



**5. AACHENER WORKSHOP
„ZUKUNFT DER
SCHMERZTHERAPIE“
4.-5. DEZEMBER 2009**

Workshop-Berichtsband

Eine Initiative der Grünenthal GmbH



5. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“ 4.-5. DEZEMBER 2009

„Neue Strukturen, neue Partnerschaften – Bessere Versorgung für Schmerzpatienten?“

Workshop-Berichtsband

Die Deutsche Bibliothek - CIP Einheitsaufnahme

Dr. Albrecht Kloepfer, Christian Luley, Karl-Heinz Oedekoven

Die Workshop-Veranstaltung wurde von der Ärztekammer Nordrhein mit 10 CME-Punkten zertifiziert.

Berichtsband

ISBN-Nr. 978-3-942393-00-3

Verlag: Velbrück Wissenschaft, 53919 Weilerswist

© 2010, GRÜNENTHAL GMBH

Geschäftsbereich Deutschland/Market Access/Gesundheitspolitik/
Gesundheitsmanagement, 52099 Aachen

Redaktion: Dr. Albrecht Kloepfer

Büro für gesundheitspolitische Kommunikation, Berlin

Gestaltung: Communication & Advertising, Grüenthal GmbH

Fotos: Silke Sage, Aachen

Fotos Titelseite: v.l.n.r.:

Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Diethard Sturm, Christian Luley,

Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, Prof. Dr. J. Matthias Graf von der Schulenburg

Das Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Grüenthal GmbH unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

1. Auflage April 2010

I N H A L T

I Vorwort Kai Martens, Grüenthal GmbH, Geschäftsleiter Deutschland	4 – 7
II Schmerztherapie – Quo vadis? Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede, Medizinische Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg	8 – 13
III Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens – Zukunftskonzept des Sachverständigenrates Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, Goethe-Universität Frankfurt am Main	14 – 19
IV Herausforderungen an die neue Regierung – Zukunftssicheres Gesundheitssystem Deutschland Prof. Dr. J. Matthias Graf von der Schulenburg, Leibniz-Universität Hannover	20 – 23
V Podiumsdiskussion „Mediziner im Dialog: Wohin mit dem Schmerzpatienten?“ Dr. Diethard Sturm, Deutscher Hausärzteverband Dr. Hubertus Kayser, Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland e.V. Prof. Dr. Hans-Raimund Casser, DRK Schmerzzentrum Mainz Dr. Helmut Frohnhofen, Klinikum Essen-Mitte Moderation: Dr. Albrecht Kloepfer, Christian Luley	24 – 33
VI Workshopberichte Workshop 1: Multiprofessionelle Schmerz-Therapie Workshop 2: Multimorbide und geriatrische Patienten Workshop 3: Outcome-orientierte Vertragsmodelle Workshop 4: Integrierte Versorgungskonzepte für Schmerzpatienten Workshop 5: Chancen für ein Schmerzpatienten-Empowerment Workshop 6: Pharmakotherapiebewertung nach Kosten/Nutzen-Kriterien im Bereich der analgetischen Therapie Workshop 7: Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden Workshop 8: Arzneimittelmanagement	34 – 39 40 – 43 44 – 47 48 – 50 52 – 55 56 – 59 60 – 67 68 – 71
VII Moderatoren/Rapporteure, Referenten und Berichterstatter Foto-Impressionen Vorankündigung/Dokumentation der Aachener Workshops zur Zukunft der Schmerztherapie	73 – 76 51, 72, 77 78, 79

VORWORT

Kai Martens

Grünenthal GmbH
Geschäftsleiter Deutschland



Vor Ihnen liegt der inzwischen vierte Dokumentationsband unserer Konferenz- und Workshopreihe „Zukunft der Schmerztherapie“. Warum ist unserem Unternehmen dieser kontinuierliche Dialog so wichtig? Grünenthal ist Schmerzexperte, deswegen wird uns die Frage nach der Zukunft der Schmerztherapie immer beschäftigen. Wir gehören zu den wenigen forschenden Pharmaunternehmen, die sich auf den Kampf gegen Schmerz spezialisiert haben, und hier sind wir der einzige Hersteller, der mit Originalen im Markt ist, mit Produkten, die aus der eigenen Forschung kommen. Wir investieren erhebliche Mittel in Forschung und Entwicklung – 2010 werden es etwa 20 Prozent unseres Umsatzes sein. Eine Antwort auf die Frage nach der Zukunft sehen wir in innovativen Produkten und Therapien, die die Lebensqualität von Schmerzpatienten verbessern. Schwerpunkt unserer Arbeit ist es, den Schmerz besser und nachhaltiger zu lindern – und dies mit weniger Nebenwirkungen als bisher.

Mit Tapentadol steht ein neues Medikament aus unserer eigenen Forschung und Entwicklung kurz vor der Einführung in den deutschen Markt. Dieses Medikament stellt eine neue Klasse von zentral wirksamen Analgetika dar. Das Besondere an Tapentadol ist, dass es zwei Wirkmechanismen in einem einzigen Molekül vereint. Somit kann Tapentadol ein breites Wirkspektrum anbieten und ist bei den ver-

schiedenen Schmerzformen – nozizeptive und neuropatische – wirksam. Darüber hinaus traten unter Tapentadol die beispielsweise für Opiode so typischen Nebenwirkungen, wie Übelkeit, Erbrechen und Obstipation im Vergleich zu Oxycodon in weitaus geringerem Ausmaß auf*. Darauf sind wir sehr stolz. Es ist das erste wirklich neue zentral-wirksame Analgetikum seit 25 Jahren und es wurde von Grünenthal über 15 Jahre erfolgreich entwickelt. Ein Manko in der heutigen Schmerztherapie ist, dass häufig ein Teufelskreis aus unzureichender Schmerzlinderung und kräftezehrenden Nebenwirkungen beginnt. Dies führt zu einer verminderten Einnahmetreue und damit zu einer schlechteren Analgesie mit der Gefahr der Chronifizierung.

Aber Medikamente – so gut sie auch sind – stellen nur einen Teil einer effektiven Schmerztherapie dar. Ein weiterer Baustein ist die bessere Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Nur im Gespräch kann der Arzt die Schmerzintensität seines Patienten richtig beurteilen, die individuellen Behandlungsziele festlegen und über unterschiedliche Therapieformen sowie deren Aussichten informieren. Aus diesem Grund unterstützt Grünenthal die Initiative *Change Pain*. *Change Pain* ist eine europäische Initiative in der Schmerzexperten über medizinische Probleme bei der Behandlung starker chronischer Schmerzen diskutieren, sich für verbessertes Schmerzmanagement einsetzen und die Kommunikation zwischen Arzt und Patient optimieren wollen. Unterstützt wird diese internationale Initiative von der EFIC, dem Europäischen Dachverband der Internationalen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes und der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie, der DGS.

Der dritte große Baustein für die künftige Verbesserung der Schmerztherapie ist die Aus- und Weiterbildung von Schmerztherapeuten. Als ich Medizin studierte, gab es keinen eigenen Lehrstuhl für „Schmerzmedizin“. Schmerzbehandlung lief überall mehr oder weniger mit. Dies hat sich bis heute nicht geändert. Deshalb kann ich die Fachgesellschaften und den Berufsverband nur unterstützen, sich für die Einrichtung eines solchen Lehrstuhls einzusetzen.

Insgesamt aber bedürfen alle Bemühungen zur Verbesserung der Schmerzversorgung einer gesicherten Daten- und Forschungsgrund-

VORWORT

* Quelle: Tzschentke TM, Tapentadol hydrochloride: A next-generation, centrally acting analgesic with two mechanisms of action in a single molecule (Drugs of Today (2009) 45, 7, (483-496))

VORWORT

Kai Martens

Grünenthal GmbH
Geschäftsleiter Deutschland



Eröffnung der Veranstaltung im Atrium des Bildungszentrums

lage. Dies ist der Grund, warum Grünenthal vor zwei Jahren das Projekt „Versorgungsatlas Schmerz“ ins Leben gerufen hat. Hier sind wir im letzten Jahr sehr gut vorangekommen. Als ein erstes wichtiges Teilergebnis ist es den Projektpartnern Grünenthal und der DAK gemeinsam mit den Wissenschaftlern des IGES-Instituts gelungen, Schmerzpatienten erstmals in Krankenkassendaten sichtbar zu machen. Die wissenschaftliche Arbeit hierzu ist inzwischen in der Fachzeitschrift „Der Schmerz“ veröffentlicht. Die breite Autorenschaft mit Vertretern der Schmerzfachgesellschaften, Kassen und Institute zeigt mir einmal mehr, dass es in hohem Maße auf multifunktional, integrierte Zusammenarbeit ankommt.

Neben der DAK beteiligt sich nun auch die AOK Niedersachsen an dieser Studie. Somit haben wir die Möglichkeit, die Ergebnisse zweier Kassensarten mit ihren unterschiedlichen Versichertenstrukturen zu vergleichen und auf diese Weise das Bild zu vervollständigen. Auch nach zwei Jahren intensiver Arbeit sind wir noch lange nicht fertig. Der Rückenschmerz war nur der Anfang, es gilt in den nächsten Monaten noch weitere Schmerztypen im Detail zu analysieren und Ansätze herauszuarbeiten, wie wir gemeinsam Versorgung verbessern können.

Gerade diese Ansätze standen im Mittelpunkt des Workshops 2009. Eingeladen hatten wir Vordenker, Berater und Praktiker einer zukunftsorientierten interdisziplinären schmerztherapeutischen Versorgung. Aus der Fülle der Beiträge möchten wir Ihnen mit dem vorliegenden Band erfolgreiche Modelle und Ansätze aus dem ganzen Bundesgebiet vorstellen, die in der Realität des Alltags gezeigt haben, wie Versorgung im Sinne des Patienten besser gestaltet werden kann. Zur Sprache kommen wird aber auch, was wir noch besser machen können – sei es, weil wir mit bislang unzureichenden Daten arbeiten, sei es aber auch, weil die optimalen Rahmenbedingungen für eine patientenorientierte schmerztherapeutische Zusammenarbeit noch immer nicht gegeben sind.

Bei der Referentenauswahl haben wir uns von einer Überzeugung leiten lassen, die auch uns als forschendem Pharmaunternehmen Richtschnur für die tägliche Arbeit ist: Dass nämlich nur Menschen, die von einer Gestaltbarkeit der Zukunft fest überzeugt sind, diese Zukunft dann auch tatsächlich gestalten. Wenn wir uns in dieser Überzeugung mit Ihnen einig wissen, werden Ihnen die vorliegenden Berichte des Grünenthal Zukunftsworkshops 2009 reiche Anregungen für Ihre alltägliche Arbeit liefern. Eines unserer Ziele hätten wir dann schon erreicht.

Ich wünsche Ihnen eine erkenntnisreiche Lektüre!



Kai Martens

II. SCHMERZTHERAPIE – QUO VADIS?

**Prof. Dr. med.
Rolf-Detlef Treede**
Deutsche Gesellschaft
zum Studium
des Schmerzes

Die Bilanz kann sich sehen lassen. Wichtige gesundheitspolitische Weichenstellungen für die Schmerztherapie konnten im Jahr 2009 realisiert werden. Wie die seit Anfang 2009 bestehende Möglichkeit der ICD-10-Kodierung für chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zeigt. Doch die Agenda ist weiterhin voll. Mit einem Forderungskatalog an die neue schwarz-gelbe Regierungskoalition legte Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede, Präsident der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) den Kurs für nächste Reformschritte fest.

In der Professionalisierung der Schmerztherapie sei man ein gutes Stück vorangekommen, betonte Treede. Er zeigte sich erfreut über die Fortschritte in der Anerkennung der Schmerztherapie als fester Bestandteil der Gesundheitsversorgung. Obwohl wichtige Marken in der Ausbildung und der Therapie gesetzt werden konnten, sei die Gesamtsituation der Schmerztherapie jedoch noch nicht zufriedenstellend.

So formulierte zwar die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer 2007 in ihrem Stufenmodell zur Priorisierung medizinischer Leistungen in der GKV „Erste Stufe: Lebensschutz und Schutz vor schwerem Leid und Schmerzen“, dass die Menschenwürde, einen prioritären Schutz vor erheblichen Schmerzen gebiete. Demnach müssten Schmerztherapie und Schmerzforschung eigentlich in der Gesundheits- und Forschungspolitik eines der Hauptthemen sein, folgerte Treede. Dies sei jedoch offensichtlich nicht der Fall, da lediglich ein Prozent der öffentlichen Gesundheitsforschungsmittel (BMBF, DFG) für die Schmerztherapie verwendet werden.

Akzeptanz der Schmerztherapie

Treede plädierte dafür, die Schmerztherapie besonders auch außerhalb ihres Faches weiter zu fördern. Gerade in der Allgemeinmedizin müsse ein besserer Ausbildungsstand erreicht werden. „Schmerzen sind der Anlass für 50 Prozent aller Arzt-Patienten-Kontakte und trotzdem gibt es noch keinen Lehrstuhl für Schmerztherapie. Die Allgemeine Schmerztherapie fehlt nahezu in allen Weiterbildungs-Curricula“, stellte Treede fest.



Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede

Die jetzige Abbildung des chronischen Schmerzes im ICD-10-GM 2009 sei durch das intensive Engagement der schmerztherapeutischen Fachgesellschaften und des Berufsverbandes der Schmerztherapeuten in Deutschland (BVSD) möglich geworden, erklärte der DGSS-Präsident. „Den ersten Datenauswertungen sehen wir mit Spannung entgegen.“ Mit der ICD-10-Kodierung sei eine wesentliche Grundlage dafür geschaffen, dass chronische Schmerzen zukünftig im Studium, in der Weiterbildung, in den Vergütungssystemen des ambulanten und stationären Bereichs und in der Forschungsförderung größere Beachtung finden könnten. An der Umsetzung dieser Ziele müsse jedoch weiter intensiv gearbeitet werden.

**Prof. Dr. med.
Rolf-Detlef Treede**
Deutsche Gesellschaft
zum Studium
des Schmerzes

II. SCHMERZTHERAPIE – QUO VADIS?

Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede
Deutsche Gesellschaft
zum Studium
des Schmerzes

Die Verankerung der Schmerztherapie in der Lehre ist für Treede ein entscheidendes Kriterium für eine Verbesserung der flächendeckenden schmerztherapeutischen Versorgung. Auch sei es unerlässlich, dass sich die Vergütungsstrukturen einer veränderten Versorgungssituation anpassen. „Schmerztherapie muss angemessen honoriert werden“, so Treede.

Schmerztherapeuten sorgen sich um Nachwuchs

Nachwuchsprobleme treffen die Schmerztherapie in Deutschland zusätzlich: „Es herrscht ein Mangel an adäquat weitergebildeten Schmerztherapeuten. Eine schmerztherapeutische Versorgung in der Breite wird auf Dauer nur dann stattfinden, wenn die aufwendige Behandlung von Schmerzpatienten entsprechend dokumentiert und je nach Ausgestaltung eines neuen Vergütungssystems auch honoriert wird. Voraussetzung hierfür ist die Möglichkeit einer nach Schweregrad differenzierten Codierung von Schmerz- und Palliativpatienten. Dies gilt sowohl für die hausärztliche als auch für die spezialisierte Versorgung“, erklärte der DGSS-Präsident.

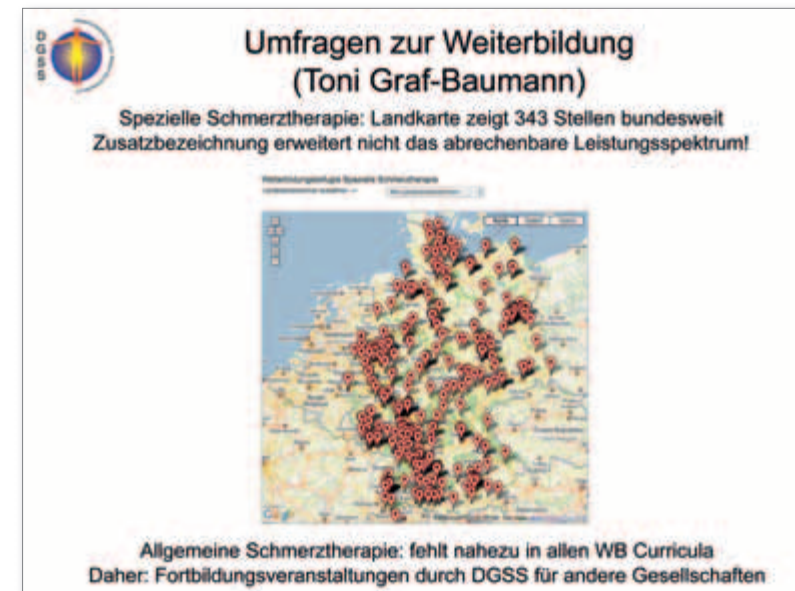
wichtige Forderung umgesetzt werden: die Aufnahme der Palliativmedizin zu den Pflichtbestandteilen der Approbationsordnung für Ärzte. Nicht gelungen ist dabei allerdings die gemeinsame verpflichtende Verankerung der Schmerzmedizin und der Palliativmedizin in der ärztlichen Ausbildung. Die Fachgesellschaften und der BVSD würden sich weiterhin intensiv für eine Änderung einsetzen. „Grundsätzlich müssen beide Fächer im Studium der Medizin gelehrt werden. Da sich Palliativmedizin und Schmerzmedizin im Bereich der Schmerztherapie inhaltlich überschneiden, vor allem beim Tumorschmerz, könnten in einem Übergang zunächst beide Fächer in einem Querschnittsbereich zusammengefasst werden“, so der Vorschlag der Schmerztherapeuten an die Politik und den Medizinischen Fakultätentag.

Erhöhung des politischen Drucks

Einen internationalen Impuls für die stärkere gesellschaftliche Wahrnehmung des chronischen Schmerzes erhofft sich Treede von der Kampagne der Menschenrechtsorganisation Human Rights Watch, die welt-



Treede sprach sich nachdrücklich für eine Änderung der Approbationsordnung aus. Mit dem 2009 verabschiedeten „Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus“ konnte zwar eine



Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede
Deutsche Gesellschaft
zum Studium
des Schmerzes

weite Mängel der schmerztherapeutischen Versorgung anprangert. Human Rights Watch richtet sich mit ihren Forderungen primär an die WHO und stellt Tumorschmerztherapie und HIV-Schmerztherapie in

II. SCHMERZTHERAPIE – QUO VADIS?

**Prof. Dr. med.
Rolf-Detlef Treede**
Deutsche Gesellschaft
zum Studium
des Schmerzes



Entwicklungsländern in den Vordergrund. „Vieles an der Argumentation trifft auch in unserem Land zu, denn der Rechtsanspruch auf Schmerzbehandlung wird nicht immer erfüllt“, sagte Treede.

Abschließend wandte sich der DGSS-Präsident mit einer klaren Agenda an die Politik:

- Umbenennung des neuen Querschnittsbereichs Q13 der Approbationsordnung in „Schmerztherapie und Palliativmedizin“
- Aufhebung der Bindung der Leistungsabrechnung an die ursprünglichen Fachgrenzen bei Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“
- Berücksichtigung der Diagnose chronischer Schmerz (F45.41) in den ambulanten und stationären Vergütungssystemen
- Förderung der Schmerzforschung durch BMBF und BMG



Gemeinsam müssten die Fachgesellschaften und der Berufsverband BVSD den politischen Druck auf die Entscheidungsträger erhöhen. Treede zeigte sich optimistisch: Die Meilensteine der Schmerztherapie im zurückliegenden Jahr 2009 verbesserten die Akzeptanz und den Stellenwert der Schmerztherapie in Deutschland. Doch müssten diese positiven Ansätze von allen Beteiligten intensiv vorangetrieben und weiterentwickelt werden.

**Prof. Dr. med.
Rolf-Detlef Treede**
Deutsche Gesellschaft
zum Studium
des Schmerzes

III. GESUNDHEITSVERSORGUNG IN EINER GESELLSCHAFT DES LÄNGEREN LEBENS – ZUKUNFTSKONZEPT DES SACHVERSTÄNDIGENRATES

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Goethe-Universität
Frankfurt am Main

Die Herausforderungen sind klar: Steigende Lebenserwartung, stagnierende Geburtenraten, abnehmende Bevölkerungszahl und medizinisch-technischer Fortschritt werden unser Gesundheitssystem in den nächsten vierzig Jahren auf eine harte Probe stellen. Eine Möglichkeit dieser Entwicklung zu begegnen, erläuterte Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH, Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin der Uni Frankfurt und Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. In seinem Sondergutachten 2009 schlägt der Sachverständigenrat das Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug vor. Dieses populationsbezogene und sektorübergreifende Capitation-Modell setzt dort an, wo einzelne Projekte der Integrierten Versorgung sich bereits erfolgreich bewährt haben: in der Region vor Ort zu spezifischen Bedingungen.

In diesem Punkt sind sich die Fachexperten weitgehend einig: die Finanzierung des Gesundheitswesens steht aufgrund der gesellschaftlichen Veränderungen vor massiven Problemen. Hauptgrund: die Babyboomer-Generation. Sie wird zwischen den Jahren 2030 und 2050 drastische Verwerfungen in den Sozialversicherungen auslösen. Konsequenz: Der Altersquotient wird sich bis zum Jahr 2050 beinahe verdoppeln, während die Gesamtbevölkerung bis 2050 voraussichtlich um mehr als sechs Millionen Menschen sinkt. Der Sachverständigenrat geht davon aus, dass sich dann in einigen Regionen Deutschlands – beispielsweise in Brandenburg – der Anteil der über 65-Jährigen zu den unter 65-Jährigen von heute 31:100 auf 90:100 verschieben wird. Mit drastischen Folgen: Immer mehr pflegebedürftige Menschen müssen zukünftig von immer weniger Ärzten und Pflegekräften versorgt werden.

Ausgangspunkt für das Zukunftskonzept „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrats waren die demographische Alterung, der steigende Pflegebedarf und die besonderen Merkmale des deutschen Gesundheitswesens. Zu diesen zählt der Rat eine weltweit einzigartige Arzt/Patienten-Kontaktrate. „An Spizentagen suchen 11,75 Prozent der deutschen Bevölkerung, rund 10 Millionen Personen, einen nieder-

gelassenen Arzt auf. Die Inanspruchnahme der Arztbesuche hat sich trotz Einführung der Praxisgebühr nicht reduziert“, betonte Gerlach. Im Gegenteil: In den letzten vier Jahren sei eine Steigerung der Arzt/Patienten-Kontakte von 7 Prozent festzustellen. Die Deutschen, ein Volk von Kranken? Im internationalen Vergleich liege Deutschland bei der Zahl der Patientenkontakte der Ärzte weit an der Spitze, erläutert Gerlach. „Durchschnittlich 243 Patienten pro Woche werden hierzulande von einem Allgemeinmediziner versorgt. Den zweiten Platz belegt England mit 154 Patienten. In den USA liegt das durchschnittliche Wochenarbeitspensum eines Hausarztes bei 102 Patienten.“



Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Goethe-Universität
Frankfurt am Main

Die hohe Patientenzahl der Ärzte in Deutschland schlage sich auf die Behandlungsdauer nieder. Nach dem Sachverständigengutachten beträgt die durchschnittliche Zeit pro Patientenkontakt in Deutschland 7,8 Minuten, während sie in England bei 11,1 und in den USA bei 19,1 Minuten liegt. „Deutsche Ärzte und Patienten befinden sich in einem Hamsterrad. Deshalb brauchen wir eine bessere Koordination, Kooperation und neue Prioritätensetzung in der Versorgung“, forderte Gerlach. Von einer Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung hält das Mitglied des Sachverständigenrates jedoch wenig. „Da die Budgetdeckelung bestehen bliebe, würde sich das Hamsterrad nur noch schneller drehen.“

Als weitere Eigenart des deutschen Gesundheitswesens bezeichnete Gerlach die regional unterschiedliche Verteilung der Vertragsärzte.

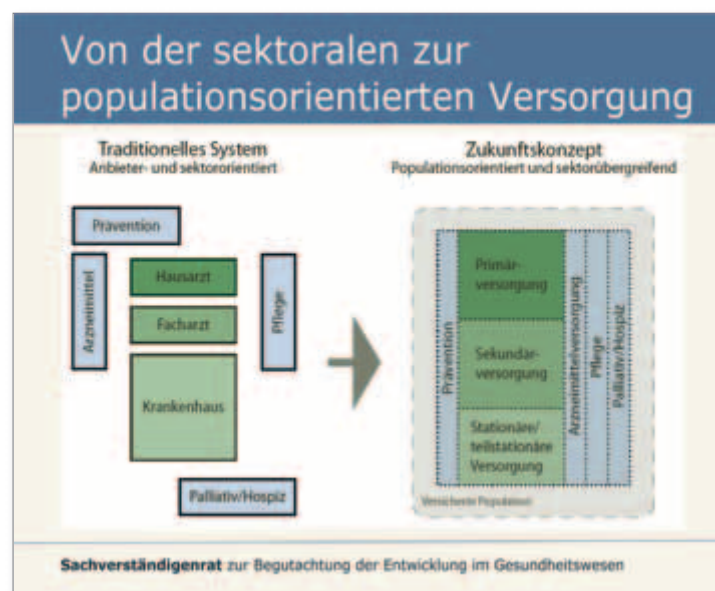
III. GESUNDHEITSVERSORGUNG IN EINER GESELLSCHAFT DES LÄNGEREN LEBENS – ZUKUNFTSKONZEPT DES SACHVERSTÄNDIGENRATES

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Goethe-Universität
Frankfurt am Main

„Zwischen den Jahren 1993 bis 2007 stieg die Zahl der Fachärzte bundesweit um 43,6 Prozent, während 6,5 Prozent weniger Hausärzte vertragsärztlich tätig sind. In München haben wir die weltweit höchste Arztdichte, während im bayerischen Wald die Grundversorgung zusammenbricht.“

Der ärztliche Nachwuchs ist weiblich, konstatiert das 900 Seiten umfassende Gutachten des Sachverständigenrates. Rund zwei Drittel der zukünftigen Ärzteschaft werden Frauen sein, die mit flexiblen Arbeitszeitmodellen Beruf und Familie verbinden wollten. Der Trend ginge hin zu vermehrter Teilzeittätigkeit und weniger Selbstständigkeit in der Einzelpraxis, so Gerlach. Dies müsse ein tragfähiges Zukunftskonzept ebenso berücksichtigen wie das Bedürfnis junger Mediziner nach Fächern mit strukturierter Weiterbildung, geringerer Arbeitsbelastung, besserem Einkommen, höherem Sozialprestige und einer eher städtisch orientierten Tätigkeit in Kooperationen.

Die künftige Versorgung habe sich vor diesem Hintergrund sektorübergreifend, integriert und koordiniert auf Versicherte einer Region auszurichten, so Gerlach.



Dabei stehen folgende Eckpunkte im Vordergrund des Zukunftskonzepts des Sachverständigenrates:

- **Qualitativ hochwertige Primärversorgung**
als Fundament, entscheidend:
Koordination der Gesundheitsversorgung
- **Definierte Population (defined population)**
Grundvoraussetzung für populationsbezogene Ansätze, mit Einschreibung, möglichst viele Entscheidungen vor Ort/in der Region
- **Patientenzentrierte Versorgung (person centred)**
mit Ausrichtung an Bedürfnissen bzw. Bedarf individueller, insbesondere chronisch Kranker
- **Umfassende, horizontal + vertikal (sektorenübergreifend)**
koordinierte Grundversorgung aus einer Hand (comprehensive, co-ordinated care)
- **Kontinuierliche Versorgung (long-term continuity)**
Vermeidung von Informationsverlusten durch diskontinuierliche Betreuung (bei chronisch Kranken)
- **Gute Zugänglichkeit/Zugangsgerechtigkeit**
(available, accessible, equitable): niedrigschwellige Erreichbarkeit nach objektivem Bedarf und subjektiven Bedürfnissen für alle Bevölkerungsgruppen
- **Weiterentwicklung der Vergütungs-/Honorierungssysteme (payment mix)**
umfassende risiko-adjustierte kontaktunabhängige Capitation kombiniert mit qualitätsbezogenen Anreizen
- **Erprobung und Evaluation wohnortnaher Primärversorgungspraxen (PVP)**
- **Regionale bzw. lokale Adaptation**
Anpassung an existierende Versorgungsstrukturen und lokale Erfordernisse/Präferenzen

Als prospektives Vergütungssystem präferiert der Sachverständigenrat die Capitation. Capitation bzw. Kopfpauschale in Managed Care Modellen bezeichnet eine im Voraus bestimmte Jahrespauschale für die medizinische Versorgung pro Versicherten, die anhand verschiedener Kriterien wie Alter, Geschlecht, Morbidität, Vorjahreshospitalisation, Teuerung

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH
Goethe-Universität
Frankfurt am Main

III. GESUNDHEITSVERSORGUNG IN EINER GESELLSCHAFT DES LÄNGEREN LEBENS – ZUKUNFTSKONZEPT DES SACHVERSTÄNDIGENRATES

**Prof. Dr. med.
Ferdinand M. Gerlach,
MPH**
Goethe-Universität
Frankfurt am Main

usw. errechnet und von den Versicherern an eine Managed Care Organisation ausbezahlt wird, unabhängig davon, ob ein Versicherter Leistungen beansprucht hat oder nicht. „Im jetzigen Vergütungssystem verdient der Arzt, wenn der Patient krank ist. Bei der Capitation als kontaktunabhängige Pauschale pro Versicherten mit qualitätsbezogenen Anreizen wird honoriert, wer seine Patienten gesund hält“, erklärte Gerlach.

Für die Versichertenpopulation einer Region sollen maßgeschneiderte Behandlungskonzepte abgestimmt werden und sich an den Morbiditäten innerhalb der regionalen Versichertengruppe orientieren. Dabei könne sich Gerlach verschiedene Vertragsmodelle vorstellen:

- Cost Sharing-Verträge für definierte Leistungen einer Behandlungsart
- Diagnosis Related Groups (DRGs) für einen erbrachten Fall
- Risk-Sharing im Sinne eines payment by results
- und umfassende (Full-)Capitation, die alle Leistungen für alle (eingeschriebenen) Versicherten einbezieht.

Um der Gefahr von Patienten- bzw. Risikoselektion und Qualitätsmängeln (z.B. Leistungsverweigerung) vorzubeugen, seien Qualitäts(zu)sicherung, Transparenz und Stärkung der Patientenrechte im Vertragssystem zu verankern. Weitere Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit multiplen und chronischen Erkrankungen müssten das Versorgungsmodell ergänzen.

Am Beispiel einer Primärversorgungspraxis (PVP) erläuterte Gerlach, wie sich der Sachverständigenrat die Versorgung der Zukunft vorstellt: Ein Team von 4-6 Ärzten, spezialisierten Medizinischen Fachangestellten (MFA) und Krankenschwestern versorgen in einer Gemeinschaftspraxis oder einem medizinischen Versorgungszentrum, über ein freiwilliges Einschreibemodell eine definierte Versichertengruppe. Fachspezialisten aus Klinik, Praxis und nichtärztlichen Berufen werden in das Praxisteam einbezogen. Hausärzte übernehmen die Rolle des verantwortlichen Koordinators. Erweiterte Öffnungszeiten und flexible Arbeitszeiten ermöglichen Ärzten und Patienten eine individuelle integrierte Versorgung.

Durch eine systematische Risikoanalyse der im Modell eingeschriebenen Patientengruppe (z.B. Diabetiker) werden spezielle Versorgungsangebote (z.B. ImpfreCALL) für unterschiedliche Patientengruppen angeboten. In separaten Sprechstunden können chronisch Kranke strukturiert und interdisziplinär versorgt werden. Um die Kontinuität der Arzt/Patient-Beziehung zu erhalten, bildet ein Arzt plus MFA/Pflegekraft das sogenannte Teamlet. Case Management und langfristiges Monitoring liegen in ihrer Verantwortung.

Als einen wichtigen Grund für solch ein Praxismodell nannte Gerlach die Präferenzen der Patienten: Nach einer Studie in 284 Hausarztpraxen in zehn europäischen Ländern fühlen sich Patienten in kleineren Praxen signifikant besser betreut als in größeren Praxen mit mehreren Ansprechpartnern bzw. Mitarbeitern.

Um das Zukunftsmodell des Sachverständigenrates umzusetzen, ist nach Gerlach keine Gesetzesänderung nötig. Bereits heute schon seien einzelne Elemente des beschriebenen Versorgungsmodells realisiert. Als Beispiele führte er die Initiativen Gesundes Kinzigtal, Prosper-Netze der Knappschaft, AOK-Verträge BaWü und Gesundes Leinetal an.

Der Sachverständigenrat empfiehlt die Erprobung und Evaluation der vorgeschlagenen integrierten Versorgungsmodelle und geht davon aus, so Gerlach abschließend, dass die Herausforderungen der gesellschaftlichen Veränderungen durch die flächendeckende Umsetzung und die Weiterentwicklung der vorgeschlagenen integrierten Versorgungsmodelle gemeistert werden könnten.



**Prof. Dr. med.
Ferdinand M. Gerlach,
MPH**
Goethe-Universität
Frankfurt am Main

IV. HERAUSFORDERUNGEN AN DIE NEUE REGIERUNG – ZUKUNFTSSICHERES GESUNDHEITSSYSTEM DEUTSCHLAND

Prof. Dr. J. Matthias Graf von der Schulenburg,
Leibniz-Universität Hannover

Einen kritischen Blick in die gesundheitspolitische Zukunft warf Prof. Dr. J. Matthias Graf von der Schulenburg, Leibniz-Universität Hannover. Er kritisierte die vage Unverbindlichkeit des Koalitionsvertrages von CDU/CSU und FDP und sezierte die Erwartungen an eine wettbewerbsorientierte Reform des Gesundheitssystems. Abschließend entwickelte er Szenarien für eine nachhaltige und demographiefeste medizinische Versorgung in Deutschland.

„Die Regierung bleibt in ihrem Koalitionsvertrag ohne klares ordnungspolitisches Leitbild und behält sich somit alle gesundheitspolitischen Rückzugsmöglichkeiten offen“, sagte Graf von der Schulenburg. Trotz der vielen Hoffnungen an das nun liberal geführte Bundesgesundheitsministerium zeigten die bisherigen Signale eher in Richtung einer Fortführung der „Zentralisierung“ im Gesundheitswesen. „Weder der Gesundheitsfonds wurde abgeschafft, noch die Machtfülle von GKV-Spitzenverband und Gemeinsamer Bundesausschuss beschnitten“, kritisierte der Gesundheitsökonom. Stattdessen würden mit der Planung des Deutschen Zentrums für Gesundheitsforschung, der Einführung einer Diagnoseplattform Deutsches Stammzellennetzwerk und der Initiative des BMG für einen Nationalplan gegen seltene Erkrankungen „wettbewerbsregelnde“ Bundesinstitutionen installiert, die einer marktorientierten Grundhaltung eher widersprechen, folgerte Graf von der Schulenburg. Er zeigte sich auch enttäuscht über den „Schutzzaun für Apotheken“ (Mehr- und Fremdbesitzverbot, Verbot von Pick-up-Stellen) und von der geplanten Regelung für Medizinische Versorgungszentren, deren Mehrheitsanteile, laut Koalitionsvertrag, zukünftig ausschließlich von Ärzten gehalten werden dürfen. Dass die Selbstverwaltung aller Krankenkassen in Zukunft stets aus Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern bestehen soll, sieht Graf von der Schulenburg gar als „Rückschritt“ in eine Zeit als die Arbeitgeber noch maßgeblich für die Gründung von Krankenkassen verantwortlich waren. „Wettbewerbliche Ansätze sehen anders aus.“

Auch den Formulierungen im Koalitionsvertrag „Wir werden das deutsche Gesundheitswesen innovationsfreundlich, leistungsgerecht und demographiefest gestalten ... Der Morbi-RSA wird auf das notwendi-

ge Maß reduziert, vereinfacht sowie unbürokratisch und unanfällig für Manipulation gestaltet“, gewinnt von der Schulenburg wenig Sympathie ab: „Wie anders als bürokratisch sollen rund 167 Milliarden Euro verteilt werden? Sicher nicht nach Gutsherrenart.“



Prognosen einer zukünftigen Gesundheitspolitik

Einen möglichen Reformschritt sieht von der Schulenburg in der Auflösung der paritätischen Beitragsfinanzierung. Dabei könnten die Arbeitgeberbeiträge in den Gesundheitsfonds fließen und die Versichertenbeiträge direkt an die Krankenkassen abgeführt werden. Aus ökonomischer Sicht, eine „begrüßenswerte Alternative“, so der Experte. Zweitens seien weiter reichende Verhandlungs- und Vertragsspielräume für Krankenkassen und Leistungserbringern zu erwarten. Außerdem

Prof. Dr. J. Matthias Graf von der Schulenburg,
Leibniz-Universität Hannover

IV. HERAUSFORDERUNGEN AN DIE NEUE REGIERUNG – ZUKUNFTSSICHERES GESUNDHEITSSYSTEM DEUTSCHLAND

Prof. Dr. J. Matthias Graf von der Schulenburg,
Leibniz-Universität Hannover

rechne er mit einer stärkeren Ausrichtung an eine effiziente Kosten/Nutzen-Analyse, wodurch sich der Arzneimittelmarkt weiter verändern werde. Die Pharmabranche müsste sich auf langfristige Vertragsmodelle zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und pharmazeutischen Unternehmen einstellen.

Entgegen den Beteuerungen vieler Gesundheitspolitiker, das deutsche Gesundheitssystem biete eine qualitativ hochwertige Versorgung, verwies Graf von der Schulenburg auf verschiedene internationale Vergleichsstudien (WHO, OECD, u.a.). Darin belege das deutsche Gesundheitssystem zwar bei den Gesundheitsausgaben jeweils einen der ersten Plätze, bezogen auf die Leistungsfähigkeit rangiere Deutschland jedoch im Mittelfeld.

Um die Qualität in der medizinischen Versorgung zu verbessern und den Anforderungen der demographischen Entwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts gerecht zu werden, schlägt Graf von der Schulenburg vor, das Anreizsystem grundlegend zu verändern, die Transparenz der Versorgungswege zu erhöhen und die Gesundheitsausgaben zukünftig weniger als Kostenfaktor, sondern als Investition zu begreifen. Er hält eine Einbindung und Beteiligung der Versicherten und Patienten in die politischen Entscheidung des Gesundheitswesens für dringend geboten, „weil nur durch den Druck der Bevölkerung die Qualität der Leistungserbringer verbessert wird“.

Es geht auch anders

Wie ein Gesundheitssystem alternativ gestaltet und umorganisiert werden könnte, erläuterte von der Schulenburg abschließend am Beispiel Singapur.

Bis 1983 hatte Singapur ähnlich Probleme in der Gesundheitsversorgung wie Deutschland heute. Dann folgte eine Radikalreform. Seitdem überweist jeder Arbeitnehmer des asiatischen Stadtstaates einen fixen Krankenversicherungsbeitrag auf ein persönliches Gesundheitskonto, das bei Bausparkassen zu einem üblichen Satz verzinst wird. Davon werden alle Arzt- und Krankenhausrechnungen bezahlt. Eine staatliche Rückversicherung, die aus Steuergeldern finanziert wird, gleicht Fehlbeträ-



Prof. Dr. J. Matthias Graf von der Schulenburg

ge, z.B. durch chronische Erkrankungen, genetische Geburtsfehler oder kostenintensive operative Eingriffe auf dem Konto aus. Darauf müssen rund 20 Prozent der Menschen zurückgreifen. Trotzdem wendet Singapur nur 3,1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts für sein Gesundheitswesen auf, in Deutschland sind es 10,6 Prozent (2003). Versicherte im Alter von 65 Jahren, die mehr als umgerechnet 100.000 Euro auf ihrem Konto haben, dürfen das überschüssige Guthaben auch anderweitig z.B. zu privaten Zwecken einsetzen. „Das ist ein Sparmodell, das an der richtigen Stelle ansetzt, um mit den begrenzten Mitteln möglichst sorgsam umzugehen“, so Graf von der Schulenburg.

Prof. Dr. J. Matthias Graf von der Schulenburg,
Leibniz-Universität Hannover

V. PODIUMSDISKUSSION „MEDIZINER IM DIALOG: WOHIN MIT DEM SCHMERZPATIENTEN?“

Podiumsdiskussion

Moderation:
Dr. Albrecht Kloepfer,
Christian Luley

- **Dr. Diethard Sturm, Hausärzteverband**
- **Dr. Hubertus Kayser, Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland e.V.**
- **Prof. Dr. Hans-Raimund Casser, DRK Schmerzzentrum Mainz**
- **Dr. Helmut Frohnhofen, Kliniken Essen Mitte**

Moderation: Dr. Albrecht Kloepfer, Christian Luley



Dr. Albrecht Kloepfer

Kloepfer: Wir wollen in dieser Runde der Frage nachgehen, wie wir den Schmerzpatienten möglichst schnell, optimal und an der richtigen Stelle versorgen, und ich würde gerne die Runde mit Ihnen, Herr Dr. Sturm beginnen: Die Hausärzte haben jetzt in unserem Gesundheitssystem eine starke Rolle zugewiesen bekommen und sie haben ja für sich selbst auch den Anspruch einer gewissen Verteilungs- und Zuweisungskompetenz für die Patienten. Wie könnten vor diesem Hintergrund Konzepte aussehen, um aus der hausärztlichen Steuerung heraus eine möglichst rasche Versorgung auf der richtigen Versorgungsebene zu gewährleisten?

Sturm: Auf die Frage „Wem gehört der Patient?“ würde ich erstmal antworten: „Der Patient gehört nur sich selbst!“. Ich lehne also irgendwelche Zuweisung von Patienten in irgendwelche Ebenen grundsätzlich ab, weil das nicht zielführend ist, sondern der Patient selber entscheiden muss. Er kann sich natürlich unter den neuen Regeln der Hausarztzentrierten Versorgung in ein Versorgungskonzept einschreiben, in dem die Verantwortung des Hausarztes für den Patienten gestärkt wird. Wenig bekannt, aber ein wichtiger Aspekt ist es hierbei auch, den Patienten vor Überversorgung und Überdiagnostik zu schützen. Gerade bei der Chronifizierung von Schmerz sehen wir das als wichtigen Aspekt, da hier nach unserer Wahrnehmung sehr viel Schaden gerade erst durch überflüssige Untersuchungen und Eingriffe herbeigeführt wird. Wir können mit der Hausarztzentrierten Versorgung aber auch unsere Aufgabe bei der psychosozialen Betreuung besser erfüllen und letztlich auch die Patientenrolle stärken, weil wir – beispielsweise in Schulungen – mit den eingeschriebenen Patienten besser arbeiten und die Angehörigen mit einbeziehen können. Auf der Grundlage dieser Hausarztzentrierten Versorgung nach §73b SGB V ist es natürlich sinnvoll – und dies sehe ich auch als Angebot an die

Schmerztherapeuten – durch Verträge nach 73c auch die Schmerztherapie an die Hausarztzentrierte Versorgung anzubinden, damit wir gemeinsam mit ergebnisabhängigen Schnittstellen dafür sorgen, dass der Patient zur rechten Zeit in die entsprechende Versorgungsebene weitergeleitet werden kann.

Ein anderer Vorteil, den wir in der Hausarztzentrierten Versorgung sehen, ist die Verpflichtung zur Fortbildung, da wir damit die Fortbildungshoheit für die Hausärzte wieder in die Hausärzteschaft zurückbekommen. In diesem Rahmen haben wir bereits im vergangenen Jahr unser Fortbildungskonzept in Baden-Württemberg durchgeführt. Schmerztherapie, Palliativmedizin, Psychosomatik und Gesprächsbetreuung sind zwingender Bestandteil dieser hausärztlichen Fortbildungsmaßnahmen. Wir integrieren also gerade diese für die Schmerztherapie wichtigen Fachgebiete in unsere Fortbildungen und setzen diese Elemente dann auch in unseren Qualitätszirkeln weiter um.

Natürlich sind wir hier auch angewiesen auf die Zusammenarbeit und die Therapieempfehlungen der niedergelassenen Fachkollegen – aus meiner Sicht besonders den Orthopäden – und der Kollegen aus den Krankenhäusern. Wir sind hier tatsächlich nicht über jede Überweisung und jede schmerztherapeutische Empfehlung glücklich. Es muss uns also gelingen, alle am therapeutischen Prozess Beteiligten unter einem Dach gemeinsamer Leitlinien mit ins Boot zu bekommen. Die Grundsätze für eine therapeutische Zusammenarbeit müssen – in gegenseitiger Achtung – einheitlich sein.



Christian Luley

Podiumsdiskussion

Moderation:
Dr. Albrecht Kloepfer,
Christian Luley



Die Teilnehmer der Podiumsdiskussion, v.l.n.r.: Dr. Helmut Frohnhofen, Prof. Dr. Hans-Raimund Casser, Dr. Hubertus Kayser, Dr. Albrecht Kloepfer, Dr. Diethard Sturm, Christian Luley

V. PODIUMSDISKUSSION „MEDIZINER IM DIALOG: WOHIN MIT DEM SCHMERZPATIENTEN?“

Podiumsdiskussion

Moderation:
Dr. Albrecht Kloepfer,
Christian Luley

Kloepfer: Herr Professor Casser, Herr Sturm hatte bereits die Frage der Überversorgung angesprochen und es war auch von der Kombination aus Verträgen nach §73b und §73c die Rede. Wie würde sich das Krankenhaus in einem solchen Szenario wiederfinden und wie würde man vielleicht bis in die Spitze der Versorgungsnotwendigkeiten ein geschlossenes System organisieren können?

Casser: Wir sind natürlich im Grundsatz für ein gestuftes System. Wir müssen nur aufpassen, dass wir nicht ein tolles System aufbauen, das wir dann in der Praxis gar nicht durchführen können, weil uns dafür die Möglichkeiten fehlen. Hier sehe ich es als große Gefahr, dass wir gar keine klaren Kriterien haben, wann wir mit einer interdisziplinären multimodalen Therapie beginnen müssen, und wann sie eben auch nicht erforderlich ist. Hier kommt den Nicht-Schmerztherapeuten eine große Bedeutung zu, denn sie entscheiden ja letztlich, wo der Patient später hingehet. Wir stellen aber als Spezialisten häufig fest, dass die Patienten schlicht zu spät kommen. Dann sind sie bereits chronifiziert, und wir können kaum noch aus dem vollen Potential unserer Möglichkeiten agieren. Es wäre also sehr sinnvoll, wenn die Weichen früh genug gestellt würden, und wir haben heute auch die Kriterien dafür, denn wir kennen ja die Chronifizierungsfaktoren zur Genüge

Entscheidungen zur Hinzuziehung der fachärztlichen Erfahrungen müssen also bereits nach vier bis sechs Wochen getroffen werden und nicht nach zwei bis drei Monaten oder nach fünf Jahren. Ob dies dann in der Klinik geschieht oder im ambulanten fachärztlichen Bereich ist letztlich sekundär. Wir müssen uns aber auch darauf verlassen können, dass akute Schmerzbilder fundiert abgeklärt werden, denn ein multimodaler Ansatz orientiert sich ja in erster Linie an jene Patienten, bei denen die Schmerzursache unklar ist. Wir brauchen also zunächst eine klare fachspezifische Abklärung.

Frohnhofen: Die Altersmedizin ist im Grunde täglich mit dem Problem Schmerz konfrontiert. Gerade in der Gruppe der Hochbetagten droht uns eine massive Unterversorgung. Diese Patienten haben zum einen das Problem der Mobilität, zum anderen wird aber auch die sinkende Hirnleistung zum Problem: Schmerz im Alter wird häufig ver-

gessen und nicht berichtet. Und wir haben schließlich das Phänomen der Schmerzfolgesyndrome. Das heißt, dass der Demenzkranke, der an Schmerz leidet, diesen Schmerz vergisst, nicht davon berichtet und auch gar nicht davon berichten kann. Er äußert sich auf einmal mit ganz anderen Symptomen, und wir müssen lernen, diese Symptome richtig zu interpretieren, um dann den Patienten adäquat behandeln zu können



Podiumsdiskussion

Moderation:
Dr. Albrecht Kloepfer,
Christian Luley



Dr. Helmut Frohnhofen

nen. Bevor wir also über Strukturen reden, ist im Bereich der Weiterbildung noch eine ganze Menge Arbeit zu leisten, damit wir mit unseren diagnostischen Analysen richtig liegen. Die Instrumente dafür stehen zur Verfügung, aber der Durchdringungsgrad reicht längst noch nicht aus. Der Ansprechpartner vor Ort – insbesondere bei den Heimbewohnern, die massiv unterversorgt sind – sind eben die Hausärzte. Hier muss also die erste Kommunikationsebene sichergestellt werden. Danach brauchen wir im therapeutischen Team eine zeitnahe Verfügbarkeit und einen engen gegenseitigen Austausch – zum Beispiel auch durch eine gemeinsame Weiterbildung.

Kloepfer: Herr Dr. Kayser, der Berufsverband der Schmerztherapeuten hat ja den Anspruch, alle Ebenen der schmerztherapeutischen Professionen in seiner Mitgliederstruktur abzubilden. Was wären Ziele und Angebote des Verbandes, um zu einem Konzept zu kommen, das ein therapeutisches Versorgungsniveau auf dem jeweils angemessenen Level ermöglicht?

Kayser: Zunächst müssen wir doch fragen „Was ist überhaupt ein Schmerzpatient?“ Der „normale“ Schmerzpatient in Deutschland hat



Prof. Dr. Hans-Raimund Casser

V. PODIUMSDISKUSSION „MEDIZINER IM DIALOG: WOHIN MIT DEM SCHMERZPATIENTEN?“

Podiumsdiskussion

Moderation:
Dr. Albrecht Kloepfer,
Christian Luley

doch eine zehnjährige Schmerzkariere und etliche Operationen hinter sich, war bei zig Fachärzten und kommt dann irgendwann zum Schmerztherapeuten, wo er nach dieser Karriere bei aller medizinischen Kunst und Wissenschaft nur noch relativ schlechte Chancen hat, von diesem Schmerzbild überhaupt wieder loszukommen. Häufig gelingt es ja dann nur noch, die Schmerzen wieder einigermaßen erträglich zu machen bzw. die Funktionalität wieder herzustellen. So sieht es bisher aus.

Was wir brauchen ist ein grundlegender Paradigmenwechsel. Danach ist eben ein Schmerzpatient schon ein Schmerzpatient bevor er in diese Hoch-Chronifizierung – Gerbershagen 3 und höher – gerät. Diese Patienten müssen schon frühzeitig erfasst werden; und frühzeitig erfassen können wir sie – sowohl auf hausärztlicher als auch auf fachärztlicher Ebene –, denn wir haben bereits Leitlinien der DEGAM und der IGOST. Diese Leitlinien müssen einfach nur umgesetzt werden, dann hätten wir eine schmerztherapeutische Versorgung, wie sie sein sollte. Diesen Paradigmenwechsel müssen wir allerdings auf allen Ebenen, die im Gesundheitssystem mitspielen, umsetzen. Das fängt bei der Politik an, die unsinnige und versorgungsfeindliche Abrechnungsverfahren durchgesetzt hat. Beispielsweise zwingen ja die DRGs die Kollegen fast dazu, Rückenschmerzpatienten frühzeitig zu operieren. Wir haben also ein System, das die Schmerzpatienten geradezu produziert, weil die Vergütungsanreize falsch gesetzt sind. Auf der Ärzteebene müssen wir allerdings dazu kommen, dass unsere Leitlinien auch umgesetzt werden. Und leider werden wir hier entsprechende Anreize schaffen müssen, weil die Umsetzung von alleine nicht klappt. Auch bei den Krankenkassen müssen wir ansetzen: Wie leicht werden unsinnige Operationen ohne irgendwelches Nachfragen umgehend bezahlt, aber wenn wir die Patienten in multimodale Programme bekommen wollen, dann wird plötzlich der Rotstift angesetzt.

Kloepfer: Herr Luley, die Firma Grünenthal ist ja mit der DAK bereits in eine Studie zur Versorgungsforschung gegangen, auf deren Grundlage dann solche Mängel abgestellt werden könnten. Gibt es zu dieser Studie schon erste Ergebnisse?

Luley: Wir sehen bereits jetzt, dass die Tendenz nicht ganz falsch ist: In spezialisierten Einrichtungen werden tatsächlich Patienten betreut, die

wir als schwerer identifiziert haben. Allerdings sehen wir auch, dass die schwereren Patienten nur zu etwa 20 bis 30 Prozent in diesen spezialisierten Versorgungseinheiten betreut werden. Es gibt da also durchaus noch Luft nach oben. Die positive Schlussfolgerung: Wir finden keine vergleichsweise leichteren Patienten in den hoch spezialisierten Versorgungseinrichtungen. Dies zur Beruhigung der Krankenkassen, die sicher auch die Befürchtung haben, dass teurere Therapieangebote für Patienten vorgehalten werden, die dieser Angebote gar nicht bedürfen. Dennoch müssen wir uns natürlich die Frage stellen, mit welchen Kriterien wir den jeweiligen Patienten für die richtige Versorgungsebene finden. Und hier ist unser Ansatz, dass nicht nur der Arzt, sondern auch die Krankenkasse mit ihrem „Adlerblick“ auf die Routinedaten in dieser Frage Anhaltspunkte geben, Patienten aufgreifen und Patienten auch – natürlich in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft – Versorgungsebenen zuführen kann. Mein erster Eindruck ist, dass es erst in dieser Zusammenarbeit gelingt, Patienten rechtzeitig in die jeweils richtige Versorgungsebene zu überführen. In diesem Zusammenhang würde ich gerne eine Frage an Herrn Sturm richten wollen, denn es geht ja nicht nur um die Aufgreifkriterien, sondern auch um die vertragliche Anbindung, um Patienten rechtzeitig in die spezialisierte Versorgung zu bekommen: Welche Anforderungen würden Sie als Vertreter der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft denn an eine Fachärztliche Versorgung stellen, die an einen Hausarztvertrag nach 73b angedockt wird?

Sturm: Die erste Voraussetzung ist natürlich, dass die Hausärzte als Partner akzeptiert werden. Viele Untersuchungen und Einschätzungen beruhen darauf, dass man beim Facharzt die dort ankommenden Patienten analysiert und daran die Qualität der Hausärzte misst. Die in der hausärztlichen Praxis erfolgreich behandelten Patienten tauchen aber beim Facharzt doch gar nicht auf. Sie werden also in die Betrachtung gar nicht einbezogen. Darüber hinaus ist uns wichtig, die hausärztlichen Gegebenheiten zu kennen und zu respektieren. Nicht jede Leitlinie lässt sich beispielsweise in der hausärztlichen Praxis sinnvoll umsetzen.

Wir müssen aber tatsächlich gemeinsam die Kriterien definieren, die in der hausärztlichen Praxis realistisch abgearbeitet werden können und müssen, die dann zu einer qualifizierten Überweisung führen: Bei-

Podiumsdiskussion

Moderation:
Dr. Albrecht Kloepfer,
Christian Luley



Dr. Hubertus Kayser



Dr. Diethard Sturm

V. PODIUMSDISKUSSION „MEDIZINER IM DIALOG: WOHIN MIT DEM SCHMERZPATIENTEN?“

Podiumsdiskussion

Moderation:
Dr. Albrecht Kloepfer,
Christian Luley

spielsweise, dass nach dem dritten Termin die psychosomatische Situation des Patienten genau erfasst wird, da ja dort das Risiko für die Chronifizierung liegt.

Und dann wünschen wir uns schließlich, dass Therapiekonzepte anschließend auch abgestimmt werden und dass man uns nicht ohne Rücksprache mit therapeutischen Konzepten zur Umsetzung konfrontiert, denn wir sind ja schließlich auch dafür verantwortlich, dass sich das neue Konzept auch mit der bisherigen Therapie verträgt.

Aus meiner Perspektive ist die gegenseitige Kommunikation das Wichtigste von allem. Auf dieser Basis können wir auch die Warnzeichen und Kriterien definieren, was zu welchen Spezialisten führt.

Kloepfer: Herr Kayser, warum klappte es aber denn häufig nicht, obwohl es sich so einfach anhört? Ist es ein Vergütungsproblem?

Kayser: Ich würde die Leitliniendiskussion schon noch mal offensiver führen wollen. Denn mit der DEGAM-Leitlinie hätten wir beispielsweise wunderbare Kriterien, um einen Rückenschmerzpatienten durch das System zu lotsen und ihn nicht in die Chronifizierung zu treiben. Wahrscheinlich müssten aber doch Anreize geschaffen werden, um diese Beachtung der Leitlinien und die von Herrn Sturm geforderte Kommunikation finanziell zu unterfüttern. Dies wäre aber auch im KV-System möglich und vielleicht etabliert ja die Kassenärztliche Bundesvereinigung tatsächlich in Zukunft ihr Stufenmodell, von dem sie in letzter Zeit spricht.

Luley: Ich würde aber gerne noch mal die Kliniker in dieser Frage hören wollen: Denken Sie, dass Sie sich als Versorgungsspitze sehr schnell mit der Zuweiserebene einigen könnten, wann ein Patient zu Ihnen kommt und wann er auch wieder zurück geht?

Casser: Wir haben ja in der Arbeitsgruppe der Bertelsmann-Stiftung zum Rückenschmerz gerade über diese Fragen sehr intensiv diskutiert. Und als ganz wichtiges Ergebnis haben wir hier ein Patienten-Assessment festgehalten. Ich glaube, man kann Rückenschmerzpatienten nicht in

„Trial and Error“ behandeln – so aber läuft es größtenteils. Ich denke es gibt einen Zeitpunkt – und das sind für mich vier Wochen –, wenn dann der Schmerz und die damit verbundene Behinderung nicht deutlich gebessert sind, dann muss ein Assessment erfolgen. Und dieses Assessment sehe ich interdisziplinär. Das heißt ja noch lange nicht, dass jetzt sofort die hoch aufwendige multimodale Schmerztherapie gestartet werden muss, aber es sollten sich eben ein Facharzt, der betreuende Arzt, ein Physiotherapeut und ein Psychotherapeut solch einen Patienten ansehen.

Wir haben Fragebögen mit denen wir das heute auch schon ein wenig vorbereiten können, indem wir Risikoprofile erarbeiten. Und auf Grund dieser Verdachtsmomente können wir dann in einer Expertenrunde klären lassen, wie weiter therapiert werden sollte. Dieses Verfahren ist weniger aufwendig, als gleich für jeden Patienten eine Schmerzkonferenz einzuberufen. Ein Team entscheidet also: Weiterversorgung beim Hausarzt, Weiterleitung zum Facharzt oder Start eines multimodalen Schmerztherapie-Konzepts. Man müsste also eine Institution schaffen (die auch vom Kostenträger entsprechend honoriert wird), die diese Patienten-Odyssee von vornherein stoppt. Dieses „Diagnostische Zentrum“ wären natürlich nicht unbedingt die Behandler, so dass eigenützige Motive oder entsprechende Befürchtungen bei den therapeutischen Vorschlägen keine Rolle spielen sollten.

Kloepfer: Herr Sturm, würden sich Hausärzte nicht in ein solches Assessment für problematische Patienten im Prinzip auch gerne einbringen, weil sich hieraus auf lange Sicht auch eine Entlastung der hausärztlichen Tätigkeit ergibt?

Sturm: Es kann sich daraus eine Entlastung ergeben, aber zunächst ist damit ja ein höherer zeitlicher Aufwand verbunden, um die Grundlagen dafür zu schaffen. Wir arbeiten derzeit an einer Entlastung des hausärztlichen Normalbetriebes, um in der Praxis die Voraussetzungen zu schaffen, solchen schwierigen Patienten mehr Zuwendung geben zu können. Prinzipiell bin ich also für solche Vorschläge offen, denn es entspricht auch dem, was in unseren Leitlinien niedergelegt ist. Grundsätzlich gilt aber: Der Hausarzt muss erleben, dass er ernst genommen

Podiumsdiskussion

Moderation:
Dr. Albrecht Kloepfer,
Christian Luley

V. PODIUMSDISKUSSION „MEDIZINER IM DIALOG: WOHIN MIT DEM SCHMERZPATIENTEN?“

Podiumsdiskussion

Moderation:

Dr. Albrecht Kloepfer,
Christian Luley

wird und dass er mit solchen Projekten entlastet wird. Dann haben solche Ansätze durchaus eine Chance.

Kloepfer: Herr Kayser, Herr Sturm hatte ja auch die Frage der gemeinsamen Fortbildungen angesprochen. Sehen Sie darin ebenfalls einen gangbaren Weg, sich zunächst gemeinsam darüber zu verständigen, wie Patienten in welchen Fällen behandelt werden sollen, um darauf dann später die konkrete Patientenbehandlung aufzubauen?

Kayser: Gemeinsame Fortbildungen finde ich sehr wichtig. Und zwar nicht nur zwischen den Hausärzten und den niedergelassenen Fachkollegen, sondern natürlich sollten auch die Klinikärzte in solche Fortbildungskonzepte einbezogen werden. Häufig ist doch die Fortbildungssituation derzeit so, dass nur Kollegen einer bestimmten Fachebene angesprochen werden. In dieser Situation kann es nicht zu gemeinsamen Fortbildungen kommen – es sei denn, sie werden von übergeordneten Institutionen angeboten, denen dann aber oft die Finanzkraft fehlt, um entsprechend kompetente Referenten zu verpflichten. Wir müssen also versuchen – und das ist durchaus auch ein Appell an die Industrie –, auch die gemeinsamen Fortbildungen zu fördern, denn wie sollen wir sonst auf einen gemeinsamen Nenner kommen?

Kloepfer: Herr Frohnhofen, ist die Geriatrie in ihren Versorgungskonzepten schon weiter? Kann man von der Zusammenarbeit der geriatrischen Kollegen etwas lernen?

Frohnhofen: Die Situation ist bei uns im Grunde noch ein wenig komplizierter, weil unsere Patienten beispielsweise in der Regel weniger mobil sind und zum Teil Schmerzen auch als altersbezogen „normal“ akzeptieren – was natürlich nicht richtig ist. Aber die Folgen der Schmerzen sind dann häufig viel massiver, beispielsweise bei Mobilitätsproblemen: Eine Arthrose im Knie, die zur Immobilität zwingt, wird sofort zur Katastrophe, wenn ich alleine im zweiten Stock wohne. Es gibt also sofort riesige Folgeprobleme, wenn das unterstützende Umfeld fehlt. Erschwerend kommt hinzu, dass diese Patienten viel weniger auf sich aufmerksam machen. Sie sind oft leidensfähig und genügsam, wollen niemandem zur Last fallen und müssen daher überhaupt erst entdeckt



und nach ihren Schmerzen befragt werden. Sie brauchen also im Grunde den zugehenden Hausarzt, was natürlich strukturell auch ein Problem ist: Die Patienten können nicht mehr zwei, drei Mal im Monat oder noch häufiger in eine Praxis zu einer Spezialbehandlung kommen.

Das heißt, wir müssen über Strukturen nachdenken, in denen wir letztlich aufsuchend den Patienten versorgen können.

Kloepfer: Herr Sturm, vielleicht könnten Sie aus dem bisher Gesagten ein Resümee ziehen: Was wären kurzfristige Schritte, um die Situation zu verbessern?

Sturm: Mein Vorschlag wäre, dass der Hausärzterverband und der BVSD möglichst rasch Gespräche aufnehmen sollten, um die Grundlagen – Schnittstellen und Leitlinien – für gemeinsame Verträge nach §73b/c oder auch nach §140 zu entwickeln und festzuschreiben. Außerdem sollten wir gemeinsame Fortbildungen entwickeln und vereinbaren, um uns für diese selektivvertraglichen Versorgungskonzepte eine gemeinsame Basis zu erarbeiten. Wir müssen auf jeden Fall miteinander ins Gespräch kommen, um die derzeitigen Versorgungsdefizite gemeinsam zu überwinden.

Podiumsdiskussion

Moderation:

Dr. Albrecht Kloepfer,
Christian Luley

Multiprofessionelle Schmerztherapie

Workshop 1

Workshop 1:

Multiprofessionelle Schmerz-Therapie

In jedem Fall besser oder nur teurer als die konventionelle Versorgung von Patienten mit starken und/oder chronischen Schmerzen (in spe.)

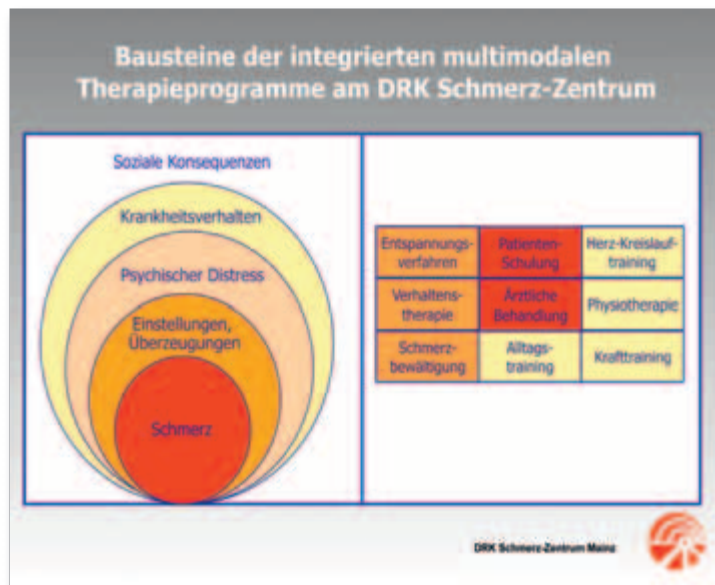
Moderation/Rapporteur: Dr. John M. Weatherly, Berlin

Berichterstattung: Christine Kriedemann, Aachen

Prof. Hans-Raimund Casser, DRK Schmerzzentrum Mainz, erläuterte zu Beginn seines Vortrages den Begriff „interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie“ nach der Definition der DGSS. Laut DGSS wird darunter die gleichzeitige, inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen in Form von verschiedenen somatischen und psychotherapeutischen Verfahren nach vorgegebenem Behandlungsplan in enger Absprache (Teambesprechung) mit den beteiligten Ärzten und Therapeuten (Arnold et.al 2009) verstanden. Oberstes Ziel der multimodalen Behandlung ist die Reduzierung schmerzbedingter Beeinträchtigungen. Interdisziplinarität, Diagnostik und Assessment (u.a. Bestimmung des Chronifizierungs-



Prof. Dr. Hans-Raimund Casser



Workshop 1 – Multiprofessionelle Schmerztherapie

stadiums bzw. Schweregrades nach Gerbershagen bzw. von Korff) als auch multimodale Therapieprogramme sind Punkte der gesamten Behandlung.

Metaanalysen und systematische Reviews – zumeist über Rückenschmerzen – belegen, dass verschiedene medizinische Empfehlungen bei Behandlungsverfahren zur kurzfristigen Verminderung von Schmerzen wirkungsvoll sind. Länger anhaltende Effekte im Sinne einer Verbesserung der Lebensqualität und der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit konnten jedoch nur für multimodale interdisziplinäre Programme nachgewiesen werden. Aktuelle Studien, basierend auf neuen Kostenberechnungen zum Rückenschmerz in Deutschland, konnten nachweisen, dass die multimodale Therapie nicht nur nachhaltig wirksam, sondern auch kosteneffektiv sein kann.

Multiprofessionelle Schmerztherapie
Workshop 1

Kosteneffektivität Rückenschmerzpatienten 9/01 - 12/06
Tagesklinik DRK Schmerz-Zentrum Mainz

Kosten nach VonKorff Grad		Vor Aufnahme		Katamnese 12 Mo.	
Grad	Kosten/Jahr u. Patient (€)	n	Kosten/Jahr (€)	n	Kosten/Jahr (€)
0	0,00	0	0,00	29	0,00
1	414,40	11	4.558,40	115	47.656,00
2	783,60	42	32.911,20	52	40.747,20
3	3.017,20	69	208.186,80	20	60.344,00
4	7.115,70	108	768495,60	14	99.619,80
Summe		230	1.014.152,00	230	248.367,00
Pro Patient			4.409,36	1.079,86	
Einsparung Kosten/Patient in 1 Jahr				3.329,50 €	

B.Nagel, J.Korb (2009) Der Orthopäde 38: 907-912

Prof. Dr. med. Annette Becker, Philipps-Universität Marburg, wies in ihrem Beitrag darauf hin, dass evidenzbasierte Studien zur Wirksamkeit multimodaler Therapien vor allem aus dem internationalen Bereich stammen. In Deutschland gibt es derzeit wenige kontrollierte Studien. Des Weiteren existieren häufig unzureichend standardisierte

Multiprofessionelle Schmerztherapie
Workshop 1



und erprobte Therapiekonzepte. Die Referentin stellte den „Versorgungsatlas Schmerz“ vor, welcher die Entwicklung eines Algorithmus zur Identifikation von Schmerzpatienten in Routinedaten (Daten einer Krankenkasse 2006) darstellen soll. In einem Subprojekt wurde die Versorgung von Rückenschmerzpatienten analysiert.

Vorgelegt wurde ebenfalls eine Studie zur Effektivität einer Leitlinienimplementierung am Beispiel von Kreuzschmerzen. Eingeschlossen waren 1378 primärärztliche Patienten mit Rückenschmerzen, RCT mit 12 Monaten Follow up, aufgeteilt in drei Studienarme (Ärzt Schulungen; Ärzteschulungen und motivationale Betreuung; Kontrolle – Ausgabe einer



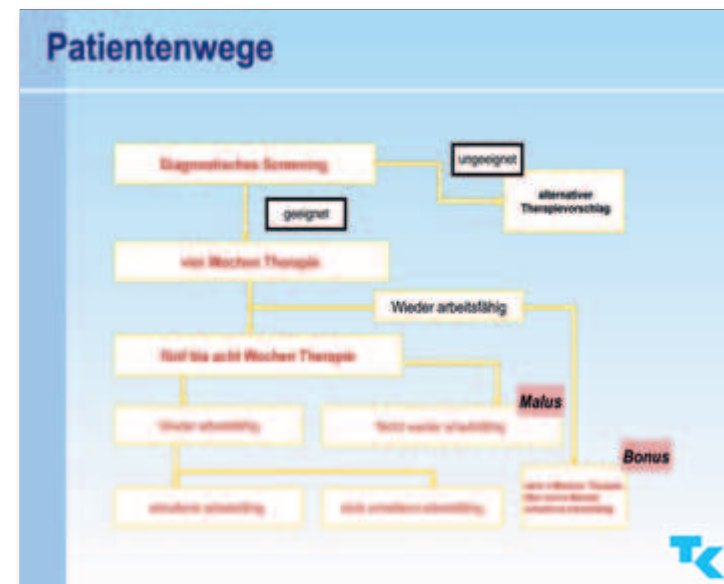
Workshop 1 – Multiprofessionelle Schmerztherapie

Leitlinie). Eine Befragung von 80 Hausärzten zur Umsetzung der Leitlinie ergab, dass mehr als die Hälfte keinen Zugang zu multiprofessionellen Therapieangeboten hat. Auch Kooperationsschwierigkeiten, vor allem mit dem Fachbereich Orthopädie, wurden benannt.

Zwei von drei Deutschen haben mindestens einmal im Jahr Rückenschmerzen, so **Frank Herrmann** von der **Techniker Krankenkasse**. Damit haben sich Rückenschmerzen mittlerweile zu einer Volkskrankheit entwickelt; die gesellschaftlichen Gesamtkosten betragen derzeit jährlich rund 18 Milliarden Euro bundesweit. Rückenschmerzen sind bei der Techniker Krankenkasse der häufigste Grund für Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Aus diesem Grund entwickelte die Techniker Krankenkasse gemeinsam mit der IMC GmbH und der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie die Integrierte Versorgung Rückenschmerz (IVR) und setzt sie seit über vier Jahren bundesweit an 33 Standorten um. Schmerztherapeuten, Physiotherapeuten und Psychotherapeuten führen die vier- bis maximal achtwöchige Therapie gemeinsam durch. Ziel ist die Verhinderung der Chronifizierung von Rückenschmerzen, die Erhöhung der Lebensqualität und ein weitgehend normaler Lebensalltag für den Patienten.

Multiprofessionelle Schmerztherapie
Workshop 1



Multiprofessionelle Schmerztherapie

Workshop 1

Die Integrierte Versorgung Rückenschmerz wurde hinsichtlich der Gesamtausgaben, der AU-Zeiten bzw. dem Krankengeld als auch den Ausgaben für Krankenhausaufenthalte, Arzneimittel und sonstige Leistungserbringer evaluiert. Ca. 88 Prozent der Teilnehmer konnten nach Abschluss der Therapie direkt an ihren Arbeitsplatz zurückkehren. Vergleichsgruppen zeigen nach drei Monaten nur eine Rückkehrquote von 35 Prozent. Außerdem gelang es im Vergleich zur Kontrollgruppe die Zeiten der Arbeitsunfähigkeit fast um die Hälfte zu senken. Auch die Kosten wurden für alle Leistungserbringer reduziert.

Das Versorgungskonzept „Aktiver Rücken“ der **KKH-Allianz** erläuterte **Diplom-Politologin Melanie Pleuger**. Eine Auswertung der Arbeitsunfähigkeitszeiten seitens der KKH-Allianz ergab, dass Rückenschmerzen einer der häufigsten Gründe für Erwerbsunfähigkeit sind. Rund ein Viertel aller Arbeitsunfähigkeitstage entfallen allein in Berlin auf das Muskel-Skelett-System. Dabei gibt es starke Defizite in der Regelversorgung: Diagnostik und Therapie sind meist wenig standardisiert. Es mangelt an Prävention und psychosoziale Faktoren werden nicht frühzeitig berücksichtigt. Auch gibt es Schnittstellenprobleme zwischen den einzelnen Behandlern.

Das Versorgungskonzept wurde gemeinsam mit der KV Berlin und einer fach- und sektorenübergreifenden Arbeitsgruppe entwickelt. Ebenso waren alle an der Behandlung von Rückenschmerzen beteiligten Fachgruppen, Physiotherapeuten und Spezialisten aus dem Bereich der ambulanten/stationären Rehabilitation und dem Krankenhaus vertreten. Begleitet wurde die Entwicklung durch den Fachbereich Public Health der TU Berlin (Prof. Busse). Die KKH-Allianz hat hierfür einen Vertrag auf Grundlage des Paragraphen 73c SGB V mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin geschlossen. Die weiteren Leistungserbringer sind über einen Vertrag zur Integrierten Versorgung nach den Paragraphen 140 a – d SGB V eingebunden.

Das Versorgungskonzept ist ein gestuftes Programm, die Behandlungszeit beträgt maximal 12 Wochen und es wird eine Terminvereinbarung innerhalb eines bestimmten Zeitfensters garantiert. Neben einer

schnellstmöglichen Schmerzbefreiung/-linderung soll eine Chronifizierung der Rückenschmerzen verhindert werden. Weitere Ziele sind die Steigerung der Lebensqualität der Patienten, der Erhalt der beruflichen Leistungsfähigkeit sowie eine Förderung des eigenverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung.



v.l.n.r.: Dr. J. M. Weatherly, F. Hermann, Prof. Dr. A. Becker, M. Pleuger

Zur Zeit wird eine Patientenzufriedenheitsbefragung seitens der KKH-Allianz konzipiert, mit deren Durchführung im 2. Quartal 2010 zu rechnen ist. Die Einbindung eines wissenschaftlichen Instituts zur Durchführung einer Evaluation ist ebenfalls geplant.

In der anschließenden Diskussion wurde von den Teilnehmenden die Wichtigkeit innovativer Versorgungskonzepte untermauert. Kritisiert wurde allerdings die mangelnde Umsetzbarkeit solcher Projekte; darüber hinaus ist die Schnittstellenproblematik zwischen verschiedenen Fachbereichen in der täglichen Praxis teilweise eklatant. Betont wurde in diesem Zusammenhang die Integration von Patienten und Selbsthilfegruppen in die Behandlungsprozesse.

Multiprofessionelle Schmerztherapie

Workshop 1

Multimorbide und geriatrische Patienten

Workshop 2

Workshop 2:

Multimorbide und geriatrische Patienten

Die Herausforderung des 21. Jahrhunderts. Bedarfs-, Aufwand- und Kostensteigerung sind die Megakraftproben für das deutsche Gesundheitswesen. Auswege aus der Versorgungskrise!?

Moderation/Rapporteur: Dr. Albrecht Kloepfer, Berlin

Berichterstattung: Bernd Hollstein, Aachen

Am Beispiel der demographischen Entwicklung der Bevölkerung in Nordrhein-Westfalen von 2000 bis 2006 verdeutlichte **Prof. Dr. med. Ralf-Joachim Schulz**, Lehrstuhl für Geriatrie an der Universität Köln, dass das Hauptproblem in Zukunft die personelle und finanzielle Unterversorgung für geriatrische Patienten sein werde. Immer weniger Junge müssen für immer mehr Alte aufkommen. Im Durchschnitt hat ein



*Prof. Dr. med.
Ralf-Joachim Schulz*

geriatrischer Patient 13 Diagnosen und nimmt 9 Medikamente ein. Viele Therapieerfolge sind allein durch das Absetzen von Medikamenten erreichbar. In der Geriatrie tätige Ärzte sind aus diesem Grunde auch gefordert, Therapien zu begrenzen, d.h. Behandlungspriorisierungen unter Berücksichtigung von ethischen Grundsätzen und dem direkten Patientenwillen vorzunehmen.

Unbedingt erforderlich ist die ambulante und stationäre Vernetzung. In der Niederlassung muss die Therapiefähigkeit der Patienten geprüft werden. Es geht darum, die Selbständigkeit der Patienten wieder herzustellen oder so lange wie möglich zu erhalten. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus muss die soziale Anbindung gewährleistet sein. Auffallend ist, dass besondere Erkrankungen in höherem Alter zunehmen. Hierzu zählen degenerative Erkrankungen, Osteoporose, Arthrose, Sarkopenie, Infektionen, Tumorerkrankungen, Autoimmunerkrankungen und vor allem kardiovaskuläre Erkrankungen. Da viele Erkrankungen in Kombination auftreten, widmet sich die Geriatrie in einem multidisziplinären fächerübergreifenden Ansatz den Gebieten der Inneren Medizin, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie und Gerontopsychiatrie.

Um multimorbide Patienten besser zuweisen zu können, wurde vor zwei Jahren der geriatrische Patient in zwei Ansätzen definiert. Erstens über das Alter, also Patienten über 80 Jahre, die aufgrund der alters-typischen erhöhten Vulnerabilität, der Gefahr der Chronifizierung sowie des erhöhten Risikos des Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus behandlungsbedürftig sind. Zweitens über den multimorbiden Charakter des Patienten, der vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen ist. Geriatrische Patienten sind meist von klassischen Erkrankungen betroffen, die aber oft eine uncharakteristische Symptomatik und atypische Verläufe aufweisen. Hierzu zählen unter anderem fehlendes Fieber bei Infektionen oder fehlender Brustschmerz bei Herzinfarkt. Ein umfassendes geriatrisches Assessment soll die Verbesserung der diagnostischen Genauigkeit, die Optimierung der Therapie und die Verbesserung der häuslichen Versorgung gewährleisten. In den nächsten Jahren ist eine umfassende Restrukturierung des Gesundheitssystems in der Versorgung alter Menschen erforderlich. Wichtige Ansätze sind die Erstversorgung geriatrischer Patienten durch qualifizierte Notärzte sowie mit Geriatern ausgerüstete Notaufnahmen in Akutkliniken und angeschlossene geriatrische Spezialkliniken. Wichtig ist die qualifizierte und strukturierte Aus- und Weiterbildung von Medizinern auf dem Gebiet der Geriatrie und den entsprechenden Erkrankungen.

Multimorbide und geriatrische Patienten

Workshop 2

Multimorbide und geriatrische Patienten

Workshop 2



Dr. Ursula Marschall

In der Geriatrie sind neben der Multimorbidität der Patienten auch Polypharmazie und Selbstmedikation an der Tagesordnung. Aus Sicht der Patienten wird die Lebensqualität durch Polypharmazie, Neben- und Wechselwirkungen stark eingeschränkt. Aus Sicht der Leistungserbringer findet die Multimorbidität in Behandlungsleitlinien kaum Berücksichtigung und es gibt keine validierten Empfehlungen zur Medikamentenreduktion. Die Kostenträger sind mit steigenden Ausgaben für Arzneimittel konfrontiert. Mit dem Projekt „Strukturierte Arzneimitteltherapie bei multimorbiden Senioren (SAmS)“ stellte Frau **Dr. Ursula Marschall** von der **Barmer Ersatzkasse (jetzt Barmer GEK)** einen Lösungsansatz vor, diese bestehenden Herausforderungen zu bewältigen. Hierbei handelt es sich um ein Projekt, das die Barmer GEK in Zusammenarbeit mit der Ärztenossenschaft Schleswig-Holstein durchführt. Die Projektziele bestehen in der aktiven Mitgestaltung der medizinischen Versorgungslandschaft in Schleswig-Holstein und in Hamburg, einer sinnvollen Reduktion der Arzneimittelverordnungen und einer Vermeidung von Krankenhausaufenthalten als Folge von unerwünschten Arzneimittelwirkungen sowie in der Erarbeitung von „geriatrischen Leitlinien“ unter Einbeziehung der entsprechenden Fachgruppen und der Verbesserung der Zusammenarbeit von Ärzten und Krankenkasse im Interesse einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung.

Bisher gibt es lediglich Projektschritte und noch keine Ergebnisse. Die Barmer GEK liefert Kennzahlen und Kenngrößen zur Verdeutlichung des „Problems Multimedikation“, Daten zur Darstellung der aktuellen Verordnungsrealität, die Top 25 Wirkstoffgruppen und die Darstellung von Patientenhistorien. Eine Planungsgruppe aus Praxis und Klinik hat das Ziel, ein praxistaugliches Raster/Flow-Chart zu entwickeln. Dazu ist es notwendig, Schnittstellen zwischen Arzneimittelversorgung, Klinik und Praxis zu definieren, Beratungen und Beschlussfassungen in Qualitätszirkeln zu organisieren und Empfehlungen zu entwickeln, wie die Anzahl der Medikamente in sinnvoller Weise reduziert werden kann. Abschließend wird eine Fachgruppe alle vorhandenen Leitlinien zur Behandlung der Schwerpunktindikationen zusammenstellen und auf die Belange des multimorbiden Hochbetagten adaptieren. Eine klinische Handlungsempfehlung und eine Arzneimittelliste mit Prioritäten zur

Reduktion der Medikamente sollen entstehen. Die Umsetzung in den Praxen erfolgt dann über eine flächendeckende Qualitätszirkelarbeit.

Wie die Herausforderungen an die Gesundheitsversorgung des 21. Jahrhunderts im ländlichen Raum gelöst werden könnten, beleuchtete **Dr. Andreas Hagenow** von der **ANSB Consult GmbH** in Elsterwerder (Brandenburg). Ausgehend von der Struktur des Gesundheitssektors im Landkreis Elbe-Elster schilderte Hagenow die Entstehung des Ärztenetzes Südbrandenburg (ANSB). Das Unternehmensziel bestand im Aufbau eines Populationsmodells medizinischer Versorgung. Dieses erfordert gerade in ländlicher Region neue Konzepte einer sektorübergreifenden Ressourcenallokation. Managed Care als Grundkonzept verfolgt dabei das Ziel, die medizinische Versorgung durch Integration aller Leistungserbringer sicher zu stellen. Unerlässliche Arbeitsinstrumente sind IT-gestützte sektorenübergreifende klinische Pfade sowie Case Management. IT im Ärztenetz dient „traditionell“ als Instrument zur Optimierung der Kommunikation zwischen Leistungserbringern und tatsächlich als komplexe Workflow-Lösung zur Implementierung von Behandlungspfaden bis hin zur Abbildung der kaufmännischen Prozesse.

Zur Stellung der Leistungserbringer unter Managed Care Bedingungen formulierte Hagenow folgende These: Integrative Leistungserbringerstrukturen führen zu einer grundsätzlichen Neubewertung der Rolle von Ärzten und Fachpersonal in Ambulanz und Klinik in Bezug auf die Art und Weise, eigene Kompetenz in die Patientenversorgung einzubringen und die Philosophie der Honorierung von Kompetenz, Fachwissen und Qualität. Welche Konsequenzen ergeben sich für Haus- und Fachärzte? Durch Import fachärztlicher Kompetenz in die Hausarztpraxis gelingt es, fachärztliche Ressourcen stark fokussiert zum Einsatz zu bringen. Der Facharzt kann mit selektiertem Patienten Klientel optimale Ergebnisse erzielen. Der Hausarzt als Arzt des Vertrauens profitiert vom erweiterten Kompetenz-Angebot des Gesundheitsunternehmens.



Dr. Andreas Hagenow

Multimorbide und geriatrische Patienten

Workshop 2

**Outcome-orientierte
Vertragsmodelle**
Workshop 3

**Workshop 3:
Outcome-orientierte Vertragsmodelle**
„Entscheidend ist, was hinten raus kommt.“

Moderation/Rapporteur: Wolfgang Straßmeir, Berlin
Berichterstattung: Carsten Schütz, Aachen

Dr. med. Jan-Peter Jansen, Ärztlicher Leiter und Geschäftsführer des Schmerzzentrums Berlin, berichtete einleitend von den Erfahrungen seines Schmerzzentrums mit klinischen Behandlungspfaden. Ziel ist es zunächst, Patientenergebnisse in einer Datensammlung zu erfassen. Mit Hilfe der MDOC-Akte ist eine Response-Messung auf unterschiedliche Behandlungsansätze möglich. Das Konzept der Clinical Pathways greift Erfolgsfaktoren auf, die seit langem in der Industrie angewandt werden:



Dr. med. Jan-Peter Jansen

- Standardisierung von Produktionsabläufen
- Qualitätskontrolle
- Kontinuierliche Anpassung der Produktionsabläufe an interne und externe „Best Practices“

Zielsetzung ist dabei eine Senkung von Kosten und/oder eine Optimierung der medizinischen Behandlungsqualität. Beide Faktoren führen – gemeinsam oder jeder für sich – zu einer Erlösoptimierung und damit zur Erlössicherung. Mit dem Berliner Modell soll sich eine Kostenersparnis von etwa 20 Prozent erzielen lassen.

Workshop 3 – Outcome-orientierte Vertragsmodelle

Im Schmerzzentrum Berlin wird ein solches Verfahren in Kooperation mit der Firma ClinPath anhand eines im Internet gemeinsam mit über 70 „Pumpenzentren“ erarbeiteten Klinischen Behandlungspfades am Beispiel der Indikationsstellung für die Implantation von Medikamentenpumpen erprobt und wissenschaftlich begleitet. Im nächsten Jahr erfolgt die Entwicklung von Clinical Pathways für den schmerztherapeutischen Alltag mit Möglichkeiten der Echtzeit-Messung der Behandlungsergebnisse.

Der aktuelle intra- bzw. intersektorale Verdrängungswettbewerb der Leistungserbringer ist nach Ansicht von **Dr. Frank Schifferdecker-Hoch, Vorstand der FPZ AG in Köln**, nicht im Sinne der Medizin und führt zu keiner Qualitätsverbesserung in der Behandlung von chronischen Schmerzpatienten. Ein neuer Lösungsansatz wird durch das Modell „Syntegrierte Versorgung“ in Deutschland durch die FPZ AG vorgestellt. „Entscheidend ist, was hinten rauskommt“, so das Motto dieses Ansatzes. Das FPZ Modell ist in 3 Stufen gegliedert:

- 1. Ebene:** leichte Fälle, max. 4 Wochen Behandlung Hausarztbene
- 2. Ebene:** schwere Fälle, max. 4 Wochen Behandlung durch Facharztbene
- 3. Ebene:** sehr schwere Fälle – Schmerztherapeuten

In Deutschland gibt es 95 FPZ Standorte mit 1940 teilnehmenden Haus- und Fachärzten und 21.500 eingeschriebenen Patienten. Case-manager erhalten im FPZ-Modell 600 Euro pro Patient, der Mitbehandler erhält 250 Euro. Neu ist die sektorübergreifende Schnittstelle „Center of Excellence“.

Was passiert nach der medizinischen Behandlung? Nach der Inanspruchnahme von Schmerztherapieprogrammen müssen Patienten langfristig durch Bewegungsprogramme aktiviert werden. Was bisher durch die Medizin als reine Empfehlung gehandhabt wird, soll zukünftig durch Zielvorgaben des Mediziners sowie Folgeanalysen alle drei, sechs, neun und zwölf Monate evaluiert werden. Die in der Zwischenzeit vom Patienten

**Outcome-orientierte
Vertragsmodelle**
Workshop 3

Outcome-orientierte Vertragsmodelle Workshop 3



Dr. Frank
Schifferdecker-Hoch

ten besuchten Nachsorgeangebote wie Bewegungs- und Ernährungsprogramme werden damit automatisch auf ihre Ergebnisqualität überprüft. Durch die Transparenz der Ergebnisse im Internet (siehe www.fpz-coe.de) entsteht unter den Anbietern der Nachsorge ein Wettbewerb um die beste Ergebnisqualität in der Behandlung der Patienten.

Der „Versorgungsatlas Schmerz“, über den **Dr. Antje Freytag** vom **IGES-Institut in Berlin** abschließend referierte, ist ein von der Firma Grünenthal Deutschland finanziertes Versorgungsforschungsprojekt auf der Basis von Routinedaten der DAK Hamburg und der AOK Niedersachsen. Begleitet von einer Gruppe namhafter Experten auf dem Gebiet der Schmerztherapie wurde ein diagnosebasierter Algorithmus entwickelt, mit dem Schmerzpatienten in Routinedaten identifiziert und zu insgesamt neun Schmerztypen klassifiziert werden können. Zunächst für drei Rückenschmerztypen – spezifische Rückenschmerzen, Schmerzen bei Bandscheibenerkrankungen und nicht spezifische Rückenschmerzen – wurde ein breites Spektrum deskriptiver Analysen zu Patienten- und Risikoprofilen, deren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und den damit verbundenen Kosten, zu Behandlungspfaden und Verordnungsmustern durchgeführt.

Workshop 3 – Outcome-orientierte Vertragsmodelle

Erste Ergebnisse zeigen, dass die Abrechnung multimodaler schmerztherapeutischer Leistungen umso eher erfolgt, als die Versicherten neben der Rückenschmerz-bezogenen Diagnose eine psychiatrische Komorbidität aufweisen, die als ein erhöhtes Risiko für eine Schmerzchronifizierung gedeutet werden kann. Weitere Indikatoren sind eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit sowie Opioidverordnungen.

Auf der Basis von Regressionsanalysen sollen Prädiktoren für Versorgungskosten und Arbeitsunfähigkeit identifiziert werden. Es wird unter anderem untersucht, ob mit der Durchführung multimodaler Therapieansätze in einem Jahr die Kosten im Folgejahr gesenkt werden können, ob die Anzahl unterschiedlicher aufgesuchter Facharztgruppen mit den Versorgungskosten des Folgejahres korreliert und ob die Anzahl unterschiedlicher zum Einsatz gekommener Analgetika die Versorgungskosten des Folgejahres signifikant beeinflusst.

Die Analyse arthrosebedingter sowie neuropathischer Schmerzen wird die Reihe der genauer in den Blick genommenen Schmerztypen fortsetzen. Die im Rahmen des „Versorgungsatlas Schmerz“ gewonnenen Erkenntnisse über Morbidität, Diagnostik und Behandlung von Schmerzpatienten, über Indikatoren mit einem nachweisbaren Einfluss auf Versorgungskosten und Arbeitsunfähigkeit, können helfen, sinnvolle und effiziente Versorgungskonzepte zur Schmerzbehandlung zu entwickeln und Versicherte zu selektieren, für die solche Modelle von Interesse sein könnten.



Outcome-orientierte Vertragsmodelle Workshop 3

Dr. Antje Freytag
und Moderator
Wolfgang Straßmeir



Integrierte Versorgungskonzepte für Schmerzpatienten Workshop 4



Dr. med. Volker Eissing

Workshop 4: Integrierte Versorgungskonzepte für Schmerzpatienten. Vorzeigekonzepte mit Durchschlagskraft.

Moderation/Rapporteur: Wolfgang Vieten, MD, Köln
Berichterstattung: Svenja Chromik, Aachen

Dr. med. Volker Eissing zeigt am Beispiel seiner **Praxis „Birkenallee“ in Papenburg** Wege aus der Krise der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, denn, so seine Begründung: „Wenn wir ein reines Wirtschaftsunternehmen wären, müssten wir schließen!“

Eissings Analyse der Ist-Situation:

- **Unterversorgung:** Im Planungsbereich Emsland der KV-Region Aurich fehlen 59 Hausärzte, d. h. 16 % mehr Patienten pro Arzt
- **Reglementierung:** 920 Patienten pro Hausarzt bei pauschaltem Honorar von 33 Euro pro Patient
- **Resultat:** Eine bewusste Verknappung der Ware „Gesundheitsversorgung“ und eine betriebswirtschaftliche Gefährdung der Landpraxen

Die Folgen des GKV-Modernisierungsgesetzes (Öffnung des Marktes für Großanbieter und Krankenhäuser) haben aus Sicht Eissings die Gesamtsituation weiter verschärft. Das Krankenhaus Papenburg hat beispielsweise 28 Arztpraxen der Region aufgekauft. Dies führt zu einer Ausdünnung der medizinischen Versorgung durch Fachärzte in der Fläche, während sich die Krankenhäuser am Topf der ambulanten Versorgung bedienen. Dabei ist die Vergütung unabhängig von der medizinischen Qualität der Versorgung.

Organisatorisch kann der Weg aus der Krise nach Eissing nur durch die Umsteuerung in eine umfassende Versorgung durch den Hausarzt überwunden werden. Dies macht aber auch die Neustrukturierung der eigenen Praxis erforderlich. Das bedeutet im Detail:

Workshop 4 – Integrierte Versorgungskonzepte für Schmerzpatienten. Vorzeigekonzepte mit Durchschlagskraft.



Äußere Strukturierung:

- Hausärztliche Versorgung und Zweigpraxen oder Kooperation mit Praxen für Kardiologie, Orthopädie, Gynäkologie, Neurologie, Urologie, Psychotherapie, u.a.

Interne Strukturierung:

- Konsequenter betriebene offizielle DMP's sowie Einführung von praxisinternen DMP's und Case Management
- Besondere Qualifizierung der Mitarbeiter zur Pain Nurse sowie Kooperation bzw. Festeinstellung weiterer Fachkräfte für Diabetes, KHK, Tumorpatienten, Rheumatologie, Osteoporose und andere chronische Krankheitsbilder
- Schmerztherapie auch für den klassischen Hausarzt und die Pain Nurse
- Dazugehörige formularbasierte Schmerzdokumentationen als DMP
- Konsequente Verordnungsanalysen
- Konsequente Betreuungsprogramme für Schmerzpatienten, sowohl in der Praxis als auch zu Hause

Betriebswirtschaftlich muss sich eine entsprechend organisierte Praxis nach Eissings Überzeugung neu ausrichten:

- Konsequentes Ausschöpfen der offiziellen DMP-Programme (1000 Patienten verschiedener DMP's bedeutet 17.000 Euro pro Quartal)
- Einführung einer Gesundheitskarte („Clubkarte“) der Praxis. Für 8 Euro pro Monat bekommt der Kartenhalter medizinisches Sonderprogramm und ist praktisch Privatpatient ohne weitere Mehrkosten
- Zusammenarbeit mit Kostenträgern in diagnosebezogenen, integrierten Versorgungsprojekten
- Zusammenarbeit mit Pharmaindustrie: Ausbildung einer Study Nurse, Rekrutierung von Studienpatienten der Phase 3
- Gründung einer Palliativpflege

Integrierte Versorgungskonzepte für Schmerzpatienten Workshop 4



Wolfgang Vieten,
Moderation

Integrierte Versorgungskonzepte für Schmerzpatienten

Workshop 4

Eissing zieht aus seinen Erfahrungen folgendes Resümee: Medizinische Versorgungszentren werden in Kürze den großen Klinikketten, wie Sana, Rhön, Asklepios gehören. In der medizinischen Versorgung werden aber nicht höhere Dividenden oder Aktiengewinne gebraucht, sondern Hausärzte, die sich kümmern und im Zweifelsfall ihre Patienten bis zum Lebensende begleiten. Wünschenswert wäre ein Kostenerstattungsverfahren nach EU-Recht, Einzelleistungen könnten beispielsweise nach GOÄ einfacher Satz abgerechnet werden.

Dr. Christoph Eichhorn stellt in seinem Vortrag ein **Konzept nach § 140 SGB V in Nordrhein** zur Kostenersparnis bei Osteoporosepatienten vor. Hauptproblem der aktuellen Regelversorgung ist nach Eichhorn, dass trotz leitliniengerechter Osteoporosetherapie in Deutschland unverändert hohe Frakturraten mit entsprechender Schmerzsymptomatik nach Bagatelltraumata registriert werden. Um dem entgegen zu wirken, wurde 2005 in Aachen ein Vertrag nach § 140 SGB V mit der AOK Rheinland/Hamburg abgeschlossen (im Dezember 2009 traten weitere Kassen hinzu). Im Zentrum standen die Verhinderung neuer Frakturen und die Verringerung von Krankenhausaufenthalten. Etwa 50 Ärztinnen und Ärzte – sowohl Allgemeinmediziner als auch Fachärzte – sowie drei Kliniken, haben sich dafür im Jahr 2005 zum Kompetenznetzwerk Aachen zusammengeschlossen (<http://v.ihr-arzt.de>). In das Projekt einschreiben können sich so genannte „Kernärzte“ (Osteologen mit Mitgliedschaft im Dachverband Osteologie, DVO) sowie zuweisende Haus- und Fachärzte. In der Evaluation der Jahre 2005 bis 2007 konnten bei eingeschriebenen Patienten 1/3 weniger Frakturen nachgewiesen werden, bei den Arzneimittelkosten gab es keine Unterschiede. Die Gesamtkostenstruktur lag im Vergleich mit der Kontrollregion Gesamtnordrhein, im unteren Drittel. Die Therapie erfolgt nach den Leitlinien des DVO.

Die Voraussetzungen für die erfolgreiche Versorgungsstruktur sind nach Eichhorns Erfahrungen funktionierende Netzstrukturen auf Ärzteseite, motivierende Entscheider auf Krankenkassenebene sowie evaluierte Therapien bei definierten Krankheitsbildern. Wenn diese Rahmenbedingungen stimmen, ist zwar die Regelversorgung weiterhin unverzichtbar, selektivvertragliche Ergänzungen sind jedoch notwendig und sinnvoll für alle Beteiligten: Patienten, Kostenträger und Ärzte.



Dr. Christoph Eichhorn



Schmerzpatienten – ein heterogenes Patientenuniversum findet relativ wenig Gehör. Chancen für Empowerment?

Workshop 5



SanRat Dr. Oliver Marc Emrich

Workshop 5:
Schmerzpatienten – ein heterogenes Patientenuniversum findet relativ wenig Gehör. Chancen für Empowerment?

Moderation/Rapporteur: Dr. John M. Weatherly, Berlin

Berichterstattung: Maïke Steffens, Aachen

SanRat Dr. Oliver Marc Emrich, Vizepräsident der DGS, dessen Beitrag im WS 4 vorgesehen war, referierte in einem Exkurs über Verträge zur Integrierten Versorgung (IV). Diese laufen auch nach dem Ende der Anschubfinanzierung zum größten Teil weiter. Viele Verträge können eine enorm hohe Erfolgsquote vorweisen (z.B. der TK-Vertrag zum Rückenschmerz). Wichtig, so Emrich, sei ein „Chronifizierungsgespür“ und ein interdisziplinäres Screening, so dass Patienten, wenn nötig, so schnell wie möglich zu einem Spezialisten überwiesen werden. Die Vernetzung ist ein Faktor bei der Vermeidung der Chronifizierung von Rückenschmerzen.

Workshop 5 begann mit einem Vortrag von **Hardy Müller (WINEG – Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen)**. Er referierte über den Stellenwert der Patienteninformation im Versorgungsmanagement der GKV und machte die Chancen im Gesundheitswesen durch Patienten-Empowerment deutlich. Denn das Gesundheits-Outcome ist auch abhängig von den Gesundheits-Informationen der Patienten. Gesundheitsbildung und Compliance bergen Rationalisierungspotentiale und viele Chancen zur Optimierung. Die möglichen Einsparpotentiale durch eine bessere Patienten-Compliance sind weitaus höher als z.B. durch die vielzähligen Rabattverträge.

Das Wissen von Patienten ist ein erheblicher Faktor für die Wahl einer Behandlung, aber auch für ihre Wirksamkeit. Ebenso wirken sich die Information und das Verhalten eines Patienten auf die Reaktion des Arztes aus. So hat eine Studie ergeben, dass ängstliche Patienten weit-

Workshop 5 – Schmerzpatienten – ein heterogenes Patientenuniversum findet relativ wenig Gehör. Chancen für Empowerment?

aus mehr Interventionen und Überweisungen zu Spezialisten von ihrem Hausarzt bekommen als neutrale Patienten.

Patienten haben ein Recht auf Information und Aufklärung. Ein mündiger Patient ist gesellschaftlicher Wille, dessen Nutzen bislang unterschätzt wird. Dabei, so Müller, ist das Ziel beispielsweise nicht die 100-prozentige Screeningquote, sondern eine 100-prozentige Aufklärung über Screening.

Den zweiten Vortrag „Der Patient auf Augenhöhe“ referierte **Harry Kletzko, Vizepräsident der Deutschen Schmerzliga**. Kletzko erläuterte zunächst die unzähligen Hürden, die Schmerzpatienten zu bewältigen haben. Der „typische“ Schmerzpatient konsultiert zehn Ärzte in sechs Jahren, muss lange Wartezeiten bei Spezialisten in Kauf nehmen, sich mit Vorurteilen und der Tatsache, dass Schmerz kein eigenständiges Krankheitsbild ist, auseinandersetzen. Hinzu kommen der Kampf um Kassenleistungen und Rentenanträge etc..

Nach Umfragen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung nutzen Patienten heutzutage zur Informationsbeschaffung überwiegend das Internet sowie die Presse (48%) und die Informationen der Krankenkassen (50%), erst dann werden Arzt (38%) oder Apotheker (20%) um Rat gefragt. Um Patienten-Empowerment zu erreichen, müssen zunächst für den Schmerzpatienten notwendige Informationen bereitgestellt werden: Arzneimitteloptionen, nicht-medikamentöse Therapien, Verträge der Krankenkassen (Rabattverträge, Hausarztverträge, Selektivverträge) und deren Leistungen, Wissen über Industrie und Politik. Nur so werden Patienten mündig, und das Ziel eines „Shared decision making“ kann umgesetzt werden. Dies impliziert die Einbindung des Patienten in die Schmerztherapie, aber auch in gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse.

Kletzko kritisierte am Beispiel von Arzneimittelumstellungen vom Original auf Generika und dem Hausarztvertrag in Baden Württemberg, dass Therapieänderungen selten aus medizinischen Gründen erfolgen.



Hardy Müller

Schmerzpatienten – ein heterogenes Patientenuniversum findet relativ wenig Gehör. Chancen für Empowerment?

Workshop 5



Harry Kletzko

VI. WORKSHOPBERICHTE 1 – 8

Schmerzpatienten – ein heterogenes Patientenuniversum findet relativ wenig Gehör. Chancen für Empowerment?

Workshop 5

In 83 Prozent aller Fälle ist der Arzneimittelpreis der Grund für eine Substitution.

Der letzte Vortrag wurde von **Thomas Nebling (Techniker Krankenkasse, Stabstelle Strategisches Vertrags- und Versorgungsmanagement)** zum Thema „Empowerment für Patienten – Praxisbeispiele der TK“ gehalten. Befragungen haben ergeben, dass 65 Prozent der Patienten die Entscheidung bzgl. Diagnose und Therapie gemeinsam mit ihrem Arzt treffen, in 29 Prozent der Fälle möchte der Patient allein entscheiden und nur 6 Prozent überlassen den Entschluss allein dem Arzt. Die Ergebnisse unterscheiden sich kaum bzgl. demografischer Kriterien oder Krankheitsbildern. Für ein erfolgreiches Empowerment sind folgende Kompetenzen für Patienten erforderlich:

- Gesundheitsinformationen recherchieren, nutzen und bewerten können
- Mit Ärzten erfolgreich kommunizieren und sich an der Entscheidungsfindung beteiligen können
- Leistungserbringer finden und deren Qualität bewerten können

Nebling stellte in seinem Vortrag die TK-Projekte „TK-Patientendialog“ und „Kompetent als Patient“ vor. Ersteres ist ein webbasiertes, inter-



Thomas Nebling

Workshop 5 – Schmerzpatienten – ein heterogenes Patientenuniversum findet relativ wenig Gehör. Chancen für Empowerment?

aktives System, das Patienten individuell informiert und auf Arztgespräche vorbereitet (derzeit verfügbar für die Indikationen Rückenschmerz und Depression). Die Art und Weise der Informationsdarstellung hat zwar keinen größeren Effekt auf die Wissensgenerierung (im Vergleich zur Kontrollgruppe), aber einen positiven Einfluss auf die Entscheidungsfindung der Patienten.

Das zweite Projekt hat das Ziel, Patienten Meta-Kompetenzen zu vermitteln. In drei Kursen sollen Versicherte lernen, Gesundheitsinformationen und -dienstleister zu finden und zu bewerten, sowie Arztgespräche erfolgreich zu führen. Damit werden die Patienten motiviert, sich mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen, und die Krankenkasse löst sich aus der Position als ausschließlicher Zahler von Leistungen.

Die anschließende Diskussion unterstrich die vorgestellten Inhalte, machte aber ebenso deutlich, dass es auch Patienten gibt, die kaum die Möglichkeiten haben, sich entsprechend zu informieren. Außerdem dürfe die Kompetenz einzelner Menschen nicht außer Acht gelassen werden. Betont wurde, dass Patienten nicht nur ein Recht auf Information und Aufklärung haben, sondern dass es auch ihre Pflicht ist, sich einzubringen. Allgemeiner Konsens bestand darüber, dass das Ziel einer unabhängigen und neutralen Information stärker in den Fokus gerückt werden müsse.



Dr. John M. Weatherly,
Moderation

Schmerzpatienten – ein heterogenes Patientenuniversum findet relativ wenig Gehör. Chancen für Empowerment?

Workshop 5

**Pharmakotherapie-
bewertung nach
Kosten/Nutzen-Kriterien
im Bereich der
analgetischen Therapie**
Workshop 6

Workshop 6:
**Pharmakotherapiebewertung nach Kosten/Nutzen-Kriterien im
Bereich der analgetischen Therapie**

Moderation/Rapporteur: Wolfgang Vieten, MD, Köln
Berichterstattung: Robert Böttger, Aachen

Dr. Holger Neye begann seinen Vortrag zur **Pharmakotherapiebewertung nach Kosten/Nutzen-Kriterien** mit der Präsentation von Kennzahlen zu den verschiedenen Opioiden. Er betonte dabei, dass die Kosten bei der Wahl des Opioids natürlich eine wichtige Rolle spielen und verwies gleichzeitig auf einen deutlichen Preisunterschied von Morphin zu anderen Opioiden. Neye zeigte zudem auf, dass die Verordnungszahlen von Morphin konstant geblieben sind und „neue“



Dr. Holger Neye

Opioid-Marktanteile gewonnen haben. Schließlich zeigte er eine generelle Zunahme von Opioid-Verordnungen auf. Dies sei, so Neye, ein gutes Zeichen für die Schmerztherapie, die nach wie vor von Unterversorgung geprägt werde.

Workshop 6 – Pharmakotherapiebewertung nach Kosten/ Nutzen-Kriterien im Bereich der analgetischen Therapie

Des Weiteren ging Neye auf die neue Quotenregelung in den Rahmenvorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für den Anteil der transdermalen an den oralen Darreichungsformen ein. Aus Sicht der KBV hält er diesen Schritt für richtig und notwendig. Diese Ausführungen führten zu einer angeregten Diskussion über den Nutzen einer solchen Regelung. Dr. Hubertus Kayser vom Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland (BVSD) brachte den Einwand, dass zwar keine klinischen Studien der „neuen“ Opioiden gegen Morphin vorliegen, aber vielfältige Erfahrungen über bessere Nebenwirkungsprofile aus der Praxis existieren und diese auch berücksichtigt werden müssten.

Ein weiterer Teilnehmer kritisierte den quantitativen Ansatz dieser Regelung und schlug die Festlegung eines qualitativ festgelegten Algorithmus zur Pharmakotherapiebehandlung anhand von Daten aus der Versorgungsforschung vor. Neye begegnete diesen Einwänden damit, dass die transdermale Form zunächst nur bei Schluckbeschwerden verschrieben werden sollte. Aus dem Blickwinkel der Wirtschaftlichkeit sei Morphin die erste Wahl, nur bei erkennbarer Unwirksamkeit sollte ein anderes Opioid gewählt werden. Ein solches Vorgehen sei zudem in den bestehenden Leitlinien verankert. Weiterhin stellte er klar, dass die angesprochene Quotenregelung der KBV beispielsweise in der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nicht übernommen werde.

Zu Beginn ihres Vortrags stellte **Dr. Beate Wieseler vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)** die gesetzlichen Grundlagen einer Nutzen- bzw. Kosten/Nutzen-Bewertung durch das IQWiG dar. Im Anschluss erläuterte sie die Definition und Anwendung von patientenrelevanten und patientenberichteten Endpunkten in klinischen Studien. Für die Nutzenbewertung von Analgetika stellte sie die patientenrelevanten Endpunkte Mortalität, Morbidität (Schmerzintensität, Funktionen und Aktivitäten des täglichen Lebens, Nebenwirkungen, Häufigkeit und Dauer von Schmerzen) und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (generische und krankheitsspezifische Instrumente) dar.

**Pharmakotherapie-
bewertung nach
Kosten/Nutzen-Kriterien
im Bereich der
analgetischen Therapie**
Workshop 6

Pharmakotherapie- bewertung nach Kosten/Nutzen-Kriterien im Bereich der analgetischen Therapie

Workshop 6

Voraussetzung zur Verwendung dieser Endpunkte ist für Wieseler eine geeignete Erfassungsmethode und die Erhebung in randomisierten kontrollierten Studien. Den Einwand aus dem Publikum, dass solche Studien bei interessanten Fragen durch die sehr hohe Zahl an benötigten Patienten nicht finanzierbar seien, entgegnete Wieseler, dass bei relevanten Effekten die benötigte Fallzahl deutlich geringer ausfällt. Als methodische Herausforderungen für die Bewertung von Analgetika stellt sie die überwiegend skalenbasierten, subjektiven Endpunkte und die Bewertung der Relevanz von Effekten heraus.



Dr. Beate Wieseler

Prof. Dr. J. Matthias Graf von der Schulenburg von der Leibniz-Universität Hannover eröffnete seinen Vortrag mit drei Fragen: Warum müssen wir bewerten? Wie ist zu bewerten? Welche ungelösten Probleme existieren?

Nach Graf von der Schulenburg macht die Ausgabensteigerung im Bereich der Arzneimittel eine Bewertung notwendig. Eine solche Steigerung kann nur durch Verlagerung oder Rationierung bewältigt werden. In seinen Augen stellt das IQWiG im positiven Sinne ein

Workshop 6 – Pharmakotherapiebewertung nach Kosten/ Nutzen-Kriterien im Bereich der analgetischen Therapie

Rationierungsinstrument dar, wird jedoch nicht so genannt.

Graf von der Schulenburg hob die besondere Rolle des Schmerzes in der Öffentlichkeit heraus und stellte dabei die offene Frage, ob hier eine andere Bewertung als bei anderen Therapien anzusetzen sei. Zudem hob er die Heterogenität des Schmerzmarktes hervor und betonte, dass der Referenzpunkt einer Bewertung nicht die Placebo-Kontrolle, sondern die bestverfügbare Alternative sein sollte.

In seinen Darstellungen zeigte Graf von der Schulenburg die insgesamt schlechte Studienlage im Opioidmarkt auf und verwies auf drei generell existierende und theoretisch nicht lösbare Aggregationsprobleme. Das personelle Aggregationsproblem und die Frage „Kann man X und Y zusammenzählen und daraus etwas ableiten?“, das dimensionäre Aggregationsproblem, also die Frage nach der Zusammenführung von Haupt- und Nebenwirkungen sowie schließlich das zeitliche Aggregationsproblem und die Frage nach der Zusammenführung des heutigen und des morgigen Nutzens.



Pharmakotherapie-
bewertung nach
Kosten/Nutzen-Kriterien
im Bereich der
analgetischen Therapie
Workshop 6

Prof. Dr. J. Matthias
Graf von der Schulenburg

Zielsetzungen und
Erfahrungen aus
Ärzteneetzen und
Verbänden
Workshop 7

Workshop 7:
Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden

Moderation/Rapporteur: Dr. Albrecht Kloepfer, Berlin
Berichterstattung: Katrin Munsberg, Aachen

Dr. Siegfried Jedamzik, 1. Vorsitzender des Praxisnetzwerks GO IN, Ingolstadt stellte das 2000 gegründete bayerische Praxisnetz vor. Jedamzik nennt das Konzept des Netzes „Integrierte Aktivierung“ und meint damit die Aktivierung sowohl der Kollegen als auch der Patienten. Dazu gehört eine Netzleitstelle, die als Organisations-, Informations- und Kommunikationszentrum des Praxisnetzwerkes fungiert, aber



Dr. Siegfried Jedamzik

auch die telematische Kommunikation für den Begleitbrief sowie der persönliche elektronische Patientenpass. Der Patientenpass enthält Patientenprofil und Notfalldaten, die zukünftig in digitaler Form vorliegen und mittels USB-Stick aktualisiert werden. Bisher wurden 250.000 Patientenpässe ausgegeben.

Workshop 7 – Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden

Die 520 Ärzte des Netzes und drei Kliniken haben ein Versorgungskonzept zur Betreuung von Rückenschmerzpatienten vom Erstereignis bis zur Vorstellung im Team einer Schmerzkonferenz entwickelt. Der Verein mit GmbH hat zur Steigerung von Effizienz und Effektivität in der Versorgung von Patienten beigetragen, gepaart mit einer höheren Lebensqualität, höherem Informationsgrad und maximaler Selbstbestimmung. Grundlagen sind drei Behandlungsmodule, die eine umfassende Steuerung und Behandlung von Rückenschmerzpatienten ermöglichen:

1. Modul chronisch unspezifischer Rückenschmerz

- Spätestens nach 4 Wochen muss die Diagnose des unspezifischen Rückenschmerzes feststehen und der schmerzverursachende Pathomechanismus erkannt bzw. die schmerzhafte Struktur identifiziert sein.

2. Modul akuter Rückenschmerz

- Spätestens nach 8 Tagen müssen erfolgt sein:
 - Röntgenaufnahme
 - Kernspintomogramm bzw. Computertomogramm
 - erweitertes Laborprogramm
- Darüber hinaus müssen folgenden Diagnosen bestätigt bzw. ausgeschlossen sein:
 - Bandscheibenprolaps mit und ohne Radikulärsyndrom
 - Bandscheibenprolaps mit und ohne Ischialgie
 - Bandscheibenprotrusion
 - Tumorerkrankung
 - entzündliche Erkrankungen
 - Spinalkanalstenose
 - Osteoporose

3. Modul Bandscheibenvorfall

- Die Leitlinien sind von den Ärzten selbst entwickelt worden und führen so zu einer hohen Verbindlichkeit.
- Da die Bezahlung für die Schmerztherapie nicht adäquat gewesen ist, hat GO IN am 1. Juli einen bundesweit einmaligen Facharztvertrag geschlossen.

Zielsetzungen und
Erfahrungen aus
Ärzteneetzen und
Verbänden
Workshop 7

Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden Workshop 7

Es ist der erste, der von einer Krankenkasse und einem Ärztenetz getragen wird.

Das Heimarzt-/Notfallmodell, von dem Jedamzik abschließend berichtet, ist in der aktuellen Projektentwicklung. Im Durchschnitt werden die Hausärzte 1,6 Mal am Tag im Rahmen des Bereitschaftsdienstes aus Pflegeeinrichtungen angefordert. Die Anzahl der Anforderungen aus Pflegeeinrichtungen für Patienten aus der eigenen Praxis liegen mit durchschnittlich 1,7 Mal nur unwesentlich höher. Die weitaus größte Zahl der befragten Hausärzte sieht in der mangelnden Kompetenz des Pflegepersonals den Hauptgrund für stationäre Fehleinweisungen. Bei der Umsetzung eines modifizierten Heimarzt-/Notfallmodells zeigen 38 Prozent der antwortenden Hausärzte grundsätzliche Bereitschaft für die Mitwirkung an einem 24-Std.-Heimarztmodell; für Jedamzik stellt dieses Ergebnis eine gute Ausgangslage für die Durchsetzung des modifizierten Modells innerhalb der Hausärzteschaft dar.

Dr. Jörg Blettenberg, Facharzt für Allgemeinmedizin und Geschäftsführender Gesellschafter der medmedias GmbH in Burbach-Lützelin, eröffnet seinen Vortrag mit den Worten „Wissen ist Macht – wir brauchen Daten, Daten, Daten...“. Das Wissen zu haben wird für Ärzte immer wichtiger. Zunehmender wirtschaftlicher Druck führt dazu, dass Ärztenetzwerke sich für wirtschaftliches Handeln als juristische Personen konstituieren. Es werden Vertragsabschlüsse mit Pharmaunternehmen, Krankenkassen und sonstigen Anbietern angestrebt. Daten von hoher Qualität dienen dazu, um mit allen Verhandlungspartnern auf Augenhöhe verhandeln zu können. Die Regierung propagiert weiterhin den Wettbewerb im Gesundheitswesen, wie auch immer sich das ausgestalten wird.

Rabattverträge sind ein aktuelles Spielfeld, Kapitationsverträge werden die Zukunft mit bestimmen. Ein Kapitationsvertrag bedeutet die Finanzierung aus einem begrenzten Topf. Ein Netzwerk kann einen solchen Kapitationsvertrag nur dann abschließen, wenn bekannt ist, was in der Region passiert. Nicht planbare Innovationen sowie die Alters-

Workshop 7 – Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden

verantwortung durch die Demografie können nicht in der Verantwortung der Netzwerke liegen. Einspareffekte müssen dargestellt werden können. Derzeit tragen die Ärzte eine hohe Verantwortung, meint Blettenberg, ohne Nutznießer zu sein.

medmedias ist eine Managementgesellschaft, die Netze durch die Erschließung von Potenzialen in die Wirtschaftlichkeit führen möchte. Die Analysen und das Management von medmedias tragen zum Wissen und damit zum gezielten Handeln bei.

Ausgewertet werden anonymisierte Daten zu:

- Sozialstrukturen (Altersgruppen)
- Häufigkeiten von Akut-Diagnosen (TOP 15)
- Anteile Verordnungskosten nach Kostenträgern (TOP 15)
- Anzahl AU-Untersuchungen je Kostenträger (TOP 10)
- Diagnosen bei AU (TOP 20)
- Häufigkeiten AU-Einweisungen je Kostenträger (TOP 15)
- Verordnungen mit Rabattverträgen nach Kostenträgern (TOP 7)
- Verordnungskosten nach 1. Ebene ATC
- Verordnungskostenentwicklung Kooperationsnetze
- Potenzialabschätzung

Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden Workshop 7



Dr. Jörg Blettenberg im Gespräch

Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden Workshop 7

Die betreuten Netzärzte erhalten ein gezieltes Controlling von med-medias, damit sie wissen, was in ihrer Praxis bzw. in ihrem Netz passiert. Weiterhin werden sie auch im Umgang mit ihren Richtgrößen und Praxisbesonderheiten von med-medias sensibilisiert.

Möglich ist darüber hinaus die Darstellung von Verordnungen, Pflegekosten, Krankenhauseinweisungen und Krankentransporten. Dies bietet den Kassen weitere Einsparpotentiale, von denen die niedergelassenen Ärzte profitieren können: Die Ausgaben der Netzwerke steigen nicht im gleichen Maße, wie in der KV-Region. Die Netze sind kostenneutral in der Verordnung bei besserer Versorgung der Patienten. Abschließend zieht Blettenberg folgendes Fazit:

- Kein Kapitationsvertrag lässt sich ohne Datenmanagement realisieren. Eine gute Datenanalyse ist die Basis für die Gespräche mit den Krankenkassen.
- Die Ärztenetze müssen die Krankenkassen als Partner – als harten und zähen Partner sehen.
- Krankenkassen investieren kein Geld in Strukturen, die nicht funktionieren.

Die Vertragswelt im Gesundheitswesen entwickelt sich nach Überzeugung von **Andreas Förster, KV COMM Brandenburg**, weg von indikationsbezogenen hin zu populationsbezogenen Verträgen. Die IV- und 73c-Verträge, die sich nur um ein Krankheitsbild drehen, wird es künftig immer weniger geben; die Versorgungslandschaft wird sich mehr in Richtung Vollverträge entwickeln.

1. Kollektivvertrag § 83
2. Hausarztzentrierte Versorgung § 73 b
3. Integrierte Versorgung §§ 140 a-d
4. Besondere ambulante ärztliche Versorgung § 73 c
5. Disease Management Programme § 137 f f.
6. Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte §116 b

Workshop 7 – Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden

Warum sollten sich Ärzte in Netzen organisieren?

Ärzte müssen sich dem Wettbewerb durch MVZ und Krankenhäuser stellen. Das gelingt gut mittels Ressourcenbündelung durch Kooperation. Wichtig ist die Vernetzung, um interessant für die Kassen zu bleiben, die immer mehr Selektivverträge abschließen wollen. Um als Ärztenetz ein attraktiver Partner zu sein, sollten die Interessen der Kassen aktiv aufgegriffen werden: Stärkung der Therapietreue, Nutzen von Synergieeffekten, Finanzierung durch Ausschüttung von Einsparungen.



Förster sieht die erfolgreiche (Weiter-)Entwicklung von Ärztenetzen

- in motivierten, engagierten Mitgliedern
- in gemeinsamen Zielen
- in klaren Verantwortlichkeiten
- im Projektmanagement/Koordination
- in der Schaffung von Verbindlichkeiten

Das Idealkonzept für eine Flächenversorgung besteht nach Förster aus einer fachübergreifenden ärztlichen Kooperation, die von ambulant tätigen Ärzten zusammen mit Klinikärzten geleistet wird. Kooperativer Support wird von Pflegediensten, Apotheken, sowie Heil- und Hilfsmittelbringern eingebracht. Telemedizin, Außenstellen und Zweigsprechstunden in der Praxis vor Ort werden eingerichtet. Shuttle-Dienste und kommunale politische Partner werden einbezogen.

Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden Workshop 7

Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden

Workshop 7

Am Anfang, so **Frank Arrenberg von der Wirtschafts- und Steuerberatungsgesellschaft Taxmed** steht die Idee des Zusammenschlusses: Möchte ich als Arzt in der heutigen Vertragswelt etwas erreichen, werde ich nicht umhin kommen, Kooperationen mit anderen Ärzten und Kooperationspartnern zu schließen. Zu klären sind die Fragen: Wie bekomme ich die Ärzte dazu, eine Kooperation, ein Ärztenetz zu bilden? Was sind die Beweggründe dafür? Was sind die Ziele? Eine Auswahl möglicher Antworten:

- Marktsicherung/Markterweiterung
- „Closed Shop“
- komplette Behandlungspfade
- Abweichen von den üblichen Vergütungsformen
- Nutzung gemeinsamer Technologie
- Reduktion von administrativer Tätigkeit
- mehr Qualität und Sicherheit
- Patientenbindung
- Weiterbildungskooperation
- gutes Geld für gute Leistung

Hat man Verbündete, gemeinsame Ziele und eine geeignete Rechtsform gefunden, beginnt die eigentliche Arbeit:

- Abstimmung und Umsetzung gemeinsamer Strategien und Ziele
- Gemeinsames Auftreten am Markt (Werbung, Logo)
- Gemeinsames Auftreten gegenüber Kooperationspartnern
- Gemeinsames Auftreten gegenüber Krankenkassen
- Konzeption von IV-Verträgen, Selektivverträgen, Vollversorgungsmodellen
- Bildung von IGEL-Zentren, Gerätegemeinschaften
- Sicherung von freierwerbenden KV-Sitzen, um Konkurrenzsituation zu einem MVZ, Krankenhaus oder Konzern zu entschärfen

Zusätzlich sind die ersten sozialen Hürden zu nehmen. Der schwierige Weg der Kompromissbereitschaft und des Macht- und Kontrollverlustes

Workshop 7 – Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden

ist zu meistern. Ein Stück der absoluten Autonomie der Einzelpraxis muss zwangsläufig abgegeben werden. Deshalb gilt: Nur Amateure glauben, dass sie alles selber können. Profis gehen ins Trainingscamp!

- Der Arzt muss akzeptieren, dass er der Profi für die Patientenführung und Therapie ist.
- Wenn Ärztenetze im Aufbau sind, werden sie – wenn sie erfolgreich sein wollen – an professioneller Begleitung nicht vorbei kommen.
- Ärztenetze die scheitern, haben nicht erkannt, dass man ohne Delegation an ein koordiniertes Management nicht weiterkommt.
- Steuerberater, Rechtsanwalt, Netzmanagement bedeutet Professionalität.

Die Zauberworte heißen Delegation und Professionalität! Als weiteren wichtigen Aspekt wirft Arrenberg jedoch auch den Punkt Lebensqualität in die Waagschale: Wann und wie soll der Arzt neben dem Praxismanagement diese Zusatzaufgaben bewältigen, ohne dass seine Lebensqualität leidet? Vor diesem Hintergrund appelliert Arrenberg abschließend an die Ärzteschaft: „Kauft Freizeit ein, kauft Ressourcen ein, wenn es möglich ist!“

Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden

Workshop 7



Die Referenten
Frank Arrenberg (links)
und Andreas Förster

Arzneittel-
management
Workshop 8

**Workshop 8:
Arzneittelmangement**
Fortschrittspotentiale bei Wirkung, Verträglichkeit,
Co- u. Polymedikation, Interaktionen, Toleranzentwicklung

Moderation/Rapporteur: Wolfgang Straßmeir, Berlin
Berichterstattung: Christel Decker, Aachen

Über rationale Pharmakotherapie im höheren Lebensalter referierte **Dr. Helmut Frohnhofen, Kliniken Essen Mitte** zu Beginn des Workshops. Wie Frohnhofen ausführte, stellt die Geriatrie besondere Anforderungen an die Pharmakotherapie. Etliche Medikamente sind aufgrund der häu-



Dr. Helmut Frohnhofen

figen Polymedikation und der veränderten Stoffwechsellage bei älteren Patienten nicht angezeigt. Neben der Wirksamkeit muss auch die Compliance der Medikation bei älteren Menschen bedacht werden: Eine Kindersicherung kann unbeabsichtigt zur „Alterssicherung“ werden.



FORTA: Fit For The Aged – Arzneimittelbewertung im geriatrischen Bereich

Im Alter besteht vor allem eine Behandlungspflicht bei Schmerzen und Bluthochdruck. Dabei ist zu beachten, dass ältere pflegebedürftige und ältere Demenzpatienten ihre Schmerzen oft nicht mehr verbal artikulieren können. Über 80-jährige Schmerzpatienten erhalten um ein Drittel weniger Opiate als Jüngere. Nach Schenkelhalsfrakturen erhalten nicht demente alte Menschen dreimal soviel Morphinäquivalente wie demente alte Menschen. Gerade bei älteren Patienten ist es daher wichtig, gezielt nach Schmerzen zu fragen. Die Frage „Tut etwas weh?“ ist für demente Patienten leichter verständlich als das anonymere „Haben Sie Schmerzen“. Zudem ist es wichtig, auf indirekte Schmerzzeichen zu achten, die das sogenannte „Geriatrische Schmerzfolgesyndrom“ beschreiben.

Dies kann eine angespannte Mimik, eine verkrampfte Haltung oder eine Schonhaltung sein. Aber auch ein veränderter Atemrhythmus, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Unruheäußerungen und Schreien sind wichtige Hinweise auf bestehende Schmerzen.

Arzneittel-
management
Workshop 8

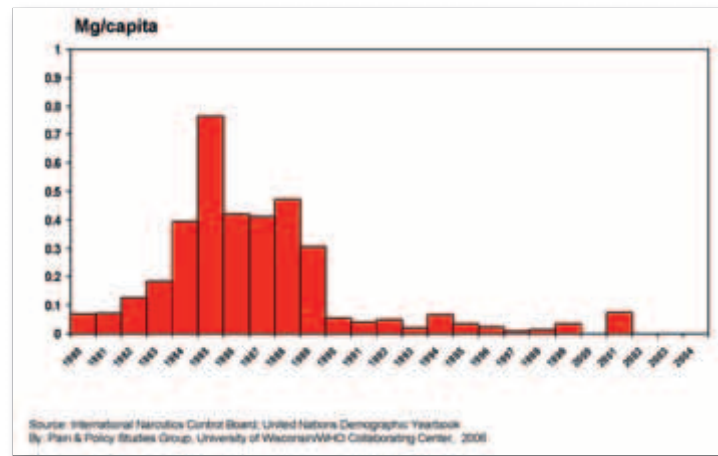
Arzneittelmanagement
Workshop 8



Dr. Frank Laschewski

Dr. Frank Laschewski von der Grünenthal GmbH (Global Drug Safety) referierte über Fortschrittpotentiale aus Sicht der Arzneimittelsicherheit. Schmerz ist ein globales Problem. In einer Haushaltsumfrage gaben 36 Prozent der Befragten in Europa und 43 Prozent in den USA an, unter Schmerzen zu leiden.

Häufig verhindern Bedenken und Missverständnisse eine adäquate Schmerztherapie. Die Angst vor einer möglichen Toleranzentwicklung kann eine zu niedrige Dosierung oder ein zu langes Dosisintervall zur Folge haben. Das Entzugssyndrom, also die physische Abhängigkeit, wird oft mit der psychischen Abhängigkeit gleichgesetzt. Kontrollmaßnahmen in Bezug auf den Zugang zu Opioiden sind wichtig, dürfen aber die Behandlung für Patienten nicht unangemessen einschränken, wie das Beispiel Indien zeigt.



Effekt der Kontrollmaßnahmen für Morphin in Indien

Der Zugang zu essentiellen Arzneimitteln ist ein Teil der Erfüllung des Menschenrechts auf Gesundheit. Die Politik ist einerseits gefordert, zu restriktive Gesetze und Richtlinien abzuschaffen und so für die Sicherstellung einer angemessenen Verfügbarkeit für den medizinischen Gebrauch zu sorgen. Andererseits müssen effiziente Gesetze zur Vermeidung von illegalem Handel, Missbrauch und Diebstahl beibehalten werden – Ziele, die die WHO mit ihrem Programm „Zugang zu kontrollierten Arzneimitteln“ verfolgt. Unter diesen Vorgaben sind Arz-

neimittelhersteller gefordert, optimierte Arzneimittel mit verbessertem Nebenwirkungsprofil zu entwickeln.

Der Arzt befindet sich im permanenten Spannungsfeld zwischen medizinischem Fortschritt und wirtschaftlichem Sparzwang, so **Dr. Till Wagner vom Medizinischen Zentrum in Würselen** einleitend in seinem Referat. Nur der Patient selbst kann beurteilen, ob eine Therapie seine Lebensqualität verbessert und für ihn sinnvoll ist. Statistische Zahlen wie die „Number needed to treat“ sind hier wenig hilfreich. Den Patienten dabei nicht auf seine Symptome zu reduzieren, sondern ihn ganzheitlich zu betrachten, ist dabei von großer Wichtigkeit. Im Schmerzbereich ist die Vielzahl von verschiedenen Arzneistoffen essentiell. Bedingt durch u.a. genetischen Polymorphismus kann ein Wirkstoff, der dem einen Patienten Linderung bringt, bei einem anderen wirkungslos sein. Im Bereich der Opiode ist ein Opioidwechsel eine gute Option, wenn die Dosiserhöhung keine Wirkung zeigt.

Ärzte benötigen zur Versorgung ihrer Patienten Medikamente, die möglichst lang retardiert und nebenwirkungsarm sind. Eine sichere und konstante Aufnahme und Elimination sollte gewährleistet und eine Kumulation des Wirkstoffs oder der Metaboliten vermieden werden. Und das zu möglichst geringen Kosten. Die Bedeutung einer individuellen, differenzierten und auf den Patienten zugeschnittenen Therapie kann nicht hoch genug eingestuft werden, denn was nutzt das beste Arzneimittel, wenn der Patient es nicht einnimmt.



Dr. Till Wagner

Arzneittelmanagement
Workshop 8

vom Dinner-Diskurs mit Univ.-Prof. Dr. jur. Christian Koenig im Restaurant „Kohlibri“ zum Thema:

„... über die Über-Regulierung und andere Dirigismen im deutschen Gesundheitsmarkt.“



- 1 Moderation: Dr. Albrecht Klopfer, Büro für Gesundheitspolitische Kommunikation, Berlin
- 2 Grußwort: Karl-Heinz Oedekoven, Grünenthal GmbH, Gesundheitsmanagement
- 3 Referent: Univ.-Prof. Dr. jur. Christian Koenig

VII. MODERATOREN/RAPPORTEURE, REFERENTEN UND BERICHTERSTATTER

Moderation

Dr. Albrecht Klopfer

Büro für Gesundheitspolitische Kommunikation, Berlin

Christian Luley

Grünenthal GmbH, Geschäftsbereich Deutschland, Market Access

Hauptreferenten

Kai Martens

Grünenthal GmbH, Geschäftsleiter Deutschland

Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede

Präsident der DGSS, Lehrstuhl für Neurophysiologie, Med. Fakultät Mannheim, Universität Heidelberg

Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Fachbereich Medizin der J. W. Goethe-Universität, Frankfurt a. M.
(Mitglied des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung des Gesundheitswesens)

Prof. Dr. J. Matthias Graf von der Schulenburg

Leibniz-Universität, Hannover

Univ.-Prof. Dr. jur. Christian Koenig

Direktor am Zentrum für Europäische Integrationsforschung, Bonn
(Dinner-Diskurs am 4. 12. 2009)

Podiumsdiskussion

Prof. Dr. med. Hans-Raimund Casser

DRK Schmerzzentrum, Mainz

Dr. med. Helmut Frohnhofen

Kliniken Essen Mitte, Essen

Dr. Diethard Sturm

Deutscher Hausärzteverband

Dr. Hubertus Kayser

Berufsverband der Schmerztherapeuten in Deutschland e.V.

Christian Luley

Grünenthal GmbH,
Geschäftsbereich Deutschland, Market Access

Impulsreferenten, Moderatoren und Rapporteur der Workshops

• Workshop 1:

Multiprofessionelle Schmerz-Therapie

In jedem Fall besser oder nur teurer als die konventionelle Versorgung von Patienten mit starken und/oder chronischen Schmerzen (in spe)

Moderation/Rapporteur: Dr. John M. Weatherly, Berlin

Berichterstattung: Christine Kriedemann, Aachen

Prof. Dr. med. Hans-Raimund Casser

DRK Schmerzzentrum, Mainz

Prof. Dr. med. Annette Becker

Philipps-Universität, Marburg

Frank Herrmann

Techniker Krankenkasse, Hamburg

Melanie Pleuger

KKH Allianz, Hannover

• Workshop 2:

Multimorbide und geriatrische Patienten

Die Herausforderung des 21. Jahrhunderts – Bedarfs-, Aufwand- und Kostensteigerung sind die Mega-Kraftproben für das deutsche Gesundheitswesen. Auswege aus der Versorgungskrise!?

Moderation/Rapporteur: Dr. Albrecht Kloepfer, Berlin

Berichterstattung: Bernd Hollstein, Aachen

Prof. Dr. med. Ralf-Joachim Schulz

Lehrstuhl für Geriatrie an der Universität zu Köln

Dr. med. Ursula Marschall

Barmer Ersatzkasse, Wuppertal

Dr. Andreas Hagenow

ANSB Consult GmbH, Elsterwerda

• Workshop 3:

Outcome-orientierte Vertragsmodelle

„Entscheidend ist, was hinten raus kommt.“

Moderation/Rapporteur: Wolfgang Straßmeir, Berlin

Berichterstattung: Carsten Schütz, Aachen

Dr. med. Jan-Peter Jansen

Schmerzzentrum Berlin

Impulsreferenten, Moderatoren und Rapporteur der Workshops

Dr. Frank Schifferdecker-Hoch

FPZ, Köln

Dr. Antje Freytag

IGES, Berlin

• Workshop 4:

Integrierte Versorgungskonzepte für Schmerzpatienten. Vorzeigekonzepte mit Durchschlagskraft

Moderation/Rapporteur: Wolfgang Vieten, MD, Köln

Berichterstattung: Svenja Chromik, Aachen

Dr. med. Volker Eissing

Praxis Birkenallee, Papenburg

Dr. med. Christoph Eichhorn

Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, Aachen

• Workshop 5:

Schmerzpatienten – ein heterogenes Patientenuniversum findet relativ wenig Gehör. Chancen für Empowerment?

Moderation/Rapporteur: Dr. John M. Weatherly, Berlin

Berichterstattung: Maike Steffens, Aachen

Hardy Müller

WINEG, Hamburg

Harry Kletzko

Deutsche Schmerzliga e.V., Oberursel

Thomas Nebling

Techniker Krankenkasse, Hamburg

SanRat Dr. med. Oliver Marc Emrich

Vizepräsident der DGS

Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie e.V.

• Workshop 6:

Pharmakotherapiebewertung nach Kosten-Nutzen-Kriterien im Bereich der analgetischen Therapie

Moderation/Rapporteur: Wolfgang Vieten MD, Köln

Berichterstattung: Robert Böttger, Aachen

Impulsreferenten, Moderatoren und Rapporteurs der Workshops

Dr. Holger Neye
KV Nordrhein, Düsseldorf

Dr. Beate Wieseler
IQWiG, Köln

Prof. Dr. J. Matthias Graf von der Schulenburg
Leibniz-Universität, Hannover

• Workshop 7: Zielsetzungen und Erfahrungen aus Ärztenetzen und Verbänden

Moderation/Rapporteur: Dr. Albrecht Kloepfer, Berlin
Berichterstattung: Katrin Munsberg, Aachen

Frank Arrenberg
TaxMed, Wirtschafts- und Steuerberatungsgesellschaft, Dortmund

Dr. med. Siegfried Jedamzik
Praxisnetz GO IN e.V., Ingolstadt

Dr. med. Jörg Blettenberg
medmedias, Burbach

Andreas Förster
KV COMM Brandenburg, Potsdam

• Workshop 8: Arzneimittelmanagement Fortschrittspotentiale bei Wirkung, Verträglichkeit, Co- u. Polymedikation, Interaktionen, Toleranzentwicklung

Moderation/Rapporteur: Wolfgang Straßmeir, Berlin
Berichterstattung: Christel Decker, Aachen

Dr. med. Helmut Frohnhofen
Kliniken Essen Mitte, Essen

Dr. Frank Laschewski
Global Drug Safety, Grünenthal GmbH, Aachen

Dr. med. Till Wagner
Medizinisches Zentrum, Würselen

IMPRESSIONEN ...



VORANKÜNDIGUNG ...

6. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“ 3. - 4. Dezember 2010

Corporate Centre, Grünenthal GmbH, Aachen

Thema:

Auf dem Prüfstand:

Die Versorgungssituation von Patienten mit starken Schmerzen!
Optimierungsoptionen erkennen und nutzen!

Anmeldung: Grünenthal GmbH, Gesundheitsmanagement
Tel.: 0241/569 - 1222
Fax: 0241-569 - 3151
E-Mail: gesundheitsmangement@grunenthal.com

Online-
Anmeldung: www.bildungszentrum-grunenthal.com
www.grunenthal.de

DOKUMENTATION DER AACHENER WORKSHOPS ZUR ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE:



↓
Aktivitäten
↓
Gesundheitsmanagement
↓
Rückblick 2005–2009/
Vorschau 2010

Eine Initiative der Grünenthal GmbH



6. AACHENER WORKSHOP
„ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“
3. - 4. Dezember 2010

5. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“

Auch im Jahr 2009 wurde die „Zukunft der Schmerztherapie“ beim 5. Aachener Workshop beleuchtet. Aufbauend auf die beim 4. Workshop geleistete Vorarbeit wurden unter dem Arbeitstitel

Neue Strukturen, neue Partnerschaften – Bessere Versorgung für Schmerzpatienten?

aktuelle Analysen und Erkenntnisse vorgestellt und deren mögliche Konsequenzen vor dem Hintergrund von Best-Practice diskutiert. Die konkrete Umsetzungsrelevanz stand hierbei im Vordergrund. Rund 40 Referenten und Moderatoren nutzen mit über 100 Teilnehmern diese Plattform zum interdisziplinären Erfahrungsaustausch, Know-How update und zur Vernetzung.

Im vorliegenden Workshop-Berichtsband finden Sie die Zusammenfassungen der verschiedenen Vorträge sowie die Berichte aus den acht Arbeitsgruppen.

**Grünenthal GmbH –
Abteilung Market Access/Gesundheitspolitik/Gesundheitsmanagement**
52099 Aachen
Tel.: 0241/569-1222
Fax: 0241/569-3151
E-Mail: gesundheitsmanagement@grunenthal.com
www.bildungszentrum-grunenthal.com
www.grunenthal.de

