Schmerz 2010 · 24:7–8
DOI 10.1007/s00482-009-0869-3
Online publiziert: 19. Dezember 2009
© Deutsche Gesellschaft zum Studium
des Schmerzes. Published by Springer
Medizin Verlag - all rights reserved 2009

B. Arnold
Abteilung für Schmerztherapie, Klinikum Dachau

Licht ins Dunkel

Zur Problematik der Identifikation und Gruppierung von Schmerzpatienten

Die wirtschaftliche Situation des deutschen Gesundheitswesens verschärft sich seit Jahren kontinuierlich, und alle Versuche einer Reduzierung der ausufernden Kosten haben bisher allenfalls kurzfristige Entlastungen gebracht. Gleichzeitig wird eine anhaltende, verbissene und kontroverse Auseinandersetzung über den sinnvollsten Ansatz zur Verteilung der verfügbaren Gelder, zur Strukturierung des Gesundheitswesens und v. a. zur Vergütung der erbrachten Leistungen geführt.

Die Ergebnisse dieser Diskussionen stimmen selten fröhlich. Sogar der sprichwörtliche Zusammenhalt der Ärzteschaft wurde aufgegeben, wie heftiger Schlagabtausch zwischen Ärzte-Funktionären in der jüngsten Zeit zeigte.

Bei genauerer Betrachtung des Szenarios fällt aber eines auf: Die Diskussion darüber, ob die Qualität der Versorgung insbesondere chronisch Erkrankter tatsächlich den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen folgt und ob die hierfür aufgewendeten Mittel in vertretbarer Relation zu den erzielbaren Ergebnissen stehen, findet nur am Rande statt. Dabei wird aktuell über Disease-Management-Programme berichtet, dass diese strukturierten Behandlungswege trotz des immer noch bestehenden Anpassungsbedarfs die Versorgung verbessern und kostenintensive Komplikationen reduzieren können [1].

Für chronische Schmerzpatienten gibt es so etwas nicht, obwohl die Kostenrelevanz z. B. von Rückenschmerzen mit etwa 10% des jährlichen Gesamtumsatzes im deutschen Gesundheitssystem sowie der zunehmenden Chronifizierung aktuell eindrücklich belegt worden ist [2]. Das

verwundert nicht, wenn man bedenkt, dass derzeit weder die Kassenärztlichen Vereinigungen noch die Krankenkassen selbst in der Lage sind, anhand ihrer verfügbaren Daten Schmerzpatienten als solche zu identifizieren und Aussagen zu ihrer Versorgung zu treffen. Das wird zwar zukünftig durch die Einführung des ICD-Kodes F45.41 „Chronischer Schmerz“ vereinfacht werden, belastbare Erkenntnisse werden jedoch erst in einigen Jahren zu erwarten sein. Ohne solche Erkenntnisse zu Patientenwegen und Versorgungsprozessen aber lassen sich diese nicht überprüfen und schon gar nicht verändern, so dass eine Prozessoptimierung und damit die Nutzung von evtl. Wirtschaftlichkeitsreserven nicht möglich sind.

Schmerztherapeuten, die üblicherweise am Ende einer langen Versorgungskette stehen, kennen die langjährigen Patientenkarrieren mit vielfältigen nicht hilfreichen und mehr oder weniger kostenintensive diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in der Vorgeschichte zur Genüge – aber eben nur aus der Retrospektive [3]. Für die Versorgungssteuerung besteht dagegen die eindeutige Notwendigkeit, Schmerzpatienten im Krankheits- und Chronifizierungsverlauf möglichst frühzeitig zu identifizieren und einer nachhaltigen, beispielsweise leitlinienorientierten Betreuung zuzuführen, die nicht zielführende Maßnahmen und damit unnötige Kosten vermeidet und die Kompetenz der Betroffenen im Umgang mit der Erkrankung verbessert.

Vor diesem Hintergrund stellt das in der Arbeit von Freytag et al. [4] „Identifikation und Gruppierung von Schmerzpatienten anhand von Routinedaten“ be-

schriebene innovative Verfahren zur Identifikation von Schmerzpatienten auf der Basis der bereits jetzt verfügbaren Daten der Krankenversicherungen möglicherweise einen bahnbrechenden Schritt dar, schon jetzt Licht in das Dunkel der Versorgungswege dieser kostenträchtigen Patientengruppe zu bringen. Der grundlegende Ansatz, die ICD-Diagnosen von Opiat-behandelten Patienten als Kriterium für die Einordnung als Schmerzpatient zu nehmen, erscheint dabei schlüssig. Wirksam wird dieses Trennkriterium aber erst nach mehrschrittiger Verdichtung der ICD-Diagnosen zu Morbiditätsmustern. Anhand dieser „schmerztypischen“ Morbiditätsmuster könnten dann, so die Hypothese, auch nicht Opiat-behandelte Schmerzpatienten im Datenpool identifiziert werden. Sollte sich dieses aufwendige Vorgehen als erfolgreich erweisen, stünde den Kostenträgern erstmals ein Instrument zur Verfügung, mit dem die gezieltere Steuerung der Versorgungswege von Schmerzpatienten deutlich früher im Krankheitsverlauf möglich wäre. Der Wunsch nach Daten, die die Wege von Schmerzpatienten im Versorgungssystem beschreiben, ist dabei nicht neu. Welche Bedeutung solchen Daten beigemessen wird, ist beispielsweise daran abzulesen, dass für eine ganze Reihe von EDV-Programmen zur Dokumentation von Schmerzpatienten nicht unerhebliche wirtschaftliche Anreize im Gegenzug zur Überlassung der erhobenen Daten angeboten werden, bis hin zur kostenlosen Überlassung von Eingabegeräten.

Mit der Identifikation von Schmerzpatienten anhand von Kassendaten ist aber nur ein erster Schritt getan. Die Verbesse-

rung der Transparenz alleine reicht nicht aus, wie sich im stationären Versorgungssektor zeigt. Hier wurde über die Einführung der DRGs Transparenz angestrebt und erreicht. So kann man anhand der vom InEK veröffentlichten Daten [5] errechnen, dass die Zahl der Bandscheibenoperationen in Deutschland zwischen 2004 und 2007 um etwa 70% gestiegen ist, die der Spondylodesen sogar um etwa 200%. Es fällt schwer, für diese Zunahme operativer Maßnahmen ausschließlich medizinische Gründe zu unterstellen. Eine kritische Diskussion dieser Zahlen, die Frage nach der Indikationsstellung und auch nach der Berechtigung einer Vergütung ist bisher nicht erfolgt, zumindest nicht öffentlich. Auch die seltenen Schlaglichter auf die Ergebnisqualität der üblichen Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen im ambulanten Bereich haben nicht zu durchgreifenden Veränderungen geführt. Das Ergebnis der GERAC-Studie bei Rückenschmerzpatienten belegt, dass sogar die Scheinakupunktur deutlich effektiver ist als das übliche Vorgehen. Aber dieser Teil des Studienergebnisses wurde so gut wie nicht diskutiert, geschweige denn dass über Wege zur Verbesserung der Versorgung nachgedacht worden wäre. Die Erkenntnisse über chronische Schmerzerkrankungen aus den letzten 20 Jahren sind in der Regelversorgung bisher noch nicht angekommen.

Die ärztliche Selbstverwaltung ist gefordert, eine zukünftig mögliche Optimierung der Versorgungssteuerung chronischer Schmerzpatienten durch eine aufwandsgerechte Vergütung einer strukturierten Behandlung zu unterstützen, die Anreize schafft für sinnvolle klinische Diagnostik und die erforderlichen Gesprächsleistungen bei gleichzeitiger Vermeidung nicht indizierter apparativ-diagnostischer und interventioneller Maßnahmen. Solche, an fachlichen Faktoren und Leitlinien orientierte Anpassungen der Vergütungsstrukturen wären in der Vergangenheit als Steuerungsinstrument nicht nur in der Schmerztherapie zu wünschen gewesen. Für Rückenschmerzpatienten hatte der Sachverständigenrat der Bundesregierung ähnliche Maßnahmen bereits 2001 im Band III des Gutachtens „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlich-

keit“ gefordert [6]. Die Reaktion der ärztlichen Selbstverwaltung darauf blieb aus. Hier besteht weiterhin eine hohe Bringschuld.

Auch wenn die innovative Idee zur Datenauswertung Hoffnung schöpfen lässt, bleibt uns Ärzten eine weitere bittere Erkenntnis nicht erspart, nämlich dass der Anstoß zu dieser Arbeit aus der Pharmaindustrie kommt. Ausgerechnet aus dem Bereich des Gesundheitssystems, der regelmäßig für sein Gewinnstreben gescholten wird, wird nun eine Methode zur Optimierung der Effizienz der Patientenbetreuung präsentiert, die v. a. der Ärztlichen Selbstverwaltung oder auch den Kostenträgern gut zu Gesicht gestanden hätte. Das soll den Wert der jetzt dargestellten Vorgehensweise keinesfalls schmälern, sondern vielmehr aufzeigen, dass Interessenspartner und Verbündete auch dort zu finden sind, wo man sie zunächst nicht vermuten würde.

B. Arnold

Korrespondenzadresse

Dr. B. Arnold
Abteilung für Schmerztherapie,
Klinikum Dachau
Krankenhausstr. 15, 85221 Dachau
bernhard.arnold@amperkliniken.de

Literatur

1. Rieser S (2009) Disease-Management-Programme ... und sie wirken doch! Dtsch Arztebl 34/35: B1417–1418
2. Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B (2009) Costs of back pain in Germany. Eur J Pain 13:280–286
3. Schulte E, Hermann K, Berghöfer A et al. (2009) Referral practices in patients suffering from non-malignant chronic pain Eur J Pain, doi:10.1016/j.ejpain.2009.05.015
4. Freytag A et al (2009) Identifikation und Gruppierung von Schmerzpatienten anhand von Routinedaten einer Krankenkasse. Schmerz 24:12–22
5. http://www.g-drg.de/cms/index.php/inek_site_de/Archiv
6. <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-de.pdf>

Buchbesprechungen

E. Freye

Opioide in der Medizin

Heidelberg: Springer Verlag 2010, 526 S., (ISBN 978-3-540-88796-6), 79.00 EUR

Wenige Substanzen haben die Anästhesiologie, die Intensivmedizin und die Schmerztherapie derart geprägt wie die Klasse der Opiode. So basieren moderne Konzepte der balancierten

oder totalintra-venösen Anästhesie, der patientenkontrollierten Analgesie und der chronischen Schmerztherapie ganz überwiegend auf dem stets wachsenden Verständnis zur Schmerzentstehung und der Wirkweise dieser Substanzklasse.

Diesem Umstand wird die nunmehr in der 8. Auflage erhältliche Monographie mit dem Titel „Opiode in der Medizin“ von Enno Freye in vollem Umfang gerecht. So wird in didaktisch ausgezeichnete Weise die Pathophysiologie des Schmerzes analysiert und hieraus ein grundlegender schmerztherapeutischer Ansatz entwickelt. Als praxisorientiertes Buch mit Anspruch auf wissenschaftliche Aktualität präsentiert das Werk umfassend Indikationen und Anwendungscharakteristika der Opiode in einer modernen Schmerztherapie.

Der Autor hat Aktuelles zur Schmerzchronifizierung und zum Schmerzgedächtnis sorgfältig recherchiert und dargestellt. Er zeichnet einen vollständigen und praxisnahen Überblick zu Dosierungen, den Anwendungen der Opiode bei Neugeborenen bis hin zu geriatrischen Patienten in der Anästhesiologie, der Intensivmedizin sowie in der akuten und chronischen Schmerztherapie. Freye zeigt darüber hinaus Suchtentwicklung und komplexe Agonist- / Antagonistinteraktionen differenziert auf. Wie gewohnt, ist sowohl die sprachliche als auch graphische Aufarbeitung hervorragend gelungen. Die Abbildungen präsentieren Prinzipien von Schmerzverarbeitung, Schmerzverarbeitung sowie pharmakologischer Interaktion mit Präzision und „aus einem Guss“.

Das Buch ist sowohl als Lehrbuch als auch als Nachschlagewerk zu empfehlen und gestattet dem klinisch erfahrenen Therapeuten ebenso wie den in Weiterbildung befindlichen Medizinern und Pflegekräften, eine solide Basis und Orientierung in einem komplexen Therapiefeld zu finden.

Christian Werner, Mainz