

Praxisstudie 2012

Schmerzen aus Patientensicht

Praxis für Schmerzmedizin

Unterlinden 2

Freiburg i. Brsg.

Bernd Bonorden

Die Studie hat das Ziel, Schmerz und Schmerzerleben aus Patientensicht darzustellen. Sie untersucht angewandte Therapieverfahren, die von Ärzten zur Schmerztherapie verordnet werden und Alternativen, die Patienten zur Schmerzbewältigung ihrerseits suchen.

Untersucht wird auch die Wirksamkeit von Behandlungsverfahren nach Einschätzung und Erleben betroffener Schmerzpatienten

1. Studienteilnehmer:

Alle Patienten, die mit chronischen Schmerzerkrankungen, die in der Zeit vom 01.01.2011 bis 15.09.2012 erstmalig die Praxis zur Schmerzbehandlung aufsuchten.

2. Ausschlusskriterien:

- Schmerzdauer unter 6 Monaten
- Unvollständig ausgefüllter Studienfragebogen
- Nicht ausreichendes Sprachverständnis
- Schwere psychiatrische Begleiterkrankungen
- Ablehnung der Studienteilnahme

1. Anzahl der Studienteilnehmer:

Gesamt: 381

Frauen: 272

Männer: 109

2. Alter:

Mittleres Alter gesamt: 49,67 Jahre

Mittleres Alter Frauen: 49,47 Jahre (12-90 Jahre)

Mittleres Alter Männer: 50,16 Jahre (13-84 Jahre)

Fragebogen zur Datenerhebung

Dr. med. Bernd Bonorden

Facharzt für Innere Medizin und Anästhesie
Spezielle Schmerztherapie · Chirotherapie · Akupunktur

Schwerpunktpraxis für Schmerztherapie · 79098 Freiburg · Unterlinden 2 · Tel. 0761/28 63 64 · Fax 0761/28 63 54

Patienten-Fragebogen

Praxisstudie Unterlinden

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Die nachfolgenden Fragen betreffen Ihre Person und Ihre Krankengeschichte.
Sie dient zusätzlich zu den vorhandenen medizinischen Berichten und Befunden der Klärung
Ihres Krankheitsbildes und erleichtert uns die Planung Ihrer weiteren Diagnostik und Behandlung.

**Die gewissenhafte und vollständige Beantwortung aller Fragen
liegt daher in Ihrem eigenen Interesse.**

Manche Fragen werden Ihnen unwichtig oder sogar „indiskret“ vorkommen und scheinen
überhaupt nicht im Zusammenhang mit Ihren Schmerzen zu stehen. Schmerzen sind jedoch
ein so umfangreiches Problem, dass wir möglichst viele Einzelheiten von Ihnen erfahren müssen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen selbstständig und ohne fremde Hilfe aus!

Fragebogen zur Datenerhebung

Bisherige Behandlungen

27. Welche Behandlungen wurden bisher wegen Ihrer Schmerzen bei Ihnen durchgeführt?
Bitte geben Sie auch an, ob Ihnen diese Behandlungen geholfen haben oder nicht.

Behandlung	nicht angewandt	Erfolg	Teilerfolg	kein Erfolg
Allopathische Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homöopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur/Ohrakupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirotherapie, Manualtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungsverfahren (AT, PMR, MBSR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsumstellung/Fasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuraltherapie, Lokalanästhesie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laserbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manuelle Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matrix-Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meditation/Yoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphdrainagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thermalbäder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TNS in Eigenregie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trainingstherapie an Geräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operative Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röntgentiefenbestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoßwellentherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung bei Heilpraktikern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung bei Geistheilern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Therapieverfahren:				
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Haben bisherige Vorbehandlungen Ihre Schmerzen
anhaltend (> 6 Monate) und deutlich gelindert?

ja nein

Wenn ja, welche spezielle Therapieverfahren haben zu einer anhaltenden und deutlichen Schmerzlinderung geführt? Bitte Angabe der erfolgreichen Therapieverfahren in der Reihenfolge ihrer Wirksamkeit (maximal vier Angaben).

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Sofern Sie durch unsere Praxis behandelt werden, können einige dieser Daten auch im Praxis-Dokumentationssystem abgespeichert werden. Diese Daten sind nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes vor einem mutwilligen Zugriff geschützt. Zu diesem System haben nur unsere Mitarbeiter direkten Zugang.

Gemäß den Vorgaben des Gesetzes bitten wir Sie, sich mit einer Abspeicherung Ihrer persönlichen Daten einverstanden zu erklären.

Einverständniserklärung

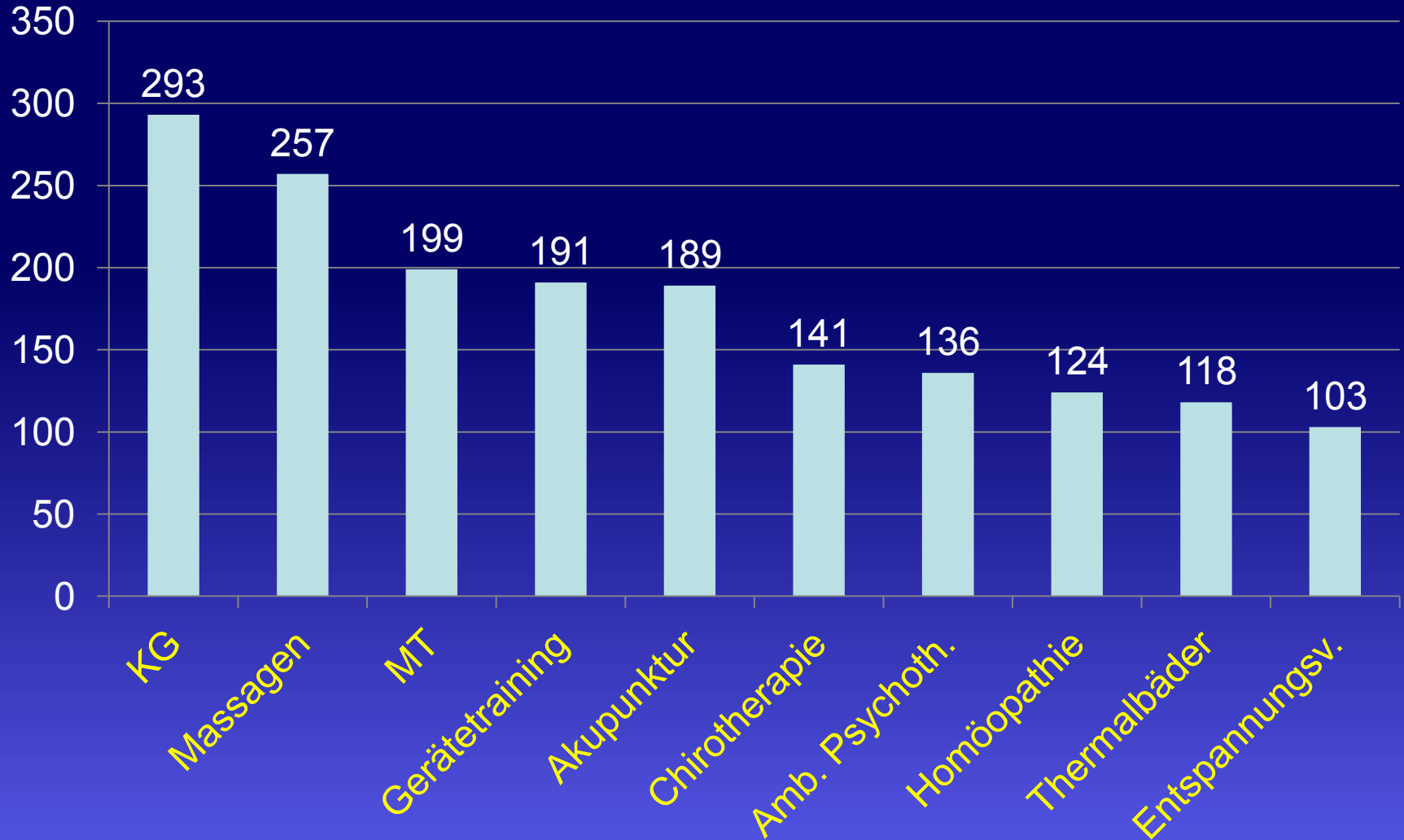
Ich bin – im Falle einer Behandlung – mit der Abspeicherung der in dem Fragebogen erhobenen Daten in dem Praxis-EDV-System einverstanden.

Ort, Datum

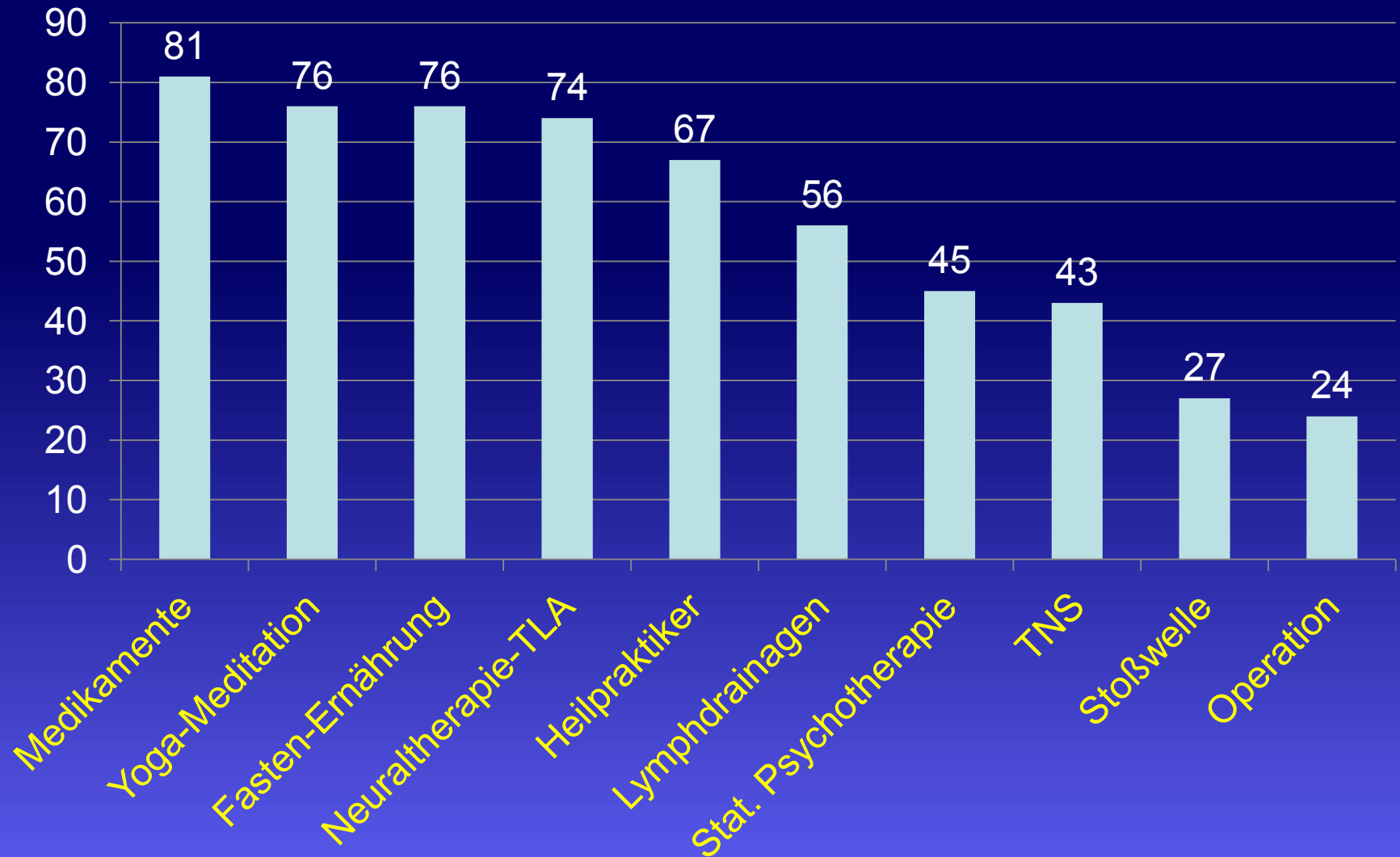
Unterschrift

Untersucht wird Art und Häufigkeit der von Ärzten
verordneten oder der von Patienten gewählten
Therapieverfahren zur Schmerztherapie

Therapieverfahren: Top Ten von 381 Patienten

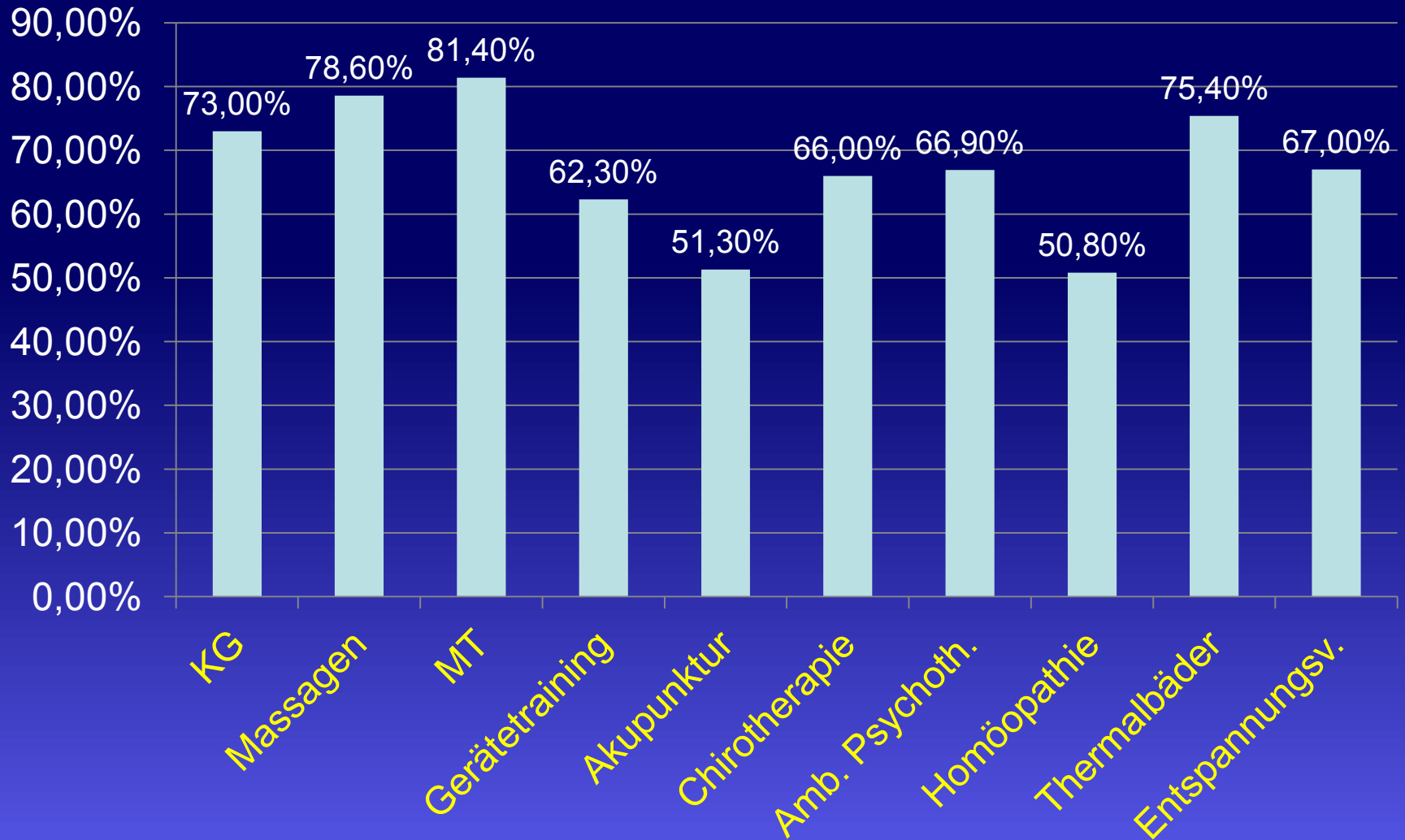


Therapieverfahren: 11 - 20 von 381 Patienten

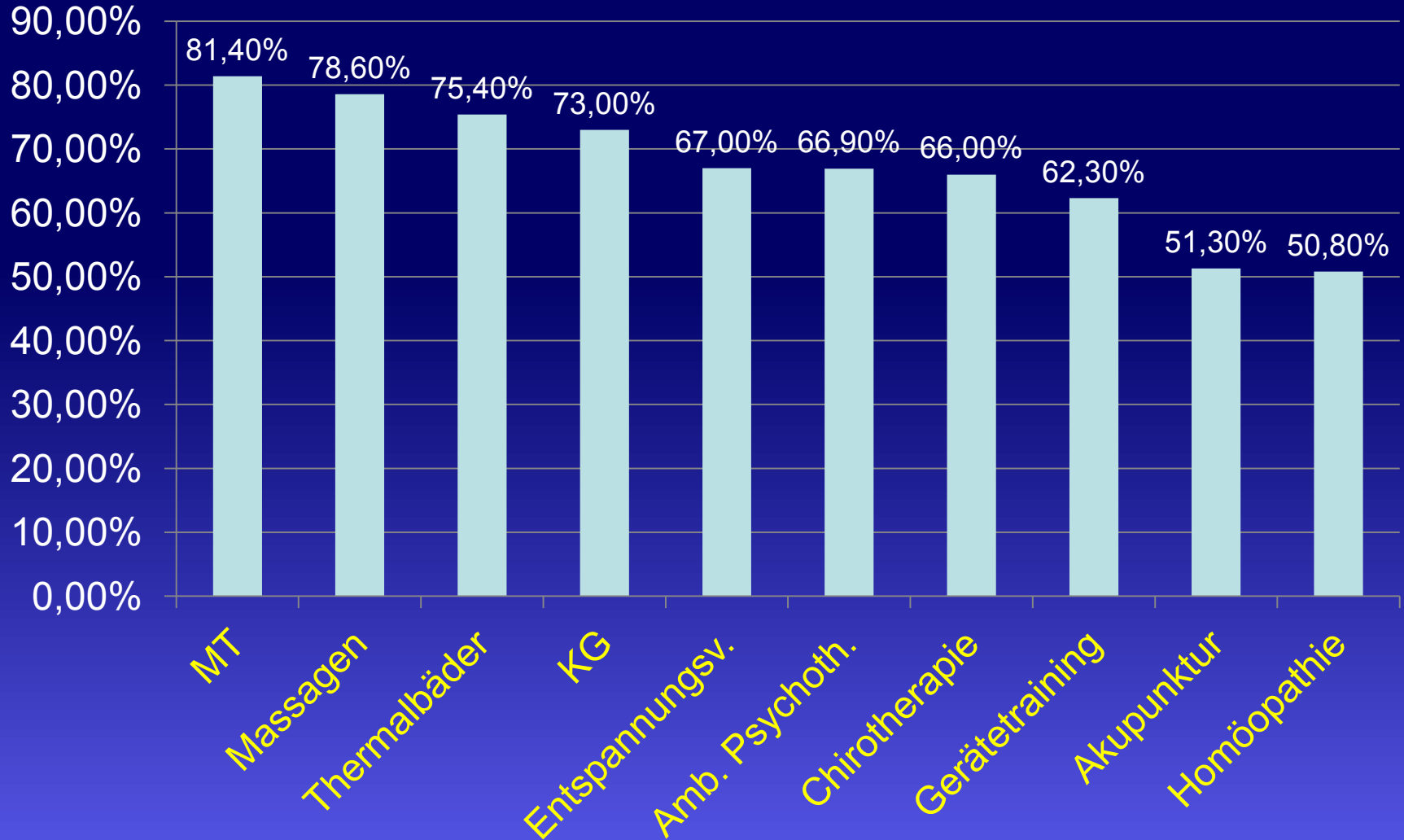


Untersucht wird die therapeutische Wirksamkeit
eines Therapieverfahrens hinsichtlich „Erfolg“
oder „Teilerfolg“ als Prozentangabe

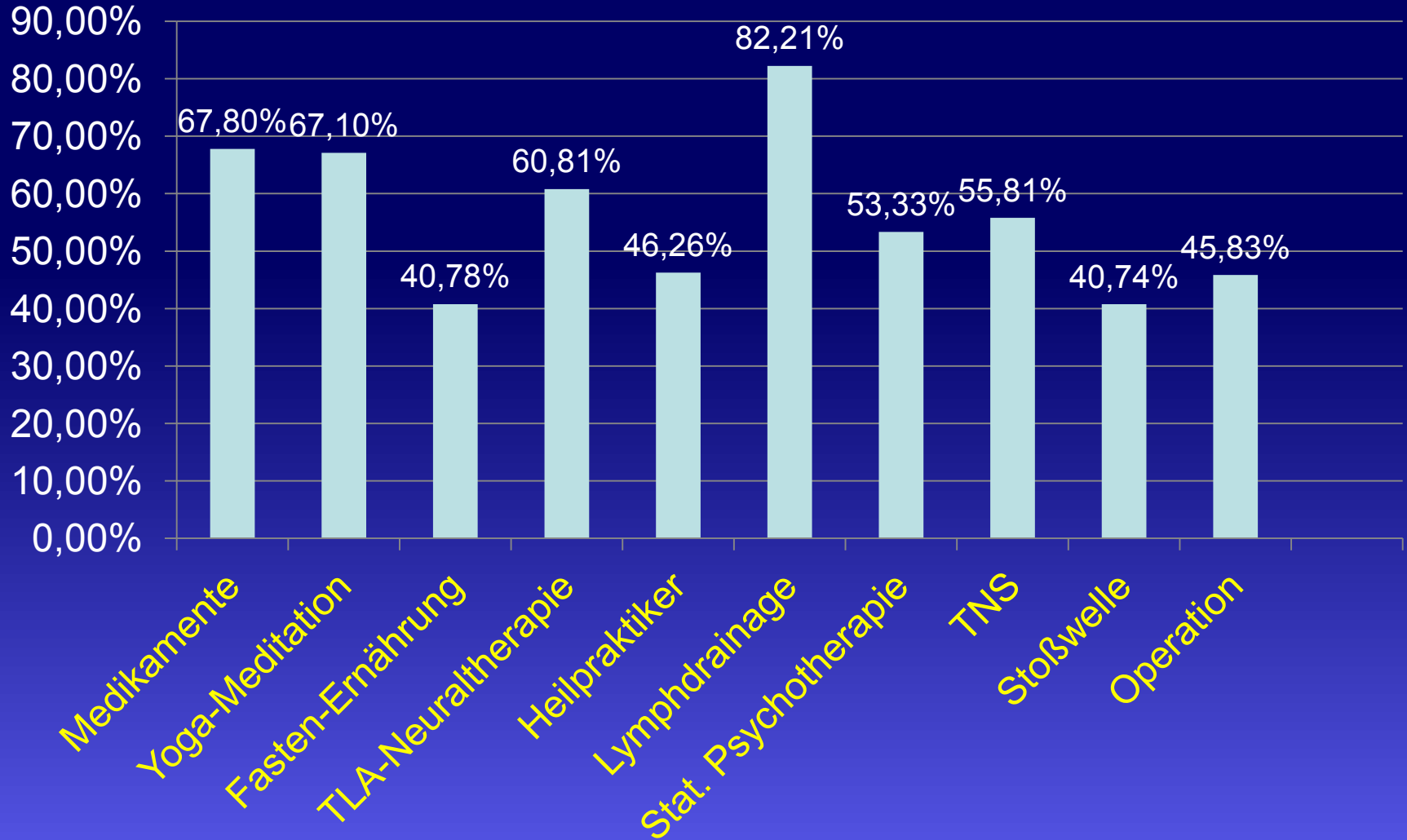
Therapeutischer Nutzen: Top Ten von 381 Patienten



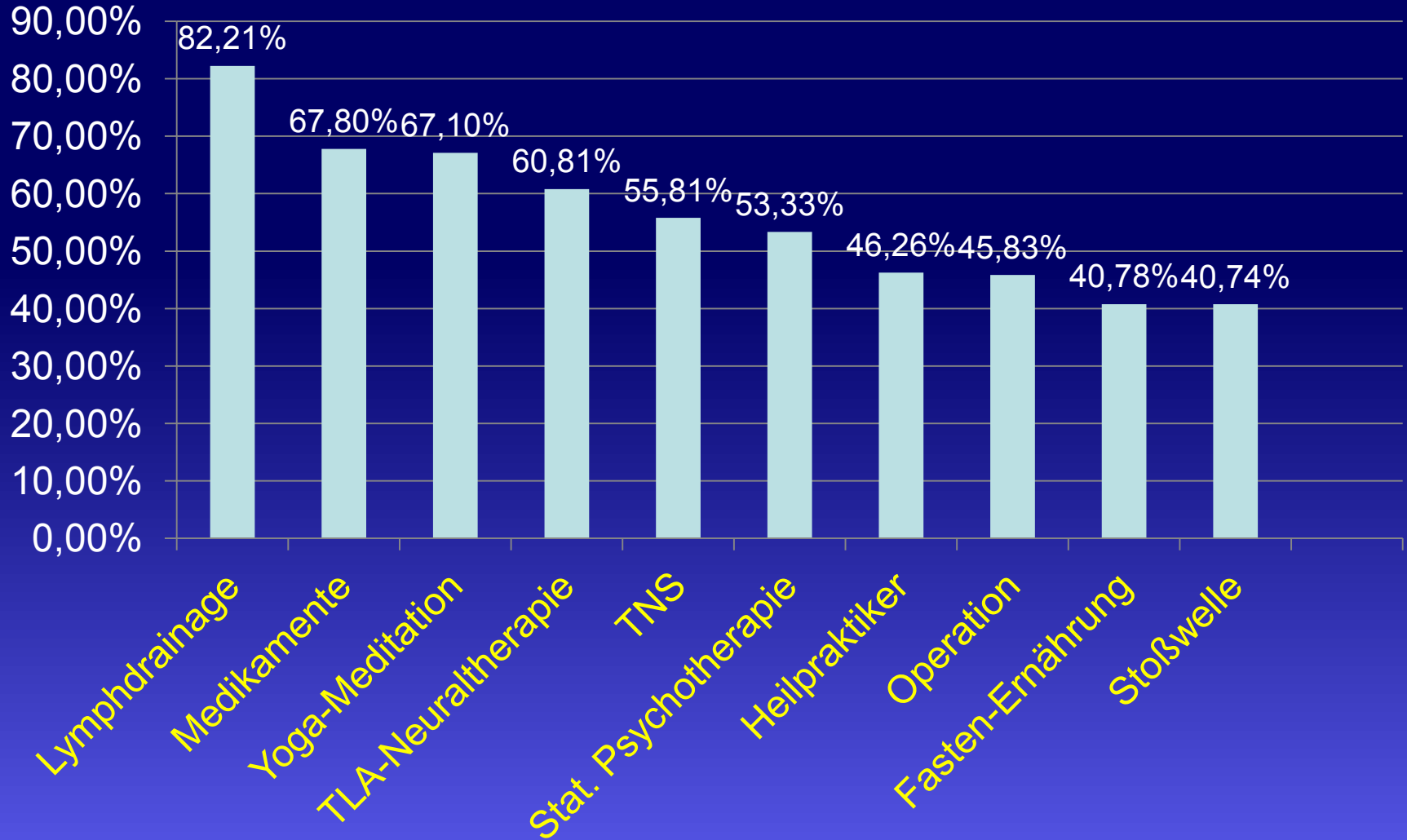
Therapeutischer Nutzen: Top Ten-Ranking



Therapeutischer Nutzen: 11-20 von 381 Patienten



Therapeutischer Nutzen: 11-20 Ranking



Favoriten:

Favoriten sind Therapieverfahren, die im Einzelfall zu einer deutlichen und anhaltenden (> 6 Monate) Schmerzremission geführt haben. Sie wurden von den Studienteilnehmern als anhaltend und eindeutig wirksam zur eigenen Schmerztherapie bewertet

28. Haben bisherige Vorbehandlungen Ihre Schmerzen
anhaltend (> 6 Monate) und deutlich gelindert? ja nein

Wenn ja, welche spezielle Therapieverfahren haben zu einer anhaltenden und deutlichen Schmerzlinderung geführt? Bitte Angabe der erfolgreichen Therapieverfahren in der Reihenfolge ihrer Wirksamkeit (maximal vier Angaben).

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Sofern Sie durch unsere Praxis behandelt werden, können einige dieser Daten auch im Praxis-Dokumentationssystem abgespeichert werden. Diese Daten sind nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes vor einem mutwilligen Zugriff geschützt. Zu diesem System haben nur unsere Mitarbeiter direkten Zugang.

Gemäß den Vorgaben des Gesetzes bitten wir Sie, sich mit einer Abspeicherung Ihrer persönlichen Daten einverstanden zu erklären.

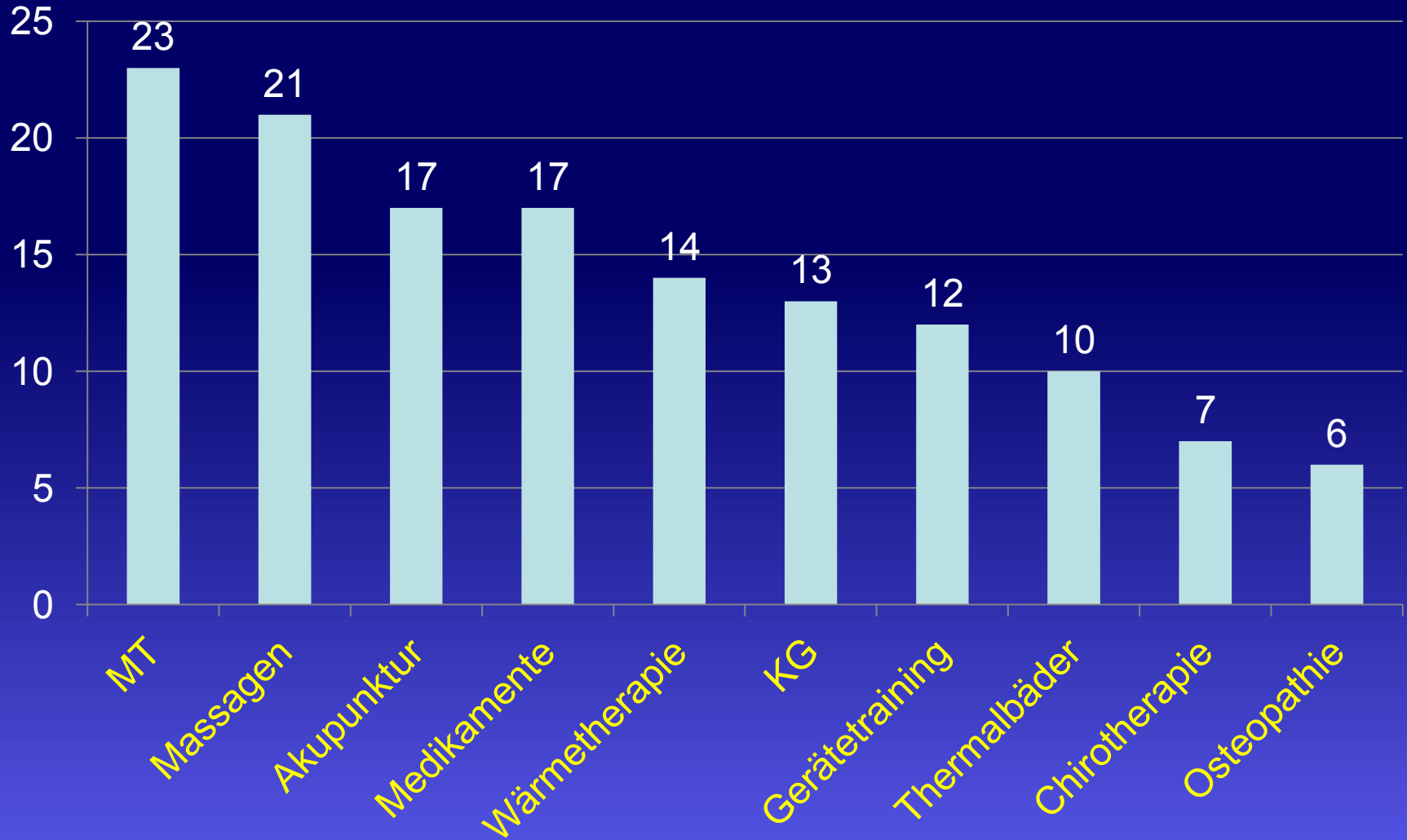
Einverständniserklärung

Ich bin – im Falle einer Behandlung – mit der Abspeicherung der in dem Fragebogen erhobenen Daten in dem Praxis-EDV-System einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Favoriten



Psychotherapeutische Schmerztherapie:

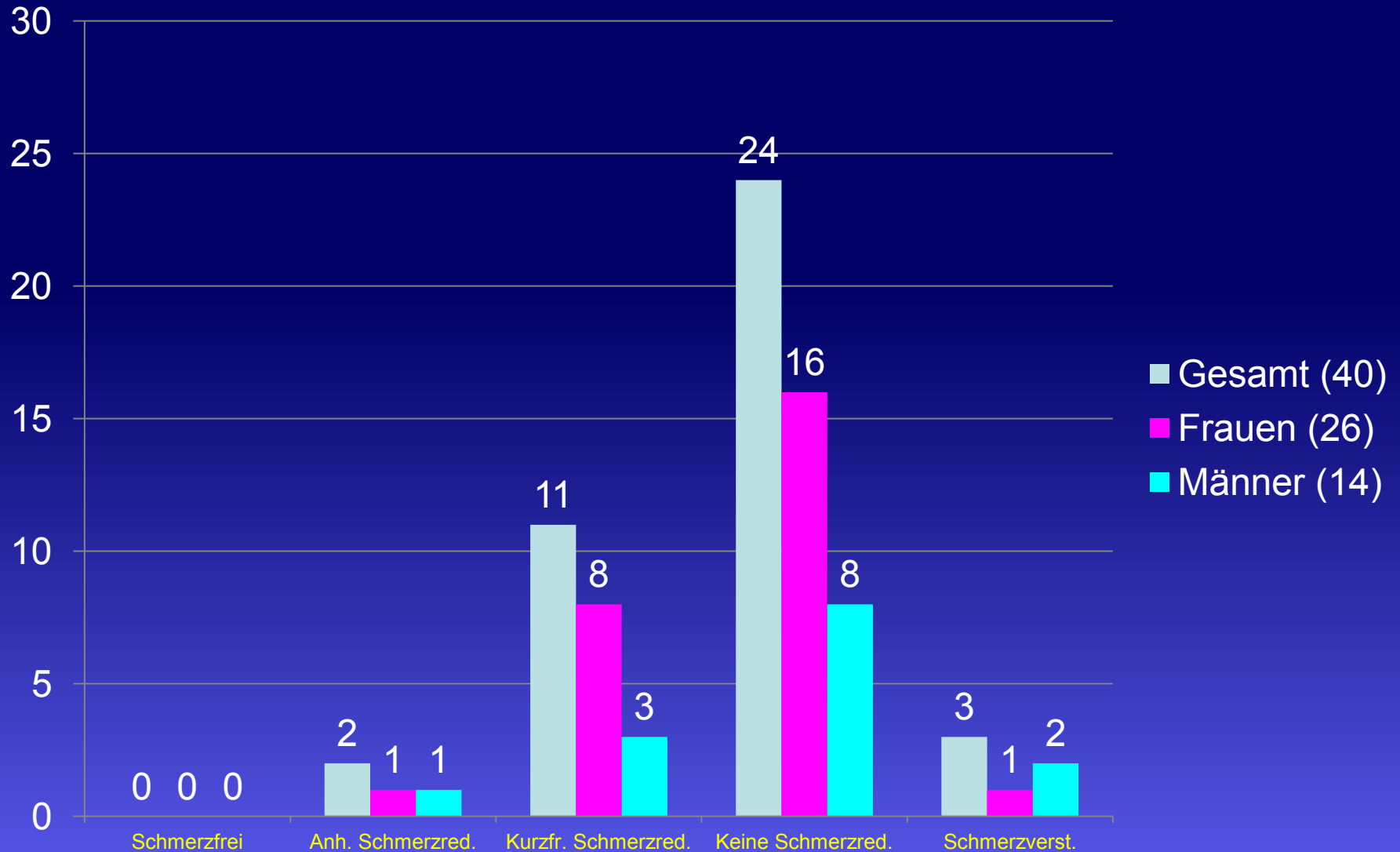
Schmerzen mit überwiegend psychischen Anteilen hinsichtlich Schmerzentstehung bedürfen primär einer Speziellen psychotherapeutischen Schmerztherapie.

40 der 381 Studienteilnehmer (10,49%) hatten zur Schmerzbehandlung diese Therapie bekommen.

26 von 272 Frauen (9,55%)

14 von 109 Männer (12,84%)

Psychotherapeutische Schmerztherapie



Ergebnisse:

Die Daten wurden bei 381 Patienten erhoben, die meine Praxis für Schmerzmedizin wegen anhaltend therapieresistenter Schmerzen aufsuchten

Die Daten wurden vor Aufnahme einer Schmerz-Therapie in der Praxis erhoben

Die Ergebnisse beziehen sich daher auf eine selektierte behandlungsproblematische Patientengruppe. Die Daten lassen daher keine Aussage über die grundsätzliche Wirksamkeit der untersuchten Behandlungsverfahren zu