

# DER DEUTSCHE SCHMERZ- UND PALLIATIVTAG 2013

24. Deutscher interdisziplinärer Schmerz- und Palliativkongress · Frankfurt/Main · 06. bis 09. März 2013



## Zeit für neue Strategien: Schmerztherapie muss Schmerzmedizin sein

Vorhandenes Wissen umsetzen / Nötige Strukturen schaffen

(FRANKFURT, 07. MÄRZ 2013) „Schmerztherapie muss zur ganzheitlichen Schmerzmedizin werden, wenn wir den Erkenntnisfortschritt der letzten Jahre für Patientinnen und Patienten nutzbar machen wollen“, fordert Tagungspräsident Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe auf dem 24. Deutschen Schmerz- und Palliativtag, der vom 6.-9. März in Frankfurt/Main stattfindet. Es gelte, vorhandenes Expertenwissen endlich umzusetzen. Die Schaffung entsprechender Strukturen im Gesundheitswesen sei dafür aber eine entscheidend wichtige Voraussetzung, betont der Experte.

Der Satz ist legendär: „Medizin muss Wissenschaft sein, oder sie wird nicht sein“, forderte im Jahr 1905 Bernhard Naunyn, damals Präsident der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Er unterstützte damit eine Entwicklung, welche die Heilkunde seitdem verändert hat. „In Anlehnung an diesen Satz könnte man sagen: Die Schmerztherapie muss Schmerzmedizin sein, oder sie wird nicht sein“, formuliert Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie.

Der Wandel der Schmerztherapie in Schmerzmedizin symbolisiert ein neues Selbstverständnis jener Ärztinnen und Ärzte, die sich auf die Behandlung von Schmerzen spezialisiert haben. Die Ergebnisse der Schmerzforschung und eine Fülle neuer Erkenntnisse und Konzepte zeigen, warum das Verständnis, die Diagnostik und Therapie von Schmerzen ein neues Denken, eine neue Philosophie erfordert. „Es geht eben nicht nur um die Therapie von Schmerzen, sondern um das ganzheitliche Verständnis eines komplexen Geschehens mit biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen“, sagt Müller-Schwefe. „Und das ist Medizin im besten Sinne.“

**MEHR ALS SCHALL UND RAUCH.** Der neue Name ist Programm. „Wir müssen an vielen Stellschrauben drehen, um die Versorgung betroffener Menschen zu verbessern und um vor allem für die Folgen des demografischen Wandels gerüstet zu sein“, sagt Müller-Schwefe. Es gelte jene Konzepte endlich umzusetzen, die ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt haben. „Dies wird uns aber nur gelingen, wenn wir die Rahmenbedingungen in unserem Gesundheitssystem ebenfalls weiterentwickeln“, betont der Göppinger Schmerzmediziner.

Wichtig ist nach Auffassung der Schmerzexperten vor allem, dass die Schmerzmedizin frühzeitig zur Anwendung kommt. „Man ruft die Feuerwehr ja auch nicht erst dann, wenn das Haus abgebrannt ist“, sagt Müller-Schwefe. Es gilt vor allem, jene Patienten zu identifizieren, die aufgrund eines hohen Chronifizierungsrisikos von einer frühzeitigen und adäquaten Therapie profitieren. „Wir kennen inzwischen viele Faktoren, die beispielsweise das Risiko für chronische Rückenschmerzen deutlich erhöhen“, erläutert Müller-Schwefe. Diese Faktoren können aus allen Bereichen kommen, welche die Entwicklung chronischer Schmerzen fördern: Biologie, Psyche und soziales Umfeld. Darum ist eine genaue Diagnostik, die allen diesen Aspekten Rechnung trägt, entscheidend wichtig.

**FRÜHZEITIGE INTERVENTION GEGEN PATIENTENKARRIEREN.** Dass dieses möglich und umsetzbar ist, wenn die Rahmenbedingungen stimmen, zeigt die Erfolgsgeschichte des integrierten Versorgungsprogramms Rückenschmerz, kurz IVR genannt. Es begann im Jahr 2005 mit einem Pilotprojekt, an dem fünf Praxen teilnahmen. Partner war die Techniker Krankenkasse. Nachdem sich erste Erfolge abzeichneten, wurde das IVR-Programm 2008 fest etabliert. Bundesweit sind 40 Zentren inzwischen beteiligt, fünf Krankenkassen sind dem Vertrag beigetreten.

Das Prinzip des Projektes: Die Krankenkasse spricht gezielt Versicherte an, die sich bereits seit längerer Zeit wegen ihrer Rückenschmerzen in ärztlicher Behandlung befinden, seit mindestens

vier Wochen arbeitsunfähig sind und denen weitere Arbeitsunfähigkeit droht. Denn diese Patienten könnten ein hohes Chronifizierungsrisiko haben, Odyseen durch Praxen und Kliniken sind dann oft programmiert. Sie werden in den Zentren zunächst von Ärzten, Psychologen und Physiotherapeuten gemeinsam untersucht. Bei dem dann folgenden vier-, maximal achtwöchigen komplexen Intensiv-Programm arbeiten die Experten ebenfalls Hand in Hand. „Entscheidend ist“, sagt Müller-Schwefe, „dass die Patienten von verschiedenen Experten gleichzeitig und nicht nacheinander behandelt werden.“ Inzwischen belegt eine Fülle von Untersuchungen, dass dieses Konzept der multimodalen Therapie, bei der verschiedene Strategien kombiniert werden, den größten Erfolg verspricht, wenn es gilt, eine weitere Chronifizierung von Schmerzen zu verhindern und den verhängnisvollen Prozess sogar zurück zu drehen. Dies bestätigen auch die Ergebnisse des IVR-Projektes.

**ERFOLGSDATEN.** Bislang wurden 7122 Patientinnen und Patienten im Rahmen des IVR behandelt. Aktuelle Auswertungen zeigen, dass nach vier Wochen 53,8 Prozent der Patienten und nach insgesamt acht Wochen 86,8 Prozent wieder arbeitsfähig sind. Und es kommt noch besser: Auch nach Abschluss der Behandlung geht die positive Entwicklung bei vielen Patienten weiter – und die Ergebnisse bleiben stabil. Das ergeben Nachuntersuchungen nach sechs Monaten. Zum Vergleich: Normalerweise kehren nur 35 Prozent der Rückenschmerzpatienten nach einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Monaten innerhalb von zwei Jahren an ihren Arbeitsplatz zurück. Von diesem Ansatz profitieren nicht nur die Patienten, sondern auch die Krankenkassen: Obwohl es bei der Behandlung keine Restriktionen gibt, sparen die Kassen im Schnitt pro Patient über 1500 Euro. Und im Erfolgsfall erhält auch der Arzt einen Bonus.

**ZU VIELE UNNÖTIGE OPERATIONEN.** Leiden Patienten unter Schmerzen im Rücken oder in Gelenken ist die Hoffnung verständlich, dass eine Operation die Pein schnell beseitigen möge. Dies kann auch der Fall sein – vorausgesetzt die Indikation wurde korrekt gestellt. »Doch Schmerz alleine ist keine Indikation für eine Operation«, warnt Müller-Schwefe. Dennoch steigen seit Jahren in Deutschland die OP-Zahlen. Für das Jahr 2010 (aktuellere Daten liegen nicht vor) registrierte das Statistische Bundesamt alleine 271000 Operationen an der Lendenwirbelsäule. 213000 Menschen wurde ein künstliches Hüftgelenk eingepflanzt, 158000 erhielten ein neues Kniegelenk. Inzwischen mehren sich die Hinweise, dass viele dieser Eingriffe – vor allem am Rücken – überflüssig sind, mitunter sogar schädlich. Dennoch stieg zwischen 2007 und 2010 die Zahl der Bandscheiben-Operationen in Deutschland um 30 Prozent. Im Jahr 2007 registrierte das Statistische Bundesamt 140.000 Eingriffe, 2010 waren es bereits 171.000. Die Zahl der Wirbelsäulenversteifungen mit Schrauben und Platten aus Metall hat sich in diesem Zeitraum sogar nahezu verdreifacht.

**DIE ZWEITMEINUNG VERHINDERT ÜBERFLÜSSIGE OPs.** Seit dem Jahr 2010 bietet die Techniker Krankenkasse ihren Versicherten darum die Möglichkeit, sich vor einer Rücken-Operation eine zweite Expertenmeinung in den Schmerzzentren einzuholen. Von diesem Angebot haben zwischenzeitlich 654 Patientinnen und Patienten Gebrauch gemacht. Das Ergebnis einer aktuellen Auswertung überrascht selbst Experten: In 87 Prozent der Fälle riet das Schmerzteam von einer Operation ab. Und nur bei einem Viertel dieser Patienten, denen von einer OP abgeraten wurde, empfahlen die Experten die Komplex-Therapie im Rahmen des IVR-Programms. 75 Prozent müssten hingegen nach Meinung der Schmerzteams erfolgreich von ihrem Hausarzt in der Regelversorgung weiter betreut werden können.

Programme wie das IVR sind im Rahmen der Regelversorgung nicht umsetzbar. „Nötig sind dafür andere Rahmenbedingungen, die etwa im Rahmen der spezialfachärztlichen Versorgung dringend geschaffen werden müssen“, sagt Müller-Schwefe.