



CrossMark

Typen der Schmerzverarbeitung bei Patienten mit chronischen Schmerzen

Hintergrund und Fragestellung

Chronische Schmerzen werden von Betroffenen auf unterschiedliche Weise verarbeitet und bewältigt [3]. Auf kognitiver Ebene können Schmerzen unter anderem bagatellisiert oder katastrophisiert werden. Auf Verhaltensebene reagieren Menschen zum Beispiel mit Schonung oder Durchbeißen. Ärger, Angst oder Hilflosigkeit sind Beispiele unterschiedlicher emotionaler Schmerzbeeinträchtigung.

Zahlreiche empirische Befunde belegen den dysfunktionalen oder auch protektiven Einfluss kognitiver Schmerzverarbeitungsprozesse und behavioraler Bewältigungsversuche sowie damit verbundener schmerzbedingter emotionaler Reaktionen auf das Schmerzausmaß, die schmerzassoziierte Beeinträchtigung sowie auf den Prozess der Schmerzchronifizierung [10, 14, 24]. Erkenntnisse zu spezifischen Schmerzbewältigungsmustern bzw. Schmerzverarbeitungsprofilen können helfen zu verstehen, wie Schmerzen sich chronifizieren und Betroffene beeinträchtigen. Exemplarisch dafür ist das Avoidance-Endurance-Modell von Hasenbring, welches anhand kognitiver, emotionaler und behavioraler Aspekte der Schmerzverarbeitung unterschiedliche Schmerzbewältigungsmuster definiert, welche maßgeblich die Schmerzchronifizierung und das Ausmaß schmerzbedingter Beeinträchtigung mitbestimmen [9].

Zentrale Elemente kognitiv-behavioraler Schmerztherapien sind die Vermittlung und Einübung hilfreicher kognitiver und verhaltensbezogener Bewältigungsstrategien zur Reduktion schmerzbedingter Beeinträchtigung [12, 15]. Als wichtige Ziele einer multimodalen Schmerzbehandlung werden u. a. die Reduktion dysfunktionaler Muster der Schmerzbewältigung bzw. das Erkennen und Reflektieren schmerzverstärkender bzw. -vermindernder Faktoren wie z. B. problematischer Denkschemata und Verhaltenseigenschaften definiert [1]. Die schmerzspezifische Diagnostik mit der Identifikation schmerzbegünstigender sowie -reduzierender Verhaltens- und Denkweisen bildet dabei die Grundlage für Schmerzbewältigungstrainings im Rahmen der multimodalen Schmerzbehandlung [17]. Erst wenn Therapeuten die individuelle Art der Schmerzverarbeitung eines Patienten kennen, können sie diese Risiko- oder Schutzfaktoren in der Therapie angemessen berücksichtigen [14]. Um die Vielfalt der Schmerzbewältigungsmuster handhabbar zu machen, ist es hilfreich, Patienten nach ihren Schmerzverarbeitungsmustern zu gruppieren. Die Identifikation typischer Schmerzverarbeitungsprofile fördert die Weiterentwicklung und Optimierung spezifischer Therapieverfahren und könnte eine gezieltere Indikation für bestehende Behandlungsverfahren erlauben [17, 23].

Bisherige Untersuchungen zu subgruppenspezifischen Schmerzbewältigungsprofilen nutzten den englischsprachigen revidierten Coping Strate-

gies Questionnaire (CSQ-R; [18, 19]). Im deutschen Sprachraum ist der Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV) eines der wichtigsten Instrumente zur Beschreibung von Schmerzbewältigungsstrategien und schmerzbedingter Beeinträchtigung [8]. Er eignet sich besonders zur Erfassung von kognitiv-verhaltenstherapeutisch relevanten Kernaspekten der Schmerzverarbeitung, der kognitiven und behavioralen Schmerzbewältigung. Zusätzlich lässt sich das Ausmaß an psychischer (emotionaler) Beeinträchtigung durch Schmerzen feststellen.

In der vorliegenden Studie wurde eine Stichprobe von Patienten mit chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41; [4]) untersucht. Es interessierte, inwieweit sich anhand von Daten zur Schmerzverarbeitung, die mit dem FESV erhoben wurden, verschiedene Subgruppen chronischer Schmerzpatienten mit möglichst homogenen Schmerzverarbeitungsmustern unterscheiden lassen. Außerdem wurde untersucht, inwiefern sich diese Subgruppen anhand externer, schmerz- und behandlungsrelevanter Merkmale (z. B. Schmerzstärke, Psychotherapiemotivation etc.) weiter charakterisieren lassen. Diese Kategorisierung soll Therapeuten helfen, Patienten hinsichtlich ihrer Schmerzverarbeitung einzuordnen und eine auf die diesbezüglichen Bedürfnisse und Voraussetzungen zugeschnittene Behandlung zu ermöglichen.

Die Autoren M. Studer und J.A. Stewart haben den gleichen Anteil zur Manuskripterstellung beigetragen.

Stichprobe, Material und Methoden

Vorgehen

In die Untersuchung gingen die über einen Zeitraum von 49 Monaten konsekutiv erhobenen Fragebogendaten von stationären Schmerzpatienten eines universitären Tertiärzentrums für psychosomatische Medizin ein. Vor der Datenerhebung wurden alle in die Untersuchung eingegangenen Patienten über die freiwillige Teilnahme informiert und gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Nutzung ihrer Angaben. Die Verwendung der anonymisierten und routinemäßig erhobenen Daten entsprach den geltenden Vorgaben des schweizerischen Humanforschungsgesetzes.

Alle Selbstberichte und demografischen Informationen wurden von instruierten Forschungsassistenten im Rahmen routinemäßiger psychometrischer Erhebungen zum Eintrittszeitpunkt gesammelt. In die Analysen wurden 166 Patienten eingeschlossen, die die Kriterien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41; [4]) erfüllten. Zur Sicherung der Diagnose wurden im diagnostischen Prozess sowohl vermutlich auslösende somatische Faktoren als auch begleitende psychische Faktoren identifiziert [16]. Dafür wurden alle verfügbaren Untersuchungsbefunde (z. B. Bildgebung, Serologie) systematisch analysiert und standardisierte klinische Schmerzassessments vorgenommen. Falls nötig, wurden ergänzende Untersuchungen (z. B. apparative oder infiltrative Schmerzabklärungen) durchgeführt. Die Schmerzd Diagnose (F45.41) erfolgte im interdisziplinären Konsens der Kaderärzte der universitätsklinischen Abteilung unter Einbezug fachärztlicher Spezialisten der Rheumatologie, Anästhesie, Psychiatrie und/oder Orthopädie. Während der Hospitalisation wurde die Diagnose in der klinischen Beobachtung erhärtet.

Weitere Einschlusskriterien waren eine Schmerzdauer länger als 6 Monate, ein Alter von mindestens 18 Jahren und ein ausreichendes Sprachverständnis. Schmerzpatienten mit rein somatoformen Schmerzkrankungen (F45.40)

respektive Schmerzkrankungen, die primär und ausschließlich durch eine affektive, Angst-, Somatisierungs- oder psychotische Störung bedingt waren, wurden nicht in die Studie aufgenommen [4, 16].

Messinstrumente

Soziodemografische Merkmale und Schmerzcharakteristika

Als soziodemografische Daten wurden Alter, Geschlecht, Zivilstand und Arbeitsunfähigkeit erhoben. Als Schmerzcharakteristikum wurde die über die letzten sieben Tage (siehe FESV-Zeitrahmen) durchschnittlich erlebte Schmerzstärke anhand einer numerischen Einschätzungsskala („numeric rating scale“ [NRS]; 0 = „kein Schmerz“ – 10 = „maximal vorstellbarer Schmerz“) quantifiziert. Als weitere schmerzrelevante Variable wurde die Schmerzdauer seit Schmerzbeginn (in Monaten) erfragt.

Schmerzverarbeitung

Die Schmerzverarbeitung wurde mit dem Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV) erhoben [8]. Der FESV misst drei Grundkomponenten der Schmerzverarbeitung: zwei Bewältigungskomponenten, die *kognitive und die behaviorale Schmerzbewältigung*, und die *schmerzbedingte psychische (emotionale) Beeinträchtigung*. Die kognitive Bewältigungskomponente besteht ihrerseits aus den drei Dimensionen Handlungsplanungskompetenzen (HPL), kognitive Umstrukturierung (KU) und Kompetenzerleben (KE). Die behaviorale Bewältigungskomponente umfasst die drei Dimensionen mentale Ablenkung (MA), gegensteuernde Aktivitäten (GSA) und Ruhe- und Entspannungstechniken (RE). Schmerzbedingte emotionale Beeinträchtigung setzt sich aus den drei Dimensionen schmerzbedingte Hilflosigkeit und Depression (HD), schmerzbedingte Angst (AN) und schmerzbedingter Ärger (ÄR) zusammen. Die insgesamt 38 Items werden auf einer sechsstufigen Likert-Skala von 1 = „stimmt überhaupt nicht“ bis 6 = „stimmt vollkommen“ beantwortet. In dieser Untersuchung wurden alle Dimensionen einzeln analysiert. Als Zeitrahmen gelten

beim FESV „typische Schmerzen in den letzten Tagen“.

Weitere schmerz- und behandlungsrelevante Charakteristika

Die schmerzbedingte Beeinträchtigung wurde mit der deutschen Version des *Pain Disability Index* (PDI; [5]) erfasst. Anhand von sieben Items und der dazugehörigen 11-stufigen Likert-Skala von 0 = „keine Behinderung“ bis 10 = „völlige Behinderung“ schätzen Patienten den Einfluss ihrer Schmerzen auf verschiedene Lebensbereiche ein (z. B. Beruf, Sexualleben). Für jeden Patienten wurde ein Summenwert berechnet (Range: 0–70).

Die allgemeine psychische Belastung wurde mit dem *Brief Symptom Inventory* (BSI; [6]) erhoben. Die 53 Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“ eingeschätzt. Das Verfahren erlaubte die Berechnung eines Global Severity Index (GSI), welcher das Ausmaß der allgemeinen Psychopathologie beschreibt.

Depressivität und Ängstlichkeit wurden mit der deutschen Version der *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS-D) erfasst [11]. Für die Analysen wurde aus den je 7 Items der beiden Dimensionen je ein Summenwert (Range: 0–21) für Depressivität und Angst errechnet.

Das Ausmaß, in welchem Personen Situationen üblicherweise als stressreich bewerten, wurde mit der deutschen Version der *Perceived Stress Scale* (PSS 14) erhoben [2]. Aus den 14 Items wurde ein Summenwert berechnet (Range: 0–56).

Zur Erfassung der subjektiv wahrgenommenen bzw. antizipierten Unterstützung aus dem sozialen Umfeld wurde der *Fragebogen zur sozialen Unterstützung* (Kurzform mit 22 Items; F-SozU K-22; [7]) vorgegeben. Für die Analysen wurde ein Summenwert verwendet (Range: 22–110).

Psychotherapiemotivation wurde mit dem *Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation* (FMP) gemessen [20]. Er besteht aus 47 Items, einer Gesamtskala sowie den vier Dimensionen Krankheitserleben (FMP-KE), Laienätiologie (FMP-LÄ), allgemeine Behandlungserwartungen (FMP-BE) und Erfahrungen mit psychotherapeu-

J. Grolimund · M. Studer · J. A. Stewart · N. Egloff · M. grosse Holtforth

Typen der Schmerzverarbeitung bei Patienten mit chronischen Schmerzen

Zusammenfassung

Hintergrund. Die Typisierung chronischer Schmerzpatienten anhand ihrer Schmerzverarbeitungsprofile kann einen wichtigen Beitrag leisten zum besseren Verständnis der Schmerzproblematik, zur gezielteren Indikation für bestehende Behandlungsverfahren sowie zur Weiterentwicklung von Therapien. **Ziel der Arbeit.** Es wird untersucht, ob sich anhand des im deutschen Sprachraum gebräuchlichen Fragebogens zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV) verschiedene Subgruppen chronischer Schmerzpatienten mit homogenen Schmerzverarbeitungsmustern identifizieren lassen und ob sich diese Schmerzverarbeitungstypen hinsichtlich demografischer sowie schmerz- und behandlungsrelevanter Merkmale unterscheiden.

Material und Methoden. 166 Patienten mit einer chronischen Schmerzstörung gemäß

ICD-10 F45.41 wurden im Rahmen einer stationären multimodalen Schmerztherapie untersucht. Kognitive und behaviorale Schmerzbewältigung sowie schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung wurden als Komponenten der Schmerzverarbeitung mit dem FESV erfasst. Mithilfe von Clusteranalysen auf der Basis der Schmerzverarbeitungsdaten wurden homogene Subgruppen von Patienten gebildet. Die resultierenden Subgruppen wurden daraufhin hinsichtlich soziodemografischer Merkmale, ihrer schmerzbedingten Beeinträchtigung, allgemeinen psychischen Belastung, Depressivität und Angst, ihres habituellen Stresserlebens, ihrer wahrgenommenen sozialen Unterstützung und Psychotherapiemotivation verglichen.

Ergebnisse und Diskussion. Drei hinsichtlich ihrer Schmerzverarbeitungsmuster distinkte Subgruppen konnten identifiziert

werden: (1) *stark Beeinträchtigte mit hohen Bewältigungskompetenzen*, (2) *wenig Beeinträchtigte mit hohen Bewältigungskompetenzen* und (3) *stark Beeinträchtigte mit geringen Bewältigungskompetenzen*. Die Subgruppen unterschieden sich signifikant in fast allen Merkmalen, nicht jedoch hinsichtlich Schmerzdauer und -intensität. Die Kategorisierung in die genannten drei Schmerzverarbeitungstypen kann Klinikern helfen, die Schmerzbehandlung auf die jeweiligen Patientenbedürfnisse abzustimmen.

Schlüsselwörter

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) · Schmerzverarbeitung · Subgruppenanalyse · Clusteranalyse · Multimodale Schmerztherapie · Psychische Belastung

Types of pain coping in chronic pain patients

Abstract

Background. The characterization of subtypes of chronic pain patients based on their pain coping profiles may contribute to a better understanding of the pain syndrome, to more specific indications of established treatment options as well as to further development of therapeutic interventions.

Objective. The aim of this study was to examine whether different subgroups of chronic pain patients emerge when using the German pain coping questionnaire (FESV) to identify homogeneous subgroups of pain coping patterns. Furthermore, the aim was to examine whether these pain coping subgroups differ in terms of sociodemographic characteristics, as well as pain and treatment-related aspects.

Material and methods. A total of 166 inpatients with a chronic pain disorder

according to ICD-10 F45.41 were examined as part of the routine assessment within an interdisciplinary pain treatment program. Cognitive and behavioral pain coping and pain-related psychological impairment were measured with the FESV as components of pain coping. Using cluster analyses, homogeneous patient subgroups were generated on the basis of pain coping data. The resulting subgroups were subsequently compared regarding sociodemographic characteristics, pain-related impairment, global psychological distress, depression, anxiety, perceived stress, utilization of social support and motivation for psychotherapy.

Results and conclusion. The results revealed three distinct subgroups regarding pain coping patterns: (1) high impairment and high coping, (2) low impairment and high coping

and (3) high impairment and low coping. The subgroups differed significantly in almost all characteristics, except for pain duration and pain intensity. The categorization into the abovementioned pain coping subtypes may assist clinicians in tailoring pain treatment to the needs and characteristics of the individual patients.

Keywords

Chronic pain disorder with somatic and psychological factors (F45.41) · Pain coping · Subgroup analysis · Cluster analysis · Interdisciplinary pain treatment · Psychological distress

tischen Behandlungsmodellen (FMP-PT).

Statistische Analysen

Die Datenanalyse erfolgte mit SPSS, Version 23 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Alle Variablen wurden hinsichtlich Verteilungscharakteristika und Ausreißern

untersucht, das Signifikanzniveau wurde auf $p = 0,05$ festgelegt (zweiseitig).

Zur Bildung homogener Subgruppen wurde auf Basis der FESV-Antwortmuster eine Two-step-Clusteranalyse durchgeführt mit Log-Likelihood als Distanzmaß und dem Bayes-Informationskriterium (BIC) zur Ermittlung der automatisch berechneten optimalen Clusteran-

zahl. Zusätzlich zur automatisch ermittelten Lösung wurden Lösungen für 2 bis 5 Cluster berechnet.

Zur weiteren Charakterisierung und externen Validierung der resultierenden Gruppen erfolgte anschließend ein Mittelwertsvergleich der Cluster der am sinnvollsten interpretierbaren Lösung mittels univariater Varianzanalysen für

Tab. 1 Deskriptive Kennwerte für die FESV-Dimensionen der Gesamtstichprobe und der 3 Patientencluster (Range der Dimensionen HPL, KU, KE, MA, GSA, RE, AN: 4–24; Range der Dimensionen HD und ÄR: 5–30)

Gruppen <i>M</i> (<i>SD</i>)	HPL	KU	KE	MA	GSA	RE	HD	AN	ÄR
Gesamtstichprobe (<i>n</i> = 166)	15,63 (5,34)	14,16 (4,88)	15,46 (4,31)	13,21 (5,22)	11,72 (5,20)	11,80 (5,33)	19,80 (6,60)	15,44 (5,38)	16,68 (6,73)
Stark Beeinträchtigte mit hohen Bewältigungskompetenzen (<i>n</i> = 78)	17,16 (4,60)	15,50 (3,30)	16,39 (3,17)	14,20 (4,77)	13,05 (4,76)	13,66 (4,53)	22,67 (3,84)	18,02 (3,40)	18,42 (6,37)
Wenig Beeinträchtigte mit hohen Bewältigungskompetenzen (<i>n</i> = 40)	17,70 (5,11)	18,00 (3,46)	18,97 (2,67)	15,57 (4,82)	13,45 (5,27)	12,30 (6,36)	10,85 (4,27)	8,50 (3,33)	11,05 (5,41)
Stark Beeinträchtigte mit geringen Bewältigungskompetenzen (<i>n</i> = 48)	11,41 (4,26)	8,81 (3,36)	11,02 (4,31)	9,62 (4,43)	8,12 (4,00)	8,37 (3,82)	22,60 (4,86)	17,04 (4,36)	18,56 (5,72)

M Mittelwert, *SD* Standardabweichung, *FESV* Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung, *HPL* Handlungsplanungskompetenzen, *KU* kognitive Umstrukturierung, *KE* Kompetenzerleben, *MA* mentale Ablenkung, *GSA* gegensteuernde Aktivitäten, *RE* Ruhe- und Entspannungstechniken, *HD* schmerzbedingte Hilflosigkeit und Depression, *AN* schmerzbedingte Angst, *ÄR* schmerzbedingter Ärger

stetige Variablen und mittels χ^2 -Test bzw. Fisher-exakt-Test für kategoriale Variablen. Untersucht wurden die Merkmale Alter, Geschlecht, Zivilstand, Schmerzstärke (letzte 7 Tage), Schmerzdauer, Schmerzbeeinträchtigung, allgemeine psychische Belastung, Angst, Depressivität, Stresserleben, soziale Unterstützung und Psychotherapiemotivation. Für die Post-hoc-Mehrfachvergleiche wurde aufgrund der unterschiedlichen Clustergrößen und teilweise nicht gewährleisteten Varianzhomogenität das Games-Howell-Verfahren gewählt. Die Varianzhomogenität wurde mittels Levene-Test geprüft.

Ergebnisse

Stichprobencharakteristika

Das mittlere Alter der Gesamtstichprobe (*n* = 166) betrug $47,2 \pm 13,0$ Jahre (Range: 18–77 Jahre). 86 Personen (51,8 %) waren weiblich. 50 % waren verheiratet, 11,4 % in einer Partnerschaft, 18,7 % geschieden oder getrennt, 18,7 % alleinstehend und 1,2 % verwitwet. 32,5 % waren zum Zeitpunkt der Befragung voll arbeitsfähig, 54,2 % zu 100 % arbeitsunfähig, bei 3,6 % bestand eine Teilarbeitsunfähigkeit zu 75 %, bei 7,2 % zu 50 % und bei 2,4 % zu 25 %. Die Dauer der vollen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit betrug bei 11,6 % 0–3 Monate, bei 8,9 % 4–6 Monate, bei 8,9 % 7–11 Monate, bei 40,2 % 1–5 Jahre, bei 10,7 % 6–10 Jahre und bei 19,6 % über 10 Jahre.

Die Schmerzdauer betrug bei 4,8 % 7–12 Monate, bei 44,6 % 1–5 Jahre, bei

10,8 % 6–10 Jahre und bei 39,8 % mehr als 10 Jahre. Die mittels NRS angegebene über die letzten 7 Tage erlebte durchschnittliche Schmerzstärke lag bei $6,62 \pm 1,96$ (Spannweite: 0–10).

Weitere deskriptive Ergebnisse zu soziodemografischen Merkmalen und Fragebogendaten für die Gesamtstichprobe sind aus den **Tab. 1 und 2** ersichtlich.

Schmerzverarbeitungsprofile

Die Clusterlösung mit 3 Clustern stellte sich statistisch als die optimale und inhaltlich als die im Vergleich mit den Lösungen für 2, 4 und 5 Cluster am besten interpretierbare Lösung heraus. Die Ausprägungen der verschiedenen Dimensionen des FESV für die jeweiligen Cluster sind aus **Tab. 1** sowie **Abb. 1** ersichtlich. Die Mittelwerte der FESV-Dimensionen aller drei Cluster liegen größtenteils im Normwertebereich (± 1 Standardabweichung) der FESV-Referenzstichprobe [8]. Zur anschaulichen Benennung der drei Cluster anhand ihrer Schmerzverarbeitungsprofile wurden folgende Kurzbezeichnungen gewählt: (1) *stark Beeinträchtigte mit hohen Bewältigungskompetenzen*, (2) *wenig Beeinträchtigte mit hohen Bewältigungskompetenzen*, und (3) *stark Beeinträchtigte mit geringen Bewältigungskompetenzen*.

Die *stark Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* (*n* = 78; 47,0 %) verfügen über verhältnismäßig hohe kognitive und behaviorale Bewältigungskompetenzen, berichten jedoch auch eine hohe schmerzbedingte emotionale Beeinträchtigung. Die *wenig Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungs-*

kompetenzen (*n* = 40; 24,1 %) berichten ebenfalls hohe Bewältigungskompetenzen sowie die geringste schmerzbedingte emotionale Beeinträchtigung. Die *stark Beeinträchtigten mit geringen Bewältigungskompetenzen* (*n* = 48; 28,9 %) weisen geringe Bewältigungskompetenzen auf und fühlen sich durch ihre Schmerzen emotional stark beeinträchtigt. Die drei Gruppen unterscheiden sich in allen 9 Dimensionen des FESV signifikant.

Während die *stark Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* und die *wenig Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* ähnlich ausgeprägte Bewältigungsbemühungen angeben, unterscheiden sich die beiden Gruppen stark bezüglich ihrer schmerzbedingten emotionalen Beeinträchtigung. Die *stark Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* und die *stark Beeinträchtigten mit geringen Bewältigungskompetenzen* wiederum weisen eine vergleichbar hohe schmerzbedingte emotionale Beeinträchtigung auf, unterscheiden sich jedoch stark in der Anwendung von Bewältigungsstrategien. **Abb. 2** zeigt in verdichteter Form eine grafische Darstellung der drei Gruppen hinsichtlich ihrer Ausprägungen in den beiden FESV-Hauptkomponenten Schmerzbewältigung und schmerzbedingte emotionale Beeinträchtigung.

Vergleich der Patientengruppen hinsichtlich externer Variablen

Zur weiteren Charakterisierung und externen Validierung wurden die drei Gruppen von Schmerzpatienten hinsichtlich weiterer Unterschiede bezüg-

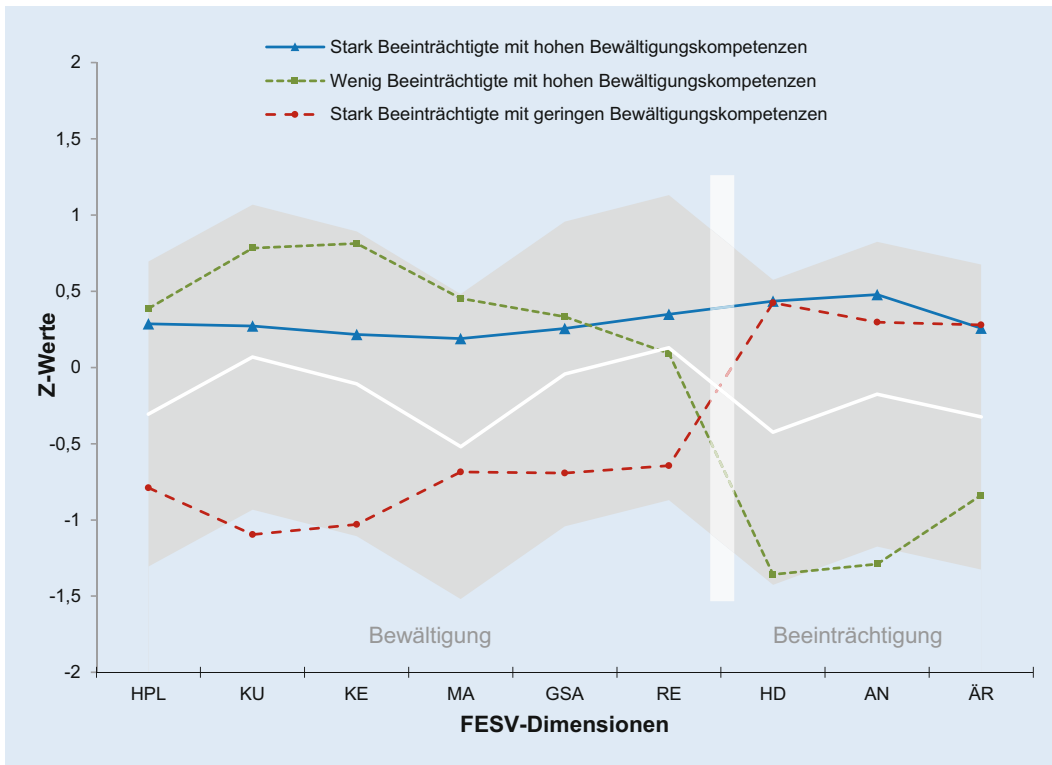


Abb. 1 ◀ Standardisierte Mittelwerte der 3 mittels Clusteranalyse ermittelten Patientengruppen in den FESV-Dimensionen. Normwerte aus Referenzstichprobe ($n = 401$) mit $M \pm 1 SD$ [8] (grau schraffierter Bereich). FESV Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung, HPL Handlungsplanungskompetenzen, KU kognitive Umstrukturierung, KE Kompetenzerleben, MA mentale Ablenkung, GSA gegensteuernde Aktivitäten, RE Ruhe- und Entspannungstechniken, HD schmerzbedingte Hilflosigkeit und Depression, AN schmerzbedingte Angst, ÄR schmerzbedingter Ärger

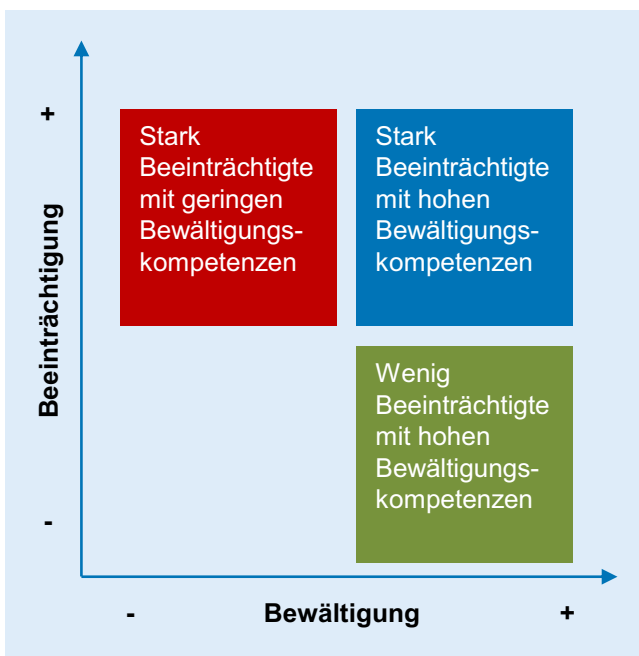


Abb. 2 ◀ Darstellung der 3 Patientengruppen hinsichtlich ihrer Ausprägungen der beiden FESV-Hauptkomponenten Schmerzbewältigung und schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung

lich soziodemografischer sowie schmerz- und behandlungsrelevanter Merkmale untersucht (Tab. 2). Die drei Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich Geschlecht, Zivilstand, Schmerzdauer sowie durchschnittlicher Schmerzintensität.

Die *wenig Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* sind signifikant jünger als die *stark Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen*. Weiter zeigen sich die *wenig Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* auch in den externen schmerzrelevanten Variablen als am wenigsten

belastet mit signifikant weniger schmerzbedingten Einschränkungen (PDI), einer signifikant geringeren psychischen Belastung (GSI), Ängstlichkeit und Depressivität (HADS) sowie einem signifikant geringeren Stresserleben (PSS) als die beiden anderen Gruppen. Die *wenig Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* berichten zudem eine signifikant größere soziale Unterstützung (FSU22) als die beiden anderen Gruppen sowie eine signifikant geringere Therapiemotivation (FMP). Der einzige signifikante Unterschied zwischen den *stark Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* und den *stark Beeinträchtigten mit geringen Bewältigungskompetenzen* bestand darin, dass letztere Gruppe höhere Depressionswerte aufwies.

Diskussion

In dieser Studie wurde erstmals der im deutschen Sprachraum gebräuchliche Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV) zur Identifikation typischer Schmerzverarbeitungsprofile von Patienten mit chronischer Schmerz-

Tab. 2 Deskriptive Kennwerte der Gesamtstichprobe und Patientengruppen in soziodemografischen, schmerzbezogenen und psychologischen Variablen und Gruppenvergleiche

Variable, n (%) bzw. M (SD)	Gesamtstichprobe (n = 166)	(1) Stark Beeinträchtigte mit hohen Bewältigungskompetenzen (n = 78)	(2) Wenig Beeinträchtigte mit hohen Bewältigungskompetenzen (n = 40)	(3) Stark Beeinträchtigte mit geringen Bewältigungskompetenzen (n = 48)	p (χ ² ; df) p (Z) p (F; df); η ²	Post-hoc-Test (Games-Howell)
Männlich, n (%)	80 (48,2)	37 (47,4)	18 (45,0)	25 (52,1)	0,790 (0,472; 2)	–
Alter (Jahre), M (SD)	47,27 (13,07)	50,94 (12,26)	42,20 (13,24)	45,52 (12,69)	0,001 (6,96; 2/166); η ² = 0,079	1 > 2
Zivilstand, n (%)						
In einer Partnerschaft	19 (11,4)	9 (11,5)	5 (12,5)	5 (10,4)	0,755 (5,14)	–
Verheiratet	83 (50,0)	41 (52,6)	18 (45,0)	24 (50,0)	–	–
Geschieden/getrennt	31 (18,7)	17 (21,8)	7 (17,5)	7 (14,6)	–	–
Verwitwet	2 (1,2)	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (2,1)	–	–
Alleinstehend	31 (18,7)	10 (12,8)	10 (25,0)	11 (22,9)	–	–
Schmerzdauer, n (%)						
7–11 Monate	8 (4,8)	4 (5,1)	2 (5)	2 (4,2)	0,888 (2,44)	–
1–5 Jahre	74 (44,6)	33 (42,3)	19 (47,5)	22 (45,8)	–	–
6–10 Jahre	18 (10,8)	11 (14,1)	2 (5)	5 (10,4)	–	–
> 10 Jahre	66 (39,8)	30 (38,5)	17 (42,5)	19 (39,6)	–	–
Schmerzstärke (NRS, letzte 7 Tage), M (SD)	6,62 (1,96)	6,67 (1,82)	6,13 (1,69)	6,81 (2,31)	0,187 (1,69; 2/156); η ² = 0,022	–
PDI, M (SD)	38,36 (13,08)	40,36 (12,63)	31,35 (11,94)	41,30 (12,79)	<0,001 (8,45; 2/160); η ² = 0,097	1 > 2; 3 > 2
BSI (GSI), M (SD)	0,96 (0,61)	1,09 (0,59)	0,54 (0,39)	1,11 (0,65)	<0,001 (14,37; 2/165); η ² = 0,151	1 > 2; 3 > 2
HADS-Angst, M (SD)	9,05 (5,07)	10,09 (4,22)	4,63 (3,73)	11,06 (5,17)	<0,001 (27,21; 2/166); η ² = 0,25	1 > 2; 3 > 2
HADS-Depression, M (SD)	9,28 (4,88)	9,81 (4,21)	4,95 (3,09)	12,02 (4,76)	<0,001 (32,85; 2/166); η ² = 0,287	1 > 2; 3 > 2; 3 > 1
PSS, M (SD)	27,03 (9,87)	29,76 (8,59)	18,08 (7,10)	30,68 (9,16)	<0,001 (28,29; 2/145); η ² = 0,285	1 > 2; 3 > 2
FSU22, M (SD)	88,31 (15,94)	85,04 (15,15)	97,92 (13,01)	85,05 (16,47)	<0,001 (10,13; 2/146); η ² = 0,124	1 < 2; 3 < 2
FMP, M (SD)	152,48 (22,28)	156,94 (19,55)	139,53 (24,64)	157,21 (19,82)	<0,001 (9,72; 2/146); η ² = 0,120	1 > 2; 3 > 2
FMP-KE, M (SD)	32,45 (6,36)	34,00 (4,67)	26,76 (5,44)	35,26 (6,47)	<0,001 (29,15; 2/146); η ² = 0,290	1 > 2; 3 > 2
FMP-LÄ, M (SD)	22,97 (6,25)	23,90 (6,33)	20,24 (6,17)	23,97 (5,52)	0,007 (5,16; 2/146); η ² = 0,067	1 > 2; 3 > 2
FMP-BE, M (SD)	25,73 (5,26)	26,62 (4,58)	24,53 (5,92)	25,33 (5,56)	0,123 (2,31; 2/146)	–
FMP-PT, M (SD)	71,33 (13,02)	72,42 (11,91)	68,00 (15,39)	72,64 (12,14)	0,187 (1,69; 2/146)	–

Signifikante Gruppenvergleiche (p < 0,05) sind **fett markiert**

M Mittelwert, SD Standardabweichung, NRS „numerical rating scale“, PDI Pain Disability Index, BSI Brief Symptom Inventory, HADS Hospital Anxiety and Depression Scale, PSS Perceived Stress Scale, FSU22 Fragebogen zur sozialen Unterstützung, FMP Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation

störung mit somatischen und psychischen Anteilen gemäß F45.41 verwendet.

Es konnten drei hinsichtlich ihrer Schmerzverarbeitungsmuster distinkte Subgruppen identifiziert werden: (1) *stark Beeinträchtigte mit hohen Bewältigungskompetenzen*, (2) *wenig Beeinträchtigte mit hohen Bewältigungskompetenzen* und (3) *stark Beeinträchtigte mit geringen Bewältigungskompetenzen*. Zusätzlich festgestellte Unterschiede zwischen den Subgruppen hinsichtlich soziodemografischer, schmerz- und behandlungsrelevanter Merkmale erlauben eine erweiterte Charakterisierung der Subgruppen und validieren die gefundenen Schmerzverarbeitungstypen zusätzlich. Hervorzuheben ist, dass sich die drei Gruppen weder in der Schmerzdauer noch in der durchschnittlich berichteten Schmerzintensität unterscheiden. Unterschiede in den Schmerzverarbeitungsprofilen sowie den zusätzlichen schmerz- und behandlungsrelevanten Variablen sind somit vermutlich nicht auf diese Merkmale zurückzuführen.

Die *wenig Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* weisen hohe kognitive und behaviorale Schmerzbewältigungskompetenzen und eine sehr geringe schmerzbedingte emotionale Beeinträchtigung auf. Diese Patientengruppe erwies sich hinsichtlich schmerzbedingter Einschränkungen, psychischer Gesamtbelastung, Depressivität, Angst und Stresserleben als die am wenigsten belastete. Patienten dieser Gruppe berichten zudem die höchste wahrgenommene soziale Unterstützung und die geringste Psychotherapiemotivation. Diese Gruppe scheint vergleichbar mit der von Roditi und Kollegen [19] anhand des CSQ-R identifizierten Copingsubgruppe chronischer Schmerzpatienten, welche angibt, die vorgegebenen Bewältigungsstrategien häufig anzuwenden und als effektiv zu erleben. Wie die *wenig Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* wies auch diese Gruppe niedrige Depressionswerte auf und berichtete eine geringe schmerzbezogene Angstsymptomatik. Roditi und Kollegen vermuteten, dass sich diese Gruppe durch ein hohes Maß an Selbstwirksamkeitserleben auszeichnet, das in früheren Studien mit geringer

psychischer Beeinträchtigung und erfolgreichem Coping assoziiert war [13]. In Übereinstimmung mit dieser Vermutung zeigen die *wenig Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* die höchsten Werte in der FESV-Dimension „Kompetenzerleben“.

Die *stark Beeinträchtigten mit geringen Bewältigungskompetenzen* fühlen sich durch ihre Schmerzen emotional stark beeinträchtigt und zeigen ein geringes Ausmaß an Schmerzbewältigungskompetenzen. Die Patienten dieser Gruppe weisen die höchsten Depressionswerte auf. Roditi und Kollegen beschreiben eine in Bezug auf die Schmerzverarbeitung ähnliche Subgruppe von Schmerzpatienten [19]. Diese geben an, die im CSQ-R aufgeführten Strategien selten anzuwenden und als ineffektiv zu erleben. Allerdings weist diese CSQ-R-Subgruppe geringe Depressionswerte und schmerzbedingte Angst auf, was gemäß den Autoren möglicherweise auf eine hohe Schmerzakzeptanz zurückzuführen ist. Eine solche ist für unsere Subgruppe der *stark Beeinträchtigten mit geringen Bewältigungskompetenzen* nicht zu erwarten, zumal sie eine hohe schmerzbedingte emotionale Beeinträchtigung angeben. Hinsichtlich der hohen Depressionswerte bleibt offen, ob diese eher Ursache der geringen Bewältigungsbemühungen oder Ausdruck und Folge einer ungenügenden Schmerzbewältigung sind.

Die *stark Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* berichten ein relativ hohes Ausmaß an Bewältigungsbemühungen, fühlen sich allerdings durch ihre Schmerzen dennoch emotional stark belastet. Der Erfolg der berichteten Bewältigungsanstrengungen scheint gering. Diese Subgruppe scheint hinsichtlich ihres Schmerzverarbeitungsprofils vergleichbar mit der letzten von Roditi und Kollegen [19] beschriebenen Copingsubgruppe. Diese gibt an, die im CSQ-R enthaltenen Schmerzbewältigungsstrategien häufig anzuwenden, jedoch als ineffektiv zu erleben. Wie die von uns identifizierte Subgruppe weist auch diese eine hohe psychische Beeinträchtigung im Sinne hoher Depressions- und Angstwerte auf. Im Vergleich zu den *stark Beeinträch-*

tigten mit geringen Bewältigungskompetenzen berichten die *stark Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* geringere Depressionswerte. Möglicherweise weist letztere Patientengruppe höhere Selbstwirksamkeitserwartungen hinsichtlich ihrer Schmerzbewältigung auf, was einen gewissen Schutz vor einer depressiven Entwicklung bieten könnte. Des Weiteren könnte diese Patientengruppe eine höhere Resilienz aufweisen, welche sowohl die Wahrscheinlichkeit für eine depressive Symptomatik senkt als auch höhere Bewältigungsanstrengungen ermöglichen könnte.

Mittlerweile besteht ausreichend empirische Evidenz, dass standardisierte Behandlungsprotokolle nicht für alle Patienten gleich wirksam sind und dass spezifisch auf die Merkmale und Bedürfnisse bestimmter Subgruppen abgestimmte Behandlungsangebote für die jeweiligen Subgruppen besonders effektiv sind [13]. In Bezug auf ein solch subgruppenspezifisches Behandlungsangebot ist anzunehmen, dass die *wenig Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* einen geringen Bedarf an einem klassischen Schmerzbewältigungstraining haben, zumal diese Patienten hohe Bewältigungskompetenzen, eine geringe schmerzbedingte Beeinträchtigung und auch eine geringe Psychotherapiemotivation berichten. Möglicherweise profitiert diese Patientengruppe am ehesten von supportiven und ressourcenorientierten Interventionen. Anders die *stark Beeinträchtigten mit geringen Bewältigungskompetenzen*, die möglicherweise besonders von schmerzpsychotherapeutischen Interventionen profitieren, die auf die Erarbeitung und Einübung von hilfreichen Schmerzbewältigungsstrategien abzielen. Behandlungsbemühungen für diese Subgruppe sollten zudem eine Reduktion der relativ hohen Depressivität dieser Patienten anstreben. Auch für die *stark Beeinträchtigten mit hohen Bewältigungskompetenzen* könnte ein Schmerzbewältigungstraining geeignet sein, zumal sie trotz subjektiv relativ ausgeprägter Bewältigungsbemühungen ein hohes Ausmaß an schmerzbedingter emotionaler Beeinträchtigung aufweisen und ihre Bewältigungsstrategien in der Folge vermutlich als nicht effektiv

erleben. Entsprechend sollten bisherige Bewältigungsstrategien in dieser Patientengruppe besonders detailliert erfragt, beobachtet und kritisch reflektiert werden, mit dem Ziel, ineffektive Copingstrategien ab- und ein tatsächlich hilfreiches Bewältigungsrepertoire aufzubauen. Ein spezifisch auf diese Gruppe zugeschnittenes Behandlungsangebot sollte möglicherweise auch eine Erhöhung der Schmerzakzeptanz als Zielsetzung beinhalten, in der Absicht, schmerzbedingtes Leiden in Situationen zu reduzieren, in denen Strategien zur Reduktion der Schmerzen versagen.

Als Einschränkung der vorliegenden Studie ist zu beachten, dass die Angaben der Patienten zu ihrer Schmerzverarbeitung subjektiver Natur sind. Weiter erlaubt die querschnittliche Datenerhebung keine Untersuchung der Verläufe bzw. der zeitlichen Stabilität der identifizierten Schmerzverarbeitungsprofile. Möglicherweise verändert sich das Schmerzverarbeitungsmuster eines einzelnen Patienten über die Zeit in Abhängigkeit von der Schmerzsymptomatik oder anderen Faktoren, d. h., ein Patient ändert möglicherweise seine Gruppenzugehörigkeit. Die Generalisierbarkeit unserer Befunde ist vermutlich auf Patienten mit einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen beschränkt. Zudem wurden mit dem FESV als grundsätzlich adaptiv beurteilte Schmerzverarbeitungsstrategien erfragt. Als maladaptiv angesehene Strategien wie „Katastrophisieren“ fanden keine Berücksichtigung und sollten, wie auch das Akzeptieren von Schmerzen, in zukünftigen Untersuchungen zu Schmerzverarbeitungsmustern berücksichtigt werden.

Zukünftige Untersuchungen zu Schmerzverarbeitungsprofilen sollten die Überprüfung der hier anhand des FESV beschriebenen Schmerzverarbeitungstypen zum Gegenstand haben. Wünschenswert sind zudem Studien, welche die hier formulierten Hypothesen zu differenziellen Behandlungsindikationen und subgruppenspezifischen Therapieangeboten experimentell überprüfen.

Fazit für die Praxis

Die Studie zeigt, dass sich Patienten mit einer chronischen Schmerzstörung gemäß F45.41 anhand des im deutschen Sprachraum häufig verwendeten Fragebogens zur Erfassung der Schmerzverarbeitung drei Schmerzverarbeitungstypen zuordnen lassen, die sich in ihrem Muster der Schmerzbewältigung und schmerzbedingten psychischen Beeinträchtigung deutlich unterscheiden: (1) stark Beeinträchtigte mit hohen Bewältigungskompetenzen, (2) wenig Beeinträchtigte mit hohen Bewältigungskompetenzen und (3) stark Beeinträchtigte mit geringen Bewältigungskompetenzen. Signifikante Unterschiede in soziodemografischen (z. B. Alter), schmerz- (z. B. Ausmaß schmerzbedingter Einschränkungen) und behandlungsrelevanten (z. B. Angst und Depressivität) Merkmalen erlauben eine weiterführende Charakterisierung dieser Typen. Die hier beschriebenen Schmerzverarbeitungstypen decken sich mit Befunden vorhergehender Untersuchungen (Roditi et al., 2010). Es ist anzunehmen, dass die drei beschriebenen Typen entsprechend ihren jeweiligen Schmerzverarbeitungsmustern unterschiedliche Behandlungsbedürfnisse aufweisen, z. B. hinsichtlich eines Schmerzbewältigungstrainings. Die vorliegenden Befunde und darauf aufbauende wissenschaftliche Untersuchungen können Klinikern helfen, ihre Behandlungsangebote spezifisch auf diese drei Patientengruppen auszurichten und so möglicherweise eine gezieltere und effizientere Behandlung zu ermöglichen.

Korrespondenzadresse

Lic. phil. J. Grolimund
Kompetenzbereich für Psychosomatische Medizin, Univ.-Klinik für Neurologie, Inselspital Bern
Bern, Schweiz
johannes.grolimund@insel.ch

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Grolimund, M. Studer, J.A. Stewart, N. Egloff und M. grosse Holtforth geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle Patienten wurden vorhergehend über das Forschungsprojekt und die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert und gaben vor der Datenerhebung ihr schriftliches Einverständnis. Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden in Abstimmung mit der zuständigen Ethik-Kommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung [22]) durchgeführt. Das Vorgehen entsprach den ethischen Prinzipien der Amerikanischen Psychologischen Vereinigung [21].

Literatur

1. Arnold B, Brinckschmidt T, Casser HR, Diezemann A, Gralow I, Irnich D, Kaiser U, Klases B, Klimczyk K, Lutz J, Nagel B, Pfingsten M, Sabatowski R, Schesser R, Schiltenswolf M, Seeger D, Söllner W (2014) Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Ein Konsensuspapier der Ad-hoc-Kommission Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie der Deutschen Schmerzgesellschaft zu den Behandlungsinhalten. *Schmerz* 28:459–472
2. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R (1983) A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 24:385–396
3. Damme S van, Crombez G, Eccleston C (2008) Coping with pain: a motivational perspective. *Pain* 139:1–4
4. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kap. V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Huber, Bern
5. Dillmann U, Nilges P, Saile H, Gerbershagen HU (1994) Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. *Schmerz* 8:100–110
6. Franke GH (2000) Brief Symptom Inventory von Derogatis Kurzform der SCL-90-R (BSI). Beltz, Weinheim
7. Fydrich T, Sommer G, Brähler E (Hrsg) (2007) Fragebogen zur sozialen Unterstützung: F-SozU: Manual. Hogrefe, Göttingen
8. Geissner E (Hrsg) (2001) Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV). Hogrefe, Göttingen
9. Hasenbring M, Verbunt JA (2010) Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *Clin J Pain* 26:747–753
10. Hasenbring M, Hallner D, Klases B (2001) Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung: Unter- oder überbewertet? *Schmerz* 15:442–447
11. Herrmann-Lingen C, Buss U, Snaith P (2011) Hospital Anxiety and Depression Scale: Deutsche Version (HADS-D). Huber, Bern
12. Jensen MP, Turk DC (2014) Contributions of psychology to the understanding and treatment of people with chronic pain. why it matters to all psychologists. *Am Psychol* 69:105–118
13. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM (2004) Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *J Pain* 5:195–211

14. Kröner-Herwig B (2014) Einfluss von kognitiv-emotionalen Prozessen auf Schmerz und Funktionsbeeinträchtigung. *Schmerz* 28:537–546
15. Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) (2015) *Schmerzpsychotherapie*, 8. Aufl. Springer, Heidelberg
16. Nilges P, Rief W (2010) F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren: Eine Kodierhilfe. *Schmerz* 24:209–212
17. Pflingsten M, Flor H, Nilges P (2015) Psychologie und Schmerz in Deutschland. *Schmerz* 29:544–549
18. Riley JL, Robinson ME, Geisser ME (1999) Empirical subgroups of the coping strategies questionnaire-revised: a multisample study. *Clin J Pain* 15:111–116
19. Roditi D, Waxenberg L, Robinson ME (2010) Frequency and perceived effectiveness of coping define important subgroups of patients with chronic pain. *Clin J Pain* 26:677–682
20. Schneider W, Basler HD, Beisenherz B (Hrsg) (1989) Fragebogen zur Messung der Psychotherapiemotivation. Beltz, Weinheim
21. The American Psychological Association's (2017) Ethical principles of psychologists and code of conduct. <http://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>. Zugegriffen: 31. Juli 2017
22. The World Medical Association (2017) WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>. Zugegriffen: 31. Juli 2017
23. Turk DC (2005) The potential of treatment matching for subgroups of patients with chronic pain: lumping versus splitting. *Clin J Pain* 21:44–55
24. Turner JA, Jensen MP, Romano JM (2000) Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain? *Pain* 85:115–125

Aus Akutschmerzdienst wird Schmerzdienst

Dieser Wandel in Bezeichnung und Funktion soll Patienten klarer vermitteln, welche Versorgungsleistungen er erwarten kann, und auch das tatsächliche Leistungsangebot für andere Player im Team klarer widerspiegeln

Die alte Definition über die Anwendung von invasiven Katheterv Verfahren außerhalb von Stationen scheint nicht länger zielführend. Dennoch haben etwa 80% der Kliniken einen Akutschmerzdienst, der außer Katheterv Verfahren keine weiteren Angebote vorhält. Dies sei nicht länger zeitgemäß, wie Dr. Joachim Erlenwein, Spezielle Schmerztherapie, Klinik für Anästhesie, Universitätsmedizin Göttingen, in der Sitzung zur Aktualisierung der Akutschmerzleitlinie betonte. Denn einerseits hätten viele Patienten heutzutage neben den chronischen Schmerzen weitere Komorbiditäten, andererseits sei die Schmerzversorgung in den konservativen Fächern schlecht. Zudem ließen sich viele Schmerzprobleme von nicht-operativen Patienten nicht mittels Patientenkontrollierter Analgesie (PCA) mit Pumpe behandeln. Auf diese Patienten, die wohlmöglich neben akuten auch noch chronischen oder Tumorschmerzen hätten, seien heutige Akutschmerzdienste nicht vorbereitet. In immerhin etwa einem Drittel der Krankenhäuser seien sie aber die einzige auf die Behandlung von Schmerzen spezialisierte Struktur. Daher müssten die Leistungen an den Bedarf angepasst und spezielle nicht-invasive Leistungen als Teil von etablierten Versorgungskonzepten integriert werden.

Drei Kernfunktionen definiert

Was also muss der Schmerzdienst leisten können? Laut Erlenwein geht es um drei Kernfunktionen – neben der Versorgung mit invasiven Analgesieverfahren die schmerzmedizinische Beurteilung im Auftrag eines behandelnden Arztes (Konsiliartätigkeit) und die schmerzmedizinische Mitbetreuung im Auftrag des behandelnden Arztes (Liasontätigkeit). Im Krankenhaus sind diese üblicherweise auf die Bereiche Allgemeine Versorgung und spezialisierte Versorgung auf gegliedert, wobei interdisziplinäre Vereinbarungen die Verknüpfung zwischen den

Ebenen darstellen. Im Kontakt zum Patienten müsse aber ein gemeinsames Auftreten im Sinne eines interdisziplinären Teams angestrebt werden, so Erlenwein.

Qualitätsanforderungen und Kompetenzen definieren

Die Kompetenzen der einzelnen Teammitglieder müssten genau definiert werden, ebenso die Mindestanforderungen an ihre Qualifikation. Als organisatorische Voraussetzungen für den Schmerzdienst der Zukunft nannte Erlenwein zudem die Definition von Kompetenzen im Rahmen der Fort- und Weiterbildung, zeitliche Richtwerte für Ressourcen im Sinne von Zeit pro Patient und Kontakt für Erstanamnese, Katheterversorgung, Konsildienst usw. sowie passende apparative und räumliche Ressourcen. Werde all dies zusammen mit einer guten und für alle Beteiligten zugänglichen Dokumentation verknüpft und eine ergebnisbezogene Qualitätserfassung durchgeführt, so könne dies die Chancen auf ein besseres Entlassmanagement verbessern und letztlich die Versorgungssituation für die Patienten deutlich steigern. Die Sicherstellung des Budget sei am besten, weil transparentesten, über ein Umlageverfahren oder ein Kosten-Center, das direkt der Klinikleitung unterstellt ist, möglich.

Autor: Dr. Wiebke Kathmann
basierend auf: Deutscher Schmerzkongress 2017, Mannheim, 11. - 14. Oktober 2017; Symposium "Aktualisierung der Akutschmerzleitlinie – was kommt, was bleibt, was geht?"