Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“ in Aachen

Forderungen zur „Zukunft der Schmerztherapie“

Alljährlich lädt das Pharma-Unternehmen Grünenthal zum Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“ nach Aachen ein. Ziel der Konferenz ist ein Update zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen für Ärzte, Kassenvertreter und andere Versorgungsakteure rund um das Problem Schmerz. Bewährt hat sich dabei der Aufbau, der einen Wechsel zwischen Plenums- und Workshopsitzungen vorsieht. Beim letzten Workshop hatte der Veranstalter das Thema „Neue Strukturen, neue Partnerschaften - bessere Versorgung für Schmerzpatienten?“ in den Fokus gerückt. Die Vermessung der schmerztherapeutischen Versorgungslandschaft nach der jüngsten großen Gesundheitsreform, die einen Schub für selektivvertragliche Versorgungsmodelle gebracht hat, war die erklärte Zielsetzung des Veranstalters und der etwa 150 Konferenzteilnehmer.

>> Dass hier längst noch nicht alles zum Besten bestellt ist, machte Prof. Rolf-Detlef Treede, Präsident der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, in seinem Einleitungsreferat deutlich. Durch die erst kürzlich errungene ICD10-Ziffer F45.41 ist es überhaupt erst seit Januar 2009 möglich, chronischen Schmerz als eigenständiges Krankheitsbild zu codieren. „Schmerz“, so Treede, „wurde bislang in unserem Gesundheitssystem eigentlich nur als Symptom an andere manifeste Indikationen angehängt, als therapeutisches und gesundheitspolitisches Versorgungsproblem blieb der Schmerz dagegen unsichtbar.“ Erst seit 2009 kann daher Schmerz als eigenständiges und relevantes Problem im gesamten systemischen Ablauf der Gesundheitsversorgung erkennbar gemacht und auf die politische Agenda gesetzt werden. Dieses historische Defizit hatte und hat für die schmerztherapeutische Versorgung gravierende Folgen:

1. Schmerzpatienten fühlen sich nach wie vor unterversorgt und im Stich gelassen, da ihre Erkrankung im System quasi nicht vorkommt.
2. Die Ausbildungs- und Nachwuchssituation für Schmerztherapeuten ist Besorgnis erregend, da über lange Jahre der Versorgungsbedarf nicht erkennbar wurde.
3. Das inzwischen morbiditätsorientierte deutsche Vergütungssystem kann die Behandlung chronischer Schmerzpatienten bislang nicht abbilden, da die entsprechenden Codierungsziffern nicht verfügbar waren. Dies betrifft sowohl die finanzielle Kompensation chronisch schmerzkranker Versicherter für die Krankenkassen über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich als auch eine behandlungsspezifische Vergütung der Ärzte in der Regelversorgung oder in Selektivverträgen.
4. Fehlende Grundlagen der Versorgungsforschung führen zu einer fehlenden Kalkulationsgrundlage bei selektivvertraglichen Modellen, was deren Ausbreitung erschwert.

Treedes Forderungen richten sich vor diesem Hintergrund vor allem auf die rasche Reparatur der daraus resultierenden historisch bedingten Defizite. Umgehend, so Treede, müsse eine adäquate Ausbildungssituation geschaffen werden, in der schmerztherapeutisches Wissen für Medizinstudenten prüfungsrelevanter Pflichtstoff zu werden habe. Die neueste Verankerung der Palliativmedizin in der Approbationsordnung sieht Treede dabei mit einem lachenden und einem weinenden Auge: „Schmerztherapie als medizinische Kerndisziplin der Palliativversorgung ist leider in dieser Aktualisierung vergessen worden“, so seine Analyse. Intensiviert werden müssten darüber hinaus die Forschungsaktivitäten von Gesundheits- und Forschungsministerium. „Wir brauchen auch eine staatlich getragene und unterstützte Forschungslandschaft, die sich der Schmerzproblematik vor allem mit versorgungspolitischen Fragestellungen annimmt“, so der Schmerzforscher.

Wie dringlich diese Aufgaben angegangen werden müssen, zeigte Prof. Ferdinand Gerlach, Mitglied des gesundheitspolitischen Sachverständigenrats (SVR), in seinem Referat. Auf der Grundlage des jüngsten SVR-Gutachtens „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ entwickelte Gerlach Perspektiven zur Entwicklung des Deutschen Gesundheitssystems, die nicht nur für die Schmerztherapie zu einem Masterplan der Gesundheitspolitik werden könnten: Unerlässlich sei es, so Gerlach, die Versorgung in regionalen Einheiten von den Akteuren vor Ort selbst organisieren zu lassen. Dies müsse in integrierten Konzepten und weitestgehend in Budgetverantwortung der handelnden Ärzte und Assistenzberufe geschehen, damit zum einen die bereits bestehenden regionalen Strukturen weiterentwickelt werden könnten und zum anderen Eigenverantwortung und Verbindlichkeit innerhalb der medizinisch verantwortlichen Berufsgruppen gestärkt werde. Auf der Basis so genannter Primärversorgungspraxen könnten auf diese Weise Versorgungszentren organisiert werden, die gewissermaßen als Netzwerkknoten steuernde und koordinierende Funktionen im Versorgungsgeschehen übernehmen müssten. Als Blaupausen verwies Gerlach in diesem Zusammenhang auf bereits bestehende Versorgungsmodelle wie das „Gesunde Kintzigtal“, das „Prosper“-Netzwerk oder das Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum „Schaaz“.

Wie solche Modelle in der Schmerztherapie aussehen könnten und welche Grundlagen dafür erfüllt werden müssen, war Thema der sich anschließenden Workshop-Sitzungen. Besondere Herausforderung der schmerzthe-



v.l.n.r.: Podiumsdiskussion „Mediziner im Dialog“: Dr. Helmut Frohnhofen, Prof. Hans-Raimund Casser, Dr. Hubertus Kayser, Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Diethard Sturm und Christian Luley.



Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

rapeutischen Versorgung sei die frühzeitige Identifikation der Hochrisikopatienten noch bevor die Chronifizierung der Schmerzsymptomatik eingetreten sei, lautete eine zentrale Workshoperkenntnis. Hierfür müssten zwingend Ein- und Ausschlusskriterien erarbeitet werden, da - Stichwort Budgetverantwortung - zuverlässig und frühzeitig erkannt werden müsse, für welche Patienten eine spezialisierte schmerztherapeutische Behandlung wirklich notwendig sei.

In Kooperation mit Selbsthilfegruppen und Patienteninitiativen müssten diese Behandlungskonzepte in jedem Fall auch aktivierend auf die Patienten eingehen, um deren Initiative und Eigenverantwortung zu fördern, so die Forderung einer weiteren Workshopgruppe. In diesem Zusammenhang sollten auch qualifizierte Bewegungs- und Ernährungsprogramme an die Patienten herangetragen werden; vor allem aber eine strukturierte Nachsorge sichere langzeitige Therapieerfolge. „Nach der Schmerztherapie ist vor der Schmerztherapie“, so die einheitliche Erkenntnis der Workshopteilnehmer. Dass dabei Patientenschulung und -empowerment wesentliche Bestandteile sinnvoller Therapiekonzepte sein müssen, war Ergebnis eines weiteren Workshops. Gesundheitsbildung habe gerade in der Schmerztherapie klare Rationalisierungspotenziale und dürfe von den therapeutischen Teams auf keinen Fall außer Acht gelassen werden. Umfassende Aufmerksamkeit müsse gerade in der Schmerztherapie das soziale Umfeld des Patienten finden, so die zentrale These eines anderen Workshops. Berufliches und familiäres Umfeld müssten in die Therapie miteinbezogen werden und machten eine kooperative Zusammenarbeit des therapeutischen Teams unerlässlich. Dies gelte auch in der geriatrischen Schmerztherapie, die sich häufig an unangemessenen Zielen orientiere, da sich der in der Regel multimorbide alte Patient an anderen Perspektiven orientiere als beispielsweise ein von Rückenschmerz geplagter Berufstätiger.

Insgesamt, so die einhellige Botschaft der Workshopberichte ins Plenum, müsse der Weg einer multimodalen, teambasierten und patientenorientierten Schmerztherapie konsequent weiter verfolgt werden. Selektivvertragliche, integrierte Konzepte könnten hier Prototypen von Versorgungskonzepten herausarbeiten, die nach und nach auch auf die Regelversorgung Einfluss ausüben könnten und sollten. Diesen Weg politisch zu unterstützen, war die übereinstimmende Forderung der knapp 150 Workshopteilnehmer. <<

Erste Ergebnisse der „Diabetes Education Self Management Study“:

„Beraten statt befehlen“

Die ambulante ärztliche Versorgung steckt in einer Sackgasse - immer weniger Zeit bleibt für den einzelnen Patienten übrig. Absolut gegenläufig ist indes die Zahl der chronisch Erkrankten - ob im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder des Diabetes: Deren Zahl steigt - und das unaufhaltsam. Doch gerade Chroniker bräuchten eine besondere Herangehensweise, die sie zu mehr Selbstmanagement ihrer Krankheit motiviert und befähigt. Breit eingesetzte Betreuungskonzepte aus den USA haben bewiesen, dass ein kontinuierliches Selbstmanagementcoaching die Therapieerfolge und die Lebensqualität der Patienten signifikant verbessern kann. Eine aktuelle Studie der European Health Care Foundation (EUHCF) zeigt, dass Selbstmanagementkonzepte sich auch in Deutschland mit den gleichen positiven Ergebnissen umsetzen lassen. In der Studie ließ die Stiftung Apotheker zu Patienten-Coaches für Typ 2-Diabetiker ausbilden und band entsprechende Patienten in ein Coachingkonzept ein. Das umfassende Betreuungskonzept erwies sich als effektiv: Entscheidende klinische Parameter haben sich bei 70 % der Patienten verbessert. Patienten konnten durch die Betreuung besser mit ihrer Erkrankung umgehen, und Apotheker empfanden das Konzept als Wissensgewinn und Steigerung der Positionierung ihrer Apotheke.



Dr. Dorothee Gänshirt, Geschäftsführende Präsidentin der European Healthcare Foundation (EUHCF)

>> Die European Health Care Foundation (EUHCF) mit Sitz in der Schweiz hat sich als gemeinnützige Organisation einem Ziel verschrieben: der Förderung der Versorgung von chronisch Kranken in Europa. Federführend verantwortlich für diese Forschung sind Prof. Dr. Dorothee Gänshirt und Prof. Dr. Dr. Fred Harms. Die Stiftung hat in den vergangenen Jahren in verschiedenen meinungsbildenden Studien zum Thema der Patientenversorgung mehr als 10.000 Patienten untersucht - im Zusammenspiel mit führenden Universitäten sowie Vertretern des Europäischen Parlaments und der Europäischen Kommission. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Entwicklung von Konzepten zur Chronikerbetreuung - sowohl für Heilberufler als auch für Patienten.

Die EUHCF kooperiert in diesem Zusammenhang für die Indikation Diabetes mit dem Michigan Diabetes and Research and Training Center, University of Michigan in den USA (Prof. Bob Anderson und Prof. Martha Funnell) - einem der weltweit führenden Institute in der Diabetes-Forschung. Der Fokus dieser Arbeitsgruppe liegt auf den psychosozialen Aspekten der Erkrankung und der Vermittlung von Wegen zur Verhaltensänderungen im gesundheitlichen Bereich. Gänshirt führt aus: „Dort hat man schon lange erkannt, dass Diabetes-Patienten über die traditionelle Therapie hinaus besonders geführt werden müssen, um ihren Alltag mit der Erkrankung erfolgreich bewältigen zu können. Deshalb werden dort so genannte „Diabetes Nurses“ und „Diabetes Educators“ eingesetzt. Durch die zusätzliche Betreuung werden die therapeutischen Bemühungen des Arztes unterstützt, so dass Patienten ihren Therapieplan erfüllen und auch ihre sonstige Lebensführung der Erkrankung anpassen können. Bei Erkrankungen wie Typ 2-Diabetes trägt das Verhalten des Patienten bis zu 90 % zum Therapieerfolg bei. Das ist einer der wichtigsten Gründe, weshalb wir mit der Therapie des Typ 2-Diabetes viel weniger erfolgreich sind als wir es mit den uns heute zur Verfügung stehenden Mitteln sein könnten.”

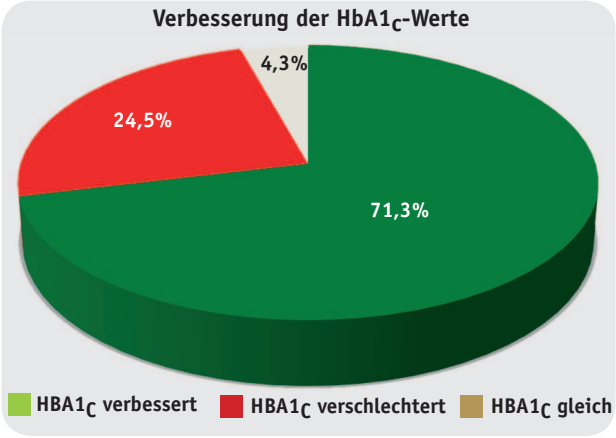


Abb. 1: *7 von 10 Patienten haben ihren HbA1c- Wert verbessert.*

In der momentanen Versorgungssituation der Diabetes-Patienten in Deutschland sieht die Expertin große Lücken. „Derzeit werden Diabetes-Patienten im Rahmen der DMPs zwar bis zu zwei Wochen lang geschult und über ihre Erkrankung informiert. Danach legt man jedoch die weitere Betreuungsverantwortung in die Hände der behandelnden Ärzte. Diese können aber heute in Deutschland die erforderliche kontinuierliche Betreuung zu einem erfolgreichen Selbstmanagement nur unter großem persönlichem Einsatz in ihrer täglichen Praxis leisten. Dies liegt zum einen daran, dass die Zahl der Diabetespatienten kontinuierlich ansteigt. Zum anderen werden Ärzte zur Zeit für eine solche Betreuung in der Regel nicht ausgebildet.

Ein anderer Aspekt betrifft die Kommunikation zwischen Coach und Patient. Es ist unrealistisch zu glauben, dass jeder erwachsene Patient sich von einem Coach Anweisungen zu seinem Gesundheitsverhalten geben lässt und daraufhin sein Verhalten ändert. Ein derartiges hierarchisches Prinzip in der Kommunikation funktioniert bei chronischen Erkrankungen in der Regel nicht. Nur wenn der Patient selbst entscheidet, sein Verhalten zu ändern, kann er einen Wandel in seinem Lebensstil vollziehen, den er dauerhaft aufrechterhalten kann. Dafür brauchen Patienten aber kontinuierliche qualifizierte Betreuungsprogramme - durch ihre gesamte chronische Erkrankung hindurch. Sie müssen professionell unterstützt werden, um zum Selbstmanagement ihrer Erkrankung hin zu finden.

Das amerikanische Beratungskonzept für Patienten beruht auf der so genannten Empowerment-Philosophie und geht davon aus, dass der Wille zur Veränderung vom Patienten selbst ausgehen muss. „Genau hier setzen die Diabetes-Coaches an“, erläutert Gänshirt. Die Coaches beraten die Patienten nicht nur dazu, wie sie die Medikamente einnehmen sollen. Sie helfen den Erkrankten vor allem dabei, das Management der Erkrankung selbst in die Hand nehmen und Ziele für die Änderung des Lebensstils eigenständig festzulegen. „Konkret sollte der Patient in den Aspekten seiner Erkrankung unterstützt und geführt werden, mit denen er die meisten Schwierigkeiten hat, denn dort ist die Motivation zur Veränderung am größten. Bei Diabetes kann es da sehr viele Ansatzpunkte geben: Bewegung, Ernährung, Blutzuckermessung, Medikamentencompliance usw.“, ergänzt Gänshirt. Das Empowerment-Modell hat sich in Studien der American Diabetes Association (ADA) als so erfolgreich erwiesen, dass die ADA dort inzwischen umfangreiches Schulungsmaterial zu diesem Konzept für Nurses, Educators und Patienten auflegt und damit das Diabetes-Coaching unterstützt.

„Dieses Konzept lässt sich grundsätzlich auch in Deutschland auf die Betreuung von vielen chronischen Erkrankungen sehr gut anwenden“, sagt Gänshirt. Das belegen die Ergebnisse der aktuellen Diabetes Education Self Management Study der EUHCF. Die Stiftung bildete im Rahmen der wissenschaftlichen Studie 25 Apotheker (aus 12 Apotheken) zu Coaches aus, darunter sowohl approbierte Inhaber der Apotheken als auch pharmazeutisch-technische Assistentinnen.

138 Patienten wurden mit dem Coachingkonzept ein halbes Jahr lang in Gruppen betreut. Die EUHCF hat zur Ausbildung der Coaches und zur Schulung der Patienten ein eigenständiges Konzept entwickelt, dessen Herzstück ein E-Learning-Portal für Coaches und Patienten ist. Für Coaches stehen hier 16 E-Learning-Module als Videos zur Verfügung. Diese vermitteln nicht nur medizinische, sondern auch psychologische Fachkenntnisse, etwa zu Ursachen und Katalysatoren einer Verhaltensänderung bei Patienten sowie Kommunikationstechniken wie z.B. das „Aktive Zuhören“. Coaches haben durch das E-Learning-Tool die Möglichkeit, die Ausbildung ohne Reiseaufwand durchzuführen und sie haben Zugriff auf ständig aktualisierte Schulungsinhalte.

Zusätzlich hat die EUHCF für Coaches verschiedene schriftliche Schulungsmaterialien entwickelt, die die Betreuung von Diabetespatienten unterstützen soll. Über das E-Learning hinaus bietet die EUHCF Präsenzveranstaltungen für Coaches an, in denen sie Kommunikationstechniken trainieren und vertiefen können.

Für Patienten stehen in dem E-Learning-Portal ebenfalls Videofilme zur Verfügung, die die Coaches während der Betreuungssitzung abspielen können. Den Patienten wird in diesen Filmen einerseits Diabeteswissen vermittelt, zum anderen werden hier Wege zur Verhaltensänderung erläutert und verschiedenste Aspekte der Krankheitsbewältigung vermittelt. Patienten arbeiten während der Betreuung auch mit einem von der EUHCF entwickelten „Smartbook“, in das sie persönliche kurzfristige und langfristige Ziele eintragen und verfolgen. Sie führen Ernährungstagebücher und Blutzuckertabellen und erlernen Techniken, die eine Verhaltensänderung katalysieren können. Weiteres Material zur Patientenedukation der EUHCF sind Hörspiele und Hörbücher, das heißt CDs und DVDs, die die Patienten in ihrem Umgang mit der Erkrankung unterstützen sollen.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass beide Gruppen der Teilnehmer - Apotheker und Patienten - das Betreuungskonzept außerordentlich gut angenommen haben. Das Wissen in der Apotheke wurde durch die Schulung eindeutig optimiert - alle Apotheker haben die Tests mit den Multiple-Choice-Fragen zu den Schulungsinhalten nach der Ausbildung bestanden und mindestens 80 Prozent der Fragen richtig beantwortet. Die Lerninhalte und das Betreuungskonzept selbst wurden von den Apothekern als besser bzw. sehr viel besser als herkömmliche Fortbildungen bewertet. Der Großteil der Apotheker gab an, dass die Betreuung der Patienten sich vorteilhaft auf die Positionierung der Apotheke ausgewirkt habe. Auch die Patienten waren sehr zufrieden mit dem zusätzlichen Betreuungs-Angebot. Den Coaches gaben sie die Durchschnittsnote 1,7, die Patientenvideos bewerteten sie mit 1,6. Darüber hinaus gaben sie an, gelernt zu haben, mit ihrer Erkrankung besser umgehen zu können. Verbessert haben sich aber auch die $HbA1_c$-Werte von 71 Prozent der Patienten - und zwar um durchschnittlich 0,7 Prozentpunkte. „Von dem Programm können viele Diabetes-Patienten profitieren“, führt Gänshirt aus. „Sowohl jene mit einer frischen Diagnose, die lernen müssen, mit ihrer Erkrankung umzugehen, um Folgeerkrankungen vorzubeugen, als auch multimorbide Hochrisikopatienten mit einem hohen $HbA1_c$-Wert, die intensiv begleitet werden müssen.”

Finanziert wurde die Studie aus Mitteln der LINDA AG in Köln, der EUHCF in der Schweiz und der Vitanet GmbH in Mannheim. In Zukunft will die Stiftung das Konzept allen interessierten Akteuren des Gesundheitssystems anbieten, d. h. sowohl Ärzten und Apotheken und deren Mitarbeitern, anderen Heilberuflern, Krankenkassen, Krankenhäusern, der Industrie und weiteren Interessierten. „Wir hoffen, dass dieses Konzept bei vielen Gruppen auf Interesse stößt, damit den Patienten geholfen werden kann“, erklärt Ganshirt, die nachdrücklich darauf hinweist, dass das Konzept grundsätzlich allen Interessengruppen zur Verfügung stehen soll - was auch der Mission ihrer gemeinnützigen Stiftung entspricht. <<