

117. Deutscher Ärztetag 2014

Stenografischer Wortbericht

Referate

TOP IV Schmerzmedizinische Versorgung stärken

Dr. med. Martina Wenker, Hannover

Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

Dr. Wenker, Referentin: Sehr geehrter Herr Präsident! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich habe mich sehr gefreut, als im Januar dieses Jahres der Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen hat, diesen Tagesordnungspunkt mit als Schwerpunkt auf diesen Deutschen Ärztetag zu nehmen. Ich habe mich natürlich auch deshalb sehr gefreut, weil mir dieses Thema persönlich sehr am Herzen liegt.

Im Rahmen der Vorbereitung bin ich von vielen Kolleginnen und Kollegen gefragt worden: Warum nehmt ihr dieses Thema überhaupt als Tagesordnungspunkt auf? Haben wir in Deutschland nicht genügend schmerzmedizinische Möglichkeiten? Gibt es nicht längst genug Schmerzmedikamente auf allen Versorgungsstufen: leichte, mittelschwere, stark wirksame Opiate? Haben wir überhaupt ein Defizit?

Ich möchte Sie so in diesen Tagesordnungspunkt einführen, dass Sie erkennen, wie wichtig und relevant dieses Thema ist.

Ich behandle zunächst die Frage: Gibt es Versorgungsdefizite? Wie ist die derzeitige Situation? Was gibt es bereits? Welches ist die langfristige Perspektive einer optimalen schmerzmedizinischen Versorgung der Bevölkerung? Welches sind die nächsten konkreten Schritte zur Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung?

Ich komme zunächst zu der Frage: Wie ist die derzeitige Situation? Was gibt es bereits? Wir haben den chronischen Schmerz inzwischen als eigenständige Krankheit im ICD-10 verankert. Das Thema ist ganz breit verankert in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Ich denke, ein ganz wesentlicher Meilenstein war, dass die Schmerzmedizin seit dem Jahr 2012 als Querschnittsfach in der ärztlichen Approbationsordnung verankert ist und damit im Jahr 2016 erstmals als Pflichtlehr- und Prüfungsfach geprüft wird.

Seit 2003 ist die schmerzmedizinische Kompetenz mit Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinen Schmerzmedizin unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen in allen patientenversorgenden Fachgebieten in der (Muster-)Weiterbildungsordnung verankert.

Im Jahr 2012 verfügten knapp 5.000 Ärzte über die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“.

In den KVen haben über 1.000 Teilnehmer an der Qualitätssicherheitsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten teilgenommen. Wir haben also schon eine ganz stabile Basis.

Trotzdem haben wir ein Problem. Warum besteht Handlungsbedarf? Jeder Patient hat – ich glaube, darüber sind wir uns alle einig – Anspruch auf eine dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Prävention und Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen, aber – diese Zahlen müssen uns wachrütteln – etwa 10 Millionen der Deutschen leiden ständig an akuten oder chronischen Schmerzen. Etwa 7 Prozent der Erwachsenen und – diese Zahl finde ich besonders bedrückend – 5 Prozent der Kinder geben im Alltag beeinträchtigende chronische Schmerzen an. Das ist für Kinder besonders bedrückend, weil sie dadurch häufig schon in ihrer schulischen Entwicklung beeinträchtigt sind und dadurch einen ganz schweren Start ins Leben haben.

Chronische Schmerzen haben eine große volkswirtschaftliche Relevanz. Wir können davon ausgehen, dass im Jahr etwa 20 Milliarden Euro Gesamtkosten durch Arbeitsunfähigkeitszeiten und Frühberentungen anfallen.

In Deutschland vergehen durchschnittlich zwei Jahre vom Beginn einer chronischen Schmerzkrankheit bis zur richtigen Diagnose und weitere zwei Jahre bis zu einem adäquaten Behandlungsansatz.

Jeder Patient hat Anspruch auf Prävention und Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen. Schmerz ist nicht nur ein akutes Schmerzereignis, aber gerade die chronische Schmerzerkrankung ist eine komplexe Erkrankung, eine biopsychosoziale Erkrankung, die nicht nur den Patienten, sondern häufig auch seine Umgebung, seine Leistungsfähigkeit, seinen Arbeitsalltag beeinträchtigt. Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie sind integraler Bestandteil jeden ärztlichen Handelns. Jeder klinisch tätige Arzt muss mit den schmerzmedizinischen Problemen seines Patienten vertraut sein. Das ist eine ärztliche Verpflichtung, die wir sehr ernst nehmen müssen. Schmerzmanagement benötigt eine interdisziplinäre und interprofessionelle Sichtweise. Es ist für uns alle eine selbstverständliche Verpflichtung, uns kontinuierlich in der Schmerzmedizin fortzubilden und auch ethische Prinzipien in der Schmerztherapie anzuwenden.

Ich darf Sie jetzt ganz kurz in den Leitantrag des Vorstands einführen. Als nächste konkrete Schritte haben wir fünf Handlungsfelder zur Realisierung der langfristigen Perspektive formuliert. Jeder Patient hat das Recht auf eine adäquate Schmerztherapie. Jeder Patient hat das Recht auf einen niedrighschweligen Zugang zu den erforderlichen schmerzmedizinischen Versorgungsebenen. Das bedeutet: Jeder Schmerzpatient in Deutschland muss zu jeder Zeit und an jedem Ort die Möglichkeit erhalten, in einer abgestuften schmerzmedizinischen Versorgungskette behandelt zu werden. Das bedeutet in der Regel einen Erstkontakt beim Hausarzt, dann die zeitnahe Hinzuziehung der hausärztlichen Expertise bis hin zu spezialisierten schmerzmedizinischen Einrichtungen.

Es muss eine konsequente Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen in den Bedarfsplänen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen. Spezialisierte schmerzmedizinische Einrichtungen sind beispielsweise Zentren für interdisziplinäre Schmerzmedizin, interdisziplinäre Kopfschmerz-, Rückenschmerz- und Kinderschmerzcentren; dies können auch Ambulanzen und Praxen mit qualifizierter und spezialisierter Schmerzmedizin und auch schmerzpsychotherapeutische Einrichtungen sein.

Warum ist das so wichtig? Das muss konsequent in den Bedarfsplänen der Länder berücksichtigt werden, um einen flächendeckenden und wirklich zeitnahen direkten Zugang in diese spezielle Expertise zu ermöglichen.

Ebenso wichtig ist eine adäquate und hochmoderne Akutschmerztherapie in den Krankenhäusern. Unverändert führen unzureichend behandelte Schmerzen beispielsweise nach Operationen zu einem erhöhten Morbiditätsrisiko. Es gibt das Risiko der Chronifizierung und damit auch der Folgen steigender Behandlungskosten.

Die vierte Forderung adressiert an uns alle: die Stärkung schmerzmedizinischer Kompetenz in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Das geht uns insbesondere in den Landesärztekammern an. Wir müssen konsequent in allen Fachgebieten

die schmerzmedizinische Kompetenz weiterentwickeln, und zwar in allen patientenversorgenden Fachgebieten. Dies gilt sowohl bei den allgemeinen Inhalten als auch bei der Zusatzweiterbildung Schmerztherapie. Ich möchte den Satz wiederholen: Jeder klinisch tätige Arzt muss mit den schmerzmedizinischen Problemen seiner Patienten stets aktuell vertraut sein.

Wir müssen selbstverständlich als Ärztekammern eine konsequente Fortbildung zu diesem Thema anbieten.

Eine zielgerichtete Aus-, Weiter- und Fortbildung kann nur auf dem allgemein anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse erfolgen. Wir fordern hier insbesondere eine Forschung, die aus öffentlichen Mitteln zu finanzieren ist. Wir brauchen eine Versorgungsforschung, wir brauchen nationale Forschungsprojekte Schmerzmedizin.

Lassen Sie mich zusammenfassen und damit zu unseren beiden Referenten überleiten, bei denen ich mich schon jetzt sehr herzlich dafür bedanke, dass sie aus Hamburg und Hannover zu uns gekommen sind. Unsere gemeinsame These – wir hatten in den letzten Monaten viele Kontakte zu diesem Thema – lautet: Jeder Schmerzpatient hat das Recht auf einen niedrighschwelligen Zugang zu moderner angemessener Schmerzbehandlung, welche bei Bedarf interdisziplinär und interprofessionell erfolgt.

Jetzt wird zunächst Herr Professor Dr. Scherer, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, die allgemeinärztliche, die hausärztliche Perspektive erörtern. Anschließend wird sich Herr Professor Dr. Koppert, Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, zur Akutschmerztherapie und zu der Frage äußern: Wie können wir Strukturmerkmale schmerztherapeutischer Einrichtungen breit implementieren?

Ich freue mich auf die beiden Referate und dann auch auf die Diskussion. Ich danke zunächst für die Aufmerksamkeit.