

10 Jahre multimodale Schmerztherapie am UniversitätsSchmerz-Centrum in Dresden

Schütze, A.; Scharnagel, R.; Sabatowski, R. für das Team des UniversitätsSchmerz-Centrums

Zusammenfassung

Vor zehn Jahren wurde am Universitätsklinikum Dresden eine Einrichtung zur Behandlung chronischer Schmerzpatienten – das UniversitätsSchmerz-Centrum (USC) – eröffnet. Innerhalb dieses Zentrums etablierte sich die Schmerztagesklinik mit einem multimodalen, interdisziplinären Behandlungskonzept. Zentrale Behandlungsziele bestehen in der Verbesserung der Lebensqualität und einer Wiederherstellung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit der Patienten („functional restoration“) mit Wiedererlangung und Steigerung der Eigenkompetenzen der Patienten. Vor zwei Jahren gelang zudem die Einführung einer ambulanten multimodalen Schmerztherapie. Beide Therapieformen erwiesen sich hinsichtlich verschiedener Parameter (zum Beispiel Schmerzstärke, Katastrophisierung, schmerzbedingter Beeinträchtigung und körperlicher Lebensqualität) sowohl kurzfristig wie auch langfristig als wirksam.

Einleitung

Laut einer im Oktober 2003 durchgeführten europäischen Schmerzstudie soll etwa jeder dritte deutsche Erwachsene unter chronischen Schmerzen leiden (Breivik, H.; Collett, B.; Ventafridda, V.; et al., 2006). Aktuelle Schätzungen für Deutschland gehen davon aus, dass ca. fünf Prozent – also etwa vier bis fünf

Millionen Menschen – dabei auch unter erheblichen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen leiden (Klinkhammer, G.; Rieser, S., 2014). Bezogen auf den Freistaat Sachsen ist von einer Prävalenz von ca. 240.000 chronischer Schmerzpatienten auszugehen, davon 24.000 mit einem hohen Chronifizierungsgrad (Michel, S.; Günther, K.P.; Joraschky, P.; et al., 2005).

Die Folgen solcher schweren chronischen Schmerzzustände sind sowohl für den Patienten als auch für die Allgemeinheit beträchtlich. Sowohl die wirtschaftlichen Kosten, die durch Arbeitszeitausfälle und durch Frühberentung verursacht werden, wie auch die Kosten des Gesundheitssystems, die durch ausführliche Diagnostik, großen therapeutischen Aufwand sowie durch den nicht selten auftretenden Medikamentenmissbrauch entstehen, sind enorm (Raspe, H., 2012). Chronische Schmerzleiden stellen also sowohl für den Betroffenen, seine Angehörigen wie auch für die Gesellschaft ein gravierendes Problem dar.

Unimodale Behandlungsmethoden (medikamentös, physiotherapeutisch, psychologisch) führen jedoch nicht zu befriedigenden Ergebnissen in der Therapie chronischer Schmerzerkrankungen (Guzman, J.; Esmail, R.; Karjalainen, K.; et al., 2001). Aus dieser Erkenntnis heraus entwickelte sich die interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie, die sowohl somatische als auch psychologische Verfahren einbezieht. Multimodale Schmerztherapie ist eine inhaltlich abgestimmte und integrative Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen in Form von Gruppen- und Einzeltherapien (Arnold, B.; Brinkschmidt, T.; Casser, H.R.; et al., 2009). Die Therapieinhalte setzen sich aus ärztlich-medizinischen, psychotherapeutischen, physiotherapeutischen sowie ergotherapeutischen Komponenten zusammen, die eng miteinander abgestimmt und sich inhaltlich ergänzend sind. Die Notwendigkeit einer gleichzeitigen Anwendung verschiedener Verfahren ergibt sich aus einem erweiterten

Verständnis der möglichen Schmerzursachen und der sich daraus ergebenden komplexen Bedürfnisse der Patienten („bio-psycho-soziales Schmerzmodell“) heraus.

So etablierten sich im Laufe der letzten Jahre in Deutschland zahlreiche Einrichtungen, die sich dieser Therapieform zuwandten. Viele dieser Einrichtungen vertreten bestimmte Konzepte und unterscheiden sich in der Anwendung verschiedener Programme, allen gemeinsam jedoch ist die Interdisziplinarität (Nagel, B.; Pfingsten, M.; Brinkschmidt, T.; et al., 2012).

2004 wurde in Dresden Sachsens erste universitäre Einrichtung zur Versorgung chronischer Schmerzpatienten nach den Prinzipien der multimodalen Schmerztherapie gegründet. Das UniversitätsSchmerz-Centrum (USC) wurde als gemeinsames Projekt von vier Fachkliniken (Anästhesiologie und Intensivtherapie, Neurologie, Orthopädie sowie Psychotherapie und Psychosomatik) gegründet und vereint sowohl ambulante, teilstationäre sowie stationäre Versorgungsangebote (Abb. 1).

Multimodale Schmerztherapie – Schmerztagesklinik

Herzstück des USC ist die Schmerztagesklinik. Diese teilstationäre Versorgungsform basiert auf einem multimodalen, diagnoseunabhängigen Behandlungskonzept. Die grundlegende Idee des tagesklinischen Behandlungskonzeptes ist eine befund- und ressourcenorientierte Therapie. Primäres Therapieziel ist deswegen nicht die Schmerzlinderung, sondern vielmehr eine Sensibilisierung des Patienten für eine bio-psycho-soziale Sichtweise seiner Krankheit. Durch Aufklärung, Information, körperliche Aktivierung und eine individuelle psychologische, physiotherapeutische und ärztliche Betreuung soll der Patient zu einer aktiven und langfristigen Veränderung seiner Schmerz- und Lebenssituation motiviert werden. Von 2004 bis 2014 bestanden Behandlungsmöglichkeiten für jeweils eine Gruppe, ab September 2014 werden jeweils zwei Gruppen á 8 Patienten parallel behandelt.

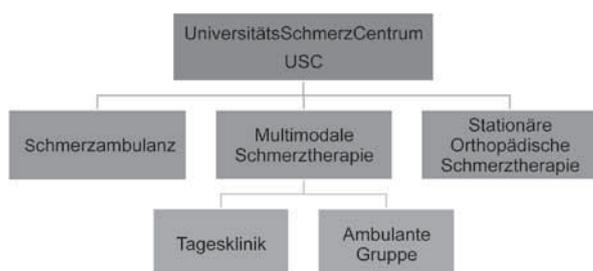


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Struktur des USC

Nach einer umfangreichen Prädiagnostik (multimodales Assessment) durch alle an der Therapie mitwirkenden Disziplinen wird gemeinsam entschieden, ob der Patient für die tagesklinische Therapie geeignet ist (Casser, H.R.; Arnold, B.; Gralow, I.; et al., 2013). In die tagesklinische Therapie eingeschlossen werden Patienten, die unter einem chronischen Schmerzsyndrom leiden, welches ihre körperliche und psychische Leistungsfähigkeit im Alltag einschränkt und die ausreichend motiviert und belastbar sind (Arnold, B.; Brinkschmidt, T.; Casser, H.R.; et al., 2009). Bei Einschluss beginnt für den Patienten die eigentliche vierwöchige Behandlungsphase. Die Therapie erfolgt teilstationär. Vorteil dieser Vorgehensweise ist, dass die in der Tagesklinik vermittelten Informationen und Übungen recht schnell in den Alltag integriert werden können. Zehn Wochen nach der Hauptbehandlung erfolgt eine Wiederholungswoche (Boosterwoche). Diese fünf Tage dienen der Auffrischung der in den ersten vier Therapiewochen vermittelten Inhalte. Hier haben die Patienten die Möglichkeit, Erfahrungen und Probleme, die im Alltag mit der Umsetzung der erlernten Verhaltensweisen entstanden sind, zu berichten, zu diskutieren und sich bei Schwierigkeiten therapeutischen Rat einzuholen. Insgesamt kommen so 128 Therapiestunden pro Patient zusammen. Dies entspricht einer sehr intensiven multimodalen Schmerztherapie, wie sie von Guzman et al. definiert wurde (Guzman, J.; Esmail, R.; Karjalainen, K.; et al., 2001).

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über die Schmerztherapie am USC. In Tabelle 1 ist beispielhaft ein Wochenplan dargestellt, wie er für die zweite Therapiewoche typisch ist. Die Wochenpläne der anderen vier Therapiewochen unterscheiden sich im Aufbau nur wenig von dem abgebildeten Plan. Tab. 2 beinhaltet eine Übersicht über die angebotenen Therapiebausteine und deren Inhalte. In der Regel erfolgt die Behandlung in gemischten Gruppen, das heißt es werden Patienten mit unterschiedlichen Schmerzlokalisationen gleich-

Tab. 1: Wochenplan Schmerztagesklinik / Beispiel Woche 2

Anmerkungen: Basisgruppe = Psychologische Gruppentherapie zur Vermittlung von Basiswissen / Psychoedukation; Bewältigungsgruppe = Psychologische Gruppentherapie zur Vermittlung von Bewältigungsstrategien

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.15 Therapiebeginn	8.15 Therapiebeginn	8.15 Therapiebeginn	8.15 Therapiebeginn	8.15 Therapiebeginn
8.20 – 9.00 Frühspport	8.20 – 9.00 Frühspport	8.20 – 9.00 Frühspport	8.20 – 9.00 Frühspport	8.20 – 9.00 Frühspport
9.00 – 9.30 Frühstück	9.00 – 9.30 Frühstück	9.00 – 9.30 Frühstück	9.00 – 9.30 Frühstück	9.00 – 9.30 Frühstück
9.30 – 10.00: Patienten-/Therapeuten- gespräch	9.30 – 11.00 Basis- gruppe	9.30 – 11.00 Bewältigungs- gruppe	9.30 – 11.00 Basis- gruppe	9.30 – 11.00 Bewältigungs- gruppe
10.00 – 11.00 Basisgruppe				11.15 – 12.00 Atemtherapie
11.45 – 12.45 Physiotherapie	11.15 – 12.45 Physiotherapie	11.15 – 12.45 Physiotherapie	11.15 – 12.45 Physiotherapie	12.15 – 12.45 Physiotherapie
13.00 – 13.30 Mittagspause	13.00 – 13.30 Mittagspause	13.00 – 13.30 Mittagspause	13.00 – 13.30 Mittagspause	13.00 – 13.30 Mittagspause
13.30 – 15.00 Einzeltherapie	13.30 – 15.00 Einzeltherapie	13.30 – 14.30 Infoveranstaltung	13.30 – 15.00 Einzeltherapie	13.30 – 14.30 Entspannung
15.00 – 16.15 Kreativtherapie	15.15 – 16.15 Atemtherapie	14.45 – 16.15 Entspannung	15.00 – 16.15 Kreativtherapie	14.45 Uhr Therapieende

Tab. 2: Therapiebausteine der Schmerztagesklinik (nach Arnold, B.; Brinkschmidt, T.; Casser, H.R.; et al., 2014)

Therapiebaustein	Inhalt (beispielhaft)
Psychotherapie / Verhaltenstherapie	Schmerzbewältigung, Entspannung, Körperwahrnehmung, Belastungsgestaltung, Biofeedback, Vermittlung sozialer Kompetenzen, Information, Einzelgespräche
Physiotherapie / Sporttherapie	Ausdauertraining, gerätegestütztes Krafttraining, segmentale Stabilisierung, Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), arbeitsplatzbezogenes Training, Schulung der Sensomotorik, Entspannungstraining, Einzelbehandlung
Spezielle Schmerztherapie	Information, Optimierung der medikamentösen Schmerztherapie, Akupunktur, ggf. weitere individuell abgestimmte ärztlich medizinische Verfahren
Kreativtherapie	Plastisches Arbeiten mit Stein, Ton, Gips, Pappmaché, Holz; bildnerisches Gestalten mit Farben, Kreide, Tinte, Bleistift; ausdruckszentriertes Arbeiten
Sozialtherapie	Allgemeine Informationsveranstaltung, bedarfsadaptierte, individuelle sozialmedizinische Beratung

zeitig behandelt. Darüber hinaus werden für Patienten mit Kopfschmerzen bzw. Senioren spezielle Gruppentermine angeboten. Die Programminhalte entsprechen im Wesentlichen den oben genannten Punkten. Bei den Kopfschmerzpatienten wird die Behandlung jedoch um spezifische, für Kopfschmerzpatienten konzipierte Behandlungsangebote modifiziert. Für die Senioren wird die Behandlung den geänderten Bedürfnissen und Leistungsfähigkeiten älterer Menschen angepasst. Verschiedene Untersuchungen konnten belegen, dass eine an die Bedürf-

nisse älterer Menschen angepasste multimodale Schmerztherapie sich als effektiv erweist (Mattenklodt, P.; Ingenhorst, A.; Wille, C.; et al., 2008).

Ergebnisse

Neben dem vordergründigen Behandlungsaspekt erfolgt in der Tagesklinik auch eine konsequente wissenschaftliche Begleitung in Form einer Fragebogenerhebung unter dem Aspekt der Qualitätssicherung. Die Evaluation erfolgt mit Hilfe standardisierter Fragebögen (zum Beispiel ADS, SF-36, PDI, NRS) und der

Erfassung soziodemographischer Variablen (Michel, S.; Günther, K.P.; Joraschky, P.; et al., 2005).

In bisherigen Untersuchungen hat sich das multimodale Behandlungsprogramm sowohl kurz- als auch langfristig als effektiv erwiesen (Schütze, A.; Kaiser, U.; Ettrich, U.; et al., 2009; Kaiser, U.; Schütze, A.; Balck, F.; et al., 2012; Kaiser, U., 2013; Schütze, A., Kaiser, U.; Gärtner, A., et al., 2013). Im Folgenden sollen beispielhaft die Ergebnisse zur langfristigen Wirksamkeit der multimodalen Schmerztherapie am USC Dresden dargestellt werden. In die Auswertung einbezogen wurden 136 Patienten (Durchschnittsalter 51 Jahre, Geschlecht 80% weiblich). Alle untersuchten Parameter zeigten statistisch signifikante Verbesserungen nach einem und zwei Jahren im Vergleich zu den Eingangsdaten zu Therapiebeginn. Die größten Veränderungen fanden sich dabei im Bereich der durchschnittlichen Schmerzstärke (NRS). Ebenso reduzierten sich langfristig katastrophisierende Gedanken und Kognitionen (CSQ) sowie die schmerzbedingte Beeinträchtigung. Ängste und depressive Verstimmungen (HADS-D) verringerten sich. Die körperliche Lebensqualität war nach einem halben bzw. einem Jahr im Vergleich zu Therapiebeginn höher; jeweils mit mittlerem Effekt.

Die Ergebnisse belegen einen langfristigen Therapieeffekt der multimodalen Schmerztherapie am USC. Therapieeffekte, die nach einem Jahr zu beobachten sind, bleiben auch über einen Zeitraum von zwei Jahren stabil (Schütze, A.; Kaiser, U.; Schiller, M. et al., 2010). Damit bestätigen die eigenen Resultate auch andere Untersuchungen zur Wirksamkeit multimodaler Schmerztherapie (Hildebrandt, J.; Pfungsten, M.; Franz, C.; et al., 1996; Mesrian, A.; Neubauer, E.; Schiltenswolf, M., 2007; Pöhlmann, K.; Tonhauser, T.; Joraschky, P.; et al., 2009).

Multimodale Schmerztherapie – Ambulante Gruppe

Neben der seit zehn Jahren bestehenden teilstationären Schmerztherapie wurde in Kooperation mit der AOK Plus eine neue, ambulante Therapieform etabliert. Dieses Setting wurde für Patienten entwickelt, die sich im beginnenden Chronifizierungsprozess befinden, um einer fortschreitenden Schmerzchronifizierung präventiv entgegenzuwirken. Zudem ist das Konzept insbesondere für Patienten geeignet, denen es – zum Beispiel aus beruflichen oder familiären Gründen – nicht möglich ist, an einer vierwöchigen teilstationären Therapie teilzunehmen. Es handelt sich dabei um eine multimodale, gruppenbasierte Therapieform

in Kleingruppen (sechs bis max. acht Patienten), die über einen Zeitraum von einem halben Jahr einmal wöchentlich über drei Stunden hinweg durchgeführt wird (Gesamtdauer: 72 h). Auch hier wird der eigentlichen Behandlung ein multimodales Assessment vorgeschaltet, bei dem neben den medizinisch-psychologisch-physiotherapeutischen Befunden vor allem auch die Eignung für eine Teilnahme an dem Programm überprüft wird. Die eigentliche Behandlung gliedert sich in ärztliche, psychologische und physiotherapeutische Anteile, die inhaltlich an das Konzept der tagesklinischen Therapie angelehnt sind.

Ergebnisse

Bisherige Untersuchungen in Form einer explorativen Datenanalyse liefern erste Ergebnisse zu diesem neuen Behandlungskonzept. Insgesamt wurden bisher 20 Datensätze von Patienten ausgewertet, für die ein vollständiger Datensatz vorliegt. Dabei waren die Patienten im Durchschnitt etwas jünger (mittleres Alter 48 Jahre) als die Teilnehmer der teilstationären Behandlung. Die Geschlechterverteilung lag bei 70 % weiblichen und 30 % männlichen Patienten. Es konnten drei Messzeitpunkte (Therapiebeginn, Therapieende, Halbjahreskatamnese) ausgewertet werden. Bei vier von fünf untersuchten Parametern zeigten sich – trotz der geringen Stichprobengröße – signifikante Verbesserungen nach sechs Monaten im Vergleich zu den Eingangsdaten. Die größten Veränderungen fanden sich dabei im Bereich Katastrophisierung (PCS). Ebenso reduzierten sich die durchschnittliche Schmerzstärke von 5,4 zu Therapiebeginn auf 4,4 nach vier Wochen und 3,9 nach einem halben Jahr und die schmerzbedingte Beeinträchtigung signifikant, die Effektstärken lagen nach einem halben Jahr im mittleren Bereich. Zudem konnte eine signifikante Verbesserung der körperlichen Lebensqualität (SF-36) nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse sind auf Grund der geringen Stichprobengröße vorsichtig zu interpretieren. Dennoch zei-

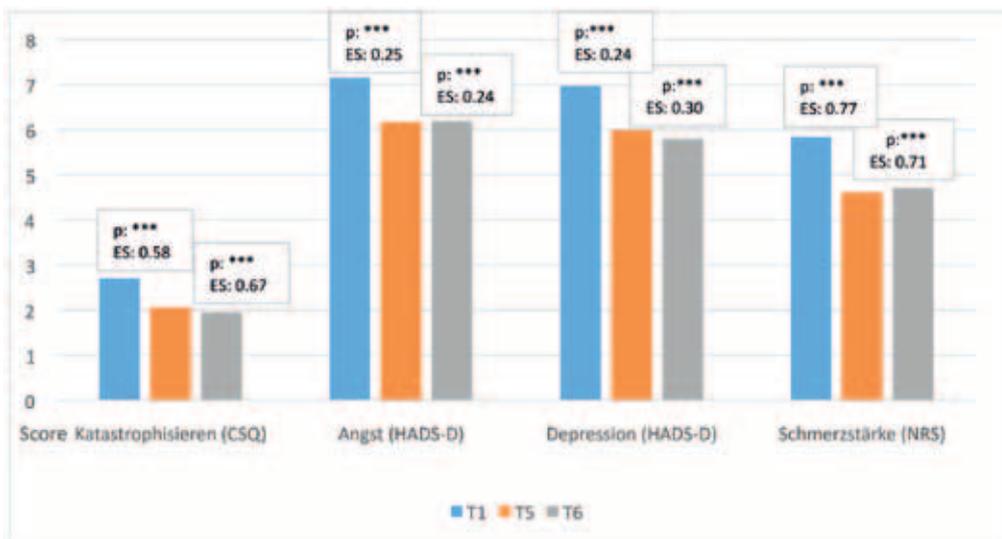


Abb. 2: Ergebnisse zur Ein- und Zweijahreskatamnese (tagesklinische Behandlung)

Anmerkungen: CSQ=Coping Strategies Questionnaire, HADS-D=Hospital Anxiety and Depression Scale – deutsche Version, NRS=Numerische Ratingskala, p=Signifikanz ($p \leq 0.001$ hoch signifikant), ES=Effektstärke (<0.5 kleiner Effekt, <0.5-0.8 mittlerer Effekt, >0.8 großer Effekt), T1=Therapiebeginn, T5=Jahreskatamnese, T6=Zweijahreskatamnese

gen sich trendanalytisch Verbesserungen in fast allen untersuchten Parametern. Dies widerlegt die Ergebnisse einer Studie aus München, die zu dem Ergebnis kam, dass eine ambulante individuelle Therapie nicht zu durchgreifenden Verbesserungen hinsichtlich Schmerz und gesundheitsbezogener Lebensqualität führt. Im Unterschied zu der Münchner Therapie erfolgt die ambulante Therapie im selben Team, damit sind die Voraussetzungen der multimodalen Therapie einer teamorientierten und aufeinander abgestimmten Behandlung in Dresden umgesetzt (Huge, V.; Müller, E.; Beyer, A.; et al., 2010). Genauere Untersuchungen zu diesem Behandlungskonzept am USC sind Ziel zukünftiger Forschungsarbeiten (Schütze, A.; Kaiser, U.; Gärtner, A.; et al., 2013).

Schlussfolgerung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die multimodale Schmerztherapie am UniversitätsSchmerzCentrum in Dresden sowohl für die ambulante als auch für die teilstationäre Therapie als kurz- und langfristig wirksam einzuschätzen ist. Es können stabile Behandlungseffekte erzielt werden.

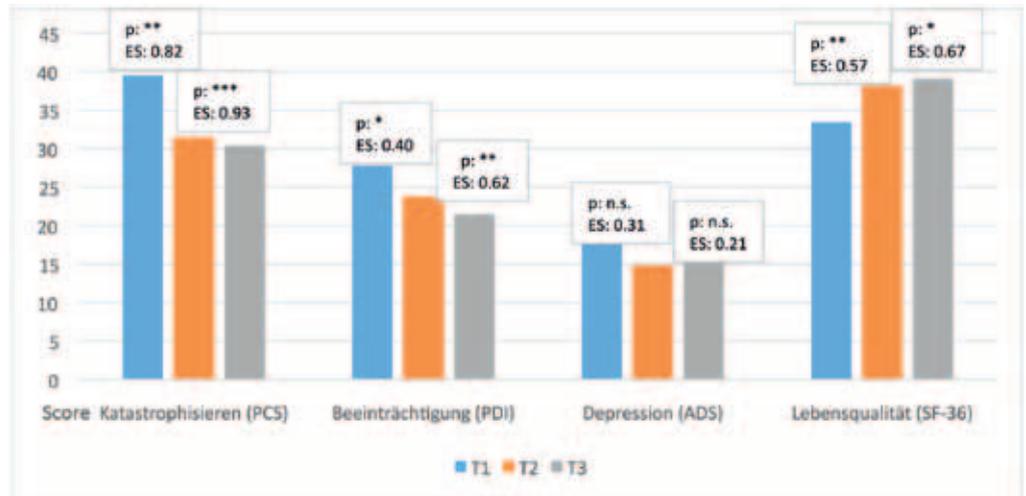


Abb. 3: Ergebnisse zum Therapieende und zur Halbjahreskatamnese (ambulante Behandlung)
Anmerkungen: PCS=Pain Catastrophizing Scale, PDI=Pain Disability Index, ADS=Allgemeine Depressionsskala, SF-36=Fragebogen zum Gesundheitszustand, p=Signifikanz ($p \leq 0.05$ * signifikant, $p \leq 0.01$ ** sehr signifikant, $p \leq 0.001$ *** hoch signifikant, n.s. nicht signifikant), ES=Effektstärke (<0.5 kleiner Effekt, $<0.5-0.8$ mittlerer Effekt, <0.8 großer Effekt), T1=Therapiebeginn, T2=Therapieende, T3=Halbjahreskatamnese

Dabei kommt es zu einer Verringerung der durchschnittlichen Schmerzstärke und zu einer Verminderung des Beeinträchtigungserlebens. Katastrophisierende Gedanken können reduziert werden, die körperliche Lebensqualität steigt an.

Danksagung:

Die Autoren möchten sich bei dem gesamten Team des USC, das an der Umsetzung des multimodalen Programms beteiligt ist, bedanken: Fr. H. Bergner, Fr. J. Böhm,

Dr. U. Ettrich, Dipl.-Psych. A. Gärtner, Fr. K. Gasch, PD Dr. G. Goßrau, Dr. Dipl.-Psych. U. Kaiser, Dr. A. Preissler, Dr. U. Reuter, Sr. B. Rust, Fr. M. Schiller, Dipl.-Psych. B. Schönbach, Sr. S. Seifert, Sr. J. Seip, Hr. Sommerfeld, Hr. Sterzer, Fr. M. Thielemann

Literatur beim Verfasser

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. Rainer Sabatowski

UniversitätsSchmerzCentrum

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus

Technische Universität Dresden

Fetscherstr. 74, 01307 Dresden

rainer.sabatowski@uniklinikum-dresden.de