

Schmerz

ökonomische
Herausforderungen
und politische Aufgaben

MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e.V.

META FORUM



Symposium des Metaforum e.V.
am 21.03.2019 im MSD hub berlin

Schmerz

ökonomische Herausforderungen und politische Aufgaben

mit Grußworten und Beiträgen von

Dr. Clemens Kuhne | Leiter MSD hub berlin

Kai Martens | Grüenthal Deutschland

Claudia Moll | MdB

Prof. Dr. Matthias Zimmer | MdB

Dr. Kirsten Kappert-Gonther | MdB

Prof. Dr. Volker Ulrich | Universität Bayreuth

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid | MetaForum

Harald Weinberg | MdB

Dr. Bernhard Arnold | BVSD

Dr. Kristin Kieselbach | BVSD

Dr. Roland Leuschner | BKK Dachverband

Vorwort von

**Prof. Dr. Clarissa Kurscheid,
Dr. Albrecht Kloepper**

Chronischer Schmerz stellt nicht nur eine große Belastung für die Betroffenen und ihre Angehörigen dar, auch die Volkswirtschaft wird massiv von Arbeitsausfällen durch chronischen Schmerz getroffen. Ökonomen schätzen, dass rund ein Viertel aller Krankheitstage allein durch Rückenschmerz verursacht werden. Auch für einen großen Teil der Frühverrentungen sind chronische Schmerzen die Ursache. In der Addition von direkten Gesundheitsausgaben und volkswirtschaftlichen Kosten durch Arbeitsunfähigkeit ist Chronischer Schmerz damit vermutlich die teuerste Versorgungsindikation unseres Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssystems.

Umso erstaunlicher ist es, dass dieses Problem bislang fast ausschließlich von Gesundheitspolitikern in den Blick genommen wird, während die Verantwortungsträger der übrigen Sozial- und der Wirtschaftspolitik dieses Phänomen eher randständig behandeln. Auch arbeitspolitisch wird das Thema kaum flankiert – und das, obwohl die Auswirkungen chronischer Schmerzen direkte Konsequenzen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer haben.

Ein Leitmotiv des MetaForum e. V., der die Veranstaltung federführend ausgerichtet hat, lautet: Health in all policies – Gesundheit in allen Politikbereichen. Das Beispiel Chronischer Schmerz verdeutlicht wie kaum ein anderes Thema, dass ein gesundheitspolitischer Ansatz, der ausschließlich vom Gesundheitsministerium aus gedacht wird, zu kurz gegriffen ist und der Komplexität der Problematik nicht gerecht wird.

Ziel des Symposiums „Schmerz – ökonomische Herausforderungen und politische Aufgaben“ war es daher, nachhaltige Impulse zu geben, um das Problem zukünftig auch in den Fokus von der Wirtschafts- und Arbeitspolitik zu rücken.

Unser herzlicher Dank gilt den Referentinnen und Referenten der Veranstaltung, die durch ihre fachkundigen Ausführungen die hohe Relevanz des Themas für die unterschiedlichen Politikressorts verdeutlicht haben: Prof. Dr. Volker Ulrich (Universität Bayreuth), Dr. Bernhard Arnold (BVSD), Dr. Kristin Kieselbach (BVSD), Dr. Roland Leuschner (BKK DV) sowie Harald Weinberg, MdB (Die Linke).

Darüber hinaus danken wir den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die mit ihren wertvollen Wortbeiträgen zu einer erkenntnisreichen Diskussion beigetragen haben. Die Veranstaltung wurde unterstützt von der MSD Sharp & Dohme GmbH sowie von der Grünenthal GmbH – auch dafür bedanken wir uns herzlich.

In der vorliegenden Dokumentation werden die Beiträge des Symposiums zusammenfassend dargestellt. Für weiterführende Gespräche mit Vertreterinnen und Vertretern aus Politik, Fachkreisen und Wissenschaft stehen wir auf Anfrage gern zur Verfügung.



Prof. Dr. Clarissa Kurscheid
Vorstandsvorsitzende MetaForum e. V.
FiGuS Forschungsinstitut für
Gesundheits- und Systemgestaltung



Dr. Albrecht Kloepper
Geschäftsführer MetaForum e. V.
iX Institut für Gesundheitssystem-
entwicklung

Grußwort von **Dr. Clemens Kuhne**,
Leiter MSD hub berlin und Direktor
Gesundheitspolitik von MSD Deutschland



Es ist kein Zufall, dass sich im MSD hub berlin wiederfindet, wer Veranstaltungen des MetaForums besucht. Denn mit Fug und Recht darf MSD für sich in Anspruch nehmen, bereits vor mehr als zehn Jahren den Gründungsimpuls für den gemeinnützigen Verein „MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit“ gegeben zu haben. Als Mitinitiator und einer der Sponsoren dieses gesundheitspolitischen Think Tanks pflegen wir nach wie vor eine enge Partnerschaft und Verbundenheit mit dem MetaForum. Es ist uns daher eine große Freude, für die Veranstaltung „Schmerz – ökonomische Herausforderung und politische Aufgaben“ den örtlichen Rahmen zu bieten, mitzudenken und neue Impulse zu setzen zu können.

Es mag eher ungewöhnlich erscheinen, dass ein pharmazeutisches Unternehmen seine Tore und Türen für andere Akteure und Themen öffnet. Doch so ungewöhnlich ist es gar nicht (mehr). MSD hat mit seinem MSD hub berlin – also dem Hauptstadtbüro – im Jahre 2018 ganz bewusst einen Ort geschaffen, an dem Gesundheitspolitik von unterschiedlichen Perspektiven beraten, bewertet, diskutiert und weitergedacht wird – mit-

ten im Regierungsviertel, in Sichtweite des Deutschen Bundestages und des Bundeskanzleramtes sowie in direkter Nachbarschaft zum Bundesforschungsministerium und der Charité. Spätestens seit unserer Büroeröffnung ist der Schritt erfolgt, mit dem die pharmazeutischen Unternehmen mehr in die Öffentlichkeit rücken und den direkten Dialog und Austausch mit Politik, Selbstverwaltung, Öffentlichkeit, Wissenschaft, Gesundheitswirtschaft sowie Patientinnen und Patienten suchen. MSD gab hier den Startschuss, andere werden nachziehen. Die pharmazeutische Industrie braucht sich nicht zu verstecken, wir haben nichts zu verbergen. Im Gegenteil leben auch wir von Partnerschaft und Austausch. In einer fortschreitend digitalen Welt, über deren disruptiven Wirkung wir (langsam) eine Ahnung bekommen, wird es ohne Offenheit, Transparenz und Klarheit der Positionen und des Tuns nicht mehr gehen.

Ganz besonders freut es uns daher, dass das MetaForum – getreu seinem Ansatz „health in all policies“ – mit seiner Veranstaltung und der vorliegenden Dokumentation zum Thema „Schmerz“ dieses Problem im besten Sinne ganzheitlich und mit einem ressortübergreifenden Ansatz beleuchtet hat. Denn Schmerz ist in der Tat weit mehr als ein ausschließlich gesundheitliches oder gesundheitspolitisches Problem. Sowohl die Ursachen als auch die Folgen des Chronischen Schmerzes berühren weit mehr politische Ressorts als ausschließlich das Gesundheitssystem: Wirtschafts-, Sozial-, Familien- und Umweltpolitik sind in mindestens ebenso großem Maße gefordert, wenn es darum geht, Ursachen und vor allem Lösungen für dieses volkswirtschaftlich große Gesundheitsproblem zu finden.

Gerade einem solchen Ansatz stellt sich der MSD hub berlin besonders gerne zur Verfügung, denn auch hier soll quer und über die Ressortgrenzen hinweg gedacht werden. Dafür treten wir an und dafür stellen wir uns auch gerne Freunden und Partnern zur Verfügung.

Wir wünschen den Leserinnen und Lesern der Dokumentation eine anregende Lektüre und freuen uns auf Ihren Besuch im MSD hub berlin!

Ihr *Dr. Clemens Kuhne*

Grußwort von **Kai Martens**,
Grünenthal,
Leiter Geschäftsbereich Deutschland



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

als einer der Schmerzexperten unter den Pharmaunternehmen in Deutschland hat Grünenthal gerne an dem mit hochkarätigen Rednern besetzten Symposium „Schmerz – ökonomische Herausforderungen und politische Aufgaben“ am 21. März 2019 in Berlin teilgenommen und sich in die Diskussionen eingebracht. Es ist uns wichtig, immer wieder die Aufmerksamkeit auf Themen zu lenken, die über den rein medizinischen Tellerrand hinausblicken. Deshalb freuen wir uns auch sehr, dass das MetaForum das Thema des Symposiums so gewählt hat, um hier aus unterschiedlichsten Blickwinkeln ins Gespräch zu kommen. Grünenthal hat im letzten Jahr mit einem parlamentarischen Frühstück zum Thema „Schmerz – ein BIP-relevantes Problem“ hier auch bereits Anstöße für eine weitergehende Diskussion gegeben.

Die ökonomischen Herausforderungen, die die Volkskrankheit Schmerz an die Gesellschaft stellt, sind vielfältig. Schmerz ist vermutlich – gemessen an den volkswirtschaftlichen Gesamtkosten – das größte Versorgungsproblem im deutschen Wirtschafts- und Gesundheitssystem. Eine Tatsache, die nachdenklich stimmen sollte und zum Handeln aufruft. Ziel muss es daher sein, dass alle Akteure an einem Strang ziehen. Eine engere Verzahnung der „Gesundheitler“ mit den „Arbeitlern und Sozialen“ wäre da schon ein guter Anfang. Hier wurden bereits erste Verbindungen geknüpft, beispielsweise zwischen Frau Claudia Moll MdB, Aachener Bundestagsabgeordnete im Gesundheitsausschuss, und Herrn Prof. Dr. Matthias Zimmer MdB, Obmann der CDU/CSU-Fraktion im Ausschuss für Arbeit und Soziales, die ausschussübergreifend die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Aspekte von chronischen Schmerzen begutachteten. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Wirtschaftspolitik ist, gerade auch aus Kostensicht, dringend geboten. Denn die Leiden chronischer Schmerzpatienten zu minimieren, auch um den Preis geringer Mehrkosten im Gesundheitsbereich, ist nicht nur aus einer ethischen Perspektive geboten, sondern kann z.B. erhebliche Kosten für eine Frühverrentung im Bereich Arbeit und Soziales einsparen.

Über diese zentrale Gesamtproblematik tauschten sich die Experten aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitssektors im Symposium intensiv aus. Es wurde diskutiert, welche Relevanz dem Problem chronischer Schmerz in einer gesamtwirtschaftlichen Betrachtung tatsächlich zukommt, wie die Situation verbessert werden könnte und welcher Regelungsbedarf hierfür besteht. Auf den nächsten Seiten werden einige interessante Beiträge und Diskussionsinhalte für Sie dokumentiert. Ich möchte mich sehr herzlich bei allen Referenten, Teilnehmern und natürlich auch bei den Durchführenden des Metaforums sowie unserem Gastgeber für die gelungene Veranstaltung bedanken.

Ihr *Kai Martens*

Gastbeiträge

Claudia Moll,
MdB,
Mitglied des Gesundheitsausschusses



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Aus meiner Zeit als Altenpflegerin kenne ich die Herausforderungen, die es im Bereich der Schmerzbehandlung gibt. Gleichwohl ist mir bewusst, dass Schmerz auch ein subjektives Empfinden und nur schwer messbar ist. Denn: Jeder Mensch empfindet Schmerz anders. Es ist unter anderem die Aufgabe der Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten sich auf den jeweiligen Patienten bzw. die Patientin entsprechend des subjektiv empfundenen Schmerzlevels einzustellen und angemessen zu agieren.

Als Bundestagsabgeordnete habe ich mir vorgenommen, das Thema Schmerz auf die politische Agenda zu setzen. Denn wir wissen: Schmerz ist eines der größten gesundheitlichen Probleme weltweit. Allein in Deutschland berichten 23 Millionen Menschen über chronische Schmerzen.

95% davon klagen über chronische Schmerzen, die nicht durch Tumorerkrankungen verursacht sind. Das sind viel zu viele Patientinnen und Patienten, die unter Schmerzen leiden müssen, die behandelbar wären.

Darüber hinaus sind Schmerzen nicht nur ein körperliches Leiden. Durch die verringerte Lebensqualität haben sie auch ernstzunehmende psychische Krankheitsbilder zur Folge. Hinzu kommt, dass es oft immer noch viel zu lange dauert, bis eine entsprechende Diagnose gestellt wird und daraus folgend eine wirksame Therapie begonnen wird. Die Gefahr einer Chronifizierung von Schmerzen ist hoch, vor allem auch bei postoperativen Schmerzen.

Abgesehen vom gesundheitlichen Schaden jedes betroffenen Menschen verursacht Schmerz auch sehr hohe volkswirtschaftliche Kosten. Zwar sind verlässliche Angaben zur genauen Höhe schwierig, es wird jedoch davon ausgegangen, dass die Kosten zwischen 20,5 und 29 Mrd. EUR liegen. Diese Summen setzen sich aus direkten Kosten wie Behandlung, Rehabilitation oder Medikamenten und indirekten Kosten durch vorzeitige Verrentung oder Arbeitsunfähigkeit zusammen.

Die Ursachen für diesen Missstand sind vielfältig: Leider ist das medizinische Fachpersonal in Bezug auf Schmerz nicht immer ausreichend qualifiziert. Außerdem gibt es keine verpflichtende Qualitätssicherung in den Krankenhäusern: Der Qualitätsunterschied der Schmerzbehandlung für die Patientinnen und Patienten ist enorm, je nachdem in welchem Krankenhaus sie behandelt werden. Ein weiteres großes Problem ist auch die häufig fehlende interdisziplinäre Zusammenarbeit in Bezug auf Schmerztherapie.

Was muss getan werden?

Es gibt bereits in einigen Kliniken interdisziplinäre Akutschmerzdienste. Diese Dienste leisten wichtiges Akutschmerzmanagement und können

so dazu beitragen, die Chronifizierung von Schmerzen nach Operationen zu verhindern. Diese Dienste sind sehr erfolgreich und es müssen Anreize gesetzt werden, dass auch andere Kliniken ähnliche Dienste einsetzen – auch in konservativ therapierenden Abteilungen.

Egal ob Akut- oder chronischer Schmerz: Was wir brauchen ist eine einheitliche und verpflichtende Qualitätssicherung in der Schmerzbehandlung. Der Gemeinsame Bundesausschuss wurde hiermit beauftragt und entwickelt derzeit Qualitätskriterien für ein strukturiertes Schmerzmanagement. Ich bleibe in Kontakt und dränge darauf, dass es zeitnah praktikable Ergebnisse geben wird. Für die Patientinnen und Patienten ist es wichtig Transparenz zu schaffen: Wo bekomme ich welche Schmerztherapie?

Hier wäre es, auch und gerade in Hinblick auf die vielzitierte Digitalisierung, beispielsweise denkbar, z.B. ein „Bürgerportal“ einzuführen, welches diese Informationen zusammenführt. Glücklicherweise findet das Thema Schmerz und dessen Behandlung zunehmend Aufmerksamkeit und wir beobachten erste positive Entwicklungen. So gibt es beispielsweise mittlerweile immer mehr Ärzte mit der Zusatzqualifikation Schmerz. Dadurch hat sich die Situation unter anderem für Tumorpatientinnen und -patienten deutlich verbessert.

Wir alle wissen, es gibt noch einiges zu tun, aber wir sind auf dem richtigen Weg. Die ersten Schritte sind getan, lassen Sie uns die notwendigen nächsten Schritte gemeinsam angehen.

Ihre **Claudia Moll, MdB**

Prof. Dr. Matthias Zimmer,

MdB, Obmann der CDU/CSU Bundestagsfraktion im Ausschuss für Arbeit und Soziales, Stellvertretender Vorsitzender der CDU/CSU-Arbeitnehmergruppe, Stellvertretendes Mitglied im Gesundheitsausschuss



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

leider konnte ich am 21. März 2019 am Symposium „Schmerz – ökonomische Herausforderungen und politische Aufgaben“ nicht teilnehmen. Aber dieses Thema beschäftigt mich seit längerem. Ist hier doch neben dem politischen Alltag im Gesundheitswesen, wie GSAV, TSVG, Entlassmanagement und einer in Deutschland nicht existierenden, aber von manchen Panikmachern herbeigeredeten, Opioidkrise oder den Themen im Bereich Arbeit und Soziales, wie Grundrente, sachgrundlose Befristung und Digitalisierung der Arbeitswelt, ein Themengebiet mit spannenden Potential.

Hier habe ich den Wissenschaftlichen Dienst des Bundestages gebeten, eine Zusammenstellung verschiedener Krankenkassenreports zu erstellen, welche am Beispiel Schmerz die hohen Folgekosten einer chronischen Erkrankung hinsichtlich Ausfallzeiten am Arbeitsplatz oder drohende Frühverrentung aufzeigt. Diese werde ich Ihnen im Folgenden vorstellen.

Es gilt ressortübergreifend und nicht nur im Haushalt des eigenen Ministeriums orientiert, Kostenersparnis zu generieren. Gerade schlecht oder nicht behandelter Schmerz verursacht sehr hohe Folgekosten und ist in der Tat ein BIP-relevantes Problem. Dabei habe ich den „Hauptnutzen“ eines solchen Vorgehens bis jetzt noch unerwähnt gelassen – eine bessere Patientenversorgung mit einer signifikanten Verbesserung der Lebensqualität.

Hier möchte eine Kollegin aus dem Gesundheitsausschuss und ich initiativ werden und für eine engere, über den Tellerrand blickende, Zusammenarbeit der beiden Ausschüsse werben und weitere Kollegen gewinnen, die sich der Thematik annehmen.

In dieser Broschüre, Dank an alle Mitwirkenden, möchte ich Ihnen eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestages, anderer Quellen und meine Schlussfolgerungen darstellen. Es gibt noch viel zu tun!

Jährlich fallen circa 154 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems an. Diese Zahl dürfte allerdings noch unterschätzt sein, da lediglich durch Arzt an Krankenkassen gemeldete Arbeitsunfähigkeitstage erfasst sind. Fakt ist jedoch: Muskel-Skelett-Erkrankungen machen den Großteil aller Arbeitsunfähigkeitstage aus, noch deutlich vor psychischen Störungen. Laut Statistischem Bundesamt stehen die durch Muskel-Skelett-Erkrankungen verursachten Kosten an vierter Stelle (an höchster Stelle stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit über 46 Mrd. Euro). Und auch das Robert-Koch-Institut bestätigt, dass Erkrankungen

an der Wirbelsäule heute „von herausragender epidemiologischer, medizinischer und gesundheitsökonomischer Bedeutung“ sind. Insgesamt verzeichnen wir durch Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems einen Ausfall an Bruttowertschöpfung von mehr als 30 Milliarden Euro jährlich. Diese Zahlen unterstreichen die Vermutung, dass Schmerz mit zu den teuersten Versorgungsproblemen gehört.

Welche Probleme und Möglichkeiten der Prävention gibt es? Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat in einer Untersuchung festgestellt, dass ein sehr großer Teil von Schmerzbeschwerden nicht in Behandlung ist (circa die Hälfte der Schmerzbeschwerden im Rücken-, Nacken- und Schulterbereich). Die Auswertung des Wissenschaftlichen Dienstes zeigt, die gesetzlichen Krankenkassen sind sich der Problematik der Muskel-Skelett-Erkrankungen sehr bewusst. Sie leisten daher Präventionsarbeit durch gezielte Zusammenarbeit mit Betrieben (Prävention durch Gesundheitstage, Kurse, Bonusprogramme für Bewegung, Vorträge, etc.). Das Hauptproblem scheint jedoch vielmehr in der defizitären Schmerzversorgungsinfrastruktur zu liegen – also: Schmerzen sollten nicht nur rechtzeitig, sondern auch professionell behandelt werden, damit sie nicht chronisch werden.

Was können wir besser machen? Mein Eindruck ist, es gibt mittlerweile die Erkenntnis (unter Ärzten, Wissenschaftlern, Krankenkassen und auch in der Politik), dass die Schmerzversorgung in Deutschland unzureichend ist. In Deutschland gibt es zu wenige niedergelassene Schmerzmediziner. Daher müssen wir uns durchaus die Frage nach den Rahmenbedingungen stellen, und sollte vielleicht auch in der Ausbildung von Jungmedizinerinnen und in der Weiterbildung die Schmerzmedizin besser repräsentiert sein als dies bisher der Fall ist? In Anbetracht der demographischen Entwicklung wird das Thema in Zukunft mit Sicherheit virulenter – schon deshalb müssen wir die Versorgungslage in den Griff bekommen.

Ihr **Prof. Dr. Matthias Zimmer** MdB

Interview **Dr. Kirsten Kappert-Gonthier**,
MdB, Bündnis 90/Die Grünen,
Obfrau und ordentliches Mitglied
im Gesundheitsausschuss



Kloepfer: In unserem Symposium „Schmerz – ökonomische Herausforderungen und politische Aufgaben“ wollten wir das Thema Schmerz umfassend adressieren. Dazu gehört für den gemeinnützigen Verein „MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit“ vor allem der Ansatz „health in all policies“. Deswegen stellt sich für uns primär die Frage: In wie weit ist das Thema „Schmerz als volkswirtschaftliches Problem“ im politischen Berlin in anderen Ressorts angekommen, z.B. im Wirtschaftsministerium und im Ministerium für Arbeit und Soziales?

Kappert-Gonthier: Es sollte viel mehr angekommen sein! Tatsächlich ist Schmerz ja für ungefähr ein Drittel der Bevölkerung ein relevantes Lebensproblem. Ein Drittel aller Menschen sind im Alltag belastet durch ein chronisches Schmerzerleben. Die volkswirtschaftlichen Auswirkungen sind

enorm – wir gehen von etwa 25 Milliarden Euro jährlichen Kosten durch chronischen Schmerz aus. Daher wäre es nur richtig, wenn dieses relevante Problem im Bereich der Arbeits-, Wirtschafts- und Gesundheitspolitik viel stärker adressiert werden würde.

Kloepfer: Was kann der Gesundheitsausschuss dafür tun – und was tut er vielleicht schon?

Kappert-Gonthier: Wir adressieren über den Gesundheitsausschuss immer wieder relevante Themen, die das Thema Gesundheit im weiteren Sinne betreffen, also nicht nur innerhalb der engen Grenzen des Wirkungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung. Der von Ihnen angesprochene Ansatz „health in all policies“ wird ja auch von der WHO empfohlen. Wir von Bündnis 90/Die Grünen versuchen das immer wieder in den Fokus zu rücken – gerade auch beim Thema Schmerz. Schmerz ist ein extrem komplexes biopsychosoziales Geschehen. Und da spielt der Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung eine besonders große Rolle. Da müssen wir ganz früh beginnen, denn dazu gehören auch Fragen wie „Wie sieht der Schulweg eines Kindes aus?“, „Sind die Schultaschen ergonomisch so gestaltet, dass sie nicht zu frühen Rückenschäden führen?“. Man muss herauskommen aus den Grenzen des SGB V und danach schauen, was man auch etwa im Bereich der Stadtentwicklung dafür tun kann, dass Menschen gesund aufwachsen, leben und alt werden können. Und: Schmerz spielt für alle Altersgruppen eine Rolle: Jugendliche, die an chronischem Kopfschmerz leiden, Kinder, die chronische Bauchschmerzen haben, Erwachsene, die durch Rückenschmerz arbeitsunfähig werden. Da gibt es sehr viel zu tun.

Kloepfer: Nun gibt es nicht nur verschiedene gesundheitspolitische Blasen, sondern das ganze Gesundheitssystem ist ja gewissermaßen „verblast“. Wir sehen in der Schmerzversorgung, dass das System dem schmerztherapeutischen Ansatz, interprofessionell und intersektoral zu arbeiten, im Grunde zuwiderläuft. Wir haben weiterhin ein System, dass sich gliedert in

ambulant, stationär, Hausärzte, Fachärzte, innerhalb der Fachärzte wiederum in Anästhesisten, Kardiologen und so weiter. Das ist meiner Meinung nach einer integrierten Versorgung, wie wir sie eigentlich brauchen, eher hinderlich. Wie kann dieses Problem auf politischer Ebene angesprochen und gelöst werden?

Kappert-Gonthier: Es ist absolut richtig, dass noch immer viel zu viel innerhalb der engen Sektorgrenzen gedacht und gehandelt wird, und im Übrigen auch zu sehr arztzentriert. In der Aufzählung, die Sie gerade vorgenommen haben, haben Sie von den verschiedenen Fachärzt*innen und Hausärzt*innen gesprochen. Nicht nur, aber auch im Bereich der Schmerztherapie spielen aber noch viel mehr Gruppen eine Rolle: die Pflege, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Psychotherapeut*innen. Auch da müssen wir viel mehr zu einer Interprofessionalität, zu einem Arbeiten auf Augenhöhe kommen. Ich halte es für notwendig, dass die Kolleg*innen viel mehr miteinander sprechen und ihre Erkenntnisse zum Wohle der Patient*innen bündeln. Wir haben noch immer die Situation, dass bei einer Patientenüberweisung von der Hausärzt*in zur Fachärzt*in häufig zu wenige Informationen fließen. Da muss viel mehr passieren: patientenbezogene Telefonkonferenzen wären ein Instrument, das man auch durch die Vergütung fördern müsste.

Kloepfer: Die schmerztherapeutische Schmerzkonferenz ist ja genau so aufgebaut: interprofessionell, intersektoral. Die Schmerztherapeuten haben immer wieder Probleme, dass im EBM bzw. in der GOÄ abbilden zu lassen. Das heißt, das Prinzip „Einer führt, einer ist Teampartner“ gibt es bisher nur in der ASV – und da wird es wenig gelebt.

Kappert-Gonthier: Wir wissen beispielsweise aus den skandinavischen Ländern, in denen die interprofessionelle Arbeit seit Jahren systematisch gefördert wird, dass dort die Ergebnisse besser sind – obwohl weniger Untersuchungen durchgeführt werden und im Schnitt weniger Arzt/Pati-

enten-Kontakte stattfinden. Nur, weil dort das eigentlich einfache Prinzip „Miteinander reden“ stärker gelebt und gefördert wird. Diese strukturelle Verankerung der integrierten Versorgung wünsche ich mir auch für Deutschland.

Kloepfer: Ich möchte noch auf zwei Bereiche kommen, die mit Prävention zu tun haben. Das erste ist meiner Meinung nach ein erneuter Fehlanreiz im Disease Management „Rückenschmerz“. Es gab vorbereitende Gespräche dazu und die Rückmeldung war: Verhinderung von Rückenschmerz ist nicht Teil des DMP's Rückenschmerz. Rückenschmerz muss sich also erst einmal manifestieren, bevor ein Patient in den Genuss eines DMP's kommen kann. Das halte ich für sehr bedenklich. Wir müssen uns klar machen, dass wir eine ganze Menge Präventionsmaßnahmen eigentlich viel früher beginnen könnten und sollten. Gibt es in diese Richtung Ideen?

Kappert-Gonthier: Es ist richtig, dass der ganze Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Deutschland leider noch immer in den Kinderschuhen steckt. Auch im aktuellen Präventionsgesetz bleibt die Thematik in den engen SGB V-Grenzen hängen. Das halte ich für falsch. Wir wissen, dass die Krankenkassen flächendeckend Rückenschulungen anbieten, die insgesamt keine nachhaltige Wirkung entfalten. Da müsste man viel früher anfangen, um Rückenschmerzen gar nicht erst entstehen zu lassen. Man muss für die gesamte Bevölkerung – getreu dem Motto „health in all policies“ – gesundheitsfördernde Städte, Schulen und Arbeitsplätze entwickeln. Wir wissen ja, dass Schmerz auch eine starke psychosoziale Komponente hat. Auch Überforderung, Stress, mangelnde Arbeitspausen – all das sind Dinge, die flankierend zu einer Verringerung der Schmerzproblematik angegangen werden müssen. Es ist dringend an der Zeit!

Kloepfer: Wir sehen einen weiteren Fehlanreiz: durch das DRG System bewegt man sich weg von der konventionellen Schmerztherapie hin zu operativen Maßnahmen. Man kann das in den vorhandenen Daten ganz deutlich sehen, was seit Einführung der DRG's passiert ist. (siehe Abb. S. 37)

Auch hier müsste man eigentlich gestaltend eingreifen. Die Politik scheint aber oft einfach die Augen zu schließen und zu sagen: Die innere Ausgestaltung des Systems ist Aufgabe der Selbstverwaltung. Gibt es dort nicht eigentlich politischen Handlungsbedarf?

Kappert-Gonthier: Zumindest gibt es die politische Möglichkeit, die Thematik stärker zu adressieren und darauf hinzuwirken, dass Prävention politikfeldübergreifend eine größere Rolle einnimmt. Prävention ist quasi ein ungehobener Schatz. Die Politik kann – und sollte – auch das Präventionsgesetz reformieren. Auch der generelle gesundheitsfördernde Ansatz „Health in all policies“ muss mehr in den Fokus genommen werden. Insofern denke ich auch: Die Politik kann und sollte mehr tun.

Symposiumsbeiträge

Prof. Dr. Volker Ulrich,
Universität Bayreuth



Prof. Dr. Volker Ulrich führte in seiner Keynote aus gesundheitsökonomischer Perspektive in das Thema ein. Gleich zu Beginn stimmte er der Einschätzung der Veranstaltungsorganisatoren zu, dass eine bessere Versorgung von chronischen Schmerzpatienten nur durch ein interdisziplinäres Vorgehen erreicht werden könne, das über die Grenzen des Gesundheitssystems hinausreiche. Dies gelte auch vor dem Hintergrund, dass es bisher kaum eine Öffentlichkeit für die Problematik gebe, während chronische Schmerzen gleichzeitig mit großem Leid für die Betroffenen und ihre Angehörigen verbunden seien. Zudem sei Chronischer Schmerz eine der Indikationen mit den höchsten Gesundheitskosten, wenn man direkte und indirekte Kosten zusammenrechne.

Prävalenz und ökonomische Auswirkungen

Schätzungen gingen davon aus, so Ulrich, dass in Deutschland etwa zehn bis 20 Prozent der Bevölkerung unter Chronischem Schmerz leiden, dies

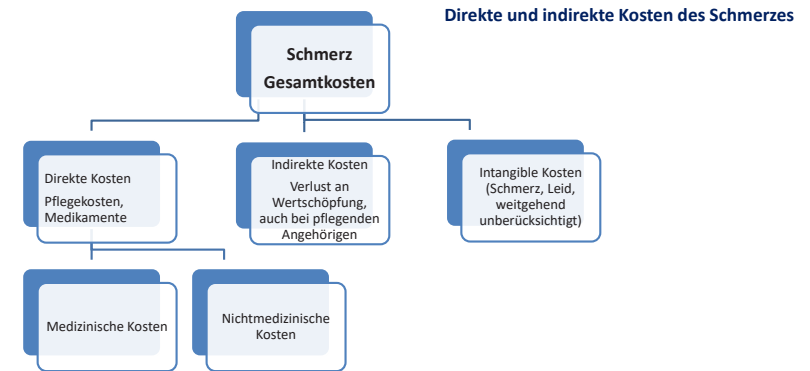
seien zwischen acht und 16 Mio. Menschen. Bei Erwachsenen sei der Rücken die am häufigsten betroffene Körperregion, während Jugendliche häufiger unter Kopfschmerzen litten und Kinder unter Bauchschmerzen. Oft gebe es keine eindeutige somatische Ursache für Chronischen Schmerz.

Etwa jeder zehnte Erwachsene fühle sich von chronischen Schmerzen in seinem Alltag beeinträchtigt. Diese Beeinträchtigungen beträfen einerseits den Bereich Beziehung und Familie (39 Prozent), andererseits das Erwerbsleben. Bei 50 Prozent der Schmerzpatienten habe die Erkrankung Auswirkungen auf ihren Beschäftigungsstatus, 18 Prozent sähen sich sogar gar nicht in der Lage, zu arbeiten.

Laut einer BKK-Statistik machten Muskel- und Skelettbeschwerden rund ein Viertel aller Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) aus. Bemerkenswert sei hierbei, so Ulrich, der Vergleich zwischen Ost und West: In den westdeutschen Bundesländern lag nach einer Berechnung der AOKen die Anzahl der AU-Tage aufgrund von Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens bereits Mitte der 1980er Jahre auf hohem Niveau. In den ostdeutschen Bundesländern sei diese Zahl dagegen ab 1992 von einem relativ niedrigen Status regelrecht hochgeschwollen, bis sie 1997 fast das Niveau der westdeutschen Zahlen erreicht hatte.

Schätzungen zufolge verursache Chronischer Schmerz für die Volkswirtschaft Kosten in Höhe von bis zu 40 Mrd. EUR pro Jahr. Zugrunde lägen hier einerseits die direkten Kosten, also die unmittelbaren Versorgungskosten, und andererseits die indirekten Kosten, also die Kosten, die aufgrund von Produktivitätsverlusten durch Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit entstehen.

In diesem Zusammenhang merkte Ulrich an, dass die Gesamtheit aller indirekten Krankheitskosten einem Wert von vier Mio. verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren pro Jahr entspräche. Chronischer Schmerz als eine der wichtigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit habe daran einen erheblichen Anteil.



Internationale Dimensionen: Europa und USA

Mit dem Blick auf die internationale Ebene zeigte Ulrich auf, dass in Europa etwa 150 Mio. Menschen – also etwa jeder Fünfte – unter chronischen Schmerzen leiden. Dies verursache Kosten in Höhe von 240 Mrd. EUR pro Jahr.

In den USA seien im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung sogar noch mehr Menschen betroffen: Rund 100 Mio. Erwachsene klagten über chronische Schmerzen, also deutlich mehr als jeder Dritte – und mehr als die Summe aller Patienten mit Herzerkrankungen, Diabetes und Krebs. Die direkten und indirekten Krankheitskosten beliefen sich dort auf 635 Mrd. US-Dollar pro Jahr. Eine drastische Folge der Schmerz-Problematik sei dort zudem, dass die Behandlung bei fünf bis acht Millionen Menschen auf der Gabe von Opioiden basiere. Dies ziehe eine extrem hohe Rate an Drogensüchtigen nach sich: Jeder dritte bis vierte Drogenabhängige gebe an, durch die opioid-basierte Schmerztherapie in die Sucht geraten zu sein. Angesichts von mehr als 190 Drogentoten pro Tag in den USA sei dies eine alarmierende Zahl.



Schmerzversorgung: Wege der Patienten durch das System

Bei länger anhalten Schmerzen seien Hausärzte, so Ulrich, für die Betroffenen die erste Adresse. Einer Evaluation des AOK-Bundesverbandes zufolge habe ein Viertel aller erwachsenen AOK-Versicherten bereits mindestens einmal einen Arzt wegen Rückenschmerzen aufgesucht, die Hälfte von ihnen ausschließlich den Hausarzt. Insgesamt seien Rückenschmerzen der dritthäufigste Anlass aller Konsultationen bei den Hausärzten und der häufigste Anlass bei den niedergelassenen Orthopäden und Chirurgen. Die AOK-Evaluation zeige bezogen auf die Indikation Rückenschmerz im Zeitraum von 2006 bis 2010 außerdem einen Anstieg der Bildgebung um 40 Prozent, der Verordnung von Opioiden um 32 Prozent und von invasiven Injektionstherapien um 69 Prozent.

Aufgrund fehlender Zahlen für Deutschland zog Ulrich zudem Ergebnisse einer österreichischen Befragung aus dem Jahr 2014 heran, die weitestgehend auf Deutschland übertragbar sein dürften: Zum einen suchten chronische Schmerzpatienten in den letzten zwölf Monaten häufiger Hausärzte und Fachärzte auf als Versicherte ohne diese Symptomatik (Hausärzte: 87,8 vs. 70,6 Prozent; Fachärzte: 78,2 vs. 65,4 Prozent). Zum anderen gab ein Viertel aller Befragten mit mittleren bis starken chronischen Schmerzen an, in den letzten zwölf Monaten stationär behandelt worden zu sein (25,7 Prozent). Bei den Befragten ohne oder mit geringer Schmerzintensität traf dies nur auf 10,7 Prozent zu. Dies sei auch vor dem Hintergrund relevant, dass Hospitalisierungen in der Versorgung von Schmerzpatienten den größten Kostenfaktor darstellten.

Versorgungsherausforderungen: Arzneimitteltherapiesicherheit und Nutzenbewertung

Ein weiteres Ergebnis der Gesundheitsbefragung aus Österreich werfe, so Ulrich, wichtige Fragen der Versorgungssteuerung auf: Fast 80 Prozent der Patienten mit mittleren bis schweren chronischen Schmerzen nehme mindestens ein verschreibungspflichtiges Medikament ein. Zusätzlich gab in dieser Gruppe annähernd jeder zweite Befragte (42,9 Prozent) an,

dass er mindestens ein nicht verschreibungspflichtiges Medikament anwende. Hinzu käme die Thematik des demografischen Wandels, die einerseits Auswirkungen auf die Prävalenz von Erkrankungen habe, die mit chronischen Schmerzen einhergingen. Andererseits kämen hier weitere Komorbiditäten ins Spiel, sodass Aspekte der Arzneimitteltherapiesicherheit umso stärker ins Gewicht fielen. Hier sei eine sinnvolle und sorgfältige Versorgungssteuerung gefragt.

Generell, erklärte Ulrich, seien chronische Erkrankungen mit schwer zu bewertenden intangiblen Kosten im Rahmen des Morbi-RSA benachteiligt. Dies läge auch daran, dass in der Nutzenbewertung harte Endpunkte wie progressionsfreies Überleben oder Überleben in Lebensjahren besser messbar seien. Bei chronischen Schmerzen habe man es dagegen mit weichen Endpunkten zu tun, die insbesondere die Lebensqualität betreffen. Vor diesem Hintergrund fehle es an Anreizen für die Qualitätsmessung und die Entwicklung strukturierter Versorgungsprogramme in der Schmerztherapie.

Fazit: Versorgungsmanagement ausbauen, Effizienz erhöhen, Lebensqualität steigern!

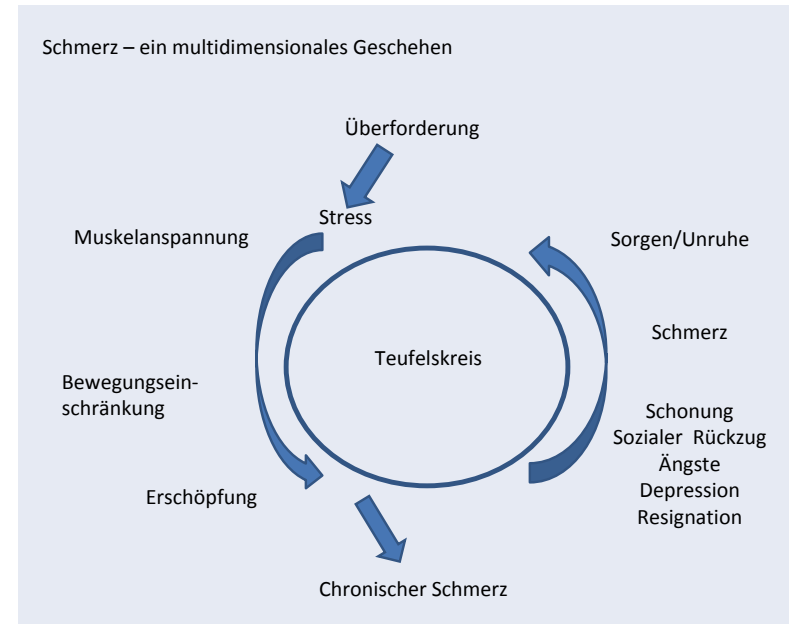
Chronischer Schmerz sei eine Indikation, die sich bei den Betroffenen in zahlreichen Sphären auswirke und das Gesundheitssystem auf unterschiedlichsten Ebenen fordere, fasste Ulrich seine Ausführungen zusammen. Vor diesem Hintergrund sei ein sektorenunabhängiger, interdisziplinärer, multimodaler Therapieansatz unerlässlich. Im Vordergrund müsse die Vermeidung von Chronifizierung stehen. Hierfür sei es erforderlich, dass Diagnosen beschleunigt würden und das Versorgungsmanagement ausgebaut werde.

Für die Patienten liege der größte Nutzen in der Steigerung der Lebensqualität. Dies bedeute auch, dass Therapieansätze auf die patientenspezifischen Bedürfnisse abgestimmt werden müssten. Eine Chance sieht Ulrich hier auch in der verstärkten Nutzung digitaler Möglichkeiten.

Prof. Dr. Clarissa Kurscheid,
MetaForum



Prof. Dr. Clarissa Kurscheid verdeutlichte zu Beginn ihres Beitrags die Situation, in der sich Schmerzpatienten häufig wiederfänden: Biologische Prozesse wie Muskelverspannungen, Entzündungen oder Nervenkompressionen zögen Reaktionen auf der Verhaltensebene sowie auf der kognitiven und der emotionalen Ebene nach sich. Die Überzeugung, man müsse sich schonen, führe beispielsweise zur Vermeidung von körperlicher Aktivität. Dies habe wiederum Auswirkungen auf das Freizeitverhalten, das Zusammenleben in der Familie und auf die berufliche Leistungsfähigkeit. Häufig neigten Patientinnen und Patienten in der Folge zur innerlichen Katastrophierung, was auf der emotionalen Ebene in Hilflosigkeit, Ärger, Traurigkeit und Verzweiflung münde. Wir haben es, so Kurscheid, also mit einem sich verstärkenden Wechselspiel mehrerer Dimensionen zu tun, in dem außerdem Aspekte wie Schmerzintensität und -qualität sowie Ort und Zeit eine Rolle spielen.

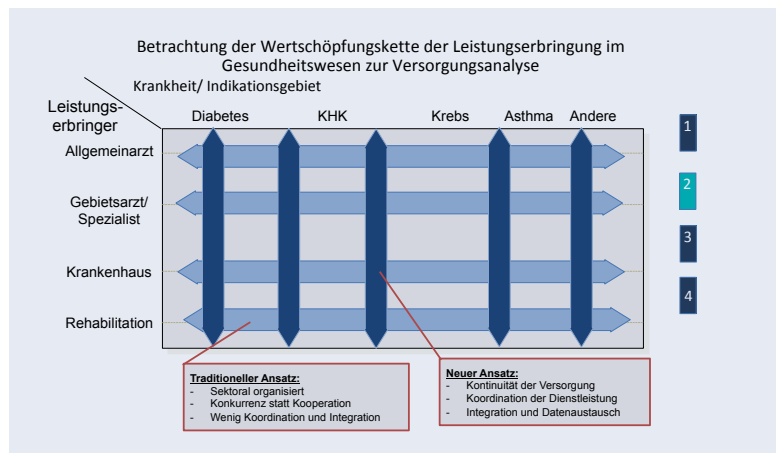


Im Labyrinth der Schmerzversorgung

Ein Faktor, der zusätzlich zur Verunsicherung der Patientinnen und Patienten beitrage, sei die fehlende Information über geeignete Versorgungsangebote. Ist der Hausarzt der richtige Ansprechpartner oder sollte man lieber einen Facharzt aufsuchen? Kann außerhalb der Sprechzeiten ein Apotheker helfen oder geht man besser gleich in die Notaufnahme eines Krankenhauses? – Viele Betroffene fühlten sich bei ihrem Suchprozess gleichsam wie in einem Irrgarten.

Doch selbst nachdem die Patientinnen und Patienten in die Versorgung gelangt seien, bleibe das Problem der fehlenden Transparenz und der mangelnden Informationsweitergabe vielfach bestehen. Dies gelte insbesondere im Anschluss an einen Klinikaufenthalt.

Ob es um die Bereitstellung der Gesundheitsdaten, die Verfügbarkeit von Arzneimitteln, die Aushändigung eines Medikationsplans oder die Bereitstellung der Entlassdokumentation gehe – an den Schnittstellen zwischen den Sektoren, zwischen einzelnen Leistungserbringern, aber auch zwischen Arzt und Patient fehle es an Koordination und standardisierten Prozessen. Noch immer werde das mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz 2015 reformierte Entlassmanagement in der Praxis nicht gelebt.



Sektorale Fragmentierung vs. Versorgungsintegration

Seit nunmehr zwei Jahrzehnten habe der Gesetzgeber Anstrengungen unternommen, um die traditionelle Sektorentrennung zugunsten von mehr interdisziplinärer Zusammenarbeit und einer besseren Verzahnung der Sektoren aufzubrechen. Das Spektrum der Reformen reiche vom Anspruch auf Versorgungsmanagement über Modellvorhaben und die Besondere Versorgung bis hin zur Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) und zu den im Innovationsfonds geförderten Projekten. Doch obwohl heute vielfältige rechtliche Möglichkeiten gegeben seien, bleibe Versorgung vielerorts noch immer im traditionellen, sektoral organisierten Ansatz verhaftet.

Best-Practice-Beispiel: Ärztenetz Lingen

Wie es besser funktionieren kann, erläuterte Kurscheid am Beispiel des Gesundheitsnetzes Lingen. Die Hausärzte im Netz hatten dort wahrgenommen, dass Patienten sie häufig mit diffusen Beschwerden wie Rückenschmerzen, Kopfschmerzen oder Erschöpfung aufsuchten und um eine AU-Bescheinigung baten. Um diese Patienten schnell in die für sie geeigneten Versorgungspfade zu leiten und eine Chronifizierung der Beschwerden zu verhindern, führte das Netz eine Lotsenposition ein. Die Lotsin bespricht mit den Betroffenen die persönliche Situation und unterstützt sie dabei, an geeignete Versorgungs- und Unterstützungsangebote zu gelangen.

Politische Forderungen

Neben solchen Formen der Versorgungssteuerung sei es dringend nötig, dass sektorenübergreifende und interdisziplinäre Ansätze endlich zum Versorgungsstandard würden, anstatt die Ausnahme zu bilden. Die Koordination der Dienstleistung und die Kontinuität der Versorgung müssten gewährleistet sein, ebenso wie die Integration der Leistungen und der dafür erforderliche Datenaustausch.

Mit vier politischen Forderungen schloss Kurscheid ihre Ausführungen ab:

- Die Vergütung muss sich an die Versorgungslogik anpassen.
- Es müssen mehr Optionen zur interprofessionellen Zusammenarbeit entwickelt werden.
- Die angestrebte Verzahnung der Sektoren sollte aktiv in der staatsmittelbaren Selbstverwaltung gelebt werden.
- Um eine adäquate Versorgung zu gewährleisten, muss seitens der Politik ein ressortübergreifendes Denken gefördert werden.

Harald Weinberg,
MdB, Stellvertretender Vorsitzender
des Ausschusses für Gesundheit



Der Bundestagsabgeordnete und Gesundheitspolitiker Harald Weinberg (Die Linke) bedankte sich für die Impulse, die er aus der Veranstaltung mitnehmen könne. Er bedauerte, dass keine Kolleginnen und Kollegen aus anderen Ressorts anwesend seien, insbesondere aus dem Arbeits- und Sozialausschuss.

Nach den Referaten von Herrn Prof. Dr. Ulrich und Frau Prof. Dr. Kurscheid sehe er umso deutlicher, dass beim Thema Chronischer Schmerz Schnittstellen zur Arbeits- und Sozialpolitik vorhanden seien. Allerdings sei hierfür seiner Einschätzung nach bisher kein gemeinsames Bewusstsein vorhanden. Er selbst wolle sich dafür einsetzen, auf verschiedenen Ebenen für die Problematik zu sensibilisieren.

Eine Herausforderung sehe er darin, dass ein gemeinsames Vorgehen verschiedener Ressorts gleichzeitig verschiedene Finanzierungssystematiken berühre.

Allein die Aufschlüsselung der Kosten von Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit sei komplex. Hier bestehe stets die Gefahr, Verschiebepunkte zu schaffen, was am Ende nicht zielführend sei.

Briefe von Betroffenen, die sein Büro erreichten, belegten, was Frau Prof. Dr. Kurscheid ausgeführt habe: Zahlreiche Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen irrten durch das System und fühlten sich nicht angemessen versorgt. Seiner Einschätzung nach liege dies, so Weinberg, auch daran, dass Chronischer Schmerz im Vergleich zu anderen chronischen Krankheiten nicht deutlich genug als eigenständige Indikation wahrgenommen werde. Es müsse – auch bei den Hausärzten – eine Sensibilisierung stattfinden, um Chronischen Schmerz als Krankheitsbild zu akzeptieren. Er stimme Kurscheid aber auch in dem Punkt zu, dass die Versorgungsrealität sich zu langsam in Richtung einer besseren intersektoralen und interdisziplinären Zusammenarbeit bewege.

Abschließend konstatierte Weinberg, dass Chronischer Schmerz zu selten auf der Agenda des Gesundheitsausschusses stehe. Angesichts der großen Zahl der Betroffenen sehe er hier konkreten Handlungsbedarf.

Impulse an die Politik

Dr. Albrecht Kloepper (MetaForum; iX Institut für Gesundheitssystementwicklung) wies auf einen Webfehler der Disease Management Programme (DMP) hin. Im Zuge von Gesprächen mit Vertretern der KBV zur Entwicklung eines DMP Chronischer Schmerz habe er eingebracht, dass auch die Möglichkeit der Vermeidung einer Chronifizierung berücksichtigt werden müsse. Er habe als Antwort erhalten, dass dies im Rahmen von DMPs nicht vorgesehen sei. Aus Sicht von Kloepper sei diese Konstruktion verbesserungswürdig, da sie dazu anreize, Patienten in die Chroniker-Versorgung

hineinzusteuern, auch wenn die Chronifizierung noch vermeidbar wäre. Die DAK habe den Vorschlag einer Prä-DMP im Bereich Diabetes gemacht. Diesen Vorschlag halte er für sinnvoll, zudem sei er möglicherweise auch auf andere Indikationen wie Chronischer Schmerz übertragbar.

Wolfgang Straßmeir (BVSD) stellte ein Versorgungsmodell für Chronischen Schmerz vor, das der BVSD in Zusammenarbeit mit der KBV entwickelt habe. Es handele sich dabei um eine abgestufte ambulante multimodale schmerztherapeutische Versorgung, die sich am Vorbild der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV) orientiere. Das Konzept sehe vor, dass sich die Teams aus Hausärzten, Schmerztherapeuten, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und ggf. Ergotherapeuten zusammensetzen. Je nach Situation des Patienten würde dieser eine abgestufte koordinierte Versorgung erhalten. Aus Sicht Straßmeirs bedürfe es nun auch des Einwirkens der Politik auf die Selbstverwaltung, um das Versorgungsmodell in die Regelversorgung zu bringen.

Dr. Hubert Schindler (S.M.S. Consulting) merkte an, dass man dem Mangel an Schmerztherapeuten aktiv entgegensteuern müsse. Hier müssten einerseits die Vergütungsregeln vereinheitlicht werden, da es in der ambulanten Schmerzversorgung drei unterschiedliche Vergütungshöhen gebe. Andererseits sei es aus seiner Sicht nötig, das Krankenhausfinanzierungsgesetz dahingehend zu reformieren, dass es sich für ein Krankenhaus lohne, Schmerztherapeuten einzusetzen. Diese sollten dann auch für die Versorgung im Rahmen der ASV zur Verfügung stehen.

Dr. Bernhard Arnold, Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)



Zum Verständnis der Versorgungssituation sei es wichtig zu verstehen, dass wir es im Bereich der Chronischen Schmerzstörung stets mit einem Zusammenspiel aus biologischen, psychologischen und sozialen Belastungen zu tun haben, erklärte Dr. Bernhard Arnold zu Beginn seines Vortrags. Diese würden sich wechselseitig unterstützen und verstärken.

Meilenstein F45.41: Kombination aus somatischen und psychischen Faktoren

Sinnvoll sei in diesem Zusammenhang die 2009 erfolgte Untergliederung der allgemeinen ICD „Anhaltende Schmerzstörung“ (F45.4) in die „Anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ (F45.40) und die „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ (F45.41).

Schmerz – ökonomische Herausforderungen und politische Aufgaben

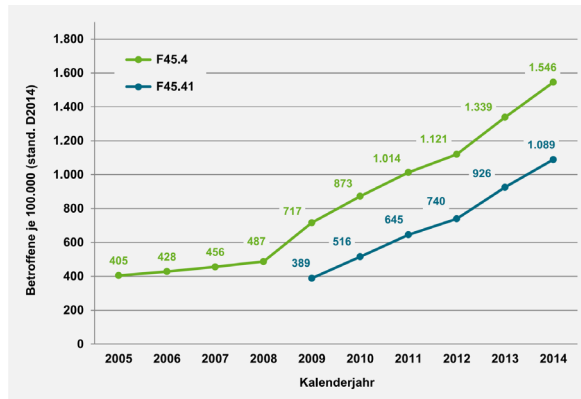
**Chronische Schmerzstörung**

Abbildung 30 Betroffene je 100.000 Diagnosen F45.4 und F45.41 in Kalenderjahren (BARMER GEK; stand. D2014)

Schmerz – ökonomische Herausforderungen und politische Aufgaben

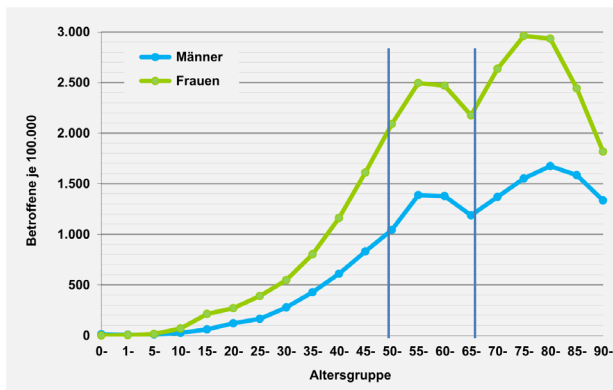
**Chronische Schmerzstörung: Altersverteilung**

Abbildung 31 Anzahl Betroffene F45.41 je 100.000 nach Alter und Geschlecht 2014 (BARMER GEK)

Eine Diagnose, die somatische und psychische Faktoren kombiniere, habe es zuvor nicht gegeben, sodass es für Ärzte nicht möglich gewesen sei, die komplexe Schmerzsymptomatik diagnostisch korrekt einzuordnen.

Die Differenzierung schaffe ein höheres Maß an Transparenz und bringe somit wichtige Erkenntnisse für die Schmerzversorgung. So zeigten Abrechnungsdaten der BARMER, dass die Häufigkeit von F45.41-Diagnosen im Zeitraum zwischen 2009 bis 2014 um fast das Dreifache angestiegen sei.

Zudem wiesen die Daten aufgeschlüsselt nach Altersgruppen einen Höhepunkt zwischen dem 50. und 65. Lebensjahr auf, also im letzten Drittel der Erwerbstätigkeitsphase. Arnold vermutete hier einen engen Zusammenhang zwischen der Erwerbstätigkeitssituation und der Schmerzsymptomatik.

Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“: Theorie und Praxis

Im Folgenden nahm er die nationale Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“ in den Blick. Darin sei vorgesehen, dass bereits nach sechs Wochen Schmerzdauer ein multidisziplinäres Assessment erfolgt. Prädestiniert für diese Aufgabe seien Schmerztherapeuten. In der Praxis dauere es jedoch durchschnittlich vier Jahre bis ein Patient erstmals bei einem Schmerztherapeuten vorstellig werde!

In diesen vier Jahren durchliefen Patienten mit Rückenschmerzen meist verschiedene medizinische Prozeduren, darunter Bandscheiben-OP, Spondylodese sowie invasive Verfahren an der Wirbelsäule. In den letztgenannten beiden Bereichen wiesen InEK-Daten einen deutlichen Anstieg zwischen 2005 und 2014 auf, was mit erheblichen Kosten für das Gesundheitssystem verbunden sei. Gleichzeitig gebe die Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“ jedoch eindeutig negative Empfehlungen zu operativen Verfahren ab. Empfohlen würden stattdessen die Steigerung des Aktivitätsniveaus, Edukation, Verhaltenstherapie und multimodale Schmerztherapie.

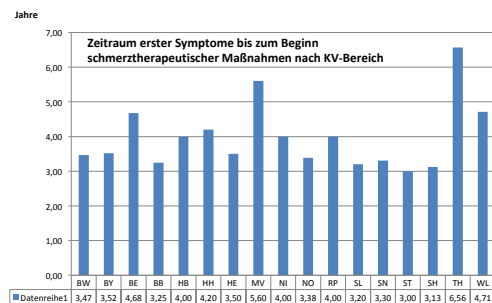
Die immense zeitliche Lücke zwischen den Empfehlungen der Versorgungsleitlinie und der Versorgungspraxis sei, so Arnold, aus verschiedenen Gründen von Bedeutung. Einerseits werde hier ein großes Potenzial zur Vermeidung von Chronifizierung verschenkt, was vor allem zulasten der Lebensqualität der Patienten gehe. Andererseits stiegen die Krankheitskosten mit der Chronifizierung exponentiell. So verursachten 14 Prozent der chronischen Rückenschmerzpatienten 64 Prozent der direkten und indirekten Krankheitskosten. Gelänge es, hier in einem früheren Stadium gegenzusteuern, könnten signifikante Einsparungen realisiert werden.

Schmerz – ökonomische Herausforderungen und politische Aufgaben



Patienten: Chronizität der Schmerzen

Durchschnittliche Erkrankungsdauer bis zur Erstvorstellung 4 Jahre



Aktuell müsse man jedoch von einer gravierenden Fehlversorgung sprechen, die im Übrigen bereits seit Langem bekannt sei: Schon im Jahr 2000 sei dies im Gutachten des Sachverständigenrats angeprangert worden. – Im Gutachten von 2018 werde die Situation nahezu unverändert schlecht beurteilt.

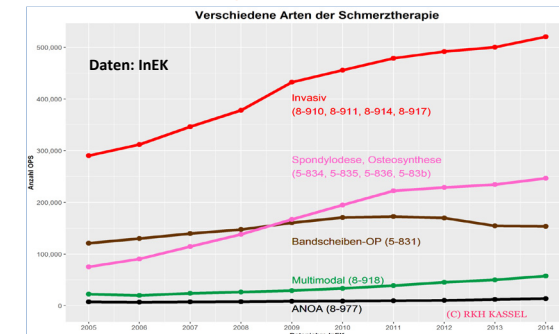
Ansatz der multimodalen Schmerztherapie

Am Beispiel der Tagesklinik des Helios Amper-Klinikums Dachau zeigte Arnold auf, wie eine multimodale Schmerztherapie aussehen kann. Dort

Schmerz – ökonomische Herausforderungen und politische Aufgaben



Stationäre Behandlung Rückenschmerz



setze sich das interdisziplinäre Behandler-Team aus Schmerzmedizinern, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Mototherapeuten, Ergotherapeuten und spezialisierten Pflegekräften zusammen. Die Patienten erhielten einen Therapieplan, der sich aus zahlreichen unterschiedlichen körperorientierten und psychotherapeutischen Bausteinen zusammensetzte.

Eine Evaluation zeige, dass mit diesem Ansatz mittelfristig gute Erfolge erzielt werden können. So seien beispielsweise 62,5 Prozent der Patienten, die zu Beginn der Therapie arbeitsunfähig waren, sechs Monate später wieder berufstätig gewesen. Langfristig seien die Erfolge selbst mit dem beschriebenen Intensivprogramm jedoch noch nicht zufriedenstellend: Nach 60 Monaten seien 14 von 24 erwerbstätigen Patientinnen und Patienten vorzeitig berentet worden.

Versorgungsbruch beim Übergang der Akutversorgung in die Rehabilitation

An diesem Punkt rückten, so Arnold, die Reha-Angebote der Rentenversicherung in den Fokus. Zwar habe man auch dort im Zusammenhang mit Chronischem Schmerz den Bedarf an psychotherapeutischen Maßnahmen erkannt. Gleichwohl sei die Therapie in den Reha-Einrichtungen nach

wie vor sehr körperorientiert und die Einbindung psychotherapeutischer Elemente gestalte sich eher rudimentär. Schmerztherapeutische Kompetenz des Personals sei nicht vorgesehen.

Zu diesem Punkt ergänzte Dr. Kristin Kieselbach (BVSD), dass die Reha-Einrichtungen das Zusammendenken somatischer und psychischer Faktoren noch nicht ausreichend in die Praxis umgesetzt hätten. So würden Patienten mit M-Diagnosen (also rein somatischen Diagnosen) in die orthopädische Rehabilitation gesteuert, während man Patienten mit F-Diagnosen wie der F45.41 psychosomatisch ausgerichteten Reha-Einrichtungen zuweise. Das bedeute, dass eine Patientengruppe fast ausschließlich orthopädische Maßnahmen erhalte, die andere Gruppe vorwiegend Psychotherapie.

Deutlich werde laut einer Untersuchung nach Patientengruppen, so Arnold, dass Patienten mit der eingangs erwähnten Kombination aus biopsycho-sozialen Belastungsfaktoren die Reha-Einrichtungen schon aus rein ökonomischer Sicht überfordere, da sie Kostensteigerungen um mehr als 100 Prozent verursachten.

Fazit: Fehlanreize beseitigen, Versorgungsmanagement ausbauen

In seinem Fazit schloss Arnold sich den Ausführungen von Prof. Dr. Ulrich an: Wichtig seien frühzeitige Diagnosen, die Vermeidung von Chronifizierungen und ein solides, zielgerichtetes Versorgungsmanagement. Hier gelte es, auf interdisziplinäre Zusammenarbeit zu setzen und stärker in den Alltagssettings der Menschen zu intervenieren, also auch direkt am Arbeitsplatz. Zudem müsse die psychotherapeutische Kompetenz im Rahmen der Schmerzversorgung noch mehr in den Fokus rücken. Ein positiver Schritt sei hier, dass die psychologische Schmerztherapie kürzlich offiziell als Ausbildungsweg anerkannt wurde.

Wichtig sei es darüber hinaus, dass sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich Fehlanreize beseitigt werden.

Dr. Kristin Kieselbach, Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD)

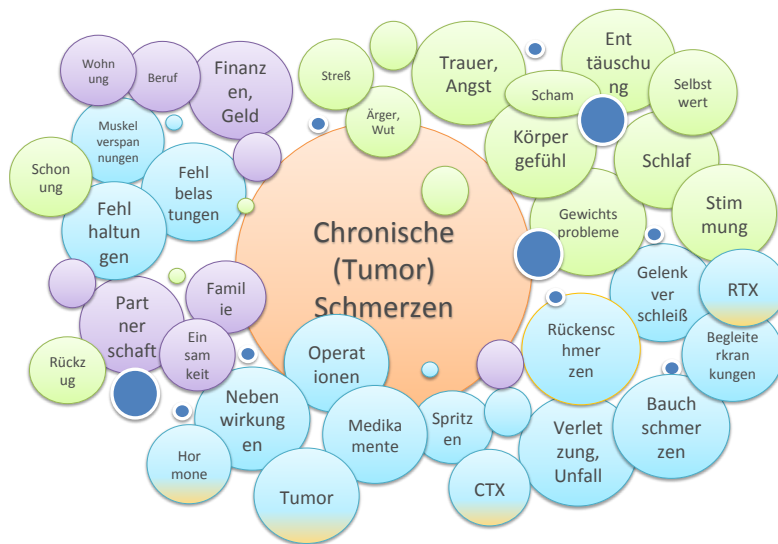


Dr. Kristin Kieselbach verdeutlichte zu Beginn ihrer Ausführungen die Unterschiede zwischen akutem und chronischem Schmerz: Akutschmerz sei lebenserhaltend. Es gebe dafür eine somatische Ursache, bei der der Schmerz als Symptom auftrete. Bei Chronischem Schmerz sei diese Warn- und Schutzfunktion dagegen verlorengegangen. Chronischer Schmerz sei somit kein verlängerter Akutschmerz, sondern ein eigenständiges Krankheitsbild, das – wie bereits erwähnt worden sei – ein multidimensionales Geschehen mit biologischen, psychologischen und sozialen Einflussfaktoren darstelle. Um eine effektive Therapie zu leisten, müsse jeder Patient vor dem Hintergrund der zahlreichen individuellen, mit dem Schmerz verbundenen Begleitumstände betrachtet werden.

Prävalenz steigt, Versorgungsangebot bleibt weit dahinter zurück

Als wichtiges Handlungsfeld für Politik und Selbstverwaltung sieht Kieselbach die Anpassung des Versorgungsangebotes an den Bedarf.

Aktuell sei maximal die Hälfte der chronischen Schmerzpatienten gut versorgt. Gleichzeitig steige die Prävalenz: Im Jahr 2007 seien ca. 24.000 Patienten multimodal behandelt worden (29 Fälle pro 100.000 Einwohner). 2016 habe diese Zahl bei 65.000 gelegen (79/100k) und Studien gingen davon aus, dass sie sich 2025 auf 140.000 Fälle erhöhen werde (170/100k). Das bedeute, dass zukünftig ein Vielfaches an Betten, Personal und Therapieangeboten benötigt werde. Dies gelte insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Kosten der Versorgung umso mehr steigen, je stärker die Chronifizierung vorangeschritten sei, da diese in der Regel mit Funktionseinschränkungen einhergehe.



Gleichzeitig sei zu beobachten, dass der Altersdurchschnitt der Patientinnen und Patienten sinke. Häufig seien Menschen betroffen, die noch mitten im Berufsleben stünden, was sich ebenfalls negativ auf die Kostenstrukturen auswirke.

Hinsichtlich der Kosteneffizienz von Therapiemaßnahmen bei Rückenschmerzpatienten habe eine Studie der BARMER ergeben, dass die multimodale Therapie im Vergleich mit (den am häufigsten durchgeführten) Bandscheiben-OPs bzw. Spondylodesen und der Spritzentherapie den günstigen Kostenverlauf bei nicht-berenteten Patientinnen und Patienten habe. Dies unterstreiche noch einmal den Bedarf an entsprechenden Therapieangeboten.

Echte Interdisziplinarität als Erfolgsfaktor für die Schmerztherapie

Im Folgenden skizzierte Kieselbach die Vorgehensweise der (tages-)stationären multimodalen Schmerztherapie. Hier stehe zu Beginn ein ausführliches Assessment, bei dem jeder Fall individuell aus medizinischer, psychotherapeutischer, physiotherapeutischer und sozialmedizinischer Perspektive betrachtet werde. In enger Abstimmung untereinander werde eine Empfehlung für die weitere Steuerung des Patienten entwickelt. So könne für den Patienten beispielsweise eine intensivisierte ambulante Therapie, eine multimodale (tages-)stationäre Schmerztherapie, eine ambulante oder stationäre Reha oder eine stationäre (operative) Therapie infrage kommen.

Im Rahmen der multimodalen Schmerztherapie, so Kieselbach, stelle der interprofessionelle Austausch der Therapeuten untereinander einen wesentlichen Erfolgsfaktor dar. Die Programminhalte müssten sinnvoll ineinandergreifen, es seien tägliche Absprachen nötig und der Patient müsse stets in die ihn betreffenden Entscheidungen einbezogen werden. Zwar sei es nicht zwingend nötig, dass das interdisziplinäre Team unter einem Dach agiere. Formale Strukturen und eine enge Koordination seien jedoch unerlässlich. Im ambulanten Bereich sieht Kieselbach das Problem, dass das wichtige Element der Teambesprechungen aktuell nicht in der Vergütungssystematik abgebildet werde. Gleichzeitig sei es jedoch dringend erforderlich, dass es auch im ambulanten Bereich abgestufte Angebote der Schmerzversorgung gebe.

Best Practice: Schmerzversorgung Baden-Württemberg

Wie eine solche abgestufte Schmerzversorgung aussehen könne, zeigte Kieselbach am Beispiel des Landes Baden-Württemberg auf. Dort habe man ein Netzwerk aus überregionalen und regionalen Schmerzzentren etabliert, die einen entsprechenden Zertifizierungsprozess zur Qualitätssicherung durchlaufen hätten. Wichtige Unterstützung habe man hier vom Sozialministerium erhalten, dem auch der Landesbeirat Schmerzversorgung angegliedert sei. Aktuell arbeite der Landesbeirat an einer Fortschreibung der Schmerzkonzeption 2017 und erstelle eine Roadmap sowie einen Aktionsplan für die Verbesserung der Schmerzversorgung.

Forderungen für eine bessere Schmerzversorgung

Kieselbach schloss ihren Vortrag mit der Forderung, dass eine deutlich stärkere und flächendeckende interprofessionelle Vernetzung nötig sei, um Schmerzpatienten frühzeitig und stadiengerecht in die für sie geeigneten Versorgungsangebote zu steuern – aber auch um die richtige Nachsorge im Anschluss an einen stationären Aufenthalt zu gewährleisten. Zudem sei es nötig, auf personeller, inhaltlicher und struktureller Ebene Qualitätsstandards zu etablieren. Hierfür sei eine entsprechende Finanzierung nötig. Mehr Ausbildung, Aufklärung und Information seien darüber hinaus wichtige Bausteine, um Chronischen Schmerz frühzeitig und korrekt zu diagnostizieren. Dies betreffe sowohl Ärzte und Therapeuten als auch Patienten, Selbsthilfegruppen und die Allgemeinheit, zumal es hier nicht nur um eine individuelle Belastung gehe, sondern um eine gesellschaftliche und ökonomische Problematik.

Anders als bei anderen nicht-übertragbaren chronischen Erkrankungen sei beim Chronischen Schmerz die Morbidität hoch, die Mortalität dagegen sehr gering. Für Mediziner und Therapeuten impliziere dies die Notwendigkeit eines Umdenkens – weg vom reinen heilenden Ansatz hin zu einer dauerhaften, begleitenden Versorgung. Diese sollte zudem unbedingt darauf ausgerichtet sein, die Selbstwirksamkeit und Selbstversorgung der Patientinnen und Patienten zu aktivieren.

Dr. Roland Leuschner,
BKK Dachverband

Ein Präventionsangebot für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit Muskel-Skelett-Erkrankungen stellte Dr. Roland Leuschner vor. Er konstatierte zunächst, dass es im ambulanten Bereich nur wenige Präventionsangebote für diese Patientengruppe gebe. Dies habe möglicherweise auch damit zu tun, dass viele Patienten zunächst über eine andere Indikation aufgenommen würden und die Schmerzindikation erst im weiteren Verlauf in den Vordergrund trete. Auch sei es für die Krankenkassen schwierig, Patienten im Anfangsstadium einer Schmerzsymptomatik zu identifizieren, da diese häufig keine überdurchschnittliche Anzahl von AU-Tagen aufwiesen. Erste Maßnahmen seien häufig die Verordnung von Physiotherapie und die Verabreichung von Cortisonspritzen. Teilweise regelten Patienten das Schmerzmanagement zu Beginn auch mithilfe nicht verschreibungspflichtiger Medikamente.

Projektvorstellung

Der Vorteil von Präventionsprogrammen der Betriebskrankenkassen liege darin, dass man die Zielgruppen im betrieblichen Setting frühzeitig erreiche. Hier setze auch das Programm BGM-innovativ an. Das Programm sei 2016 entwickelt worden und werde seit April 2017 für vier Jahre durch den Innovationsfonds gefördert.

Im Fokus stünden Beschäftigte mit Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE). Ziel sei es, die Manifestation und Chronifizierung zu vermeiden, die Krankheitsdauer und damit verbundene Fehlzeiten zu verkürzen und die Arbeitsfähigkeit dauerhaft zu erhalten.

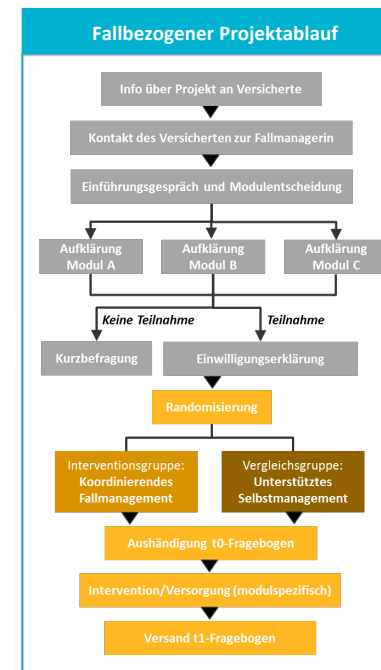
Zielgröße seien 1.000 Teilnehmende über die gesamte Projektlaufzeit. Bis März 2018 seien rund 600 Einschreibungen in das Programm erfolgt. Das Projekt laufe an über 30 Betriebsstandorten in 20 Städten.

Zu Beginn des Programms, so Leuschner, stehe eine ausführliche Anamnese, in der sowohl medizinische als auch psychosoziale und arbeitsplatzspezifische Aspekte abgefragt würden. Je nach Schweregrad der Belastungen bzw. Symptome würden die Teilnehmenden dann in eines von drei verschiedenen Modulen gesteuert:

- Modul A stellt eine Frühintervention für Beschäftigte mit beginnender bzw. leichter Symptomatik dar. Mithilfe eines arbeitsplatzbezogenen Muskeltrainings sollen die Arbeitsplatzanforderungen und die körperlichen Fähigkeiten besser in Einklang miteinander gebracht werden. Die Beschäftigten sollen zugleich zu einem besseren Selbstmanagement, auch verbunden mit einer Verhaltensänderung (z.B. dauerhaftes Training) motiviert und befähigt werden.
- Modul B richtet sich an Teilnehmer mit bereits manifestierter Erkrankung und chronischen Beschwerden. Im Mittelpunkt dieses Moduls steht eine arbeitsplatzbezogene Reha. Zudem sind Folgeverordnungen von Medizinischer Trainingstherapie möglich. Ziel ist auch hier neben einer möglichst schnellen und anhaltenden Verbesserung der Sympto-

matik ein nachhaltig verbessertes (Selbst-)Management im Umgang mit den Arbeitsplatzanforderungen.

- In Modul C werden die Patienten gesteuert, die bereits unter einer schwerwiegenden MSE leiden, lange AU-Zeiten aufweisen und von Arbeitsplatzverlust bedroht sind. In diesem Modul geht es um eine intensive Untersuchung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit, Auslotung möglicher Therapieoptionen und ggf. eine Anpassung der Arbeitsplatzanforderungen.



Ein wesentliches Element des Programms sei der unmittelbare Bezug zum Arbeitsplatz. Für alle Teilnehmenden steht zu Beginn eine Analyse des Arbeitsplatzes und dessen besonderen Belastungen durch den BKK-Fallmanager, je nach Schweregrad der Erkrankung mit Unterstützung des Betriebsarztes. Die Teilnehmenden erhalten eine individuelle Testung der im Arbeitsalltag belasteten Muskelgruppen, um daraufhin ebenfalls individuelle Maßnahmen (z.B. Training) abzuleiten.

Das individuelle Trainingsprogramm in Modul A beispielsweise ist kontinuierlich über drei Monate zwei Mal pro Woche zu

absolvieren. Hierfür habe man Trainingszentren ausgewählt, die direkt auf dem Betriebsgelände oder in unmittelbarer Nachbarschaft gelegen seien, um lange Anfahrtswege zu vermeiden.

Erste Zwischenergebnisse

Zu Beginn des Programms, erklärte Leuschner, erhalten alle Teilnehmenden im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung einen Fragebogen, mit dem u.a. ihr aktueller gesundheitlicher Zustand erfragt wird. Typischerweise liegt bei einer MSE eine Schmerzproblematik zugrunde, bei den meisten (gut drei Viertel der Teilnehmenden befinden sich in Modul A) noch ohne Chronifizierung. Einen zweiten Fragebogen füllen die Betroffenen nach Abschluss der Intervention bzw. 6 Monate nach der Einsteuerung ins Projekt aus. Die Auswertung der ersten Fragebögen stimmt zuversichtlich im Hinblick auf die Schmerzproblematik im Vorher-Nachher-Vergleich und im Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.

Auf Grundlage der bisherigen Erfahrungen im Projekt sehe der BKK Dachverband gute Chancen auf eine Weiterführung des Programms nach Auslaufen der Förderung durch den Innovationsfonds, erklärte Leuschner.

Betriebliche Präventionsangebote nehmen zu, Flächendeckung ist aber noch nicht in Sicht

Abschließend erwähnte er, dass einzelne Betriebskrankenkassen bzw. Betriebe neben dem Programm BGM-innovativ noch weitere Ansätze zur Schmerzprävention entwickelt haben, beispielsweise im Bereich Kopfschmerz sowie zu allgemeinen Schmerzbelastungen.

Verbesserungspotenzial sehe er jedoch, was die Flächendeckung angehe. Zwar seien viele große Unternehmen im Bereich Arbeit und Gesundheit bereits aktiv. Bei den kleinen und mittelständischen Unternehmen gebe es aber noch zu viele Betriebe, die das Thema bisher nicht angegangen seien. Für diese Betriebe stelle es oftmals eine Hürde da, entsprechende Angebote zu organisieren und die teilnehmenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dafür auch freizustellen. Möglicherweise seien die Handels- und die Handwerkskammern geeignete Partner, um die Präventionslücke bei den kleineren Unternehmen zu schließen.

Exkurs

Wie müssen Präventions- und Versorgungsangebote gestaltet sein, um Schmerzpatienten mit niedrigem Bildungsgrad und/oder Migrationshintergrund zu erreichen?

Mehrere der Vortragenden wiesen darauf hin, dass Patientinnen und Patienten mit niedrigem Bildungsgrad und/oder Migrationshintergrund im Rahmen von Präventionsprogrammen nur schwer erreichbar seien. Dies liege zum einen an der fehlenden Aufklärung und Information über entsprechende Angebote. Zum anderen kämen insbesondere bei Schmerzsymptomatikern weitere Hürden hinzu: Vor allem Männer definierten sich in diesen Patientengruppen häufig über körperliche Leistungsfähigkeit. Das Eingeständnis, durch chronische Schmerzen eingeschränkt und weniger leistungsfähig zu sein, fielen ihnen oft schwer und sei mit Scham verbunden. Darüber hinaus umfassen Präventions- und Versorgungsprogramme im Schmerzbereich in der Regel auch psychotherapeutische Elemente. Vielfach stünden die genannten Patientengruppen diesen Angeboten eher ablehnend gegenüber.

Die Erfahrungen aus dem Programm BGM-innovativ zeigten, so Dr. Roland Leuschner, dass der Arbeitsplatz ein Setting sei, in dem Menschen mit niedrigem Bildungsniveau und/oder Migrationshintergrund erheblich besser erreichbar seien als in anderen Versorgungskontexten. Auf dieser Erkenntnis könne sicher auch im Zuge weiterer Präventionsprogramme aufgebaut werden.

Ein weiteres Handlungsfeld sieht Leuschner außerdem im Bereich der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt. Hier gebe es noch viel zu wenig Bewusstsein und entsprechend auch zu wenige Angebote.

Faktencheck Chronischer Schmerz

- Chronischer Schmerz ist eine eigenständige Indikation. Es handelt sich dabei nicht um einen verlängerten Akutschmerz.
- Jeder zehnte Erwachsene fühlt sich durch chronische Schmerzen im Alltag beeinträchtigt.
- Bei Erwachsenen ist der Rücken die am häufigsten betroffene Körperregion, bei Jugendlichen ist es der Kopf und bei Kindern der Bauch.
- Chronischer Schmerz ist eine der häufigsten Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und führt häufig zu Frühverrentungen.
- Schätzungen zufolge verursachen chronische Rückenschmerzen jährliche Kosten in Höhe von 40 Mrd. EUR, wenn man direkte und indirekte Krankheitskosten zusammenrechnet.
- Die Gesamtheit der indirekten Krankheitskosten über alle Indikationen hinweg entspricht ca. vier Mio. verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren pro Jahr. Chronischer Schmerz dürfte daran einen Anteil von ca. 25 Prozent haben – dies entspricht somit einer Mio. verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren pro Jahr.
- Bei niedergelassenen Orthopäden und Chirurgen sind chronische Rückenschmerzen der häufigste Anlass für Konsultationen, bei Hausärzten sind sie der dritthäufigste Anlass.
- Die nationale Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“ sieht vor, dass Patientinnen und Patienten mit anhaltender Symptomatik einem multidisziplinären Assessment zugeführt werden. Dies wäre ein sinnvoller Zeitpunkt zur Einbeziehung von Schmerztherapeuten. In der Praxis dauert es jedoch durchschnittlich **vier Jahre, bis ein Patient erstmals bei einem Schmerztherapeuten vorstellig wird.**

Impressum

© MetaForum – Innovation für mehr Gesundheit e. V. 2019

Redaktion: Dr. Albrecht Kloepper

Dokumentation: Sabine Barz

Koordination: Sören Griebel

Satz und Druck: Union Sozialer Einrichtungen gGmbH

Wir danken unseren Sponsoren
und Kooperationspartnern

