

PRESSEKONFERENZ

Thema:

Schmerz lass nach!

Was leistet moderne Schmerztherapie? Was liegt in Österreich noch vor uns?

Teilnehmer:

Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres

Präsident der Wiener und der Österreichischen Ärztekammer

OÄ Dr. Gabriele Grögl

FÄ für Anästhesie und Intensivmedizin, Leitung der Schmerzambulanz der KAR,
Präsidentin der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG)

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar

FA für Anästhesie und Intensivmedizin, Leiter des Zentrums für Interdisziplinäre
Schmerztherapie und Palliativmedizin, Klinikum Klagenfurt, Generalsekretär der
ÖSG; Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft

Univ.-Prof. Dr. Michael Herbert

Professor für Spezielle Anesthesiologie, Schmerz- und Intensivmedizin an der
Universitätsklinik Graz, Klinikvorstand der Universitätsklinik für Anesthesiologie
und Intensivmedizin in Graz, Kassier der ÖSG

Zeit:

Dienstag, 22. Mai 2018, 09.30 Uhr

Ort:

Österreichische Ärztekammer

Weihburggasse 10-12, 1010 Wien

Dramatische Mängel in der Schmerzmedizin

Festgelegte Behandlungspfade und Ausbau abgestufter Angebote sollen die Versorgung verbessern und Kosten senken

Von den bis zu 1,8 Millionen Menschen in Österreich mit chronischen oder chronisch wiederkehrenden Schmerzen sind 350.000 bis 400.000 von der Schmerzkrankheit betroffen, bei ihnen hat sich der Schmerz als eigenständiges Krankheitsbild verselbstständigt. „Der Akutschmerz, der chronische Schmerz und die Schmerzkrankheit brauchen moderne Behandlungsstrategien, und da hinkt Österreich noch immer nach“, sagt ÖÄK-Präsident Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres bei einem Pressegespräch anlässlich des 26. Kongresses der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), der unter dem Motto „Schmerzmedizin trifft Alternsmedizin“ in Linz (24.-26. Mai) stattfinden wird. „2030 werden rund eine Million Menschen in Österreich über 75 Jahre alt sein. Das Altern bringt oftmals Krankheit, Leid und Schmerzen mit sich, der Schmerzmedizin wird also eine zunehmend wichtige Rolle zukommen. Das österreichische Gesundheitssystem muss sich auf diese Entwicklung einstellen und die schmerzmedizinische Versorgung deutlich aufwerten.“

Prof. Likar: Moderne, multimodale Schmerztherapie muss zum Versorgungsstandard werden

„Daher muss eine moderne, multimodale Schmerztherapie auch bei uns zum Versorgungsstandard werden. Von einer flächendeckenden, leitliniengerechten Versorgung aller Schmerzpatienten ist Österreich allerdings noch meilenweit entfernt“, sagt Prim. Univ.-Prof. Rudolf Likar, Leiter des Zentrums für interdisziplinäre Schmerztherapie und Palliativmedizin am Klinikum Klagenfurt. Die multimodale Schmerzbehandlung müsse alle körperlichen, psychischen und psychosozialen Faktoren identifizieren und bei der Behandlung berücksichtigen, so der ÖSG-Generalsekretär. „Wie unsere Auswertungen zeigen, gelingt das auch – und zwar deutlich effektiver als mit jeder einzelnen der bei uns kombinierten Therapieverfahren allein.“

Investitionen in diesem Bereich würden sich lohnen. Denn nicht die Optimierung der schmerzmedizinischen Versorgung kommt teuer, ins Gewicht fallen die Folgekosten einer unzureichenden Behandlung. Allein die jährlichen Kosten für Erkrankungen des Muskel- und Bewegungsapparates betragen in Österreich mehr als 5,5 Milliarden Euro und jene für Krankenstandstage bei chronischen Rückenschmerzen etwa 400 Millionen. „Die direkten Kosten infolge einer Schmerz-Chronifizierung schlagen mit 1,4 bis 1,8 Milliarden Euro zu Buche, und die indirekten Kosten bekommen wir in den Sozialsystemen präsentiert, weil etwa die Hälfte der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen frühzeitig in Pension geht“, so Likar.

ÖSG-Präsidentin Grögl: Status Quo auf allen Versorgungsebenen mangelhaft

Den Status Quo sei auf allen schmerzmedizinischen Versorgungsebenen mangelhaft, kritisiert ÖSG-Präsidentin OÄ Dr. Gabriele Grögl (KA Rudolfstiftung, Wien): Vielen Ärzten in der Primärversorgung sei es aus Zeitgründen nicht möglich, schmerzmedizinische Zusatzausbildungen zu absolvieren, eine schmerzmedizinische universitäre Basisausbildung gäbe es nicht. „Es fehlt an Netzwerken und Kooperationsmöglichkeiten zwischen Allgemeinmedizinern, Fachärzten und nichtärztlichen Berufsgruppen mit der Konsequenz von oft wochenlangen Wartezeiten für die Patienten nach Überweisung zu Spezialisten“, so Grögl. „Schmerzmedizinische Leistungen scheinen kaum in den Honorarkatalogen auf und können daher nicht abgerechnet werden.“

Auf der Versorgungsebene der Schmerzambulanzen wurden in den vergangenen Jahren in Österreich mehr als zehn Ambulanzen geschlossen, meist aus Personalmangel. Österreichweit gibt es noch 48 Schmerzambulanzen, von denen nur ein kleiner Teil täglich geöffnet hat, berichtet die ÖSG-Präsidentin: „Die Folge sind monatelange Wartezeiten der Patienten auf einen Ersttermin. In nahezu allen Ambulanzen fehlen die entsprechenden Strukturen, wie es der ‚State of the art‘ Therapie entsprechen würde, um interdisziplinär und multimodal behandeln zu können.“

Und Spezielle interdisziplinären Schmerzzentren, die dritte Versorgungsebene, gibt es in Österreich – mit der Ausnahme von Klagenfurt – kaum.

Im stationären Bereich sind vor allem Patienten mit Schmerzen nach operativen Eingriffen und Verletzungen schmerzmedizinisch zu versorgen. Dr. Grögl: „Leider gibt es in den wenigsten Krankenhäusern einen Akutschmerzdienst.“

Prof. Herbert: Schmerzmedizinischer Nachholbedarf gegenüber Deutschland

Dass es auch anders geht, berichtet Univ.-Prof. Dr. Michael Herbert (Vorstand der Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin in Graz), Vorstandsmitglied der ÖSG. In Deutschland sei Schmerzmedizin seit 2012 Pflichtfach im Medizinstudium, seit 2016 Prüfungsgegenstand beim Staatsexamen. „Die flächendeckende Versorgung von Schmerzpatienten ist in Deutschland durch eine ständig steigende Zahl von Schmerzambulanzen, Schmerzzentren und Schmerzkliniken gewährleistet“, so Herbert. „Chronische Schmerzen sind als eigenständige Krankheitsbilder kodiert und Leistungen können abgerechnet werden. Es ist unverständlich, dass sich in Österreich auf dem Gebiet der Versorgungsstrukturen so wenig bewegt.“

Festgelegte Behandlungspfade und abgestufte Angebote erforderlich

Erforderlich seien festgelegte Behandlungspfade und vielschichtige, auf die jeweilige Schmerzproblematik abgestufte Angebote, so die ÖSG-Präsidentin: „In der allgemeinmedizinischen Praxis müssen die schmerztherapeutischen Zusatzqualifikationen weiter intensiviert werden, Schmerzambulanzen und stationäre Schmerzdienste in den Krankenhäusern müssen ausgebaut werden. An der Spitze dieser Pyramide sollte es in jedem Bundesland zumindest ein Zentrum mit einem multimodalen Setting für die wirklich schwersten Fälle geben.“

Neues Konzept der Schmerzversorgung braucht abgestufte Angebote und Aufwertung der Schmerzmedizin

OÄ Dr. Gabriele Grögl, FÄ für Anästhesie und Intensivmedizin, Leitung der Schmerzambulanz der KAR, Präsidentin der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG)

Ziele in der Schmerzmedizin:

- Zufriedenstellende Schmerzlinderung- eine Schmerzfreiheit kann nicht immer erreicht werden
- Vermeidung von Schmerzchronifizierung und Schmerzkrankheit
- Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess
- Verbesserung der Lebensqualität!
- Wiederherstellung bzw. Erhaltung der funktionellen Unabhängigkeit – damit Vermeidung von Isolation, Vereinsamung, Depression, Verlegung ins Altersheim etc.
- Vermeiden von Belastungen für betreuende Personen – zeitlich, finanziell, Fehlzeiten am Arbeitsplatz
- Reduktion von direkten, indirekten und intangiblen Gesundheitskosten

Diese Ziele können oftmals nicht erreicht werden mit zerstörerischen Folgen für die Betroffenen, ihre Angehörigen und ihre Freunde. Die Ursachen dafür sind im folgenden Text beschrieben.

Seit Jahren gibt es unverändert Versorgungsdefizite in der Akutschmerztherapie und in der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen und mit Schmerzkrankheit. Ursachen sind vor allem fehlende flächendeckende Versorgungseinrichtungen sowie die fehlende universitäre schmerzmedizinische Ausbildung. Die erforderlichen Versorgungseinrichtungen müssen definierten Qualitäts- und Strukturkriterien entsprechen und sollen bedarfsorientiert auf verschiedenen Versorgungsebenen den Patienten zur Verfügung stehen. Die Österreichische Schmerzgesellschaft (ÖSG) hat die entsprechenden Konzepte den gesundheitspolitisch Verantwortlichen bereits vor Jahren präsentiert.

Die erste Versorgungsebene entspricht dem niedergelassenen Bereich. Die primäre schmerzmedizinische Versorgung soll weiterhin niederschwellig bei Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin erfolgen. Hier müssen in kurzer Zeit Entscheidungen über die erforderliche Primärdiagnostik, die medikamentöse und nichtmedikamentöse schmerzmedizinische Primärtherapie, sowie über die Notwendigkeit des Einholens einer weiteren fachärztlichen Expertise oder einer sofortigen stationären Einweisung getroffen werden. Ebenso müssen Patienten mit einem Chronifizierungsrisiko erkannt und so rasch wie möglich einer psychologisch-psychiatrischen Begutachtung und Therapie zugeführt werden. Effektivität und Effizienz der Leistungen im niedergelassenen Bereich sind von einer, in der Ausbildung erworbenen schmerzmedizinischen Kompetenz und ihrer Vertiefung durch konsequente Weiterbildung abhängig. Zur Gewährleistung einer optimalen extramuralen schmerzmedizinischen Versorgung müssen entsprechend strukturierte Netzwerke zwischen Hausärzten, Fachärzten und nichtärztliche Berufen wie beispielsweise Physiotherapeuten,

Ergotherapeuten, Psychotherapeuten und diplomiertem Pflegepersonal zur Verfügung stehen. Die Kostenfrage muss geklärt sein, und schmerzmedizinische Leistungen müssen in den Honorarkatalogen aufscheinen und abrechenbar sein.

Status quo

Vielen Ärzten ist es aus Zeitgründen nicht möglich schmerzmedizinische Zusatzausbildungen zu absolvieren, eine schmerzmedizinische universitäre Basisausbildung gibt es nicht. Es fehlt an Netzwerken und Kooperationsmöglichkeiten zwischen Allgemeinmediziner, Fachärzten und nicht ärztlichen Berufsgruppen mit der Konsequenz von oft wochenlangen Wartezeiten für die Patienten nach Überweisung zu Spezialisten. Die Kommunikation zwischen den einzelnen Berufsgruppen ist oft mangelhaft – auch hier oft bedingt durch Zeitmangel. Schmerzmedizinische Leistungen scheinen kaum in den Honorarkatalogen auf und können daher nicht abgerechnet werden.

Die zweite schmerzmedizinische Versorgungsebene wird von Schmerzambulanzen übernommen. Hier erfolgt die Behandlung von Patienten die entweder schon primär nicht für die erste Versorgungsstufe geeignet sind, oder die innerhalb eines definierten Zeitfensters auf der ersten Versorgungsebene nicht zufriedenstellend therapiert werden können. Dem Ambulanzteam müssen ausreichend personelle, zeitliche und räumliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden, um eine qualitätsgesicherte multimodale, interdisziplinäre Schmerzmedizin sicherstellen zu können. Schmerzmedizinische Gruppenpraxen, die dem Qualitätsstandard von Schmerzambulanzen entsprechen, sind alternativ zu diesen als Versorgungsstufe II anzusehen.

Status quo:

In den letzten Jahren wurden in Österreich mehr als 10 Schmerzambulanzen, meist aus personellen Gründen geschlossen. Österreichweit gibt es noch 48 Schmerzambulanzen, von welchen nur ein kleiner Teil täglich geöffnet hat. Die Folge sind monatelange Wartezeiten der Patienten auf einen Ersttermin. In nahezu allen Ambulanzen fehlen die entsprechenden Strukturen um, wie es der „state of the art“ Therapie entsprechen würde, interdisziplinär und multimodal behandeln zu können.

Spezielle interdisziplinäre Schmerzzentren verkörpern die dritte Versorgungsebene. Sie bieten multimodale Programme, in Form von evidenzbasierter strukturierter Einzel- und Gruppentherapie zur Behandlung von chronischen Schmerzpatienten an. Individuell abgestimmt erfolgt die Therapie tagesklinisch oder stationär. Adaptiert an das Behandlungsergebnis erhalten die Patienten bei Entlassung Empfehlungen über weiterzuführende Therapien, wobei deren Umsetzbarkeit gewährleistet sein muss! Dazu hat ein extramurales Netzwerk von Behandlungspartnern verschiedener Fachrichtungen zur Verfügung zu stehen und die Kostenübernahme durch die Versicherungsträger muss weiterhin garantiert sein. Das Therapieergebnis wird in definierten Zeitabständen durch das Schmerzzentrum überprüft, um gegebenenfalls rechtzeitig eine Änderung des Therapie-regimes einleiten zu können

Status quo:

Mit Ausnahme der Schmerztagesklinik von Hr. Prof. Likar im LKH Klagenfurt, existiert in Österreich kein Schmerzzentrum.

Im stationären Bereich sind vor allem Patienten mit Schmerzen nach operativen Eingriffen und Verletzungen oder mit Schmerzen, die im Rahmen von Tumorerkrankungen, internistischen und neurologischen Erkrankungen oder Erkrankungen des Bewegungsapparates auftreten, schmerzmedizinisch zu versorgen. Die Behandlung dieser Patienten erfolgt primär durch den Akutschmerzdienst, dessen Kernteam schmerzmedizinisch ausgebildete Ärzte und Pain Nurses bilden.

Status quo:

In den wenigsten Krankenhäusern gibt es einen Akutschmerzdienst!

Forderungen:

Die Grundvoraussetzungen für eine Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgungssituation sind:

- eine zentrale Bedarfsplanung für schmerzmedizinische Einrichtungen
- ein politischer bedarfsorientierter Versorgungsauftrag basierend auf der Expertise von Schmerzmedizinern und internationalen Erfahrungen
- eine Integration der Schmerzmedizin als Prüfungsfach in das Medizinstudium um für alle Ärzte eine fundierte schmerzmedizinische Basisausbildung gewährleisten zu können

Multimodale Schmerztherapie sollte in ganz Österreich Versorgungsstandard in der Schmerzbehandlung werden – Gute gesundheitsökonomische Gründe für optimierte Schmerzversorgung

Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc, Vorstand der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Leiter des Zentrums für Interdisziplinäre Schmerztherapie und Palliativmedizin, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee; Generalsekretär der Österreichischen Schmerzgesellschaft; Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Anesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin; Präsident der Österreichischen Palliativgesellschaft

Eine Einrichtung, in der tatsächlich multimodale Schmerztherapie im Sinne von Leitlinien und internationalen Vorbildern angeboten wird: Das ist etwas, das wir in Klagenfurt dank auch politischer Unterstützung umsetzen konnten, und das stellt bis heute eine vorbildliche Einrichtung in der österreichischen Schmerzmedizin dar.

Wir bieten Menschen, die aus unterschiedlichsten Ursachen an chronischen Schmerzen leiden, die gesamte Palette von nichtinvasiven und invasiven Methoden an, die die moderne Schmerzmedizin zu bieten hat. Speziell unterstützen wir mit der multimodalen Schmerztherapie jene besonders schwer betroffenen Patientinnen und Patienten, deren Schmerzen sich – oft durch zu lange Nichtbehandlung – zu einer eigenständigen Schmerzkrankheit verselbständigt haben und die unter sehr komplexen, körperlichen, seelischen und sozialen Beeinträchtigungen leiden, die äußerst große Herausforderungen an die Behandlung stellen. Wir gehen davon aus, dass das bei rund 20 Prozent aller von chronischen Schmerzen Betroffenen – also in ganz Österreich rund 340.000 Personen – der Fall ist.

Mit der Einführung unseres multimodalen Behandlungskonzeptes vor fünf Jahren zielen wir zudem auf eine spezielle Patientengruppe ab. Dieser Zugang ist besonders für Menschen im erwerbsfähigen Alter gedacht, die seit mindestens sechs Wochen an viszerale Schmerzen, Kopf- oder Rückenschmerzen leiden und bei denen die üblichen Therapien mit Analgetika aller Art, Blockaden, Infiltrationen oder gar Operationen keine oder zu wenig Wirkung gezeigt haben. Das ist nicht zuletzt deshalb eine besonders wichtige Zielgruppe, weil chronische Schmerzen inzwischen zu den häufigsten Ursachen für den Antritt einer Frühpension zählen. Wir wissen aus Studien, dass die Wahrscheinlichkeit nach mehr als sechs Monaten Arbeitsausfall an den Arbeitsplatz zurückzukehren nur bei 50 Prozent liegt, nach einem Jahr kehrt gar nur noch jeder Fünfte ins Erwerbsleben zurück. Gleichzeitig sehen wir aber, dass das kein unumkehrbarer Weg sein muss. So hat eine internationale Studie, die Modelle wie das unsere untersucht hat, aufgezeigt, dass nur zehn Prozent der multimodal behandelten Patienten in den nächsten zwei Jahren erneut einen Krankenstand in Anspruch nehmen mussten, während es in Vergleichsgruppe 59 Prozent waren.

Die multimodale Therapie gehört zu den umfassendsten Ansätzen in der modernen Schmerzmedizin weltweit. Sie begreift Schmerzen als eigenständige Krankheit und basiert auf einem bio-psycho-sozialen Modell. Das heißt, dass wir von der Anamnese bis zur Nachbetreuung nicht nur auf die körperlichen Beschwerden sondern auch auf psychische Aspekte sowie die individuellen Lebensumstände der Patientinnen und Patienten eingehen.

So vielschichtig, wie wir uns den Ursachen der Probleme nähern, gehen wir auch an deren Lösung heran. Unsere Schmerzpatienten werden immer von einem interdisziplinären Team aus Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten und physikalischen Medizinern betreut. Und das nicht nach einem fix festgelegten „Schema F“ sondern nach einem individuell auf den

jeweiligen Einzelfall abgestimmten Behandlungsplan, den wir laufend evaluieren und gegebenenfalls anpassen.

Mit diesem umfassenden Ansatz zielen wir nicht auf die kurzfristige Beseitigung des Schmerzes allein ab, sondern wollen die dauerhaften Voraussetzungen zur Bewältigung des Alltags schaffen. Dazu ist es wichtig, alle somatischen, psychischen und psychosozialen Ursachen der Schmerzerkrankung zu identifizieren und zu beseitigen. Wo das nicht möglich ist, geben wir den Patientinnen und Patienten Bewältigungsstrategien in die Hand, die ein verändertes Schmerzerleben und eine Steigerung der Eigenkontrolle ermöglichen.

Wie unsere Auswertungen zeigen, gelingt das auch – und zwar deutlich effektiver als mit jeder einzelnen der bei uns kombinierten Therapieverfahren allein. Während die Teilnehmer zu Beginn der Behandlung ihre heftig-lähmenden Schmerzen mit 34,9 Punkten auf der Schmerzempfindungsskala einstufen, liegt der Wert bei Therapieende nur noch bei 25,2 Punkten. Beim sensorischen, also stechend-brennenden Schmerzen reduziert sich dieser von 21,9 auf 18,2 Punkte. Die nach dem Pain Disability Index (PDI) gemessene Funktionsbeeinträchtigung verringert sich von 29,4 zu Therapiebeginn auf 17,7. Besonders erfreulich ist, dass sich diese für die Lebensqualität ausschlaggebenden Werte drei Monate nach dem Behandlungsende sogar noch weiter verbessern. Erfreulicherweise zeigen alle unsere Auswertungen, dass die psychischen Interventionen genauso wirksam sind wie die körperlichen. Während am Beginn der Therapie 28,2 Prozent der Teilnehmer unter auffälliger Ängstlichkeit litten, war das am Ende nur noch bei 12,8 Prozent der Fall. Drei Monate nach Therapieabschluss sank diese Zahl sogar weiter auf nur noch zehn Prozent. Auch die Zahl der depressiven Patienten nahm von eingangs 23,3 Prozent auf acht Prozent bei Therapieende und 6,4 Prozent in der Nachbehandlungsphase ab. Dazu kommt, dass die Schwere der Depressionen im Therapieverlauf auch noch rückläufig war. Insgesamt steigerte sich die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands um beachtliche 33 Prozent. Während die Patienten und Patientinnen ihre Situation am Anfang der Therapie auf einer Skala von Null bis 100 mit gerade mal 51 Punkten bewerteten, waren sie am Ende der Therapie schon auf 66 und drei Monate danach bei 68 Punkten.

Diese Zahlen zeigen, dass sich die Kosten für unser Zentrum gut rechnen. Das hat nicht zuletzt auch eine externe Evaluierung durch die Kärntner Gebietskrankenkasse belegt. Die kam zu dem Schluss, dass sich – wenn man alle direkten und indirekten Kosten berücksichtigt – die Gesamtaufwendungen auf 60,35 Prozent reduzieren lassen.

Auch internationale Beispiele zeigen, wie kosteneffektiv diese Behandlungskonzepte sind. So wurde für die Patienten des Göttinger Rücken-Intensiv-Programms (GRIP) ein Ersparnis direkter und indirekter Kosten von über 36.000 € in zwei Jahren nach Therapie errechnet. In Schweden konnte durch derartige Programme sogar eine Minderung der volkswirtschaftlichen Kosten von 63.224 Euro bei Männern und bis 137.509 Euro bei Frauen über drei Jahre erzielt werden. Für die Kosteneffektivität der multimodalen Schmerztherapie in Dachau beispielsweise spricht die hohe Back-to-work-Rate von 73 Prozent nach sechs Monaten.

So gesehen ist es unverständlich, dass sich in Österreich auf dem Gebiet der Versorgungsstrukturen so wenig bewegt. Nach wie vor müssen sehr viele chronische Schmerzpatienten eine mühsame und kostenintensive Odyssee durch das Gesundheitssystem auf sich nehmen, ehe sie Hilfe finden. Im Schnitt vergehen eineinhalb bis zwei Jahre bis zu einer aussagekräftigen Diagnose, fast jeder Fünfte erhält überhaupt gar

keine. Und selbst wenn, führt das bei 23 Prozent der Betroffenen zu keiner adäquaten Behandlung.¹

Natürlich bedeutet der geforderte Ausbau der schmerzrelevanten Ressourcen nicht, dass alle Schmerzpatienten in einem Zentrum wie dem unseren versorgt werden müssen. Was wir brauchen sind festgelegte Behandlungspfade und vielschichtige, auf die jeweilige Schmerzproblematik abgestufte Angebote. Das fängt in der allgemeinmedizinischen Praxis an, wo wir die schmerztherapeutischen Zusatzqualifikationen weiter intensivieren müssen, und setzt sich über den Ausbau von Schmerzzambulanzen und stationären Schmerzdiensten in den Krankenhäusern fort. An der Spitze dieser Pyramide bräuchte es dann in jedem Bundesland zumindest ein Zentrum mit einem multimodalen Setting für die wirklich schwersten Fälle.

Investitionen in diesem Bereich werden sich zweifellos lohnen. Denn nicht eine Optimierung der schmerzmedizinischen Versorgung kommt uns teuer, was uns wirklich teuer kommen kann, sind die Folgekosten einer unzureichenden Behandlung. Heute betragen allein die jährlichen Kosten für Erkrankungen des Muskel- und Bewegungsapparates bereits mehr als 5,5 Milliarden Euro und jene für Krankenstandstage bei chronischen Rückenschmerzen etwa 400 Millionen Euro. Die direkten Kosten infolge einer Schmerz-Chronifizierung schlagen mit 1,4 bis 1,8 Mrd. Euro zu Buche – und die indirekten bekommen wir in den Sozialsystemen präsentiert, weil etwa die Hälfte der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen heute frühzeitig in Pension geht. Das sind in ganz Österreich 5.000 bis 6.000 Menschen pro Jahr und damit zirka 20 Prozent der jährlichen Neuzugänge. Um diese Entwicklung einzubremsen, sind die Kosten einer guten schmerzmedizinischen Versorgung gut und nachhaltig investiert.

Quellen:

Baker M et al., Improving the current and future management of chronic pain. A European Consensus Report 2010

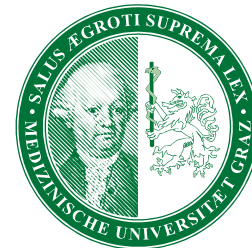
Jaksch et al, Qualitätssicherung der schmerzmedizinischen Versorgung in Österreich. Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen. Wien Med Wochenschr DOI 10.1007/s10354-017-0563-5

Vavrovsky, Academy for Value in Health GmbH, Impulsreferat-die Auswirkungen von chronischem Schmerz in Österreich, 4.12.2012

Jensen IB, Bergström G, Ljungquist T, Bodin L. A 3-year follow up of a multidisciplinary rehabilitation programme for back and neck pain. Pain 2005; 115:273-283

Pöhlmann K, Tonhauser T, Joraschky P, Arnold B. Die Multimodale Schmerztherapie Dachau

(MSD). Daten zur Wirksamkeit eines diagnose-unabhängigen multimodalen Therapieprogramms bei Rückenschmerzen und anderen Schmerzen. Schmerz 2009; 23:40-46



Fakten zur Schmerztherapie in Deutschland

Medizinstudium

Seit 2012 ist Schmerzmedizin ein Pflichtfach (Querschnittsfach Q14, mit Vorlesung, Seminar/Exkursion, Kleingruppenunterricht) im Medizinstudium. Seit 2016 ist die Erbringungen des entsprechenden Leistungsnachweises für die Anmeldung zum Staatsexamen verbindlich und Schmerzmedizin ist Gegenstand der Prüfung im Staatsexamen.

Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ (für Fachärzte in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung) der jeweiligen Landesärztekammer; differenziertes Curriculum; 80-stündiger Schmerzkurs als Vorbereitung zur 1-jährigen, ganztägigen Ausbildung in einer anerkannten Einrichtung für Schmerzmedizin, diverse andere Leistungen (s. Anlagen); mündliche Prüfung vor der fachspezifischen Prüfungskommission der Landesärztekammer.

Kodierung im ICD-10-DM: Seit 2009 gibt es die Diagnose **F45.41 (Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren)**; Standardisierte Dokumentation der Kriterien von F45.41 auf Formblatt der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.; unumstößlich anerkannte Kriterien auch vom Kontrollorgan dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen MDK;

Flächendeckende Versorgung von chronischen Schmerzpatienten ist gewährleistet

Etablierte und ständig steigende Zahl von Schmerzzentralen, Schmerzzentren und Schmerzkliniken als solitäre Einrichtungen bzw. auch als Elemente großer Kliniken, Universitätskliniken

Ambulante Versorgung

Die ambulante Versorgung unterliegt den rechtlichen Voraussetzungen der

Qualitätssicherungsvereinbarung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mit den Krankenkassen. Im ambulanten Sektor können Schmerzpatienten in Allgemein- oder Facharztpraxen, spezialisierten Schmerzpraxen, neuen Versorgungsformen (z.B. Medizinische Versorgungszentren – MVZ oder Verträge der integrierten Versorgung), Polikliniken und Schmerzambulanzen behandelt werden.

Flächendeckende Versorgung mit „Interdisziplinärer multimodaler Schmerztherapie – MMST bzw. IMMST“

MMST in Form

- stationärer Behandlung
- tagesklinischer, teilstationärer B.
- ambulante Versorgung noch nicht vorgesehen; vereinzelt in Selektivverträgen mit den KK;

Refundierung der Leistungen für MMST

Differenzierte Leistungskodierung im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) mit der Ziffer 8-918.

Reduktion der interventionellen Therapie bei chronischen Schmerzen

Fachspezifische (hochqualitative) Zusatzausbildungen für Schmerzmedizin

Ärzte: „Spezielle Schmerztherapie“ der LÄK

Psychologen: „Spezielle Schmerzpsychotherapie - SSPT“

Physiotherapeuten: „Spezielle Schmerzphysiotherapie“

Pflege: „Pain Nurse“

Fach- und Interessensvertretungen

- Deutsche Schmerzgesellschaft (e.V.), wissenschaftliche Gesellschaft, vormals DGSS – Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, > 3500 Mitglieder
- Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V., praktisch orientierte Schmerztherapeuten, > 4000 Mitglieder
- Deutsche Schmerzliga e.V., für Schmerzpatienten
- BVSD - Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V.; vertritt über Landesverbände berufspolitische Interessen