

DER DEUTSCHE SCHMERZTAG 2007

18. Deutscher interdisziplinärer Schmerzkongress Frankfurt/M. · 15. bis 17. März 2007

Praktische Schmerztherapie

Im Fokus: Der Patient im Mittelpunkt von Forschung und Praxis



Nummer 02
14. März 2007

Presse-Mitteilung Der Fortschritt der Schmerzmedizin kommt nicht bei den Patienten an

(Frankfurt/Main) Innovative Medikamente sowie wirksame Behandlungskonzepte erweitern das Spektrum der Schmerzmedizin. Sie ermöglichen eine individuell angepasste Schmerztherapie sowie die Prävention der Schmerzchronifizierung. Doch mindestens ebenso groß wie der Fortschritt im Bereich der Schmerzmedizin sind die Probleme bei seiner Umsetzung in Praxen und Kliniken: »Ein Mangel an spezialisierten Einrichtungen, Budgetzwänge und gesetzliche Reglementierungen erschweren eine fachgerechte Behandlung der Patienten«, kritisieren die Kongresspräsidenten Dr. Gerhard Müller-Schwefe, Göppingen, und Dr. Uwe Junker, Remscheid, zum Auftakt des Deutschen Schmerztags in Frankfurt.

In Deutschland leiden 15 Millionen Menschen an chronischen oder wiederkehrenden Schmerzen, 23,5 Prozent der Bevölkerung. Etwa fünf bis sieben Millionen Menschen befinden sich in jedem Quartal wegen ihrer Schmerzen in ärztlicher Behandlung, mehr als 900000 leiden an problematischen Schmerzzuständen. »Die Schmerzforschung hat in den letzten Jahren große Fortschritte gemacht und uns neue Einsichten geliefert«, erklärt Dr. Gerhard Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie. »Diese Erkenntnisse haben zu innovativen Medikamenten und Behandlungskonzepten geführt, die es uns ermöglichen, die Therapie den individuellen Besonderheiten der Patientinnen und Patienten besser anzupassen und verhängnisvollen Chronifizierungsprozessen vorzubeugen.« Darum steht der 18. Deutsche Schmerztag auch unter dem Motto: »Der Patient im Mittelpunkt von Forschung und Praxis.«

GROSSE FORTSCHRITTE, GROSSE PROBLEME. Doch so groß die Fortschritte bei den medizinischen Möglichkeiten auch sein mögen, so problematisch ist nahezu unverändert die Versorgungssituation der Patienten. »Nach wie vor besteht ein eklatanter Mangel an spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen«, sagt DGS-Vizepräsident Uwe Junker von der Abteilung für Schmerztherapie und Palliativmedizin am Sana Klinikum Remscheid. Noch immer vergeht viel zu viel Zeit, bis Patienten kompetent behandelt werden, was verhängnisvolle Chronifizierungsprozesse fördert. Und nicht zuletzt sorgen neue gesetzliche Regelungen dafür, dass die therapeutischen Möglichkeiten der Spezialisten zunehmend eingeengt und reglementiert werden.

In der Tat verstehen die Schmerzforscher heute sehr viel besser, wie körperliche, seelische und soziale Faktoren bei der Schmerzchronifizierung zusammenwirken und welche Einflüsse das System der Schmerzverarbeitung aus der Balance bringen können. Das hat Konsequenzen für die Behandlung: Diese orientiert sich inzwischen an der Art und der Ursache eines Schmerzes sowie an den Mechanismen seiner

Entstehung, weniger an dessen Intensität. Müller-Schwefe: »Wir verwenden Medikamente, die an verschiedenen Stellen in die Schmerzverarbeitung eingreifen und es gibt Medikamentenkombinationen, die weniger unerwünschte Nebenwirkungen haben. Ebenso kombinieren wir Schmerzmittel mit anderen Substanzen, die selbst zwar keine Schmerzmittel im eigentlichen Sinne sind, aber indirekt die Schmerzen beeinflussen.«

DIE REGLEMENTIERUNG DOMINIERT. Das Arzneimittelverordnungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) mit seiner Bonus-Malus-Regelung, die das Einkommen der Ärzte an ihr Ordnungsverhalten knüpft, sowie Teile der neuen Gesundheitsreform, die am 1. April in Kraft tritt, verschlechtern jedoch das gesundheitspolitische Umfeld für chronisch Kranke. Müller-Schwefe: »Nicht der Patient steht im Mittelpunkt der Gesundheitspolitik, sondern der Versuch, die medizinischen Möglichkeiten durch Reglementierungen zu beschränken, mit dem Ziel maximale Kosteneinsparung zu erreichen, während gleichzeitig von den politisch Verantwortlichen suggeriert wird, dass eine medizinische Versorgung auf höchstem Niveau inklusive aller Fortschritte ohne Kostensteigerung zu haben ist.«

Vor allem die weiterhin bestehende Budgetierung ärztlicher Leistungen, der Trend zur Listenmedizin und zu Arzneimittel-Listen sowie die Koppelung des Ordnungsverhalten der Ärzte an ihr Einkommen, bereitet den Schmerztherapeuten Sorgen. »Wenn diese Entwicklung weitergeht, können wir demnächst in der Schmerztherapie nur noch wenige ältere Substanzen einsetzen, was alle unsere Bemühungen und bisherigen Erfolge bei der Individualisierung der Behandlung konterkariert«, sagt Müller-Schwefe.

KLINIKEN IM EXISTENZKAMPF. Auch in den Kliniken haben die Schmerztherapeuten Probleme, moderne Therapiekonzepte umzusetzen. Gründe dafür seien, so Junker, die von der Politik unüberlegt eingeführten Fallpauschalen und neue Sparmaßnahmen zur Sanierung der gesetzlichen Krankenversicherung verbunden mit einem über Jahre tolerierten Innovationsstau. »Es herrscht Existenzkampf statt Dialog mit den Patienten«, kritisiert der Schmerzmediziner. Der zunehmende Abbau von Pflegepersonal als Begleiterscheinung dieser Prozesse sei ein zusätzliches, gravierendes Problem. Ein anderes: Der Patient gelte als »Kunde«, an dem in kürzester Zeit mit möglichst wenig Personal möglichst viele operative Prozeduren verübt werden müssen.

»Der Versuch, auch die Schmerz- und Palliativtherapie in das Korsett der Fallpauschalen und operativen Prozeduren zu zwängen, wird langfristig nicht gelingen«, prophezeit Junker. Selbst in Australien, dem Mutterland der Fallpauschalen, seien aufgrund der individuellen Behandlungserfordernisse für Schmerz- und Palliativmedizin nie Fallpauschalen eingeführt worden. Die Politik rudert auch schon zurück: In den Bereichen Schmerztherapie und Palliativmedizin führt sie das wieder ein, was mit Implementierung der DRG-Fallpauschalen eigentlich für immer abgeschafft werden sollte: Die Koppelung der Vergütung an die Verweildauer eines Patienten im Krankenhaus.