

Aus der Reha-Praxis der LVA Hessen:

Erfahrungen mit dem interdisziplinären Ansatz bei der Behandlung chronischer Schmerzen in der Ernst-Ludwig-Klinik/Breuberg

Von Hans-Jürgen Koettner und Dr. Bodo Everts

Die Schaulustigen und der Elefant

Man hatte einen Elefanten zu rAusstellung bei Nacht in einen dunklen Raum gebracht. Die Menschen strömten herbei. Da es dunkel war, konnten die Besucher den Elefanten nicht sehen, und so versuchten sie, seine Gestalt durch Betasten zu erfassen. Da der Elefant groß war, konnte jeder Besucher nur einen Teil des Tieres greifen und es nach seinem Tastbefund beschreiben. Einer der Besucher, der ein Bein des Elefanten erwischt hatte, erklärte, dass der Elefant wie eine starke Säule sei, ein zweiter, der die Stoßzähne berührte, beschrieb den Elefanten als spitzen Gegenstand, ein dritter, der das Ohr des Tieres ergriff, meinte, er sei einem Fächer nicht unähnlich; der vierte, der über den Rücken des Elefanten strich, behauptete, dass der Elefant so gerade und flach sei wie eine Liege (nach Mowlana, persischer Dichter).

So kann es auch Patienten mit ihren Schmerzdiagnosen gehen, wenn verschiedene Experten, jeder für sich, eine Teilwahrheit diagnostiziert. Je nach Blickwinkel hat jede Meinung auch ihre Berechtigung, aber gerade bei Schmerzpatienten ist ein interdisziplinärer Ansatz sowohl in der Diagnostik als auch in der Behandlung unvermeidlich.

Chronische Schmerzsyndrome besitzen eine hohe sozialmedizinische Relevanz. Schmerzen gehören zu den häufigsten Begleitsymptomen der verschiedensten Erkrankungen, die sich nach entsprechender Dauer verselbstständigen und dann ein eigenständiges Krankheitsbild darstellen.

Die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome ist ein Anliegen aller medizinischen Fachdisziplinen.

In der Ernst-Ludwig-Klinik werden schwerpunktmäßig Erkrankungen aus dem internistischen und orthopädischen Fachgebiet behandelt.

Der typische Patient in der Ernst-Ludwig-Klinik, der wegen einer Schmerzsymptomatik eine Rehabilitationsmaßnahme antritt, hat in der Regel mehrere Diagnosen.

Neben einer Schmerzsymptomatik im Bereich des Bewegungsapparates liegt häufig noch ein zum Teil erhebliches Übergewicht mit und ohne diabetischer Stoffwechsellage, eine Kopfschmerzsymptomatik, Schwellungseine depressive Störung vor, die vielfältige Zusammenhänge aufweisen.

Es liegen somit unterschiedlich viele sozialmedizinisch bedeutsame Leistungseinschränkungen vor, die eine interdisziplinäre Behandlung notwendig machen.

Indikationen im Rahmen des Gesamtkonzeptes (internistisch und orthopädisch)

- * Tumorerkrankungen
- + Chron. Rückenschmerzen
- + Beinschmerzen - ischämisch
 - arterielle Verschlusskrankheit
- St. 11 - iv
- + Prim. und sek. Raynaudsyndrom
- + Chron. Gelenk- und Muskelschmerzen
- + Polyneuropathien (z.B. diabetisch)
- * Phantomschmerz, Stumpfschmerz
- Z n. Amputation
- + Fibromyalgie
- + Osteoporose
- + Somatoforme Schmerzstörungen

Kontraindikationen

- * Radikuläre Syndrome (frische Bandscheibenvorfälle mit neurologischen Ausfällen)
- + Pathologische Frakturen
- + Wirbelsäulen-Metastasen
- * Morbus Bechterew
- + Entzündliche Wirbelsäulenerkrankungen
- * Querschnittslähmungen

Therapeutische Maßnahmen

- + Psychologische - und somatische Betreuung auf Stationsebene, Erstellung eines Schmerztherapieplanes

- Führen eines Schmerztagebuches
- * Psychotherapie
- * Strukturierte Verhaltenstherapie
- * Tiefenpsychologisch orientierte Therapie
- + Progressive Muskelentspannung
- * Biofeedback-Verfahren
- + Pharmakotherapie und Infusionstherapie nach Schmerzplan, hierbei ggf. konsiliarische nervenärztliche Überwachung bei der Gabe von Psychopharmaka
- * Therapie (Entwöhnung) des Schmerzmittel-/Tranquillizer-Abusus, ggf. konsiliarische nervenärztliche Überwachung
- * Akupunktur (Ohr und Körper)
- * TLA (Therapeutische Lokalanästhesie)
- + Chirotherapie
- + TENS (Transkutane elektrische venstimulation)
- + Krankengymnastische Einzel- und Gruppentherapie
- * Sporttherapie: Körperwahrnehmungstraining
- * Kunsttherapie
- + Physikalische Maßnahmen: Manuelle Therapie (Mobilisation), lassistische Massage, manuelle Lymphdrainage, Unterwasser Massage, Stangerbad, Vierzellenbad, medizinische Bäder, Elektro-

therapie, Kurzweile, Sonodynator, Reizstrom, Mikrowelle, Iontophorese, Ultraschall, Hochvolttherapie, Phonophorese, Kryotherapie, Schlingentisch-Behandlung, Rückenschule, medizinische Trainingstherapie, Kompressionsbehandlung, Entstauungstherapie bei venösen und lymphatischen Erkrankungen

Der in der Ernst-Ludwig-Klinik entwickelte interdisziplinäre Ansatz kommt jedoch auch für die Behandlung aller anderen chronischen Schmerzzustände zur Anwendung. Chronische Rückenschmerzen stehen an zweiter Stelle der beruflichen Krankschreibungen und sind ein häufiges Krankheitsbild in einer Rehabilitationsklinik. In den seltensten Fällen sind lang andauernde Rückenschmerzen ein rein orthopädisches Problem und sind fast nie ausschließlich auf mechanische Ursachen zurückzuführen.

Oft sind es emotionale Faktoren, d. h. die innere Haltung beeinflusst die äußere Haltung, die einen erheblichen Einfluss auch auf unseren Muskeltonus haben. Diese Einseitigkeiten und Fehlhaltungen führen auf neurophysiologischem Weg zu Muskelverspannungen, die schmerzhaft sind.

Wie eng dieser Zusammenhang ist, erkennt man aus den Redewendungen von Sprachbildern und Volksweisheiten:

"Das halte ich im Kopf nicht aus"
 "Mit dem Kopf durch die Wand"
 "Nackenschläge vom Schicksal"
 "Das Wasser steht mir bis zum Hals"
 "Sich behaupten Hartnäckig sein"
 "Last auf den Schultern haben"
 "Den Buckel runterrutschen"
 "Vor Entsetzen wie gelähmt sein"
 "Vor Schreck erstarrt" -
 "Auf der Stelle treten"
 "Vom Schicksal gebeugt"
 "Schwache Knie bekommen"
 "Nicht Fuß fassen können"

Diese Sprachbilder bilden einen wichtigen Zugang zur Körpersprache. Unsere Bewegungsorgane sind nicht nur körperliche Stütz- und Bewegungsorgane, sondern auch Schutz für unsere inneren Organe. Sie bilden auch eine Grenze von innen und Außen. Unsere Gestik, Mimik, Haltung und Muskelentspannung zeigt nicht nur die Reaktion auf äußere Einflüsse, sondern drückt auch unsere innere Haltung,

unsere Ängste, Wünsche und unser Befinden aus. Es ist wichtig, die Körpersprache zu verstehen und neben den Symptomen den inneren Sinn der Beschwerden, die nie zufällig auftreten, zu verstehen. Der interdisziplinäre eine ganzheitliche Betrachtungsweise und nicht das Vorgehen der s.g. Ausschlussdiagnostik:.....es ist nichts Organisches, also muss es psychisch sein." Dies stempelt Patienten ab und ruft deren berechnete Widerstände hervor. Auf der einen Seite ist natürlich auch eine organische Diagnostik mit Befund und Röntgenbefund wichtig, aber das alleinige Festhalten an den Befunden nützt nichts, da sich oft erhebliche Diskrepanzen zwischen den scheinbar objektiven Röntgenbefunden und den Beschwerden ergeben.

Aus den jahrelangen Erfahrungen in der Arbeit mit Patienten zeigt sich leider, dass gerade chronische Schmerzpatienten, die zur Behandlung in die Rehabilitation kommen, häufig nicht in adäquater Weise behandelt wurden. Am häufigsten wurden zwar noch physikalisch-therapeutische Maßnahmen angewendet, aber in vielen Fällen zeigt sich gerade bei chronischen Schmerzpatienten eine ineffektive medikamentöse Schmerztherapie; nur in Einzelfällen findet auch eine vorherige psychotherapeutische Begleitung, z. B. im Sinne von Schmerzbewältigung, statt. Es findet sich bei den Patienten häufig ein einseitiges Somatisierungskonzept, die Patienten sprechen dann davon, dass die Wirbelsäule ganz und gar kaputt ist, die Bandscheibe schwer geschädigt sei und sie einen Bandscheibenvorfall haben.

Im Folgenden wurde als Beispiel eine Patientin mit Rückenschmerzen ausgewählt. Eine Reise durch die Lebenswelt dieser Patientin macht deutlich, warum diese trotz intensiver und guter medizinischer Behandlung bisher nicht gesund werden konnte.

Es handelt sich um eine 38-jährige Patientin (170 cm, 130 kg) mit rezidivierenden LWS-Beschwerden seit 1995, 1996 Bandscheibenoperation, 1998 erneute Bandscheibenoperation wegen Rezidivvorfall mit leichtem Dauerschmerz nach zweiter OP, der sich bei Belastung verstärkt. Im Erstinterview berichtet die Patientin auf die Frage: „Was sagt Ihnen der Spruch „Vom Schicksal gebeugt“? „Seit dem Tod meiner Mutter 1995 habe ich den Vater als

Last auf dem Buckel. Es ist ein mit ihm. Den hat der Teufel vergessen zu holen. Aber schon mein Leben lang musste ich vieles ertragen. In mir ist oft nur noch Hass und Wut, auch gegen meinen Körper. Ich kann ihn selbst nicht leiden und akzeptieren. Andererseits reiße ich mich dann oft wieder zusammen, fresse so richtig viel in mich rein und kann nicht nein sagen. Und wenn ich so fix und fertig bin, hab ich auch schon mal daran gedacht, Tabletten zu nehmen, um meine Ruhe zu haben. Ein gutes Gewissen habe ich eigentlich nur, wenn ich kaputtgearbeitet bin."

Aus der Familiensituation zeigte sich, dass die Patientin schon sehr früh eine permanente innere Verpflichtung ihrer Familie gegenüber lernte. Zur Ich-Findung identifizierte sie sich mit den Konfliktvermeidungsstrategien der Mutter im Sinne von Rücksichtnahme und Höflichkeit. Die Patientin war früh in den elterlichen Partnerkonflikt einbezogen und musste häufig vermitteln. Sie fühlte sich nicht angenommen und entwickelte ein negatives Körper selbstbild. Bedingt durch verschiedene Aktualkonflikte, z. B. Überforderung durch Beruf und Haushalt, Spielsucht des Sohnes, Tod der Mutter und danach erhebliche Beziehungsprobleme zum Vater, der mit dem Tod seiner Frau nicht zurecht kam, kam die Patientin erneut in eine Vermittlerrolle und konnte sich gegen die teils aggressive Art des Vaters nicht durchsetzen. Dies führte dann zu einer depressiven Entwicklung bis hin zu Suizidfantasien und im Sinne von Aggressionshemmungen zu erhöhter Muskelanspannung, Somatisierung und Rückenbeschwerden sowie Kompensationsmechanismen über das Essverhalten, die das schon bestehende Übergewicht weiter unterstützten.

Da bisher in die Therapie die innere Welt der Patientin und ihre Erlebnisarbeit nicht einbezogen wurden, konnte die ganzheitliche Dimension im umfassenden. (psychosomatischen) Sinn nicht wahrgenommen werden. Die aktive Fähigkeit der Patientin, wieder gesund zu werden, kam dabei zu kurz und führte zu einer Verstärkung der passiven Haltung der Patientin auch ihrem Körper gegenüber. Die Selbstheilungskräfte und Eigeninitiative wurden bisher zu wenig aktiviert und einbezogen. Mit Hilfe des Balance-Modells der Positiven Psychotherapie (N. Peseschkian) und unter Einbeziehung von Geschichten konnte ein Standortwechsel der Patientin, insbesondere der Vater-Tochter-

Beziehung erreicht werden. Vor allem schöpft die Patientin wieder Hoffnung, aus der Einseitigkeit des bisherigen Lebenskonzepts herauszukommen.

In dem erwähnten Balancemodell zeigt sich, dass trotz kultureller und sozialer Unterschiede und der Einzigartigkeit jedes Menschen, alle Menschen bei der Bewältigung ihrer Probleme auf typische Formen der Konfliktverarbeitung zurückgreifen. Diese Formen der Konfliktverarbeitung sind weit gefasst und stehen in enger emotionaler Beziehung zueinander. Diese Reaktionsformen sind inhaltlich über konkrete Konzepte zu beschreiben.

Diese vier Bereiche ähneln in ihrer inneren Dynamik einer Waage, die, wenn sie nicht im Gleichgewicht ist, Krankheit fördert und wenn sie im Gleichgewicht ist, Gesundheit fördert.

1. Körper

Die Fähigkeit, den Körper lustvoll zu erleben und damit die Gesundheit zu erhalten.

2. Leistung

Die Fähigkeit, von seinen Lernmöglichkeiten Gebrauch zu machen und sie einzusetzen.

3. Kontakt

Die Fähigkeit, seine emotionalen Qualitäten umfassend zu gestalten und damit soziale Beziehung aufzunehmen und zu pflegen.

4. Fantasie

Die Fähigkeit, von seinen intuitiven und fantasievollen Ressourcen Gebrauch zu machen und damit die nahe und ferne Zukunft optimistisch und sinngebend zu entwerfen.

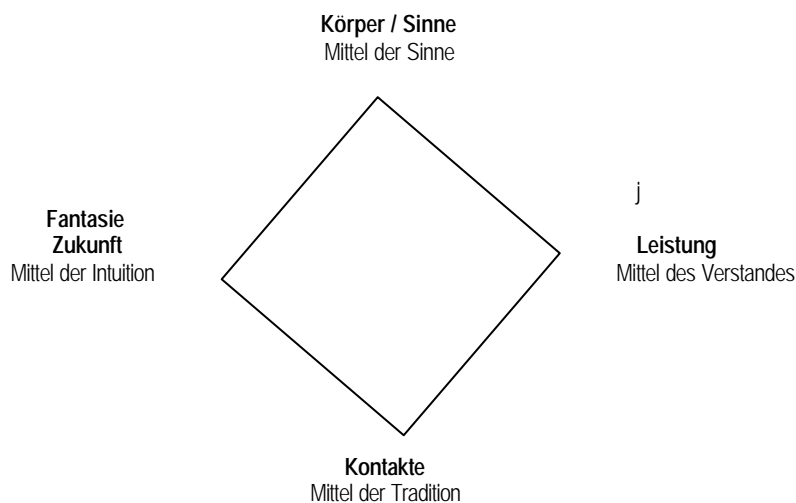
Körper / Sinne

Wo und wie lange habe ich schon Schmerzen, wie nehme ich sonst meinen Körper wahr? Was tue ich für meine Gesundheit? Welche Beziehung habe ich zu Ernährung, Körperpflege, Bewegung und Sexualität?

Die Organwahl des erkrankten Patienten wird durch die unterschiedlichen Konzepte verständlich, die der Patient durch Vorbildfunktion und Lebenserfahrung erworben hat und ist auch durch angeborene konstitutionelle Bedingungen mit beeinflusst.

Lebensweisheit z. B.: "Essen und Trinken hält Geist und Seele zusammen".

Balance/Konflikt Modell



(Aus Dr. Peseschkian, Positive Psychotherapie)

Leistung

Hier geht es insbesondere darum, wie ausgeprägt die Leistungsnormen sind und wie diese in das Selbstkonzept eingegliedert werden. Es ergeben sich hieraus zwei gegensätzliche Reaktionen,

- Flucht in die Arbeit
- Flucht vor Leistungsanforderungen

Lebensweisheiten aus diesem Bereich sind zum Beispiel: "Erst die Arbeit, dann das Vergnügen", "ohne Fleiß kein Preis".

Kontakt und Tradition

Dieser Bereich umfasst die Beziehung zu anderen Menschen; Partner, Familie, Arbeitskollegen, Bekannte, Freunde; die Beziehung zur eigenen und fremden Kulturen. Auch hier gibt es entgegen gesetzte Reaktionen:

- Flucht in die Gesellschaft
- Rückzug aus der Gemeinschaft

Lebensweisheiten sind zum Beispiel: "Selbst ist der Mann", "Ein guter Freund ist das Wichtigste auf der Welt".

Fantasie / Zukunft

Jeder von uns kann sich in der Fantasie Konfliktlösungsmöglichkeiten vorstellen. Dies kann je nach Lebenseinstellung optimistisch oder pessimistisch gefärbt sein. Fantasie kann auch Angst machen, dass das Leben unerträglich wird, und man in eine Scheinwelt flücht,

die dann evtl. mit Drogen und Alkohol scheinbar besser zu ertragen ist. *Wer Wissen hat, aber keine Fantasie, hat Füße, aber keine Flügel.*

Diese vier Bereiche können auch im Sinne eines salutogenetischen Modells als Beschreibung von Ressourcen und Chancen gewertet werden.

Bei der oben genannten Patientin war es aufgrund der Lebensentwicklung zu einer Überbetonung des Körper- und Leistungsbereiches gekommen, während Fantasie und Kontaktbereich unterentwickelt waren. Im Sinne der positiven Psychotherapie ist es zunächst notwendig, die Ressourcen des Patienten zu betonen, damit erreicht man in der Regel ein gutes Arbeitsbündnis mit dem Patienten. Aufgrund des ressourcenbetonten inhaltlichen Vorgehens sind Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse gut steuer- und kontrollierbar, so dass die Therapie eine hohe Effizienz hat. Aufgrund der Einfachheit und Klarheit dieses Modells sind die therapeutischen Strategien und das therapeutische Vorgehen vom Patienten leicht nachvollziehbar. Bei der oben erwähnten Patientin wurde im weiteren Verlauf die Geschichte des Geheimnisses des Samenkorns eingesetzt:

Ein Samenkorn opfert sich selbst auf für den Baum, der aus ihm entsteht. Äußerlich gesehen geht der Samen ver

lorn, aber die gleiche Saat, die geopfert wird, verkörpert sich im Baum, in seinen Zweigen, Blüten und Früchten.
(Nach Abdul-Bahar)

Der Patientin tat es gut, dass ihre Leistungen und ihre Aufopferungsbereitschaft anerkannt wurden. Erst nachdem die Patientin sich über diese Anerkennung sicher war, war sie in der Lage, Schritt für Schritt die bisherige Fixierung auf die dominanten Lebensinhalte wie Überbetonung des Leistungsbereiches, Aufopferung, ständige Konfrontation mit Vater und Sohn aufzugeben. Sie war mehr und mehr in der Lage, sich von den bisherigen Lebenskonzepten abzulösen und sich auf den Weg zu eigenen Interessen zu begeben und neue Ziele zu finden. Dies geschieht innerhalb eines fünfstufigen Konzepts, das sich in fünf Fragen darstellt und dann auch inhaltlich mit der Patientin erarbeitet wurde.

Dieses Kurzzeittherapie-Konzept wurde an der Ernst-Ludwig-Klinik mit Unterstützung und Supervision durch die Wiesbadener Akademie für Psychotherapie entwickelt.

1. Was ist passiert?
2. Wie haben Sie darauf reagiert?
3. Was haben Sie bisher erreicht?
4. Was ist noch offen geblieben?
5. Was möchten Sie in den nächsten 1-2 Jahren erreichen?

Bei diesem Vorgehen werden alle Wirkfaktoren der Psychotherapie berücksichtigt, die auch wissenschaftlich nachgewiesen wurden.

- * Ressourcenaktivierung
- + Problembewältigung
- * Aspekte der Klärung
 - Sinnzusammenhang
 - Bedeutung der Konfliktsituation

Aus eigener Erfahrung, auch mit der ambulanten Kurzzeit- und Langzeittherapie, sind in einem Rehav erfahren auch innerhalb kürzerer Zeit wesentliche Prozesse zur Selbstaktivierung und eigenen Handlungskompetenz zu erreichen, da dort verschiedene Faktoren ineinander greifen, die in der ambulanten Therapie nicht zur Verfügung stehen.

Dies wird anhand des oben erwähnten Balancemodells noch etwas näher beschrieben:

Bereich Körper

Die Patienten kommen häufig mit Ein weiterer wichtiger Punkt ist hier die Erfahrung von Schmerz, von Schwäche

bis hin zu Kontrollverlust über den eigenen Körper.

Leistung

Chronische Schmerzpatienten erfahren oft eine erhebliche Einschränkung ihrer Leistungsfähigkeit sowohl im Beruf wie auch im privaten Bereich. Häufig ist Arbeitsunfähigkeit eingetreten, evtl. ist der Arbeitsplatz gefährdet oder es besteht schon Arbeitslosigkeit. Der Patient erfährt Einschränkungen hinsichtlich seiner Tätigkeit im häuslichen Bereich, der Wohnung, im Garten, er erfährt Einschränkungen bei Sport und Freizeitaktivitäten bis hin zum Erleben von Hilflosigkeit, da die Selbstversorgung im Alltag hinsichtlich Waschen, Anziehen, Autofahren eingeschränkt sein kann.

Kontakt

Hier gibt es irritierende Erfahrungen, Abhängigkeit und Hilflosigkeit in Bezug auf Ärzte, Pflegepersonal, Einschränkung von sozialen Aktivitäten, d.h. Besuch von Freunden und Bekannten, Besuch von Festen und Feiern, partnerschaftliche Probleme, Einschränkung des Sexuallebens.

Fantasie und Zukunftsgedanken

Es entwickeln sich Ängste und Hoffnungslosigkeit im Sinne von: "Wie soll das weitergehen mit meiner Erkrankung, mit meinem Körper, mit meiner Arbeit, meiner Familie? Wozu hat das Ganze noch einen Sinn?".

Was kann da die Reha im Sinne eines integrativen Gesamtkonzepts bieten? seiner Arbeit und seiner sozialen Belan

Im Bereich Körper.

Medizinische Diagnostik und Versorgung, Einsatz von Medikamenten zur Schmerzreduktion, Behandlung von Risikofaktoren wie Rauchen, Ernährung, Bewegungsmangel, Bluthochdruck, Übergewicht, Stoffwechselstörungen. Umgang mit Essen, Vorträge und Schulungen über Ernährung, Diabetes, Lehrküche, Erfahrungen mit Diätkost, kontrollierte Gewichtsabnahme.

Der gesamte Bereich der physikalischen Therapie. Dies führt häufig zu einer anderen Körperwahrnehmung im Sinne von Fühlen, Berühren, Bewegen.

Im Bereich Leistung:

Wieder Heranführung und Alltagsbedingungen, Fördern der Selbständigkeit,

Beratung über berufliche RehaMaßnahmen. Im Sinne des Auftrages der Rentenversicherung Verbesserung und Förderung bzw. Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit und Erwerbsfähigkeit. Hier ist die Kompetenz der Sozialberatung und Sozialmedizin gefordert.

Für viele Patienten ist es eine wichtige Erfahrung, aus dem Arbeitsprozess für einige Zeit herausgenommen worden zu sein, auch mal Abstand von der Familie zu haben und gerade bei Überforderungssymptomen sich mehr den Bereichen Körper, Kontakt und Fantasie zu widmen.

Im Bereich Kontakt:

Wichtig ist hier insbesondere der Faktor Zeit, da das medizinische Personal in der Regel auch mehr Zeit dem Patienten widmen kann, was er so aus der Akutbehandlung nicht gewohnt ist. Ihm winkt eine große Chance, da der Patient eher bereit ist, sich auf verschiedene Problemfelder einzulassen. Wichtig ist auch der Kontakt zu Mitpatienten. Auf der einen Seite durch die Gruppenerfahrung bei Sport und Gymnastik, aber auch im Freizeitbereich. Insbesondere Patienten, die sich vorher sehr zurückgezogen haben, profitieren in erheblichem Maße in der Selbstbestätigung ihrer eigenen sozialen Kompetenz. Für einige Patienten ist es wichtig, dass der Lebenspartner mit einbezogen ist.

Im Bereich Fantasie und Zukunft:

Hier sind insbesondere die Faktoren Zeit und Hoffnung wichtig. Der Patient kann wieder neue Zukunftsperspektiven für sich hinsichtlich seiner Gesundheit, seiner Arbeit und seiner sozialen Belange gewinnen. Dies ist sowohl der Hauptansatzpunkt der psychotherapeutischen Begleitung von Patienten als auch Ansatzpunkt der medizinischen Therapie. Erst wenn es gelingt, dem Patienten die eigenen Handlungskompetenz weitgehend wieder zu übertragen, wird er sich auch effektiver für seine Gesundheit und damit für seine Erwerbsfähigkeit einsetzen. Dieser Bereich ist insofern wichtig, da gerade bei vielen Schmerzpatienten schon Hoffnungslosigkeit und Resignation eingetreten ist, und viele chronifizierte Patienten mit bislang geringem Behandlungserfolg sich schon innerlich damit arrangiert haben, ihre Zukunft z. B. nur noch in einer Rentengewährung zu sehen.

Wieder Heranführen an Alltagsbedingungen, Freizeitbetreuung und Kreativwerkstatt

In der täglichen Arbeit mit chronischen Schmerzpatienten sind sozusagen drei Säulen in der Behandlung wichtig. Dies sind die medizinische, physikalische und psychotherapeutische Betreuung. Einmal wöchentlich findet in der Ernst-Ludwig-Klinik eine interdisziplinäre Schmerzkonferenz statt, in der verschiedene Aspekte eines Patientenfalles vorgestellt werden. Durch die verschiedenen Disziplinen aus der daraus anschließenden Diskussion entwickelt sich dann ein integratives Behandlungskonzept, in dem alle wichtigen Anteile enthalten sind, die in der Therapie wirksam eingesetzt werden können.

Wie in dem obigen Patientenfall geschildert, ist ohne eine solche interdisziplinäre Zusammenarbeit eine effektive Behandlung des Patienten nicht möglich.

Während beim akuten Schmerz die Alarmfunktion im Vordergrund steht, ist diese Situation beim chronischen Schmerz nicht mehr vorhanden. Der Zeitraum, ab dem man von einem chronischen Schmerz spricht, wird unterschiedlich diskutiert und geht von einem Zeitraum von sechs Wochen bis sechs Monaten aus. Im Verlauf der Chronifizierung bekommt das Schmerzerleben eine andere Qualität. Akute Schmerzen sind eher lokal begrenzt. Im Verlauf der Chronifizierung kommt es häufig zu einer Ausdehnung der Schmerzareale.

Psychologisch zeigen sich im Verlauf der Erkrankung Veränderungen: Der Patient erlebt eine andere Lebensqualität, eine Verminderung seiner Lebensfreude. Häufig treten Gefühle von Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit und Depressionen auf. Dies verstärkt wiederum die Schmerzwahrnehmung. Auch finden organisch-physiologische Veränderungen statt, die so weit gehen können, dass schon physiologische Bewegungen im Endeffekt als Schmerz empfunden werden.

In der Behandlung chronischer Schmerzpatienten ist aus psychotherapeutischer Sicht insbesondere eine Schmerzbewältigung wichtig.

Hier an der Klinik wird zur Diagnostik und zur Behandlung ein Schmerzfragebogen und das Heidelberger Schmerztagebuch des Schmerztherapeutischen Kolloquiums verwendet. Ein gruppentherapeutisches Schmerzbewältigungstraining befindet sich derzeit in der Aufbauphase.

Die sozialmedizinische Beurteilung chronischer Schmerzpatienten lässt sich anhand eines Fragenkataloges entwickeln:

- * Welche Schmerzmedikamente nimmt der Patient ein?
- + Ist der Patient in schmerztherapeutischer Behandlung?
- + Welche physikalisch-therapeutischen Maßnahmen werden durchgeführt?
- + Welche Fachdisziplinen wurden bisher eingeschaltet?
- + Findet eine psychotherapeutische Begleitung im Sinne von Schmerzbewältigung statt?
- + Wurde bisher ein Rehaverfahren in einer entsprechend ausgestatteten Klinik durchgeführt?

In der Ernst-Ludwig-Klinik erfolgt die sozialmedizinische Beurteilung bei solchen Patienten interdisziplinär, da nur eine ganzheitliche Beurteilung dem Patienten gerecht wird.

Es lassen sich 8 Punkte zusammenfassen, die bei einer erfolgreichen Rehabilitation in einem integrativen Konzept wichtig sind:

1. Erreichen eines Standortwechsels des Patienten durch Förderung der Ressourcen.
2. Das Erfassen der Gesamtpersönlichkeit durch Stärke- und Schwächeanalyse innerhalb des Balance-modells.
3. Erfahrung des Patienten mit einem therapeutischen Prozess.
 - Sensibilisierung des Patienten für die Zusammenhänge innerhalb der vier Konfliktbereiche, die einige Patienten schon intuitiv erahnt haben
 - Diese Erfahrung baut Widerstände ab, Fachpersonen aufzusuchen, um psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen.
4. Ziel ist es, nicht jemanden ad hoc zu heilen, sondern ihm eine Strategie zu vermitteln, gesund zu werden. Die Patienten erhalten keine Früchte, sondern Samen. Es ent-

wickelt sich ein Lernprozess, der zu einer Besserung von Selbsthilfebereitschaft, Selbststeuerung und Handlungskompetenz im Gesundheitsverhalten führt. Es werden auch Hoffnungen geweckt für bisher nicht beachtete Lösungsmöglichkeiten und Zukunftsperspektiven.

5. Die Strategien zur Förderung des Selbsthilfekonzepthes stehen im engen Zusammenhang mit Ergebnissen der Salutogeneseforschung. Dort spricht man von einem verbesserten Kohärenzgefühl
6. Die Konfliktverarbeitungsalternativen lassen sich sehr gut mit neueren Forschungsergebnissen aus der Resilienzforschung in Einklang bringen.
7. Nach den Untersuchungen von Cohen und Lazarus wirkt sich ein starker Wille zur Gesundung bis hin in das physiologisch-hormonelle Geschehen des Organismus positiv aus. Auch das Vorhandensein von Informations- und Kontrollbedürfnissen in Bezug auf die Krankheit beeinflusst den Heilungsverlauf- und Prozess günstig.

8. Ohne Beachtung der multiplen Faktoren der Ursachen und Einflussnahme auf die verschiedenen Krankheitsbilder hat die gewünschte Veränderung des Gesundheitsverhaltens keine lange Lebenschance.

Gibst Du jemandem einen Fisch, so er nährt er sich nur einmal.

Lehrst Du ihn aber das Fischen, so ernährt er sich für immer.

(Orientalische Weisheit)

Letztlich ist das Ziel eines interdisziplinären Ansatzes in einer Reha-Klinik, den Patienten in seiner Ganzheit zu erfassen und neben den Handicaps und Beeinträchtigungen, die der Patient mitbringt, seine Fähigkeiten und Ressourcen zu fördern, damit er sich auch im positiven Sinne und unter Stärkung der Eigenverantwortlichkeit für seine Krankheitsbewältigung und Gesundheit einsetzen kann.

In jedem Menschen ist etwas s a res, das in keinem anderen ist.

(Martin Buber)