

117. Deutscher Ärztetag 2014

Stenografischer Wortbericht

Referate

TOP IV Schmerzmedizinische Versorgung stärken

Prof. Dr. med. Martin Scherer, Hamburg
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Prof. Dr. Scherer, Referent: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Liebe Frau Wenker, vielen Dank für die freundliche Einführung. Ich freue mich sehr, dass ich heute die Gelegenheit habe, über das Thema „Schmerzmedizinische Versorgung stärken“ zu sprechen. Ich darf das nicht nur aus der hausärztlichen, aus der allgemeinmedizinischen Perspektive oder allein als Fachvertreter der Allgemeinmedizin tun, sondern auch mit Blick auf die gesamte ambulante Versorgung.

Frau Wenker hat eben schon die Relevanz und die Epidemiologie des chronischen Schmerzes erwähnt. Es ist nicht ganz so einfach, Forschung zu diesem Thema zu betreiben, weil die Definition des chronischen Schmerzes relativ weich ist. Wir brauchen praktisch Selfreportauskünfte, um chronischen Schmerz zu ermitteln. Das ist anders als bei Diabetes oder Hypertonie.

Die Definition, dass chronischer Schmerz ein Schmerz ist, der die Gewebheilungszeit überdauert – in der Regel sind es drei Monate –, öffnet Tor und Tür der ganz individuellen Einschätzung, der subjektiven Einschätzung, der subjektiven Wahrnehmung, der Selbstbeobachtung, der Interpretation. Deshalb hängt das Ergebnis von epidemiologischen Studien immer davon ab, wie man fragt.

So kommt es auch zu größeren Erhebungen ebenso im internationalen Kontext. Die Schwankungsbreite bei der Häufigkeit ist einfach gegeben, je nachdem, welche Instrumente man benutzt und welche Methodik man anwendet. Wenn man der Analyse von Breivik und Kollegen Glauben schenken möchte, liegt Deutschland mit 17 Prozent bei der Prävalenz der chronischen Schmerzen etwa im Mittelfeld. Die Zahl erscheint erst einmal, auch gemessen an den Zahlen, die Frau Wenker genannt hat, etwas hochgegriffen. Klar ist jedenfalls: Es ist ein relevanter Beratungsanlass im ambulanten Bereich.

Die Versorgungsdaten für chronische Schmerzen sind nicht gerade überbordend. Es gibt Anzeichen dafür, dass es eine strukturelle Unterversorgung in ländlichen Regionen und eine Überversorgung in Ballungszentren gibt. Die Überversorgung folgt aber keiner Systematik oder gar einer Bedarfsplanung. Ich möchte es als eine „wilde Überversorgung“ bezeichnen.

Unklar ist, ob die dichtere Versorgung – das ist etwas neutraler formuliert – irgendeinen Einfluss auf patientenrelevante Outcomes hat.

Die Datenlage zur Prozessqualität ist ausgesprochen mager. Es fehlen einfach gute Versorgungsforschungsstudien, die erst einmal einen validen Istzustand im Bereich der chronischen Schmerzversorgung abbilden. Da brauchen wir mehr Versorgungsforschung. Das ist ein Appell, der an Förderer wie auch an Forscher gerichtet ist. Erst dann, wenn man diese guten Versorgungsbeschreibungen hat, kann man davon ausgehend den Effekt von Interventionen – in der Regel sind es komplexe Interventionen – quantifizieren.

Die Zielerreichung lässt sich letztendlich erst ermitteln, wenn man diese guten Versorgungsbeschreibungen hat. Natürlich ist es das oberste Ziel und – wie Frau Wenker treffend formuliert hat – Aufgabe aller ärztlich Tätigen, die Schmerzreduktion anzustreben. Aber es gibt auch eine ganze Reihe nachgeordneter Ziele, die nicht weniger wichtig sind. Hier nenne ich die Reduktion von Medikamenten, die Reduktion der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die Erhöhung der körperlichen Aktivität,

die Erhöhung der Lebensqualität, die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und die Vermeidung von Berentung.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin hat versucht, in ihrer Handlungsempfehlung zum chronischen Schmerz Wege zu definieren, die zum Erreichen der eben genannten Ziele führen können. In der Regel startet die Konsultation bei einem Schmerzpatienten mit – wen wundert es? – Schmerzen, die beim chronischen Schmerz persistierend oder intermittierend sein können. In der Regel sind es mehr als drei Monate.

Dann stellt sich die Frage: Handelt es sich um eine bekannte Schmerzqualität und -lokalisation? Ist es eine Folgekonsultation oder haben wir es hier mit einer neuen Problematik zu tun?

Dann ist zu ermitteln, ob ein Verdacht auf Malignität, auf eine entzündliche Erkrankung, auf eine Fraktur, auf gravierende neurologische Ausfälle oder auf einen Medikamentenübergebrauch vorliegt.

Diese anamnestischen Fragen helfen, den Schmerz in die bekannten Kategorien einzusortieren: nozizeptiver Schmerz bei Arthrose, Arthritis, Frakturen und Tumoren, der neuropathische Schmerz bei Neuralgie und Polyneuropathie und der funktionelle Schmerz, der nicht selten Ausdruck einer komplexen biomedizinischen, aber auch biopsychosozialen Problemlage ist. Gerade dieser Schmerz ist es, der uns in der Regel besonders herausfordert und Interdisziplinarität und Interprofessionalität besonders notwendig macht. Dies sind zwei Grundsätze des gemeinsamen Interagierens, die Frau Wenker schon angesprochen hat. Interdisziplinarität darf eigentlich keine Freizeitveranstaltung nach Schließung der Sprechstunde sein. Das muss im System eingebettet sein und entsprechend vergütet werden. Das darf eigentlich nicht zulasten der bisher bestehenden Regelversorgung gehen: Wenn das Wartezimmer leer ist, kann ich den Kollegen mal anrufen und tue dies sozusagen auf eigene Rechnung. Das muss von der Makroebene, auch von der Selbstverwaltung her gewollt und unterstützt sein.

Frau Wenker hat bereits die einzelnen Ziele genannt. Wir müssen sehen, was machbar und zu schaffen ist. Man kann natürlich chronische Schmerzpatienten mit überbordenden Ansprüchen an die Zielerreichung auch überfordern. Deshalb ist es wichtig, ein realistisches Behandlungsziel auf die Perspektive und die Bedürfnisse des vor mir sitzenden Patienten abzustimmen. Das kann sich im Bereich der Funktion, im Bereich der Stimmung, im Bereich des Selbstmanagements und im Bereich der Medikation abspielen.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin empfiehlt ein iteratives Vorgehen und ein konsequentes Goal Attainment, dass man Follow-up-Gespräche führt und entsprechend in den einzelnen Funktionsbereichen oder Zielerreichungsdimensionen nachjustiert. Damit ist nicht ein dumpfes Wiedereinbestellen gemeint, sondern vielmehr ein langfristiges Begleiten auf dem Boden einer soliden, auf Langfristigkeit angelegten Patientenbeziehung.

Mein erstes Fazit betrifft die Behandlungsprinzipien: iteratives Assessment, konsequentes Überprüfen der Zielerreichung, multimodale Ansätze. Die Pharmakotherapie kann nur eine der Optionen sein. Mein zweites Fazit lautet: Es ist eine konzertierte

Aktion aller Versorgungsebenen gefordert: der Makroebene – das betrifft die Politik –, der Mesoebene – Gesundheitsorganisation und -wesen – und der Mikroebene.

Folgende vier Punkte spielen sich auf allen Ebenen ab. Zunächst nenne ich die Stärkung der Hausarztmedizin, nicht weil ich selber Allgemeinmediziner bin, sondern weil eine gute Grundversorgung gerade in den Flächenländern sich positiv auf die Versorgung von Schmerzpatienten auswirkt. Wir brauchen eine solide hausärztliche Basisbehandlung. Wir brauchen eine hausärztliche Koordination mit einer Sammlung der Befunde und einer Synthese unterschiedlicher Facharzttempfehlungen, wodurch vermieden werden soll, dass unterschiedliche Spezialisten am Werk sind, die nichts voneinander wissen.

Wichtig ist eine Langzeitbeziehung mit einer entsprechenden sozialen Unterstützung.

Ich weiß, es ist heute wenig originell, über Nachwuchsprobleme zu sprechen. Diese gibt es auch in anderen Bereichen. Entsprechendes haben wir gerade über den Öffentlichen Gesundheitsdienst gehört. Die Allgemeinmedizin, die Hausarztmedizin hat sie ganz akut. Nur jeder zweite Hausarzt, der heute in Rente geht, findet einen Nachfolger.

Der zweite Punkt ist die intersektorale Vernetzung. Das betrifft die Interdisziplinarität und die Interprofessionalität. Ich glaube, dazu ist genügend gesagt worden.

Als dritten Aspekt nenne ich die Tatsache, dass wir mehr Versorgungsforschung brauchen. Ohne valide Daten wissen wir gar nicht, an welchen Stellen die Versorgung zu optimieren ist und welche Prozessqualität in der Versorgung vorliegt.

Zum Vierten landen wir wieder bei dem Punkt von Frau Wenker, die sagte: Wir brauchen hier keine spezielle Gebietsbezeichnung, kein erneutes Nadelöhr, wie zum Beispiel einen Facharzt für Schmerzmedizin, sondern es handelt sich um Fertigkeiten auch kommunikativer Art, die in allen ärztlichen Bereichen erforderlich sind. Das bedingt eine konsequente Fortbildung aller Fachgruppen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.