

Zur Lage der Schmerzmedizin in Deutschland

W. Koppert, Hannover

Schmerzen, insbesondere chronische Schmerzen, gehören zu den großen Gesundheitsproblemen in Deutschland. Sie verursachen nicht nur viel menschliches Leid, sondern belasten auch die Volkswirtschaft. Erkenntnissen der Forschung, wie eine moderne Schmerzbehandlung gestaltet werden sollte, stehen Defizite in der Medizinerbildung, nicht angepasste Strukturen und Fehlallokationen im Gesundheitswesen gegenüber. Eklatante Versorgungsdefizite der betroffenen Patienten sind die Folge (Weißbuch Schmerz – Eine Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Patienten mit chronischen Schmerz in Deutschland, 2008).

Die Bundesregierung hat sich in ihrer Koalitionsvereinbarung vom 26.10.2009 verpflichtet, Rechte von Patienten in einem eigenen Gesetz zu bündeln. Gemeinsam mit dem Versorgungsgesetz sollen die Strukturen geändert und an den Bedarf des Patienten ausgerichtet werden. Diesen Schritt begrüßen wir sehr, da die Ver-

sorgung der Patienten auch uns ein großes Anliegen ist.

Verbesserungsbedarf in der Versorgung am Beispiel Schmerz

Jeder Mensch hat den Anspruch auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Dazu gehört eine dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Prävention und Behandlung von Schmerzen (sowohl akut als auch chronisch). Der Anspruch auf Schmerzbehandlung ergibt sich aus dem Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit (Ethikcharta der DGSS) und wird inzwischen auch von Menschenrechtsorganisation eingefordert (Human Rights Watch). Der erlebte Alltag der Patienten ist anders: Schmerz – auch chronischer Schmerz – wird als Befindlichkeitsstörung bagatellisiert und symptomatisch therapiert. Patienten müssen oft Jahre auf die richtige Diagnose und Therapie warten. In der Zwischenzeit sind sowohl Lebensqualität als auch Erwerbsfähigkeit erheblich eingeschränkt.

Patientenrechte

Einige europäische Länder haben das Recht auf Schmerzbehandlung in Gesetzesform verankert (Frankreich 04.03.2002, Italien Legge 38/2010) und Kommissionen eingerichtet, die den Fortschritt in der Implementierung der Schmerztherapie überwachen. In Portugal hat sich dadurch z. B. die Verfügbarkeit von Akutschmerzdiensten und die Wartezeit für Therapie chronischer Schmerzen verbessern lassen. Der Gesetzesentwurf zu den Patientenrechten in Deutschland konzentriert sich stark auf das Haftungsrecht und greift damit zu kurz: Die Beratung der Patienten muss auch die Behandlungsmöglichkeiten umfassen.

Aus- und Weiterbildung

Die Frage nach der Aus- und Weiterbildung der Ärzte ist eine zentrale Frage in der Versorgung der Pa-

tienten. Insbesondere in unserem Kernkompetenzgebiet »Schmerz« wird dies immer wieder deutlich. In der neuesten Fassung der Approbationsordnung vom Oktober 2003 kommt die Schmerztherapie nicht vor. Es wurde die Palliativmedizin in den Querschnittsbereich 13 des Medizinstudiums aufgenommen – trotz zahlreicher Hinweise ließ man die Schmerztherapie aber unberücksichtigt. Dies führt neben einer schlechten Versorgung auch zu enormen Kosten bei den Krankenkassen, aber auch zu einer Belastung anderer Versicherungs- und Sozialsysteme sowie der Gesellschaft aufgrund von (eigentlich verhinderbaren) Arbeitsausfällen.

Im Referentenentwurf des BMG der Ersten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte von diesem Monat wird dieser Misstand behoben: Der Querschnittsbereich 13 wurde in »Palliativ- und Schmerzmedizin« umbenannt. Diese Änderung hat die DGSS wiederholt empfohlen und wird von ihr ausdrücklich begrüßt.

Der Referentenentwurf setzt außerdem eine Empfehlung des HTA Berichts 111 (»Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung«) um.

Stationäre Schmerztherapie

Das Projekt »Schmerzfrees Krankenhaus« hat gezeigt, dass eine adäquate Schmerztherapie für Patienten im Krankenhaus machbar ist (Ärzteblatt, Oktober 2010). Leider ist sie viel zu selten Realität. Es braucht klare Absprachen und interdisziplinäre Zusammenarbeit, damit in deutschen Kliniken nicht unnötig gelitten wird. Neben einem erhöhten Risiko für die Chronifizierung von Schmerzen führen eine verzögerte Wundheilung, ein erhöhtes Risiko für pulmonale Morbidität und ein erhöhtes Thrombose-

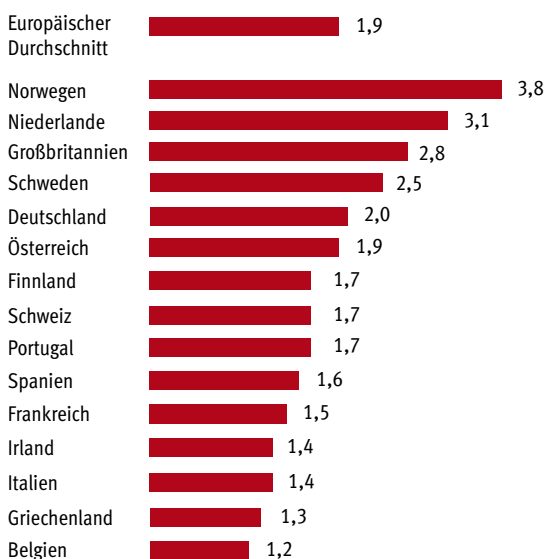


Abb. 1: Zeit (in Jahren) von Diagnose bis zu adäquater Schmerztherapie (Weißbuch Schmerz 2008)

risko zur Verlängerung des Krankenhausaufenthalts und zu einer erhöhten Mortalität.

Hier existieren eindeutige Parallelen zur Hygiene: Nosokomiale Infektionen führen ebenfalls zu einer erhöhten Morbidität und Mortalität und zur Verlängerung der Krankenhausverweildauer. Im Jahr 2010 wurden in Deutschland 12,6 Mio. Operationen durchgeführt mit einer mittleren Infektionsrate von 4%. Bei geschätzten 10.000 bis 15.000 Patienten waren Infektionen todesursächlich. Insofern war es nicht verwunderlich, dass das Bundesgesundheitsministerium Anfang des Jahres einen Entwurf für ein nationales Hygienegesetz vorgelegt hatte, nachdem die Bundesländer künftig dazu verpflichtet werden, Krankenhaushygieneverordnungen zu erlassen. Zukünftig werden die Leiter von Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen dazu verpflichtet, die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention zu beachten.

Im Gegensatz zur Situation in der Hygiene, wo im Krankenhaushygienegesetz Regelungen zur Bestellung und Zusammensetzung von Hygienekommissionen, die personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Hygienebeauftragten sowie die Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung Mitarbeiter getroffen werden, sind solche Strukturen für die Akutschmerztherapie noch in weiter Ferne. Obwohl die ethische und ökonomische Dimension einer unzureichenden Schmerztherapie durchaus mit der einer mangelnden Hygiene verglichen werden kann, ist es im Moment engagierten Ärzten und Pflegekräften sowie verantwortungsbewussten Klinikträgern vorbehalten, hier die notwendigen Strukturen zu schaffen und zu unterhalten.

Ein Grund für dieses Ungleichgewicht ist sicher die spärliche Datenlage zu den Folgen einer unzureichenden Schmerztherapie im Krankenhaus. Wir empfehlen nationale Forschungsprojekte im Bereich der Versorgungsforschung, um den gleichen Evidenzgrad zu erreichen, wie er in der Infektionsepidemiologie vorhanden ist.

Mit der Versorgung im Krankenhaus ist es allerdings nicht getan: Die Verzahnung mit den niedergelassenen Praxen und Rehabilitationseinrichtungen muss verbessert werden. Patienten müssen ambulant und stationär eine multimodale Schmerztherapie sowie die komplexe Einstellung medikamentöser Therapie erwarten können. Jedes Krankenhaus kann seinen Beitrag zu einer adäquaten Schmerztherapie leisten. Zur Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung und des Ordnungsrahmens für Schmerztherapie sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und das Bundesgesundheitsministerium gefordert.

Ambulante Schmerztherapie

Die Versorgung chronisch kranker Schmerzpatienten fällt in Deutschland aktuell durch das Raster des Verteilungssystems des Gesundheitsfonds. Chronische Schmerzen werden in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) unter F44 und F45 geführt. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ist seit Januar 2009 unter F45.41 kodierbar. Trotz aller Bemühungen hat die F45.41 für das nächste Jahr erneut keine Berücksichtigung bei der Weiterentwicklung des Versichertenklassifikationsmodells im Risikostrukturausgleich gefunden (»Morbi-RSA«).

Wir empfehlen, dass Chronischer Schmerz als eigenständiges Krankheitsbild in die Liste des morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleichs aufgenommen wird.

Vorschlag: Nationaler Aktionsplan gegen den Schmerz

Um die adäquate Versorgung der Schmerzpatienten zu gewährleisten, benötigen wir auch in Deutschland einen »Aktionsplan gegen den Schmerz«. Andere Länder haben solche Pläne bereits eingeführt (Frankreich, Portugal, Italien, aber auch Länder wie Malaysia). Die USA und

Großbritannien haben das Ziel einer Einführung formuliert.

Wir schlagen einen Aktionsplan vor, der auf vier Ebenen zu einer besseren Schmerzbehandlung beitragen soll:

1. Bewusstsein schaffen,
2. Forschung fördern,
3. Aus- und Weiterbildung verbessern,
4. Versorgung verbessern.

Die beiden sich in der Planung befindlichen Gesetze (Patientenrechte- und Versorgungsgesetze) liefern bereits den Kontext, in dem das Grundrecht auf angemessene Schmerzbehandlung kodifiziert werden kann. Um aber wirklich zu einer Verbesserung der Patientenversorgung zu gelangen, bedarf es einer weitergehenden Konkretisierung und aktiven Umsetzung, wie sie in einigen Nachbarländern bereits existieren.

In eine ähnliche Richtung zielt der Vorstoß des Europaabgeordneten Jim Higgins, eine »Roadmap zur Schmerzbehandlung« in das Europäische Parlament einzubringen, um auf die Auswirkungen des chronischen Schmerzes auf die Gesellschaft aufmerksam zu machen. In der Roadmap rufen 85 unterzeichnende Organisationen die EU und ihre Mitgliedsstaaten dazu auf, an der besseren Behandlung chronischer Schmerzen zu arbeiten. Der politische Leitfaden fordert, dass Schmerz als wichtiger, die Lebensqualität beeinflussender Faktor anerkannt wird, es einen freien Zugang zu Informationen, Schmerzdiagnose und Schmerzmanagement gibt und medizinische, finanzielle und soziale Auswirkungen von Schmerz und dessen Behandlung stärker beachtet werden (Societal Impact of Pain: <http://www.sip-meetings.org>).

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Wolfgang Koppert
Präsident der DGSS
Direktor der Anästhesiologischen Klinik
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
30625 Hannover
E-Mail: koppert.wolfgang@mh-hannover.de