

# ITASSK Integrative Tagesambulante Spezielle Schmerztherapie für Krebschmerzpatienten und chronische Schmerzpatienten

Knud Gastmeier, Hannelore Jopke und Hella Warnholz,

Zentrum für ambulante Krebschmerz- und Schmerztherapie. Potsdam-Babelsberg

**Hintergrund**  
Die Integrative Tagesambulante Spezielle Schmerztherapie für Krebschmerzpatienten (ITASSK) hat sich aus dem jahrelang bewährten Dysfunktionsmodell für chronisch schmerzkranken Patienten entwickelt und wurde von uns speziell für Krebschmerzpatienten in der ambulanten Therapie angepasst. Dies erfolgte im Rahmen der Brandenburger Initiative: „Krebschmerz in Therapie“ und wird von der DGSS unterstützt.

Bis 80 % der Krebspatienten leiden im Verlauf ihrer Krankheit an Schmerzen. Die Schmerzprophylaxe wird oft während der Krebsstherapie wegen anderer Prioritäten vernachlässigt und bedingt dann eine hohe Rate an Krebschmerzproblempatienten im weiteren Krankheitsverlauf. Durch konsequente Prophylaxe und integrative Bewegungs- und Verhaltenstherapie im Sinne von Adherence sind Krebschmerzen jedoch zeitnah und langfristig reduzierbar. Diese effektive Schmerztherapie ist die Voraussetzung für eine hohe individuelle bio-psycho-soziale-spirituelle Lebensqualität, eine effektive Ernährungstherapie und die notwendige Edukation von Patienten und ihren Bezugspersonen. Eine sich wechselseitig bedingende und beeinflussende Abhängigkeit dieser Faktoren ist bekannt. Sie muss in Krebschmerztherapiekonzepten berücksichtigt werden. Dies ist bei der ITASSK explizit der Fall. Gerade sogenannte „austherapierte Fälle“ können hier - im Sinne einer kosten-schonenden und ambulanten lösungs-orientierten Kurzzeittherapie - profitieren. Neben dem o.g. Aspekt auf die Lebensqualität bezogen, lässt sich auch eine deutliche zeitliche Verzögerung bzw. eine deutliche Verkürzung einer aufwendigen und kostenintensiven speziellen ambulanten/stationären Palliativen Versorgung aus dem eigenen Patientenkontext belegen. Unser Therapiekonzept kann damit wesentlich zur Kostensenkung bzgl. Medikamenten und Betreuungskosten in der Palliativmedizin beitragen. Es ließe sich gut in den Praxisalltag in Brandenburg und anderen Ortschaften organisieren, wenn Schmerztherapeuten mit speziell geschulten Physio – und Integrations-therapeuten und Psychologen räumlich und zeitlich eng zusammenarbeiten können.

## Ergebnisse

Die vorläufigen Ergebnisse zeigen innerhalb von 2 Monaten einen deutlichen Sprung bei der Verbesserung der Lebensqualität auf. In der Screeningphase konnten 88 Patienten eingeschlossen werden. Einige Patienten konnten die Therapie aus den o. g. Gründen nicht fortgesetzt werden. Bei den verbleibenden stieg der Lebensqualitätsindex bei 16 Krebschmerzpatienten von 34% auf 45% bei Frauen und von 33% auf 44% bei Männern und bei den 33 chronischen Schmerzpatienten von 40 % auf 54% bei Frauen und von 46% auf 57% bei Männern an.

## Screeningphase

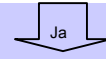
### Schmerztherapeut

- + Schmerzanamnese,
- + Untersuchung,
- + Computergestützte Dokumentation auf der Basis des DGSS Fragbogens

Ansatz für bewegungstherapeutischen, psychomotorischen und körperpsychotherapeutischen Behandlungserfolg



Wechsel des Therapie Konzeptes



Integrationstherapeut

Psychotherapeut

## Gemeinsame Festlegung der weiteren Therapie u. -prioritäten

Eingangsevaluation  
(WHO-Wellbeing Five-Fragebogen)

Diese **1. Aufbau- und Edukationsphase** dient insbesondere der Vertrauensbildung, der Ressourcenerfassung, der Musterunterbrechung und der Herstellung der Belastungsfähigkeit für die Gruppe. Am Ende dieser Phase erfolgt die 2. Verlaufevaluation.

Passt die Therapie engmaschig an und motiviert den Patienten insbesondere zur Eigenaktivität und Herstellung der Adherence

Vermittlung des bio-psycho-sozialen Modells

Korrektur der dysfunktionalen Verkettungssymptomatik, Herstellung der Adherence, Vermittlung des bio-psycho-sozialen Modells,

Übungen zur Körperwahrnehmung, Atmung, Mobilitätsförderung, Verringerung schmerzzentrierter Wahrnehmung, Stressverarbeitung, Empowerment, Achtsamkeit, Integrationsmöglichkeit der Übungen in den Alltag.

Verhaltenstherapie,  
Motivationsunterstützung,  
Förderung der Compliance,  
Ressourcenaktivierung

Probleme in dieser Phase:

- + Den Patienten sind oft die Bedeutung der notwendigen Eigeninitiative nicht bewusst
- + Die Musterunterbrechung benötigt oft einen individuell nicht vorhersehbaren Zeitbedarf
- + Begrenztes Zeitkontingent (oft lange Anfahrt, Begleittherapie, Abhängigkeit von Dritten (z. B. Kraftfahrer))
- + Patienten, insbes. Krebschmerzpatienten kommen leicht an eine Dekompensationsgrenze (unklare Krankheitsprogression, Dekondition)
- + Nicht unbeträchtliche Terminabsage (krankheits- u. organisationsbedingt)
- + Die Therapieeinschlusskriterien und Selbstmotivation sind oft für den Gruppeneinschluss gegeben, aber durch Berufstätigkeit oder finanziellen Gründen ist die Gruppeneinbeziehung nicht möglich. Dadurch resultiert eine erhöhte Einzeltherapieanforderung
- + Dezentralisierung der Kooperationspartner (räumliche Trennung) verhindert die Vertrauensbildung und Konzeptumsetzung
- + Ein funktionierendes und patientennahes Praxisteam muss vorhanden sein
- + Dem Patienten muss ein zeitnaher Zugang (während des Konsultationstermin) zu jedem dieser Behandler ermöglicht werden

Die **2. Aufbau- und Edukationsphase** ist prozessorientiert und strukturgebend.

Cave: Patienten die in die Gruppe kommen, benötigen in der Regel keine Psychotherapie. Andernfalls ist dies oft nötig. Patienten, die wohnörtlich, beruflich u. od. finanziell keine Möglichkeit für den Gruppenkomplex haben, werden die genannten Inhalte in 12 Einzelsitzungen je 30 Minuten vermittelt.

reduziert die Therapie, im Sinne einer Optimierung.

Vorbereitung zum Therapieabschluss

Vorbereitung zur Rücküberweisung zum Hausarzt

Belastungsfähigkeit für die Kleingruppe

Ja	Nein
Bildung der Kleinmischgruppe mit 6 – 8 Patienten	Einzeltherapie wie o.g. mit zunehmender Intensivierung

Zuzüglich zur Gruppentherapie erfolgen nach 2 Wochen 3-4x30 Minuten gezielte Einzeltherapien (z.B. TPL)

Verringerung schmerzzentrierender Kognitionen (ggfs. Kognitive Umstrukturierung)

Perspektivenerarbeitung

Entw. des eigenen Krankheitsmodells

Entw. von Copingstrategien (z.B. Entspannungsübungen und individuelle Ablenkungstechniken,...)

Supportive Gespräche

Die **Wiederholungs- und Stabilisierungsphase** dient der Selbsteinschätzung.

Ende der Gruppentherapie: \* Verlaufevaluation / Abschlussbefragung, \* Externe und interne Qualitätssicherung, \* Überführung in regelhafte Therapie

Nach dem Ende der intensiven Therapiephase der Wiederholungs- und Stabilisierungsphase kann es angezeigt sein zur weiteren Stabilisation 1 x 90 Minuten nach 12, 24 und 48 Wochen anzubieten, so dass die Gesamtdauer der Integrationstherapie sich bis über 1,5 Jahre erstrecken kann. Dies würde einer Therapiedauer von 2 Jahren während der Speziellen Schmerztherapie entsprechen. Dies stellt auch in diesem Zusammenhang ein effizientes multimodales ambulantes Schmerztherapiekonzept dar.