

Schmerzende Rücken, knappe Budgets, einseitige Therapien

Wirbel unter Druck

— Die Behandlung von Patienten und Patientinnen mit Rückenschmerzen verschlingt in Deutschland jährlich Kosten in Milliardenhöhe. Der hohe Aufwand wäre umso eher akzeptabel, wenn die gesamten Kosten in einem günstigen Verhältnis zu den erzielten Resultaten stünden. Dies ist allerdings nicht der Fall. Gemessen an der Rückkehrquote an den Arbeitsplatz wegen Rückenschmerzen nach mehr als drei Monaten Arbeitsunfähigkeit innerhalb von zwei Jahren ist Deutschland im Vergleich mit den USA, Schweden, Dänemark, Frankreich und anderen westlichen Ländern Schlusslicht.

Die Ursachenanalyse fällt lang aus! Ein wesentlicher Gesichtspunkt der letzten Jahrzehnte bis heute ist folgender: Effizienzkriterien und die Frage nach dem Outcome bei bestimmten komplexen Fragestellungen spielen bis heute in der Regelversorgung keine Rolle. Nachdem die Honorare für eine qualitätsgesicherte Schmerztherapie, regional sehr unterschiedlich, um bis zu 50% eingebrochen sind, steht eher die Verwaltung von Patienten mit Schmerzen im Vordergrund als eine effiziente Problemlösung. Teilweise ist bereits nach dem Erstkontakt das Behandlungsbudget erschöpft, weshalb die notwendige Behandlungsdichte pro Quartal auf ein Minimum reduziert ist. Wie sollen so komplexe interdisziplinäre Fragestellungen, insbesondere nach dem heute in der Schmerztherapie gültigen Prinzip des mehrdimensionalen Ansatzes wirkungsvoll behandelt werden?

Die Krankenkassen haben sich jahrelang damit beruhigt, dass ihnen durch die Budgetierung der Gesamtvergütung keine Mehrkosten entstehen können. Auf die Art der Honorarverteilung, insbesondere auf die Anpassung der Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der Versorgungsnotwendigkeiten ihrer Versicherten, haben sie damit wenig Einfluss genommen.

Vieles ist im Praxisalltag noch nicht angekommen

So verwundert es nicht, dass die medizinischen Kenntnisse um die Dynamik der Schmerzchronifizierung in der ambulanten und stationären medizinischen Regelversorgung bis heute nicht angekommen sind. Gerade die Differenzierung nach „Was ist noch akut, was ist schon chronisch?“ existiert nicht! Auch im EBM 2008 sind trotz des Wissens um die Bedeutung der Neuroplastizität

Dr. med. Thomas Nolte

Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie
Facharztzentrum MEDICUM
Wiesbaden



der schmerzverarbeitenden Strukturen keine Gesichtspunkte der Prävention einer Schmerzchronifizierung verankert. Weder ein abgestuftes Vorgehen noch problemgerechte Interventionsgrenzen werden definiert, die die konsiliarische oder therapeutische Mitwirkung eines Schmerztherapeuten obligat einfordert und die die Weiterbehandlung durch eine koordinierte Schmerztherapie zu einem aussichtsreichen Zeitpunkt regelt.

Erschwerend kommt hinzu, dass differenzielle Pharmakotherapiestrategien auf dem Boden einer mechanismenorientierten Schmerztherapiediagnostik nicht etabliert sind. Sorgsam ausgetüftelte Medikamentenbehandlungskonzepte werden häufig nicht mit der notwendigen Konsequenz in den hausärztlichen Therapiealltag übernommen.

Auch die seit Jahren in der Schmerztherapie gültige Abkehr von einem „bio-mechanischen Schmerzverständnis“ hin zu einer weltweit akzeptierten Vorgehensweise nach einem „bio-psycho-sozialen Diagnose- und Behandlungsmodell“ ist in der deutschen Versorgungsrealität chancenlos, solange sich die Versorgungswege von Schmerzpatienten an Sektoren und Budgets ausrichten müssen und die diagnostisch und therapeutisch beteiligten Akteure nicht an ihren Ergebnissen gemessen werden.

Ein tiefgreifender Paradigmenwechsel in der gesamten medizinischen Versorgung mit mehr Zeit für eine komplexe Anamneseerhebung, die Priorität der klinischen Befunderhebung vor den Ergebnissen bildgebender Verfahren sowie ein problem- und zeitgesteuertes Schnittstellenmanagement für die Prävention vermeidbarer Schmerzchronifizierung bei Rückenschmerzen ist längst überfällig!