

Dr. Kristin Kieselbach, Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD)

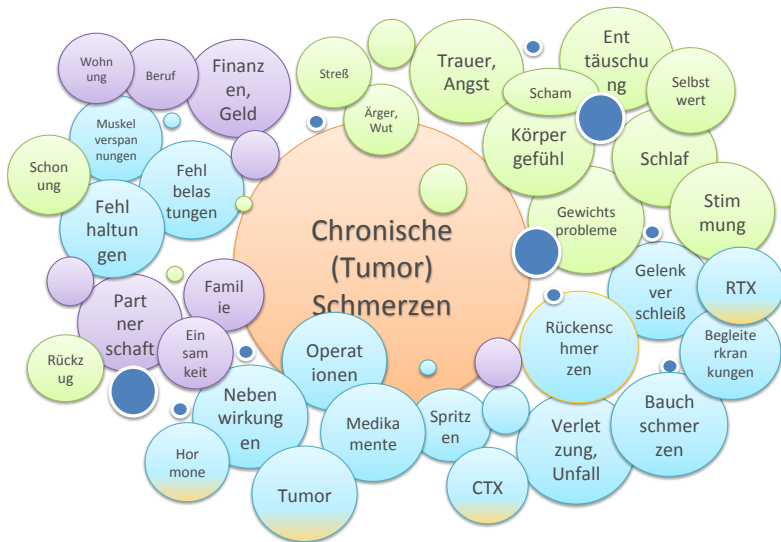


Dr. Kristin Kieselbach verdeutlichte zu Beginn ihrer Ausführungen die Unterschiede zwischen akutem und chronischem Schmerz: Akutschmerz sei lebenserhaltend. Es gebe dafür eine somatische Ursache, bei der der Schmerz als Symptom auftrete. Bei Chronischem Schmerz sei diese Warn- und Schutzfunktion dagegen verlorengegangen. Chronischer Schmerz sei somit kein verlängerter Akutschmerz, sondern ein eigenständiges Krankheitsbild, das – wie bereits erwähnt worden sei – ein multidimensionales Geschehen mit biologischen, psychologischen und sozialen Einflussfaktoren darstelle. Um eine effektive Therapie zu leisten, müsse jeder Patient vor dem Hintergrund der zahlreichen individuellen, mit dem Schmerz verbundenen Begleitumstände betrachtet werden.

Prävalenz steigt, Versorgungsangebot bleibt weit dahinter zurück

Als wichtiges Handlungsfeld für Politik und Selbstverwaltung sieht Kieselbach die Anpassung des Versorgungsangebotes an den Bedarf.

Aktuell sei maximal die Hälfte der chronischen Schmerzpatienten gut versorgt. Gleichzeitig steige die Prävalenz: Im Jahr 2007 seien ca. 24.000 Patienten multimodal behandelt worden (29 Fälle pro 100.000 Einwohner). 2016 habe diese Zahl bei 65.000 gelegen (79/100k) und Studien gingen davon aus, dass sie sich 2025 auf 140.000 Fälle erhöhen werde (170/100k). Das bedeute, dass zukünftig ein Vielfaches an Betten, Personal und Therapieangeboten benötigt werde. Dies gelte insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Kosten der Versorgung umso mehr steigen, je stärker die Chronifizierung vorangeschritten sei, da diese in der Regel mit Funktionseinschränkungen einhergehe.



Gleichzeitig sei zu beobachten, dass der Altersdurchschnitt der Patientinnen und Patienten sinke. Häufig seien Menschen betroffen, die noch mitten im Berufsleben stünden, was sich ebenfalls negativ auf die Kostenstrukturen auswirke.

Hinsichtlich der Kosteneffizienz von Therapiemaßnahmen bei Rückenschmerzpatienten habe eine Studie der BARMER ergeben, dass die multimodale Therapie im Vergleich mit (den am häufigsten durchgeführten) Bandscheiben-OPs bzw. Spondylodesen und der Spritzenherapie den günstigen Kostenverlauf bei nicht-berenteten Patientinnen und Patienten habe. Dies unterstreiche noch einmal den Bedarf an entsprechenden Therapieangeboten.

Echte Interdisziplinarität als Erfolgsfaktor für die Schmerztherapie

Im Folgenden skizzierte Kieselbach die Vorgehensweise der (tages-)stationären multimodalen Schmerztherapie. Hier stehe zu Beginn ein ausführliches Assessment, bei dem jeder Fall individuell aus medizinischer, psychotherapeutischer, physiotherapeutischer und sozialmedizinischer Perspektive betrachtet werde. In enger Abstimmung untereinander werde eine Empfehlung für die weitere Steuerung des Patienten entwickelt. So könne für den Patienten beispielsweise eine intensiviertere ambulante Therapie, eine multimodale (tages-)stationäre Schmerztherapie, eine ambulante oder stationäre Reha oder eine stationäre (operative) Therapie infrage kommen.

Im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie, so Kieselbach, stelle der interprofessionelle Austausch der Therapeuten untereinander einen wesentlichen Erfolgsfaktor dar. Die Programminhalte müssten sinnvoll ineinandergreifen, es seien tägliche Absprachen nötig und der Patient müsse stets in die ihn betreffenden Entscheidungen einbezogen werden. Zwar sei es nicht zwingend nötig, dass das interdisziplinäre Team unter einem Dach agiere. Formale Strukturen und eine enge Koordination seien jedoch unerlässlich. Im ambulanten Bereich sieht Kieselbach das Problem, dass das wichtige Element der Teambesprechungen aktuell nicht in der Vergütungssystematik abgebildet werde. Gleichzeitig sei es jedoch dringend erforderlich, dass es auch im ambulanten Bereich abgestufte Angebote der Schmerzversorgung gebe.

Best Practice: Schmerzversorgung Baden-Württemberg

Wie eine solche abgestufte Schmerzversorgung aussehen könne, zeigte Kieselbach am Beispiel des Landes Baden-Württemberg auf. Dort habe man ein Netzwerk aus überregionalen und regionalen Schmerzzentren etabliert, die einen entsprechenden Zertifizierungsprozess zur Qualitätssicherung durchlaufen hätten. Wichtige Unterstützung habe man hier vom Sozialministerium erhalten, dem auch der Landesbeirat Schmerzversorgung angegliedert sei. Aktuell arbeite der Landesbeirat an einer Fortschreibung der Schmerzkonzeption 2017 und erstelle eine Roadmap sowie einen Aktionsplan für die Verbesserung der Schmerzversorgung.

Forderungen für eine bessere Schmerzversorgung

Kieselbach schloss ihren Vortrag mit der Forderung, dass eine deutlich stärkere und flächendeckende interprofessionelle Vernetzung nötig sei, um Schmerzpatienten frühzeitig und stadiengerecht in die für sie geeigneten Versorgungsangebote zu steuern – aber auch um die richtige Nachsorge im Anschluss an einen stationären Aufenthalt zu gewährleisten. Zudem sei es nötig, auf personeller, inhaltlicher und struktureller Ebene Qualitätsstandards zu etablieren. Hierfür sei eine entsprechende Finanzierung nötig. Mehr Ausbildung, Aufklärung und Information seien darüber hinaus wichtige Bausteine, um Chronischen Schmerz frühzeitig und korrekt zu diagnostizieren. Dies betreffe sowohl Ärzte und Therapeuten als auch Patienten, Selbsthilfegruppen und die Allgemeinheit, zumal es hier nicht nur um eine individuelle Belastung gehe, sondern um eine gesellschaftliche und ökonomische Problematik.

Anders als bei anderen nicht-übertragbaren chronischen Erkrankungen sei beim Chronischen Schmerz die Morbidität hoch, die Mortalität dagegen sehr gering. Für Mediziner und Therapeuten impliziere dies die Notwendigkeit eines Umdenkens – weg vom reinen heilenden Ansatz hin zu einer dauerhaften, begleitenden Versorgung. Diese sollte zudem unbedingt darauf ausgerichtet sein, die Selbstwirksamkeit und Selbstversorgung der Patientinnen und Patienten zu aktivieren.