

117. Deutscher Ärztetag 2014

Stenografischer Wortbericht

Referate

TOP IV Schmerzmedizinische Versorgung stärken

Prof. Dr. med. Wolfgang Koppert, Hannover
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin,
Medizinische Hochschule Hannover

Prof. Dr. Koppert, Referent: Lieber Herr Montgomery! Sehr geehrtes Präsidium der Bundesärztekammer! Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen! Liebe Damen und Herren! Ich freue mich, heute hier stehen zu dürfen. Das verdanke ich auch Ihnen, Frau Wenker. Vielen Dank, dass Sie dieses Thema aufgebracht haben. Ich freue mich sehr, dass die Problematik heute thematisiert werden kann.

Sie sehen auf diesem Schaubild meine Interessenskonflikte. Das verdeutlicht man ja in der Good Clinical Practice. Ich stehe hier nicht als einzelne Person, sondern ich verrete in diesem Fall insbesondere die Meinungen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie der Deutschen Schmerzgesellschaft, die mich in den letzten 20 Jahren geprägt haben. Insofern kann ich mich von diesen Meinungen nicht ganz freimachen. Das will ich nicht verhehlen.

Ich möchte Ihnen die Akutschmerztherapie im Krankenhaus ein bisschen näherbringen. In diesem Zusammenhang taucht immer wieder folgender Satz auf – ich konnte leider trotz Google nicht herausbringen, wer der Urheber dieses Satzes ist; ich glaube, dieser Satz ist sehr stimmig –: Die Patienten erwarten, dass sie im Krankenhaus Schmerzen erleiden, und wir Ärzte stellen sicher, dass sie nicht enttäuscht werden. Das ist etwas sarkastisch, aber es stimmt sicherlich. Wenn Sie sich selber fragen, was Sie erwarten, wenn Sie in ein Krankenhaus kommen, dann ist eine gute Schmerztherapie immer eines der obersten Ziele. Ich zeige Ihnen hier eine Studie eines Chirurgen, wonach den Patienten nach der ärztlichen Versorgung und der pflegerischen Versorgung eine gute Schmerztherapie am meisten interessiert. Deshalb ist es nicht verwunderlich, wenn gesagt wird: Eine qualifizierte Schmerztherapie ist ein zentrales Bedürfnis des Patienten, wenn er in ein Krankenhaus kommt.

Man kann sich diesem Thema auch von einer anderen Seite her nähern. Wir wissen inzwischen, dass eine qualifizierte Akutschmerztherapie ethisch zu fordern und medizinisch absolut indiziert ist. Wir wissen, dass es zu einer schnelleren Mobilisierung führt, wenn der Patient keine Schmerzen hat. Wir wissen, dass sich die pulmonale Funktion und die gastrointestinale Funktion verbessern, dass Chronifizierungen vermieden werden, dass es zu zufriedeneren Patienten und zu zufriedenerem Personal kommt. Sie können sich sicherlich vorstellen, dass jeder Arzt und jedes Pflegepersonal zufriedener ist, wenn man einen schmerzfreien Patienten im Bett liegen hat als jemanden, der Schmerzen hat.

Es gibt auch eine ökonomische Dimension. Es kommt zu kürzeren Verweildauern und zu einer gesteigerten Wettbewerbsfähigkeit der Klinik. Das wurde kürzlich in dem neuen KTA-Bericht über die Akutschmerztherapie in den deutschen Kliniken festgestellt. Diese Ansichten wurden also sozusagen von höchster Stelle bestätigt. Eine Schmerztherapie wird nicht nur vom Patienten gewünscht, sondern sie ist eine ethisch und ökonomisch gebotene Leistung.

Damit komme ich zu den vorhandenen Strukturen. Eigentlich haben wir alles, was wir brauchen. Wir haben Leitlinien und Standards, und zwar sowohl auf ärztlicher Basis als auch auf pflegerischer Basis.

Wir haben Zertifizierungen. Wir können den Schmerz messen und wir können Einrichtungen zertifizieren, die eine besonders gute Schmerztherapie machen. Wir können nicht nur die Struktur, sondern auch die Qualität zertifizieren.

Wir können uns auch benchmarken. Wir haben in Deutschland im Moment das weltweit beste Benchmarkingprojekt für Akutschmerztherapie. Wir rollen es gerade nach Europa aus unter dem Projekt PAIN OUT. Hier können sich einzelne Einrichtungen mit anderen Einrichtungen in Deutschland oder auch europaweit benchmarken.

Was ist das Ergebnis der Strukturen, die wir bisher haben?

Sie sehen hier eine Aufstellung aus einem solchen Qualitätsprojekt, wie sich im Moment das Bild von Patienten, die sich einem operativen Eingriff unterzogen haben, in Bezug auf ihre Schmerztherapie postoperativ darstellt. Wir sehen, dass es noch sehr großes Potenzial gibt. Interessanterweise ist es so: Wenn Sie sich heutzutage einer Nieren- oder einer Prostataoperation unterziehen, werden Sie hinterher weniger Schmerzen erleiden, als wenn Sie sich einer Tonsillektomie oder einer Appendektomie unterziehen. Das hängt auch damit zusammen, dass die Pfade, auf denen man im Moment in den Krankenhäusern die Schmerztherapie durchführt, für die großen Eingriffe schon sehr gut festgeschrieben sind, aber für die kleinen Eingriffe einfach noch nicht so richtig wahrgenommen werden.

Ein Feld, das vielleicht etwas mehr Aufmerksamkeit verdient, ist die konservative Medizin. Hier haben wir im gleichen Maße wie bei der operativen Medizin mit Schmerzproblematiken zu kämpfen. Es ergibt sich eigentlich das gleiche Bild: Annähernd 50 Prozent der Patienten leiden an Schmerzen.

Es ist die Frage: Können wir das überhaupt ändern? Auch da gibt uns der Artikel aus dem „Deutschen Ärzteblatt“ eine ganz klare Antwort: Ja, wir können es ändern. Wenn Sie sich einmal anschauen, wie einzelne Krankenhäuser die Schmerztherapie ausführen, sehen Sie, dass es Krankenhäuser gibt, die es bei derselben Operation schaffen, die Schmerzen sehr gut in den Griff zu bekommen, während einzelne Krankenhäuser es nicht so gut schaffen. Sowohl was Leistenhernienoperationen als auch kardiale Schmerzen bei KHK betrifft: Es gibt ein sehr buntes Bild, wie derzeit Schmerztherapie betrieben wird.

Hier sehen Sie zur Akutschmerztherapie im Krankenhaus einen Datensatz, der über 56.000 Daten aus deutschen Kliniken zusammenfasst. In über 50 Prozent der Fälle haben wir den Maximalschmerz größer als 4 nach der Operation, eine schmerzbedingte Einschränkung der Mobilität bei 54 Prozent. 11 Prozent der Patienten sagten, sie hätten nicht genügend Analgetika bekommen. 29 Prozent erklärten, dass sie über die Schmerztherapie aufgeklärt wurden. Das ist einer der größten Datensätze, die im Moment weltweit existieren.

Die Methoden sind vorhanden: bedarfsadaptierte systemische Schmerztherapie, Regionalanästhesie usw. Aber es gibt eine fehlende Umsetzung des existierenden Wissens. Das hängt sicher damit zusammen, dass die komplexe Akutschmerztherapie im DRG-Erlössystem versteckt ist. Sie wird nicht abgebildet und triggert keine zusätzlichen Erlöse. Es gibt keinen finanziellen Anreiz, sich um die Akutschmerztherapie zu kümmern.

Deshalb ist ein Lösungsansatz, den ich vorschlagen möchte, dass die Krankenhausträger mehr in die Pflicht genommen werden, hier Verantwortung für die Akutschmerztherapie zu übernehmen.

Ein zweiter Punkt, den ich in diesem Zusammenhang immer wieder anführe, ist ein Gedankenspiel. Ich finde, man kann die qualifizierte Akutschmerztherapie sehr gut mit dem System vergleichen, wie es bei der Hygiene vorhanden ist. Auch eine gute Hygiene führt zu einer schnelleren Mobilisierung, zu einer Verbesserung der pulmonalen Funktion, zur Vermeidung von Chronifizierungen, zu kürzeren Verweildauern usw. Hier wurden Strukturen geschaffen, die einen Hygienebeauftragten, eine Hygienekommission in den Krankenhäusern notwendig machten. Das ist bei der Schmerzmedizin noch nicht der Fall. Ich glaube, hier kann man Parallelen ziehen. Wir schlagen vor, dass wir Strukturen analog zum Hygienemanagement etablieren. Es sollte in den Krankenhäusern ein Schmerzbeauftragter mandatorisch werden.

Wir erwarten einen großen Effekt von der Einführung eines Qualitätsindikators. Ich weiß, Qualitätsindikatoren stehen im Moment sehr in der Diskussion. Aber ein fächerübergreifender Qualitätsindikator Schmerz wird uns dem Ziel näherbringen, uns einer Schmerzkontrolle in den Krankenhäusern zu nähern. Schmerz ist messbar; wir haben alle Instrumente, ihn zu messen. Er ist beeinflussbar. Er erfüllt alle Kriterien eines Qualitätsindikators.

Das Problem Akutschmerz nach Operationen ist nicht nur deshalb so wichtig, weil die Patienten in den Krankenhäusern leiden, sondern weil auch 10 Prozent aller präoperativ schmerzfreien Patienten drei Monate nach der Operation noch starke Schmerzen haben. Der stärkste Prädiktor sind akute postoperative Schmerzen. Wir verhindern damit die Chronifizierung von Schmerzen.

Damit komme ich auf etwas ganz Spannendes zu sprechen. Wie häufig leidet in Deutschland ein Patient an chronischen Schmerzen? Manche sprechen von 10 Millionen, andere von 15 Millionen. Ich glaube, hier müssen wir sehr genau unterscheiden. Es hängt, wie Herr Scherer schon sagte, sehr davon ab, wie man den chronischen Schmerz definiert. Wenn Sie chronische Schmerzen definieren als Schmerzen, die auch nach vier bis sechs Wochen noch vorhanden sind, werden wir wahrscheinlich in einen Bereich kommen, dass 15 bis 30 Prozent aller Deutschen chronische Schmerzen haben. Aber das sind nicht diejenigen, die einen spezialisierten Schmerztherapeuten brauchen. Das sind diejenigen, die wahrscheinlich häufig in der Grundversorgung mit den derzeitigen Strukturen aufgefangen werden.

Es gibt sehr schöne Daten, die 2013 von Herrn Häußler aus Saarbrücken in Zusammenarbeit mit der AOK erhoben wurden. Man hat festgestellt: Ungefähr 30 Prozent der Deutschen haben nach dem Kriterium „chronischer Schmerz: vier bis sechs Wochen“ chronische Schmerzen. Aber nur 5 Prozent haben wirklich assoziierte körperliche und soziale Beeinträchtigungen. Das entspricht in der Summe etwa 4 bis 5 Millionen Deutschen. Nur 2,3 Prozent – das sind 2,5 bis 3 Millionen Menschen – haben zusätzlich seelische Beeinträchtigungen.

Nur in diesem Gebiet kann man wirklich von der chronischen Schmerzkrankheit reden. Hier ist der Leidensdruck wirklich stark. Ich glaube, das sind diejenigen Patienten, die letztendlich zum Schmerzspezialisten kommen müssen, die zu einem Schmerzmediziner kommen müssen, der eine adäquate Zusatzbezeichnung hat, der multidisziplinär und multiprofessionell die Schmerzkrankheit angeht.

Es dauert in Deutschland, bis ein solcher Patient behandelt wird. Vom ersten Symptom bis zum Beginn einer speziellen Schmerztherapie vergehen in der Regel vier Jahre. Damit unterscheiden wir uns nicht viel vom Rest Europas. Die Prävalenz

chronischer Schmerzen in Europa ist mit 15 bis 30 Prozent durchaus überall gleich. Die durchschnittliche Dauer vom Erstauftreten der Schmerzen bis zur Stellung der richtigen Diagnose beträgt zwei Jahre. Vom Stellen der Diagnose bis zur erfolgreichen Behandlung der Schmerzen vergehen noch einmal rund zwei Jahre. Damit sind wir in Deutschland im Vergleich eher in der zweiten Hälfte als in der ersten Hälfte.

Was tut man in Europa dagegen? In fast allen Ländern beginnt man, sich diesem Problem in irgendwelchen Ordnungen zu nähern. Man hat die Problematik mit in die nationalen Gesundheitspläne aufgenommen. Man versucht, adäquate Wartezeiten zu implementieren und die Finanzierung sicherzustellen. Hier haben wir mit dem Morbi-RSA sicher einen Schritt in die richtige Richtung getan.

Es gibt weltweit die Idee, dass Schmerz auch eine ethische Komponente hat, die verankert werden sollte. Hier ist ein Thema auf eine ethische Basis hochgehoben worden.

Was wäre jetzt zu tun? Frau Wenker hat es schon kurz angedeutet und Herr Scherer hat den Faden aufgenommen: Wir müssen definieren, welche Einrichtungen für welche Patienten sinnvoll sind. Hier gibt es innerhalb der Fachgesellschaften einen großen Konsens, dass es vom Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin, das über das ganze Spektrum verfügt und Forschung und Lehre beinhaltet, bis hin zu den Ambulanzen mit qualifizierter Schmerztherapie eine abgestufte Versorgung geben sollte. Wir haben mittlerweile Dokumentationstools geschaffen, die es uns erlauben, in Zukunft Versorgungsforschung zu betreiben. Ich glaube, die Daten, die ich Ihnen vorgestellt habe, stehen teilweise, gerade was Deutschland betrifft, noch etwas auf tönernen Füßen. Ich habe Ihnen Hochrechnungen gezeigt. Hier ist sicher noch viel Versorgungsforschung notwendig. Es muss auch noch viel Unterstützung geben, damit wir diese Versorgungsforschung durchführen können.

Ohne Struktur bekommen wir in der Schmerzmedizin keine Qualität hin. Das ist uns ganz wichtig. Ohne Bedarfsplanung kriegen wir auch keine Struktur hin. Deshalb möchte ich an dieser Stelle dafür plädieren: Schmerztherapeuten brauchen in irgendeiner Form eine Bedarfsplanung. Im Moment ist es so: Wenn ein Kassensitz verschwindet, der mit einem Facharzt besetzt war, der Schmerzmedizin gemacht hat, verschwindet manchmal auch der Schmerzmediziner in diesem Bereich. Wir brauchen Ideen, wie die Schmerzmedizin in die Bedarfsplanung integriert werden kann.

Ich weiß, dass die Bedarfsplanung an den Facharzt gekoppelt ist. Das fordere ich definitiv nicht. Aber wir müssen uns überlegen, wie wir es schaffen können, trotz dieser Problematik die Schmerzmedizin flächendeckend zu integrieren, sodass wir im Prinzip diese Strukturen allen Patienten zugute kommen lassen können.

Zum Schluss zeige ich Ihnen ein Schaubild, das verdeutlicht, dass es sich um eine interdisziplinäre und interprofessionelle Herausforderung handelt. Ich habe ein paar Gesellschaften, die hier beteiligt sind, aufgeführt.

Vielen Dank.