

**SCHWERPUNKT:
Zukunft der
Schmerztherapie**

> S. 1-2

v.l.n.r.: Podiumsdiskussion „Mediziner im Dialog“: Dr. Helmut Frohnhofen, Prof. Hans-Raimund Casser, Dr. Hubertus Kayser, Dr. Albrecht Kloepper, Dr. Diethard Sturm und Christian Luley.



Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“, veranstaltet von **Grünenthal** in Aachen

Forderungen zu „Zukunft der Schmerztherapie“

Alljährlich lädt das Pharma-Unternehmen Grünenthal zum Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“ nach Aachen ein. Ziel der Konferenz ist ein Update zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen für Ärzte, Kassenvertreter und andere Versorgungsakteure rund um das Problem Schmerz. Bewährt hat sich dabei der Aufbau, der einen Wechsel zwischen Plenums- und Workshopsitzungen vorsieht. Beim letzten Workshop hatte der Veranstalter das Thema „Neue Strukturen, neue Partnerschaften - bessere Versorgung für Schmerzpatienten?“ in den Fokus gerückt. Die Vermessung der schmerztherapeutischen Versorgungslandschaft nach der jüngsten großen Gesundheitsreform, die einen Schub für selektivvertragliche Versorgungsmodelle gebracht hat, war die erklärte Zielsetzung des Veranstalters und der etwa 150 Konferenzteilnehmer.

>> Dass hier längst noch nicht alles zum Besten bestellt ist, machte Prof. Rolf-Detlef Treede, Präsident der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, in seinem Einleitungsreferat deutlich. Durch die erst kürzlich errungene ICD10-Ziffer F45.41 ist es überhaupt erst seit Januar 2009 möglich, chronischen Schmerz als eigenständiges Krankheitsbild zu codieren. „Schmerz“, so Treede, „wurde bislang in unserem Ge-

sundheitssystem eigentlich nur als Symptom an andere manifeste Indikationen angehängt, als therapeutisches und gesundheitspolitisches Versorgungsproblem blieb der Schmerz dagegen unsichtbar.“ Erst seit 2009 kann daher Schmerz als eigenständiges und relevantes Problem im gesamten systemischen Ablauf der Gesundheitsversorgung erkennbar gemacht und auf die politische Agenda gesetzt werden. Dieses hi-

storische Defizit hatte und hat für die schmerztherapeutische Versorgung gravierende Folgen:

1. Schmerzpatienten fühlen sich nach wie vor unterversorgt und im Stich gelassen, da ihre Erkrankung im System quasi nicht vorkommt.
2. Die Ausbildungs- und Nachwuchssituation für Schmerztherapeuten ist Besorgnis erregend, da über lange Jahre der Versorgungsbedarf nicht

Terminspiegel I/2010

Datum	Thema	Ort
3.2..	Pharma 2010	Berlin
10.3.	Pflege 2013	Berlin

Von „versorgungsmanagement kompakt“ (vm-k) empfohlene Termine.

erkennbar wurde.

3. Das inzwischen morbiditätsorientierte deutsche Vergütungssystem kann die Behandlung chronischer Schmerzpatienten bislang nicht abbilden, da die entsprechenden Codierungsziffern nicht verfügbar waren. Dies betrifft sowohl die finanzielle Kompensation chronisch schmerzkranker Versicherter für die Krankenkassen über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich als auch eine behandlungsspezifische Vergütung der Ärzte in der Regelversorgung oder in Selektivverträgen.
4. Fehlende Grundlagen der Versorgungsforschung führen zu einer fehlenden Kalkulationsgrundlage bei selektivvertraglichen Modellen, was deren

Ausbreitung erschwert.

Treedes Forderungen richten sich vor diesem Hintergrund vor allem auf die rasche Reparatur der daraus resultierenden historisch bedingten Defizite. Umgehend, so Treede, müsse eine adäquate Ausbildungssituation geschaffen werden, in der schmerztherapeutisches Wissen für Medizinstudenten prüfungsrelevanter Pflichtstoff zu werden habe. Die neueste Verankerung der Palliativmedizin in der Approbationsordnung sieht Treede dabei mit einem lachenden und einem weinenden Auge: „Schmerztherapie als medizinische Kerndisziplin der Palliativversorgung ist leider in dieser Aktualisierung vergessen worden“, so seine Analyse. Intensiviert werden müssten darüber hinaus die Forschungsaktivitäten von Gesundheits- und Forschungsministerium. „Wir brauchen auch eine staatlich getragene und unterstützte Forschungslandschaft, die sich der Schmerzproblematik vor allem mit versorgungspolitischen Fragestellungen annimmt“, so der Schmerzforscher.

Wie dringlich diese Aufgaben angegangen werden müssen, zeigte Prof. Ferdinand Gerlach, Mitglied des gesundheitspolitischen Sachverständigenrats (SVR), in seinem Referat. Auf der Grundlage des jüngsten SVR-Gutachtens „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ entwickelte Gerlach Perspektiven zur Entwicklung des Deutschen Gesundheitssystems,

die nicht nur für die Schmerztherapie zu einem Masterplan der Gesundheitspolitik werden könnten: Unerlässlich sei es, so Gerlach, die Versorgung in regionalen Einheiten von den Akteuren vor Ort selbst organisieren zu lassen. Dies müsse in integrierten Konzepten und weitestgehend in Budgetverantwortung der handelnden Ärzte und Assistenzberufe geschehen, damit zum einen die bereits bestehenden regionalen Strukturen weiterentwickelt werden könnten und zum anderen Eigenverantwortung und Verbindlichkeit innerhalb der medizinisch verantwortlichen Berufsgruppen gestärkt werde. Auf der Basis so genannter Primärversorgungspraxen könnten auf diese Weise Versorgungszentren organisiert werden, die gewissermaßen als Netzwerkknoten steuernde und koordinierende Funktionen im Versorgungsgeschehen übernehmen müssten. Als Blaupausen verwies Gerlach in diesem Zusammenhang auf bereits bestehende Versorgungsmodelle wie das „Gesunde Kintzigtal“, das „Prosper“-Netzwerk oder das Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum „Schaaz“.

Wie solche Modelle in der Schmerztherapie aussehen könnten und welche Grundlagen dafür erfüllt werden müssen, war Thema der sich anschließenden Workshop-Sitzungen. Besondere Herausforderung der schmerztherapeutischen Versorgung sei die frühzeitige Identifikation der Hochrisikopatienten noch bevor die Chronifizierung der Schmerzsymptomatik eingetreten sei,

lautete eine zentrale Workshopkenntnis. Hierfür müssten zwingend Ein- und Ausschlusskriterien erarbeitet werden, da - Stichwort Budgetverantwortung - zuverlässig und frühzeitig erkannt werden müsse, für welche Patienten eine spezialisierte schmerztherapeutische Behandlung wirklich notwendig sei.

In Kooperation mit Selbsthilfegruppen und Patienteninitiativen müssten diese Behandlungskonzepte in jedem Fall auch aktivierend auf die Patienten eingehen, um deren Initiative und Eigenverantwortung zu fördern, so die Forderung einer weiteren Workshopgruppe. In diesem Zusammenhang sollten auch qualifizierte Bewegungs- und Ernährungsprogramme an die Patienten herangetragen werden; vor allem aber eine strukturierte Nachsorge sichere langzeitige Therapieerfolge. „Nach der Schmerztherapie ist vor der Schmerztherapie“, so die einheitliche Erkenntnis der Workshopteilnehmer. Dass dabei Patientenschulung und -empowerment wesentliche Bestandteile sinnvoller Therapiekonzepte sein müssen, war Ergebnis eines weiteren Workshops. Gesundheitsbildung habe gerade in der Schmerztherapie klare Rationalisierungspotenziale und dürfe von den therapeutischen Teams auf keinen Fall außer Acht gelassen werden. Umfassende Aufmerksamkeit müsse gerade in der Schmerztherapie das soziale Umfeld des Patienten finden, so die zentrale These eines anderen Workshops. Berufliches und familiäres Umfeld



Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

müssten in die Therapie miteinbezogen werden und machten eine kooperative Zusammenarbeit des therapeutischen Teams unerlässlich. Dies gelte auch in der geriatrischen Schmerztherapie, die sich häufig an unangemessenen Zielen orientiere, da sich der in der Regel multimorbide alte Patient an anderen Perspektiven orientiere als beispielsweise ein von Rückenschmerz geplagter Berufstätiger.

Insgesamt, so die einhellige Botschaft der Workshopberichte ins Plenum, müsse der Weg einer multimodalen, teambasierten und patientenorientierten Schmerztherapie konsequent weiter verfolgt werden. Selektivvertragliche, integrierte Konzepte könnten hier Prototypen von Versorgungskonzepten herausarbeiten, die nach und nach auch auf die Regelversorgung Einfluss ausüben könnten und sollten. Diesen Weg politisch zu unterstützen, war die übereinstimmende Forderung der knapp 150 Workshopteilnehmer. <<

Impressum versorgungsmanagement kompakt - Entscheiderinformationen für Leistungsträger

versorgungsmanagement kompakt Entscheiderinformationen für Leistungsträger 2. Jahrgang Herausgeber Peter Stegmaier, Bonn stegmaier@vm-k.de Chefredaktion Peter Stegmaier (verantw. Redakt.) Kölnstr. 119, 53111 Bonn Tel. +49-(0)228-76368-0 Fax +49-(0)228-76368-01 stegmaier@vm-k.de	Redaktion Olga Gnedina gnedina@vm-k.de Verlag eRelation AG - Content in Health Vorstand: Peter Stegmaier Kölnstr. 119, 53111 Bonn www.ereRelation.org mail@ereRelation.org Verlagsleitung Peter Stegmaier Anzeigenleitung/Vertrieb/Ab Anke Heiser (verantwortlich für den Anzeigenteil) Kölnstr. 119, 53111 Bonn Tel. +49-(0)228-76368-0	Fax +49-(0)228-76368-01 heiser@vm-k.de Marketing Boris Herfurth herfurth@vm-k.de Abonnement „versorgungsmanagement kompakt“ erscheint unterschiedlich oft pro Jahr. Der Preis für ein Jahresabonnement beträgt 60 EUR. Jahresvorzugspreis für Studenten gegen Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung 45 EUR. Die genannten Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten: Inland 9,21 EUR; Ausland 36 EUR.	Preisänderungen vorbehalten. Die Abonnementdauer beträgt ein Jahr. Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn es nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf des Bezugsjahres schriftlich gekündigt wird. Layout eRelation AG, Bonn Druck Kössinger AG Fruehaufstraße 21 84069 Schierling info@koessinger.de Tel. +49-(0)9451-499124 Fax +49-(0)9451-499101	Printed in Germany Urheber- und Verlagsrecht Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten	Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. In der unaufgeforderten Zusendung von Beiträgen und Informationen an den Verlag liegt das jederzeit widerrufliche Einverständnis, die zugesandten Beiträge bzw. Informationen in Datenbanken einzustellen, die vom Verlag oder Dritten geführt werden. Auflage mehr als 1.000 Exemplare Leserzielgruppe Entscheider in Krankenkassen Portal www.vm-k.de
--	--	---	--	--	--