

Chronifizieren wir Patienten?



Yellow Flag: Therapeut Chronische Schmerzsyndrome nehmen in unserer Gesellschaft zu. Tragen neben lebensstilbedingten Faktoren und gesellschaftlichen Entwicklungen auch Therapeuten und Mediziner dazu bei, dass Schmerzen persistieren? Können Physiotherapeuten neben psychosozialen Risikofaktoren selbst zur Yellow Flag werden? Eine Analyse.

➔ Chronische Schmerzsyndrome, besonders neuromuskuloskelettaler Art, belasten Patienten und Gesundheitssystem. Aufwendige Diagnose- und Behandlungszeiten, zahlreiche Krankheitstage und Frühpensionierungen erhöhen die gesundheitsbezogenen Kosten und fordern Sozialpolitik heraus [1–4].

Die International Association for the Study of Pain (IASP) definiert Schmerz in ihrer 2019

überarbeiteten Form so [5]: „Schmerz ist ein unangenehmes, heftiges Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit tatsächlichen oder möglichen Gewebeschäden verbunden ist.“ Noch ist diese Definition nicht offiziell abgesegnet, dennoch weist sie auf die vielschichtigen Dimensionen von Schmerz aus biopsychosozialer Sicht hin. In ihrer weiteren Ausführung unterscheidet die Definition zwischen „Nozizeption“

und „Schmerz“. Obwohl das inzwischen breite Akzeptanz erfährt und man klar zwischen physiologischen Prozessen der nozizeptiven Verarbeitung und der Schmerzerfahrung unterscheidet, möchte ich noch mal näher darauf eingehen. Physiotherapeuten sollten den Unterschied beider Begriffe kennen, wenn es darum geht, einer Chronifizierung vorzubeugen. Hintergrund dazu ist es, sich vom rein dualistischen

Abb.: Thieme Gruppe

Ansatz in der Therapie abzuweichen. Das heißt, es müssen nicht immer Schmerzsyndromkausalitäten (Ursachen in Gewebestrukturen oder Haltungsauffälligkeiten) gesucht und gefunden werden [6], in manchen Fällen ist dies selbstverständlich der richtige Weg. Das Bestreben, strukturell nachvollziehbare Ursachen für Beschwerden finden zu müssen, treibt viele Patienten in eine diagnostisch-therapeutische Schiene der Überdiagnostik. Natürlich existieren im Spektrum der muskuloskelettalen Beschwerden am Bewegungsapparat spezifische Strukturursachen, diese sind jedoch in der Unterzahl [7].

Komplexe Schmerzprozesse frühzeitig erkennen

→ Ein Zitat des Physiotherapeuten Louis Gifford lautet: „Das Denken von Therapeuten und Patienten zu verändern – weg von einem weitgehend eindimensionalen biomedizinischen Modell hin zur Integration eines facettenreichen und mehrdimensionalen Modells – ist die große philosophische und praktische Herausforderung für Kliniker.“ Er beschreibt Schwierigkeiten und Ambivalenzen, mit denen viele Therapeuten nach wie vor zu kämpfen haben. Gifford ist Begründer des „Mature Organism Model (MOM)“ [8, 9], ein Schmerzmodell, das verdeutlicht, dass emotionale, affektive, kognitive und vegetative Komponenten eine wesentliche Rolle spielen, wenn Patienten nozizeptiven Input verarbeiten. Während des Prozesses sind neben motorischen Arealen das limbische System und Bereiche der Stress- und Angstregulation involviert. Diese nozizeptiven Inputs verarbeitet der Patient dann unter den jeweiligen Umständen als Schmerz, welchen er dann in einem bestimmten Körperareal wahrnimmt [10].

Immer häufiger trifft man auch auf den Begriff „noziplastische Schmerzen“. Schmerzen, die durch eine veränderte Nozizeption bedingt sind, obwohl es keine eindeutigen Hinweise auf eine tatsächliche oder drohende Gewebeschädigung gibt [5]. Dabei spielen neurophysiologische, neuroimmunologische und psychologische Vorgänge eine entsprechende Rolle, dass der Patient Schmerzen anhaltend wahrnimmt. Das Wissen über derartige Prozesse hilft Therapeuten dabei, bereits bestehende Schmerzsyndrome richtig zu verstehen und chronische Schmerzpatienten nicht zu stigmatisieren.

Auch Therapeuten können negativ wirken

→ Vorbeugen und psychosoziale Risikofaktoren

erkennen, das können Therapeuten bereits, während sie den Befund erheben. Die Stressfaktoren (Yellow Flags), die eine Chronifizierung und nozioplastische Anpassungen begünstigen, müssen Therapeuten frühzeitig erkennen, adressieren und aufpassen, dass sie sie nicht verstärken. Denn Therapeuten können dazu beitragen, dass Schmerzen fortbestehen oder nicht, was das ABCDEFW-Schema (👁️ ABCDEFW-SCHEMA) verdeutlicht [11].

Mit Sprache Schmerzen verstärken →

Heißt das nun, dass sich Patienten bei nozioplastischem Schmerz ihre Schmerzen einbilden? Nein, prinzipiell sind Schmerzen immer real und als solches wertschätzend und umfassend zu erfassen. All diese Überlegungen führen zu

einem wesentlichen positiven bzw. negativen beitragenden Faktor im Rahmen der Schmerzchronifizierung – zur Kommunikation.

Patienten mit persistierenden Problemen durchlaufen zahlreiche Untersuchungen, Behandlungen und Therapien. Dieses Ärzte- und Therapeuten-Hopping kann zum Distress führen [14]. Darin allein liegt jedoch noch nicht die Ursache für das Problem. Neben der langen Geschichte und vielen erfolglosen Anwendungen und Methoden der Behandler sammelt sich mit der Zeit ein Konglomerat an Meinungen, Diagnosen und Interpretationen. „Viele Köche verderben den Brei.“ Als reflektierter Therapeut ist es sinnvoll, sich damit auseinanderzusetzen, dass man „der nächste Koch“ sein könnte. Klinische Untersuchungen zeigen, dass eine Sprache,

➔ **ABCDEFW-Schema**

Was chronische Schmerzen beeinflusst

Das ABCDEFW-Schema zeigt psychosoziale Faktoren, die chronische Schmerzen begünstigen bzw. verstärken können (Yellow Flags) [11]. Therapeuten haben ein nicht zu unterschätzendes Potenzial, in einigen der beschriebenen Yellow Flags aktiv zu werden, nicht nur in positivem Sinne.

Attitude and Beliefs

Der Glaube des Patienten, dass Schmerz immer mit Gewebeschaden verbunden ist, kann schmerzverstärkend sein, ebenso Katastrophisierungstendenzen. Auch die Einstellung von Therapeuten und Ärzten beeinflusst den Patienten [24].

Behaviours

Vermeidungsverhalten, übertriebene Aktivitätspausen, übermäßig gesteigertes Bewegungsverhalten, ständiges Ausreizen von Gewebs- und Schmerzgrenzen

Compensation Issues

(vor allem finanzielle Aspekte) Juristische Hintergründe wie zum Beispiel Schmerzensgeldklagen oder Schadensersatzforderungen können genauso wie Renten-/Pensionsbegehren mögliche psychosoziale Barrieren sein.

Diagnosis and Treatment

Patienten erwarten eine rasche Lösung des Problems im Sinne einer strukturspezifischen „Heilung“. Diese Überlegungen können eine Kausalität implizieren, welche

gar nicht relevant ist. Wichtiger ist es, das Problem ganzheitlich zu erfassen und dabei die biopsychosoziale Brille aufzusetzen. Außerdem können bestimmte Diagnosen beim Patienten Angst implizieren, wie „Frozen Shoulder“ oder „zervikale Instabilität“.

Emotions

Emotional-affektive Komponenten spielen eine wichtige Rolle, wenn der Patient Schmerzen verarbeitet. Angst, Wut, Trauer und Unsicherheit steigern die mögliche Erregbarkeit auf nozizeptiver, neurophysiologischer Ebene und in Bezug auf psychologische Beiträge zur Schmerzchronifizierung [12].

Family

Menschen im nahen Umfeld können fördernd, aber auch hinderlich im Rahmen einer Genesung sein. Jemand Überfürsorgliches kann Vermeidungsverhalten und einen möglichen sekundären Krankheitsgewinn fördern, während Nichtbeachtung oder gar Ablehnung zu sozialem Rückzug und gedrückter Stimmung führt.

Work

Körperliche und mentale Herausforderungen am Arbeitsplatz wie physische Belastungen oder Mobbing können dazu führen, dass Patienten aufgrund anhaltender Schmerzen am Wiedereinstieg gehindert werden.

die vor allem negative Inhalte und Wörter besitzt, bereits bestehende Schmerzen sensibilisieren kann [13] (☞ PHYSIOPRAXIS 6/18, S. 24). Therapeuten sollten ihre Sprache eher hinsichtlich einer Genesung ausrichten und weniger auf die Verletzung bzw. Beeinträchtigung.

Therapeuteneinstellung kann zur Abwärtsspirale beitragen

→ Wie das Schema zeigt, spielt die Einstellung der Therapeuten eine wesentliche Rolle [14]. Rein biomechanische oder biomedizinische Denkweisen führen dazu, dass Therapeuten Patienten eher passiv behandeln. Was erhöht die Chance, persistierenden Schmerzen vorzubeugen? Die biopsychosoziale Brille zu tragen, den Patienten zu Patho- bzw. Schmerzmechanismen aufzuklären und die Aktivität schmerz- und wundheilungsadaptiert zu steigern [7, 15].

Die häufig geschürte Angst vor normaler Alltagsaktivität (☞ ABB, S. 10) aufgrund von Bewegungsverbote und unnötiger Einschränkung durch Bandagen steht häufig nur in geringer Relation zum Problem. Natürlich gibt es mögliche postoperative oder posttraumatische Vorgaben, durch Ärzte verordnet, die es erfordern, auf Aktivitätsebene zurückhaltend zu sein. Doch wie oft erlebt man, dass sich Patienten an einer Empfehlung orientieren, die Jahre her ist und die Wundheilung längst abgeschlossen ist [14, 15].

Die Angst vor weiteren Schmerzen scheint die Alltagsfunktionen und das Leben der Patienten mehr einzuschränken, als der Schmerz selbst das könnte [16, 17]. Das Phänomen der Kinesiophobie („Angst vor Bewegung“) steht in star-

kem Zusammenhang zur jeweiligen „Angst“ vor Bewegung des Therapeuten. Das zögert den Genesungsprozess hinaus und erhöht die Gefahr, dass sich die Problematik chronifiziert [18].

Übersversorgung vermeiden → Eine volle Praxis macht selbstständige Physiotherapeuten zufrieden, auch unter wirtschaftlichen Aspekten. Es kann deshalb verlockend sein, Patienten dazu zu bringen, sich noch ein Rezept zu besorgen (☞ ABB, S. 10). Dass das dazu führt, dass Schmerzen sensibilisieren und chronifizieren und eine unnötige Übersversorgung impliziert, ist vielen Kollegen nach wie vor nicht bewusst.



Fehl-, Unter- und Übersversorgung vermeiden

Entscheidend ist nun die Frage, wie viel Therapie Patienten tatsächlich benötigen. Nicht nur im Rahmen von Diagnostik und ärztlichen Behandlungsmaßnahmen besteht das Problem der Übersversorgung, sondern auch bei therapeutischen Leistungen. Therapeuten könnten mit gutem Gewissen Kosten für Gesundheitssystem und Patienten einsparen, indem sie sich selbstkritisch die Frage stellen, ob eine weitere Behandlungsserie notwendig ist bzw. ob man eine verordnete Serie nicht frühzeitig beenden kann.

Dies sollte natürlich auf Basis einer adäquaten Argumentation mit dem Arzt und im Einverständnis mit dem Patienten vorab geklärt sein. Den Patienten vom Therapeuten abhängig zu machen und Verantwortung in Richtung des Behandlers abzugeben (externe Kontrollüberzeugung) fördert passive Strategien und Coping und reduziert die notwendige Eigeninitiative der Patienten. Eine drohende Chronifizierung ist nicht mehr ausgeschlossen.

Neben der quantitativen Übersversorgung, dem „Zuviel“ an Therapie, ist parallel der qualitative Aspekt bedeutend. Patientenedukation, motivationale Ansätze, Förderung von Selbstmanagementstrategien, Betonung der Selbstwirksamkeitskompetenz und viele weitere Ansätze sind Aufgaben, die man nur selten in drei bis vier Einheiten bewältigen kann. Therapeuten und Kostenträger muss daran gelegen sein, eine individuell angepasste und qualitativ hochwertige, evidenzbasierte Behandlung zu gewährleisten. Das verhindert eine Fehl-, Unter- und Übersversorgung. Personen- und umweltbezogene Faktoren und Clinical-Reasoning-Prozesse zu berücksichtigen, ist unumgänglich [19].

Selbstkritisch auseinandersetzen → Was aber wünschen sich eigentlich unsere Patienten? Sie kommen prinzipiell mit vier Fragen zur Physiotherapie [16]: Was habe ich? Wie lange wird das dauern? Was können Sie für mich tun? Was kann ich selbst tun? Wenn es uns gelingt, einen Teil dieser Fragen auf Basis eines biopsychosozial orientierten Gesundheitsverständnisses zu beantworten, ist ein wichtiger Schritt zu einem gesundheitsorientierten Prozess gemacht, und es kann gelingen, sich von einer unnötigen Pathologisierung abzuwenden. Die im Titel gestellte Frage ist provokativ, aber wichtig. Therapeuten sind dazu aufgerufen, sich ihrer Rolle im psychosozialen Setting des Patienten bewusst zu sein. Die selbstkritische Auseinandersetzung mittels der hier dargestellten Faktoren muss in jedem Fall von uns Therapeuten geführt werden. *Bernhard Taxer*

☛ **Literaturverzeichnis**
www.thieme-connect.de/products/physiopraxis > „Ausgabe 3/20“

Chronifizierung vermeiden

Was Therapeuten tun können

- umfassendes Wissen zur Schmerzentstehung aufbauen
- biopsychosoziale Faktoren ermitteln und berücksichtigen (zum Beispiel mithilfe von ABCDEFW-Schema, Screening (Fragebögen))
- selbstkritisch reflektieren
- auf eine gelungene Kommunikation achten (z. B. verletzende Sprache vermeiden)
- Einstellung reflektieren beispielsweise zum Bewegungsverhalten
- ängstlich-zurückhaltendes Verhalten meiden
- Quantität und Qualität der Behandlung hinterfragen

Autor



Bernhard Taxer, MSc, OMT ist Physiotherapeut und lehrt seit acht Jahren an der FH JOANNEUM Graz Manuelle Therapie und Clinical Reasoning. Er ist freiberuflich als Therapeut in einer Gemeinschaftspraxis tätig und unterrichtet als Assistent im CRAFTA®- und NOI®-Konzept.