

Schmerz 2020 · 34:431–434

<https://doi.org/10.1007/s00482-020-00491-9>

Online publiziert: 20. August 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020



Benjamin Luchting

Interdisziplinäres Schmerzzentrum, Klinikum Landsberg am Lech, Landsberg am Lech, Deutschland

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie unter den Schutzmaßnahmen der COVID-19-Pandemie

Analyse und Erfahrungsbericht

Im Rahmen der Coronapandemie wurden neben dem öffentlichen Leben auch nahezu alle elektiven medizinischen Leistungen heruntergefahren. Dabei wurden seit Anfang März auch 75 % aller stationären schmerzmedizinischen Einrichtungen geschlossen [4]. Mit dem Beschluss des Gesundheitsministeriums vom 27.04.2020 ist eine vorsichtige Wiederaufnahme planbarer medizinischer Leistungen ab Mitte Mai beschlossen worden [2]. Um eine Ansteckungsgefahr im Klinikbetrieb minimal zu halten, bedarf es dafür diverse Maßnahmen, die sich auch im öffentlichen Leben bereits bewährt haben. Dabei gehören Abstandsregelungen, das Tragen von Mund-Nasen-Schutz-Masken (MNS), Schutzwände und regelmäßiges Händewaschen/-desinfizieren zu den generellen Maßnahmen. Darüber hinaus werden Patienten bei stationärer Aufnahme per Abstrich getestet und so lange stationär isoliert, bis das Testergebnis vorliegt. Hierdurch kann ein bestmöglicher Schutz vor einer (Neu-)Infektion mit COVID-19 zwischen Aufnahme und dem medizinischen Eingriff gewährleistet werden. Diese Option einer Isolation der Patienten ist im ambulanten und teilstationären Sektor nur bedingt möglich, da die Patienten jeden Tag, zumindest im häuslichen Umfeld, Kontakt zu Mitmenschen haben. Weiterhin sind viele organisatorische Hürden vor Aufnahme der Therapie bis heute nicht geklärt. Dabei gibt es u. a. noch keinen Konsens, welcher Kostenträger für ein

präoperatives Screening im teilstationären Setting aufkommt. Ohne Krankheitssymptome kann ein Screening bis dato nicht durch einen Vertragsarzt zu Lasten der GKV abgerechnet werden. Durch einen „Auftrag“ der schmerzmedizinischen Einrichtung sollte hierzu eine Kostenzusage der Krankenkasse beantragt werden. Dieses Screening als IGeL-Leistung privat zu liquidieren, wäre alternativ möglich, kann aber nicht im Sinne des Gesundheitssystems stehen. Im stationären Bereich hingegen regelt die Allgemeinverfügung vom 08.05.2020, dass das Screening bei Aufnahme durch das Krankenhaus erfolgen muss.

Noch komplexer sieht die Sache hinsichtlich der Durchführung interdisziplinärer multimodaler Schmerztherapien aus. Während im interventionellen schmerzmedizinischen Bereich Isolations- und Abstandsregelungen u. a. durch räumliche Trennung gewährleistet werden können [5], lebt die nichtinvasive interdisziplinäre Schmerztherapie zu einem großen Teil von einem Gruppen-setting. Es stellte sich daher für uns die Frage, inwiefern ein multimodales Therapiekonzept mit seinen unterschiedlichen Therapieeinheiten unter den erforderlichen Präventionsmaßnahmen überhaupt möglich und zielführend ist.

Hygienekonzept und Schutzmaßnahmen

Die multimodale Schmerztherapie erfolgte im interdisziplinären Schmerzzentrum

des Klinikums Landsberg am Lech, einer interdisziplinären Einrichtung bestehend aus Schmerzambulanz und Tagesklinik. Der Behandlungsschwerpunkt liegt in der Durchführung von hochintensiven, 5-wöchigen teilstationären und nichtinvasiven multimodalen Schmerztherapien gemäß den Empfehlungen zu Struktur- und Prozessparametern der Ad-hoc-Kommission „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. und OPS-Katalog (Code 8-918; [1, 7]).

Durch die Bereitstellung der „BVSD-Hygieneempfehlungen für die teil- und vollstationäre Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie“ vom 14.05.2020 unmittelbar vor der Wiedereröffnung lag uns glücklicherweise eine umfangreiche Handlungsempfehlung vor [3]. Hierdurch wurden Kontroversen hinsichtlich benötigter Schutzmaßnahmen bereits im Vorfeld minimiert und eine strukturierte und konstruktive Planung war möglich.

Die empfohlenen Maßnahmen stehen unter dem Leitgedanken „so viel Abstand, wie die Therapie zulässt“ und „alle Möglichkeiten nutzen, um das Infektionsrisiko für Patienten und Mitarbeiter zu minimieren“.

Vor Aufnahme. Vor Beginn der Therapie wurden alle unsere Patienten vom Hausarzt mittels Abstrich (PCR) getestet und durften nur bei negativem Ergebnis teilnehmen. Dieses Screening er-

folgte möglichst knapp vor Therapiebeginn (idealerweise ≤ 2 Tage), bei allerdings ausreichendem Zeitabstand, sodass noch ein Ergebnis vorliegen konnte. Darüber hinaus wurde den Patienten eine weitgehende außerhäusliche Kontaktvermeidung während der gesamten Therapiezeit nahegelegt.

Bei Aufnahme. Bei Aufnahme erfolgte ein Symptomscreening mit Temperaturmessung und Ausfüllen und Gegenzeichnen des Fragebogens zur „Risikoaufklärung zur Pandemielage CoViD-19, Gesundheitscheck und Einwilligung“.

Der Fragebogen zum „Gesundheitscheck“ wurde daraufhin jeden Morgen vor Beginn des Therapietags ausgefüllt und die Temperatur gemessen. Bei Erkältungssymptomen wurden die Patienten aufgefordert, zu Hause zu bleiben. In Ergänzung zu der bereits zuvor durchgeführten PCR boten wir allen Patienten die Durchführung eines IgM/IgG-Antikörper-Tests an.

Allgemeine Regeln. Während der Therapie galten durchgehend die allgemeinen Schutzmaßnahmen mit Tragen einer Mund-Nasen-Schutz-Maske, Einhaltung eines Mindestabstands von 1,5 m sowie regelmäßiger Händehygiene und Flächendesinfektion.

Die Räumlichkeiten wurden entsprechend durch feste Sitzplätze und Personenbegrenzung pro Raum vorbereitet. Aufgrund zunehmender Evidenz einer Infektionsgefahr durch Aerosole in geschlossenen Räumen waren in allen Räumen und zu jeder Zeit die Fenster zumindest gekippt [6]. Eine Anfälligkeit für Zugluft und kühle Außentemperaturen können hier von limitierender Bedeutung sein. Den Patienten wurde das Vorhalten etwas wärmerer Kleidung geraten. Inwiefern diese wichtige Maßnahme dann auch in kälteren Monaten realisierbar ist, kann noch nicht abgeschätzt werden. Die Frage, ob durch Klimaanlage oder Ventilatoren eher positive oder negative Auswirkungen erzielt werden, ist Gegenstand aktueller Studien.

Mundschutz. Alle Patienten erhielten täglich entweder eine Mund-Nasen-Schutz-Maske (MNS/klassische OP-

Schmerz 2020 · 34:431–434 <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00491-9>
© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

B. Luchting

Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie unter den Schutzmaßnahmen der COVID-19-Pandemie. Analyse und Erfahrungsbericht

Zusammenfassung

Aufgrund der COVID-19-Pandemie mussten elektive medizinische Leistungen auf ein Minimum reduziert werden, wovon auch die schmerzmedizinische Versorgung betroffen war. Nach diesen drastischen Einschnitten steht nun eine vorsichtige Wiederaufnahme der elektiven Versorgung an. Dies betrifft auch die Durchführung von stationären und teilstationären interdisziplinären multimodalen Schmerztherapien (IMST). Nachdem bis dato der Großteil der schmerzmedizinischen Einrichtungen geschlossen hat, stellte sich die Frage, ob unter den geforderten Schutzmaßnahmen eine Wiederaufnahme des Regelbetriebs problemlos umsetzbar ist. Um diese Fragestellung zu beantworten führten wir eine Patientenbefragung bei Patienten durch, die einen direkten Vergleich ziehen konnten zwischen einer IMST unter Normalbedingungen und unter den aktuell benötigten Schutzmaßnahmen. Die Umfrage erfasste dabei den Beeinträchtigungsgrad der unterschiedlichen Schutzmaßnahmen

bei den verschiedenen Therapiebausteinen. Die Auswertung der Fragebögen von zwei Patientengruppen sowie aller beteiligten Therapeuten ergab, dass eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie auch unter den benötigten Schutzmaßnahmen ohne größere Einschränkungen möglich ist. Insbesondere das Tragen einer Mund-Nasen-Schutzmaske erwies sich als die am stärksten beeinträchtigende Schutzmaßnahme. Durch Optionen wie die Verwendung einer Schutzscheibe oder die Verlegung der Therapiebausteine ins Freie stehen aber praktikable Schutzalternativen zur Verfügung. Die Zufriedenheit sowohl von Patienten als auch von Therapeuten war trotz dieser Einschränkungen groß und die persönliche Sorge vor einer möglichen Infektion gering.

Schlüsselwörter

Multimodale Schmerztherapie · Covid-19 · Corona · Schutzmaßnahmen · Infektion

Interdisciplinary multimodal pain therapy under the protective measures of the COVID-19 pandemic. Analysis and progress report

Abstract

Due to the COVID-19 pandemic, elective medical services have had to be reduced to a minimum, which has also affected care in pain medicine. Following these drastic cutbacks, a cautious resumption of elective care is planned. This also applies to the delivery of inpatient and day-care interdisciplinary multimodal pain therapy (IMPT). Since the majority of pain medicine centers have been closed to date, the question has arisen as to whether a resumption of regular care can be easily provided under the required protective measures. To answer this question, the authors conducted a survey among patients that were in a position to make a direct comparison between IMPT under normal conditions as well as under the currently required protective measures. The survey recorded the level of disruption caused by the different protective measures in the various

treatment modules. An evaluation of the questionnaires, which were completed by two patient groups and all therapists involved, revealed that interdisciplinary multimodal pain therapy is possible without significant impairments even under the required protective measures. In particular, wearing protective masks proved to be the protective measure with the greatest negative impact. However, options like the use of protective visors or relocating treatment modules to the outdoors offer practicable alternative solutions for protection. Both patient and therapist satisfaction was high despite these constraints, and personal concern regarding possible infection low.

Keywords

Multimodal pain therapy · Covid-19 · Corona · Protective measures · Infection

Maske) oder eine FFP2-Maske. Eine individuelle Auswahl und Anwendung wurde den Patienten freigestellt. Für Ausnahmesituationen hielten wir ebenfalls ein herunterklappbares Gesichtsschutzschild vor.

Abstandsregelung. Um einen Abstand von >1,5 m einhalten zu können, teilten wir die Aufenthaltsräume der Patienten so auf, dass höchstens 4 Patienten pro Raum Platz fanden. Darüber hinaus sollten Umkleideräume nur einzeln und mit zeitlicher Latenz genutzt werden. Zur Durchführung diverser Therapieeinheiten nutzten wir häufig den Konferenzraum des Klinikums.

Schutzscheibe. Neben der erschwerten Atmung durch eine Mund-Nasen-Schutz-Maske werden hierdurch leider ebenfalls Gesichtsausdruck und Mimik verdeckt. Diese zu erfassen, kann aber einen wertvollen und zum Teil auch essenziellen Bestandteil eines Einzelgesprächs darstellen. Um der speziellen Situation von beispielsweise psychologischen und ärztlichen Einzelgesprächen gerecht zu werden, wurde in den jeweiligen Büros auch eine durchsichtige Schutzscheibe aus Plexiglas vorgehalten. Hierdurch konnte dann, unter Gewährung von Abstand und Belüftung, auf die Mund-Nasen-Schutz-Maske verzichtet werden.

Verlagerung ins Freie. Eine der wirksamsten Schutzmaßnahmen ist sicherlich die Vermeidung von Menschenansammlungen in geschlossenen Räumen. Sofern es die Wetterbedingungen zuließen, verlagerten wir daher diverse Therapiemaßnahmen ins Freie.

Evaluierung der Beeinträchtigung

Zur Evaluation und Quantifizierung der Beeinträchtigung durch die Schutzmaßnahmen führten wir eine Befragung von Therapeuten und Patienten aus zwei interdisziplinären multimodalen Schmerztherapien (IMST) durch, die einen direkten Vergleich ziehen konnten zwischen der IMST unter Normalbedingungen und unter den COVID-19-

Schutzmaßnahmen. Bei der ersten Gruppe handelte es sich um Patienten, die zu einer einwöchigen „Auffrischwoche“ kamen, nach bereits absolviertem 5-Wochen-Programm 6 Monate zuvor. Bei der zweiten Gruppe handelte es sich um Patienten, bei denen die multimodale Therapie Anfang März aufgrund der COVID-19-Pandemie unterbrochen werden musste und nun unter den neuen Bedingungen wiederaufgenommen wurde. Somit hatten die Teilnehmer beider Gruppen Erfahrung mit den Therapiebausteinen sowohl unter Normalbedingungen als auch unter Schutzmaßnahmen und konnten dadurch einen direkten Vergleich ziehen. Von den beiden ursprünglichen Therapiegruppen mit jeweils 7 Teilnehmern konnten Antworten von 12 Patienten ausgewertet werden (85% Frauen, Durchschnittsalter 52 Jahre). Auf Therapeutenseite flossen die Antworten von 12 Behandlern ein (3 Psychologinnen, 2 Ärzte, 4 Bewegungstherapeutinnen, 2 Kotherapeutinnen und 1 Ergotherapeutin).

Fragebögen. Die Fragebögen erfassten den Beeinträchtigungsgrad durch die Schutzmaßnahmen bei den jeweiligen Therapiebausteinen. Darüber hinaus fragten wir die Patienten, ob sie mit der Therapie unter den besonderen Umständen zufrieden waren, eine solche Therapie erneut durchführen würden und ob sie sich sicher vor einer potenziellen Ansteckung fühlten.

Ergebnisse und Fazit für die Praxis

- Die Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie war auch unter strengen Schutz- und Hygienemaßnahmen möglich und zielführend.
- In der Befragung waren 75 % der Patienten mit der Therapie auch unter Schutzmaßnahmen zufrieden oder sehr zufrieden. Sie würden eine solche Therapie auch unter Schutzmaßnahmen erneut durchführen und fühlten sich vor einer potenziellen Ansteckung sicher.
- Die geforderte Abstandsregelung lässt sich dabei durch die Nutzung größerer Räume, Aufteilen der Patienten und Limitierung der Sitz-

gelegenheiten relativ problemlos gewährleisten. Eine relevante Beeinträchtigung der Therapieeinheiten ergab sich dadurch nicht.

- Die größte Beeinträchtigung verursacht erwartungsgemäß das Tragen einer Mund-Nasen-Schutz-Maske, unabhängig vom Maskentyp.
- Für psychologische und ärztliche Einzelgespräche bewährte sich die Option einer Schutzscheibe, sofern die Mimik nicht verdeckt sein sollte oder aber die Atemarbeit zu belastend war.
- Die Verlegung verschiedener Therapiebausteine ins Freie erwies sich als sehr wirksames Mittel, um eine unbeeinträchtigte Therapie durchführen zu können. Insbesondere bei Qigong und aktivierenden Maßnahmen war die Akzeptanz hierfür sehr hoch. Hierbei ist aber naturgemäß die Wettersituation limitierend.

Korrespondenzadresse



Priv.-Doz. Dr. med. Benjamin Luchting
Interdisziplinäres
Schmerzzentrum, Klinikum
Landsberg am Lech
Bgm.-Dr.-Hartmann-Str. 50,
86899 Landsberg am Lech,
Deutschland
benjamin.luchting@
klinikum-landsberg.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Luchting gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Arnold B, Brinkschmidt T, Casser H-R, Gralow I, Irnich D, Klimczyk K, Müller G, Nagel B, Pfungsten M, Schiltenswolf M, Sittl R, Söllner W (2009) Multimodal pain therapy: principles and indications. Schmerz 23(2):112–120
2. Bundesgesundheitsministerium (2020) Beschluss des Gesundheitsministeriums vom 27.04.2020. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/C/Coronavirus/Faktenpapier_Neuer_Klinikalltag.pdf. Zugegriffen: 01.06.2020

Veranstaltungstipp



© NicoENino / Getty Images / iStock

3. BVSD (2020) BVSD-Hygieneempfehlungen für die teil- und vollstationäre Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie vom 14.05.2020. <https://www.bvsd.de/bvsd-legt-hygieneempfehlungen-vor-schmerzmedizin-im-krankenhaus-unter-corona-bedingungen/>. Zugriffen: 15.05.2020
4. BVSD (2020) Umfrageergebnis des Berufsverbands der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD). <https://www.bvsd.de/bvsd-75-prozent-der-stationaeren-schmerzeinrichtungen-in-deutschland-wegen-covid-19-geschlossen/>. Zugriffen: 01.06.2020
5. Deer T, Sayed D, Pope J, Chakravarthy K, Petersen E, Moeschler S, Abd-Elseyed A, Amiridelfan K, Mekhail N (2020) Emergence of the coronavirus disease 2019 pandemic and the care of chronic pain: guidance for the interventionalist. *Anesth Analg* 26(10):1213
6. Feng Y, Marchal T, Sperry T, Yia H (2020) Influence of wind and relative humidity on the social distancing effectiveness to prevent COVID-19 airborne transmission: a numerical study. *J Aerosol Sci* 18:105585
7. Pflingsten M, Arnold B, Böger A, Brinkschmidt T, Casser HR, Irnich D, Kaiser U, Klimczyk K, Lutz J, Schiltenswolf M, Seeger D, Zernikow B, Sabatowski R (2019) Cross-sectoral interdisciplinary multimodal pain therapy: recommendations on structural and process parameters of the ad hoc commission "Interdisciplinary Multimodal Pain Therapy" of the German Pain Society (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.). *Schmerz* 33(3):191–203

17. DGIV-Bundeskongress, 29. Oktober 2020

Überwindung der Sektorengrenzen – Erkenntnisse aus der CORONA-Krise

Die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V. ist ein deutschlandweit agierender Verein mit der Zielsetzung, die Integrierte Versorgung in der medizinischen, pflegerischen und sozialen Betreuung als Regelfall durchzusetzen und die dazu erforderliche Beseitigung der noch bestehenden strukturellen Hemmnisse zu befördern. Vor diesem Hintergrund lädt die DGIV zu ihrem Bundeskongress ein, der sich dem Themenkomplex CORONA (Lessons learned/ Resilienz) widmet.

Lehren aus der CORONA-Krise für die Integrierte Versorgung

- CORONA-Krise – Katalysator zur Überwindung der Sektorengrenzen
- Integrierte Versorgung – CORONA und danach
- Ethische Erkenntnisse aus der CORONA-Krise

Sektorenübergreifende Versorgung

- Bewertung der Arbeitsergebnisse der Bund-Länder-Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Versorgung
- Zu wenig Freiheit oder zu viele Gruppen-Egoismen? – Woran hakt es bei der Weiterentwicklung der integrierten Selektivversorgung?
- Wieviel „ambulant“ können Krankenhäuser und wieviel „stationär“ können Vertragsärzte leisten?

CORONA-Erfahrungen – die medizinische Perspektive

- CORONA-Erfahrungen aus erster Hand – „Hotspot“ Madrid
- CORONA-Erfahrungen aus der Hauptstadt Deutschlands – am Beispiel von Vivantes
- CORONA-Erfahrungen aus der Onkologie – wie sieht die Tumormedizin der Zukunft aus?

Podiumsdiskussion „Wie sieht die Roadmap nach CORONA aus?“

Veranstalter

DGIV e.V., Wartburgstraße 11, 10823 Berlin, Tel.: 030/44727080, Fax: 030/44729746, E-Mail: info@dgiv.org

Wissenschaftliche Leitung

Prof. Dr. Stefan G. Spitzer, Dresden
Prof. Dr. Dr. Alfred Holzgreve, Berlin
Dr. Michael Meyer, Berlin

Tagungsort

Hotel Aquino, Tagungszentrum Katholische Akademie, Hannoversche Straße 5b, 10115 Berlin-Mitte

DGIV

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.

Quelle und weitere Infos: www.dgiv.org