



Versorgung chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten

Anlässlich der 20. Österreichischen Schmerzwochen diskutierten hochrangige Expertinnen und Experten aus Medizin, Politik und Gesundheitsverwaltung am virtuellen Round Table über bisherige Errungenschaften, aktuelle Defizite und mögliche Lösungsansätze in der Schmerzversorgung in Österreich. Mit einem abgestuften Versorgungsmodell und besserer Vernetzung soll die „Chronifizierungsspirale“ durchbrochen werden.



Adobe Stock

Laut Gesundheitsbefragungen und Hochrechnungen internationaler Studien gibt es in Österreich rund 1,5 Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen unterschiedlichster Genese. Rund 20 Prozent davon leiden an schwersten chronifizierten Schmerzen, von Expertinnen und Experten als „verselbständigte“ Schmerzerkrankung definiert.

Seit Beginn der Schmerzwochen – der jährlichen Aufklärungskampagne – vor 20 Jahren habe sich viel bewegt in der Schmerzversorgung, fasst OÄ Dr. Waltraud Stromer, Vizepräsidentin der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), Leiterin der Sektion Schmerz in der ÖGARI, die vergangenen Aktivitäten zusammen: Schmerzzambulanzen wurden an vielen Krankenhäusern etabliert (derzeit gibt es österreichweit 48 davon) und das medizinische Fachwissen der Behandlerinnen und Behandler durch die Einführung einer Diplomfortbildung für spezielle Schmerztherapie deutlich verbessert. Über 1.000 Ärztinnen und Ärzte haben

diese Zusatzausbildung bislang absolviert. Aufgrund des enormen Wissenszuwachses in der Schmerzmedizin ist es zunehmend notwendig, Handlungsempfehlungen zu erarbeiten und Leitlinien niederzuschreiben. Ein Meilenstein in jüngster Vergangenheit war die Verabschiedung eines Qualitätsstandards für die Behandlung des unspezifischen Rückenschmerzes im vergangenen Jahr.

Prim. PD Dr. Nenad Mitrovic, Präsident der ÖSG, zeigt sich ebenfalls erfreut über die genannten Errungenschaften. Er sieht aber auch noch viel Verbesserungspotenzial: „Wir sind davon überzeugt, dass ein abgestuftes Versorgungsmodell mit einer Basisversorgung, einer spezialisierten Versorgung und einer hochspezialisierten Versorgung das ideale Modell für die qualifizierte Behandlung chronischer Schmerzen wäre.“ Mit der Verabschiedung eines Qualitätsstandards zum unspezifischen Rückenschmerz im Vorjahr wurde für dieses Krankheitsbild ein solches Stufenmodell festgehalten.

3-STUFIGES VERSORGUNGSMODELL

Im Rahmen der Basisversorgung beim Haus- oder Facharzt sollen bei vorliegendem unspezifischen Rückenschmerz der Grad der Chronifizierung anhand eines Flaggenmodells diagnostiziert und behandelt werden – oder, falls erforderlich, die Patientinnen und Patienten bei entsprechendem Risiko und Schmerzdauer auf die nächste Versorgungsstufe überwiesen werden. Psychosoziale bzw. arbeitsplatzbezogene Risikofaktoren, sogenannte „Gelbe, Blaue oder Schwarze Flaggen“ markieren in diesem Modell Parameter, die auf die Gefahr einer bevorstehenden Chronifizierung hinweisen und eine entsprechende therapeutische Vorgangsweise verlangen. Die Diagnose ist anhand valider Screening-Tools an sich relativ einfach und rasch zu stellen. In der Praxis würde das aber nur mangelhaft funktionieren, räumt Präsident Mitrovic ein: „Die Tools werden im Alltag leider relativ selten verwendet. Dafür gibt es zwei Gründe: Einerseits kennt man die Tools nicht ausreichend. Diesbezüglich sind

Starmayr



»Die Chronifizierungsspirale lässt sich nur durch gemeinsame und übergreifende Strukturen durchbrechen. Dem Patienten allein gelingt das in der Regel nicht.«

Peter Lehner

Vorsitzender der Konferenz der Sozialversicherungsträger, Obmann der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS)

auch wir als Schmerzgesellschaft gefordert, Wissen bzw. Kenntnisse hinsichtlich der Verwendung bzw. Evaluierung dieser Tools besser zu vermitteln. Andererseits wird die Verwendung dieser praktikablen Screening-Tools nicht honoriert.“

Die Stufe 2 des idealen Versorgungsmodells bildet die spezialisierte Versorgung, vorwiegend im Rahmen der Schmerzambulanzen. Aufgrund der veränderten Rahmenbedingungen (Stichwort Ärztarbeitszeitverkürzung) hat sich die personelle Ausstattung dieser Ambulanzen im Laufe der letzten Jahre eher verschlechtert als verbessert, die Folge waren reduzierte Öffnungs- und entsprechend verlängerte Wartezeiten für die Patientinnen und Patienten, die nicht selten mehr als zwei Monate betragen.

Die 3. Stufe einer hochspezialisierten Versorgung sieht Schmerzzentren vor, die eine intensive multimodale Schmerztherapie anbieten. Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern, wo solche Einrichtungen längst flächendeckend angeboten werden – zum Beispiel in Deutschland, Italien oder Belgien – gibt es in Österreich bislang nur sehr vereinzelte Angebote, die auf persönlichen Initiativen beruhen. Ziel wäre laut Präsident Mitrovic zumindest ein solches Zentrum je Bundesland. Schon jetzt gäbe es zwar zahlreiche „abgespeckte multimodale Programme, die bringen aber – wie Studien belegen – nicht so viel wie intensive und vor allem auch zeitlich deutlich länger andau-

ernde Programme. Solche Programme sind allerdings mit höheren Kosten und mehr Personalaufwand verbunden. Wir wären alle froh, wenn es solche Zentren in naher Zukunft flächendeckend geben würde.“

POLITISCHE VERANTWORTUNG

„Wenn sich die Versorgung aufgrund geänderter Rahmenbedingungen verschlechtert hat, dann müssen wir uns als Politiker und Gestalter schon die Frage gefallen lassen, ob da grobe Systemfehler vorliegen, die wir beheben müssen“, repliziert Abg. z. NR Ralph Schallmeiner, Gesundheitssprecher Die Grünen, auf die von Präsident Mitrovic angesprochenen Reduktionen im Bereich der Schmerzambulanzen. „Können wir als Politik hier bessere Rahmenbedingungen schaffen? Dieser Aufgabe müssen wir uns stellen.“

Die Pensionsversicherungsanstalt hat zwei Pilotprojekte initiiert, die hochspezialisierte Schmerztherapie anbieten, erzählt Dr. Martin Skoumal, Chefarzt der PVA: eine ambulante multimodale Schmerztherapie am Zentrum für ambulante Rehabilitation der PVA in Wien und eine arbeitsplatzorientierte multimodale Schmerztherapie in Bad Schallerbach. Insgesamt gehe man in der PVA einen „klaren Weg in Richtung ambulante, wohnortnahe Rehabilitation, weg von einer funktionsorientierten, hin zu einer teilhabeorientierten Rehabilitation. In dieser Reha-Form steht die Frage im Mittelpunkt: Wie kann ich an meinem Leben wieder bestmöglich teilhaben.“ Im Sinne des ICF Modells (integratives bio-psycho-soziales Modell) wurden dafür von der PVA neue Leistungsprofile aufgesetzt, die eine individuelle Reha, zugeschnitten auf die persönlichen Bedürfnisse jeder einzelnen Patientin/jedes Patienten, erlauben.

Präsident Mitrovic begrüßt die PVA-Initiative als einen potenziellen Weg in Richtung Stufenmodell: „Reha-Kliniken sind von der Struktur her sehr gut geeignet, eine multimodale Schmerztherapie anzubieten, man muss dafür wenig anpassen. Es muss nur gelingen, Schmerzpatienten auch tatsächlich individuelle Schmerzprogramme anzubieten statt allgemeiner Reha-Programme. Wenn man das schafft, dann könnten flächendeckend bereits bestehende Strukturen für die Stufe 3 genutzt werden.“

BESSERE VERNETZUNG

Ein großes Problem der PVA sei es jedoch, erläutert Chefarzt Skoumal, dass sie die Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten

Anna Rauchenberger



»Es geht nicht darum, die Krankheit zu behandeln, sondern den Menschen. Dazu braucht es individuelle, maßgeschneiderte Programme.«

Prim. PD Dr. Nenad Mitrovic

Präsident der ÖSG

ten meist erst sehr spät in ihre Programme bekommt. Je früher aber therapeutische Maßnahmen ansetzen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, eine Chronifizierung zu verhindern. Daher brauche es verstärkt gemeinsame Lösungsansätze, unter anderem mit der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), „damit wir Patientinnen und Patienten frühzeitig erkennen und herausfiltern können, um sie rechtzeitig gezielt und individuell zu rehabilitieren.“

Peter Lehner, Vorsitzender der Konferenz der Sozialversicherungsträger und Obmann der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS), plädiert für eine bessere Kooperation aller beteiligten Institutionen: „Schmerz ist ein unglaublich komplexes Thema, mit physischen und psychischen Ursachen und Auswirkungen sowie unterschiedlichsten medizinischen und therapeutischen Maßnahmen. Dafür gilt es, ganzheitliche Therapieansätze zu finden. Aufgrund dieser Komplexität müssen wir versuchen, die Situation gemeinsam zu verbessern und immer wieder an den relevanten Stellschrauben zu drehen. Teamleistung ist gefragt.“

Daher sei es letztendlich zweitrangig, wo die Einrichtungen der 3. Versorgungsstufe angesiedelt sind, ob im niedergelassenen oder im stationären Bereich. Es gehe darum, die Menschen dort zu behandeln, „wo sie am besten abzuholen sind, wo man sie am besten begleiten kann“, so Vorsitzender Lehner: „Wir müssen in allen Bereichen



Rüdiger Etti

»Unser System ist nicht selbstregulierend. Um punktuell auftretende Defizite in der Schmerzversorgung zu beheben, braucht es einen kollektiven Akt.«

Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann
Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

gen auf die Schmerzsituation allgemein und die Rückenschmerzen im Speziellen. „Wir müssen hier motivieren und versuchen, den Präventionsgedanken voranzubringen – weg von der bloßen Reparatur, hin zur frühzeitigen Unterstützung und Gesundheitsförderung.“

Prävention und Früherkennung sind ein Thema, das auch der Präsident der Österreichischen Ärztekammer Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres immer wieder forciert und initiiert, um dabei aber auch immer wieder an Grenzen zu stoßen, wie er verriet: „Wir haben in unserem an sich sehr guten Versorgungssystem bestimmte Defizite bei der Versorgung chronifizierter Schmerzen, daran gibt es keinen Zweifel. Mindestens ebenso großen Aufholbedarf haben wir bei der Prävention insgesamt.“ Für Präsident Szekeres liegt das vor allem an der Zersplitterung der Zuständigkeiten. Er habe wiederholt versucht, Präventionsprogramme im Kindergarten und der



Parlamentsdirektion / Simonis

»Wir sollten einen Termin mit den Gesundheitsprechern aller Fraktionen organisieren, um konkrete Vorschläge zu Verbesserungen in der Schmerzversorgung gemeinsam zu erörtern.«

Abg. z. NR Ralph Schallmeiner
Gesundheitssprecher Die Grünen

– stationär, niedergelassen und Reha – gemeinsam versuchen, die Schmerzpatientinnen und -patienten aus der Chronifizierungsspirale herauszubekommen.“

Auch für Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann, Geschäftsführer der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) bedarf es eines „kollektiven Aktes“, um Defizite in der Schmerzversorgung, „die immer wieder punktuell auftreten, zu beheben, denn unser System ist nicht selbstregulierend, das wissen wir alle.“ Der GÖG als nationales Planungsinstitut sei in diesem Zusammenhang natürlich die Gesundheitsplanung ein besonderes Anliegen. „Wir wissen aus Erfahrung, dass man über eine strukturierte Planung Innovation in den Versorgungsbereich hineinbringen kann“, so Prof. Ostermann.

FRÜHERKENNUNG UND PRÄVENTION

Obmann Lehner berichtet über ein aktuelles Pilotprojekt der SVS in Kärnten für Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. Er merkt allerdings an, dass manche dieser Projekte aufgrund der Pandemie-Situation derzeit „zum Nachteil der Betroffenen etwas zurückgestellt“ werden. Das sei aufgrund der notwendigen Fokussierung zwar nachvollziehbar, aber langfristig kontraproduktiv, denn man wisse aus Studien, dass alleine im ersten Lockdown die sportlichen Aktivitäten um ein Drittel zurückgegangen sind. Dies bedeutet entsprechend negative Auswirkungen



Schule anzustoßen, sei dabei aber immer wieder „zwischen Gesundheitsressort und Unterrichtsressort hin- und hergeschickt worden.“

Genau auf diese Problematik sei er allein an diesem einen Tag schon mehrfach aufmerksam gemacht worden, bestätigt Abg. z. NR Ralph Schallmeiner: „Das ist wirklich die Schwierigkeit, die wir haben, da müssen wir unser System an sich nochmals in Frage stellen.“ Im Präventionsbereich greife alles ineinander, Kindergärten, Schulen, Arbeitsbereich. „Da stehen wir vor der Herausforderung einer extremen Zergliederung der Zuständigkeiten zwischen Ministerien, Ländern, Gemeinden, Sozialversicherung. Das stört mich massiv in meiner Funktion, dass wir dann, wenn es konkret um Verbesserungen, um Nutzen für die Patientinnen und Patienten geht, vor gläsernen Wänden anstehen, wo die heiße Kartoffel von einem zum anderen weitergereicht wird.“

AUS- UND FORTBILDUNG

Die Schmerzausbildung im Zuge des Medizinstudiums habe sich über die Jahre insgesamt sehr gut entwickelt, attestiert Präsident Mitrovic. Es gäbe aus seiner Sicht allerdings einen Wermutstropfen, nämlich das Fehlen eines fächerübergreifenden einheitlichen Schmerzcurriculums, wie es etwa deutsche Medizinuniversitäten schon seit Jahren haben.

Jansenberger



»Wir müssen stärker in die Früherkennung gehen, um Schmerzpatientinnen und -patienten zu rehabilitieren, noch bevor sie in die Chronifizierung kommen.«

Dr. Martin Skoumal

Pensionsversicherungsanstalt (PVA)

Anna Rauchenberger

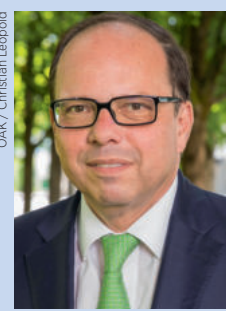


»Für die Behandlung chronischer Schmerzen sind Spezialistinnen und Spezialisten erforderlich, um unnütze Untersuchungen, falsche Behandlungen und falsche Medikationen zu vermeiden.«

OÄ Dr. Waltraud Stromer

Vizepräsidentin der ÖSG, Leiterin der Sektion Schmerz in der ÖGARI

ÖÄK / Christian Leopold



»Prävention ist extrem wichtig. Da haben wir noch großen Aufholbedarf und Probleme bezüglich der Zuständigkeiten.«

Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres

Präsident der Österreichischen Ärztekammer

Im Bereich der Fortbildung hat sich das ÖÄK-Schmerzdiplom längst etabliert und ist sehr gut nachgefragt, vor allem von Ärztinnen und Ärzten aus dem niedergelassenen Bereich. Es umfasst 200 Ausbildungsstunden: 80 Stunden Theorie, 40 Stunden Theorie & Praxis sowie 80 Stunden in einer Schmerzambulanz. „Das ist eine Superausbildung, wo vor allem die Grundlagen der Schmerzmedizin gelehrt werden“. Er fände es daher wünschenswert, so Mitrovic, dass alle Ärztinnen und Ärzte, die Schmerzpatientinnen und -patienten behandeln, diese Diplomfortbildung absolvieren. „Wir von der ÖSG glauben aber, dass eine zusätzliche vertiefende Fortbildung, die in einem Schmerzdiplom II endet, durchaus Sinn macht, vor allem für jene Spezialistinnen und Spezialisten, die auf den Stufen 2 und 3 einer zukünftigen Stufenversorgung behandeln“. ÖÄK-Präsident Szekeres signalisierte Gesprächsbereitschaft.

THEMENQUALITÄTSBERICHT ÜBER SCHMERZVERSORGUNG

Prof. Ostermann erinnert noch einmal an die Bedeutung eines aktiven Kommunikationsprozesses unter Eingliederung aller Beteiligten. Nur so könne es gelingen, das Thema Schmerzversorgung stärker auf die Agenda der Entscheider und Finanzierer zu bringen und es „strukturell im Interessenausgleich zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung zu verankern“.



Diplomfortbildung für spezielle Schmerztherapie: Über 1.000 Ärztinnen und Ärzte haben diese Zusatzausbildung bislang absolviert.

Eine Möglichkeit dazu könnte die Initiative zu einem Themenqualitätsbericht Schmerz sein, findet Prof. Ostermann. Vor einigen Jahren hat es mehrere solcher Berichte zu verschiedenen Krankheitsbildern gegeben, etwa zu COPD und Asthma“. Darin wurden die aktuelle Versorgungssituation, ebenso Mängelgerüste aufgezeigt und internationale Benchmarks analysiert. Ein solcher Themenqualitätsbericht Schmerz könnte laut Prof. Ostermann „eine gute Eintrittsporte in einen strukturierten Dialog“ sein.

Abg. z. NR Schallmeiner kann sich auch eine parlamentarische Initiative vorstellen und will sich für einen Round Table der Österreichischen Schmerzgesellschaft mit den Gesundheitssprechern aller fünf im Parlament vertretenen Fraktionen einsetzen. „Immer dann, wenn es um eindeutige patientenbezogene Vorteile geht, kann man mit dem Parlament rechnen“, meint der Abgeordnete. Das gelte besonders dann, wenn „ganz konkrete Vorschläge auf den Tisch gelegt werden, dann funktioniert

in vielen Fällen auch eine fraktionsübergreifende Zusammenarbeit“.

Es sei allen am Tisch bewusst, dass sich die Welt nicht von heute auf morgen ändern ließe, lenkt OÄ Stromer abschließend noch einmal die Aufmerksamkeit der Teilnehmer auf den aktuellen Round Table. Aber man müsse immer am Ball bleiben. Und genau das werde die ÖSG auch zukünftig tun, verspricht die zukünftige ÖSG-Präsidentin, um ihr Ziel weiter konsequent zu verfolgen.

Und dieses Ziel lautet: Eine strukturierte, abgestufte, wohnortnahe Schmerzversorgung, basierend auf schmerzmedizinisch gut ausgebildeten Primärversorgern, die ihre Patientinnen und Patienten kompetent behandeln und als behandlungsführende Ärztinnen und Ärzte auch dann an Bord bleiben, wenn sie an Spezialistinnen und Spezialisten weiter überweisen. Wichtig sei es dabei, nicht nur kompetent, sondern auch rasch zu handeln und ehrlich gegenüber sich selbst und seinen schmerzmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten zu sein und daher so rasch als möglich zu delegieren, wenn man in der Therapie nicht mehr weiterkommt. Nur so ließen sich diese „unendliche Diagnostik und falsche Medikationen vermeiden, die den Patientinnen und Patienten nicht nur nichts bringt, sondern im Gegenteil zur Chronifizierung wesentlich beiträgt“.

Moderation: Dr. Birgit Kofler
Redaktion: Mag. Volkmar Weilguni