

SCHMERZ(PSYCHO)EDUKATION ZWISCHEN ANSPRUCH UND WIRKLICHKEIT

BERND KAPPIS¹ & MARTIN VON WACHTER²

¹ Klinik für Anästhesiologie, Universitätsmedizin Mainz

² Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin,
Ostalb-Klinikum Aalen

ZUSAMMENFASSUNG: Schmerzedukation ist unbestrittener Bestandteil multimodaler, aber auch anderer individueller Schmerzbehandlungen. Ausgehend von der oft von Enttäuschungen geprägten Situation chronisch Schmerzkranker wird in diesem Artikel zunächst der Begriff Schmerzedukation erläutert. Dabei wird verdeutlicht, dass Edukation und Therapie untrennbar miteinander verbunden sind, denn jede edukative Handlung beinhaltet therapeutische Elemente und umgekehrt. Anschließend werden Ziele, Inhalte und Methoden von Schmerzedukation dargestellt. Edukation muss sich auf den individuellen Patienten, dessen Vorerfahrung und dessen aktuelle Situation beziehen, um erfolgreich zu sein. Auch wenn die Studien, in denen Schmerzedukation untersucht wurde, keine ermutigenden Ergebnisse liefern, bleiben wir optimistisch und fassen am Ende zwölf Merkmale guter und erfolgreicher Schmerzedukation zusammen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Schmerz, Edukation, Schulung, Psychotherapie, Biopsychosoziales Modell

PAIN EDUCATION FOR PATIENTS: CLAIMS AND REALITY

ABSTRACT: Education about pain is a core component of group and individual interdisciplinary pain management. In this article, we first address the different ways in which researchers and clinicians use the term pain education. We specifically highlight that pain education and pain treatment are inextricably intertwined, because educating about pain entails therapeutic interventions and vice versa. More specifically, we provide an overview of the aims, content and methods of pain education. In order to be beneficial, pain education has to be tailored to the individual patient taking into account the patient's own previous experiences and individual life circumstances. Despite the limited and somewhat disconcerting empirical evidence of the efficacy of pain education, we believe, based on our clinical experience, that pain education is helpful, and highlight key features of good and successful pain education.

KEYWORDS: pain, patient education, psychotherapy, biopsychosocial model of pain

1

DIE AUSGANGSSITUATION

Patienten mit chronischen Schmerzen gehören nicht zu den Gewinnern im Gesundheitssystem. Im Behandlungsverlauf haben sie oft Erfahrungen von enttäuschter Hoffnung gemacht („wir können nichts mehr für Sie tun“), sind auf Unverständnis gestoßen („Sie haben nichts“) oder haben Zurückweisung erlebt („hier sind Sie falsch, gehen Sie woanders hin“). Aus solchen Erlebnissen können sowohl Hilflosigkeit und Ohnmacht als auch Zurückhaltung und Misstrauen entstehen.

Im Rahmen der initialen diagnostischen Phase stehen für den Patienten und den Behandler verständlicherweise erst einmal somatische Abklärungen im Vordergrund. Wenn aber im Verlauf ein somatisches Erklärungsmodell nicht erweitert wird um die psychosoziale Dimension, dann bleibt diese einseitige somatische Ursachenzuschreibung möglicherweise erhalten. Aus einer solchen Kausalattribution („Schmerz ist immer ein Hinweis auf einen körperlichen Defekt“) folgt auch die Erwartung einer rein somatisch orientierten Behandlung. Entsprechend gering ist dann die Bereitschaft auf Seiten des Patienten für die therapeutische Berücksichtigung psychosozialer Faktoren.

Auf Patientenseite besteht häufig auch die Erwartung passiver Behandlungsmaßnahmen durch den Behandler. Hinsichtlich eigener aktiver Maßnahmen, zum Beispiel Bewegung, soziale Aktivität oder Gewichtsreduktion, wird eine Zustimmung meist nur unter der Voraussetzung geringerer Schmerzen gegeben: „Wenn meine Schmerzen besser sind, dann kann ich auch wieder...“

Skepsis oder Vorbehalte gegenüber psychischen oder psychosozialen Einflussfaktoren können aus Unwissenheit um biopsychosoziale Wechselwirkun-

gen entstehen oder sie sind Ausdruck der Sorge, nicht mehr ernst genommen zu werden und in die „Psychoschublade“ geschoben zu werden. Beides, Unwissenheit und Sorge, ist dann mit angemessenen edukativen Maßnahmen gut zu beeinflussen. Bei Befürchtungen oder Ängsten vor Stigmatisierung als „schwach“, Simulant, Hypochonder oder als psychisch krank – aus welchen Gründen auch immer – kommt es aber gelegentlich zu einer besonders hartnäckigen somatischen Attribution und entsprechendem Krankheitsverhalten.

Diese vier Faktoren, also ungünstige Vorerfahrungen mit Behandlungsversuchen, somatische Ursachenzuschreibung, passive Behandlungserwartung und Angst vor Stigmatisierung, erschweren den therapeutischen Zugang. Insofern ist es eine therapeutische Herausforderung, das Ziel – ein aufgeklärter Patient, der seinen Schmerz versteht und aktiv bewältigt – zu erreichen.

Interessant ist eine Beobachtung von Petrie und Kollegen (2005), wonach für Betroffene die Erklärung oder ein besseres Verständnis ihrer Schmerzen genauso wichtig ist wie die Schmerzreduktion. Das entspricht auch unserer klinischen Erfahrung: Oft wünschen Patienten ganz zu Beginn der Behandlung „Ich möchte wissen, was mit mir los ist, warum ich Schmerzen habe“. Interventionen, die das Schmerzkonzept der Betroffenen verändern hin zu einem biopsychosozialen Störungsmodell entsprechen also durchaus dem Patientenwunsch nach Erklärung, nämlich „zu erfahren, was nicht stimmt“.

2

WAS IST EIGENTLICH
SCHMERZ(PSYCHO)EDUKATION?

Edukation bedeutet die Information des Patienten über seine Erkrankung und de-

ren Behandlung. Über diese alleinige Patienteninformation hinaus bedeutet der Begriff *Psychoedukation* etwas mehr: Zusätzlich zur reinen Informationsvermittlung sollen durch „systematisch-didaktische Maßnahmen das Krankheitsverständnis und der selbstverantwortliche Umgang mit der Erkrankung gefördert werden und die Krankheitsbewältigung unterstützt werden“ (Pitschel-Walz & Bäuml, 2016, S. 3). In der Schmerzpsychotherapie bevorzugen wir den Begriff der *Schmerzedukation*. Er ist weniger „psycholastig“ und kann eine hilfreiche Verbindung zwischen somatischer und psychologischer Behandlung sein.

Das 2013 in Kraft getretene Patientenrechtegesetz („Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“) im BGB schreibt vor, dass, Patienten verständlich und umfassend informiert werden müssen. Dazu muss ein persönliches Gespräch geführt werden, d. h. es genügt nicht, eine schriftliche Aufklärung zu überreichen. Das Gesetz verpflichtet Behandelnde,

„dem Patienten in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.“ (§ 630c Absatz 1 Satz 2 BGB)

Neben dieser rechtlichen Grundlage ist Edukation in allen Behandlungsansätzen und -programmen schon lange ein wesentliches Therapieelement – unabhängig von Therapieschulen (z. B. Basler & Kröner-Herwig, 1995; Nickel & Egle, 1999; Glier, 2014; Dobe & Zernikow, 2019).

In den wissenschaftlichen Leitlinien zur Schmerzbehandlung werden unterschiedliche Begriffe verwendet, mit denen edukative Inhalte oder edukatives Vorgehen gemeint sind. Dort heißt es dann zum Beispiel: „Aufklärung“, „Information“ oder „Schulung“. Die *Leitlinie zum Fibromyalgiesyndrom* (Deutsche Schmerzgesellschaft, 2017, S. 47 f.) beschäftigt sich ausführlich mit dem Thema Edukation und kommt zu folgender Einschätzung: „Evidenzbasierte Empfehlung: Patientenschulung und Psychoedukation können als Basismaßnahme erwogen werden“. Die *Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz* (BÄK, KBV & AWMF, 2017) betont Edukation in allen Phasen der Erkrankung als therapeutische Notwendigkeit, allerdings wird Edukation nicht als alleinige Maßnahme empfohlen. In der *Leitlinie Kopfschmerz* der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2015, S. 12) heißt es ohne weitere Erläuterung: „Die Basisintervention ist die Aufklärung über das Erkrankungsbild“. Und in der aktuellen *Leitlinie zur Diagnostik und Therapie neuropathischer Schmerzen* (Schlereth et al., 2019, S. 97) findet sich nur ein Hinweis auf Edukation:

„Die wesentlichen Bausteine der kognitiv-behavioralen Behandlung chronischer Schmerzzustände sind: Aufklärung über das (meist wenig bekannte) Krankheitsbild, ...“

Wir vergleichen Schmerzedukation gerne mit einem Katalysator (von Wachter & Hendrichke, 2016). So wie ein Katalysator eine chemische Reaktion verbessert, kann Schmerzedukation andere therapeutische Maßnahmen erleichtern oder erst möglich machen. Vergleichbar zum Auto, bei dem der Katalysator nicht nur beim Anfahren, sondern auch während der Fahrt aktiv ist, fördert eine adäquate Schmerzedukation den gesamten

Behandlungsprozess. In jeder diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme steckt immer eine Informationsvermittlung (Beispiel: „Wie verändern sich Ihre Schmerzen, wenn Sie abgelenkt sind?“). Umgekehrt ist jede Informationsvermittlung gleichzeitig auch eine therapeutische Handlung (Beispiel: „Bei Kopfschmerzen ist es einerseits wichtig, vorzubeugen und andererseits auch Maßnahmen gegen akute Schmerzen zur Verfügung zu haben“). Insofern sind im Bereich der Psychotherapie „Eduktion“ und „Therapie“ untrennbar miteinander verbunden.

Nobis und Pielsticker (2016) betonen, dass Eduktion anders als Psychotherapie eine pädagogische Herausforderung darstellt, und dass didaktische Prinzipien wie z. B. Einbezug vieler Sinneskanäle oder ausreichende Wiederholungen berücksichtigt werden sollten. Hierbei ist die Berücksichtigung der bisherigen Krankheitsvorstellungen des Patienten („Was denken Sie über die Ursache und die Behandlung Ihrer Schmerzen?“) eine unbedingte Voraussetzung für jede Form der Eduktion. Eine kompetente Gesprächsführung vermeidet hierbei Dramatisierung ebenso wie Bagatellisierung.

Definition: „Die Eduktion dient zu Beginn der Behandlung dazu, dem Patienten ein plausibles Krankheitsmodell zu vermitteln. Es werden Schmerzverarbeitung, die physiologischen Prozesse der Schmerzsensitivierung, die aufrechterhaltenden Faktoren für den Schmerz, die Einflussfaktoren, Funktionsweise des vegetativen Nervensystems und Möglichkeiten der Behandlung erläutert. Hierbei wird die Bedeutung der Eigenaktivität des Patienten besonders betont, um die Bereitschaft für eine aktive Therapie zu erhöhen.“ (Nilges & Diezemann, 2018, S. 177)

3

ZIELE

DER SCHMERZEDUKATION

Auf der Grundlage eines biopsychosozialen Störungsmodells soll Schmerz- edukation eine multidimensionale Theorie des Schmerzes vermitteln, die Akzeptanz psychosozialer Einflussfaktoren erhöhen und das Vertrauen auf eigene Einflussmöglichkeiten fördern. Neben grundlegenden anatomischen und physiologischen Inhalten sollen Zusammenhänge von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren durch geleitetes Entdecken erkannt werden (Glier, 2014).

Das übergeordnete Ziel der Schmerz- edukation ist, die Betroffenen zu Experten ihrer Krankheit zu machen. Das beinhaltet in den meisten Fällen eine Veränderung des bisherigen Schmerz- konzepts, auf das zunächst respektvoll eingegangen werden sollte. In der Etablierung eines individuellen biopsychosozialen Modells – wir nennen es im Patientengespräch auch: „ganzheitlich“ – sehen wir die Voraussetzung zur partnerschaftlichen Entscheidungsfindung und zur aktiven Mitarbeit in der Behandlung. Hierbei ist allerdings auch eine bestimmte Haltung auf Therapeutenseite notwendig, nämlich den Patienten als Kooperationspartner wertzuschätzen und ihm die entscheidende Kompetenz zur Problemlösung zuzuweisen (von Wachter & Hendrichske, 2016).

Aus einem veränderten Schmerzkonzept folgen dann – bestenfalls – veränderte Einstellungen, verändertes Verhalten und damit insgesamt ein eigenverantwortlicher und positiver Umgang mit der Erkrankung, d. h. Verbesserung der Eigenaktivität und Steigerung der Handlungskompetenzen. Wenn Patienten zunächst Hilfe von außen erwarten („Machen Sie etwas, damit meine Schmerzen weggehen“), dann bedürfen sie der sorgfältigen

und empathischen Aufklärung, warum Behandler sich unter Umständen konträr zum Patientenwunsch verhalten und den erwarteten Behandlungswünschen nicht nachkommen, z. B. keine Bildgebung veranlassen oder keine (nicht indizierten) Medikamente und passiven physiotherapeutischen Maßnahmen verschreiben.

Das vermittelte Wissen über die Schmerzerkrankung reduziert Unsicherheit und Angst. Die Patienten fühlen sich durch Edukation in ihren Beschwerden und ihrer Erkrankung wahr- und ernstgenommen. Psychoedukation schafft Transparenz und Voraussetzung für die Schmerzbehandlung. Sie stärkt die Therapiemotivation und nutzt das Selbsthilfepotenzial der Betroffenen.

Aus diesen übergreifenden und eher allgemein formulierten Zielen können dann konkrete Ziele abgeleitet werden (s. Tabelle 1).

4 INHALTE VON SCHMERZEDUKATION

Schmerzedukation bezieht sich auf ein breites Spektrum von Inhalten, ist dabei

aber individuell, integriert Erfahrungen der Patienten und ist lösungs- und ressourcenorientiert. Ärzte, Psychologen und Physiotherapeuten setzen edukative Maßnahmen ein und das Spektrum der Inhalte ist entsprechend breit. Dadurch werden Effekte von Edukation auch schwer untereinander vergleichbar, auch wenn alle Inhalte die gleichen oben genannten Ziele haben.

Patienten können durch zu viele, irrelevante, abstrakte und unverständliche Inhalte verwirrt werden. Es ist hilfreich, den Inhalt und die Dosis der Edukation an die jeweilige Phase des therapeutischen Prozesses und das kognitive Vermögen der Patienten anzupassen.

Inhalte von Edukation können in drei meist aufeinander aufbauende Bausteine eingeteilt werden:

1. Physiologische und neurobiologisch orientierte Erklärung von Schmerzen,
2. Schmerzen als biopsychosoziales Phänomen,
3. Erklärung zu Bedeutung von körperlicher Aktivierung und körperlicher Funktion.

Gemeinsam ist allen Edukationsempfehlungen die grundlegende Erklärung, was

Tabelle 1: *Ziele von Schmerzedukation*

- Stärkung des therapeutischen Bündnisses durch ein gemeinsames bio-psycho-soziales Schmerz- oder Störungsmodell
- Förderung des Krankheitsverständnisses. Wissen über die Diagnose, die Entstehung, einschließlich psychosozialer Ursachen oder Faktoren, den Verlauf und die Aufrechterhaltung der Erkrankung
- Etablierung eines selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung
- Reduktion von Unsicherheit, Angst und Ausgeliefertsein
- Wissen über Behandlungsmöglichkeiten
- Erhöhung der Therapiemotivation
- Formulierung realistischer und konkreter Therapieziele
- Steigerung der Akzeptanz (einer chronischen Erkrankung)
- Abbau von Schmerzangst und Bewegungsangst
- Entwicklung von konkreten, individuellen und flexiblen Bewältigungsstrategien und Selbsthilfekompetenzen
- Verbesserung des Einsatzes von Medikamenten

Tabelle 2: *Inhalte von Schmerz edukation*

- Grundwissen über Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung
- Unterscheidung von akutem und chronischem Schmerz
- Mit Schmerz assoziierte Symptome, Folgen chronischer Schmerzen („Schmerzkrankheit“)
- Schmerzkrankheit als biopsychosoziales Phänomen
- Informationen zur Erkrankung (z. B. Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, neuropathische Schmerzen, stressassoziierte Schmerzen)
- Stress als Schmerzmodulator oder -auslöser
- Schmerz als Stressor
- Risikofaktoren und protektive Faktoren für eine Schmerzerkrankung und Chronifizierung
- Berücksichtigung von Schmerzen als Folge von Verlust, Ausgrenzungserfahrung oder Traumatisierung
- Unterscheidung und Interaktion von Emotion, Kognition, Verhalten
- Teufelskreise: Schmerz und Verhalten, Schmerz und Gedanken, Schmerz und Schlaf
- Informationen zu Möglichkeiten der aktiven Schmerzbewältigung
- Informationen zum Medikamentengebrauch

Schmerz eigentlich ist. Dabei wird immer die Subjektivität des Schmerzerlebens hervorgehoben. Nobis (2016) empfiehlt die Formulierung „Jeder Schmerz ist echt“. Das kann erheblich zur Entlastung der Betroffenen beitragen und verbessert das Arbeitsbündnis. Der Unterschied von akuten und chronischen Schmerzen ist ebenso wesentlich wie die Unterscheidung von Nozizeption und Schmerzerleben. Dabei wird auch die Funktion des zentralen Nervensystems und schwerpunktmäßig des Gehirns erläutert. In manchen Schmerz edukationsbüchern wird die Neurophysiologie ausführlich behandelt, ohne für Patienten unverstänlich zu sein (z. B. Butler & Moseley, 2016; von Wachter, 2014).

Die psychotherapeutisch begründeten Edukationsinhalte sind vielfältig und stammen aus verschiedenen Therapieschulen. Diese Inhalte können sich an verschiedenen Modellen orientieren: Beispielsweise das biopsychosoziale Modell mit den unterschiedlichen, individuellen Gewichtungen der biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte und deren Wechselwirkungen. Andere Möglichkeiten bestehen in der Darstellung der

verschiedenen Ebenen des Schmerzerlebens (Körper, Gefühl, Gedanken, Verhalten) oder in der Unterscheidung von Schmerz und Schmerzfolgen und der daraus abgeleiteten Schmerzkrankheit. In einem Modell von prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren werden auch operante Faktoren berücksichtigt. Egle und Zentgraf (2017) betonen darüber hinaus u. a. biographische Aspekte wie den Zusammenhang von früher erlebter Hilflosigkeit oder Auslieferungserleben mit dem aktuellen Schmerzerleben unter Berücksichtigung neurobiologischer Zusammenhänge.

Aus der Physiotherapie chronischer Schmerzen stammt eine Reihe sehr hilfreicher edukativer Inhalte und Maßnahmen, weil die körper- und funktionsorientierten Maßnahmen ebenfalls sorgfältiger Erklärung für die Patienten bedürfen. Hierbei stehen zwei Aspekte im Vordergrund:

- 1) Die Ungefährlichkeit körperlicher Aktivität oder Übungen und
- 2) die Motivation zu eigenständigen Übungen.

Das aus Australien stammende Programm „Explain Pain“ (EP, deutsch:

Schmerzen verstehen; Butler & Moseley, 2016) hat seinen Ursprung in der Physiotherapie und der Neurowissenschaft. Darin werden die Mechanismen der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung anschaulich erklärt, wobei der Fokus auf der Neurophysiologie liegt. Die Mechanismen der Chronifizierung, Sensibilisierungsprozesse und die Rolle des Immunsystems werden ebenso erläutert wie der Einfluss von aktivem oder passivem Bewältigungsverhalten. EP ist sowohl ein Handbuch für Therapeuten, Arbeitsbuch für das Patientengespräch als auch Nachschlagewerk für Patienten. Der Anspruch von EP ist es, die biologischen Grundlagen zu vermitteln, die einen biopsychosozialen Ansatz für die Behandlung begründen (Moseley & Butler 2015). Eine Ergänzung zu Explain Pain, die seit kurzem vorliegt, richtet sich hauptsächlich an Kliniker (Butler & Moseley 2017).

In Tabelle 2 sind die typischen Inhalte von Schmerzedukation noch einmal zusammengefasst.

5 METHODEN DER SCHMERZEDUKATION

Die häufigste Methode der Schmerzedukation ist die mündliche Erklärung, meist im Gespräch oder in einem Vortrag. Wir benutzen dazu regelmäßig alle Arten von Notizen, vom kleinen Zettel bis zum Flipchart-Bild und arbeiten gerne mit farbigen Stiften. Alle individuellen Modelle, Skizzen, Ideen usw. werden von den Patienten mit dem Smartphone fotografiert oder als Ausdruck oder Kopie mitgegeben.

Für die Edukation sind entsprechend vorbereitete Materialien hilfreich. Schriftliches Edukationsmaterial liegt umfangreich vor. Eine Sammlung von Arbeits- und Informationsblättern, darunter viele mit edukativem Inhalt, haben wir 2019

veröffentlicht (von Wachter & Kappis, 2019). Die Herausforderung besteht meistens darin, das Richtige für den richtigen Patienten in der richtigen Situation/ zum richtigen Zeitpunkt zu haben und einzusetzen. Wir empfehlen leicht verständliches und nicht zu umfangreiches, knappes Informationsmaterial. Der Arbeitskreis Patienteninformation der Deutschen Schmerzgesellschaft hat hilfreiche Flyer für Patienten erstellt (www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen). Andere Fachgesellschaften bieten ebenfalls nützliches Material (www.dgpsf-verein.de, www.dmkkg.de), genauso wie Krankenkassen, Selbsthilfvereinigungen oder Stiftungen. Wissenschaftliche Leitlinien zu einzelnen Erkrankungen liegen inzwischen auch in einer verständlichen Patientenversion vor und werden künftig verstärkt erstellt werden (für konkrete Beispiele siehe www.awmf.org). Qualitativ gute Informationen bietet das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (www.patienten-information.de). Schließlich gibt es auch Veröffentlichungen, die mit Unterstützung der Pharmaindustrie erstellt wurden. Es empfiehlt sich grundsätzlich, jeweils zu prüfen, welche Interessenkonflikte bei den Autoren bzw. Herausgebern möglicherweise bestehen.

Die Vielzahl von Informationen im Internet zu Schmerzen und deren Therapie sind schwer zu überblicken. Zuverlässige, verständliche und nützliche Informationen ohne Interessenkonflikte eines Herausgebers finden sich bei den Fachgesellschaften und öffentlichen Einrichtungen. Auf der Webseite der Deutschen Schmerzgesellschaft hat der Arbeitskreis Patienteninformation unabhängig verfasste, hilfreiche Informationen gesammelt: www.schmerzgesellschaft.de/patienteninformationen. Unter dem Menüpunkt „Nützliche Links und Literatur“ finden sich Internetadressen und Buchtipps. Dort findet man auch Links zu Videos zur

Schmerzedukation, die aus unserer Sicht noch zu wenig eingesetzt werden. Wir schauen einfache Erklärvideos im Therapieraum gemeinsam mit den Patienten an, auch in Gruppen. Die Videos können bei Bedarf angehalten werden, um die gerade gesehene Inhalte zu besprechen und auf Erfahrungen aus dem Leben der Patienten zu beziehen.

6 IST SCHMERZEDUKATION WIRKSAM?

Generell wird von einer Wirksamkeit von Schmerzedukation ausgegangen. In vielen Leitlinien, Behandlungsmanualen oder anderen therapeutischen Veröffentlichungen wird Edukation an erster Stelle genannt und als „notwendige Voraussetzung“ (Nobis & Pielsticker, 2013), „Trägergerüst für die gesamte Therapie“ (Kröner-Herwig, 2014) oder als „Katalysator für die Therapie“ (von Wachter & Hendrischke, 2016) beschrieben.

Allerdings unterscheiden sich edukative Maßnahmen sehr voneinander. Dies kann in erster Linie den Inhalt der Edukation betreffen, aber auch die Dosis, den Zeitpunkt des Einsatzes, die Methode, die Erkrankungen, die Passung zu den vom Patienten erlebten Beschwerden und Problemen oder die Patienten- und Therapeutenmerkmale. Schließlich können sich auch die gemessenen Erfolgsmaße unterscheiden. In klinischen Studien dient Schmerzedukation häufig als Kontrollgruppe für die im Fokus stehende Intervention, d. h. die Wirksamkeit der Edukation per se, z. B. im Vergleich zu einer Warteliste oder einer üblichen Behandlung („treatment as usual“), ist schwer abzuschätzen.

Eine häufig zitierte Studie, die als Beleg für die Wirksamkeit von Schmerzedukation herangezogen wird, stammt aus

Belgien. Van Oosterwijck und Kollegen (2013) untersuchten an 30 Fibromyalgie-Patientinnen (darunter vier Männer) den Effekt einer halbstündigen persönlichen und zusätzlichen telefonischen Edukation zur Schmerzphysiologie ($N = 15$). Die Kontrollbedingung ($N = 15$) bestand aus einer zeitlich gleich langen Edukation zu aktivem Selbstmanagement körperlicher Aktivität unter Berücksichtigung der Beschwerden. Beide Gruppen erhielten zusätzlich eine Informationsbroschüre zu ihrem jeweiligen Edukationsinhalt. Primärer Erfolgsindikator war das Ausmaß der körpereigenen absteigenden Schmerzhemmung, operationalisiert über die subjektive Schmerzstärke bei experimenteller Schmerzstimulation. Hierzu mussten die Probanden die Finger, Hand und den Arm in acht Durchgängen jeweils zwei Minuten lang in 46 Grad warmes Wasser eintauchen und den dabei erlebten Schmerz angeben. Zwei Wochen nach diesen kurzen Interventionen zeigt sich kein Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Schmerzen im Experiment. Nach drei Monaten fand sich dann eine leicht geringere Schmerzstärke in der Experimentalgruppe ($p = 0.041$). Die Autoren vermuten eine Verbesserung der körpereigenen absteigenden Schmerzhemmung als Folge des verbesserten Schmerzverständnisses. Allerdings unterschied sich die Druckschmerzschwelle nicht zwischen den Gruppen. Von den 21 Variablen zur selbstberichteten Gesundheit zeigte sich bei vier Variablen eine geringe Verbesserung in der Experimentalgruppe, bei den übrigen 17 Variablen gab es keinen Unterschied. Zusammenfassend zeigte die alleinige Edukation zur Schmerzphysiologie hier geringe, aber nützliche Effekte in der Schmerzbehandlung.

Gross und Kollegen (2012) fassten in einer systematischen Cochrane-Review 15 randomisierte kontrollierte Studien

(insgesamt mit $n = 1\,660$ Patienten) zur Edukation bei spezifischen und unspezifischen Nackenschmerzen unterschiedlicher Schmerzdauer zusammen. Die Inhalte der Psychoedukation waren: Hinweise zu Aktivierung, Stress- und Schmerzbewältigung, Ergonomie und Selbsthilfestrategien. Als Zielgrößen wurde neben den Schmerzen auch Funktionsfähigkeit, Beeinträchtigung, Lebensqualität, Zufriedenheit, Wissen über Schmerz und Verhaltensänderungen untersucht. Nur in einer der 15 Studien konnte ein positiver Effekt eines Edukationsvideos bei akuten Nackenschmerzen festgestellt werden. Die ernüchternde Zusammenfassung der Autoren lautet entsprechend:

„Except for one trial using a video as the medium for acute WAD [whiplash-associated disorders], this review has not shown effectiveness for educational interventions in various disorder types and follow-up periods.“ (S. 20)

Ähnlich enttäuschende Ergebnisse liefert ein systematischer Review von Geneen und Kollegen (2015), in dem neun Studien zur Edukation bei chronischem Schmerz untersucht werden. Nur für neurophysiologisch orientierte Edukation (PNE: Pain Neuroscience Education) konnte ein positiver Effekt auf die Beeinträchtigung gefunden werden. Keine Edukation konnte die Schmerzstärke verringern. Von den Autoren wird deshalb empfohlen, Edukation nicht als alleinige Maßnahme einzusetzen.

Etwas bessere Ergebnisse berichten Louw und Kollegen (2016) in ihrem systematischen Review von PNE bei Patienten mit muskuloskelettalen Schmerzen. Positive Effekte auf Schmerz fanden sich in den Studien insbesondere dann, wenn PNE mit physiotherapeutischen oder bewegungsorientierten Interventionen kombiniert wurde.

Überraschende Ergebnisse wurden von Traeger und Kollegen (2018) berichtet. In dieser australischen Studie mit $N = 618$ Patienten mit akuten Rückenschmerzen, die weniger als sechs Wochen bestanden, wurden die Patienten mit einem erhöhten Chronifizierungsrisiko ($N = 202$) zufällig zwei Behandlungsgruppen zugeordnet. Die Experimentalgruppe erhielt zwei 60-minütige Edukationssitzungen über Schmerz und bio-psycho-soziale Einflussfaktoren entsprechend dem Konzept „Explain Pain“ (s. o.), während die Kontrollgruppe eine Placebo-Edukation erhielt (aktives Zuhören, ohne weitere Informationen zu geben). In der bis zu zwölfmonatigen Nachuntersuchung konnten keine Unterschiede zwischen den Gruppen gefunden werden. Allerdings ist zu bedenken, dass es sich hier um eine Studie mit Patienten handelt, die akute bzw. subakute Schmerzen hatten. Man kann annehmen, dass

- 1) die Richtlinientherapie akuter Rückenschmerzen in Australien gut ist und dass
- 2) aktives Zuhören bereits *per se* eine wirkungsvolle Intervention ist.

Schließlich fanden Watson und Kollegen (2019) in einer Metaanalyse über zwölf Studien zu Schmerzedukation ebenfalls nur kleine Effekte für Schmerz und Beeinträchtigung bei insgesamt $N = 755$ Patienten mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen. Eine qualitative Analyse der Wirkfaktoren der Edukation ergab, dass das Erzählenlassen der individuellen Schmerzgeschichte hilfreich ist. So erfahren Therapeuten viel über das Schmerzkonzept der Patienten und deren Überzeugungen. Entsprechend können edukative Maßnahmen angepasst und für den Patienten relevant gestaltet werden. Im Verlauf sollte dann das veränderte Schmerzverständnis beachtet und die

Interventionen entsprechend daran angepasst werden.

Die referierten Studien zeigen keine Ergebnisse, die euphorisch machen. Auf der anderen Seite ist auch nicht zu erwarten, dass Psychoedukation allein der Komplexität chronischer Schmerzen gerecht wird. In Kombination im Rahmen einer multimodalen Behandlung scheint sie aber notwendig zu sein. Ähnlich wie in der Psychotherapieforschung kann man nun auch bei der Untersuchung von Edukationseffekten fragen: „What works for whom?“ In der alltäglichen Praxis machen wir allerdings durchaus andere und positivere Erfahrungen: Edukative Elemente sind wirksam, machen Patienten ernsthaft nachdenklich, führen zu Verhaltensänderung und damit zur Verbesserung des Gesundheitszustandes.

7

ZWÖLF TIPPS

FÜR DIE SCHMERZEDUKATION

Abschließend haben wir praktische Hinweise zusammengestellt, die sich in der Schmerzedukation bewährt haben (s. Kasten 1).

LITERATUR

BÄK, KBV & AWMF. (2017). *Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, Version 1.2017* (2. Aufl., hrsg v. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de – abgerufen am 20.09.2020.

Kasten 1: *Merkmale guter Schmerzedukation – wann, wie viel, wie und was*

Wann?

- Schmerzedukation beginnt früh. Die Phasen der Therapie und der Wissensstand des Patienten werden berücksichtigt.
- Edukation wird in das Behandlungskonzept integriert und ist nicht die alleinige Maßnahme.
- Das Edukationsergebnis wird regelmäßig überprüft.

Wie viel?

- Die Dosierung der Edukation ist angepasst: Eine Informationsflut wird genauso vermieden wie die Vernachlässigung wichtiger Inhalte.
- Die kognitive Kapazität des Patienten wird beachtet: Schmerzen, Medikation oder Schlafstörungen reduzieren das Lernvermögen der Patienten.

Wie und Was?

- Edukation orientiert sich am bisherigen Störungsmodell, an den Bedürfnissen des jeweiligen Patienten, am Kontext und hat praktische Relevanz.
- Edukation erfolgt in einer einfachen Sprache und benutzt Metaphern.
- Die Haltung des Behandlers wertschätzt die Kompetenzen des Patienten zur Eigenverantwortung.
- Edukation erfolgt ohne Zeitdruck.
- Die verwendeten Beispiele sind lebensnah, plausibel und stammen aus der Welt der Betroffenen.
- Es werden verschiedene Methoden und Medien eingesetzt.
- Wiederholungen verbessern den Edukationserfolg.

- Basler, H. D. & Kröner-Herwig, B. (1995). *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen*. München: Quintessenz.
- Butler, D. & Moseley, L. (2016). *Schmerzen verstehen* (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Butler, D. & Moseley, L. (2017). *Explain pain supercharged*. Adelaide: Noigroup.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). (2014). *Therapie des episodischen und chronischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp und anderer chronischer täglicher Kopfschmerzen*. AWMF-Registernummer 030-077.
- Deutsche Schmerzgesellschaft. (2017). *Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms*. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/145-004.html – abgerufen am 20.09.2020.
- Dobe, M. & Zernikow, B. (2019). *Therapie von Schmerzstörungen im Kindes- und Jugendalter*. Berlin: Springer.
- Egle, U. T. & Zentgraf, B. (2017). *Psychosomatische Schmerztherapie* (2. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Geneen, L. J., Martin, D. J., Adams, N., Clarke, C., Dunbar, M., Jones, D. et al. (2015). Effects of education to facilitate knowledge about chronic pain for adults: a systematic review with meta-analysis. *Systematic Reviews*, 4, 132.
- Glier, B. (2014). *Chronischen Schmerz bewältigen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gross, A., Forget, M., George, K. St., Fraser, M. M. H., Graham, N., Perry, L. et al. (2012). Patient education for neck pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. doi:10.1002/14651858.CD005106.pub4
- Kröner-Herwig, B. (2014). Chronischer Schmerz: Psychologische Behandlungsansätze und Stand der Evidenz. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 35 (1), 57–74.
- Louw, A., Zimney, K., Puentedura, E. J. & Dierner, I. (2016). The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32 (5), 332–355.
- Moseley, G. L. & Butler, D. S. (2015). Fifteen years of explaining pain: the past, present, and future. *The Journal of Pain*, 16 (9), 807–813. doi:10.1016/j.jpain.2015.05.005
- Nickel, R. & Egle, U. T. (1999). *Therapie somatoformer Schmerzstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Nilges, P. & Diezemann, A. (2018). Chronischer Schmerz – Konzepte, Diagnostik und Behandlung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 39 (2), 167–186.
- Nobis, H. G. (2017). Edukation beim Schmerzpatienten – eine besondere Herausforderung. *Schmerzmedizin*, 33, 16–20.
- Nobis, H. G. & Pielsticker, A. (2013). Ärztliche Edukation und Kommunikation in der primären Schmerzbehandlung. *Der Schmerz*, 27, 317–324.
- Nobis, H. G. & Pielsticker, A. (2016). Information und Edukation des Patienten. In H. R. Casser, M. Hasenbring, A. Becker & R. Baron (Hrsg.), *Rückenschmerzen und Nackenschmerzen* (S. 177–193). Berlin: Springer.
- Petrie, K. J., Frampton, T., Large, R. G., Moss-Morris, R., Johnson, M. & Meechan, G. (2005). What do patients expect from their first visit to a pain clinic? *The Clinical Journal of Pain*, 21 (4), 297–301. https://doi.org/10.1097/01.ajp.0000113058.92184.74
- Pitschel-Walz, G. & Bäuml, J. (2016). Grundlagen des Konsensuspapiers zur Psychoedukation. In J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* (S. 2–11). Stuttgart: Schattauer.
- Schlereth, T. et al. (2019). Diagnose und nicht-interventionelle Therapie neuropathischer Schmerzen, S2k-Leitlinie. In Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. www.dgn.org/leitlinien – abgerufen am 20.09.2020.

- Traeger, A., Lee, H., Hübscher, M., Skinner, I. W., Moseley, G. L., Nicholas, M. K. et al. (2018). Effect of intensive patient education vs placebo patient education on outcomes in patients with acute low back pain. A randomized clinical trial. *JAMA Neurology*, 76 (2), 161–169. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2018.3376>
- van Oosterwijck, J., Meeus, M., Paul, L., De Schryver, M., Pascal, A., Lambrecht, L. & Nijs, J. (2013). Pain physiology education improves health status and endogenous pain inhibition in fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 29 (10), 873–882.
- von Wachter, M. (2014). *Chronische Schmerzen. Selbsthilfe und Therapiebegleitung, Orientierung für Angehörige und konkrete Tipps und Fallbeispiele*. Berlin: Springer.
- von Wachter, M. & Hendrichke, A. (2016). *Psychoedukation bei chronischen Schmerzkrankungen. Manual und Materialien*. Berlin: Springer.
- von Wachter, M. & Kappis, B. (2019). *Therapie-Tools Schmerzstörungen*. Weinheim: Beltz.
- Watson, J. A., Ryan, C. G., Cooper, L., Elington, D., Whittle, R., Lavender, M. et al. (2019). Pain neuroscience education for adults with chronic musculoskeletal pain: a mixed-methods systematic review and meta-analysis. *The Journal of Pain*, 20 (10), P1140.E1–1140.E22. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.02.011>



DIPL.-PSYCH. BERND KAPPIS

UNIVERSITÄTSMEDIZIN DER JOHANNES-
GUTENBERG-UNIVERSITÄT MAINZ,
KLINIK FÜR ANÄSTHESIOLOGIE
LANGENBECKSTRASSE 1
D-55131 MAINZ

E-MAIL:

bernd.kappis@unimedizin-mainz.de



DR. MARTIN VON WACHTER

KLINIK FÜR PSYCHOSOMATIK
UND PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN,
OSTALB-KLINIKUM AALEN