Zweites Schmerzforum der Deutschen Schmerzgesellschaft (DSG)

„Schmerz ist das, was der Patient sagt“

Schmerz ist ein vielschichtiges Thema. Es ist ein multiprofessionelles Thema. Es ist ein politisch-gesellschaftliches Thema. All das wurde auf dem Zweiten Schmerzforum der Deutschen Schmerzgesellschaft (DSG) mehr als deutlich, auf dem DSG-Präsident Prof. Dr. Michael Schäfer für eine „wohnortnahe, möglichst flächendeckende, niederschwellige Schmerzversorgung“ plädierte. Mit seiner Forderung, aber auch dem Hinweis sowohl auf das von allen Schmerzgesellschaften gemeinsam verabschiedete Konsenspapier, in dem eine abgestufte Schmerzversorgung in Deutschland skizziert wird, als auch auf die jüngste Verabschiedung der Gemeinsamen Gesundheitskonferenz (GMK) zur Schmerzversorgung und der Errichtung einer Ad-hoc-Kommission zur Erstellung eines Schmerzatlas, der den Istzustand der aktuellen Schmerzversorgung mit dem tatsächlichen Schmerzversorgungsbedarf in Korrelation setzen soll, traf er auf offene Ohren der anwesenden Vertreter aus Wissenschaft, Forschung und Ärzteschaft, aber auch der Politik und der Pflege.

>> Aus Sicht des Deutschen Pflegerates sei es zu begrüßen, gab Pflegerats-Präsident Andreas Westerfellhaus in seinem Impulsvortrag zu Protokoll, dass die auch von Schäfer angesprochene Verabschiedung der Gesundheitsministerkonferenz eine Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung bedeute. Doch nun sei die Umsetzung des Beschlusses hin zur Entwicklung konkreter Maßnahmen im pflegerischen und medizinischen Alltag gefragt. Aus seiner Sicht sei es unabdingbar, der Thematik Schmerz über alle Berufsgruppen hinweg eine neue, andere Bedeutung beizumessen. Denn, so Westerfellhaus: „Schmerztherapie ist eine interdisziplinäre und interprofessionelle Aufgabe, die intersektoral wirken muss.“ Hierzu bedürfe es dringend eines weiteren Aufbaus von Qualifizierungsstrukturen für Pflegende und Medizinern, für Physiotherapeuten sowie für Apotheker – und das in allen Sektoren. Hier gelte es bereits existierende Modelle wie das der schmerzfreien Stadt Münster bekannt zu machen und zu vernetzen.

Für Dr. med. Martina Wenker, der Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, gebe es zur Zeit diverse Themenkomplexe, die sie intensiv beschäftigen würden. Der erste sei das Querschnittsthema der Hygiene, das der Antibiotikaresistenzen sowie die Palliativ- und Hospizversorgung als auch die Schmerzmedizin, mit der sie sich als ausgebildete Internistin fachlich auseinandersetze. Doch gerade in der Schmerzversorgung im Kontext von Krankenhausplanung und Qualitätssicherung auf Bundes- und Landesebene sei alles andere als trivial, eine qualitativ gute Schmerzversorgung zu messen. Da jedoch gutes und erfolgreiches Schmerzmanagement ein komplexes Querschnittsthema sei, das verschiedene Berufsgruppen und Fachdisziplinen multi- und interprofessionell beteilige, könne ein „schlichter Qualitätsindikator Schmerz oder Nichtschmerz“ als Grundlage eventueller Vergütungszu- oder -abschläge



DSG-Präsident Prof. Dr. Michael Schäfer (li.) und Pflegerats-Präsident Andreas Westerfellhaus beim 2. Schmerzforum der DSG.

im Rahmen künftiger Krankenhausfinanzierung ihrer Einschätzung nach diesem Problem „auch nicht annäherungsweise gerecht werden“. Wenn man an den GMK-Beschluss denke, sei nach Meinung der Bundesärztekammer zunächst eine systematische Entwicklung valider Qualitätssicherungsinstrumente nötig, ähnlich wie bei anderen Querschnittsthemen wie Hygiene, nosokomialer Infektion, Entlassmanagement und Dekubitusprophylaxe auch. Wenker, die ganz ausdrücklich an die anwesenden Vertreter von G-BA, von IQTiG und der Bundesländer appellierte: „Bitte forcieren Sie zunächst eine systematische Entwicklung von validen Qualitätssicherungsinstrumenten, die dann auch wirklich das messen und abbilden, was sie nachher verbessern wollen und mit denen man auch wirklich die Qualität dingfest machen kann.“

Diese Indikatoren zu erarbeiten, sei auch ein zentrales Anliegen ihrer Profession und auch der Bundesärztekammer, denn „wir wollen unsere Patienten gut und qualitativ hochwertig versorgen“. Sie wies unter anderem auf die ärztlichen Qualitätsinitiativen hin, in der auch für den Bereich der Schmerztherapie mehrere freiwiilige Qualitätssicherungsprojekte initiiert worden wären – wie etwa das Qualitätsmanagement Akutschmerzthera-

GMK-Konsensbeschluss

Anstelle von Thomas Barta (Leiter der Abteilung Gesundheit im Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg), der das Schmerzforum aufgrund der Flüchtlingsthematik nicht besuchen konnte, referierte Thomas Isenberg, der Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft, den im Juni einstimmig gefassten GMK-Konsensbeschluss der Bundesländer. Darin sei beschlossen worden, dass eine Reihe von Krankenhausträgern Strukturen schaffen sollen, um eine interdisziplinäre und interprofessionelle Schmerztherapie in diesen Häusern zu etablieren. Ebenso werde in diesem Beschluss auf den Fakt eingegangen, dass im ambulanten Bereich die Zahl der niedergelassenen Schmerztherapeuten zwar zugenommen habe, indes die bisherigen Bemühungen nicht ausreichen würden, ein adäquates Schmerzmanagement im ambulanten und stationären Bereich flächendeckend zu gewährleisten. Zweitens erwartet nach Isenbergs Worten die Gesundheitsministerkonferenz der Länder von den in den Krankenhäusern Verantwortlichen, dass sie eine qualifizierte Versorgung und Behandlung schmerzkranker Menschen sowohl während eines stationären Aufenthalts, aber auch beim Übergang in die ambulante oder rehabilitative Nach- und Weiterbehandlung interdisziplinär und intersektoral gewährleisten. Drittens hätte die GMK begrüßt, Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich einzuführen, und auch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gebeten, für ein strukturiertes Akutschmerzmanagement der Krankenhäuser Qualitätskriterien zu entwickeln.

pie oder eines für schwerkranke Kinder. Wenker: „Hier finden gerade die Verantwortlichen der Politik ganz spannende Ideen, wie man wirklich ein vernünftiges Qualitätsindikatorenset entwickeln kann, mit denen man dann auch ein gutes Schmerzmanagement und eine gute Ergebnisqualität messen kann."

Während beim letzten Schmerzforum im vergangenen Jahr die damals anwesenden Politiker sich darin einig gewesen waren, dass es im Bereich der Schmerzversorgung kein Erkenntnisproblem, sondern ein Umsetzungsdefizit gibt, konnte der in diesem Jahr am Schmerzforum teilnehmende Lothar Riebsamen (CDU) „noch nicht erkennen, an welcher Stelle wir genau nachjustieren müssten". Falls dies notwendig sei, würde das die Politik natürlich machen, doch hoffe er doch sehr, dass „die Selbstverwaltung auch an dieser Stelle weiß, was sie zu tun hat".

Tut sie das? Wohl eher (noch) nicht, wie Ilona Köster-Steinebach, Referentin der Patientenvertretung für Gesundheit und Pflege beim G-BA, ihren Eindruck beschrieb, indem sie sagte: „Das Thema Schmerz ist praktisch noch gar nicht im Gemeinsamen Bundesausschuss angekommen." Was zum Teil daran liegen mag, dass es an validen Messinstrumenten mangele, weshalb sie Wenkers Ausführungen sehr begrüße. Köster-Steinebach: „Um diese validen Messinstrumente zu haben, brauchen wir vor allen Dingen methodisch hochwertige Patientenbefragungen."

Genau an dieser Stelle sei sie sehr glücklich darüber, meinte sie an Riebsamen und die ebenfalls anwesende Mechthild Rawert (SPD) gewandt, „dass Sie beide hier sind". Die Politik müsse ganz konkret helfen, denn derzeit würden Patientenbefragungen im G-BA, insbesondere, wenn es um Schmerz gehe, an datenschutzrechtlichen Vorgaben scheitern. Hier habe zwar das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) einen Gesetzgebungsvorschlag erarbeitet, der eine gute Grundlage schaffen könnte, um insbesondere Schmerz, aber auch Schnittstellenproblematiken viel besser als bisher in den Griff zu bekommen. Dennoch lautet ihre Forderung, dass die Politik dem G-BA das Thema Schmerz aufgeben müsse, damit es der Patientenvertretung leichter falle, entsprechende Anträge zu initiieren. Das notierte Riebsamen mit, der meinte, er habe da offene Ohren und würde den Input, den er hier bekomme, mit in seine Arbeit aufnehmen.

„Es ist in der Tat wohl so, dass endlich die Qualität über den Koalitionsvertrag in die Versorgung eingeführt werden soll", erklärte Univ.-Prof. em. Dr. Prof. h.c. Edmund A.M. Neugebauer, der Vorsitzende des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNVF), in seinem Impulsvortrag. Wenn man über „gute Qualität" spreche, meine man indirekt auch Schmerzen, nicht vorhandene Schmerzen oder eben die Beseitigung von Schmerzen. Leider sei aber derzeit gerade die sektorübergreifende Qualitätssicherung noch ein riesiges Problem. Und ebenso leider komme der Schmerz in der Vorgabe für die gesetzliche Qualitätssicherung – wenn dann überhaupt – nur innerhalb einzelner Krankheitsbilder vor. Wie in der Stellungnahme der Deutschen Schmerzgesellschaft gefordert müsse deshalb ein fächerübergreifender Qualitätsindikator definiert werden, was er auch aus Sicht des DNVF als den einzig sinnvollen Weg erachte, denn: „Sonst kommen wir in absehbarer Zeit nicht dahin, wohin wir wollen."

Klares Qualitätsziel formulieren

Um einen solchen fächerübergreifenden Qualitätsindikator zu konsentieren, müsse man zu aller Erst ein klares Qualitätsziel formulieren. Danach erst gehe es um „Steuerung und Beeinflussbarkeit". Natürlich könne man Behandlungspfade entwickeln, Fortbildungsmaßnahmen – auch verpflichtend – einführen. Nur: „Wir können Qualität immer noch nicht richtig messen." Was aber nicht heißen solle, das man nicht damit beginnen könne, bereits vorhandene Instrumente auch einzusetzen. Neugebauer: „Wir haben in Deutschland häufig das Problem, dass wir nicht anfangen, weil wir immer wieder ein neues Problemfeld sehen." Deswegen geht auch sein Appell dahin, tatsächlich den G-BA zu beauftragen, sich dieses wichtigen Problems zu stellen.

Prof. Dr. Winfried Meißner (QUIPS), der den Worten seines Vorredners „in den allermeisten Punkten wirklich" zustimmen konnte, brachte aktuelle Zahlen in die Forumsrunde. Erst in den letzten Jahren sei bewusst geworden, das tagtäglich in den Krankenhäusern chronische Schmerzprobleme produziert würden. In Deutschland werden ungefähr 40.000 Operationen pro Tag und damit zwischen 14 und 16 Millionen Operationen pro Jahr durchgeführt. Durch diverse Studien sei nun bekannt, dass ungefähr 20 Prozent der operierten Patienten nach sechs oder zwölf Monaten über Schmerzen klagen, wobei nur 3 bis 4 Prozent dieser Patienten behandlungsbedürftige Schmerzen hätten. Doch genau um diese 3 bis 4 Prozent der Patienten gehe es. Das Problem sei aber, dass die Chirurgen und Anästhesisten, also diejenigen, die diese Schmerzen mitverursachten, diese Patienten nicht wiedersehen, weil diese den Hausarzt, den Internisten oder den Orthopäden aufsuchen würden. Diese Kollegen, so Meißner, würden aber nun vielleicht nicht die klinische Vorgeschichte kennen, oder eventuell auch nicht wissen, dass es so etwas wie einen Mechanismus der Schmerzchronifizierung überhaupt gibt. Meißner: „Wir wissen zum Teil aber auch noch nicht genug, was wir dagegen tun können." Während es durchaus evidenzbasierte Instrumente und auch Leitlinien gebe, die die Situation und die Schmerztherapie in den Krankenhäusern verbessern könnten, sei die Nachfolgebehandlung vor allem ein gesundheitspolitisches Problem, das sich monate- oder jahrelang auswirkt.

Vor allem an Neugebauer gerichtet meinte Meißner: „Wir haben Qualitätsindikatoren, die die Qualität in Krankenhäusern verbessern." Dazu müsste aber verpflichtend auch eingeführt werden, dass jedes Krankenhaus einen Akutschmerzdienst aufbauen müsse. „Dann würden wir auf einen Schlag die Qualität der Schmerztherapie verbessern können," sagte Meißner. In Deutschland sei das bisher aber nur bei rund 50 Prozent der Krankenhäuser der Fall. Zum Vergleich: in Holland bei 95 Prozent aller Krankenhäuser – dort ist das eben verpflichtend. Seine Frage: „Warum können die Holländer das und wir nicht?" Dabei wäre das eine ideale und sofort umsetzbare Maßnahme, welche die Qualität zumindest im Bereich der operativen Schmerztherapie deutlich verbessern würde.

Mit diesen Worten sprach er nahezu Heike Norda aus dem Mund, die im Schmerzforum als 1. Vorsitzende die Initiative Schmerzlos e.V. vertrat. Sie stellte klipp und klar fest: „Schmerz ist das, was der Patient sagt." Das bedeute, dass man diese Aussage sehr wohl messen könne, und zwar, „indem man den Patienten befragt und das, was der Patient sagt, notiert und dann auch ernst nimmt." Doch genau hier liege das große Problem, das viele Schmerzpatienten, die sich an Patientenorganisationen wenden, schildern: „Sie fühlen sich nicht ernst genommen." Ihre Forderung: „Es darf in Deutschland nicht dem Zufall oder dem Wohnort überlassen bleiben, wie die Schmerzversorgung, die ein Patient bekommt, ausgestaltet wird, weder beim Hausarzt, weder beim Facharzt, noch im Krankenhaus." Wenn sich hier alle an die schon vorhandenen und geltenden Leitlinien halten würden, brauche es auch nicht so viele neue Instrumente. Und man könne vor allem „sofort anfangen etwas zu verbessern". <<

von: MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier