



Österreichischer Qualitätsstandard „Unspezifischer Rückenschmerz“: optimale Behandlung mit abgestuftem Versorgungskonzept; Versorgung chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten in der COVID-19-Pandemie

Statement OÄ Dr. Waltraud Stromer, Vizepräsidentin der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG), Landesklinikum Horn, Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Wien, 20. Jänner 2021 – Um die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akuten und chronischen (unspezifischen) Rückenschmerzen zu verbessern, hat die „Projektgruppe Qualitätsstandard“ im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz den österreichischen Qualitätsstandard „Unspezifischer Rückenschmerz“ erstellt. Das ist ein großer Fortschritt. Der Qualitätsstandard bietet 14 Empfehlungen für den Ablauf von Diagnose, Therapie und Nachbehandlung von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen. Die Empfehlungen basieren auf dem Konzept einer abgestuften Versorgung auf drei Ebenen. Es sorgt dafür, dass Rückenschmerzpatientinnen und -patienten jeweils zum richtigen Zeitpunkt die angemessene Behandlung in der richtigen Versorgungseinrichtung erhalten und die Therapie leitliniengerecht verläuft. Für den gesamten Versorgungsprozess übernimmt die behandlungsführende Ärztin oder der behandlungsführende Arzt die Koordination. Das heißt, die Fäden laufen immer an einer Stelle zusammen. Dazu ist eine standardisierte Dokumentation erforderlich.

Um dem Qualitätsstandard zu entsprechen, sollten die Diagnose und Therapien des unspezifischen Rückenschmerzes folgendermaßen abgestuft ablaufen:

Die Basisversorgung (Versorgungsebene I) von Patientinnen und Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen erfolgt durch Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin. Bei ihnen erhalten die Patientinnen und Patienten mit akuten Rückenschmerzen ein ärztliches Erst-Assessment (Anamnese und klinische Untersuchung). Bei unspezifischen Rückenschmerzen werden die Patientinnen und Patienten über Therapieoptionen und andere Maßnahmen aufgeklärt, die ihre körperliche Aktivität erhalten und eine Chronifizierung vermeiden. Dauern die unspezifischen Rückenschmerzen trotz leitlinienkonformer Therapie länger als sechs Wochen an, wird auf die spezialisierte Versorgungsebene II überwiesen: Das können niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte sein, nicht-ärztliche Gesundheitsdienstleister, Gruppenpraxen, selbstständigen Ambulatorien oder Reha-Einrichtungen. Hier erfolgt zu Beginn leitlinienkonform ein fachärztliches bzw. interdisziplinäres Assessment.

Wenn nach mehr als zwölf Wochen immer noch alltagseinschränkende Schmerzen bestehen und der Therapieerfolg unzureichend ist, werden die Patientinnen und Patienten an die hochspezialisierte Versorgungsebene III überwiesen, z. B. in ein interdisziplinäres Schmerzzentrum, eine Reha-Einrichtung oder Tagesklinik. Die multimodale Schmerztherapie erfolgt nicht im akutstationären Bereich. Hier wird wiederum zu Beginn ein interdisziplinäres

Assesment durchgeführt und auf Basis der Ergebnisse zügig ein individueller, multimodaler Behandlungsplan erstellt.

Abschließend wird empfohlen, dass die Langzeitbetreuung und die Nachsorge von Patientinnen und Patienten mit chronischen oder rezidivierenden unspezifischen Rückenschmerzen durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt wohnortnah erfolgen sollten.

Diese Empfehlungen tragen auch den regionalen Rahmenbedingungen und Erfordernissen Rechnung. Erfolgreiche regionale Projekte und Aktivitäten werden auf jeden Fall berücksichtigt.

Quelle: BMSGPK 2020: Qualitätsstandard Unspezifischer Rückenschmerz. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

COVID-19-Pandemie: Versorgung chronischer Schmerzpatienten muss gewährleistet sein

Die notwendigen Maßnahmen zur Behandlung und Prävention von COVID-19 erschweren die Betreuung von Menschen mit chronischen Schmerzen. Die Gefahr ist groß, dass Schmerzpatientinnen und -patienten in dieser Ausnahmesituation weniger Gehör und Hilfe finden. Eine Unterversorgung leistet aber die Schmerzchronifizierung Vorschub und erhöht die Behandlungsbedürftigkeit dauerhaft. Daher muss sichergestellt sein, dass medikamentöse Schmerztherapien weiterlaufen und alle Maßnahmen einer multimodalen Schmerztherapie durchführbar bleiben. Gleichzeitig gilt es darauf zu schauen, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal nicht an ihre Grenzen bringen. Eine Befragung amerikanischer Schmerzmediziner (*Sunny Jha S, Shah S, Calderon MD et al: 2020*) zeigt etwa, dass mehr sich als die Hälfte der Befragten aufgrund der COVID-19-Krise als Burnout-gefährdet bezeichneten oder bereits Anzeichen für Burnout hatten. Es muss daher dafür Sorge getragen werden, dass ausreichend Personal für die ambulante wie auch stationäre Versorgung von chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten zur Verfügung stehen.

Schmerztherapien fortsetzen

Um die Schmerzkontrolle aufrecht zu erhalten und Entzugserscheinungen sowie andere potenzielle Nebenwirkungen zu vermeiden, dürfen laufende medikamentöse Schmerztherapien nicht gestoppt oder unterbrochen werden. Vor allem zu Beginn der COVID-19-Krise gab es Unsicherheiten hinsichtlich der Verwendung bestimmter Schmerzmedikamente. Es gibt jedoch keine validen Daten, die belegen, dass bestimmte Schmerzmittel das SARS-CoV-2-Infektionsrisiko erhöhen oder verstärken würden. So zeigte etwa eine Studie (*Van Den Brink AM, de Vries et al: 2020*), dass weder RAAS-Hemmer noch Ibuprofen bezüglich einer Infektion bedenklich wären und daher auch kein Grund besteht, diese wichtigen Medikamente für die Behandlung von chronischer Schmerzpatienten abzusetzen.

Eine ähnliche Diskussion gab es auch über Opioid-Analgetika, da gewisse Opioide das Immunsystem stärker beeinflussen als andere. Doch auch hier ist keine negative Auswirkung im Zusammenhang mit COVID-19 belegt. Es gilt zu bedenken, dass nicht die Therapie, sondern unbehandelte Schmerzen das Immunsystem schwächen und damit ein Risiko darstellen.

Nur in manchen Fällen ist es notwendig, bestimmte Behandlungen auf das Ende der Krise zu verschieben. Vorsicht ist etwa bei der Neueinleitung von Therapien mit Kortikosteroiden oder immunmodulierenden Biologika geboten, da hier die Immunsuppression relevant werden könnte. Während der Pandemie verschobene invasive schmerzmedizinische Interventionen und notwendige chirurgische Eingriffe müssen aber unbedingt nachgeholt werden. Dabei kann es durchaus nötig sein, die Arbeits- und OP-Zeiten zu verlängern und ausreichend Personalressourcen einzusetzen.

Dringende schmerztherapeutische Maßnahmen müssen unbedingt auch während der Pandemie durchgeführt werden. Dazu zählen zum Beispiel neurolytische Nervenblockaden für refraktorsche oder therapierefraktäre Schmerzen bei fortgeschrittener Krebserkrankung, vertebrale Augmentation zur Linderung akuter Schmerzen und Vermeidung von Immobilität sowie interventionelle Behandlung von CRPS zur Linderung von Schmerzen sowie zur Vermeidung mögliche Langzeitbehinderungen. Wichtig ist es, zu dokumentieren, warum bestimmte Maßnahmen notwendig sind. Das gilt beispielsweise für die intrathekale Medikamentengabe über implantierte Pumpensysteme (mit z.B. Baclofen oder Opioiden) oder das Implantieren bzw. Kontrollieren invasiver schmerzmedizinischer Tools wie z.B. die Hinterstrangstimulation (SCS) mittels Elektoden.

Schmerzbehandlungen auch unter Corona-Bedingungen möglich

Eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie ist auch unter den geforderten COVID-19-Schutzmaßnahmen möglich. Hier ist Ideenreichtum und Flexibilität gefragt. Beispielsweise kann ein Verlegen verschiedener Behandlungsmodule ins Freie eine mögliche Alternative bei der Durchführung sein. Eine Reihe schmerztherapeutischer Maßnahmen im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie können Patientinnen und Patienten auch zuhause absolvieren, etwa physische Übungen, Yoga, Ta Chi, Meditation oder Entspannungstechniken. Ärztinnen und Ärzte können Tipps bzw. auch Online-Anweisungen geben. Wie eine deutsche Studie (*Luchting B: 2020*) zeigte, waren Schmerzpatienten wie Behandler mit den Therapien trotz Corona-bedingter Einschränkungen sehr zufrieden und die persönlichen Vorbehalte bezüglich einer möglichen Infektion gering.

Leider haben chronische Schmerzpatientinnen und -patienten während der Corona-Krise aus Angst vor einer Infektion oder aufgrund von Ausgangsbeschränkungen ihren Arzt oder ihre Ärztin seltener oder gar nicht aufgesucht. Es ist daher wichtig, den Menschen die Angst zu nehmen und sie zurück zur Behandlung zu bringen, da psychologische Faktoren wie soziale Isolation, Angstzustände und Depressionen zusätzlich das Risiko erhöhen, dass Schmerzen chronifizieren oder die Schmerzen als stärker wahrgenommen werden.

Während die Patienten den Arztpraxen und Ambulanzen fernblieben, stieg der Absatz von OTC-Analgetika. Eine Selbstbehandlung mit frei erhältlichen Schmerzmitteln kann jedoch aufgrund möglicher Nebenwirkungen problematisch sein und ist kein adäquater Ersatz für eine ärztlich betreute Schmerzbehandlung.

Betreuung via Telemedizin

Was das COVID-19-Übertragungsrisiko in der Arztpraxis minimieren kann, ist ein sorgfältiges Termin- und Wartezimmermanagement sowie ärztliche Beratung von chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten per Telefon oder Internet. Telemedizin hat in der Pandemiezeit für die Betreuungskontinuität an Bedeutung gewonnen und könnte sich

weltweit auch nach der Pandemie als ein zusätzliches Betreuungsmodell etablieren (*siehe: Ghai B, Malhotra N et al: 2020*).

Eine Vielzahl an chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten braucht aber dringend persönliche Kontrolle, gerade in der Einstellungs- oder Gewöhnungsphase bei neu verordneten Medikamenten (z.B. Opioiden, Antikonvulsiva, Antidepressiva), bei implantierten, neu zu füllenden Pumpensystemen oder bei implantierten Stimulationssonden zur Behandlung von neuropathischen Schmerzen. Diesen Patientinnen und Patienten müssen Kontrolltermine unter Einhaltung von COVID-19-Vorsichtsmaßnahmen ermöglicht werden.

Quellen: Ghai B, Malhotra N et al: Telemedicine for chronic pain management during COVID-19 pandemic. Indian J Anaesth. 2020 Jun;64(6):456-462; Luchting B: Interdisciplinary multimodal pain therapy under the protective measures of the COVID-19 pandemic : Analysis and progress report. Schmerz. 2020 Oct;34(5):431-434.; Sunny Jha S, Shah S, Calderon MD et al: The Effect of COVID-19 on Interventional Pain Management Practices: A Physician Burnout Survey. Pain Physician. 2020 Aug;23(4S):S271-S282); Van Den Brink AM, de Vries et al: Headache medication and the COVID-19 pandemic J Headache Pain. 2020 Apr 25;21(1):38)

Mit freundlicher Unterstützung von



Die inhaltliche Verantwortung für alle Presstexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.

Medienkontakt:

B&K – Bettschart&Kofler Kommunikationsberatung

Dr. Birgit Kofler

0676 6368930; 01 3194378

kofler@bkkommunikation.com