

Bedarfsgerechter Aufbau stationärer schmerztherapeutischer Einheiten

Ein Erfahrungsbericht eines privaten Krankenhausbetreibers

Hans-Werner Kuska

1. Ankündigung

Die stationäre multimodale Schmerztherapie (MMS) bei chronischen Schmerzpatienten stellt ein Behandlungsangebot dar, welches unter Abwägung der Patientenhistorie, der Therapieinhalte und der Behandlungsdauer den Vergleich der Effektivität zu korrespondierenden Therapieansätzen der interventionellen und operativen Verfahren wagen darf. Für eine objektive und sachgerechte Bewertung der Effektivität sind Überlegungen und Sammlungen von Behandlungsergebnissen vorzunehmen, die jedoch im stationären Bereich oftmals durch eine Trägervielfalt oder konzeptionelle

Unterschiede die Vergleichbarkeit hemmen. Die Bewertung der therapeutischen Erfolge im zeitlichen Vergleich erfolgt daher oftmals auf kleiner oder geringer Datenbasis. Der vorliegende Artikel möchte – eingebettet in das entsprechende Themenblatt des hessischen Ärzteblattes – einen Erfahrungsbericht über den Aufbau und Betrieb von stationären Schmerzkliniken im Krankenhausbereich aus Sicht eines privaten Klinikbetreibers geben. Der Auf- und Ausbau von Schmerzkliniken unter Förderung eines systematischen fachlichen know-how-Transfers kann parallel zu der Standortentwicklung des Krankenhauses an

sich die eingangs geforderte Möglichkeit der Überprüfung der Effektivität von Behandlungsansätzen unterstützen. Die gelebte enge Zusammenarbeit von kaufmännisch-planerischen und medizinischen Aktivitäten und Akteuren bietet große Chancen für die Entwicklung und Evaluierung von Therapieansätzen und könnte somit einen unmittelbaren Nutzen für die Patienten mit chronischen Schmerzerkrankungen entstehen lassen.

2. Grundgedanke

„Spitzenmedizin für Jedermann“ und „wohnortnahe Versorgung“, zwei Begriffskom-

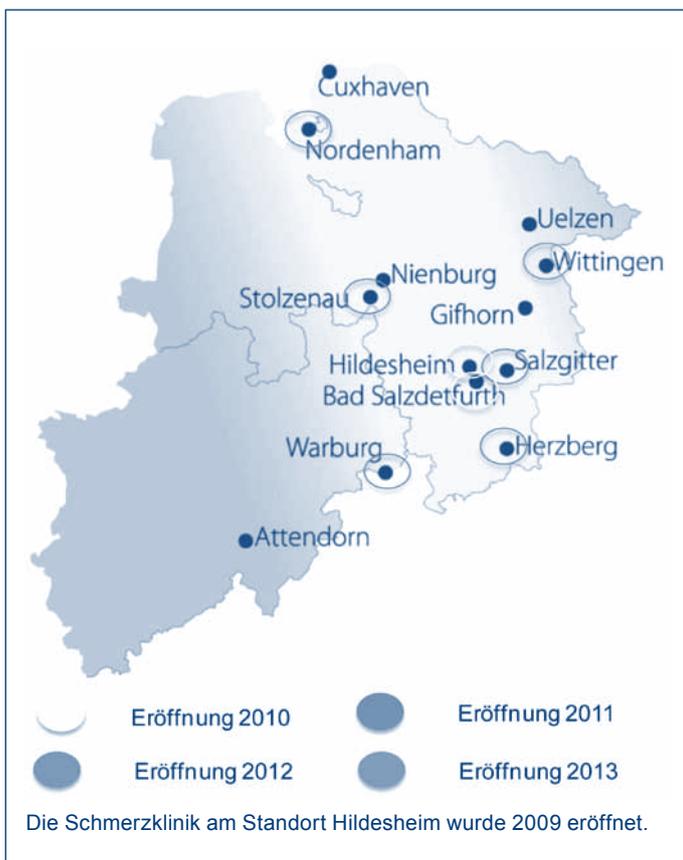


Abb. 1: Standorte der stationären Multimodalen Schmerztherapie in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen (Stand August 2013)

Multimodale Schmerztherapie

Exkl.: Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (8-91b)

Info.: Mit einem Kode aus diesem Bereich ist eine mindestens sieben-tägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin, nach festgelegtem Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung zu kodieren. Die Patienten müssen mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- gravierende somatische Begleiterkrankung

Dieser Kode erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren:

- Psychotherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie,
- medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches
- Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie
- (Kunst- oder Musiktherapie) oder sonstige übende Therapien.

Die Therapieeinheiten umfassen durchschnittlich 30 Minuten. Der Kode umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment, eine tägliche ärztliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung. Bei Gruppentherapie ist die Gruppengröße auf maximal 8 Personen begrenzt. Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie bei der/dem Verantwortlichen voraus.

Tab 1: Erfordernisse gemäß OPS-Spezifikation, hier: Katalog 2013

binationen, die treffend den Willen der RHÖN-KLINIKUM AG beschreiben, die bestehende hohe Fachexpertise des medizinischen Personals ihrer Kliniken über einen systematischen know-how-Transfer und Erfahrungsaustausch in die „Fläche“ zu verbreiten. Über die interdisziplinäre und einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit Leistungsangebote auf- und auszubauen, welche vom Patienten wahrgenommen werden und volkswirtschaftliche Gesichtspunkte einer „wirtschaftlichen zweckmäßigen und hinreichenden“ Gesundheitsversorgung erfüllen, sollte idealerweise die Zielsetzung sämtlicher Akteure im Gesundheitswesen bedienen und daher nicht ausschließlich einem privaten Klinikbetreiber zuzuordnen sein. Unabhängig von der einzelnen Trägerschaft ist oftmals in der Praxis zu beobachten, dass die menschliche Interessenvielfalt zentrale Projekte oder Impulse, die dem Wohle einer großen Zahl von Patienten dienlich sein könnten, jedoch eher verwässern. Wie schafft man es, die „gute Idee“ in eine Begeisterung für die Sache zu wandeln und so, „Streuverluste“ zu vermeiden?

3. Einleitung und Ausgangslage

Die zehn niedersächsischen und zwei nordrhein-westfälischen Kliniken der RHÖN-KLINIKUM AG sind sowohl im Wettbewerbsumfeld in den jeweiligen Landkreisen, in der internen Fachabteilungsstruktur und damit verbunden, den personellen und apparativen Ausstattungen und in der Betriebsgröße höchst unterschiedlich. So reicht die Bettenzahl von rund 50 bis 628, die Mitarbeiterzahl von rund 100 bis 1.200. Die unmittelbare Nähe zu anderen Kliniken oder Versorgungseinrichtungen führt darüber hinaus zu einer differenzierten Ausgestaltung von Kooperationen im Klinikumfeld.

Der medizinische Fortschritt führt in einer hohen Geschwindigkeit zu einer Verschie-

bung von stationären Angeboten in teilstationäre und ambulante Versorgungseinrichtungen. Unter dem Aspekt eines nachhaltigen Leistungsangebotes und der daraus resultierenden Bedarfsnotwendigkeit einer Klinik lohnt es sich, seinen Blick daher auf die „Volkskrankheiten“ zu richten. In unserer industrialisierten Gesellschaft hat die Auseinandersetzung mit dem chronischen Schmerz zwar punktuelle und umfangreiche Ansätze, jedoch ein abgestimmtes flächendeckendes Versorgungsangebot eher nicht erfahren dürfen. Über die Initiative der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) und weiterer Organisationen haben die möglichen Therapieansätze (vereinfacht: operativ, invasiv und multimodal) Eingang in die stationären Entgeltkataloge gefunden.

Der bestehende Bedarf in der Bevölkerung, die vermuteten Auswirkungen des demographischen Wandels und der Anspruch, unterschiedliche Therapieansätze in der Behandlung des chronischen Schmerzes zu evaluieren, führte im Jahr 2009 zu der Überlegung, die Schmerzmedizin als medizinisches „Erkenntnisobjekt“ stärker als bisher in den Fokus der Klinik- und Standortentwicklung zu nehmen. Mit einer aus heutiger Sicht eher rudimentären Vorstellung über die ablauforganisatorischen Notwendigkeiten und Regelungsbedarfe wurde 2009 die erste Schmerzambulanz als eigenständige organisatorische Einheit in einem Akutkrankenhaus in der Klinikum Hildesheim GmbH eröffnet. Damit wurde der Grundstein für ein strukturiertes multimodales Behandlungskonzept unter dem Aspekt „Sprechen statt Stechen“ gelegt.

Gemäß den zum damaligen Zeitpunkt ja bereits bekannten Ansätzen möchte das Leitungs- und Therapeutenteam einer Schmerzambulanz in der Region Nord einen

multimodalen bzw. interdisziplinären Ansatz anbieten, um dem chronischen Schmerz zu begegnen. Der Patient wird als Ganzes in den Mittelpunkt der therapeutischen Überlegungen und Behandlungsansätze gestellt. Damit wird eine individuelle, auf den Einzelfall abgestimmte Schmerztherapie ermöglicht. Die personellen Erfordernisse werden über die Spezifikationen des zutreffenden OPS-Kodes definiert.

Über einen Zeitraum von zehn bis zwölf Tagen werden die Patienten anhand mehrerer Einzel- und Gruppenbausteine geschult, mit dem vorhandenen Schmerz umzugehen, der Schmerzursache zu begegnen und vorbereitet, wieder am alltäglichen Lebensumfeld und der Arbeitswelt teilzunehmen. Die Integration in das Arbeitsleben und ggf. die Reduzierung von erheblichen Folgekosten für die Gesellschaft ist neben der Stärkung des Selbstwertgefühles der betroffenen Patienten sicherlich ein erstrebenswertes Ziel.

4. Entwicklung

Aufgrund der besonderen patientenseitigen Nachfrage und räumlichen Nähe (ca. 14 km) wurde zum Ende des Jahres 2010 eine weitere Schmerzambulanz am Standort Bad Salzdetfurth geschaffen.

Die Ausweitung des schmerztherapeutischen Leistungsangebotes und des verbundenen Therapiekonzeptes auf einen zweiten Standort mit unterschiedlicher medizinischer Infrastruktur, einem abweichenden Leistungsangebot und baulichen Voraussetzungen aber auch der Akzeptanz und Kommunikation mit Dritten (z.B. Krankenkassen und MDK) führte zwangsläufig zu einem zwischenbetrieblichen Vergleich der Kliniken. Die notwendige Einbindung externer Therapeuten in das Leistungsgeschehen hat für sehr hilfreiche Empfehlungen für die zeitliche Lage der einzelnen Therapiebausteine unter-



Hotline gegen den Schmerz

Rund 13 Millionen Menschen in Deutschland leiden an chronischen Schmerzen, z.B. Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Nervenschmerzen oder Tumorschmerzen. Am bundesweiten Aktionstag gegen den Schmerz können sich Schmerzpatienten und ihre Angehörigen informieren und beraten lassen. Hierzu stehen Schmerzexperten aus ganz Deutschland für Fragen zur Verfügung – auch die Wesermarsch Klinik Nordenham macht mit!

Schmerz-Hotline^{*)}
 Di. 4. Juni 2013 von 9:00 bis 18:00 Uhr
 bundesweit 0800-18 18 120
 Norddeutschland 0800-58 94 792

Aktionstag gegen den Schmerz

*) gebührenfrei aus dem deutschen Festnetz und allen Mobilfunknetzen

Wesermarsch Klinik Nordenham
 Verbundunternehmen der
RHÖN-KLINIK
 HOFFPRESTELLUNG

Albert-Schweitzer-Straße 43 • 26 954 Nordenham • www.wesermarschklinik.de

Abb. 2: Öffentlichkeitsarbeit – Teilnahme am bundesweiten Aktionstag

einander und im Gesamtbehandlungsplan geführt. Gleiches gilt für bauliche Gegebenheiten (Bewegungsbad in der Klinik versus Kooperation mit benachbarten Physiotherapiezentrum). Daneben ist auch die „beherrschbare“ Größe einer Schmerzklinik unter der Maßgabe, den individualisierten Ansatz nicht zu verlassen, zu überdenken gewesen. Zunächst wurde mit einer Einheit von acht Behandlungsplätzen gestartet, welche sich im weiteren Zeitablauf bewährt hat. Die gewählte Größe erlaubt erfahrungsgemäß eine jährliche Behandlung von rund 200 Patienten.

Die Auslastung der eröffneten Schmerzkliniken und die Rückmeldungen von Ärzten, Patienten und Angehörigen führte zu der Überzeugung der Regionalgeschäftsführung, gemeinsam mit der verantwortlichen ärztlichen Leitung das Therapiekonzept, die organisatorischen Abläufe und den Personaleinsatz abzustimmen und die Eröffnung weiterer Schmerzkliniken mit den Kostenträgern, Geschäftsfüh-

rungen und verantwortlichen Ärzten an den Standorten der Region Nord zu diskutieren und voranzutreiben. Das Projekt „Auf- und Ausbau von Schmerzkliniken in der Region Nord“ wurde begonnen.

Im August 2011 und September 2011 wurden an den Standorten Warburg und Herzberg weitere Schmerzkliniken eröffnet. Die erneute Ausweitung und die Besonderheiten der Standorte inklusive Fragen der Patienten, Ärzte, Therapeuten und Kooperationspartner vor Ort führten zu der Notwendigkeit, geordnet Rahmenbedingungen für das Projekt Schmerzklinik festzulegen. Welche Ziele sollten jedoch neben der Behandlung der Patienten formuliert werden? Gemeinsam mit den Beteiligten und Interessierten wurden folgende Aufgabenschwerpunkte herausgestellt:

- medizinische Fachexpertise für den Klinikverbund
- Leistung, die beim Patienten ankommt
- hohe medizinische Ergebnisqualität
- Wirtschaftlichkeit
- know-how Transfer
- personelle Notwendigkeiten
- Leistungsangebot im ländlichen Raum
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Krankenkassen als Partner
- Raumkonzept
- Ablaufkonzept
- Vernetzung stationärer, ambulanter und rehabilitativer Angebote

Im Jahr 2012 wurden an den Standorten Nordenham, Salzgitter und Stolzenau weitere eigenständige Schmerzkliniken in Betrieb genommen.

In der weiteren Begleitung des Projektes wurden im Rahmen von kleineren Arbeitsgruppen (Zusammenkunft nach Bedarf) **Ablaufthemen** (Basisgeschäft) abgestimmt. Hierzu zählen Fragen der Kapazitätsaus-

lastung und des Personaleinsatzes, der Öffentlichkeitsarbeit und bestimmter Verwaltungsabläufe.

Die **Standortentwicklung** hat Eingang in die monatlichen Leitungstreffen der Geschäftsführungen und weiterer Planungsgruppen gefunden. Hier sind standardisiert die Entwicklung im Zeitablauf, der Aufbau von neuen Einheiten, Baukonzepte, Patientenansprüche und -rückmeldungen sowie die Kooperation mit externen Partnern und die Wirtschaftlichkeit bearbeitet worden.

Der bedeutende und für den Träger hinsichtlich seiner Zielsetzung „Spitzenmedizin für jedermann“ Punkt der **medizinischen Fachexpertise** wird über die begonnene Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften und der Überprüfung der Behandlungsergebnisse auf die Effektivität geordnet begleitet. Als relevante Erkenntnisziele wurden definiert:

- Validierung der Verweildauer im Hinblick auf den Behandlungserfolg (Tritt eine Verhaltensänderung beim Patienten auf?)
- Qualitätsmanagement unter Nutzung bestehender Instrumente der Fachgesellschaften.
- Evaluierung von Behandlungsergebnissen
- Teilnahme an Studien
- Projekte mit Krankenkassen (geplant)

Im Jahr 2013 wurde am Standort Wittlingen die bereits achte Schmerzklinik eröffnet.

5. Erkenntnisse aus dem Projektverlauf

Auch wenn der Erfahrungsbericht selbstredend nicht den Anspruch auf vollständige Berichterstattung sämtlicher Aktivitäten und auch kurzzeitiger Verwerfungen nebst Neuorientierung von Wegen bieten

	2010	2011	2012
Standort	Gesamtjahr	Gesamtjahr	Gesamtjahr
Cuxhaven			
Nordenham			78
Uelzen			
Wittingen			
Gifhorn			
Stolzenau			153
Hildesheim	151	162	176
Bad Salzdetfurth	24	216	211
Salzgitter			32
Herzberg am Harz		76	200
Attendorn			
Warburg		61	259
Summe	175	514	1.109

Tab. 2: Entwicklung der Patientenzahlen im Zeitablauf

kann, so möchte der Verfasser folgende Projekterkenntnisse herausstellen:

- Die multimodale Schmerztherapie erlaubt durch eine auskömmliche stationäre DRG-Vergütung einen für den Patienten vorteilhaften Therapieansatz, der individuelle Gegebenheiten berücksichtigt und die „sprechende“ Medizin fördert.
- Über eine Schmerzklinik mit 8 Behandlungsplätzen sollten – entsprechende Auslastung vorausgesetzt – jährlich 200 Patienten behandelt werden. Bei einem

durchschnittlichen Fallgewicht von 1,2 resultieren durchschnittlich 240 Bewertungsrelationen.

- Die Konzeption der „Klinik in der Klinik“ erlaubt es, für den chronischen Schmerzpatienten und das eingesetzte Personal eine besondere Atmosphäre zu schaffen, die von einem ggf. hektischen Krankenhausalltag abweicht.
- Gemäß den gemachten Erfahrungen befürworten die jeweils umliegend niedergelassenen Ärzte die zusätzlichen The-

rapiekonzepte und unterstützen die stationären Konzepte.

- Die Leistung wird von den Patienten als „sehr gut“ und hilfreich bewertet.
- Die Evaluation des Therapieansatzes wird aufgrund der steigenden Einrichtungs- und Patientenzahl ermöglicht.
- Die Versorgungssituation der chronischen Schmerzpatienten konnte verbessert werden. Know-how-Transfer ist ein Erfolgsfaktor.
- Der Weg, die multimodale Schmerztherapie auf- und auszubauen, bietet Möglichkeiten der zusätzlichen Vernetzung, der Erweiterung des medizinischen Leistungsangebotes und Ausbildung einer Fachexpertise, womit das Leistungsangebot für jede Klinik – unabhängig ihrer Größe und Fachabteilungsstruktur – interessant sein dürfte.

Literatur kann beim Verfasser erfragt werden.

Anschrift des Verfassers:

Hans-Werner Kuska
RHÖN-KLINIKUM AG
Regionalgeschäftsführung
Niedersachsen und
Nordrhein-Westfalen
Senator-Braun-Allee 33
31135 Hildesheim