Digi4 MSK

Kofinanziert von der Europäischen Union

LEHRMATERIAL VON
DIGI4MSK- BAND 1

1. Einführung in das Selbstmanagement bei muskuloskelettalen Schmerzen



Autoren der Serie

Víctor Doménech-García[1], Julia Blasco-Abadía[1], Kieran O'Sullivan[2], Lara Coyne[2], Mary O'Keeffe[3,4], Nathan Skidmore[3,5], Zsófia Nagy[3,6], Thorvaldur Skuli Palsson[7,8], Steffan Wittrup McPhee Christensen[9,10], Morten Hoegh[9], Alice Baroncini[11], Domenico Compagnone[11], Pedro Berjano[11], Lisa Zauber[12], Pablo Bellosta-López[1].

[1] Universidad San Jorge. Campus Universitario, Autov. A23 km 299, 50830. Villanueva de Gállego, Zaragoza, Spain.

[2] School of Allied Health, University of Limerick, Ireland.

[3] European Pain Federation EFIC, Brussels, Belgium.

[4] School of Public Health, Physiotherapy and Sports Science, University College Dublin, Dublin, Ireland.

[5] Department of Sport, Exercise and Rehabilitation, Northumbria University, UK.

[6] Rétköz Health Center, Budapest, Hungary.

[7] Department of Clinical Medicine, Aalborg University, Aalborg Denmark.

[8] Department of Physiotherapy and Occupational Therapy, Aalborg University Hospital, Denmark.

[9] Department of Health Science and Technology, Aalborg University, Aalborg, Denmark.

[10] Department of Physiotherapy, University College of Northern Denmark, Aalborg, Denmark.

[11] IRCCS Ospedale Galeazzi-Sant'Ambrogio, Milan, Italy.

[12] Research & Development Department, SYNYO GmbH, Vienna, Austria.

Hauptautoren des Kapitels: Thorvaldur S. Palsson[7,8], Steffan Wittrup McPhee Christensen[9,10].

Digi4MSK – Erasmus+ Projekt Nr. **101111708**

Unter der Leitung der **Universität San Jorge (Spanien)** mit Partnern: **SYNYO (Österreich), European Pain Federation (EFIC®), Universität Aalborg (Dänemark), Universität Limerick (Irland), VITECO und IRCCS Ospedale Galeazzi – Sant'Ambrogio (Italien), INP und Irudigital (Spanien).**

Weitere Informationen: **https://digi4msk.eu/de/**

© Februar 2026. Digi4MSK. Lizenziert unter CC BY 4.0.
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/



doi: https://doi.org/10.54391/20.500.14888/2018



Digi4MSK - Von der Europäischen Union finanziert. Die geäußerten Ansichten und Meinungen entsprechen jedoch ausschließlich denen des Autors bzw. der Autoren und spiegeln nicht zwingend die der Europäischen Union oder der Europäischen Exekutivagentur für Bildung und Kultur (EACEA) wide. Weder die Europäische Union noch die EACEA können dafür verantwortlich gemacht werden. ERASMUS-EDU- 2022-PI-ALL-INNO: Projekt n.101111708

Haftungsausschluss:

Dieses Dokument wurde im Rahmen eines europäischen Projekts ausschließlich zu Bildungs- und Informationszwecken erstellt. Der Inhalt ersetzt weder klinisches Urteilsvermögen noch berufliche Richtlinien oder institutionelle Protokolle. Es handelt sich nicht um medizinische Beratung, Diagnose oder Behandlung. Medizinisches Fachpersonal sollte sich bei Entscheidungen auf sein eigenes Fachwissen, seine klinische Erfahrung und die geltenden Versorgungsstandards stützen. Weder die Autoren/Autorinnen noch die Projektpartner:innen übernehmen Verantwortung für Handlungen oder Entscheidungen, die auf der Grundlage der in diesem Material enthaltenen Informationen getroffen werden.

Transparenzhinweis:

Generative KI-Tools wurden verwendet, um das vom DIGI4MSK-Konsortium erstellte Originalmaterial zu entwerfen, zu bearbeiten und anzupassen. Alle KI-generierten Ergebnisse wurden von den Autorinnen und Autoren überprüft, verifiziert und gegebenenfalls umformuliert.

Kofinanziert von der Europäischen Union

Zusammenfassung

Digi4MSK ist ein Erasmus+-Projekt, das Lernressourcen entwickelt, um die Kommunikation von Fachleuten über die Gesundheit des Bewegungsapparats zu verbessern und evidenzbasiertes Selbstmanagement zu implementieren. Diese Ressource fasst hochwertige Forschungsergebnisse zu prägnanten, umsetzbaren Leitlinien für die tägliche Praxis zusammen. Jeder Band enthält strukturierte Zusammenfassungen, Tools und Beispiele zur Unterstützung gemeinsamer Entscheidungsfindung, gesundheitskompetenzorientierter Kommunikation und sicherer, patientinnen – und patientenorientierter Versorgung bei Erkrankungen des Bewegungsapparats.

Diese kostenlosen Bildungsmaterialien sind für die **Verwendung und Anpassung** durch medizinisches Fachpersonal, Pädagogen/Pädagoginnen und Forscher:innen weltweit für Schulungs- und Ausbildungszwecke im klinischen Bereich konzipiert.. Bitte geben Sie die Quelle „Digi4MSK-Konsortium" an und weisen Sie auf etwaige Änderungen hin. Informationen zur Lizenzierung und zu den zulässigen Verwendungszwecken finden Sie auf der Seite „Credits & Licensing" (Quellenangaben und Lizenzierung).

Die ersten vier Bände umfassen: die Voraussetzungen für die Umsetzung des Selbstmanagements, allgemeine Grundsätze des Selbstmanagements, den Ausschluss schwerwiegender Pathologien bei muskuloskelettalen Schmerzen und die Beurteilung der Bereitschaft eines Patienten/einer Patientin in Bezug auf Motivation und Gesundheitskompetenz.

Band 1 – Einführung in das Selbstmanagement bei muskuloskelettalen Schmerzen

Dieser Band bietet eine allgemeine, evidenzbasierte Einführung in das Selbstmanagement bei muskuloskelettalen Schmerzen. Er erläutert Definitionen, Grundprinzipien und die Rolle des medizinischen Fachpersonals und enthält leitlinienkonforme Empfehlungen. In den praktischen Abschnitten werden häufige Hindernisse und Förderfaktoren des Selbstmanagements, Problemlösungsfähigkeiten und Gesundheitskompetenz als Grundpfeiler einer sicheren, patientinnen – und patientenorientierter Versorgung behandelt.

Stichworte: Selbstmanagement, klinische Leitlinien, Gesundheitskompetenz, patientinnen – und patientenorientierter Versorgung, Hindernisse und Förderfaktoren.

INDEX

1. Einführung in das selbstmanagement bei muskuloskelettalen schmerzen 5
1.1 Ziele 5
1.2 Einleitung: Die Herausforderung der Behandlung von muskuloskelettalen Schmerzen 5
1.3 Die Notwendigkeit eines personalisierten MSK-Gesundheitsmanagements 6
1.3.1 Was ist Selbstmanagement? 9
1.3.2 Empfehlungen zum Selbstmanagement in klinischen Leitlinien 11
1.3.3 Grundsätze des Selbstmanagements und die Rolle des medizinischen Fachpersonals 11
1.3.4 Warum ist Selbstmanagement wichtig? 15
1.3.5 Gesundheitskompetenz – Der Schlüssel zum Selbstmanagement 15
1.3.6 Entwicklung von Problemlösungsfähigkeiten 16
1.4 Die Rolle des medizinischen Fachpersonals 17
1.4.1 Hindernisse und Förderfaktoren für das Selbstmanagement 19
1.5 Zusammenfassung der wichtigsten Botschaften 22
Referenzen 23

Kofinanziert von der Europäischen Union

1. Einführung in das selbstmanagement bei muskuloskelettalen schmerzen

1.1 Ziele

Das übergeordnete Ziel dieses Kapitels ist es, das Konzept des Selbstmanagements bei muskuloskelettalen Schmerzen vorzustellen und die wesentlichen Elemente zu skizzieren, die für ein positives Ergebnis erforderlich sind. Das Modul ist in mehrere Unterabschnitte unterteilt, die jeweils klar definierte Lernergebnisse haben und gemeinsam darauf abzielen, die Leser:innen dabei zu unterstützen:

- *das Konzept des Selbstmanagements im Zusammenhang mit muskuloskelettalen Schmerzen zu verstehen.*
- *die Bedeutung der Befähigung von Patient:innen zu erkennen, eine aktive Rolle bei der Behandlung ihrer Schmerzen zu übernehmen.*
- *die Kernkomponenten des Selbstmanagements, der Aufklärung (Kenntnisse, Überzeugungen, Fähigkeiten), einschließlich Bewegung und Änderungen des Lebensstils, zu identifizieren.*
- *die Bedeutung der Anpassung von Selbstmanagement-Maßnahmen an die Gesundheitskompetenz und die Motivation der Patient:innen zu erkennen.*

1.2 Einleitung: Die Herausforderung der Behandlung von muskuloskelettalen Schmerzen

Schmerzhafte muskuloskelettale Erkrankungen, darunter Nacken- und Rückenschmerzen sowie Schulter-, Hüft- und Knieschmerzen, stellen weltweit eine weit verbreitete gesundheitliche Herausforderung dar (Barlow et al., 2002; Ferreira et al., 2023; Gill et al., 2023; Wu et al., 2024). Da es kaum Aussichten gibt, dass sich diese Belastung in absehbarer Zukunft verringern wird, besteht ein dringender Bedarf, zu untersuchen, wie diese Erkrankungen wirksamer behandelt werden können (Ferreira et al., 2023; Gill et al., 2023; Wu et al., 2024). Diese schmerzhaften Erkrankungen beeinträchtigen nicht nur die körperliche Funktionsfähigkeit, sondern zählen auch zu den häufigsten Ursachen für Behinderungen, die sich nachteilig auf die Lebensqualität auswirken können (Cohen et al., 2021; Ferreira et al., 2023; Gill et al., 2023; Kawai et al., 2017; Lynch et al., 2008; Wu et al., 2024). Darüber hinaus wird die Belastung durch muskuloskelettale Schmerzen häufig durch das gleichzeitige Vorliegen anderer chronischer Erkrankungen verstärkt, die zusammen als Multimorbidität bezeichnet werden (Chowdhury et al., 2023; Skou et al., 2022).

Multimorbidität betrifft etwa ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung und stellt eine der drängendsten Herausforderungen für moderne Gesundheitssysteme dar (Chowdhury et al., 2023; Pearson-Stuttard et al., 2019; Skou et al., 2022). Die Behandlung von Multimorbidität stellt nach wie vor eine klinische Herausforderung dar, da Ärzt:innen eine Erkrankung behandeln und gleichzeitig deren Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen berücksichtigen müssen, was die Versorgung zusätzlich erschwert (Kawai et al., 2017; Skou et al., 2022). Über die klinischen Herausforderungen hinaus hat Multimorbidität auch erhebliche gesellschaftliche und wirtschaftliche Folgen, darunter eine erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Fehlzeiten am Arbeitsplatz und eine größere Belastung der Gesundheitssysteme (Kawai et al., 2017; Skou et al., 2022). Trotz der Fortschritte in der medizinischen Versorgung können traditionelle, anbieterorientierte Gesundheitsmodelle oft nicht den vielfältigen Bedürfnissen von Patient:innen mit muskuloskelettalen Schmerzen gerecht werden, insbesondere wenn Multimorbidität vorliegt. Die passive Rolle, die Patient:innen in vielen Gesundheitssystemen traditionell zugewiesen wird, unterstreicht zusätzlich die Notwendigkeit eines nachhaltigeren, patient:innenzentrierten Ansatzes (Buchbinder et al., 2018; Kamper et al., 2020; Lin et al., 2020; Skou et al., 2022).

Zusammengenommen unterstreichen diese Punkte die Notwendigkeit, den Fokus verstärkt darauf zu legen, Menschen mit muskuloskelettalen Erkrankungen, einschließlich derjenigen mit Schmerzen, in die Lage zu versetzen, ihre eigene Erkrankung besser zu bewältigen. Mit anderen Worten: Die Optimierung des Selbstmanagements sollte Priorität haben. Dieses Thema wird in den folgenden Abschnitten näher erläutert.

1.3 Die Notwendigkeit eines personalisierten MSK-Gesundheitsmanagements

Was ist MSK-Gesundheit?

Die muskuloskelettale (MSK) Gesundheit (oder Gesundheit des Bewegungsapparats) ist ein grundlegender Bestandteil des allgemeinen Wohlbefindens und bildet die Grundlage für Mobilität, körperliche Funktion und Lebensqualität. Von akuten Verletzungen bis hin zu chronischen Erkrankungen – MSK-Erkrankungen betreffen Millionen von Menschen weltweit und stellen eine erhebliche Belastung für die Bevölkerung dar. Eine personalisierte Versorgung im MSK-Gesundheitsmanagement ist unerlässlich, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Menschen gerecht zu werden, die Ergebnisse zu verbessern und die Lebensqualität zu steigern.

Warum eine personalisierte Versorgung entscheidend ist

Die effektive Behandlung von MSK-Erkrankungen erfordert mehr als standardisierte Behandlungspläne. Eine personalisierte Versorgung berücksichtigt das komplexe Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren, die die Gesundheitsergebnisse beeinflussen.

MSK-Erkrankungen äußern sich bei jeder Patientin und jedem Patienten unterschiedlich, beeinflusst durch Alter, Genetik, körperliche Gesundheit, Lebensstil und gelebter Erfahrung. Durch die Personalisierung wird sichergestellt, dass die Maßnahmen auf die spezifischen Symptome, Fähigkeiten, Ziele und Präferenzen der Patientin oder des Patienten zugeschnitten sind, was zu einer besseren Compliance und besseren Gesundheitsergebnissen führt. Eine individualisierte Versorgung fördert auch die Selbstbestimmung und Selbstwirksamkeit der Patient:innen und steigert ihre Motivation und ihr Engagement für ihre eigene Gesundheit. Beispielsweise kann ein sitzender Büroangestellter mit Schmerzen im unteren Rückenbereich von gezielten Übungen und Strategien profitieren, um sich während der Arbeitszeit mehr zu bewegen und so längere Zeit am Schreibtisch zu bewältigen. Im Gegensatz dazu benötigt eine junge Sportlerin mit derselben Erkrankung möglicherweise einen sportspezifischen Rehabilitationsplan, der sich auf leistungsbezogene Bewegungen konzentriert. Diese Fälle unterstreichen die Bedeutung des Kontexts für die Gestaltung einer wirksamen Behandlung und das Erreichen der beabsichtigten Ergebnisse.

Biopsychosoziale Faktoren und wie sie sich von Person zu Person unterscheiden

Das Verständnis des gesamten Umfangs des **biopsychosozialen Modells** – eines integrativen Modells, das biologische, psychologische und soziale Faktoren beim Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Patient:innenversorgung berücksichtigt – ist unerlässlich, um die Versorgung zu personalisieren und die Vielzahl von Faktoren zu erkennen, die zu den von einer Patientin oder einem Patienten berichteten Symptomen beitragen können. **Biologische Faktoren** wie Alter, Gewicht, Geschlecht und Begleiterkrankungen (z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) können den Krankheitsverlauf und das Ansprechen auf die Behandlung beeinflussen. Körperliche Einschränkungen oder die körperliche Fitness bestimmen darüber hinaus die Durchführbarkeit und Akzeptanz bestimmter Übungen oder Therapien. **Psychologische Faktoren,** darunter die Einstellung zu Schmerzen, die Motivation zur Teilnahme an der Behandlung und der psychische Gesundheitszustand, beeinflussen ebenfalls die Einhaltung der Behandlung. Es ist wichtig, kognitive Barrieren wie Kinesiophobie

und Vermeidungsverhalten zu erkennen, da diese unabhängig von physischen oder sozialen Barrieren die Einschränkung verschlimmern und die Genesung behindern können. Schließlich beeinflussen auch **soziale Faktoren** wie der Zugang zur Gesundheitsversorgung, die Unterstützung durch Familie oder Gemeinschaft und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben die Fähigkeit einer Patientin oder eines Patienten, Behandlungspläne einzuhalten. Kulturelle Normen und der sozioökonomische Status bestimmen wahrscheinlich, wie Patient:innen die Gesundheit des Bewegungsapparats wahrnehmen und priorisieren. Es ist wichtig zu betonen, dass komplexe Interventionen darauf ausgelegt sind, biologische, psychologische und soziale Faktoren anzugehen. Ihre Wirksamkeit hängt jedoch vom Grad der individuellen Flexibilität innerhalb dieser Bereiche ab. Während beispielsweise einige biologische Faktoren wie die Genetik nicht verändert werden können, lässt sich die Muskelfitness innerhalb bestimmter Grenzen verbessern. Ebenso können psychologische Eigenschaften wie Bewältigungsstrategien und soziale Faktoren wie unterstützende Beziehungen entwickelt oder gestärkt werden. Das Ausmaß dieser Flexibilität variiert von Person zu Person und hat einen starken Einfluss auf den Gesamterfolg einer Intervention.

Überblick über die vielfältigen Bedürfnisse der Patient:innen, einschließlich ihres Gesundheitszustands, ihrer Überzeugungen und ihrer Lebensgewohnheiten. Ein personalisierter Ansatz für das MSK-Gesundheitsmanagement muss das breite Spektrum der Patient:innenbedürfnisse berücksichtigen, wobei die Patient:innen Symptome aufweisen können, die von leichten, vorübergehenden Symptomen bis hin zu schweren, chronischen Erkrankungen reichen, die eine multidisziplinäre Versorgung erfordern:

- Es ist von entscheidender Bedeutung, **sich mit Überzeugungen und Einstellungen auseinanderzusetzen**, darunter auch mit falschen Vorstellungen über Schmerzen, Bewegungsängsten oder Vermeidungsverhalten sowie mit maladaptiven Bewältigungsstrategien wie einer übermäßigen Abhängigkeit von Medikamenten, da diese die Genesung behindern können. Medizinisches Fachpersonal sollte diese Faktoren durch Aufklärung angehen und dabei die Vorteile von Bewegung und Selbstmanagement hervorheben, da dies für den Fortschritt unerlässlich ist.
- **Das Verständnis des Lebensstils und des Aktivitätsniveaus** prägt die Behandlungswege zusätzlich. Beispielsweise benötigen sehr aktive Patient:innen, wie Sportler:innen, möglicherweise eine leistungsorientierte Rehabilitation, während Patient:innen mit sitzender Lebensweise von einer schrittweisen Aktivitätsplanung,

Belastungsmanagement und einer allmählichen Steigerung profitieren können. Das **Alter und das Vorliegen von Begleiterkrankungen** der Patient:innen sind ebenfalls wichtige Faktoren. Jüngere Patient:innen legen oft Wert auf eine schnelle Genesung, um wieder arbeiten oder Sport treiben zu können, während ältere Patient:innen möglicherweise mehr Wert auf die Erhaltung ihrer Unabhängigkeit und die Behandlung mehrerer chronischer Erkrankungen legen.

Schließlich müssen auch **die Betreuungsbedürfnisse** berücksichtigt werden. Patient:innen, die ein hohes Maß an Unterstützung benötigen, profitieren möglicherweise von häufigen persönlichen Konsultationen, während Patient:innen mit geringerem Betreuungsbedarf durch solide Selbstmanagementpläne, einschließlich klarer Anweisungen, visueller Hilfsmittel und Nachsorge, effektiver betreut werden können. Ein personalisiertes MSK-Gesundheitsmanagement stellt sicher, dass die Versorgung auf die individuellen biologischen, psychologischen und sozialen Umstände jeder Patientin und jedes Patienten abgestimmt ist. Dieser individualisierte Ansatz kann Betroffene befähigen, eine aktive Rolle bei ihrer Gesundheit zu übernehmen und bedeutende, dauerhafte Verbesserungen ihres MSK-Zustands zu erzielen.

1.3.1 Was ist Selbstmanagement?

In der Literatur finden sich zahlreiche Beispiele dafür, dass Menschen mit MSK-Schmerzen von einer Verbesserung ihrer Fähigkeit zur Bewältigung ihrer Erkrankung profitieren können, welche auch als Selbstmanagementstrategien bezeichnet werden (Palsson et al., 2024). Diese Strategien umfassen eine Vielzahl von Ansätzen, darunter Aufklärung durch schriftliche Materialien (z. B. Broschüren, Faltblätter, Bücher, Webseiten und Apps) und verbale Methoden (z. B. Videos, Telekonsultationen und persönliche Gespräche) (Palsson et al., 2024). Obwohl der Inhalt von Selbstmanagement-Interventionen in den verschiedenen Studien variiert, gehören zu den gemeinsamen Elementen die Aufklärung der Patient:innen über Strategien zur Schmerzbewältigung, Bewegung, Ernährung, Medikamente und andere Behandlungsmethoden, die alle mit den klinischen Praxisleitlinien übereinstimmen (Lin et al., 2020; Palsson et al., 2024). Angesichts dieser Vielfalt ist es vielleicht nicht überraschend, dass es offenbar keinen klaren Konsens über die Definition von Selbstmanagement gibt.

Bestehende Definitionen stimmen darin überein, dass Selbstmanagement eine Reihe von Fähigkeiten umfasst, die es Menschen mit muskuloskelettalen Schmerzen ermöglichen, eine aktive Rolle bei der Bewältigung ihrer Erkrankung zu übernehmen, um ihre Funktion zu verbessern (Barlow et al., 2002; Jonkman et al., 2016). Einige Definitionen betonen jedoch die Unabhängigkeit der Patientin oder des Patienten bei der Umsetzung des Selbstmanagements, während andere von einem höheren Maß an medizinischer Überwachung ausgehen. Eine kürzlich durchgeführte Überprüfung des Selbstmanagements bei schmerzhaften muskuloskelettalen Erkrankungen der Extremitäten definierte Selbstmanagement-Interventionen als solche, bei denen die meisten Maßnahmen von Patient:innen ohne Überwachung durch medizinisches Fachpersonal durchgeführt werden (Christensen et al., 2025). Eine solche Definition mag zwar als Suchparameter in Literaturrecherchen nützlich sein, bietet jedoch keine klare Orientierung für die klinische Umsetzung. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, Praxisempfehlungen zu prüfen. Bis ein Konsens über die Definition erzielt ist, hat das Digi4MSK-Projekt zwei Arbeitskategorien eingeführt: Selbstmanagement mit hoher bzw. geringer Überwachung.

Eine hohe Überwachung ist definiert als ein Plan, der sich durch enge Überwachung und Coaching auszeichnet (z. B. häufige Überprüfungen, von Ärzt:innen geleitete Zielsetzung, direktes Feedback zu Tempo, Belastungsmanagement und Plänen für akute Schübe) und bei dem professionelle Unterstützung zur Überwindung von Hindernissen jederzeit verfügbar ist. Der Erfolg zeigt sich in der schrittweisen Übertragung von Entscheidungen (was zu versuchen ist, wann Fortschritte gemacht werden sollen/wann zurückgesteckt werden soll) von der Ärztin oder dem Arzt auf die Patientin oder den Patienten. In ähnlicher Weise wird **geringe Überwachung** als ein Plan mit seltenen, geplanten Überprüfungen (z. B. auf Meilensteinbasis), patient:innengesteuerter Datenerfassung (Symptom-/Funktionsprotokolle) und Selbstanpassungsprotokollen (z. B. vorab vereinbarte Regeln für Tempo und Belastung) definiert. Die Rolle der Ärztin oder des Arztes besteht in erster Linie darin, als Moderator:in/Coach zu fungieren, die Sicherheit zu gewährleisten, die Einhaltung der Richtlinien sicherzustellen und bei Bedarf Probleme neu zu formulieren.

Kofinanziert von der Europäischen Union

1.3.2 Empfehlungen zum Selbstmanagement in klinischen Leitlinien

Das Ziel einer Selbstmanagementstrategie für Menschen mit muskuloskelettalen Schmerzen besteht darin, ihr Wissen, ihre Fähigkeiten und ihr Selbstvertrauen im Umgang mit ihrer Erkrankung zu stärken und dadurch ihre Lebensqualität zu verbessern (Babatunde et al., 2017; Lin et al., 2020; Lorig & Holman, 2003; Palsson et al., 2024). Obwohl, wie bereits erwähnt, derzeit kein Konsens über die Definition von Selbstmanagement besteht, lassen sich gemeinsame Elemente in den klinischen Empfehlungen identifizieren (Babatunde et al., 2017; Lin et al., 2020; Lorig & Holman, 2003; Palsson et al., 2024). Zwei systematische Übersichtsarbeiten zu Leitlinien für die Behandlung von muskuloskelettalen Schmerzen (Babatunde et al., 2017; Lin et al., 2020) betonten die entscheidende Rolle der Patient:innenaufklärung als Teil des Selbstmanagements. Babatunde et al. (2017) hoben hervor, dass die Empfehlungen der Leitlinien Selbstmanagement-Ratschläge und -Aufklärung als wichtig für die Verbesserung des Verständnisses der Patient:innen für muskuloskelettale Schmerzen, die Auseinandersetzung mit Bedenken hinsichtlich ihrer Schwere, die Unterstützung der funktionellen Genesung und die Verringerung der Abhängigkeit von medizinischem Fachpersonal durch die Befähigung der Betroffenen, eine aktive Rolle zu übernehmen, beschrieben.

Während die Literatur Selbstmanagementstrategien eindeutig unterstützt, bleibt unklar, wie diese umgesetzt werden sollten. Beispielsweise empfehlen Babatunde et al. (2017) die Einbeziehung von Selbstmanagementtechniken, ohne jedoch zu spezifizieren, was diese beinhalten sollten oder wie sie umgesetzt werden sollten. Um Selbstmanagement effektiv in die Behandlung von muskuloskelettalen Schmerzen zu integrieren, ist daher ein tieferes Verständnis seiner Grundprinzipien erforderlich.

1.3.3 Grundsätze des Selbstmanagements und die Rolle des medizinischen Fachpersonals

Es ist zwar nicht möglich, alle in der Literatur beschriebenen Aspekte von Selbstmanagementstrategien abzudecken, doch lassen sich einige Grundprinzipien hervorheben. Es wurde vorgeschlagen, dass die Behandlung von muskuloskelettalen Schmerzen durch medizinisches Fachpersonal patient:innenzentriert und individuell angepasst sein und eine gemeinsame Entscheidungsfindung beinhalten sollte (Palsson 2024; Lin 2020). Doch wie lassen sich diese Prinzipien bei der Umsetzung von Selbstmanagementstrategien in die Praxis umsetzen? Lorig und Holman (2003) schlugen vor,

dass Selbstmanagement im Wesentlichen problemorientiert ist, und identifizierten fünf zentrale Selbstmanagementfähigkeiten, die in die Schmerzbehandlung integriert werden sollten:

1. **Problemlösung:** Dazu gehört es, ein Problem klar zu definieren, idealerweise so, wie es von der Person mit Schmerzen wahrgenommen wird (z. B. eine unbequeme Position oder Bewegung), nicht hilfreiche Gedanken umzuformulieren, tägliche Gewohnheiten (Ernährung, sitzende Lebensweise) zu identifizieren, mögliche Lösungen auszuprobieren und zu entwickeln, diese umzusetzen und die Ergebnisse zu bewerten. Während einige Personen dies unabhängig oder mit minimaler Unterstützung von außen erreichen können, benötigen andere möglicherweise Unterstützung von Familie oder Freund:innen oder die Anleitung eines medizinischen Fachpersonals während des Prozesses. Wenn dies gelingt, kann die Entwicklung dieser Fähigkeit Einzelpersonen befähigen, alltägliche Herausforderungen (z. B. Schübe) zu bewältigen und Strategien nach Bedarf anzupassen. Ärzt:innen können die Problemlösung unterstützen, indem sie Patient:innen anhand von Beispielen aus dem wirklichen Leben anleiten, iteratives Lernen fördern und ihr Vertrauen in die selbstständige Bewältigung von Herausforderungen stärken. *Beispiel:* Ein Patient mit Schmerzen im unteren Rückenbereich, die durch langes Sitzen bei der Arbeit (> 30 Minuten) verschlimmert werden, arbeitet mit seiner Ärztin zusammen, um das Problem zu identifizieren und Lösungen zu finden (z. B. verschiedene Körperhaltungen ausprobieren, regelmäßig aufstehen oder Mobilitätsübungen machen). Nach einer Woche berichtet der Patient von weniger Steifheit und einer besseren Symptomkontrolle.
2. **Entscheidungsfindung:** Diese Fähigkeit bezieht sich auf die Interpretation verfügbarer Informationen, deren Verwendung und das Erkennen ihrer Auswirkungen. Im Idealfall wären ausreichende und angemessene Kenntnisse verfügbar, um eine effektive Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Oftmals müssen Menschen jedoch Entscheidungen auf der Grundlage der ihnen vorliegenden Informationen treffen und sich anpassen, wenn sie mehr über ihren Zustand erfahren. Dazu könnte beispielsweise gehören, zu erkennen, wann eine Übung oder eine bestimmte Aktivität die Ursache für eine Verschlimmerung der Symptome ist, zu lernen, zwischen schützenden Anpassungen an eine Verletzung (z. B. Hinken nach einer Knöchelverstauchung) und maladaptiven Anpassungen zu unterscheiden oder zu entscheiden, wann eine Ärztin oder ein Arzt aufgesucht werden sollte und wann eine eigenständige Behandlung möglich ist. Ebenso kann dies die Wahl von Lebensstiländerungen umfassen, die für die Erkrankung relevant oder realistisch sind. Auf diese Weise lernen Patient:innen, ihr Aktivitätsniveau und ihren Lebensstil anzupassen, beispielsweise durch eine Verringerung der Belastung oder eine Anpassung des Aktivitätsniveaus, die Sicherstellung ausreichender Schlafzeiten und eine

Optimierung der Ernährung. Ärzt:innen können die Entscheidungsfindung durch praktisches, Szenario-basiertes Training fördern, das das Vertrauen der Patient:innen in **alltägliche** Entscheidungen im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung stärkt. *Beispiel:* Eine Patientin entwickelt nach dem Gewichtheben über Kopf starke Schulterschmerzen im Endbereich. Der Arzt bewertet den Kontext: keine Schwellung, kein Funktionsverlust und nur kurzzeitige Schmerzen. Auf dieser Grundlage wird empfohlen, die Belastung vorübergehend zu reduzieren und die Bewegung anzupassen, anstatt das Training ganz einzustellen. Die Patientin lernt, zwischen akzeptablen Beschwerden und Warnzeichen zu unterscheiden.

3. **Nutzung von Ressourcen:** Dabei wird den Patient:innen vermittelt, wie sie verfügbare Ressourcen finden und nutzen können, darunter kommunale Dienste, medizinisches Fachpersonal und digitale Tools. Dies fördert die aktive Suche nach Unterstützung und Informationen, wenn diese benötigt werden, und aus mehreren Quellen, wenn dies relevant ist. Ärzt:innen können dies unterstützen, indem sie vertrauenswürdige und leicht zugängliche Ressourcen wie Online-Informationen und -Tools empfehlen, deren Nutzung demonstrieren und die Patient:innen ermutigen, diese zu erkunden und anzuwenden. *Beispiel:* Eine Patientin mit chronischen Nackenschmerzen fühlt sich durch widersprüchliche Online-Ratschläge überfordert. Die Ärztin empfiehlt zwei evidenzbasierte Ressourcen: einen NHS-Leitfaden zu chronischen Schmerzen und eine vertrauenswürdige Selbstmanagement-App mit kurzen Lehrvideos. Der Patientin wird gezeigt, wie sie diese Ressourcen nutzen kann, und sie wird ermutigt, diese Woche eine Strategie anzuwenden. Weitere Ressourcen finden Sie natürlich in den Digi4MSK-Materialien.
4. **Aufbau einer Partnerschaft zwischen Patient:innen und Leistungserbringer:** Eine effektive Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen Patient:innen und medizinischem Fachpersonal ist von großer Bedeutung. Bei anhaltenden Schmerzzuständen ist die Rolle der Ärztin oder des Arztes als unterstützende Partner:innen für die Umsetzung einer Selbstmanagementstrategie von zentraler Bedeutung. Maßgeschneiderte Beratung und Unterstützung, Kommunikationstraining und die Gewährleistung, dass sich die Patient:innen während der Konsultationen gehört und respektiert fühlen, können die Motivation und die Rehabilitationsergebnisse verbessern. *Beispiel:* Ein Patient ist entmutigt, nachdem er einen Behandlungsplan befolgt hat, aber keine Besserung festgestellt hat. Anstatt neue Anweisungen zu geben, würdigt der Arzt die Bemühungen des Patienten, bestätigt dessen Frustration und passt den Plan gemeinsam an die aktuellen Bedürfnisse und Präferenzen an, wodurch Flexibilität und Partnerschaft gestärkt werden.

5. **Maßnahmen ergreifen:** Diese Fähigkeit umfasst die Erstellung und Umsetzung spezifischer, realistischer Kurzzeitpläne. Diese sollten verhaltensorientiert sein und darauf abzielen, durch erreichbare Ziele Selbstvertrauen aufzubauen. Ein wesentlicher Bestandteil dieses Prozesses ist die individuelle Anpassung, bei der Patient:innen die erlernten Fähigkeiten auf ihre besonderen Umstände anwenden. Maßnahmenplanungsübungen, die durch Feedback von medizinischem Fachpersonal angeleitet werden, unterstützen Patient:innen dabei, erreichbare Ziele mit Schwerpunkt auf einer schrittweisen Wiederherstellung der Funktion zu setzen und diese erfolgreich zu erreichen, wodurch ihr Selbstwirksamkeitsgefühl gestärkt wird. Für manche kann dies auch strukturierte Änderungen des Lebensstils erfordern, z. B. die Verbesserung der Schlafqualität und den Abbau von Stress. Beispielsweise könnte die Patientin oder der Patient gebeten werden, einen Aktionsplan für eine konkrete, einfache und erreichbare Aufgabe zu erstellen, der dann umgesetzt und anschließend bewertet werden kann. *Beispiel:* Eine Patientin mit weit verbreiteten Schmerzen und geringer Motivation, möchte ihre körperliche Aktivität verbessern. Gemeinsam mit der Ärztin erstellt sie einen einwöchigen Aktionsplan: fünf Tage pro Woche nach dem Frühstück fünf Minuten lang spazieren gehen. Die Patientin verfolgt ihre Fortschritte anhand eines Kalenders und reflektiert über ihre Energie und Schmerzen. Die Einfachheit und Spezifität der Aufgabe erhöhen die Einhaltung und die Erfolgschancen.

Obwohl diese Fähigkeiten separat beschrieben werden, sind sie voneinander abhängig und ergänzen sich gegenseitig. So kann beispielsweise die Problemlösung den Einsatz von Ressourcen erfordern, um Lösungen zu finden, während die Entscheidungsfindung oder das Ergreifen von Maßnahmen von den verfügbaren Informationen abhängt. Das Beherrschen einer Fähigkeit stärkt oft auch andere. Wie bereits erwähnt, sollte eine Selbstmanagementstrategie patient:innenzentriert und auf die individuellen Bedürfnisse zugeschnitten sein. Der Umfang der erforderlichen Unterstützung variiert: Einige Patient:innen benötigen möglicherweise anfangs intensive Unterstützung und Überwachung, die jedoch mit der Entwicklung stärkerer Selbstmanagementfähigkeiten reduziert werden können. Daher könnten Selbstmanagementstrategien als Ansätze mit hoher und niedriger Überwachung kategorisiert werden, mit dem Ziel, die Abhängigkeit von medizinischem Fachpersonal im Laufe der Zeit zu verringern. Insgesamt unterscheidet sich das Selbstmanagement von traditionellen biomedizinischen Modellen, die in erster Linie die Diagnose und Heilung betonen, wobei die Patientin oder der Patient eine passive Rolle einnimmt. Stattdessen verlagert das Selbstmanagement den Schwerpunkt darauf, Betroffene zu befähigen, ihre Erkrankung unabhängig von Gesundheitsdienstleistern aktiv im Alltag zu bewältigen (Lorig & Holman, 2003; Palsson et al., 2024).

Kofinanziert von der Europäischen Union

1.3.4 Warum ist Selbstmanagement wichtig?

In Übereinstimmung mit der Literatur sollten Selbstmanagementstrategien in die Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparats integriert werden (Babatunde et al., 2017; Lin et al., 2020; Lorig & Holman, 2003; Palsson et al., 2024). Ein wesentlicher Vorteil der Umsetzung von Selbstmanagementstrategien, wie oben beschrieben, ist die schrittweise Verringerung der Abhängigkeit von medizinischem Fachpersonal, was bei einigen Patient:innen zu vollständiger Unabhängigkeit führen kann. Die Literatur zeigt, dass in den meisten Studien Selbstmanagementstrategien, entweder als eigenständige Interventionen oder in Kombination mit anderen Behandlungsansätzen, im Vergleich zu Kontrollbedingungen wie der üblichen Versorgung, Wartelistenkontrolle, beaufsichtigten Übungen, gruppenbasierten Übungen, Telerehabilitation, Behandlung durch Physiotherapeut:innen, Allgemeinmediziner:innen oder orthopädische Behandlung ähnliche oder bessere Ergebnisse in Bezug auf Schmerzen, Behinderung und/oder Lebensqualität erzielen (Palsson et al., 2024). Angesichts dieser Ergebnisse ist es nicht überraschend, dass solche Strategien oft kosteneffizient sind (Boyers et al., 2013; Hernon et al., 2017). Allerdings erschweren widersprüchliche Ergebnisse und Heterogenität zwischen den Studien direkte Vergleiche (Hernon et al., 2017). Insgesamt gesehen ist das Potenzial, die Abhängigkeit von medizinischem Fachpersonal zu verringern und gleichzeitig ähnliche oder bessere Ergebnisse als mit herkömmlichen Ansätzen zu erzielen und damit die Belastung des Gesundheitssystems zu verringern, ein überzeugender Grund, sich verstärkt auf die Umsetzung von Selbstmanagementstrategien zu konzentrieren und deren Integration in die klinische Praxis zu priorisieren.

1.3.5 Gesundheitskompetenz – Der Schlüssel zum Selbstmanagement

Der Begriff „**Gesundheitskompetenz**" bezieht sich auf die Kenntnisse und Fähigkeiten, die die Fähigkeit einer Person bestimmen, Gesundheitsinformationen zu verstehen, zu bewerten und anzuwenden (Nutbeam & Kickbusch, 1998). Ein Kernprinzip von Digi4SMK und seinen Bildungskursen ist, dass ein angemessenes Maß an Gesundheitskompetenz für die erfolgreiche Umsetzung des Selbstmanagements bei Patient:innen mit muskuloskelettalen Schmerzen unerlässlich ist. Dieses Prinzip steht im Einklang mit Forschungsergebnissen, die darauf hinweisen, dass eine angemessene Gesundheitskompetenz eine Voraussetzung für

gesundes Verhalten ist (Visscher et al., 2018), wie es beispielsweise für ein angemessenes Selbstmanagement chronischer Erkrankungen erforderlich ist (Olesen et al., 2017). Angesichts der anhaltenden Natur vieler muskuloskelettaler Schmerzzustände ist es nicht überraschend, dass eine geringe Gesundheitskompetenz mit einer schlechteren körperlichen Funktionsfähigkeit bei Personen mit muskuloskelettalen Schmerzen in Verbindung gebracht wird (Lacey et al., 2018). Die Kapitel 4 und 5 widmen sich der Bewertung und Verbesserung der (muskuloskelettalen) Gesundheitskompetenz, die als Voraussetzung für die Selbstbehandlung von muskuloskelettalen Schmerzen unter geringer Überwachung anerkannt ist.

1.3.6 Entwicklung von Problemlösungsfähigkeiten

Auf der Grundlage der oben genannten Punkte kann die Zusammenarbeit mit medizinischen Fachkräften sowie die Identifizierung und Nutzung glaubwürdiger, maßgeschneiderter Informationen Patient:innen dabei unterstützen, Bewältigungs- und Problemlösungsfähigkeiten zu entwickeln und sie so in die Lage zu versetzen, ihre Erkrankung selbstständiger zu bewältigen. Scholz et al. (Scholz et al., 2024) und Moman et al. (Moman et al., 2019) stellten fest, dass digitale Selbstmanagement-Interventionen wichtige grundlegende Fähigkeiten für den Umgang mit Schmerzepisoden und den Aufbau psychologischer Resilienz vermitteln. Programme, die sich auf die Stärkung der Selbstwirksamkeit und die Verringerung von Angst-Vermeidungsverhalten durch Aufklärung und mobile Gesundheitsinstrumente konzentrieren, sind besonders wirksam (Nicholl et al., 2017). Im Folgenden werden drei Beispiele für die Entwicklung von Fähigkeiten beschrieben:

1. **Identifizieren und Hinterfragen nicht hilfreicher Gedanken:** Die Patient:innen lernen, nicht hilfreiche Gedanken über Schmerzen neu zu formulieren, zu identifizieren und zu hinterfragen, indem sie beispielsweise nicht hilfreiche Gedanken wie *„Diese Rückenschmerzen bei Bewegung bedeuten, dass ich meinen Rücken schädige*“ durch genauere, konstruktivere Interpretationen ersetzen, wie *„Dieser Schmerz ist unangenehm, bedeutet aber keine ernsthafte Schädigung*“.
2. **Tägliche Aktivitäten dosieren:** Die Patient:innen erwerben die Fähigkeit, Aktivität und Ruhe auszugleichen (tägliche Aktivitäten zu dosieren). Diese Fähigkeit hilft dabei, die Funktion aufrechtzuerhalten, indem sie beispielsweise lernen, Aktivität und Ruhe auszugleichen, Überanstrengung und längere Inaktivität zu vermeiden und so die Funktion aufrechtzuerhalten und „Boom-and-Bust“-Aktivitätszyklen zu verhindern.

3. **Suche und Anwendung vertrauenswürdiger Gesundheitsinformationen:** Die Patient:innen entwickeln die Fähigkeit, vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen zu finden, zu bewerten und anzuwenden, z. B. mithilfe zuverlässiger Websites oder Apps – wie dem Digi4MSK-Tool „activaty" –, um sich über geeignete Übungen oder Lebensstilstrategien zu informieren, anstatt sich auf unbestätigte Quellen wie soziale Netzwerke oder nur passive Behandlungen zu verlassen.

1.4 Die Rolle des medizinischen Fachpersonals

Traditionell wurden medizinische Fachkräfte darauf geschult, sich auf die Identifizierung von Problemen zu konzentrieren, die „behoben" werden können, wie z. B. schwache Muskeln oder eine schlechte Körperhaltung, um Patient:innen dabei zu unterstützen, ihre Einschränkungen zu verringern. Dieser präskriptive Ansatz ist jedoch im Kontext des Selbstmanagements nur von begrenztem Wert. Stattdessen sollten Fachkräfte Instrumente einsetzen, die **Verhaltensänderungen** erleichtern (Linton et al., 2024).

Während akute Schmerzepisoden oft innerhalb von Tagen oder Wochen abklingen (de Campos et al., 2023), scheinen Schmerzen, die seit 3-6 Monaten bestehen, einem stabileren Verlauf zu folgen (Artus et al., 2010; Glette et al., 2020). Folglich sollten sich auch die Behandlungsstrategien ändern, wobei der Schwerpunkt stärker auf Strategien liegen sollte, die Patient:innen in die Lage versetzen, ihre Schmerzen und/oder Behinderungen zu bewältigen, damit sie weiterhin ihrer Arbeit und anderen täglichen Aktivitäten nachgehen können. Um diese Rolle zu erfüllen, müssen medizinische Fachkräfte über das reine Kennen der Empfehlungen und deren Weitergabe an die Patient:innen hinausgehen. Der Schwerpunkt sollte darauf liegen, den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, Strategien zu üben, zu scheitern und anzupassen, bis sie zu ihren eigenen werden (Kent et al., 2023).

Zu den Schlüsselkompetenzen für medizinisches Fachpersonal gehört die Fähigkeit, relevante Kommunikationsfähigkeiten zu verstehen und anzuwenden und eine kohärente und aussagekräftige Erklärung für die Patient:innen zu erstellen, d. h. der Patientin oder dem Patienten zu helfen, zu verstehen, warum er oder sie Schmerzen hat, und dann die Therapie (Unterstützung) um diese Erzählung herum zu strukturieren. Die Entwicklung aussagekräftiger Narrative ist nicht so einfach, wie einst angenommen. Es wurden zahlreiche Versuche unternommen, Patient:innen Schmerzen anhand allgemeiner Narrative zu erklären, die auf

etablierten Prinzipien aus der Grundlagenforschung (z. B. zentrale Sensibilisierung) oder bewährten klinischen Verfahren basieren (Djurtoft et al., 2024; Martinez-Calderon et al., 2023). Allerdings haben solche Ansätze keine langfristigen Verbesserungen auf Gruppenebene für Menschen mit chronischen muskuloskelettalen Schmerzen gebracht (Bülow et al., 2021). Neue Erkenntnisse deuten stattdessen darauf hin, dass individualisierte Erzählungen, die auf der eigenen Geschichte der Betroffenen basieren, wirksamer sind (Kent et al., 2023). Das aufmerksame Zuhören, Verstehen und kritische Bewerten der Geschichte der Patient:innen auf eine Weise, die als unterstützend, sinnvoll und respektvoll empfunden wird, ist daher eine wesentliche berufliche Kompetenz. Während des Gesprächs muss das Fachpersonal sich bemühen, die Perspektive der Patient:innen zu verstehen, z. B. warum Betroffene glauben, dass sie immer noch Schmerzen haben, was ihrer Meinung nach die Ursache dafür ist, wie sie oder andere damit umgehen könnten und was sie befürchten, wenn sich die Situation nicht ändert (Kragting et al., 2024).

Klare Ziele sind ein weiteres wesentliches Element des Selbstmanagements. Gemeinsam sollten die Patientin oder der Patient und das medizinische Fachpersonal festlegen, welche Probleme die Patientin oder der Patient lösen kann und möchte, Wege zur Erreichung der gesetzten Ziele bestimmen, eine Prognose oder einen Zeitplan erstellen und – was besonders wichtig ist – beschreiben, wie sie oder er messen kann, ob diese Ziele erreicht wurden (Kent et al., 2023). Schmerzlinderung oder vollständige Schmerzbeseitigung sind häufige Ziele von Patient:innen. Fachleute müssen jedoch kontinuierlich bewerten, ob solche Ziele realistisch und erreichbar sind. Ein hilfreiches Rahmenwerk für die Festlegung geeigneter Ziele ist SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, and Time-Bound) (Gregersen et al., 2024). Die Definition erreichbarer Ziele kann eine Herausforderung darstellen. Erstens kann die gelebte Erfahrung von Schmerzen durch den Kontrast zwischen der früheren und der aktuellen Lebensqualität beeinträchtigt werden (d. h. es kann sehr schwierig sein, die Trennung zwischen Schmerzintensität und Lebensqualität zu akzeptieren, da sie sich als unwiederholbar anfühlen). Dies steht im Gegensatz zu unserem heutigen Verständnis von chronischen muskuloskelettalen Schmerzzuständen: Wir haben keine Heilung, aber für viele ist es möglich, trotz (wiederkehrender Episoden von) Schmerzen ein normales Leben zu führen. Zweitens sind Patient:innen, selbst wenn sie diese Einschränkungen akzeptieren, möglicherweise nicht bereit, langfristige Ziele wie Schmerzfreiheit aufzugeben, oder sie verlieren die Hoffnung und sehen eine Zukunft, die von Behinderung, Verzweiflung und Stigmatisierung geprägt ist. Dies bedeutet nicht, dass Fachleute Frustrationen einfach abtun sollten, indem sie den Betroffenen sagen, sie sollten „mit ihren Schmerzen leben“. Stattdessen

müssen sie einfühlsam zuhören, Frustrationen anerkennen und den Patient:innen helfen, die Bedeutung ihrer Schmerzen neu zu konzeptualisieren (Linton et al., 2024). Medizinische Fachkräfte können psychologisch fundierte Techniken wie Psychoedukation, Wertebestimmung und Problemformulierung einsetzen, um diesen Prozess zu erleichtern (Vase et al., 2025).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass medizinisches Fachpersonal über fundierte Kenntnisse über Risikofaktoren, Prognosen, Behandlungsmöglichkeiten und deren Wirksamkeit verfügen sowie in der Lage sein sollte, dieses Wissen auf die individuelle Situation der Patientin oder des Patienten anzuwenden, um so eine personalisierte, sinnvolle und konstruktive Beratung zu bieten.

1.4.1 Hindernisse und Förderfaktoren für das Selbstmanagement

Tabelle 1 (Hindernisse) und Tabelle 2 (Förderfaktoren) enthalten Beispiele für Faktoren, die die Zusammenarbeit zwischen Fachkräften und Patient:innen bei der Umsetzung des Selbstmanagements entweder unterstützen oder behindern können. Das Bewusstsein für potenzielle Hindernisse und Förderfaktoren und das Erkennen ihrer Anzeichen können in der täglichen Praxis hilfreich sein.

Tabelle 1: Hindernisse für die Umsetzung des Selbstmanagements

Hindernisse	**Beispiele**	
	Innerhalb des Fachbereichs	**Die Patientin oder den Patienten betreffend**
Wissens-lücken	• Unfähigkeit, die Unterschiede zwischen akuten und chronischen Schmerzen zu verstehen und wie sich letztere auf die/den Einzelnen auswirken.	• Die Annahme, dass alle Schmerzen eine einzige Ursache haben und dass die richtige Behandlung alle Schmerzen heilen kann. • Unkenntnis über den Einfluss von Kontext- und Lebensstilfaktoren und deren Rolle für eine erfolgreiche Behandlung.
Kompetenz-lücken	• Unfähigkeit, eine therapeutische Allianz aufzubauen (oder Unkenntnis über deren Bedeutung). • Unfähigkeit, die Patientin oder den Patienten zu unterstützen (z. B. durch Motivation, Hoffnung oder Trost). • Unfähigkeit, Pathologien oder Verletzungen auszuschließen.	• Unfähigkeit, zu erklären, wie sie Schmerzen empfinden oder was sie fühlen, z. B. Unfähigkeit, zwischen den Auswirkungen der Schmerzen auf die Person und ihrer Meinung nach deren Ursachen zu unterscheiden. • Unfähigkeit, sich an einen Plan zu halten oder sich auf ein bestimmtes Ziel festzulegen.

Unsicherheit	• Unfähigkeit, mit der Behandlung zu beginnen, bevor die Ursache der Schmerzen festgestellt wurde. • Unfähigkeit, Behandlungsstrategien auf der Grundlage von Wahrscheinlichkeiten und evidenzbasierten Therapien zu entwickeln.	• Unsicherheit hinsichtlich der Absichten von Fachleuten (z. B. „Bin ich Ihre Zeit wert?“ oder „Wissen Sie wirklich, was mein Problem ist?“).
Mangelnde Erfahrung	• Keine Erfahrung mit der langfristigen Nachsorge und Behandlung chronischer MSK-Schmerzzustände.	• Keine oder erfolglose Erfahrungen mit Selbstmanagement. • Misstrauen gegenüber oder keine Vertrautheit mit E-Health-Lösungen.
Unfähigkeit, Schmerzschübe zu bewältigen	• Unkenntnis über Selbstmanagementstrategien oder therapeutische Maßnahmen, die die Patientin oder den Patienten bei Schmerzschüben unterstützen können.	• Sorgen über Schmerzen aufgrund der Unfähigkeit, Schübe zu kontrollieren (z. B. Vermeidung von Bewegung oder Arbeit aus Angst, dass die Schmerzen unkontrollierbar werden).
Ressourcenmangel	• Unzureichende Zeit, um der Patientin oder dem Patienten zuzuhören und eine Beziehung zu ihr/ihm aufzubauen. • Durchführung von Gesprächen am Ende des Tages, wenn die Aufmerksamkeit möglicherweise nachlässt.	• Gefühl der Erschöpfung und Unfähigkeit, Veränderungen im eigenen Leben vorzunehmen (z. B. aufgrund von Schlafmangel, finanzieller Instabilität, Trauer oder Sorgen).

Tabelle 2: Faktoren, die die Umsetzung des Selbstmanagements erleichtern

Förderfaktoren	**Beispiele**	
	Innerhalb des Fachbereichs	**Die Patientin oder den Patienten betreffend**
Erfahrung	• Das Gefühl, kompetent zu sein, um unnötige Untersuchungen (z. B. Scans), schädliche oder nicht empfohlene Behandlungen (z. B. Operationen oder Opioid-basierte Medikamente bei Schmerzen im unteren Rückenbereich) oder unwirksame Behandlungen (d. h. Behandlungen, die bei manchen Patient:innen wirken, sich bei dieser Patientin oder diesem Patienten jedoch als unwirksam erwiesen haben) zu unterbinden oder zu reduzieren. • Über ausreichende Erfahrung mit chronischen Schmerzen verfügen, um zu wissen, dass Schübe vorübergehend sind, und in der Lage sein, die Patientin oder den Patienten zu unterstützen und ihr/ihm zu helfen, die Hoffnung nicht zu verlieren.	• Erfahrung mit Schmerzen haben (z. B. Verständnis für die Schwankungen oder dafür, dass sich Schmerzen ohne ersichtlichen Grund verändern können, aber in der Regel wieder auf das „Ausgangsniveau” zurückkehren). • Den Unterschied zwischen der Behandlung akuter Schübe und der Umsetzung von Verhaltensänderungen zur Minimierung der Auswirkungen von Schmerzen auf das tägliche Leben kennen.

Kofinanziert von der Europäischen Union

Körperliche Aktivität	• In der Lage sein, Patient:innen bei der Auswahl einer körperlichen Aktivität zu unterstützen, die sie regelmäßig ausüben können, ohne dass es zu Schmerzschüben kommt. • Wissen, dass körperliche Aktivität wichtig ist und dass sie zwar nicht bei jeder oder jedem sofort zu einer Schmerzlinderung führt, aber dennoch von Vorteil ist.	• Regelmäßige körperliche Aktivität ausüben. • Verstehen, dass körperliche Aktivität nicht immer „angenehm sein muss", um vorteilhaft zu sein. • Wissen, wann man „zurückstecken" muss oder wie man Schmerzen während oder nach körperlicher Aktivität bewältigt.
Arbeit	• Verstehen der Bedeutung der Arbeit als „Multifunktionswerkzeug", das soziale Interaktionen, finanzielle Stabilität, persönliche Vorteile und vieles mehr unterstützt. • Berücksichtigung von Arbeitsaspekten in Selbstmanagementstrategien für Arbeitssituationen (sowie andere Alltagssituationen). • Implementierung von Arbeit bereits in den ersten Phasen des Managements.	• In der Lage sein, trotz Schmerzen zu arbeiten. • Flexibilität am Arbeitsplatz, die Selbstmanagement ermöglicht (z. B. Ruhepausen während des Tages). • In der Lage sein, zu erklären, wie sich die Schmerzen auf sie auswirken, wie sie damit umgehen und warum/wann/wie andere (Vorgesetzte, Kolleg:innen) sie am besten unterstützen können.
Schlaf	• Kenntnis von Strategien zur Verbesserung oder Optimierung des Schlafs. • In der Lage sein, den Einfluss von schlechtem Schlaf im Vergleich zu verbessertem Schlaf auf die Fähigkeit der Patient:innen zur Selbstverwaltung einzuschätzen.	• Sich der möglichen Auswirkungen des Schlafs auf die eigene Leistungsfähigkeit und/oder Schmerzen bewusst sein. • In der Lage sein, ausreichend zu schlafen. • Strategien zur Verbesserung oder Optimierung des Schlafs anwenden können, wenn dies zur Erreichung ihrer Ziele beiträgt.
Strategien zur Verhaltens-änderung	• In der Lage sein, Strategien zu identifizieren, die die Patientin oder der Patient zuvor erfolgreich zur Verhaltensänderung eingesetzt hat. • Erfolgreiche Strategien oder gescheiterte Versuche zur Verhaltensänderung identifizieren können. • Die Fähigkeit, mit der Patientin oder dem Patienten über Werte und Problemdefinitionen zu diskutieren.	• Sich sowohl erfolgreicher als auch erfolgloser Versuche zur Verhaltensänderung bewusst sein. • Das Potenzial von Verhaltensänderungen als Mittel zur Bewältigung der Auswirkungen von Schmerzen auf bestimmte Aspekte des Lebens verstehen.
Vertrauen	• Vertrauen in die Kompetenz der Patientin oder des Patienten zur Schmerzbewältigung zeigen (z. B. der Patientin erlauben, verschiedene Aktivitäten auszuprobieren, um eine Ausgangsbasis und Grenzen zu ermitteln, und ihr dabei ausreichend Unterstützung bieten, damit sie sich wohlfühlt).	• Vertrauen in das Fachpersonal empfinden (d.h. therapeutische Allianz). • Sich wohl dabei fühlen, Probleme in den Behandlungsplänen anzusprechen, erfolglose Versuche zur Erreichung der vereinbarten Ziele mitzuteilen und persönliche Faktoren (z. B. Sorgen) offenzulegen.

Richtlinien	• Kenntnis und Einhaltung von Leitlinien. • In der Lage sein, nicht richtlinienbasierte Behandlungen („Low Value Care“) zu identifizieren und diese konstruktiv mit der Patientin oder dem Patienten und anderen Gesundheitsdienstleistern zu besprechen. • Es ist wichtig zu verstehen, dass einige Behandlungen in Leitlinien empfohlen werden, da sie im Allgemeinen hilfreich sind, während andere Behandlungen weniger wirksam sind als „keine Behandlung“.	• Verstehen und/oder akzeptieren, dass eine kurzfristige Schmerzlinderung chronische Schmerzen wahrscheinlich nicht heilen kann (obwohl sie Teil eines umfassenderen Plans sein kann). • Verstehen, dass Selbstmanagement für die moderne Behandlung chronischer Schmerzen unerlässlich ist und dass Selbstmanagementfähigkeiten im Laufe der Zeit erlernt und verbessert werden können.

1.5 Zusammenfassung der wichtigsten Botschaften

- Selbstmanagement kann als eine Reihe von patient:innenzentrierten Fähigkeiten und Strategien definiert werden, die es Menschen mit muskuloskelettalen Schmerzen ermöglichen, eine aktive Rolle bei der Bewältigung ihrer Erkrankung zu übernehmen, einschließlich Bewältigungsstrategien, Lebensstil und Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung, mit unterschiedlichem Grad an medizinischer Überwachung, mit dem Ziel, die Funktion, Unabhängigkeit und Lebensqualität zu verbessern.
- Selbstmanagementstrategien müssen auf individuellen Geschichten, Erfahrungen und Ressourcen ausgerichtet sein und darauf basieren.
- Eine erfolgreiche Umsetzung hängt von einer guten therapeutischen Allianz, einer klaren Definition der Probleme, die mit der Strategie angegangen werden sollen, und der Festlegung erreichbarer Ziele ab.
- Hindernisse und fördernde Faktoren können sowohl beim Fachpersonal als auch bei der Patientin oder dem Patienten identifiziert werden, und im Idealfall sollten beide während der gesamten Behandlungsdauer berücksichtigt werden.

Kofinanziert von der Europäischen Union

Referenzen

Artus, M., van der Windt, D. A., Jordan, K. P., & Hay, E. M. (2010). Low back pain symptoms show a similar pattern of improvement following a wide range of primary care treatments: a systematic review of randomized clinical trials. *Rheumatology (Oxford)*, *49*(12), 2346-2356. https://doi.org/10.1093/rheumatology/keq245

Babatunde, O. O., Jordan, J. L., Van der Windt, D. A., Hill, J. C., Foster, N. E., & Protheroe, J. (2017). Effective treatment options for musculoskeletal pain in primary care: A systematic overview of current evidence. *PLoS One*, *12*(6), e0178621. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178621

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns*, *48*(2), 177-187. https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00032-0

Boyers, D., McNamee, P., Clarke, A., Jones, D., Martin, D., Schofield, P., & Smith, B. H. (2013). Cost-effectiveness of self-management methods for the treatment of chronic pain in an aging adult population: a systematic review of the literature. *Clin J Pain*, *29*(4), 366-375. https://doi.org/10.1097/AJP.0b013e318250f539

Buchbinder, R., van Tulder, M., Oberg, B., Costa, L. M., Woolf, A., Schoene, M., Croft, P., & Lancet Low Back Pain Series Working, G. (2018). Low back pain: a call for action. *Lancet*, *391*(10137), 2384-2388. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30488-4

Bülow, K., Lindberg, K., Vaegter, H. B., & Juhl, C. B. (2021). Effectiveness of Pain Neurophysiology Education on Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Med*, *22*(4), 891-904. https://doi.org/10.1093/pm/pnaa484

Chowdhury, S. R., Chandra Das, D., Sunna, T. C., Beyene, J., & Hossain, A. (2023). Global and regional prevalence of multimorbidity in the adult population in community settings: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*, *57*, 101860. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101860

Christensen, S. W. M., Travers, M., Ingemann-Molden, S., & Palsson, T. (2025). The effectiveness of self-management strategies on pain, disaibility and health-related quality of life for patients with pain from the extremities - A systematic review. *(In process)*. https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD42024569340

Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*, *397*(10289), 2082-2097. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00393-7

de Campos, T. F., da Silva, T. M., Maher, C. G., Pocovi, N. C., & Hancock, M. J. (2023). Prognosis of a new episode of low-back pain in a community inception cohort. *Eur J Pain*, *27*(5), 602-610. https://doi.org/10.1002/ejp.2083

Djurtoft, C., Bruun, M. K., Riel, H., Hoegh, M. S., Darlow, B., & Rathleff, M. S. (2024). How do we explain painful non-traumatic knee conditions to adolescents? A multiple-method study to develop credible explanations. *Eur J Pain*, *28*(4), 659-672. https://doi.org/10.1002/ejp.2210

Ferreira, M. L., de Luca, K., Haile, L. M., Steinmetz, J. D., Culbreth, G. T., Cross, M., Kopec, J. A., Ferreira, P. H., Blyth, F. M., Buchbinder, R., Hartvigsen, J., Wu, A.-M., Safiri, S., Woolf, A. D., Collins, G. S., Ong, K. L., Vollset, S. E., Smith, A. E., Cruz, J. A.,…March, L. M. (2023). Global, regional, and national burden of low back pain, 1990–2020, its attributable risk factors, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, *5*(6), e316-e329. https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00098-X

Gill, T. K., Mittinty, M. M., March, L. M., Steinmetz, J. D., Culbreth, G. T., Cross, M., Kopec, J. A., Woolf, A. D., Haile, L. M., Hagins, H., Ong, K. L., Kopansky-Giles, D. R., Dreinhoefer, K. E., Betteridge, N., Abbasian, M., Abbasifard, M., Abedi, k., Adesina, M. A., Aithala, J. P.,…Brooks, P. M. (2023). Global, regional, and national burden of other musculoskeletal disorders, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, *5*(11), e670-e682. https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00232-1

Glette, M., Stiles, T. C., Borchgrevink, P. C., & Landmark, T. (2020). The Natural Course of Chronic Pain in a General Population: Stability and Change in an Eight-Wave Longitudinal Study Over Four Years (the HUNT Pain Study). *J Pain*, *21*(5-6), 689-699. https://doi.org/10.1016/j.jpain.2019.10.008

Gregersen, M. H. M., Nielsen, K. R., Lynge, N. H., Heiberg, B. D., Hartvigsen, J., Kawchuk, G., & Kongsted, A. (2024). Goal setting in people with low back pain attending an education and exercise program (GLA:D Back) and the impact of demographic factors. *BMC Musculoskelet Disord*, *25*(1), 339. https://doi.org/10.1186/s12891-024-07450-w

Hernon, M. J., Hall, A. M., O'Mahony, J. F., Normand, C., & Hurley, D. A. (2017). Systematic Review of Costs and Effects of Self-Management Interventions for Chronic Musculoskeletal Pain: Spotlight on Analytic Perspective and Outcomes Assessment. *Phys Ther*, *97*(10), 998-1019. https://doi.org/10.1093/ptj/pzx073

Jonkman, N. H., Schuurmans, M. J., Jaarsma, T., Shortridge-Baggett, L. M., Hoes, A. W., & Trappenburg, J. C. (2016). Self-management interventions: Proposal and validation of a new operational definition. *J Clin Epidemiol*, *80*, 34-42. https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2016.08.001

Kamper, S. J., Logan, G., Copsey, B., Thompson, J., Machado, G. C., Abdel-Shaheed, C., Williams, C. M., Maher, C. G., & Hall, A. M. (2020). What is usual care for low back pain? A systematic review of health care provided to patients with low back pain in family practice and emergency departments. *Pain*, *161*(4), 694-702. https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001751

Kawai, K., Kawai, A. T., Wollan, P., & Yawn, B. P. (2017). Adverse impacts of chronic pain on health-related quality of life, work productivity, depression and anxiety in a community-based study. *Fam Pract*, *34*(6), 656-661. https://doi.org/10.1093/fampra/cmx034

Kent, P., Haines, T., O'Sullivan, P., Smith, A., Campbell, A., Schutze, R., Attwell, S., Caneiro, J. P., Laird, R., O'Sullivan, K., McGregor, A., Hartvigsen, J., Lee, D. A., Vickery, A., & Hancock, M. (2023). Cognitive functional therapy with or without movement sensor biofeedback versus usual care for chronic, disabling low back pain (RESTORE): a randomised, controlled, three-arm, parallel group, phase 3, clinical trial. *Lancet*, *401*(10391), 1866-1877. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(23)00441-5

Kragting, M., Pool-Goudzwaard, A. L., Coppieters, M. W., O'Sullivan, P. B., & Voogt, L. (2024). Illness perceptions in people with chronic and disabling non-specific neck pain seeking primary healthcare: a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord*, *25*(1), 179. https://doi.org/10.1186/s12891-024-07302-7

Lacey, R. J., Campbell, P., Lewis, M., & Protheroe, J. (2018). The Impact of Inadequate Health Literacy in a Population with Musculoskeletal Pain. *Health Lit Res Pract*, *2*(4), e215-e220. https://doi.org/10.3928/24748307-20181101-01

Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G., & O'Sullivan, P. P. B. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *Br J Sports Med*, *54*(2), 79-86. https://doi.org/10.1136/bjsports-2018-099878

Linton, S. J., O'Sullivan, P. B., Zetterberg, H. E., & Vlaeyen, J. W. S. (2024). The "future" pain clinician: Competencies needed to provide psychologically informed care. *Scand J Pain*, *24*(1). https://doi.org/10.1515/sjpain-2024-0017

Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*, *26*(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

Lynch, M. E., Campbell, F., Clark, A. J., Dunbar, M. J., Goldstein, D., Peng, P., Stinson, J., & Tupper, H. (2008). A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain*, *136*(1-2), 97-116. https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.06.018

Martinez-Calderon, J., Ho, E. K., Ferreira, P. H., Garcia-Muñoz, C., Villar-Alises, O., & Matias-Soto, J. (2023). A Call for Improving Research on Pain Neuroscience Education and Chronic Pain: An Overview of Systematic Reviews. *J Orthop Sports Phys Ther*, *53*(6), 353–368. https://doi.org/10.2519/jospt.2023.11833

Moman, R. N., Dvorkin, J., Pollard, E. M., Wanderman, R., Murad, M. H., Warner, D. O., & Hooten, W. M. (2019). A Systematic Review and Meta-analysis of Unguided Electronic and Mobile Health Technologies for Chronic Pain-Is It Time to Start Prescribing Electronic Health Applications? *Pain Med*, *20*(11), 2238-2255. https://doi.org/10.1093/pm/pnz164

Nicholl, B. I., Sandal, L. F., Stochkendahl, M. J., McCallum, M., Suresh, N., Vasseljen, O., Hartvigsen, J., Mork, P. J., Kjaer, P., Søgaard, K., & Mair, F. S. (2017). Digital Support Interventions for the Self-Management of Low Back Pain: A Systematic Review. *J Med Internet Res*, *19*(5), e179. https://doi.org/10.2196/jmir.7290

Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, *13*(4), 349-364.

Olesen, K., AL, F. R., Joensen, L., Ridderstrale, M., Kayser, L., Maindal, H. T., Osborne, R. H., Skinner, T., & Willaing, I. (2017). Higher health literacy is associated with better glycemic control in adults with type 1 diabetes: a cohort study among 1399 Danes. *BMJ Open Diabetes Res Care*, *5*(1), e000437. https://doi.org/10.1136/bmjdrc-2017-000437

Palsson, T. S., Christensen, S. W. M., Bellosta-López, P., & Doménech-García, V. (2024). *Synthesis of current evidence on self-management for musculoskeletal painful disorders*. Digi4MSK. https://digi4msk.eu/wp-content/uploads/2024/10/Digi4MSK-D3.1_Synthesis-of-current-evidence-on-self-management-for-musculoskeletal-painful-disorders.pdf

Pearson-Stuttard, J., Ezzati, M., & Gregg, E. W. (2019). Multimorbidity-a defining challenge for health systems. *Lancet Public Health*, *4*(12), e599-e600. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30222-1

Scholz, C., Schmigalle, P., Plessen, C. Y., Liegl, G., Vajkoczy, P., Prasser, F., Rose, M., & Obbarius, A. (2024). The effect of self-management techniques on relevant outcomes in chronic low back pain: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Pain*, *28*(4), 532-550. https://doi.org/10.1002/ejp.2221

Skou, S. T., Mair, F. S., Fortin, M., Guthrie, B., Nunes, B. P., Miranda, J. J., Boyd, C. M., Pati, S., Mtenga, S., & Smith, S. M. (2022). Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers*, *8*(1), 48. https://doi.org/10.1038/s41572-022-00376-4

Vase, L., Wager, T. D., & Eccleston, C. (2025). Opportunities for chronic pain self-management: core psychological principles and neurobiological underpinnings. *Lancet*, *405*(10491), 1781-1790. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(25)00404-0

Visscher, B. B., Steunenberg, B., Heijmans, M., Hofstede, J. M., Deville, W., van der Heide, I., & Rademakers, J. (2018). Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. *BMC Public Health*, *18*(1), 1414. https://doi.org/10.1186/s12889-018-6331-7

Wu, A.-M., Cross, M., Elliott, J. M., Culbreth, G. T., Haile, L. M., Steinmetz, J. D., Hagins, H., Kopec, J. A., Brooks, P. M., Woolf, A. D., Kopansky-Giles, D. R., Walton, D. M., Treleaven, J. M., Dreinhoefer, K. E., Betteridge, N., Abbasifard, M., Abbasi-Kangevari, Z., Addo, I. Y., Adesina, M. A.,…March, L. M. (2024). Global, regional, and national burden of neck pain, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Rheumatology*, *6*(3), e142-e155. https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00321-1

Digi4 MSK

Co-funded by the European Union

Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the European Education and Culture Executive Agency (EACEA). Neither the European Union nor EACEA can be held responsible for them.