

KÖNNEN SCHWERER BELASTETE PATIENT:INNEN AUCH VON INTERDISZIPLINÄRER MULTIMODALER SCHMERZTHERAPIE (IMST) IM TAGESKLINISCHEN SETTING PROFITIEREN?

A. Langenmaier¹ | S. Dohmen² | M. Seibolt²

¹ Algesiologikum Zentrum für Schmerztherapie
² Algesiologikum Tagesklinik für Schmerzmedizin

EINLEITUNG

Eine IMST zur Behandlung chronischer Schmerzen wurde in vielen verschiedenen Studien als wirksam bewiesen [1]. Bevor Patient*innen an einer IMST in der Algesiologikum Tagesklinik teilnehmen können, wird in einem Interdisziplinären Multimodalen Assessment (IMA) in der Tagesklinik geprüft, ob eine Indikation vorliegt und die Patient*innen die körperlichen wie mentalen Voraussetzungen mitbringen [2]. Mit einer entsprechenden Empfehlung aus dem IMA können die Patient*innen entweder an einer IMST von 4 Wochen à 5 Tagen (IG-4) oder an einer IMST von 6 Wochen à 3 Tagen (IG-6) jeweils in geschlossenen Gruppen mit acht Patient*innen teilnehmen. Das Therapieangebot in IG-4 und IG-6 ist prinzipiell inhaltlich deckungsgleich, wobei bei Bedarf die (Übungs-) Intensität, bspw. in Form von mehr oder längeren Pausen während der Therapie, angepasst wird.

Fragestellung: Können körperlich und mental schwerer belastete Patient*innen von einem angepassten Therapiesetting der IMST in einer Tagesklinik profitieren?

MATERIALIEN UND METHODEN

Von 01/23 bis 03/25 wurden kontinuierlich drei IG-4 und eine IG-6 parallel angeboten. Insgesamt liegen für 432 Patient*innen (IG-4: N=344/ 80%; IG-6: N=88/ 20%), die an einer IMST teilgenommen haben, verwertbare Verlaufsfragebögen (VFB) [3] zu Therapiebeginn (T0) und -ende (T1) vor. Aus diesen wurden der Schweregrad nach von Korff (SG), die metrischen Daten zum Schmerzempfinden (aktuelle, minimale und maximale Schmerzstärke (NRS)) sowie zur Psychometrie (Depressivität, Angst, Stress (DASS), Wohlbefinden (FW7), körperliches und mentales Wohlbefinden (PCS, MCS) sowie Lebensqualität (QLIP)) ausgewertet. Zu T1 wurde mit dem Mann-Whitney-U-Test und mit dem Welch-Test überprüft, ob sich die Patient*innen bzgl. dieser Parameter unterscheiden. Zur Messung des gruppenspezifischen Therapieerfolgs wurden mit Wilcoxon-Tests bei verbundenen Stichproben die Unterschiede zwischen T0 und T1, jeweils für die IG-4 und die IG-6 aufgliedert nach dem Schweregrad berechnet, da keine Normalverteilung vorlag (Kolmogorov-Smirnov-Test). Aufgrund der gerichteten Hypothese, dass sich die Patient:Innen in der Therapie verbessern gilt $p < 0,025$. Anschließend wurden die Effektstärken der jeweiligen Gruppen berechnet.

ERGEBNISSE

Der Mann-Whitney-U-Test zeigt, dass die Verteilung des Schweregrades in beiden Gruppen zu T0 verschieden ist ($Z = -3,466$; $p < 0,001^{***}$). In der IG-6 werden mehr Patient*innen mit höherem Schweregrad behandelt als in der IG-4.

Welch-Tests (metr. Variablen) haben ergeben, dass Patient*innen der IG-4 zu T0 hinsichtlich aller Parameter, außer der mittleren NRS und dem MCS, signifikant weniger belastet waren als die der IG-6. In keiner Gruppe konnte eine signifikante Veränderung des Schweregrades im Therapieverlauf festgestellt werden (Wilcoxon-Test).

TABELLE 1: VERTEILUNG SCHWEREGRAD NACH VON KORFF ZU T0 DU T1 IN BEIDEN GRUPPEN*

VON KORFF	IG-4		IG-6		IG-4		IG-6	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
	N	%	N	%	N	%	N	%
Geringe Schmerzintensität und geringe schmerzbedingte Beeinträchtigung (von Korff 1)	44	12,8	33	15,2	3	3,4	4	6,8
Hohe Schmerzintensität und geringe schmerzbedingte Beeinträchtigung (von Korff 2)	78	22,7	39	17,9	14	15,9	9	15,3
Hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung, mäßig limitierend (von Korff 3)	88	25,6	67	30,7	21	23,9	13	22,0
Hohe schmerzbedingte Beeinträchtigung, stark limitierend (von Korff 4)	134	39,0	79	36,2	50	56,8	33	55,9
SUMME	344		218		88		59	

*Zu T2 liegen nur für 63,4% (IG-4) bzw. 67% (IG-6) Daten vor, da seit 20XX zu T2 nicht mehr der VFB sondern die Kurzfassung „Behandlungsende C2.1“ zur Entlastung der Pat. erhoben wird. Hier wird der von Korff leider nicht mehr ermittelt.

Unabhängig vom Schweregrad verbesserten sich die Patient*innen der IG-4 hinsichtlich fast aller Variablen signifikant bei einer mittleren Effektstärke.

Bei Patient*innen der IG-6 mit einem Schweregrad von 3 konnten signifikante Verbesserungen bei mittlerer Effektstärke hinsichtlich Angst, Stress und Depressivität festgestellt werden.

Bei jenen mit Schweregrad 4 war das bei Stress, Depressivität und Lebensqualität (QLIP) mit einer mittleren Effektstärke ebenso der Fall.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Ergebnisse zeigen signifikante Verbesserungen innerhalb beider Gruppen, wobei die Effekte bei den Patient*innen der IG-6 schwächer waren als bei denen der IG-4.

Ursachen hierfür könnten bspw. in der höheren Grundbelastung bei T0 oder der geringeren Therapiedichte/ -intensität liegen.

Zudem könnte auch die Gesamtlänge bzw. die Anzahl der Tage ohne Behandlung innerhalb der Therapie eine Rolle spielen.

Künftige Untersuchungen sollen zeigen, ob eine Veränderung von Therapiedichte und ggf. -intensität den Behandlungseffekt auch bei schwerer belasteten Pat. verbessern können.

Literatur:

[1] Sabatowski R, Lutz J.: Die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie zwischen „Goldstandard“ und „Terra incognita“ Schmerz 2024 · 38:77–79

DOI: 10.1097/pain.0000000000000902

[2] Seibolt M., Langenmaier A.: Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST) im tagesklinischen Setting; Poster auf dem DGAI Kongress 2025

DOI: 10.13140/RG.2.2.36611.52002

[3] Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.: Deutscher Schmerz-Fragebogen Handbuch;

https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/user_upload/DSF-Handbuch_2015.pdf (abgerufen am 04.08.2024)

