

Stationäre multimodale Schmerztherapie mit Senioren

Bettina Otto, Katrin Große, Martin Mothes-Lasch

Einleitung

Schmerzen gehören zu den häufigsten Beschwerden im Alter. Dementsprechend berichten mehr als 90 Prozent der über 75-Jährigen von Schmerzen am Skelettsystem (4). Die Prävalenz chronischer Schmerzen älterer Menschen liegt zwischen 25 und 75 Prozent (2). Fortschritte in der Medizin, beispielsweise moderne Gelenkersatz- und Rückenoperationen auch im hohen Lebensalter, sowie die demographische Entwicklung führen zu einer zunehmenden Nachfrage altersangepasster Therapieangebote, auch an unserem Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie in Bad Berka. Bei der aktuell gegebenen Versorgungssituation (1, 11) von Schmerzpatienten in Deutschland finden Besonderheiten des Alters zu wenig Berücksichtigung (10). Zudem ist älteren Patienten der Zugang zu einer spezialisierten Schmerztherapie häufig nur mit organisatorischer Fremdunterstützung möglich. Eine gemeinsame Behandlung jüngerer und älterer Schmerzpatienten stößt auf Grund vermehrter körperlicher und kognitiver Einschränkungen letzterer an die Grenzen von Patienten und Behandlern. Daraus folgend besteht die Notwendigkeit basierend auf vorhandenen Therapiekonzepten, ein separates, für

Seniorengruppen angepasstes Konzept der multimodalen Schmerztherapie (MMST) zu entwickeln. Im Folgenden wird das im Schmerzzentrum der Zentralklinik Bad Berka etablierte Therapieprogramm für Senioren vorgestellt.

Indikation

Nach einer multidisziplinären algesiologischen Diagnostik (s. vorangegangener Artikel) kann auch bei älteren Patienten mit chronischen Schmerzen die Indikation zu einer stationären MMST gestellt werden. Die Kriterien dafür sind erfüllt, wenn Patienten in ihrem aktuellen Zustand nicht mehr adäquat ambulant versorgt werden können. Dabei stellen oft körperliche und psychische Komorbiditäten einen zentralen Indikator für die Notwendigkeit einer stationären Schmerztherapie dar. Die Mittel des Krankenhauses sind dabei unter anderem für die Überwachung der Patienten während körperlicher Aktivierung notwendig, z. B. für die Anpassung eines Insulinregimes. Auch Patienten mit Erkrankungen, die eine hohe Therapieintensität erfordern, wie beim Vorliegen eines Komplexen Regionalen Schmerzsyndroms (CRPS), erfüllen die Aufnahmekriterien zur stationären MMST. Nicht zuletzt entscheidet der Grad der



Dr. Bettina Otto



Dipl.-Psych. Katrin Große



Dipl.-Psych. Dr. Martin Mothes-Lasch

- Manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- Bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- Schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- Gravierende somatische Begleiterkrankung

Abb. 1. OPS 8-918.xx Indikationsmerkmale.

Mobilität darüber, ob ältere Patienten noch von ambulanten Therapien profitieren können oder ob bereits stationär vorgegangen werden muss. Die Einschlusskriterien für eine stationäre MMST sind durch das DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) mit der OPS 8-918.xx exakt beschrieben. Danach müssen drei von fünf Merkmalen erfüllt sein (Abb. 1).

Aufnahmekriterien für Seniorentherapie im Schmerzzentrum Bad Berka

Aus der Erfahrung gemischter Therapiegruppen mit jüngeren und älteren Patienten und unseren bisherigen Seniorenguppen kristallisierte sich die Notwendigkeit der Definition von Mindestkriterien für die altersangepasste MMST, die einen Erfolg der Therapie erhöhen können, heraus:

- Erfüllung der Kriterien für OPS 8-918.xx (s. Abb. 1)
- eigene Motivation zur Bewegungssteigerung
- Bereitschaft zur Medikamentenreduktion und gegebenenfalls Entzug
- ein Pflegebedarf maximal der Stufe 1 entsprechend
- keine ausgeprägten kognitiven Einschränkungen
- psychische oder andere somatische Komorbiditäten haben zum gegebenen Zeitpunkt keine Behandlungspriorität
- Fähigkeit des Patienten, die Therapieräume in der Klinik selbständig zu erreichen
- kein Zielkonflikt bezüglich Wunsch nach GdB oder Pflegestufe

Therapiekonzept

Das Therapiekonzept wurde auf physiotherapeutischer, medizinischer, pflegerischer, psychologischer und organisatorischer Ebene unter Berücksichtigung der eingeschränkten körperlichen und kognitiven Leistungsfähigkeit der Senioren mit dem Ziel der Aktivierung, funktionellen Verbesserung und Verbesserung der Lebensqualität angepasst. Wegen des höheren Pflege- und Unterstützungsaufwandes führen wir die Therapie in geschlossenen Gruppen à 4 Patienten durch.

Die besonderen Herausforderungen für die Therapie liegen in Faktoren, die die Schmerz Wahrnehmung und das Schmerzempfinden bei Älteren beeinflussen können und bei der Diagnostik zu berücksichtigen sind: Untertreiben/ Verschweigen der Schmerzintensität, internistische und/oder neurologische Multimorbidität, Mehrfachmedikation mit teilweise sedierender Wirkung, Stö-

rung der Kommunikation und Lernfähigkeit durch kognitive Einschränkungen, verstärktes Schmerzerleben durch Depressivität sowie soziale Einschränkungen.

Therapieziele

Die wichtigsten Ziele der Therapie sind die Verbesserung von Koordination, Gleichgewicht, Gangsicherheit, Abbau von Sturzängsten und Vermeidungsverhalten sowie das Abtrainieren dysfunktionaler Hilfsmittel. Langfristig werden durch die körperliche Aktivierung der Erhalt der persönlichen Selbständigkeit und die Verzögerung einer Pflegebedürftigkeit angestrebt.

Physiotherapie

Die physiotherapeutische Behandlung umfasst aktivierende Schmerzbewältigungsstrategien und die Anleitung zu selbständigen Übungen. Bereits in der Aufnahmeuntersuchung erhalten die Patienten Einweisungen in individuelle Dehnübungen. Im weiteren Verlauf der Therapie folgen Einweisungen in die Arbeit mit Kleingeräten (Igelball, -rolle und Handtrainingsgerät), in die Benutzung des TENS-Gerätes bei Belastung und körperlicher Aktivität, die Benutzung des Fahrradergometers mit Erstellung eines individuellen Steigerungsplanes sowie in Koordinations- und Gleichgewichtsübungen auf dem Balance Pad. Zu den obligaten Übungseinheiten in der Gruppe gehören Gehtraining mit vorhandenen Hilfsmitteln auf Station, Treppentraining, dynamisches Körpertraining, Qigong und Nordic Walking. Darüber hinaus können die Seniorenpatienten an der Wassergymnastik im Bewegungsbad teilnehmen. Im Arbeits- und Alltagstraining (Work Hardening) werden Tätigkeiten wie Bücken, Heben, Tragen, Drehen und Überkopfarbeiten trainiert sowie feinmotorische Fähigkeiten geschult. Ergänzt wird das Programm durch individuell abgestimmte Einzeltherapien und die therapeutische Kontrolle und Anpassung der bereits erlernten Übungen. Mit den Patienten wird ein individuelles Heimübungsprogramm erarbeitet.

Ärztliche Aufgaben

Dem Schmerztherapeuten obliegt die Leitung der Therapie. In Visiten und regelmäßigen ärztlichen Einzelgesprächen werden dem Informationsbedarf der Patienten Rechnung getragen, individuelle Röntgen- und MRT-Aufnahmen demonstriert, neurologische und internistische Untersuchungsergebnisse erläutert sowie vorhandene Arztbriefe „übersetzt“.

Ein Schwerpunkt ärztlichen Handelns in der MMST ist die Anpassung der medikamentösen Therapie. Häufig bestehen Kombinationen, die in Neben- und Wechselwirkungen den Therapiezielen entgegenstehen. Schmerz- und Beruhigungsmittel können mit kognitiven Problemen, Müdigkeit, Sedierung, verminderter Reaktionsfähigkeit und Sturzgefahr einhergehen und die aktivierende Therapie erschweren. Die Priscus®-Liste (7) schätzt eine Reihe dieser Medikamente in der Langzeitanwendung als nur bedingt geeignet ein. Demzufolge können Medikamentenzüge (Opiode) und die Beendigung nicht mehr hilfreicher medikamentöser Therapien mit Co-Analgetika in der MMST notwendig werden. Vorbereitung und Durchführung der Entzüge erfordern eine umfassende wiederholte Aufklärung, ein vertrauensvolles Arzt-Patient-Verhältnis, einen großen Betreuungsaufwand durch alle Teamdisziplinen, speziell der Pflegekräfte in der Nacht, und eine hohe Motivation der Patienten. Wegen internistischer Komorbiditäten und häufig hoher Dosen werden Opioidentzüge in der Regel über einen Zeitraum von zwei Wochen durchgeführt. Benzodiazepinentzüge gehören nicht in unseren Fachbereich und werden in unserem Zentrum nicht durchgeführt.

Schmerzpflegekraft – Pain Nurse

Der Aufgabenbereich des Pflegepersonals in der stationären MMST ist nicht auf rein pflegerische Tätigkeiten begrenzt, sondern umfasst den gesamten Ablauf betreffende administrative und organisatorische Tätigkeiten. Darüber hinaus sind Verhaltensbeobachtung, Festigung von therapeutischen Inhalten

und Vorgehensweisen, Förderung der Therapiemotivation und entlastende Gesprächsangebote zentrale Bestandteile pflegerischer Arbeit. Dabei orientiert sich das Pflegepersonal an den grundsätzlichen Zielen der Therapie: der Aktivierung und der funktionellen Verbesserung.

Psychotherapeutische Aufgaben

Vorbestehende psychische Komorbiditäten werden im Aufnahmegespräch von den Schmerzpsychotherapeuten bezüglich ihrer aktuellen klinischen Relevanz eingeschätzt und in der Therapieplanung berücksichtigt. Bei Auffälligkeiten, die erst während der Therapie sichtbar werden, erfolgt eine zusätzliche Diagnostik (z.B. Demenz-Screening). Darüber hinaus werden Erwartungen und Ziele des Patienten auf ihre Realisierbarkeit hin überprüft und gegebenenfalls korrigiert. Die Besprechung von Unsicherheiten und Befürchtungen des Patienten bekommt breiten Raum. Die Patienten erhalten Informationen zu Wirkungen und Zielen der Entspannung, eine Einführung in die Progressive Muskelrelaxation und Informationen zur Umsetzung dieser in der Praxis. Dabei wird besonders der Trainingscharakter des Verfahrens betont. Weitere Schwerpunktthemen, die in Vorträgen und Seminaren erarbeitet werden, sind Schlaf, Stress, Angstvermeidungsverhalten, Aufmerksamkeitslenkung, Alltagstransfer und Rückfallprophyla-

xe. Zur Veränderung oder Erweiterung des oft mechanisch-somatisch geprägten Schmerzverständnisses älterer Patienten werden Grundkenntnisse über Schmerzwahrnehmung und -weiterleitung, Schmerzverarbeitung im Gehirn, die Unterschiede zwischen akuten und chronischen Schmerzen und das biopsychosoziale Schmerzmodell vermittelt sowie entsprechende Behandlungsoptionen bei chronischen Schmerzen dargestellt.

Um eine erfolgreiche Therapie zu gewährleisten, werden die vermittelten Strategien an die Lebenswirklichkeit, Fähigkeiten und Bedürfnisse der älteren Patienten angepasst. Dazu gehören die Verwendung einfacher und verständlicher Instruktionen, eine deutliche Sprechweise, die Anpassung visueller Medien und schriftlicher Informationen, ein verringertes Tempo und Wiederholungen in den einzel- und gruppentherapeutischen Angeboten sowie die konkrete praktische Unterstützung bei der Therapiedurchführung und der Vorbereitung des Alltagstransfers.

Abbildung im deutschen DRG-System

Die stationäre Schmerztherapie in unserem Zentrum umfasst 19 Behandlungstage und entspricht sowohl in der Dauer als auch den Inhalten der von der DIMDI vorgegebenen Kodierung OPS 8-918.14 (3). Als Voraussetzung für diese Ziffer gelten mindestens 14 Therapi-

etage mit 56 Therapieeinheiten à 30 Minuten, davon mindestens 14 psychotherapeutische Einheiten. Darüber hinaus werden pro Woche mindestens ein 30-minütiges ärztliches und psychotherapeutisches Einzelgespräch sowie eine Teambesprechung vorausgesetzt.

Ergebnisse und Diskussion

Die Schmerztherapie in unserem Zentrum fordert bei sehr hoher Therapieintensität und Zuwendung durch das Behandlungsteam von den Patienten eine hohe Motivation zur aktiven Mitarbeit sowie die Bereitschaft, sich von passiver Behandlungserwartung abzuwenden und auf neue Ansätze einzulassen. Dass dies erfolgreich sein kann, zeigen die erhobenen Daten im Rahmen des Qualitätsmanagements. Von August 2014 bis Oktober 2015 haben im Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie 66 Senioren-Patienten an der dreiwöchigen, stationären Schmerztherapie teilgenommen. Wie in den zuvor etablierten Gruppen überwogen auch hier die weiblichen Patientinnen (68 Prozent). Die Altersverteilung der Senioren lag zwischen 59 und 85 Jahren, wodurch deutlich wird, dass der Begriff „Senioren“ keine fest definierte Altersklasse darstellt. Ein Anteil von 45 Prozent der Patienten war zum Aufnahmezeitpunkt auf Opioide eingestellt. Während der Therapie beendeten davon 73 Prozent diese Langzeittherapie vollständig, alle anderen Patienten erreichten eine Dosisreduktion.

Tabelle 1. Ergebnisse der t-Tests

Zielkriterien	Messinstrument	prä	post	t(df)	p
Schmerzstärke	Numerische Ratingskala (NRS)	6,48	5,88	1,84 (57)	0,075
Lebensqualität	Marburger Fragebogen zum habituellen Wohlbefinden (MFHW, 6)	9,43	20,89	-7,51 (45)	<0,001
Funktionskapazität	Funktionsfragebogen Hannover Rücken (FFbH-R, 9)	39,19	52,51	-5,43 (56)	<0,001
Depressivität	Allgemeine Depressions-Skala (ADS, 5)	19,28	13,94	3,76 (31)	0,001
Sturzrisiko	Mobilitätstest nach Tinetti (13)	17,1	24,38	-13,96 (51)	<0,001
Mobilität	Timed „up & go“ (tug, 12)	17,21	11,75	7,55 (51)	<0,001
	Gehstrecke in m	177	1056	-6,88 (40)	<0,001
Beweglichkeit	Finger-Boden-Abstand in cm	18,87	8,58	5,96 (37)	<0,001

prä – Mittelwert zu Therapieanfang, post–Mittelwert zu Therapieende, t – t-Wert, df – Freiheitsgrad, p – p-Wert

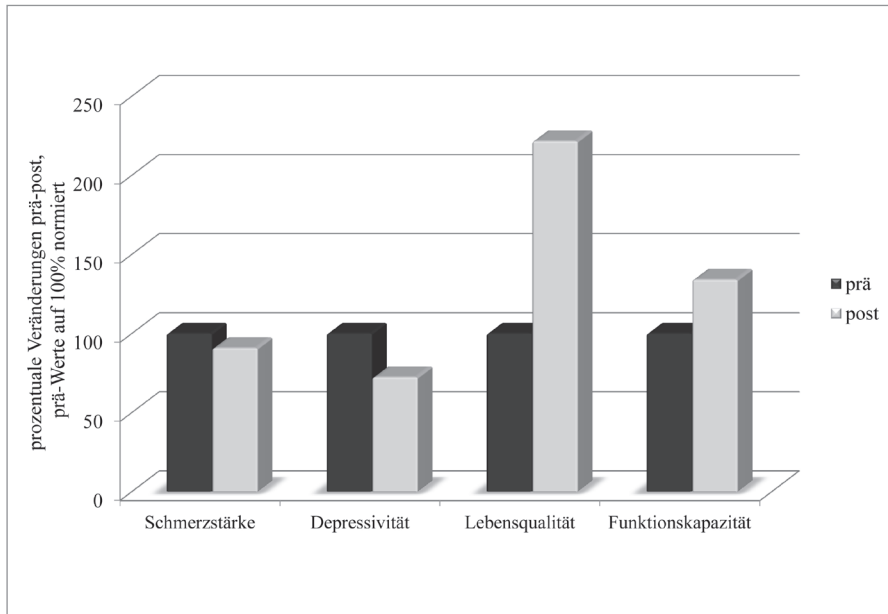


Abb. 2. Darstellung der Schmerzstärke (NRS), Depressivität (ADS), Lebensqualität (FW7) und Funktionskapazität (FFbH-R) vor und nach dreiwöchiger multimodaler stationärer Schmerztherapie.

Im Mittel zeigen die Patienten eine wesentliche Verbesserung der Lebensqualität, der körperlichen Funktionskapazität, Mobilität, des Sturzrisikos und der Beweglichkeit im Prä-post-Vergleich (Tabelle 1, Abb. 2 und 3). Besonders die für die Senioren wichtige Verbesserung ihrer Mobilität zeigt sich in einer enormen Verlängerung

der initialen Gehstrecke von durchschnittlich 177 m auf 1 km mit Nordic-Walking-Stöcken und gleichzeitiger Verringerung des Sturzrisikos. Entsprechend dem multimodalen Konzept und dem biopsychosozialen Schmerzmodell kommt der reinen Wahrnehmung der Schmerzintensität nur eine untergeordnete Rolle zu (8).

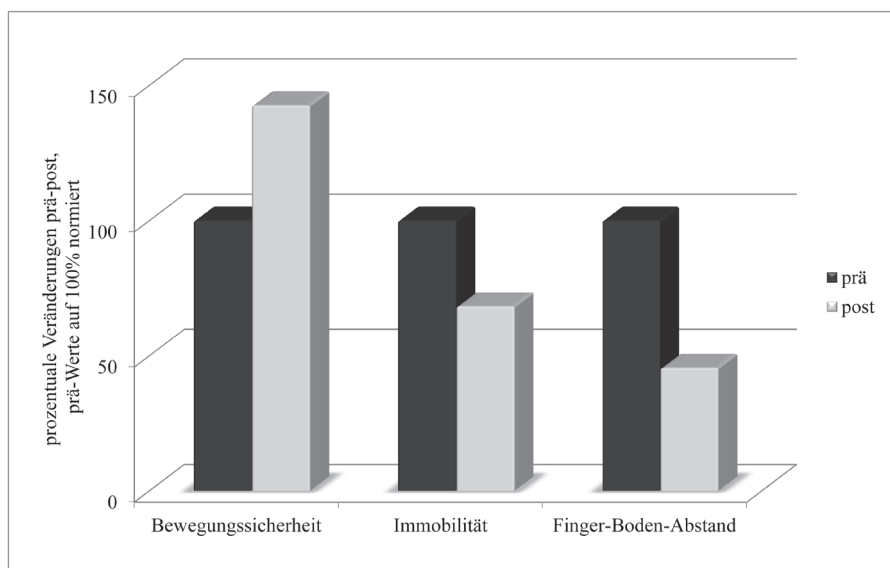


Abb. 3. Darstellung der Bewegungssicherheit (Tinetti), Immobilität (tug) und des Finger-Boden-Abstandes (FBA) vor und nach dreiwöchiger multimodaler stationärer Schmerztherapie.

Zusammenfassend zeigen unsere Ergebnisse, dass eine Anpassung der multimodalen Therapie für Senioren erfolgreich möglich ist und zu einer Verbesserung der Lebensqualität sowie der Steigerung der körperlichen Funktionskapazität führen kann. Basierend auf diesen Erfahrungen ist davon auszugehen, dass eine an der allgemeinen mittleren Verweildauer orientierte Therapiedauer von weniger als 14 Tagen nicht mit der Aussicht auf eine substantielle Verbesserung einhergehen kann. Auf Grund der noch kleinen Patientenzahl ist unsere Verlaufsbeurteilung sechs und zwölf Monate nach Therapie noch nicht aussagekräftig und damit die Nachhaltigkeit der Ergebnisse noch nicht abschätzbar.

Ausblick

Häufige Ursachen von Schmerzen im Alter sind degenerative Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, z.B. Arthrose, Osteoporose, rheumatische Erkrankungen, Nervenerkrankungen, Veränderungen an Muskeln und Sehnen, Gehunsicherheit und Bewegungsmangel. Mit dem zu erwartenden zunehmenden Therapiebedarf in den nächsten Jahren ist auch die Notwendigkeit einer Ausweitung der Versorgungsangebote in allen Sektoren verbunden. Die Leistungserbringer sind gerne bereit, gemeinsam mit den Kostenträgern hierfür ein tragfähiges Konzept für eine abgestufte, evidenzbasierte Versorgung zu entwickeln und noch bestehende Diskrepanzen auf der Basis objektiver Daten zu diskutieren.

Literatur bei den Verfassern.

Dr. med. Bettina Otto
 Dipl.-Psych. Katrin Große
 Dipl.-Psych. Dr. phil. Martin Mothes-Lasch
 Zentrum für Interdisziplinäre
 Schmerztherapie
 Zentralklinik Bad Berka
 Robert-Koch-Allee 9
 99437 Bad Berka