



GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG STEIERMARK

IM DETAIL

RÜCKENSCHMERZ

Daten und Fakten für die Steiermark

**Impressum:**

Herausgeber und Medieninhaber:
Gesundheitsfonds Steiermark
Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark
Herrengasse 28, 8010 Graz
E-Mail: gfst@stmk.gv.at
Website: www.gesundheitsfonds-steiermark.at

Gesamtkoordination Gesundheitsfonds Steiermark:

Kristina Walter, MA
Mag.^a Sandra Marczik-Zettinig, MPH

Projektmitarbeit Gesundheitsfonds Steiermark:

Dr. Johannes Koinig
Dr.ⁱⁿ Ulrike Stark
Dr.ⁱⁿ Astrid Knopp, MPH

**Projektmitarbeit Steiermärkische Gebietskrankenkasse:**

Ewald Gspurning, MPH

**Projektleitung EPIG GmbH:**

Mag.^a Christa Peinhaupt, MBA

Projektmitarbeit EPIG GmbH:

Mag.^a Eva Robl
DIⁱⁿ Sandra Neubauer, BSc
DI Gernot Fassolder, BSc
DI Dr. Wolfgang Habacher

**Projektmitarbeit JOANNEUM RESEARCH:**

Louise Schmidt, MSc, BSc
Lisa Suppan, BA

Gesamtkoordination: Kristina Walter, MA; Mag.^a Sandra Marczik-Zettinig, MPH

Gestaltung: TORDREI

Lektorat: Agentur Textbox

Druck: Druckhaus Thalerhof

Coverfoto: [istockphoto.com](https://www.istockphoto.com)

Zitervorschlag für diesen Bericht:

Gesundheitsfonds Steiermark (Hg.) (2018): Rückenschmerz – Daten und Fakten für die Steiermark. Gesundheitsberichterstattung Steiermark im Detail. Hg. v. Gesundheitsfonds Steiermark

Gendering

Die Berücksichtigung der Rechte von Frauen und Männern ist uns wichtig. Das Redaktionsteam bemüht sich daher um die sprachliche Gleichbehandlung von Personenbezeichnungen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Der Rückenschmerz	5
2.1. Prävalenz Rückenschmerz	6
2.2. Fälle von Rückenschmerz in der stationären Versorgung	9
3. Gesundheitsförderung und Prävention	11
3.1. Rahmenbedingungen für Bewegung im Alltag und im Arbeitsleben	12
4. Ausgewählte Aspekte der Versorgungsqualität	13
4.1. Leitlinie Kreuzschmerz	14
4.2. (Rücken-)Schmerz in der Ausbildung relevanter Berufsgruppen	16
5. Versorgungsstruktur	17
5.1. Medizinerinnen und Mediziner mit Diplom „Spezielle Schmerztherapie“	17
5.2. Psychologische und psychotherapeutische Versorgung	19
5.3. Physiotherapeutinnen und -therapeuten mit der Fortbildung „Schmerzmanagement“	19
5.4. Schmerzzambulanzen	19
5.5. Rehabilitation	20
6. Versorgungsempfehlungen	20
7. Literaturverzeichnis	22

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1	Selbstberichtete chronische Kreuz- oder Rückenschmerzen der Steirerinnen und Steirer 2014 nach VR	7
ABBILDUNG 2	Selbstberichtete chronische Kreuz- oder Rückenschmerzen der Steirerinnen und Steirer 2014 nach Alter	8
ABBILDUNG 3	Selbstberichtete chronische Kreuz- oder Rückenschmerzen der Steirerinnen und Steirer 2014 nach Bildung	8
ABBILDUNG 4	Lebensqualität der Steirerinnen und Steirer mit und ohne chronische Kreuz- oder Rückenschmerzen 2014	9
ABBILDUNG 5	Krankenhausaufenthalte der Steirerinnen und Steirer aufgrund der ICD-Codes M53 und M54: Erkrankungen des Rückens oder der Wirbelsäule je 10.000 EW quellbezogen nach VR	10
ABBILDUNG 6	Bewegungsempfehlungen	11
ABBILDUNG 7	Selbstberichtete körperliche Aktivität der Steirerinnen und Steirer nach WHO-Empfehlung (HEPA-Minuten) 2014 nach Geschlecht und Bildungsstand	12
ABBILDUNG 8	Integriertes Stufenmodell zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerz	14

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1	Versorgungsempfehlungen der Leitlinie Kreuzschmerz	15
TABELLE 2	Rückenschmerz als Ausbildungs- bzw. Fortbildungsinhalt	16
TABELLE 3	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in der Steiermark mit ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ und §2-Kassenvertrag	18
TABELLE 4	Schmerzzambulanzen in der Steiermark	20

1. Einleitung

Rückenschmerzen sind ein weitverbreitetes Phänomen. Je nach Datenquelle und Fragestellung können unterschiedliche Aussagen zur Verbreitung des Rückenschmerzes getroffen werden. Rund 27 % der steirischen Bevölkerung über 15 Jahren gaben bei der österreichischen Gesundheitsbefragung im Jahr 2014 an, in den letzten 12 Monaten unter chronischen Kreuz- oder Rückenschmerzen gelitten zu haben. Dies liegt über dem österreichischen Durchschnitt von 24 % und ist nach Kärnten (28 %) die höchste Rate an Betroffenen in Österreich (Statistik Austria 2015; Gesundheitsfonds Steiermark 2016).

27 % der Steirerinnen und Steirer leiden unter chronischen Kreuz- oder Rückenschmerzen.

Nicht zuletzt weil Rückenschmerz so weit verbreitet ist, ist er in den Fokus von gesundheitspolitischen Strategien gerückt. In den steirischen und den österreichischen Gesundheitszielen werden Aspekte der Gesundheitsförderung und Prävention thematisiert, die vor allem im Zusammenhang mit gesundheitswirksamer Bewegung Einfluss auf die Rückengesundheit haben können (Bundesministerium für Gesundheit 2012; Gesundheitsfonds Steiermark 2011). Bewegung wird zur Vermeidung oder Verkürzung von Rückenschmerzepisoden auch in der österreichischen Leitlinie Kreuzschmerz empfohlen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018, 76 f.). Insbesondere Arbeitsbedingungen können die Rückengesundheit beeinflussen. Diese Thematik greifen die Gesundheitsziele ebenso auf wie die österreichische Leitlinie Kreuzschmerz und sie ist auch im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz¹ verankert.

Gesundheitsziele Steiermark:

Gesunde Lebensverhältnisse schaffen:

- Gesundheitsbedingungen im Arbeitsleben verbessern

Rahmenbedingungen für ein gesundes Leben schaffen:

- Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der Steirerinnen und Steirer verbessern
- Gute seelische Gesundheit und hohe Lebensqualität der Steirerinnen und Steirer ermöglichen

Im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit wurde in der Landes-Zielsteuerungsvereinbarung für die Jahre 2017 bis 2021 die „Sicherstellung der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse“ als strategisches Ziel festgelegt. Die Erarbeitung eines abgestuften, integrierten, evidenzbasierten Versorgungskonzepts für Patientinnen und Patienten mit (chronischen) Rückenschmerzen wird als konkrete Maßnahme unter dem operativen Ziel „Verbesserung der integrierten Versorgung“ genannt.

Als wesentlicher Orientierungsrahmen für die Versorgung und Behandlung von Menschen mit Rückenschmerzen wurde die österreichische „Leitlinie Kreuzschmerz“ 2018 überarbeitet (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018).

¹ ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/1994; idgF

Vor dem Hintergrund dieser gesundheitspolitischen Rahmenvorgaben hat der Gesundheitsfonds Steiermark gemeinsam mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse 2018 mit den Arbeiten an einem Versorgungskonzept für Patientinnen und Patienten mit (chronischen) Rückenschmerzen in der Steiermark begonnen.

Ziele des Versorgungskonzeptes zu (chronischen) Rückenschmerzen sind:

- die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Bezug auf Rückengesundheit zu steigern
- die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten mit (chronischen) Rückenschmerzen zu erhöhen
- den Anteil an Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen zu reduzieren
- Patientinnen und Patienten mit chronischen Rückenschmerzen länger im Beruf zu halten

Der vorliegende Bericht stellt unter anderem Daten und Fakten für die Arbeiten an diesem Versorgungskonzept, aber auch für die interessierte Öffentlichkeit dar.

2. Der Rückenschmerz

Unter Rückenschmerzen werden unterschiedlich stark ausgeprägte Schmerzen im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule verstanden. Schmerzen ab dem Rippenbogen bis hin zur oberen Gesäßhälfte werden als Kreuzschmerzen bezeichnet. (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018)



Akute Rückenschmerzen dauern nicht länger als 6 Wochen. Chronische Rückenschmerzen halten länger als 12 Wochen an. Die subakute Phase dauert zwischen 6 und 12 Wochen; besonders hier ist das Risiko für eine Chronifizierung hoch.

Die Einteilung der Rückenbeschwerden erfolgt nach Dauer und Ursache. Aufgrund der Dauer werden akute, subakute und chronische Rückenschmerzen unterschieden. (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018; Bundesärztekammer (BÄK) et al. 2017a) Als akut werden Rückenschmerzen bezeichnet, wenn sie erstmals oder nach mindestens 6 rückenschmerzfreien Monaten erneut auftreten und nicht länger als 6 Wochen andauern. (Robert Koch-Institut 2012b) Als chronisch werden Rückenschmerzen bezeichnet, die länger als 12 Wochen anhalten oder innerhalb von 6 Monaten wieder auftreten. (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018; Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH 2008; Robert Koch-Institut 2012b) Beim nicht-spezifischen Rückenschmerz gehört auf die subakute Phase (6-12 Wochen) besonderes Augenmerk gelegt, da in dieser Phase das Risiko für eine Chronifizierung besonders hoch ist. Insbesondere psychische Belastungssituationen im beruflichen oder privaten Umfeld können die Chronifizierung von Schmerz vorantreiben. Die Klassifizierung anhand der Ursachen für Schmerz erfolgt in spezifische und unspezifische Rückenschmerzen. (Mohr et al. 2017; Bundesärztekammer (BÄK) et al. 2017b)

2.1. Prävalenz Rückenschmerz

Aussagen über die Prävalenz von Rückenschmerz müssen vor allem auf selbstberichtete Befragungsdaten gestützt werden, da es in Österreich im niedergelassenen Bereich keine Diagnosedokumentation gibt und Daten aus der Krankenanstaltenentlassungsstatistik nur sehr eingeschränkt als Datenquelle für Prävalenzabschätzungen herangezogen werden können.

In der Steiermark und in Kärnten ist die selbstberichtete Rückenschmerzprävalenz am höchsten und liegt über dem österreichischen Durchschnitt.

Internationale Schätzungen zur Prävalenz von Rückenschmerz variieren (je nach Fragestellung und Methodik der Befragungen). Insgesamt leiden bis zu einem Viertel der Europäerinnen und Europäer zumindest einmal im Leben an einem chronischen Schmerzgeschehen, davon ist ca. die Hälfte auf Rückenprobleme zurückzuführen (Special Eurobarometer 2007; European Pain Federation 2015; Breivik et al. 2006).

Für die Einschätzung des Ausmaßes von Rückenschmerzen in der österreichischen und steirischen Bevölkerung können Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung (2014) herangezogen werden. In Österreich liegt die selbstberichtete Prävalenz chronischer Kreuzschmerzen bzw. Rückenleiden in den letzten 12 Monaten bei 24,4 %. Die Prävalenz von chronischen Nackenschmerzen oder sonstigen Beschwerden der Halswirbelsäule liegt selbstberichtet in den letzten 12 Monaten bei 18,5 % der Befragten.

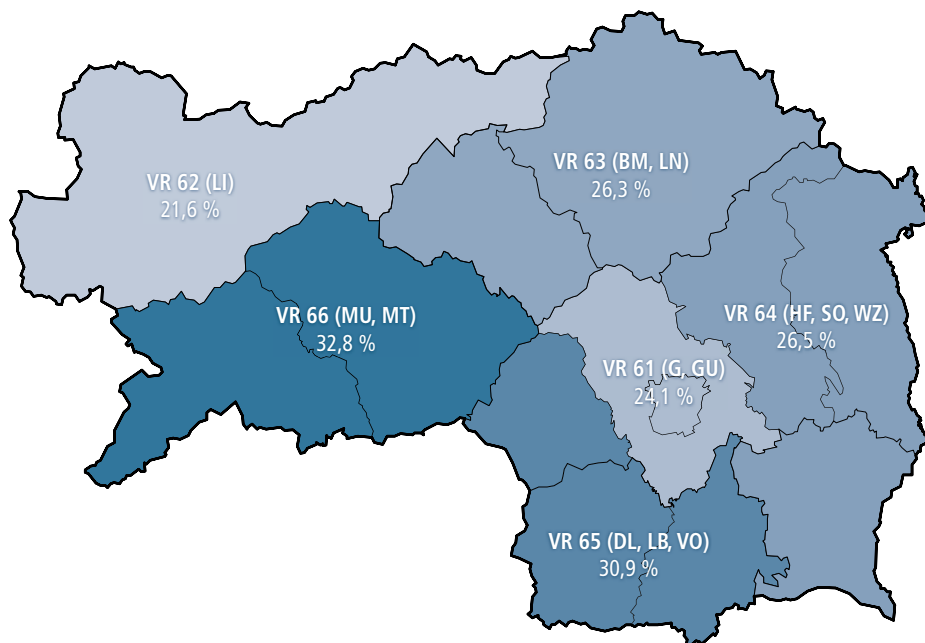
Bei der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 wurde eine repräsentative Stichprobe von 2.770 Steirerinnen und Steirern über 15 Jahren befragt. 26,6 % der befragten steirischen Bevölkerung gaben an, in den letzten 12 Monaten unter chronischen Kreuz- oder Rückenschmerzen gelitten zu haben. Damit liegt die Steiermark über dem österreichischen Durchschnitt (24,4 %) und weist nach Kärnten (27,9 %) die zweithöchste Rate an Betroffenen auf.



Die Unterschiede im chronischen Kreuz- und Rückenschmerz, nach Versorgungsregionen betrachtet, bewegen sich in einer altersstandardisierten Berechnung zwischen 21,6 % in der VR 62 (LI) und 32,8 % in der VR 66 (MU, MT). Worin sich diese Unterschiede begründen, kann aus den Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung nicht abgeleitet werden, insbesondere da die Analyse der Krankenhaushäufigkeit infolge von Erkrankungen des Rückens oder der Wirbelsäule (ICD-Codes M53 und M54) ein anderes Bild abgibt (siehe Abb. 5).

ABBILDUNG 1:

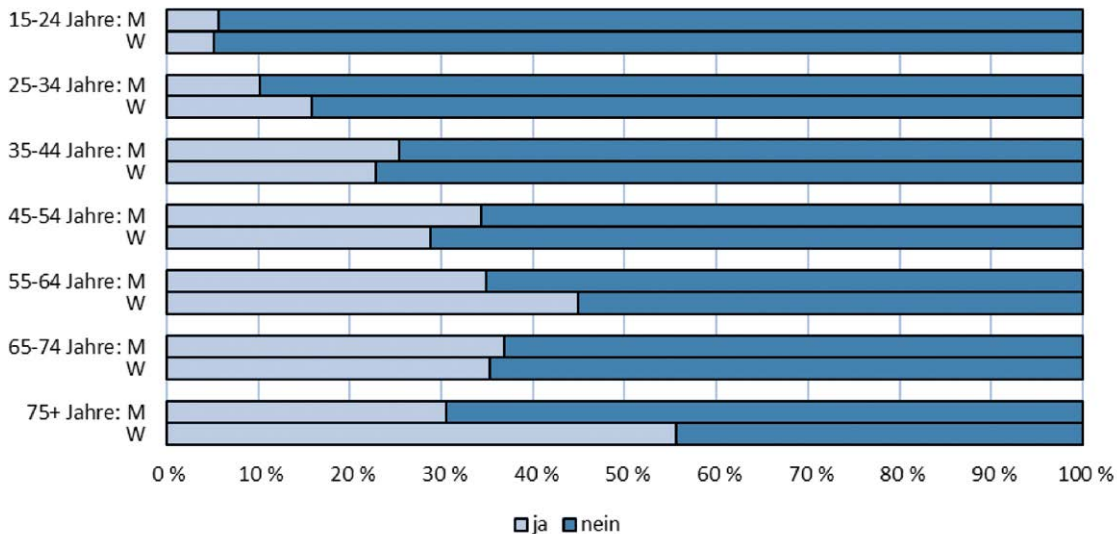
Selbstberichtete chronische Kreuz- oder Rückenschmerzen der Steirerinnen und Steirer 2014 nach VR, standardisiert, Hochrechnung, relativ (Quelle: ATHIS 2014; Bearbeitung: LASTAT, Darstellung: EPIG GmbH)²



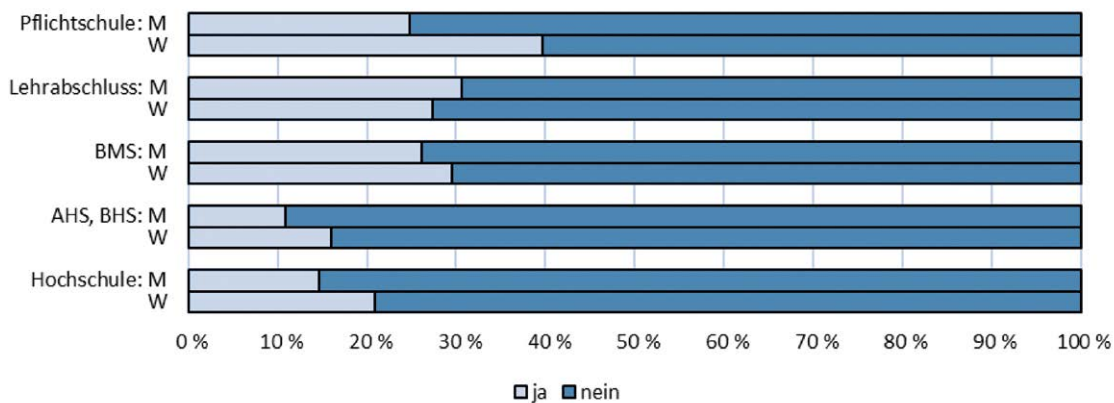
Frauen leiden etwas häufiger an Rückenschmerzen als Männer. Personen zwischen 55 und 64 Jahren sind am häufigsten betroffen.

Generell zeigt die österreichische Gesundheitsbefragung, dass Frauen in der Steiermark etwas häufiger Rückenschmerzen haben (28,4 %) als Männer (24,7 %). Die Zahl der Personen mit selbstberichteten Rückenschmerzen steigt mit zunehmendem Lebensalter bis zur Gruppe der 55- bis 64-Jährigen. Dieses Bild deckt sich ebenso mit internationalen Daten wie die Angabe, dass die Anzahl an Rückenschmerzpatientinnen und -patienten sich indirekt proportional zum Bildungsstatus verhält. (Robert Koch-Institut 2015, S 70) (siehe nachstehende Tabellen)

² Fragestellung bei der österreichischen Gesundheitsbefragung: Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsprobleme? Chronische Kreuzschmerzen oder andere chronische Rückenleiden.

ABBILDUNG 2:
Selbstberichtete chronische Kreuz- oder Rückenschmerzen der Steirerinnen und Steirer 2014 nach Alter, Hochrechnung, relativ (Quelle: ATHIS 2014; Bearbeitung: LASTAT, Darstellung: EPIG GmbH)

ABBILDUNG 3:
Selbstberichtete chronische Kreuz- oder Rückenschmerzen der Steirerinnen und Steirer 2014 nach Bildung, Hochrechnung, relativ (Quelle: ATHIS 2014; Bearbeitung: LASTAT, Darstellung: EPIG GmbH)

Personen mit höherem Bildungsstatus leiden seltener an Kreuz- bzw. Rückenschmerzen als Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen.



2.1.1. Auswirkungen des Rückenschmerzes auf die Lebensqualität

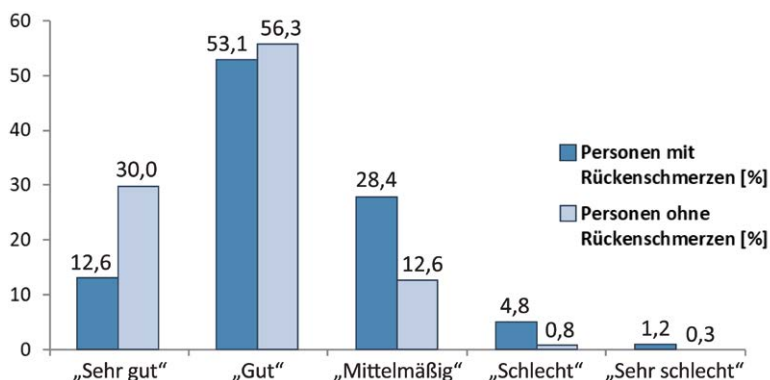
Rückenschmerzen beeinflussen die Lebensqualität der Betroffenen negativ, da sie die Durchführung von Aktivitäten sowie die körperliche Funktionstüchtigkeit der Betroffenen einschränken und auch Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben (Kim et al. 2015; Kreis et al. 2015; Hirano et al. 2014; Billis et al. 2017).

Im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 wurde die Einschätzung der Lebensqualität abgefragt. Während rund 32,4 % der österreichischen Bevölkerung ihre Lebensqualität mit „sehr gut“ bewerteten, waren es in der Gruppe der Personen mit Rückenschmerzen lediglich 16,8 %. Etwas markanter fiel der Unterschied bei den Befragungsergebnissen der Steirerinnen und Steirer aus. Die Bevölkerungsgruppe mit Rückenschmerzen bewertete ihre Lebensqualität zu 12,6 % mit „sehr gut“, während es in der Gruppe ohne Rückenschmerzen rund 30,0 % waren. Eine Einschätzung der Lebensqualität als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ erfolgte durch rund 6,0 % der Steirerinnen und Steirer mit Rückenschmerzen, während diese Einschätzung in der Vergleichsgruppe ohne Rückenschmerz nur ca. 1,1 % der Befragten abgaben.

Personen mit Kreuz- bzw. Rückenschmerzen beurteilen ihre Lebensqualität schlechter als Personen ohne Kreuz- bzw. Rückenschmerzen.

ABBILDUNG 4:

Lebensqualität der Steirerinnen und Steirer mit und ohne chronische Kreuz- oder Rückenschmerzen 2014, relativ (Quelle: ATHIS 2014; Bearbeitung: LASTAT, Darstellung: JOANNEUM RESEARCH)



2.2. Fälle von Rückenschmerz in der stationären Versorgung

Die Darstellung der Behandlung von Rückenschmerzen in der stationären Versorgung erfolgt auf Basis des K-Dok-Datensatzes³. Umfasst sind die Behandlungsfälle der Steirerinnen und Steirer, die 2016 aufgrund einer rüchenschmerzspezifischen Hauptdiagnose⁴ in österreichischen Akutkrankenanstalten⁵ behandelt wurden.

³ Struktur-, Leistungs- und Diagnosedaten von Akutkrankenanstalten

⁴ ICD-10-Codes M45-M49 Spondylopathien, M50 und M51 Bandscheibenschäden und M53 und M54 sonstige Erkrankungen des Rückens/der Wirbelsäule.

⁵ Landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, Einrichtungen des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds und Unfallkrankenhäuser

Im Jahr 2016 gab es 2.158 stationäre Aufenthalte von Steirerinnen und Steirern in österreichischen Krankenhäusern aufgrund von Spondylopathien⁶, 4.483 stationäre Fälle aufgrund von Bandscheibenschäden und 6.637 stationäre Fälle aufgrund sonstiger Erkrankungen des Rückens/der Wirbelsäule. In Summe sind das 13.278 stationäre Behandlungsfälle von Steirerinnen und Steirern, die auf Rückenprobleme zurückzuführen sind.

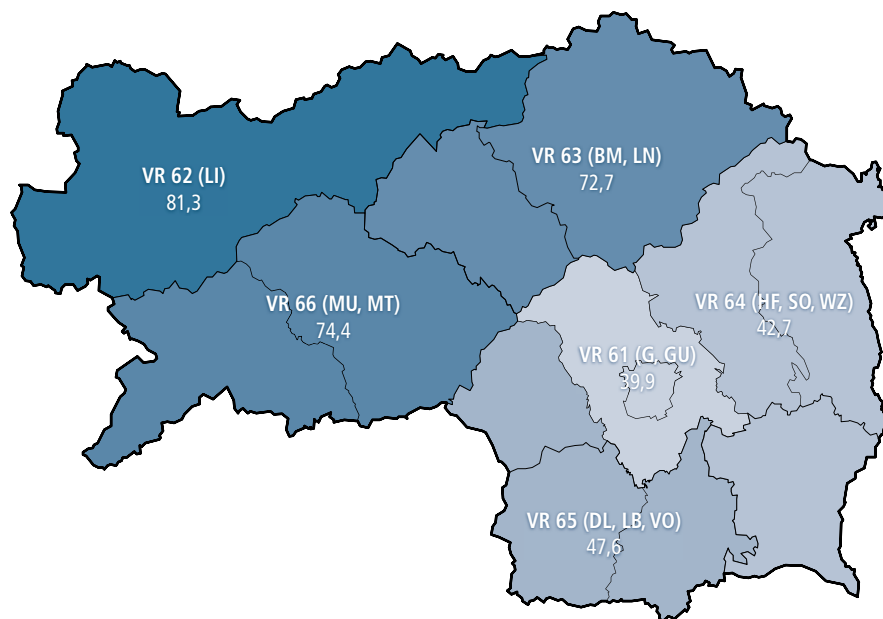
Bezogen auf die EinwohnerInnenzahl der Steiermark bedeutet dies, dass im Jahr 2016 Spondylopathien 16,7 Aufenthalte je 10.000 EW verursachten und Bandscheibenschäden 36,2 Aufenthalte je 10.000 EW.

Zu den meisten Aufenthalten je 10.000 EW führten die Diagnosen „Sonstige Erkrankungen des Rückens/der Wirbelsäule“. Im Jahr 2016 waren das 51,5 Aufenthalte je 10.000 EW. Die quellbezogene Verteilung der stationären Aufenthalte der „Sonstigen Erkrankungen des Rückens/der Wirbelsäule“ ist sehr unterschiedlich, wie nachstehender Abbildung zu entnehmen ist. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei dieser Diagnosegruppe („Sonstige Erkrankungen des Rückens/der Wirbelsäule“) lag 2016 bei 7,0 Tagen ohne Nulltagesaufenthalte. Die Nulltagesaufenthalte machten 8,8 % aller oben erwähneter Aufenthalte aus. Mit 1.414 Fällen waren bei diesen Diagnosen die meisten Patientinnen und Patienten in der Altersgruppe der 75- bis 84-Jährigen. Der Anteil der Frauen lag mit 61,2 % bzw. 4.062 Fällen über jenem der Männer (38,8 % bzw. 2.575 Fälle).

2016 erfolgten 13.287 stationäre Behandlungsfälle von Steirerinnen und Steirern aufgrund von Rückenschmerzen.

ABBILDUNG 5:

Krankenhausaufenthalte der Steirerinnen und Steirer aufgrund der ICD-Codes M53 und M54: Erkrankungen des Rückens oder der Wirbelsäule je 10.000 EW, quellbezogen nach VR, standardisiert
(Quelle: K-Dok-Datensatz 2016; Bearbeitung: EPIG GmbH)



⁶ Als Spondylopathien werden degenerative Erkrankungen der Wirbelkörper (Arthrose) infolge Bandscheibenschadens bezeichnet; Quelle: Psyhyrembel Online: <https://www.psyhyrembel.de/Spondylopathie/KOLCS/doc/>, abgerufen am 10.10.2018.

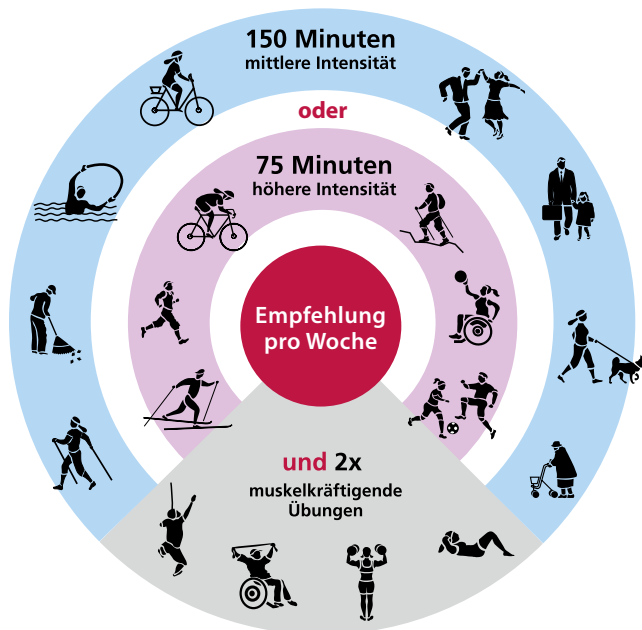
3. Gesundheitsförderung und Prävention

In Anbetracht der weiten Verbreitung von Rückenschmerzen in der Bevölkerung kommt der Gesundheitsförderung und der Primärprävention eine große Bedeutung zu. Bewegung hat allgemein einen positiven Effekt auf die körperliche und psychische Gesundheit der Menschen und kann sowohl zur Vermeidung als auch in der Therapie und bei der Rehabilitation von Rückenschmerzen eine Rolle spielen (Robert Koch-Institut 2012a).

Auch in der österreichischen Leitlinie Kreuzschmerz ist festgehalten, dass körperliche Bewegung grundsätzlich die allgemeine Gesundheit und Fitness fördert und dass die Regelmäßigkeit der körperlichen Aktivität ein wichtiger Faktor ist. Körperliche Bewegung soll daher den Betroffenen zur Vermeidung oder Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden und Arbeitsunfähigkeit empfohlen werden. Information und Schulung – basierend auf einem biopsychosozialen Krankheitsmodell – über die Entstehung und den Verlauf von Kreuzschmerzen sollten in präventive Angebote eingebunden sein (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018, 76 f.).

Die „Österreichischen Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung“ legen ein Ausmaß von 150 Minuten Bewegung pro Woche in mittlerer Intensität oder 75 Minuten Bewegung in hoher Intensität für Erwachsene fest (Fonds Gesundes Österreich 2012).

ABBILDUNG 6:
Bewegungsempfehlungen (Quelle: Fonds Gesundes Österreich 2012)



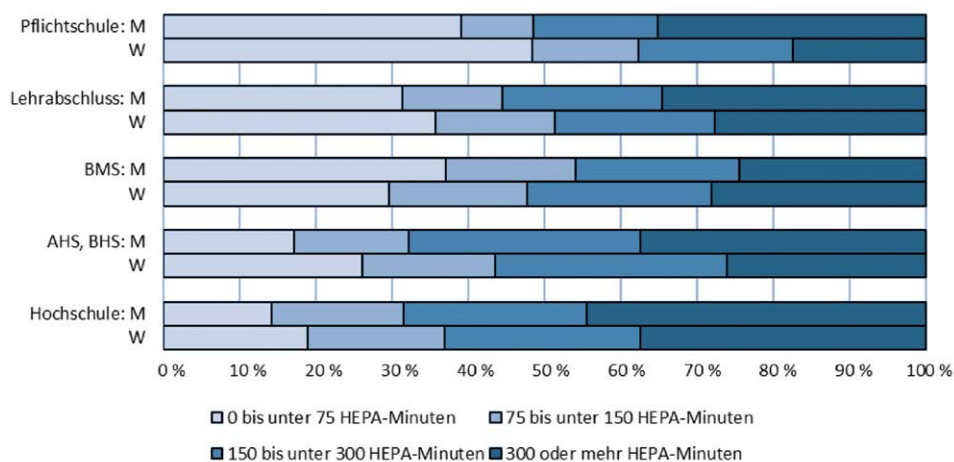
Körperliche Bewegung soll zur Vermeidung oder Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden und Arbeitsunfähigkeit empfohlen werden.

Knapp ein Viertel der steirischen Bevölkerung erfüllt laut den Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung die Empfehlung für gesundheitswirksame Bewegung, sich pro Woche mindestens 150 Minuten mit mittlerer oder mindestens 75 Minuten in höherer Intensität zu bewegen. Weitere 29,4 % der steirischen Bevölkerung bewegen sich mehr als 300 Minuten pro Woche. Personen mit höheren Bildungsabschlüssen erfüllen die Bewegungsempfehlungen eher als Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen (Gesundheitsfonds Steiermark 2016, S. 125).

ABBILDUNG 7:

Selbstberichtete körperliche Aktivität der Steirerinnen und Steirer nach WHO-Empfehlung (HEPA-Minuten) 2014 nach Geschlecht und Bildungsstand, Hochrechnung, relativ (Quelle: ATHIS 2014; Bearbeitung: LASTAT, Darstellung: EPIG GmbH)

Mehr als die Hälfte der steirischen Bevölkerung erfüllt die Empfehlung für gesundheitswirksame Bewegung oder liegt in ihrem wöchentlichen Bewegungsausmaß darüber.



3.1. Rahmenbedingungen für Bewegung im Alltag und im Arbeitsleben

In der Steiermark wurde in den letzten zehn Jahren das Gesundheitsziel „Mit Bewegung und Ernährung die Gesundheit der Steirerinnen und Steirer verbessern“ priorisiert. Im Rahmen von Förderungen für Projekte und Vorhaben in der Gesundheitsförderung und Primärprävention (Abteilung 8 Gesundheit, Pflege und Wissenschaft & Gesundheitsförderungsfonds Steiermark) werden daher in der Steiermark viele Aktivitäten im Bewegungsbereich durchgeführt. Die Bandbreite reicht von settingorientierter Gestaltung von bewegungsfreundlicher Umwelt (z. B. das Projekt „Gemeinden leben bewegt“⁷) bis hin zu Vorträgen und Workshops für spezifische Zielgruppen. Auch wenn die Aktivitäten nicht spezifisch der Prävention von Rückenschmerzen zuzuordnen sind, können die gesundheitsförderlichen Angebote im Bewegungsbereich grundsätzlich als Potenzial zur Verringerung oder auch Vermeidung von Rückenschmerzen in der Bevölkerung eingestuft werden.

7 <http://www.gesundheitsfoerderung-steiermark.at/Seiten/Gemeinden-leben-bewegt.aspx>, abgerufen am 25.9.2018

Gesundheitsförderung im Betrieb und ArbeitnehmerInnenschutz sind hoch relevant für die Rückengesundheit.

Der Arbeitsplatz ist ein hochrelevantes Setting für die Rückengesundheit. Die steirischen und die österreichischen Gesundheitsziele thematisieren daher den Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit (Bundesministerium für Gesundheit 2012; Gesundheitsfonds Steiermark 2011). Über das Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)⁸ und proFitness der Wirtschaftskammern⁹ werden gezielt gesundheitsfördernde Maßnahmen und Programme in Betrieben umgesetzt. Auch das Thema Bewegung und Ergonomie in der Arbeit findet bei diesen Aktivitäten Platz. Derzeit tragen in der Steiermark 108 Betriebe das BGF-Gütesiegel.

Der in Österreich rechtlich verankerte ArbeitnehmerInnenschutz¹⁰ soll den „Schutz des Lebens und der Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei ihrer beruflichen Tätigkeit gewährleisten“. Laut ASchG dürfen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit der manuellen Handhabung von Lasten nur beschäftigt werden, wenn sie dafür körperlich geeignet sind und über ausreichende Kenntnisse und eine ausreichende Unterweisung verfügen. Der ArbeitnehmerInnenschutz ist vor allem auf Prävention ausgerichtet, setzt also Maßnahmen zur potenziellen Vermeidung von körperlichen Fehlbelastungen und psychischem Druck und kann so zur Vermeidung oder Verringerung von Rückenschmerzen beitragen.¹¹

4. Ausgewählte Aspekte der Versorgungsqualität

Die meisten Patientinnen und Patienten (ca. 90 %) mit akutem Kreuzschmerz erholen sich im Zeitverlauf und benötigen über eine Basisdiagnostik hinaus keine weiterführenden Untersuchungen und lediglich eine einfache pharmakologische bzw. nicht-pharmakologische Schmerzbehandlung (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018; Robert Koch-Institut 2012b). Wesentlich ist, dass die Patientinnen und Patienten angeleitet werden, trotz Schmerzen weiterhin Bewegung zu machen.

Generell nehmen chronische Schmerzpatientinnen und -patienten im Vergleich zu anderen Schmerz betroffenen mehr Gesundheitsleistungen auf primärer und sekundärer Versorgungsebene in Anspruch. Darüber hinaus gibt es ein direktes Verhältnis zwischen der Schmerzintensität und der Inanspruchnahme von Kontakten im Gesundheitswesen (European Pain Federation 2015). In Österreich wurde im Rahmen einer europäischen Befragung aus dem Jahr 2006 berichtet, dass lediglich 16 % der chronischen Schmerzpatientinnen und -patienten eine Ärztin oder einen Arzt mit Schwerpunktsetzung bzw. Spezialisierung in Schmerzbehandlung kontaktieren; dies liegt unter dem europäischen Durchschnittswert von 23 % (Breivik et al. 2006). Laut einer aktuelleren Befragung wurde berichtet, dass es 1,7 Jahre nach dem Erstkontakt im Gesundheitswesen dauert, bis die Patientinnen und Patienten eine Schmerzdiagnose erhalten. 18 % erhalten nie offiziell eine Diagnose von einer Medizinerin oder einem Mediziner. Zudem bekommen 23 % der Betroffenen keine angemessene Schmerzbehandlung. Vom Zeitpunkt der Diagnosestellung bis zum Beginn einer adäquaten Schmerztherapie vergehen im Schnitt 1,9 Jahre (European Pain Federation 2015).

Zwischen Erstkontakt und Schmerzdiagnose vergehen 1,7 Jahre, vom Zeitpunkt der Diagnose bis zur adäquaten Therapie dann noch einmal 1,9 Jahre.

8 <http://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.701055&viewmode=content>, abgerufen am 27.9.2018

9 <https://www.wko.at/site/profitness/Bewegung.html>, abgerufen am 27.9.2018

10 ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG, BGBl. Nr. 450/199, idgF

11 https://www.arbeitsinspektion.gv.at/inspektorat/Uebergreifende_Themen/ArbeitnehmerInnenschutz_Allgemeines/, abgerufen am 25.9.2018

Idealtypisch erfolgt die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerz entsprechend einem integrierten Stufenmodell, das die Verzahnung der verschiedenen Versorgungsbereiche und -ebenen optimiert (Bertelsmann Stiftung 2007, S. 4). Ziel ist, dass Patientinnen und Patienten je nach medizinischem bzw. therapeutischem Bedarf in der richtigen Versorgungsstufe behandelt werden. Die zentrale Stufe dabei ist die Primärversorgung, die von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner idealerweise in enger Abstimmung mit weiteren Gesundheitsberufen erfolgt. Ausgehend von der Primärversorgung können weitere Behandlungsbedarfe im fachärztlichen Bereich bis hin zur Rehabilitation eingeleitet und idealerweise von einer Ärztin oder einem Arzt in der Primärversorgung als Lotsin oder Lotse koordiniert werden.

ABBILDUNG 8:

Integriertes Stufenmodell zur Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerz (Darstellung: EPIG GmbH)

Zielsetzung des Stufenmodells ist es, dass Patientinnen und Patienten je nach medizinischem Bedarf in der richtigen Versorgungsstufe behandelt werden. Die zentrale Stufe ist die Primärversorgung.



4.1. Leitlinie Kreuzschmerz

Als wesentlicher Orientierungsrahmen für die Versorgung und Behandlung von Menschen mit Rückenschmerzen wurde die österreichische „Leitlinie Kreuzschmerz“ überarbeitet (Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen 2018; Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018).¹²

¹² Mitglieder der Leitlinien-Arbeitsgruppe: Centre of Excellence for Orthopaedic Painmanagement Speising (CEOPS), Österreichische Ärztekammer – Projektgruppe Versorgungsforschung, Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM), Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), Österreichische Gesellschaft für Innere Medizin (ÖGIM), Österreichische Gesellschaft für Neurochirurgie (ÖGNC), Österreichische Gesellschaft für Neurologie (ÖGN), Österreichische Gesellschaft für Neuroradiologie (ÖGNR), Österreichische Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (ÖGO), Österreichische Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (ÖGPMPR), Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP), Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR), Österreichische Gesellschaft für Unfallchirurgie (ÖGU), Österreichische Röntgengesellschaft, AG Osteoradiologie (ÖRG)

Im Hinblick auf Struktur- und Prozessqualität sowie personelle Erfordernisse gibt diese Leitlinie folgende Empfehlungen:

TABELLE 1:

Versorgungsempfehlungen der Leitlinie Kreuzschmerz; Bearbeitung: JOANNEUM RESEARCH, EPIG GmbH

Eine Medizinerin oder ein Mediziner ist idealerweise die erste Anlaufstelle und koordiniert die weiteren Behandlungsschritte.

Strukturen	Eine Medizinerin oder ein Mediziner hat eine „Lotsenfunktion“; ist erste Anlaufstelle und koordiniert die Behandlungsschritte.
Personal	Notwendige Berufsgruppen: Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und -ärzte (Orthopädie, Unfallchirurgie, Rheumatologie, Neurologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Neurochirurgie), Psychotherapeutinnen und -therapeuten, klinische Psychologinnen und Psychologen, Physiotherapeutinnen und -therapeuten
Prozesse	<p>Verwendung von Flags: „yellow“, „red“, „black“</p> <p>Verzicht auf bestimmte Verfahren (z. B. bildgebende Verfahren, Laboruntersuchungen ohne Warnsignale)</p> <p>Zeitlicher Verlauf: interdisziplinäres Assessment nach</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6 Wochen Schmerzdauer bei Einschränkungen im Alltag/unzureichendem Therapieerfolg/psychosozialen Faktoren/Arbeitsplatzfaktoren • 12 Wochen bei Einschränkungen im Alltag/unzureichendem Therapieerfolg • bei chronischen unspezifischen Kreuzschmerzen bei unzureichendem Therapieerfolg <p>Multimodales Behandlungsprogramm bei subakutem oder chronischem Schmerz oder nach einem Akutereignis, bei dem der Schmerz mindestens 3 Monate andauert</p> <p>Durchführung von interdisziplinären Assessments</p> <p>Hauptverantwortlich behandelnder Arzt/behandelnde Ärztin („Lotse“/„Lotsin“) organisiert Informationsaustausch mit weiteren Fachdisziplinen und Berufsgruppen</p>

4.1.1. Ergänzende nationale und internationale Empfehlungen

Weitere österreichische und auch internationale Empfehlungen¹³ sprechen für eine strukturelle Verankerung von Prozessen in der abgestuften und interdisziplinären Schmerztherapie. Erforderlich ist dabei die Festlegung von entsprechenden Qualitätskriterien (z. B. für Fortbildung, Verschriftlichung von Versorgungsprozessen). Außerdem ist eine homogene regionale Verteilung der multidisziplinären Angebote zu berücksichtigen. Empfehlungen zu den in der Schmerzbehandlung tätigen Berufsgruppen schließen teilweise Pflegekräfte, Ergotherapeutinnen und -therapeuten sowie auch Apothekerinnen und Apotheker mit ein. Für einzelne Berufsgruppen, wie etwa die Pflegekräfte, ist eine Spezialisierung in der jeweiligen Ausbildung empfehlenswert.

Als Aspekte der Prozessqualität werden in internationalen Leitlinien wie auch in Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) und der Österreichischen Schmerzgesellschaft (ÖSG) die Durchführung von Schmerzkonferenzen, die frühzeitige Entwicklung von interdisziplinären Behandlungsplänen sowie die Wichtigkeit der Kommunikation im interprofessionellen Team genannt.

¹³ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Deutsche Schmerzgesellschaft, Faculty of Pain Medicine, IASP National Pain Strategies, IASP Pain Treatment Services, IASP Waiting Times, Faculty of Pain Medicine, NICE, NHS, Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI)

Zur Verbesserung der Kommunikation und des Wissenstransfers werden Teambesprechungen auf den unterschiedlichen Versorgungsstufen (Primärversorgung, fachärztliche Versorgung) sowie regelmäßige Kommunikation mit der Lotsin bzw. dem Lotsen empfohlen (Faculty of Pain Medicine 2015; Jaksch et al. 2017).

Forschung und die aktive Mitwirkung von Fachleuten in der Schmerzversorgung in Lehre und Aus- bzw. Fortbildung sind für die Erkennung und Gestaltung weiterer zukunftsrelevanter Versorgungsaspekte hilfreich.

4.2. (Rücken-)Schmerz in der Ausbildung relevanter Berufsgruppen

Die Leitlinie Kreuzschmerz definiert Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und Fachärzte, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychologinnen und Psychologen sowie Physiotherapeutinnen und -therapeuten als relevante Berufsgruppen in der Behandlung von Rückenschmerz. In der Ausbildung bzw. den Curricula dieser Berufsgruppen wird das Thema (Rücken-)Schmerz wie folgt behandelt:

TABELLE 2:

Rückenschmerz als Ausbildungs- bzw. Fortbildungsinhalt; Recherche und Bearbeitung:
 JOANNEUM RESEARCH, EPIG GmbH

Studium	Ausbildungsinhalte	Fort-/Weiterbildung
Humanmedizin	Krankheitslehre	Spezielle Schmerztherapie Spezifische Universitätslehrgänge
	Orthopädie und Traumatologie	
	Neurologie	
	Neurochirurgie	
	Anästhesie	
	Pharmakologie	
	Allgemeinmedizin	
	Arbeitsmedizin	
Psychologie	Medizinische Psychologie	Psychologische Schmerzbehandlung Biofeedback
	Spezielle Kapitel der Gesundheitspsychologie (Stressbewältigung und Prävention, Schmerzbewältigung und Krankheitsbewältigung, Lifestyle-Beratungen für alle Altersklassen)	
	Spezielle Kapitel der Verhaltensmedizin	
	Arbeits- und Organisationspsychologie	
	Betriebliche Gesundheitsförderung	
Psychotherapie	Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention	Traumatherapie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR-Technik) Somatic Experiencing
	Psychosomatik	
Physiotherapie	Schmerzphysiologie und Schmerzmanagement	Interdisziplinärer Schmerzkurs
	Physiotherapeutischer Prozess Phänomen Schmerz	

In den Ausbildungen/Curricula weiterer Gesundheitsberufe findet (Rücken-)Schmerz ebenso Beachtung. In der Ausbildung zu Pflegefachkräften wird der (Rücken-)Schmerz vorrangig im Zusammenhang mit Prävention und Ergonomie behandelt, die ergonomische Arbeitsweise steht im Vordergrund. Ergotherapeutinnen und -therapeuten werden neben dem ergonomischen Arbeiten auch arbeitsmedizinische Grundlagen vermittelt, die bei Klientinnen und Klienten anzuwenden sind. Außerdem ist der Schmerz Bestandteil der Vorlesungen „Orthopädie“ und „Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates“ im Rahmen des ergotherapeutischen Studiums.

5. Versorgungsstruktur

5.1. Medizinerinnen und Mediziner mit Diplom „Spezielle Schmerztherapie“

Schmerz ist ein Symptom und tritt bei vielen Erkrankungen in unterschiedlicher Form und Ausprägung auf. Folglich ist die überwiegende Zahl der medizinischen Fachdisziplinen mit Schmerztherapie in irgendeiner Form befasst. Dies spiegelt sich in den Inhalten der postpromotionellen ärztlichen Ausbildung wider, wobei überwiegend Kenntnisse in fachspezifischer Schmerztherapie vermittelt werden. Zum Erwerb umfassender und vertiefender Kenntnisse und Fertigkeiten werden spezifische Weiterbildungen zum Thema Schmerz von unterschiedlichen Organisationen angeboten.

In der Steiermark gibt es 1.274 Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner (davon 598 mit §2-Kassenvertrag). 24 Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner haben das Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), 11 davon haben einen §2-Kassenvertrag¹⁴. Das bedeutet für die Versorgungsstruktur, auf die gesamte Steiermark bezogen, dass es zwei Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner pro 100.000 EW mit der genannten Zusatzqualifikation und nur eine §2-Allgemeinmedizinerin oder einen -mediziner pro 100.000 EW mit einem ÖÄK-Diplom gibt.

Anhand der empirischen Datengrundlage konnten jene medizinischen Fachrichtungen, die für die Therapie von Rückenschmerzpatientinnen und -patienten relevant sind, ermittelt werden (Bundesärztekammer [BÄK] et al. 2017a; Faculty of Pain Medicine 2015; Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018). Die nachfolgende Tabelle bildet die Struktur der Versorgung durch relevante Fachärztinnen und -ärzte in der Steiermark ab. Eine Darstellung jener Ärztinnen und Ärzte, die (auch) in Krankenhäusern arbeiten, ist aufgrund der Datenlage nicht möglich.

Von 1.274 Allgemeinmedizinerinnen und -medizinerinnen haben 24 die Fortbildung „Spezielle Schmerztherapie“ absolviert, darunter 11 Ärztinnen und Ärzte mit §2-Kassenvertrag.

¹⁴ Anzahl der ÖÄK-Diplome und §2-Verträge lt. offiziellen Angaben der Ärztekammer Steiermark; Gesamtanzahl der ÄrztInnen lt. Webseiten-Recherche (<https://www.aekstmk.or.at/46>), wobei diese nachträglich von der ÄK bestätigt wurde. Trotzdem sind Unschärfen anhand von Doppelordnungen zu berücksichtigen.

TABELLE 3:
Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in der Steiermark mit ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ und §2-Kassenvertrag; Quelle: Ärztekammer Steiermark, Bearbeitung: JOANNEUM RESEARCH

Region	Allgemeinmedizin			Orthopädie und orthopäd. Chirurgie			Neurologie			Anästhesie und Intensivmedizin		
	Anzahl ÄrztInnen	ÖÄK-Diplom und §2-Kassenvertrag	ÖÄK-Diplom	Anzahl ÄrztInnen	ÖÄK-Diplom und §2-Kassenvertrag	ÖÄK-Diplom	Anzahl ÄrztInnen	ÖÄK-Diplom und §2-Kassenvertrag	ÖÄK-Diplom	Anzahl ÄrztInnen	ÖÄK-Diplom und §2-Kassenvertrag	ÖÄK-Diplom
VR 61(G, GU)	565	3	11	53		4	40		3	22		6
VR 62 (LI)	75			6			4			3		2
VR 63 (BM, LN)	138	2	3	4			7			2		1
VR 64 (HF, SO, WZ)	218	6	7	17		1	14	2	5	6		4
VR 65 (DL, LB, VO)	189		1	10	1	1	11			4		3
VR 66 (MU, MT)	89		2	10			2			1		1
Stmk. gesamt	1.274	11	24	100	1	6	78	2	8	38	0	17

Region	Innere Medizin			Physikalische Medizin und Rehabilitation			Psychiatrie		
	Anzahl ÄrztInnen	ÖÄK-Diplom und §2-Kassenvertrag	ÖÄK-Diplom	Anzahl ÄrztInnen	ÖÄK-Diplom und §2-Kassenvertrag	ÖÄK-Diplom	Anzahl ÄrztInnen	ÖÄK-Diplom und §2-Kassenvertrag	ÖÄK-Diplom
VR 61 (G, GU)	151		1	7		1	59		
VR 62 (LI)	8						2		
VR 63 (BM, LN)	22						4		
VR 64 (HF, SO, WZ)	37		1				10		
VR 65 (DL, LB, VO)	25			3			6		
VR 66 (MU, MT)	12			2			2		
Stmk. gesamt	255	0	2	12	0	1	83	0	0

Insgesamt gibt es steiermarkweit 3 Fachärztinnen und -ärzte mit §2-Vertrag, die auch die Schmerz-Weiterbildung der Ärztekammer absolviert haben (Orthopädie und orthopädische Chirurgie (1) und Neurologie (2)). Im Fachbereich Anästhesie und Intensivmedizin verfügen 45 % der Ärztinnen und Ärzte über die Zusatzausbildung „Spezielle Schmerztherapie“. Psychiaterinnen oder Psychiater mit dem genannten ÖÄK-Diplom „Spezielle Schmerztherapie“ gibt es in keiner steirischen Versorgungsregion. Unter den 255 Fachärztinnen und -ärzten der Inneren Medizin gibt es einen Arzt oder eine Ärztin mit der Zusatzausbildung.

Medizinerinnen und Mediziner, die eine Fortbildung zum Thema Schmerztherapie von mindestens 40 Stunden absolviert haben, können z. B. an der Medizinischen Universität Wien das zweijährige Masterstudium „Interdisziplinäre Schmerzmedizin“ absolvieren.¹⁵

5.2. Psychologische und psychotherapeutische Versorgung

Insgesamt sind 1.468 steirische klinische Psychologinnen und Psychologen (6 mit Kassenvertrag) in die Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen des Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz eingetragen. Die meisten Psychologinnen und Psychologen sind in der Versorgungsregion Graz und Graz-Umgebung (2,1 Psychologinnen und Psychologen je 1.000 EW, insgesamt 901) tätig. Die niedrigste Anzahl an Psychologinnen und Psychologen arbeiten in Murau. Hier stehen 7 zur Verfügung, das entspricht 0,2 Psychologinnen und Psychologen je 1.000 EW. Es konnte nicht ermittelt werden, wie viele Psychologinnen und Psychologen Schmerztherapie als Schwerpunkt anbieten. Der Berufsverband der Psychologinnen und Psychologen arbeitet derzeit an der Erstellung einer Liste bzw. Versorgungslandkarte, um die Suche nach Fachpersonal mit dem Schwerpunkt „Schmerztherapie“ zu erleichtern.¹⁶

Um zur Berufsausübung im Bereich der Psychotherapie berechtigt zu sein, ist eine Registrierung beim Bundesministerium für Gesundheit notwendig. Insgesamt sind 842 Psychotherapeutinnen und -therapeuten in diesem Bereich in der Steiermark tätig. Die meisten Therapeutinnen und -therapeuten sind in Graz (526) und Graz-Umgebung (105) tätig. Welche und wie viele Psychotherapeutinnen und -therapeuten spezifische Methoden im Rahmen der Schmerzbehandlung anwenden, ist nicht dokumentiert.¹⁷

5.3. Physiotherapeutinnen und -therapeuten mit der Fortbildung „Schmerzmanagement“

Eine Vertiefung im Bereich „Schmerz“ ist für Physiotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen eines interdisziplinären Schmerzkurses, eines Masterlehrgangs an der FH Campus Wien¹⁸, möglich.

Der Schmerzkurs fand 2018 zum zweiten Mal statt¹⁹, insgesamt nahmen an den beiden Kursen 22 Physiotherapeutinnen und -therapeuten aus der Steiermark teil. Die Daten lassen keine regionale Zuordnung innerhalb der Steiermark zu.

5.4. Schmerzambulanzen

Die Auflistung der Schmerzambulanzen in der Steiermark erfolgt auf Basis der Listen von der Allianz Chronischer Schmerz und der Österreichischen Schmerzgesellschaft^{20, 21} sowie anhand der Kostenstellenstatistik aus X-Dok²².

Am interdisziplinären Schmerzkurs nahmen bisher 22 Physiotherapeutinnen und -therapeuten aus der Steiermark teil.

16 Quelle: Daten des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen (Landesstelle Steiermark)

17 Quelle: Daten der Landesgruppe Steiermark des Berufsverbandes Österreichischer PsychologInnen (Stand: 2016)

18 <https://www.fh-campuswien.ac.at/departments/gesundheitswissenschaften/studiengaenge/detail/ganzheitliche-therapie-und-salutogenese.html>, abgerufen am 17.10.2018

19 <https://www.physioaustria.at/news/schmerzkurs-basis-2018>, abgerufen am 27.9.2018

20 <https://www.schmerz-allianz.at/schmerz-einrichtungen/>, abgerufen am 27.9.2018

21 <https://www.oesg.at/schmerzeinrichtungen-nach-bundeslaendern/steiermark/>, abgerufen am 27.9.2018

22 Quelle: Satzart K09 – Kostenstellenstatistik und Kostennachweis für nicht-bettenführende Hauptkostenstellen steirischer fondsfinanzierter Krankenanstalten

In der VR 61 (G, GU) ist neben Schmerzambulanzen in 4 Krankenanstalten auch der Theresienhof genannt. In allen anderen Versorgungsregionen steht in jeweils einem Landeskrankenhaus eine Ambulanz zur Schmerzbehandlung zur Verfügung. In der VR 63 (BM, LN) gibt es zusätzlich auch im Unfallkrankenhaus Kalwang eine Schmerzambulanz.

TABELLE 4:

Schmerzambulanzen in der Steiermark; Quellen: Allianz Chronischer Schmerz, Österreichische Schmerzgesellschaft, Bearbeitung: EPIG GmbH²³

Region	Einrichtung	Abteilung
VR 61 (G, GU)	LKH Graz Süd-West	Abt. für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Schmerzambulanz
	LKH Univ.-Klinikum Graz	Schmerzambulanz der Univ.-Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (Graz)	Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Schmerzambulanz
	Krankenhaus der Elisabethinen (Graz)	Schmerzambulanz, Schmerzstation
	Theresienhof (Frohnleiten)	Klinikum für Orthopädie und orthopädische Rehabilitation
VR 62 (LI)	LKH Bad Aussee	Schmerzambulanz
VR 63 (BM, LN)	UKH Kalwang	Schmerzambulanz
	LKH Hochsteiermark	Schmerzambulanz
VR 64 (HF, SO, WZ)	LKH Hartberg	Schmerzambulanz
VR 65 (DL, LB, VO)	LKH Weststeiermark	Abt. für Anästhesiologie und Intensivmedizin
VR 66 (MU, MT)	LKH Murtal	Schmerzambulanz

5.5. Rehabilitation

Für die Rehabilitationsindikationsgruppe (RIG) Bewegungs- und Stützapparat sowie Rheumatologie (BSR) stehen in der Steiermark 684 systemisierte Betten und 82 ambulante Therapieplätze zur Verfügung (Stand 2016). Grundsätzlich ist im Österreichischen Rehabilitationsplan (Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH 2016) österreichweit ein Ausbau der Rehabilitationsbetten und -plätze vorgesehen, allerdings sind die Planzahlen für die Versorgungszone Süd (zu welcher neben der Steiermark Kärnten und das südliche Burgenland zählen) bereits deutlich übererfüllt. Das betrifft auch die oben genannte Rehabilitationsindikationsgruppe, für die es daher bis 2020 in der Steiermark keinen Ausbau der Betten und Plätze geben soll (Gesundheitsfonds Steiermark 2017, 76 ff.).

6. Versorgungsempfehlungen

Die größte Herausforderung bei der Versorgung von Menschen mit Rückenschmerz ist es, eine Chronifizierung des Rückenschmerzes möglichst zu vermeiden. Ein Hebel dafür ist, Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerz im subakuten Stadium frühzeitig zu identifizieren und insbesondere psychische Belastungssituationen bei diesen Patientinnen und Patienten rechtzeitig zu erkennen.

Chronische Verläufe
rechtzeitig detektieren.

²³ Das LKH Murtal wird nur bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft genannt. Außerdem geht aus der Kostenstellenstatistik der fondsfinanzierten Krankenanstalten hervor, dass es auch im LKH Südsteiermark eine präoperative Ambulanz gibt.

Hierfür könnten in der Steiermark entsprechende Instrumente wie Schmerzfragebögen oder aber auch das in der österreichischen Leitlinie Kreuzschmerz (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018) empfohlene „Flaggenmodell“ vermehrt eingesetzt werden.

Die Versorgungsrealität dem Versorgungsbedarf anpassen.

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerz erfolgt idealerweise in einem integrierten Stufenmodell, das die Verzahnung der verschiedenen Versorgungsbereiche und -ebenen optimiert. Patientinnen und Patienten sollen ihrem Bedarf entsprechend in der richtigen Versorgungsstufe behandelt werden. Eine zentrale Rolle in diesem Modell kommt der Primärversorgung zu. Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin arbeiten hier idealerweise in einem Team mit weiteren Gesundheitsberufen (insbesondere Physio- und Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Psychologinnen bzw. Psychologen) zusammen. Primärversorgungseinrichtungen entsprechend Primärversorgungsgesetz (PrimVG) können künftig dafür strukturell eine gute Basis bilden. Die Überweisung von der Primärversorgung in eine höhere Versorgungsstufe sollte nur erfolgen, wenn sich die Notwendigkeit aus dem Verlauf des Rückenschmerzes ergibt. Doppelbehandlungen können somit vermieden werden (Bertelsmann Stiftung 2007, 4 f.).

Lotsenfunktion der Allgemeinmedizin.

Wesentlich in der Umsetzung des Modells ist, die Hausärztinnen und Hausärzte so weit zu unterstützen, dass sie zielgerichtet Patientinnen und Patienten mit einem Chronifizierungsrisiko erkennen und diese rasch in die richtige Therapieschiene bringen können. Wenn es trotz adäquater Therapie im akuten Stadium zu einer Chronifizierung kommt, dann können ausgehend von der Primärversorgung weitere Behandlungsbedarfe im fachärztlichen Bereich bis hin zur Rehabilitation eingeleitet werden. (siehe Stufenmodell, Abb. 8)

Leitlinienkonforme Behandlungspfade implementieren.

Sowohl Leitlinien als auch Fachleute betonen, dass interdisziplinäre und multiprofessionelle Angebote für die Behandlung von chronischem Rückenschmerz erfolgversprechend sind. Dafür ist eine fachgerechte Koordination durch eine Ärztin oder einen Arzt mit Lotsenfunktion über alle Versorgungsstufen hinweg wesentliche Voraussetzung. Hierfür bedarf es eines klaren Rollenbildes der Lotsinnen und Lotsen sowie festgelegter Prozesse der Koordination von allen relevanten Gesundheitsberufen in den unterschiedlichen Versorgungsstufen, und es bedarf festgelegter Zuweisungsprozesse. Es wird empfohlen, für die Steiermark ein entsprechendes Modell, das Rollen und Prozesse für die Koordination einer multiprofessionellen Rückenschmerzversorgung über alle Versorgungsstufen hinweg beinhaltet, auszuarbeiten und zu erproben. Eine wichtige flankierende Maßnahme ist es, Instrumente und Tools einzusetzen, die die erforderliche interdisziplinäre und versorgungsstufenübergreifende Kommunikation unterstützen.

Gemeinsames Verständnis von Prävention und Kuration von Rückenschmerzen über die beteiligten Gesundheitsberufe entwickeln.

Die Analyse, inwieweit in der Steiermark Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Gesundheitsberufe, die in der Schmerzversorgung relevant sind, ausreichende Skills in der Ausbildung vermittelt bekommen bzw. über entsprechende Ausbildungen und Zusatzqualifikationen verfügen, zeigt Handlungsbedarf. Dabei geht es weniger um einen Ausbau der personellen Kapazitäten bzw. von Versorgungsstrukturen, sondern vielmehr um eine schmerzspezifische Qualifizierung der relevanten Gesundheitsberufe, insbesondere im Hinblick auf psychoedukative Gesprächsführung. Besonders hilfreich scheinen spezifische Angebote im Bereich der Allgemeinmedizin, die dem Stufenmodell entsprechend eine zentrale Rolle in der Schmerzversorgung hat. Insgesamt sollte vermehrt ein Augenmerk auf eine gute Verankerung schmerzspezifischer Inhalte im Rahmen der Ausbildung der für die Schmerzbehandlung relevanten Gesundheitsberufe gelegt werden.

Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.

Präventionsmaßnahmen zielgerichteter einsetzen.

Letztlich haben Gesundheitskompetenz und Compliance einen Einfluss darauf, ob und wie Therapien und Behandlungen von Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden. Mit entsprechender Information und Kommunikation kann dies positiv beeinflusst werden. Die Qualitätsstandards der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz zur Verbesserung der Gesprächsqualität oder guter Gesundheitsinformation sollten daher bei allen Gesundheitsdiensteanbietern bekannt gemacht werden (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen 2016; Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz 2017).

Bewegung hat allgemein einen positiven Effekt auf die körperliche und psychische Gesundheit der Menschen und kann sowohl zur Vermeidung als auch bei der Rehabilitation von Rückenschmerzen eine Rolle spielen (Robert Koch-Institut 2012a). In der österreichischen Leitlinie Kreuzschmerz ist festgehalten, dass den Betroffenen zur Vermeidung oder Verkürzung von Kreuzschmerzepisoden und Arbeitsunfähigkeit körperliche Bewegung empfohlen werden soll. Information und Schulung – basierend auf einem biopsychosozialen Krankheitsmodell über die Entstehung und den Verlauf von Kreuzschmerzen – sollten in präventive Angebote mit eingebunden sein (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018, 76 f.). Qualitätsgesicherte Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, die zu mehr Bewegung im Allgemeinen oder gezielt zur Rückengesundheit beitragen, sollten daher in der Bevölkerung, aber auch bei Menschen in Gesundheitsberufen, insbesondere in der Primärversorgung, bekannter gemacht werden.

7. Literaturverzeichnis

- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2007): Gesundheitspfad Rücken – Innovative Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen. Leitfaden für Entscheider und Gestalter. Gütersloh.
- Billis, Evdokia; Koutsojannis, Constantinos; Matzaroglou, Charalampos; Gliatis, John; Fousekis, Konstantinos; Gioftos, George et al. (2017): Association of low back pain on physical, sociodemographic and lifestyle factors across a general population sample within Greece. In: Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation 30 (2), S. 279–290. DOI: 10.3233/BMR-150484.
- Breivik, Harald (s. o.); Collett, Beverly; Ventafridda, Vittorio; Cohen, Rob; Gallacher, Derek (2006): Survey of chronic pain in Europe. Prevalence, impact on daily life, and treatment. In: European journal of pain (London, England) 10 (4), S. 287–333. DOI: 10.1016/j.ejpain.2005.06.009.
- Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2017a): Nicht-spezifischer Kreuzschmerz. Nationale VersorgungsLeitlinie. Kurzfassung. DOI: 10.6101/AZQ/000377.
- Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2017b): Patientenleitlinie zur nationalen Versorgungsleitlinie nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2. Auflage. DOI: 10.6101/AZQ/000398.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.) (2018): Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen 2018. LL Kreuzschmerz 2018. 1. Auflage, Version 1. Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Wien.

- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.) (2016): Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung. Strategie zur Etablierung einer patientenzentrierten Kommunikationskultur. Wien.
- European Pain Federation (Hg.) (2015): Pain Proposal. Improving the current and future management of chronic pain. A European consensus report. Online verfügbar unter https://www.europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2016/06/pain_proposal.pdf.
- Faculty of Pain Medicine (Hg.) (2015): CSPMS. Core Standards for Pain Management Services in the UK. Online verfügbar unter <https://www.rcoa.ac.uk/system/files/FPM-CSPMS-UK2015.pdf>.
- Fonds Gesundes Österreich (Hg.) (2012): Österreichische Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung. Wien (Wissen, Band Nr. 8).
- Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (Hg.) (2016): Rehabilitationsplan 2016. Wien. Online verfügbar unter <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.564714>, zuletzt geprüft am 20.02.2017.
- Gesundheitsfonds Steiermark (Hg.) (2011): Gesundheitsziele Steiermark. Unser Ziel, Gesundheit gemeinsam gestalten. Graz.
- Gesundheitsfonds Steiermark (Hg.) (2016): Gesundheitsbericht für die Steiermark 2015. Graz.
- Gesundheitsfonds Steiermark (Hg.) (2017): Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2025.
- Hirano, Kenichi; Imagama, Shiro; Hasegawa, Yukiharu; Ito, Zenya; Muramoto, Akio; Ishiguro, Naoki (2014): Impact of low back pain, knee pain, and timed up-and-go test on quality of life in community-living people. In: Journal of orthopaedic science: official journal of the Japanese Orthopaedic Association 19 (1), S. 164–171. DOI: 10.1007/s00776-013-0476-0.
- Jaksch, Wolfgang; Likar, Rudolf; Folkes, Erika; Machold, Klaus; Herbst, Friedrich; Pils, Katharina et al. (2017): Qualitätssicherung der schmerzmedizinischen Versorgung in Österreich. Klassifikation schmerz-therapeutischer Einrichtungen. In: Wiener medizinische Wochenschrift (1946) 167 (15-16), S. 349–358. DOI: 10.1007/s10354-017-0563-5.
- Kim, Won; Jin, Young Soo; Lee, Choon Sung; Bin, Seong-Il; Lee, Sang Yoon; Choi, Kyoung Hyo (2015): Influence of Knee Pain and Low Back Pain on the Quality of Life in Adults Older Than 50 Years of Age. In: PM & R : the journal of injury, function, and rehabilitation 7 (9), S. 955–961. DOI: 10.1016/j.pmrj.2015.03.002.
- Kreis, Sarah; Molto, Anna; Bailly, Florian; Dadoun, Sabrina; Fabre, Stéphanie; Rein, Christopher et al. (2015): Relationship between optimism and quality of life in patients with two chronic rheumatic diseases. Axial spondyloarthritis and chronic low back pain: a cross sectional study of 288 patients. In: Health and quality of life outcomes 13, S. 78. DOI: 10.1186/s12955-015-0268-7.
- Ludwig Boltzmann Gesellschaft GmbH (Hg.) (2008): Rückenschmerzen. Diagnostik und Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien – Möglichkeiten und Grenzen. Wien (HTA-Projektbericht, 12), zuletzt geprüft am 04.06.2018.
- Mohr, Beate; Korsch, Sabrina; Roch, Svenja; Hampel, Petra (2017): Debora – Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (Hg.) (2017): Gute Gesundheitsinformation Österreich. Die 15 Qualitätskriterien. Der Weg zum Methodenpapier – Anleitung für Organisationen. Wien.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2012a): Faktenblatt zu GEDA 2012 – Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2012b): Rückenschmerzen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 53. Berlin (2), zuletzt geprüft am 17.10.2018.
- Robert Koch-Institut (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin.
- Special Eurobarometer (Hg.) (2007): Health in the European Union. Report.
- Statistik Austria (Hg.) (2015): Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien.

