SY09 – Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST) – Neues aus Forschung und Praxis

Michael Pfingsten
Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

Die Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) wird dem Gedanken eines bio-psycho-sozialen Verständnisses von Schmerz am besten gerecht. IMST wird in den relevanten Leitlinien durchweg als wichtige Therapieform empfohlen. Gleichwohl handelt es sich nicht um ein abgeschlossenes Konzept, sondern vieles ist, national wie international, in Bewegung. Die IMST stellt eine komplexe Intervention dar, die sowohl inhaltlich-konzeptionell als auch in der täglichen Umsetzung hohe Anforderungen stellt. Bestehende Empfehlungen zum Konzept lassen Spielräume zu, die einerseits zu einer Weiterentwicklung der Idee beitragen, andererseits jedoch auch dazu führen, dass die Qualität der Anwendung nur schwer zu kontrollieren ist.
National und international wurde im letzten Jahr bzgl. komplexer Interventionen in der Schmerztherapie inhaltlich einiges an Arbeit geleistet. Dazu gehört insbesondere die offizielle Definition schmerztherapeutischer Interventionen durch die IASP. Multimodale Schmerztherapie wird dabei unter der Bezeichnung interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) als höchste Graduierung eingeordnet. Darüber hinaus wurde durch die Ad-hoc-Kommission der Dt. Schmerzgesellschaft die OPS 8-918 operationalisiert, um die Umsetzung der IMST für Anwender zu präzisieren (1. Beitrag, Pfingsten).
Die wissenschaftliche Evidenz der IMST wird kontinuierlich national wie international in klinischen Studien und in der Versorgungsforschung untersucht und hat wichtige Implikationen für die IMST in D. Eine internationale Initiative (VAPAIN) empfiehlt einheitliche Ergebnisparameter zur Erfassung von Effektivität der IMST. Implikationen ergeben sich daraus u. a. für die Bewertung von Studien. Ziel ist es dabei zu beleuchten, welche inhaltlichen Ausgestaltungen der IMST anderen überlegen sind. Aus der Black-Box IMST soll damit ein Werkzeugkasten entstehen, der auf die Bedarfe der Patienten zielgerecht abgestimmt werden kann (2. Beitrag, Kaiser).
Diese Veränderungen haben Auswirkungen auf die tägliche Arbeit in der Versorgung. Die Güte der Versorgung hängt oft von der Vergütung der Leistung ab. Die Höhe der Vergütung ist bundeseinheitlich im Fallpauschalenkatalog geregelt; teilstationäre IMST ist nur durch Aufnahme in den Landeskrankenhausplan möglich. Einige Bundesländer sehen für teilstationäre Versorgungsstrukturen in Schmerz-Tageskliniken keinen Bedarf, andere bauen dieselben flächendeckend aus. Ambulant wird IMST bisher gar nicht vergütet und findet deshalb auch nicht statt. Die Gesundheitspolitik muss sicherstellen, dass die IMST abgestuft in allen Versorgungssektoren angeboten werden kann (3. Beitrag, Thoma).
Die inhaltliche und konzeptionelle Weiterentwicklung der IMST national und international werden vorgestellt. Dabei soll auf die nationalen Besonderheiten eingegangen und Probleme der Anwendung herausgestellt werden.
Aufgrund des bisher großen Interesses an diesem Thema sollen 30 min für die Diskussion zur Verfügung stehen.

SY10 – Happy Birthday – 30 Jahre Akutschmerzdienst: Ist er auch fit für die Zukunft?

Ulrike Stamer[1], Joachim Erlenwein[2]
[1]Universität Bern, Klinik für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Bern, Schweiz; [2]Klinik für Anästhesie und Schmerzmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

1988 erschien die erste Publikation zu einem Akutschmerzdienst (ADS), nachdem zuvor in Deutschland und in den USA anästhesiebasierten Schmerzdienste eingerichtet wurden, zunächst vor allem für die Versorgung postoperativer Patienten mit kontinuierlichen Verfahren der Regionalanalgesie und einer i. v. PCA. Die Etablierung von ASDs hatte einen pragmatischen Hintergrund, galt aber zunächst als Bruch mit geltenden Regeln und Gewohnheiten. Pioniere der ersten Stunde hatten mit erheblichen Bedenken und Widerständen zu kämpfen. Mittlerweile sind ASDs in vielen Krankenhäusern etabliert, ohne dass es klare Vorgaben zur personellen Ausstattung oder der Finanzierung gibt. Was sind die aktuelle Probleme und wie sieht die Zukunft aus?
Qualitätskriterien in der medizinischen Versorgung sind immer mehr in den Fokus gerückt. So haben Projekte wie z. B. das „schmerzfreies Krankenhaus" nachweislich einen weltweit vermutlich einmaligen Qualitätsstandard geschaffen. Mit einer guten Organisation, inhaltlicher Kompetenz bei Sicherstellung der Edukation kann die Mehrzahl aller Patienten ausreichend versorgt werden.
„Make pain visible" das war über Jahrzehnte die Devise der Akutschmerzdienste; die Erfassung der Schmerzintensität anhand einer NRS oder VAS das Credo, um bei zu hohen Scores Analgetika zu applizieren. Nur hat das Sichtbarmachen der Schmerzen die Analgesie an sich nicht überall verbessert. So entspricht die an einen Cut-off gebundene Gabe von Analgetika oftmals nicht den individuellen Bedürfnissen eines Patienten. Immer häufiger gibt es Patienten, die nach einer Operation langfristig Opioide einnehmen wegen „zu starker" Schmerzen. Sind Schmerzscores vielleicht kein gutes Instrument zur Beurteilung? Sind sie jetzt OUT? Was könnte geeigneter sein, um die (Schmerz)-Situation eines Patienten zu erfassen. In dem Vortrag werden Alternativen diskutiert und die Schmerzerfassung anhand von Scores hinterfragt.
Die ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen machen es notwendig, personelle Versorgungsmodelle für die Zukunft der ASDs zu entwerfen. Fachkräftemangel und zunemende Ökonomisierung gehen mit neuen Herausforderungen einher. Dabei sind gerade Akutschmerzdienste, die keine direkten Erlöse erwirtschaften, von Einsparungsbemühungen betroffen. Mehr denn je müssen Versorgungsformen, wie ein Arzt- und ein pflegebasiertes Akutschmerzdienst, auch ökonomischen Anforderungen genügen. Der ASD steht noch heute für ein Umdenken in der innerklinischen Versorgung sowie der Intensivierung der interprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit im Krankenhaus. Neue, (invasive) Analgesieverfahren müssen etabliert, neue medizinische und organisatorische Herausforderungen bewältigt werden. Ein ASD bietet die Chance, Behandlungsprozesse innerhalb einer Kliniken noch enger zu verknüpfen, Schnittstellen zu reduzieren und eine bessere Versorgungsqualität effektiver zu gestalten.

SY11 – Schmerz bei behinderten Menschen

Boris Zernikow[1], Peter Martin[2]
[1]Deutsches Kinderschmerzzentrum; Vestische Kinder- und Jugendklinik – Universität Witten/Herdecke, Datteln, Deutschland; [2]Séguin-Klinik, Epilepsiezentrum Kork, Kehl-Kork, Deutschland

Das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen" (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD) ist ein Menschenrechtsübereinkommen der Vereinten Nationen, das am 13. Dezember 2006 beschlossen wurde und am 3. Mai 2008 in Kraft getreten ist. Die Vertragsstaaten – auch Deutschland – anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Somit hat sich Deutschland verpflichtet, Menschen mit Behinderungen eine Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung zu stellen wie anderen Menschen.
In diesem wissenschaftlichen Symposium sollen zunächst spezielle Fragen der Schmerzmedizin bei Menschen mit Behinderung wie die Schmerzerkennung und Schmerzmessung sowie Schmerztherapie bei Zerebralparese (Baclofen, oral, intrathekal; Botulinumtoxin, etc.) fokussiert werden. Abschließend wird der Umgang mit Schmerzen in den neu geschaffenen „Medizinischen Zentren für Menschen mit Behinderung" (MZEB) dargestellt und mit den Teilnehmern diskutiert.

source: https://doi.org/10.48350/124539 | downloaded: 27.4.2024