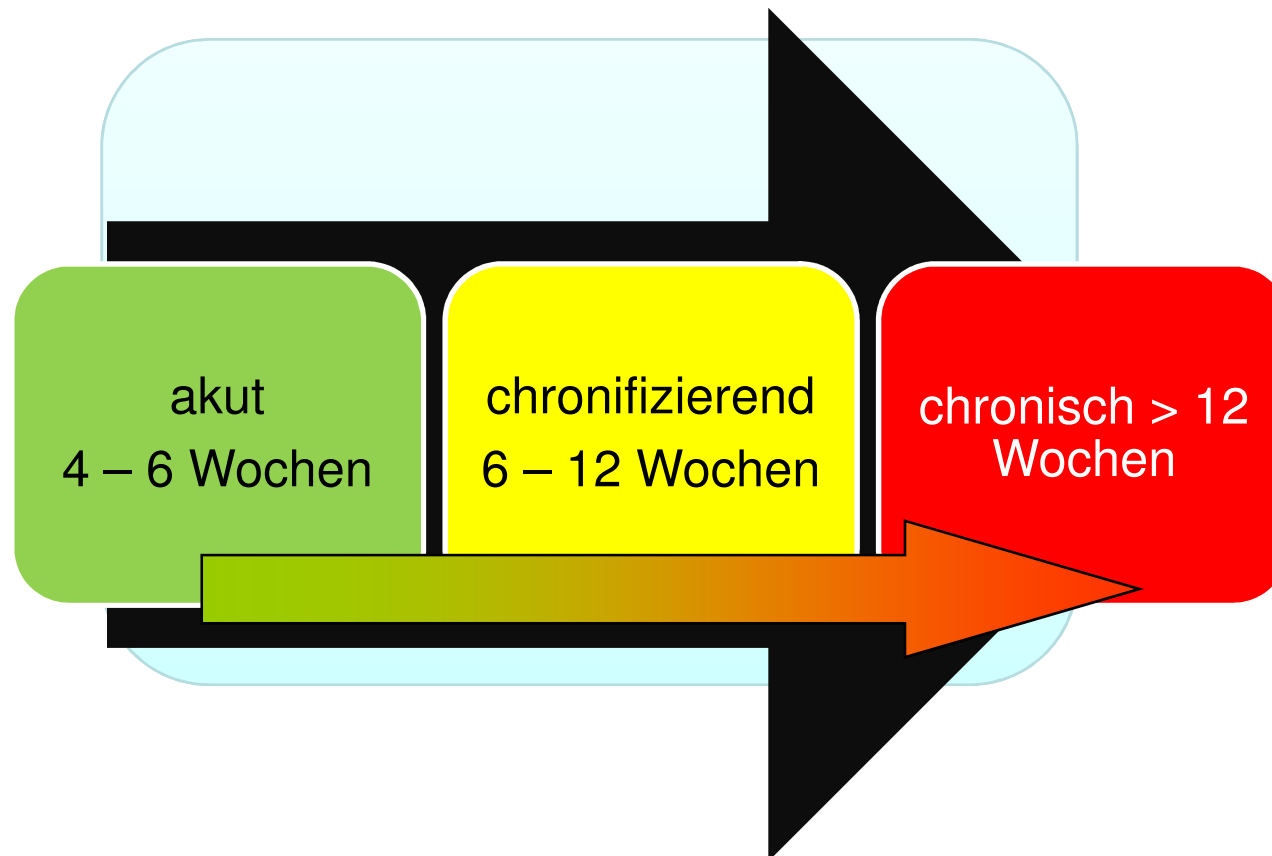
Durch Sensibilisierungsvorgänge
auf verschiedenen Ebenen:



Periphere Nerven
Rückenmark
Gehirn

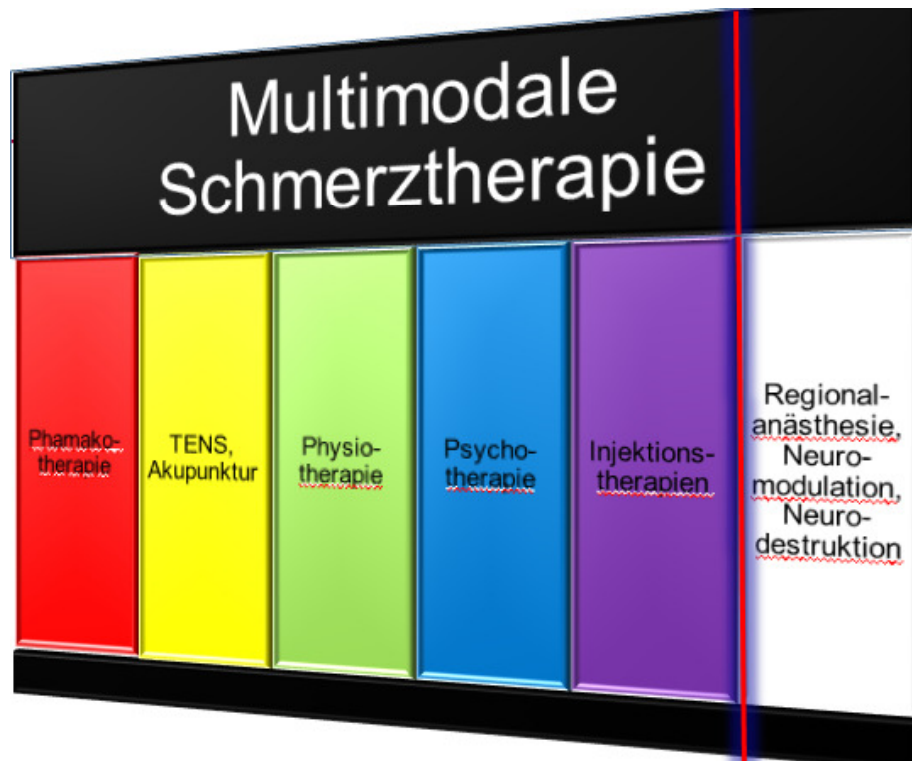


Chronifizierungsfaktoren: Zeit



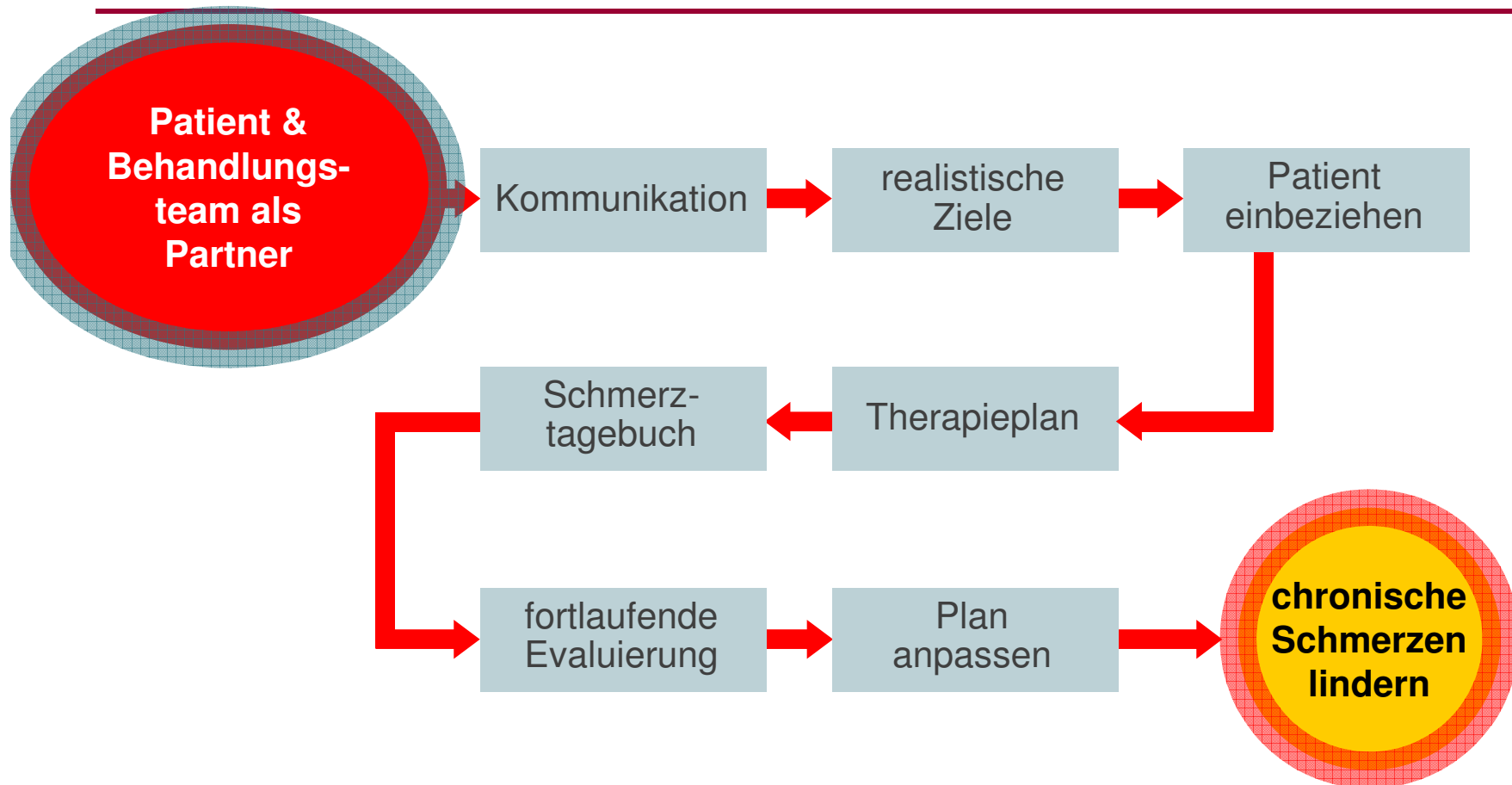
Moderne Schmerztherapie

- Multimodal
- interdisziplinär
- fachgruppenübergreifend



Systematische Befunderhebung und Diagnostik

Therapieplanung und Therapieanpassung



Medizinische Leitlinie - Definition

Leitlinien sind systematisch entwickelte Feststellungen ("statements"), um die Entscheidungen von Klinikern und Patienten über angemessene Gesundheitsversorgung für spezifische klinische Umstände ("situations") zu unterstützen.
(WHO-Tagung Velen/Westfalen 1997)

Evidenz (lat. evidentia = Augenscheinlichkeit) bedeutet umgangssprachlich: Augenschein, Offenkundigkeit, völlige Klarheit.

In der Medizin und im Englischen "**evidence**" (= Aussage, Zeugnis, Beweis, Ergebnis, Unterlage, Beleg)

Evidenzbasierte Medizin

*EbM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung **individueller** Patienten. Die Praxis der EbM bedeutet die **Integration individueller klinischer Expertise** mit der **bestverfügbaren externen Evidenz** aus systematischer Forschung.*

[Was ist Evidenzbasierte Medizin und was nicht? D.L.Sackett et al. \(Deutsche Übersetzung\)](#)

System der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF

1. S1: von einer Expertengruppe im informellen Konsens erarbeitet
2. S2: eine formale Konsensfindung oder eine formale „Evidenz“-Recherche hat stattgefunden
3. S3: Leitlinie mit zusätzlichen/allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung)

• (76%) aller AWMF-Leitlinien sind S1-Leitlinien.

NVL Kreuzschmerz 2010 Zusammenfassung der Empfehlungen 27. September 2010

Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz

(konsentiert am 22.9.2010)

HERAUSGEBER

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

sowie ...

Dtsch. G. f. Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR), unter Beteiligung von ...

Erfassung psychosozialer Risikofaktoren in der primären ärztlichen Versorgung

- bei Schmerzen länger als 4 Wochen trotz leitlinien-gerechter Maßnahmen **(A)**

Weitergehende somatische und psychosoziale Diagnostik

- bei anhaltenden Schmerzen (> 12 Wochen) **(A)**

Indikationen zu bildgebenden

Untersuchungen

- **keine** bei akutem Kreuzschmerz (KS) nach klinischem Ausschluss gefährlicher Verläufe **(A)**
 - **entsprechend klinischem Verdacht** bei Warnhinweisen („red flags“) **(A)**
 - **einmalige**
 - o bei subakutem KS (6-12 Wochen) ohne Besserung ausgeprägter und aktivitätseinschränkender Schmerzen oder mit Progression trotz leitlinien-gerechter Therapie **(A)**
 - o sofern nicht schon geschehen, bei chronischem KS (> 12 Wochen) trotz leitlinien-gerechter Therapie nach Ausschluss von psychosozialen Chronifizierungsfaktoren **(A)**
 - **nur bei klinischen Hinweisen auf Organpathologie** bei chronischem KS und Vorliegen psychologischer Chronifizierungsfaktoren **(A)**
-

Weitere Labor- oder bildgebende Untersuchungen und/oder fachärztliche Überweisung

- bei Warnhinweisen je nach Verdachtsdiagnose und Dringlichkeit **(A)**

Positive/optionale
Empfehlungen
A = starke
Empfehlung,
B = Empfehlung,
0 = Option

| Nichtmedikamentöse und invasive Therapieverfahren bei nichtspezifischem Kreuzschmerz (KS) – Indikationen ¹ | | |
|--|---|--|
| | Akuter KS | Chronischer KS |
| Akupunktur | keine (A) | sehr eingeschränkt (0) |
| Bettruhe | keine (A) | keine (A) |
| Bewegungs- therapie | <ul style="list-style-type: none"> • körperliche Aktivität beibehalten (A) • keine Verordnung von Bewegungstherapie (auch Krankengymnastik) (A) | Bewegungstherapie als primäre Behandlung (A) |
| Interferenz- therapie | keine bei akut/subakut (A) | keine (A) |
| PENS | keine (A) | keine (A) |
| TENS | keine (A) | keine (B) |
| Progressive Muskel- relaxation | kann angeboten werden bei akutem/subakutem KS und erhöhtem Chronifizierungsrisiko (0) | sollte angewendet werden (B) |
| Ergotherapie | keine (A) | sollte angewendet werden im Rahmen multimodaler Behandlungsprogramme (B) |
| Kurzwellen- diathermie | keine (A) | keine (A) |
| Lasertherapie | keine (A) | keine (A) |
| Magnetfeld- therapie | keine (A) | keine (A) |
| Manipulation/ Mobilisation | kann angewendet werden (0) | kann angewendet werden in Kombination mit Bewegungstherapie (0) |
| Massage | keine (A) | kann angewendet werden bei subakutem/chronischem KS in Kombination mit Bewegungstherapie (0) |
| Orthesen | keine (A) | keine (A) |
| Patienten- edukation | soll bei akutem/subakutem KS durchgeführt werden (A) | soll durchgeführt werden (A) |
| Rückenschule auf biopsych- sozialem Ansatz | kann empfohlen werden bei länger anhaltenden (> 6 Wochen) oder rezidivierendem KS (0) | sollte angewendet werden (B) |
| Wärmetherapie | kann angewendet werden in Verbindung mit aktivierenden Maßnahmen (0) | keine Verordnung (B) |
| Kältetherapie | keine (B) | keine (B) |
| Traktions- behandlung | keine bei akutem/subakutem KS (A) | keine (A) |
| Therapeut. Ultraschall | keine (A) | keine (A) |
| Kognitive Verhaltens- therapie (KVT) | soll angeboten werden bei subakutem KS und Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren (A) | soll angewendet werden - eingebunden in ein multimodales Behandlungskonzept (A) |
| Invasive Therapie | keine (A) | keine (A) |

Europäische
Empfehlungen ?

Schweiz:
Optional
Bewegungs-
programme

Dänemark:
Lokalisierter
Muskel-
schmerz

USA:
Betriebliche
Rückenschule
Neuseeland:
Keine Evidenz

Schweiz
Nach der
Schmerzepisode

| | |
|---|-----|
| Bewegung und Bewegungstherapie | |
| Bewegungstherapie bei akutem nichtspezifischem Kreuzschmerz | |
| 5-5 Patientinnen/Patienten sollen aufgefordert werden, körperliche Aktivitäten soweit wie möglich beizubehalten. | ↑↑↑ |
| 5-6 Bewegungstherapie (auch Krankengymnastik) soll zur Behandlung von akutem nichtspezifischem Kreuzschmerz nicht verordnet werden. | ↓↓↓ |
| Bewegungstherapie bei chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz | |
| 5-7 Bewegungstherapie soll als primäre Behandlung bei subakutem/chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz angewendet werden. | ↑↑↑ |

Lei(d)tlinien

Leitlinien sind, da sinnvoll wo sie die Versorgungssituation der Patienten verbessern.

Hinsichtlich der Therapieauswahl muss die individuelle Patientensituation berücksichtigt werden

Dies kann eine Leitlinie nur unzureichend regeln.

und

....eine Leitlinienempfehlung garantiert nicht die Finanzierung,
aber eine *Nichtempfehlung* erschwert diese!