



6. Nationales Schmerzforum

Berlin

8. November 2019

Zusammenfassung

Wir haben zu viele schmerzgeplagte Kinder und Jugendliche!

Editorial

Welche Studien und welche Erfahrungsberichte aus der Versorgung wir auch zu Rate ziehen, eines wurde beim 6. Nationalen Schmerzforum „Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen: Prävention, Versorgung und Forschung“ deutlich: Viel zu viele Kinder in Deutschland leiden unter chronischen Schmerzen.

Wo müssen wir ansetzen, um zu verhindern, dass die schmerzgeplagten Kinder von heute die Chroniker von morgen werden? Es gibt viele Hebel, auch das zeigte sich auf dem 6. Nationalen Schmerzforum. Klar: In der Versorgung selbst muss etwas passieren. Wir brauchen mehr Kinderschmerzcentren, aber auch eine flächendeckende ambulante Versorgung für Kinder, die unter Schmerzen leiden. Kinder mit Schmerzen sollten nur von Ärzten und Therapeuten weiterer Berufsgruppen wie Psychologen behandelt werden, die dafür ausgebildet sind. Die Pädiatrie darf nicht weiter am Tropf hängen. Wir brauchen eine ordentlich durchfinanzierte Kinder- und Jugendmedizin. Dazu gehört auch eine Reform der Krankenhauslandschaft. Ökonomisches Denken darf nicht zu Lasten einer guten Versorgung gehen, die Pädiatrie nicht Stiefkind sein. Starres Denken und Handeln in Sektoren muss aufhören.

Wir brauchen mehr Prävention. Das fängt im Elternhaus und in der Schule an. Das Beispiel des Theodor-Heuss-Gymnasiums in Waltrop könnte buchstäblich auch an anderen Orten Schule machen. Dort gibt es „Bewegte Stunden“ und eine „Bewegungsfreundliche Landschaft“. Wir brauchen einen Paradigmenwechsel. Pädiatrie spielt sich nicht nur im SGB V ab, sondern hat Einfluss auf und erfährt Einfluss durch andere Sozialgesetzbücher. Doch das Bewusstsein dafür ist noch nicht ausreichend da.



Der Austausch zwischen Medizinerinnen, Sozialarbeitern, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und anderen Berufsgruppen, um nur einige Beispiele zu nennen, muss selbstverständlich werden. Und auch die konkreten Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen sind wichtig, einerseits in der Bewältigung von Schmerz, andererseits in der Prävention und beim guten gesunden Aufwachsen.

Und: Im Einzelfall, wenn es anders nicht geht, brauchen wir mehr kindergerechte Medikamente. Denn ohne Arznei geht es häufig nun einmal nicht. Die Forschung lässt allerdings zu wünschen übrig.

Die Verbände und Fachgesellschaften dürfen mit ihren Forderungen nicht hinterm Berg halten, sie müssen sie offensiver vertreten – gegenüber den Kostenträgern, gegenüber dem Gesetzgeber. Das Nationale Schmerzforum ist dazu eine gute Plattform, auch um Reformideen akteursübergreifend im Nachgang aufzugreifen, fortzuentwickeln und zielorientiert durchzusetzen. Die anwesenden Bundestagsabgeordneten auf unserer aktuellen Veranstaltung schienen unseren Anliegen und Forderungen sehr aufgeschlossen gegenüberzustehen. Wir hoffen, dass es nicht bei Lippenbekenntnissen und zustimmendem Nicken bleibt, sondern, dass sich auf Bundesebene und in den Ländern tatsächlich etwas ändert.



Thomas Isenberg



Prof. Dr. Michael Hüppe

Es ist zwar eine abgedroschene Phrase, die man sich fast gar nicht mehr traut zu sagen. Das macht sie aber nicht unwahr: Wer in Kinder investiert, investiert in die Zukunft. Das gilt nicht nur für die Bildung, das gilt auch für die medizinische und psychologische Versorgung. Wir können es uns buchstäblich nicht leisten, dass die Jüngsten unserer Gesellschaft mit Schmerzen heranwachsen. Wir müssen gegensteuern – und zwar zügig.

Wir danken an dieser Stelle allen Teilnehmern für die Vorträge, Inputs und Diskussionen und freuen uns auf ein Wiedersehen auf dem 7. Nationalen Schmerzforum am 9. Oktober 2020. Das Thema lautet: „Alter und Schmerz“

Herzliche Grüße

Prof. Dr. Dipl.-Psych. Michael Hüppe

Vize-Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft

I. Chronische Schmerzen bei Kindern

Das komplexe Krankheitsbild „chronischer Schmerz“ ist bei Erwachsenen schon eine große Herausforderung. Ungleich schwieriger stellt sich das bei jungen Menschen dar. Das 6. Nationale Schmerzforum am 8. November 2019 nimmt die Situation von „Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen: Prävention, Versorgung und Forschung“ in den Blick. Die Experten decken Versorgungslücken auf.

Prof. Michael Hüppe:
»Heute steht eine Altersgruppe im Zentrum, die unsere Zukunft gestalten wird.«

Ein nicht mal fünfminütiger Informationsfilm, der sich an Schüler wendet, liefert erschreckende Fakten. 40 Prozent der Fünft- bis Zehntklässler leiden an wiederkehrenden Schmerzen. 17 Prozent haben Bauchschmerzen, 20 Prozent Muskel- und Gelenkschmerzen und fast jeder Dritte hat häufiger Kopfschmerzen. 76 Prozent nehmen deswegen Medikamente. „Puh, das ist ganz schön viel“, sagt die Sprecherin des Films. Dieser ist im Rahmen mit der vom Bundesforschungsministerium geförderten Studie CHAP, kurz für Chronic Headache in Adolescence the Patient Perspective on HealthCare Utilization, entstanden.

„Ein Teufelskreis, der durchbrochen werden muss“



Prof. Michael Hüppe, Vizepräsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, Dr. Heidrun Gitter, Vizepräsidentin der BÄK

Prof. Michael Hüppe, Vizepräsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, betont die Wichtigkeit des Themas, denn „heute steht eine Altersgruppe im Zentrum unseres Austausches, die unsere Zukunft gestalten wird“. Angesichts der hohen Betroffenenzahlen hält Prof. Boris Zernikow, Mitglied des Ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft, in seinen einleitenden Worten fest, dass „chronischer Schmerz eigentlich ein Problem der Pädiatrie ist“.

Den biosozialen Aspekt beleuchtet Dr. Julia Wager, Sprecherin des Arbeitskreises Kinder und Schmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft, zu Beginn der Veranstaltung. Kinder mit chronischen

Schmerzen hätten weniger Freunde, würden in der Schule häufiger gemobbt und wiesen viele Fehltag auf. Zudem würden sie z.B. auch Sport und Bewegung meiden, weil sie Angst davor hätten, wieder Schmerzen zu erleben. Und das führe

zu Vermeidungsverhalten. Die Psychologin spricht von einem „Teufelskreis, der durchbrochen werden muss“.

KiGGS-Studie

„Kinder mit Schmerzen haben ein erhöhtes Risiko, die Erwachsenen mit chronischen Schmerzen von morgen zu sein“, bilanziert Prof. Christiane Hermann. Die Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung, stellt die Ergebnisse der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) des Robert Koch-Instituts vor. Prävention und die frühzeitige Behandlung von betroffenen Kindern seien besonders wichtig – auch aus gesundheitsökonomischen Gründen.

Die KiGGS-Studie vergleicht zwei Erhebungswellen (zum einen zwischen 2003 und 2006, zum anderen zwischen 2014 und 2017). Untersucht wurden Bauch-, Rücken- und Kopfschmerzen. „Speziell bei den Mädchen haben die Bauchschmerzen in diesen zehn Jahren an Häufigkeit zugenommen“, führt Hermann aus. „Man sieht das bei den Drei- bis Sechsjährigen von ungefähr 20 Prozent auf über 30 Prozent.“ Der Anstieg bei den Jungen mache sich vorwiegend im Altersbereich zwischen sieben und 13 Jahren bemerkbar. Auch bei Kopfschmerzen sind laut KiGGS Mädchen häufiger betroffen als Jungen. Außerdem stellt die Analyse eine deutliche Alterszunahme bei beiden Geschlechtern von den Drei- bis Sechsjährigen bis hin zu den Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren fest. Ab dem elften Lebensjahr nähmen Rückenschmerzen vermehrt zu.



*Prof. Christiane Hermann,
Vizepräsidentin der Deutschen
Gesellschaft für Psychologische
Schmerztherapie und -forschung*

Prof. Christiane Hermann:

»Kinder mit Schmerzen haben ein erhöhtes Risiko, die Erwachsenen mit chronischen Schmerzen von morgen zu sein.«

Kinder greifen bei Kopfschmerz oft zu Medikamenten

Bei Jugendlichen kommen alle drei Schmerzarten oft vor – vielfach gemeinsam. Nicht nur die KiGGS-Studie, sondern auch andere Analysen zeigten außerdem, dass „fünf bis zehn Prozent der Acht- bis 16-Jährigen schwer beeinträchtigt sind durch die Schmerzen, an denen sie wiederholt leiden“, sagt Hermann.

Die Studie hat außerdem herausgefunden, dass Kinder und Jugendliche bei Kopfschmerzen oft zu Medikamenten greifen. „Ein Drittel der Drei- bis Zehnjährigen gibt an, Medikamente eingenommen zu haben. Das steigt bei den Elf- bis 17-Jährigen auf fast 50 Prozent“, teilt Hermann mit. Auch Kinder und Jugendliche hätten bereits mit Schlafproblemen zu kämpfen, sagt sie. Und schlechter Schlaf wiederum führe zu

mehr Schmerzen. Der sozioökonomische Hintergrund spiele bei der Häufigkeit von Schmerzen übrigens keine große Rolle, ebenso wenig wie ein Migrationshintergrund.

Im Kindesalter wird der Grundstein für Chronifizierung gelegt



Dr. Michael Schenk, Sprecher der Ad-hoc-Kommission Konvent der Schmerzambulanzen

Dr. Michael Schenk, Sprecher der Ad-hoc-Kommission Konvent der Schmerzambulanzen der Deutschen Schmerzgesellschaft, machen diese Zahlen nachdenklich. Es sei „eine ganz katastrophale Situation“, wenn ein Großteil der Kinder Medikamente nimmt ohne adäquate Behandlung. „Die gehören eigentlich zum Neurologen oder zu jemanden, der sich wirklich gut mit Kinderkopfschmerzen auskennt und die Migräne behandelt“, meint der Arzt. Dr. Gudrun Goßrau vom Schmerzzentrum des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden findet den Aspekt der Prävention immens wichtig, denn im Kindesalter werde der mögliche Grundstein für eine Chronifizierung gelegt. „Genau an diese Themen muss man ran“, fordert sie.

Dr. Andreas Meusch, Vertreter der Techniker Krankenkasse, fragt, ob Gesundheits-Apps für diese Altersgruppen angebracht seien. Hermann meint, dass es derzeit noch an Erfahrungen mit solchen digitalen Angeboten mangelt. Der Patient müsse auch bei Apps einen Ansprechpartner haben, ansonsten drohe eine hohe Abbruchquote. „Nur eine App alleine wird nicht die Lösung bringen.“

Dr. Michael Schenk:
»Wir schustern immer an den Symptomen herum, wir brauchen aber einen viel breiteren Ansatz.«

CHAP-Studie bezieht auch Eltern mit ein

Dr. Julia Wager stellt die Studie CHAP vor. Im Fokus stehen Kopfschmerzen. Das Besondere: Es handele sich um ein longitudinales Design. „Wir haben Schülerinnen und Schüler zu fünf Zeitpunkten befragt und das über ein Jahr. Zwischen den Befragungen lagen jeweils drei Monate“, erklärt Wager. Die Studie setzte sich nicht nur mit den Kindern auseinander, sondern auch mit ihren Eltern und berücksichtigte besonders den bio(psycho)sozialen Aspekt. Die Ergebnisse decken sich im Grunde mit denen der KiGGS-Studie.



Dr. Julia Wager, Sprecherin des Arbeitskreises Kinder und Schmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft

„Jedes fünfte Kind hat mehrmals in der Woche Schmerzen“, hat Wager darüber hinaus herausgefunden. Und Mädchen seien stärker betroffen. 63 Prozent der weiblichen Jugendlichen klagten demnach über Kopfschmerzen, bei den männlichen 23 Prozent. Wager stellt bei Mädchen auch einen Zusammenhang her zwischen häufiger Mediennutzung und Kopfschmerzprävalenz und -häufigkeit. Weitere Erkenntnis: Übergewichtige Kinder hätten ein erhöhtes Risiko, chronische Schmerzen zu bekommen. Auch das Elternhaus wird beleuchtet. Habe die Mutter chronische Schmerzen sei die Wahrscheinlichkeit höher, dass auch ihre Kinder solche Leiden aufweisen. Aber: „Die Schmerzen

der Väter hängen nicht mit den Schmerzen des Kindes zusammen“, hält Wager fest. Fühlen sich Kinder in der Schule nicht wohl oder schlafen schlecht, erhöhe sich ebenfalls das Risiko, chronische Schmerzen zu entwickeln. Auch sie plädiert für Präventionsprogramme. So könnte Schlafhygiene ein nachhaltiger Ansatz sein.

Wichtig ist Wager die ganzheitliche Betrachtung. Schwierig sei es ihrer Meinung nach, Resilienzfaktoren zu untersuchen. „Wir müssen noch mehr schauen, wo Schutzfaktoren stecken und wie wir Kinder und Jugendliche empowern können“. Wie auch die Studie des Robert Koch-Instituts zeigt, spielten der sozioökonomische Status und ein Migrationshintergrund kaum eine Rolle.

Dr. Julia Wager:
 »Am besten wäre es, wenn wir möglichst früh bei Kindern intervenieren könnten, damit chronische Schmerzen erst gar nicht entstehen.«

Primärprävention – Schmerzen gar nicht erst entstehen lassen

Dr. Kristin Kieselbach, stellvertretende Sprecherin der Ad-hoc-Kommission Konvent der Schmerzambulanzen der Deutschen Schmerzgesellschaft, kann sich Wagers Worten nur anschließen. „Die biopsychosoziale Herangehensweise ist bei Erwachsenen und Kindern elementar.“ Dr. Harald Lucius vom MBSR-MBCT-Verband (ein Zusammenschluss von Achtsamkeitslehrenden) plädiert dafür, den Schmerz buchstäblich schon im Keim zu ersticken. In der Primärprävention müsse Wert darauf gelegt werden, Schmerzen überhaupt nicht erst entstehen zu lassen. „Stressbewältigung spielt dabei eine große Rolle“, findet er, ebenso wie Achtsamkeit und Meditation an Schulen und ähnlichen Einrichtungen.

Die Kausalität – hoher Medienkonsum, häufiger Kopfschmerz – wird von einigen Experten im Plenum angezweifelt. Dem entgegnet Prof. Zernikow: „Rein methodisch darf man bei Longitudinalstudien von Kausalitäten reden.“ Doch er fragt nach, warum gerade Mädchen bei hohem Medienkonsum unter Kopfschmerzen leiden. „Eine Hypothese zu diesem vermehrten Auftreten von Kopfschmerzen bei Mädchen bei hohem Konsum von sozialen Medien ist ganz klar ein Stressfaktor“, antwortet Wager. „Mädchen gehen anders in soziale Netzwerke rein, da geht es viel mehr um Vergleiche, um sich darstellen.“ Es seien aber weitere Studien notwendig.

Peter Szczensny, Mitglied im Industriebeirat der Deutschen Schmerzgesellschaft, beeindruckt an den Vorträgen, dass der Fokus auf die sozialen Faktoren sehr selbstverständlich ist. „Vielleicht sollten wir daraus eine Lehre ziehen für die allgemeine Schmerzbehandlung“, meint er.



Dr. Kristin Kieselbach, Ad-hoc-Kommission Konvent der Schmerzambulanzen



Dr. Harald Lucius vom MBSR-MBCT-Verband



Peter Szczensny, Mitglied im Industriebeirat der Deutschen Schmerzgesellschaft

II. Plädoyer für eine kinderorientierte Versorgungskette

In ihren Grußworten umreißt Bundesärztekammer-Vizepräsidentin Dr. Heidrun Gitter die Probleme, mit der die Pädiatrie konfrontiert ist: Kommerzialisierung, Unterfinanzierung, Zeitmangel und starre Sektorengrenzen. Im Klinikbereich sei außerdem das DRG-Fallpauschalensystem in Bezug auf Kinder- und Jugendmedizin nicht angemessen. Hinzu kommt, dass in der Pädiatrie häufig die Grenzen des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) überschritten werden müssten.



Dr. Heidrun Gitter, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

Dr. Heidrun Gitter:
»Der Staat hat eine Fürsorgepflicht insbesondere für vulnerable Gruppen und dazu zählen die Kinder.«

Gitter betont, dass sich die Bundesärztekammer (BÄK) nicht gegen wirtschaftliches Denken wehrt: „Wir alle sind aufgerufen, sehr verantwortungsvoll mit begrenzten Ressourcen umzugehen, damit diese für möglichst viele reichen.“ Was allerdings nicht gehe, ist, dass Mittel aus Steuergeldern und Versichertenbeiträgen verwendet würden, um Aktionäre zu befriedigen. „Das ist nicht richtig“, meint die Vizepräsidentin der BÄK. Generell fehle es in der Pädiatrie an Geld, sagt die Medizinerin. „Wir haben am Beispiel der Kindermedizin eine chronische Unterfinanzierung in klinischer und ambulanter Versorgung.“ Gleichzeitig seien die Personal- und Vorhaltekosten sehr hoch. Doch das seien nicht die einzigen Probleme. Gitter vermisst „vernünftige sektorenübergreifende Versorgungsmodelle.“ Gerade in der Pädiatrie be-

stehe die Möglichkeit, viele Behandlungen nicht vollstationär zu gestalten. Sie plädiert für eine kinderorientiertere Versorgungskette. „Dafür muss natürlich ein neues Rechtsmodell und auch Finanzierungsmodell geschaffen werden.“ Ferner müsse es auch ein Mehr an Interprofessionalität geben – auch mit Berufen außerhalb des SGB V.

Im stationären Sektor sieht sie noch eine weitere Herausforderung: das DRG-System. Dieses lasse keinen ganzheitlichen Blick auf Patienten und ihr Umfeld zu. Sie fordert eine Reform – bis hin zur Abschaffung des Fallpauschalensystems.

Speziell in der Behandlung von Jüngeren ist nach Ansicht Gitters Kommunikation ein wichtiger Faktor, nicht nur mit dem Patienten, sondern auch mit seinem Umfeld: den Eltern, Vertretern anderer Gesundheits- und Sozialberufe. Aber Kommunikation benötige Zeit – und diese werde den Medizinern nicht adäquat eingeräumt, adressiert sie die Krankenkassen. Sie wünscht sich ein Ende der „Misstrauensbürokratie“.

Sozialpsychiatrievereinbarung als Lösung?

Bei den Worten der Bundesärztekammer-Vizepräsidentin nicken viele der Anwesenden zustimmend. Prof. Boris Zernikow, Mitglied des Ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft, umtreibt das Problem SGB-V-übergreifender Leistungen. Er fragt das Plenum, ob es bereits Lösungsmöglichkeiten gibt. Jochen Timmermann, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapie, kennt eine: die Sozialpsychiatrievereinbarung. Dieses Instrument solle den Behandler befähigen, „das Netz zu aktivieren“, zum Beispiel Eltern, Jugendamt, Schule oder Kindertagesstätten. Der Haken: Die Sozialpsychiatrievereinbarung beziehe sich nur auf wenige Berufsgruppen. „Die Pädiater sind normalerweise nicht einbezogen“, sagt Timmermann, der auch Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie ist.



*Prof. Michael Hüppe und
Dr. Heidrun Gitter*

Prof. Michael Hüppe, Vizepräsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, findet, dass die Forderung nach mehr Zeit ergänzt werden müsse – durch Wissen und Kompetenzerweiterung. „Zeit muss auch gefüllt werden und dies setzt Kompetenzen voraus“, sagt er.

Dr. Andreas Meusch, Vertreter der Techniker Krankenkasse, sind Projekte bekannt, die über den SGB-V-Bereich hinausgehen. „Es gibt Ansätze dazu in Innovationsfondsprojekten.“ Auch auf politischer Ebene tue sich etwas. Er weiß aber auch: „Deutschland ist nicht vorbildlich. Andere Länder sind weiter.“ Beim Thema Zeit spielt er den Ball zurück ins Feld der Ärzteschaft. Der wirksame Hebel sei der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Kassenärztlichen Vereinigungen. „Ich habe in meinen 30 Berufsjahren mehrere EBM-Reformen erlebt, die alle das Ziel hatten, Gesprächsleistungen aufzuwerten. Wenn ich mit betroffenen Patienten geredet habe, ist von den ganzen Reformen nichts angekommen. Und einer der Gründe dafür heißt HVM.“



*Dr. Andreas Meusch, Vertreter
der Techniker Krankenkasse*



*Jochen Timmermann, Facharzt
für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie*

III. Prävention und Therapie – Projekte und Probleme

Auf dem Schmerzforum präsentieren Verantwortliche aus dem Bildungsbereich, der Achtsamkeitslehre und der Ergotherapie, welche Präventions- und Therapiemaßnahmen sie ergriffen haben. Im Anschluss berichten Vertreter von Patientenorganisationen, mit welchen Problemen schmerzgeplagte Kinder konfrontiert werden.

Bewegung in der Schule

Da ist zum Beispiel das Theodor-Heuss-Gymnasium in Waltrop, das an der CHAP-Studie (Seitenhinweis folgt) teilgenommen hat. „Wir haben unseren Fokus darauf gelegt, die Bewegung in die Schule zu bringen“, erzählt Michael Kruse, Gesundheitskoordinator am Gymnasium. So hat die Einrichtung aus den Vertretungsstunden „Bewegte Stunden“ gemacht. In jeder Vertretungsstunde gehen die Schüler mit der Lehrkraft raus. Der Schulhof wurde entsprechend umgebaut. Zur Zeit

werde eine „bewegungsfreudige Landschaft“ entwickelt. Außerdem sollen progressive Muskelrelaxation oder autogenes Training im Unterricht vermittelt werden. Den Lehrern wurden Materialien an die Hand gegeben, im Unterricht selbst Pausen für Bewegungen einzulegen. Diese Projekte umzusetzen, sei nicht einfach gewesen, räumt Kruse ein. „Das hat sehr viel Überzeugungskraft gekostet – hauptsächlich im Kollegium.“



Michael Kruse, Gesundheitskoordinator am Theodor-Heuss-Gymnasium in Waltrop

Ergotherapie

Die Ergotherapeutin Lisa Härtl arbeitet im Zentrum für Schmerztherapie junger Menschen in Garmisch-Partenkirchen. Dort setzt sie auf die Therapieformen Kreative Ablenkung, Alltagstraining und aktive Ablenkung. „Beim Alltagstraining sollen verlorengegangene Fähigkeiten und Fertigkeiten wiederhergestellt und somit die größtmögliche Selbstständigkeit erreicht werden“, erläutert sie. „Hierzu zählen beispielsweise auch das Schreibtraining und ergonomische Arbeitsplatzgestaltung. Die kreative oder auch aktive Ablenkung soll den Fokus von der Schmerzerkrankung lenken und somit auch neue Ressourcen schaffen.“ In einer Zwischenauswertung sei herausgekommen, dass sich die Situation bei 70 Prozent der jungen

Teilnehmer verbessert habe. „Die genannten ergotherapeutischen Maßnahmen könnten als präventive Intervention angesehen werden, da den Klienten Strategien und Ressourcen aufgezeigt werden, welche sie in ihr häusliches, aber auch in ihr schulisches Setting implementieren könnten“, hält sie fest. Allerdings sei die Ergotherapie noch nicht ausreichend in der Schmerztherapie verankert, bedauert sie. Härtl wünscht sich eine Etablierung und damit auch eine Änderung der Lehrpläne.



Lisa Härtl, Ergotherapeutin im Zentrum für Schmerztherapie junger Menschen in Garmisch-Partenkirchen

Achtsamkeitslehre

Ein ganzes Paket aus der Achtsamkeitslehre hat Dr. Harald Lucius vom MBSR-MBCT-Verband parat. „Achtsamkeitslehre fördert nachweislich die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit, führt zu mehr innerer Ruhe und Gelassenheit, baut Stress ab und verhindert die Entstehung stressbedingter/psychosomatischer Erkrankungen und chronischer Schmerzen“, heißt es von Seiten des Verbands. Lucius lenkt besonders die Aufmerksamkeit auf den Verein AkiJu (Achtsamkeit für Kinder und Jugendliche). In diesem Zusammenhang macht er auch Kruse vom Waltroper Gymnasium ein Angebot: „Wenn Sie Interesse haben, dann findet sich mit Sicherheit ein Achtsamkeitstrainer in Ihrer Nähe.“

Für Lucius ist Schmerz das Ergebnis eines unachtsamen Lebens. Bei der Achtsamkeitslehre gehe es auch darum, eine gewisse Akzeptanz zu entwickeln. Er wisse aber, dass das bei Kindern schwierig ist.

Dr. Harald Lucius:
»Schmerz ist das Ergebnis eines unachtsamen Lebens.«



Dr. Krisztina Berger, Tanz- und Bewegungstherapeutin



Dr. Harald Lucius vom MBSR-MBCT-Verband

Die Tanz- und Bewegungstherapeutin Dr. Krisztina Berger von der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapie (BAGKT) sagt in der anschließenden Diskussion, dass bei vielen Kindern eine „Entfremdung von der Realität“ und eine „Abspaltung vom Körper“ zu beobachten sei. „Wir möchten all das einheitlich im Körper, Seele und Geist heilen“, teilt sie mit.



Prof. Boris Zernikow, Mitglied des Ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft

Foto rechts: Dr. Jan Emmerich, Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin

Dr. Jan Emmerich von der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin begrüßt zwar den Ansatz, dass in Schulen mehr Bewegung ausgeübt werde. Wichtig sei aber nicht nur die Menge der Bewegung, sondern auch die Qualität.



Dr. Lea Höfel, Zentrum für Schmerztherapie junger Menschen in Garmisch-Partenkirchen



Dr. Lea Höfel vom Zentrum für Schmerztherapie junger Menschen in Garmisch-Partenkirchen arbeitet bereits mit der Achtsamkeitslehre. Sie versuche den Kindern zu vermitteln, dass diese den Schmerz nicht als Gegner wahrnehmen. „Wie kann ich am besten den Feind besiegen? Indem ich ihn mir zum Freund mache“, laute die Devise.

Die Probleme der Patientenorganisationen

Auch die Vertreter von Patientenorganisationen schildern ihre Erfahrungen. Zum Beispiel Sabine Pump von der Unabhängigen Vereinigung aktiver Schmerzpatienten in Deutschland – UVSD SchmerzLOS. „Wir erleben immer häufiger, dass Jugendliche nicht wissen, wo sie hingehen sollen.“ Die diversen Kontaktstellen sollten sich ihrer Meinung nach zusammenschließen, „damit auch mehr Gruppen für Jugendliche gegründet werden“. Ganz wichtig sei es aber, dass auch die Eltern immer mit ins Boot genommen werden.



Foto oben: Sabine Pump, UVSD SchmerzLOS.



Dirk-Stefan Droste vom Bundesverband des CRPS Netzwerks macht mit seiner Organisation die Erfahrung, dass sich „immer mehr Eltern sowie Kinder und Jugendliche bei uns melden, die nicht ernstgenommen werden“. In anderen Ländern, zum Beispiel im

Foto links: Dirk-Stefan Droste, Bundesverband des CRPS Netzwerks

englischsprachigen Raum, sei die Akzeptanz viel größer. „Es wird von vornherein gesagt: ‚Ja, das ist ein Schmerz und da müssen wir etwas tun.‘ Die Kinder kommen direkter in die ärztliche Behandlung“, erzählt er. Der kleine Patient werde genauso behandelt wie der große Patient. Aus eigener Erfahrung wisse er, wie es ist, nicht ernstgenommen zu werden. „Wie muss das für einen Fünfjährigen sein, der sich teilweise nicht artikulieren kann und nicht wahrgenommen wird?“ Er hält Prävention deswegen für sehr wichtig.

Dr. Katharina Glanz, Geschäftsleitung der Deutschen Restless Legs Vereinigung, berichtet auch von Kindern, die an dieser Krankheit leiden. „Sie haben primär Bewegungsunruhe, auch Schmerzen in den Beinen“, erzählt sie. Auch sie setzt auf den Faktor Zeit, gerade bei jungen Patienten.



Dr. Katharina Glanz, Deutsche Restless Legs Vereinigung

IV. Beispiele aus dem Versorgungsalltag

Auf dem Schmerzforum werden unterschiedliche Projekte aus dem Versorgungsalltag vorgestellt: Ein Kinderarzt berichtet von seiner Arbeit mit jungen Schmerzpatienten. Ein MVZ-Vertreter zählt in puncto Schmerzversorgung die Vorteile seines Versorgungssystems auf. Eine Neurologin spricht über ein lokales Schmerzprogramm für Kinder und Jugendliche. Eine Psychologin hebt die Wichtigkeit der sozialmedizinischen Nachsorge hervor.

Kinder- und Jugendarzt in der Versorgung



Dr. Jochen Wulff, Kinder- und Jugendarzt aus Iserlohn

Dr. Jochen Wulff, Kinder- und Jugendarzt mit eigener Praxis in Iserlohn, befasst sich in seinem Vortrag mit „Primärversorgung von Kindern und Jugendlichen mit funktionellen Schmerzen – Wer profitiert? Wer chronifiziert?“. Sein Referat beruht auf einer Studie, an der Patienten seiner Praxis teilgenommen haben und die vom Bundesgesundheitsministerium gefördert worden ist.

Zunächst kommt Wulff auf die Vorgehensweise eines Kinderarztes bei einem Schmerzpatienten zu sprechen. Wichtig sei zunächst die Vorgeschichte des Betroffenen, um „rote Flaggen“, also schmerzauslösende Ereignisse, zu identifizieren. Danach folgt die Untersuchung, wozu auch der „organische“ Part gehöre – wie Pubertätsstatus, Größe und Gewicht.

Entdecke der Arzt keine organische Erkrankung, folge die „sozialpädiatrisch-psychosomatische Anamnese“, auch bekannt als biopsychosoziales Modell oder ganzheitliche Medizin. Unter die Lupe genommen würden dabei die Familiensituation und die Schulsituation: Haben die Eltern beispielsweise auch Kopfschmerzen, wird das Kind von Mitschülern psychisch oder physisch angegriffen? Auch das Verhalten des Kindes in sozialen Medien sei von Belang. Die Folgen der Leiden würden ebenfalls abgefragt: Geht das Kind noch regelmäßig in die Schule oder in den Sportverein? Danach müsse sich der Kinderarzt Gedanken über die Therapie machen.

Studie untersucht Therapieerfolg

In der Studie wurden rund 270 Patienten aus gut 20 Praxen aufgenommen und befragt. Der Therapieerfolg erscheint auf den ersten Blick mäßig. „Nach sechs Monaten sieht man, dass immer noch gut 20 Prozent Schwierigkeiten haben“, sagt Wulff. Ein Viertel der Patienten sei durch die Schmerzen immer noch eingeschränkt.

Als Lösung biete sich die Versorgungsstufe Schmerzzentrum an. Wichtig sei auch eine gute Gesprächsführung und angemessene Zeit. Ob weitere Diagnostik notwendig ist, sei nicht immer leicht zu beantworten. „Beruhigt es die Eltern, wenn ich das EKG mache oder wenn ich das Kind magenspiegeln lasse?“, fragt Wulff. Seine Erfahrung ist, dass die Eltern „die organische Erkrankung mehr als die aufwändige, psychologische Erkrankung wollen“. Man müsste aber Mütter und Väter auf beides vorbereiten. „Das erfordert eine gewisse therapeutische Eleganz.“

Gegenüber digitalen Anwendungen hat Wulff massive Vorbehalte. Kindermediziner fallen es schwer, sich auf diese zu verlassen. Außerdem „müssen die Apps so sein, dass nicht wir sie toll finden, sondern die Jugendlichen.“

School Nurses wären sinnvoll

In der anschließenden Diskussion will Prof. Christiane Herrmann, Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung, wissen, ob es denn überhaupt ausreichend Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gibt, die auf Schmerz spezialisiert sind? „Schmerzfortbildung ist bei Ärzten und bei Psychologen sicherlich noch ein wichtiger Akt“, meint Wulff. Die Pflegewissenschaftlerin Ass.-Prof. Dr. Nadja Nestler hält im Sinne der Interprofessionalität den Einsatz von School Nurses für sinnvoll. Das sieht Wulff auch so. Der Ist-Zustand in seinem Heimatbundesland Nordrhein-Westfalen lasse allerdings in Sachen Schulpsychologen und Schulsozialdiensten zu wünschen übrig: „Das wird den Krankheitsentitäten und den Problemen der Kinder in keiner Weise gerecht.“



Prof. Christiane Herrmann (Foto links) und die Pflegewissenschaftlerin Ass.-Prof. Dr. Nadja Nestler

Versorgung im MVZ

Jochen Timmermann, Allgemeinmediziner und Facharzt für psychosomatische Medizin, ist Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in Nordniedersachsen und spricht über die multimodale psychosomatische Versorgung im MVZ. Mittlerweile verfügt dieses über ein Versorgungssystem mit rund 15 Berufen

aus dem medizinischen und psychosozialen Bereich. Schwerpunkt ist Cuxhaven mit fünf Zweigstellen. „Das heißt, ich brauche nur nach nebenan gehen und zu der Psychiaterin sagen: ‚Du, ich weiß nicht, wie ich dieses Medikament einsetzen soll, hilf mir mal schnell!‘“, erzählt er und ergänzt: „Im anderen Zimmer sitzt eine Sozialarbeiterin.“ Auch die Frage er häufig um Rat. Timmermann bezeichnet das als „das innere Netz“. Beim „äußeren Netz“ sieht er noch Verbesserungsbedarf. Denn beispielsweise mit dem Jugendamt könne man nur mit sehr guten Beziehungen schnell in den Kontakt treten – oder bei größter Gefahrenlage. Timmermann wünscht sich deswegen eine bessere Vernetzung – auch zu nichtmedizinischen Berufen.



Jochen Timmermann, Allgemeinmediziner und Facharzt für psychosomatische Medizin

Er weiß, „dass hinter den meisten Krankheiten eigentlich eine psychosoziale Problematik“ steckt. Doch viele Patienten scheuten sich, solche Hilfe anzunehmen. „70 Prozent der Patienten, die es benötigten, sagen ‚Ich bin doch nicht verrückt! Mein Körper ist krank!‘ Das gilt nicht nur für das erwachsene Individuum.“

DreKiP – Interdisziplinäres Kinder/Jugendkopfschmerzprogramm



Dr. Gudrun Goßrau, Leiterin der Kopfschmerzambulanz am UniversitätsSchmerzCentrum der Uniklinik Dresden. Neben ihr: Meltem Dogan (links) und Dr. Jochen Wulff

Dr. Gudrun Goßrau, Leiterin der Kopfschmerzambulanz am UniversitätsSchmerzCentrum der Uniklinik Dresden, stellt das Projekt DreKiP (Dresdner Kinderkopfschmerzprogramm) vor. Dresdener Schüler von der ersten bis zur zwölften Klasse wurden nach ihrer Kopfschmerzhäufigkeit gefragt. Die Ergebnisse sind ähnlich und damit ähnlich alarmierend wie die KiGSS-Studie und die Studie von Dr. Julia Wager (siehe Seite 5). „Wir enden in der 10./12. Klasse mit Kindern und Jugendlichen, die zu 40 bis 50 Prozent mindestens zwei Tage im Monat Kopfschmerzen haben“, sagt die Neurologin. Sieben Prozent hätten sogar an mehr als 15 Tagen diese Leiden. Damit erfüllten sie

die Kriterien der chronischen Kopfschmerzen.

„So kann das nicht bleiben“, dachte sich das Team um Goßrau. Deswegen initiierte es das DreKiP. Das interdisziplinäre Gruppenprogramm mit jeweils circa sechs jungen Patienten ist auf acht Module ausgelegt. Es läuft zwei bis drei Monate und ist schulbegleitend. Im ersten Modul steht die Edukation im Vordergrund. Kinder und ihre Eltern (denn zwei Drittel eines Elternteils leiden ebenfalls unter Kopfschmerzen) würden dort abgeholt, wo sie stehen. Beim zweiten Modul kommen die Psychotherapeuten ins Spiel. Es soll herausgefunden werden, wie man Stress erkennt und wie

man darauf reagiert. Modul drei setzt den Fokus auf Entspannungstechniken, Modul vier auf Physiotherapie. „Es geht vor allem darum, Spaß an der Bewegung zu haben“, erläutert Goßrau. Im darauffolgenden Baustein geht es um Selbsterfahrung und Selbstwirksamkeit in Form einer Klettertherapie. Die Therapeuten seien zusätzlich auch oft psychotherapeutisch geschult. Modul sechs hat den Perspektivwechsel in Form einer Kunsttherapie zum Inhalt. Es gehe auch um die Erweiterung des Horizonts, sagt Goßrau. Modul sieben ist eine Wiederholung der Entspannungstechniken, Modul acht beschäftigt sich erneut mit Stress. „Wir machen sensorische Einflüsse erfahrbar insbesondere in Form eines Riechtrainings“, erläutert Goßrau. Das Ergebnis zeigt: Je länger die Schüler am Programm mitmachen, desto mehr nehmen ihre Einschränkungen ab.

Mädchen häufiger von Kopfschmerzen betroffen

Auch das Team um Goßrau hat herausgefunden, dass Mädchen viel häufiger Kopfschmerzen haben und schwerer betroffen sind. „Sie profitieren ähnlich gut wie die Jungen von diesem Programm“, hält die Fachärztin fest.

Doch Goßrau und ihre Mitstreiter wollen auch die Peripherie ins Visier nehmen. In Hoyerswerda „konnten wir ein erstes Therapieprogramm etablieren“. Finanziert wurde das durch den Dr.-Joachim-Brand-Preis der MigräneLiga. Deren neue Präsidentin Veronika Bäcker zeigt sich glücklich: „Das freut mich sehr, dass der Brand-Preis bei Ihnen wirklich eine Wirkung zeigt.“

Übrigens: Weitere Zentren in Zittau oder Bauten wollen Goßrau und ihr Team ebenfalls in Angriff nehmen. Ihr Anspruch gilt aber bundesweit. Notwendig sei eine stabile Finanzierung, denn bisher sei man zum großen Teil auf Spenden angewiesen. Für ein Jahr leistete auch die AOK Plus eine Teilkostenerstattung. Viele Therapeuten würden überdies ehrenamtlich mitarbeiten.



Veronika Bäcker, Präsidentin der MigräneLiga

Spezialisierte Versorgung in Datteln

Am Deutschen Kinderschmerzszentrum in Datteln führen Meltem Dogan und ihr Team zurzeit die Studie SchmerzNetz mit Hilfe der Kliniken Augsburg und Stuttgart sowie mit der Techniker Krankenkasse und der Barmer als Kooperationspartner durch. Kernstück ist dabei die Intervention in Form einer sozialmedizinischen Nachsorge. „Die Kinder, die stationär zu uns kommen, haben im Schnitt schon zweieinhalb Jahre mit ihren Schmerzen zu kämpfen“, erzählt die Psychologin. Die Schmerztherapie sei zwar relativ kurz, beinhalte aber Ratschläge wie einen ambulanten Psychotherapeuten aufzusuchen, erlernte Schmerztechniken weiterzuführen und in den Schmerzzentren wieder vorstellig zu werden. „Wir konnten in Studien herausfinden, dass einige Patienten noch nicht ausreichend von dieser Therapie profitieren“, sagt Dogan. Sie und ihr Team hätten das Gefühl gehabt, dass die

Patienten und ihre Familien durch die vielen Empfehlungen schnell überfordert seien. „Da wollten wir ansetzen und eine Unterstützungsmöglichkeit schaffen.“ In Form der sozialmedizinischen Nachsorge. Diese setze bereits während des stationären Aufenthalts ein. Durchgeführt wird sie von einem Behandlungsteam bestehend aus einem Sozialarbeiter als Hauptansprechpartner sowie einem Pädiater und einem Psychologen. Der Sozialarbeiter hält über Hausbesuche oder Telefonate Kontakt mit der Familie – ganz individualisiert. „Das kann zum einen sein, dass der Sozialarbeiter zum Beispiel einfach nur auf eine Internetseite verweist, auf der ambulante Psychotherapeuten gelistet sind. Das kann aber auch so weit führen, dass der Sozialarbeiter selbst aktiv unterstützt und die Psychotherapeuten anruft“, erläutert Dogan. Es gelte das Prinzip Hilfe zur Selbsthilfe.



Meltem Dogan vom Kinderschmerzszentrum in Datteln

Nachsorge ist eine große Unterstützung

Zurzeit läuft die Evaluation des Projekts. Über die qualitativen Teilergebnisse berichtet Dogan jetzt schon. „Wir konnten unser Rekrutierungsziel im vorgegebenen Zeitraum erreichen“, sagt sie. Von 420 Patienten haben die Hälfte die sozialmedizinische Nachsorge erhalten. Die Familien empfinden sie als Unterstützung und Sicherheitsnetz. Außerdem helfe sie dabei, das Erlernte anzuwenden. Der Sozialarbeiter kristallisierte sich als Gesprächspartner heraus, der auch ein offenes Ohr für Themen hat, die nicht direkt mit dem Schmerz zu tun haben. Auch die Erreichbarkeit spiele eine große Rolle. „Wir sind quasi telefonisch immer erreichbar“, so Dogan. Bei der Übertragung in den Alltag hätte sich die Nachsorge als große Unterstützung dargestellt. Nun sei man gespannt auf die quantitativen Ergebnisse. Dogan hält fest, dass sie und ihre Mitstreiter parallel ein Therapiemanual entwickeln, das auch anderen Kliniken und Zentren helfen könnte.

Prof. Boris Zernikow, Mitglied des Ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft, betont, dass die sozialmedizinische Nachsorge im Sozialgesetzbuch festgeschrieben ist. „Darauf hat jeder Versicherte ein Recht, wenn er bestimmte Kriterien erfüllt.“ Ganz begeistert vom Projekt zeigt sich Timmermann: „Das würde ich auch gerne machen.“ Er begrüßt vor allem die exponierte Stellung des Sozialarbeiters.

V. Die Politik ist gefragt!

Zu Gast beim 6. Nationalen Schmerzforum sind drei Bundestagsabgeordnete: Erich Irlstorfer (CSU), Prof. Andrew Ullmann (FDP) und Maria Klein-Schmeink (Bündnis 90/Die Grünen). Sie nehmen zu verschiedenen Themen rund um die Schmerzversorgung Stellung. Das nutzen einige Teilnehmer für Fragen und Anregungen.



Von links: Prof. Andrew Ullmann (FDP), Maria Klein-Schmeink (Bündnis 90/Die Grünen) und Erich Irlstorfer (CSU)

Wegfall der Ausbildung zur Kinderkrankenschwester

Die drei Politiker lehnen den Wegfall der Kinderkrankenpflegeausbildung zu Gunsten des Generalistik-Ansatzes ab, auch Erich Irlstorfer als Mitglied einer Regierungsfraktion. „Ich konnte mich nicht durchsetzen“, räumt er ein. Für ihn ist die Sache ganz einfach: „Wenn ich Kinderkrankenpflege lernen und dort arbeiten möchte, dann möchte ich nicht in der Altenpflege arbeiten.“ Auch Prof. Andrew Ullmann, der von Haus aus Onkologe und Hämatologe ist, hat wenig Verständnis für die Neuregelung. „Ich habe sehr früh gelernt, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind und Erwachsene keine großen Kinder. Man muss sich auf die Kinder einlassen und ich kenne sehr viele Kinderkrankenschwestern, die auf ihren Beruf sehr stolz sind.“ Genauso die Grünen: Sie seien ebenfalls Kritiker der Generalistik, betont Maria Klein-Schmeink, gerade in Bezug auf die Kinderkrankenpflege. Es sei die bewusste Entscheidung der meisten Angehörigen dieses Berufes gewesen, mit Kindern zu arbeiten. „Zusätzlich befürchten wir, dass in der Ausbildung die Kapazitäten, um überhaupt die praktische

Einsicht in diesen Bereich zu bekommen, nicht da sein werden.“

Die Pflegewissenschaftlerin Ass.-Prof. Dr. Nadja Nestler schaltet sich in die Diskussion ein. Sie kritisiert zwar auch die Generalistik, meint aber: „Der fachschulische Weg kann nicht der Weg der Zukunft sein.“ Ullmann meint, dass beides notwendig ist: die fachschulische und die akademische Ausbildung. „Ich habe selbst in den USA als Arzt gearbeitet, da ist es fast durchgehend akademisiert“, meint er, Stichwort: Registered Nurse. „Das funktioniert sehr gut.“ Die Pflege müsse auch hier aufgewertet werden.

Unterversorgung in der Pädiatrie

Auf die Unterfinanzierung in der Pädiatrie angesprochen, nutzen die Politiker die Gelegenheit, ihre Meinung zu einer möglichen Reform der Krankenhauslandschaft preiszugeben. Ullmann meint, dass der ökonomische Aspekt nicht unterschätzt werden dürfe, für mindestens genauso wichtig hält er allerdings Qualitätsorientierung.



Prof. Andrew Ullmann:
»Ich habe sehr früh gelernt, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind und Erwachsene keine großen Kinder.«

„Was kann ein Krankenhaus qualitativ bieten, was kann eine Ambulanz qualitativ bieten, was kann eine Praxis qualitativ bieten?“ seien für ihn entscheidende Fragen. Das duale Finanzierungssystem hält der Liberale für gescheitert. Ähnlich sieht es Klein-Schmeink. Die Länder kämen ihren Investitionsverpflichtungen nicht nach. Sie schlägt vor: „Zu jedem Euro vom Land gibt es auch einen Euro von den Krankenkassen als Investitionsabdeckung.“ Für das DRG-System fordert die Gesundheitspolitikerin Strukturkomponenten, welche „die Vorhaltekosten absichern gerade da, wo man eben nicht in Einzeladdition gehen kann“. Gerade in der Pädiatrie sei das überhaupt nicht der richtige Ansatzpunkt. Über

die DRG-Finanzierung sei ein kostendeckendes Arbeiten nicht möglich.

Häuser der Kinder- und Jugendmedizin „gehören ordentlich durchfinanziert“, betont Irlstorfer. Zwar müssten generell Klinikstandorte abgebaut werden. In der Bedarfsplanung für die Pädiatrie müsste aber die regionale Erreichbarkeit eine besondere Rolle spielen. Ähnlich sieht es Klein-Schmeink. Speziell in diesem Bereich müsse die Vernetzung von ambulant und stationär berücksichtigt werden.

Sektorenübergreifende Versorgung

Generell werde man um Krankenhausschließungen nicht herumkommen, meint Irlstorfer: „Diese Reform wird schmerzhaft und langwierig sein, aber es ist notwendig, dass wir es machen.“ Ullmann sagt in diesem Zusammenhang, dass Schließungen nicht gleich Schließungen seien. „Warum kann man ein Krankenhaus nicht in ein ambulantes Gesundheitshaus umwandeln?“

Nestler meint, dass sektorenübergreifende Versorgung nur interprofessionell möglich sei und wünscht sich mutige Politik, die diesen Weg, zum Beispiel in Form von Gesundheitszentren, einschlägt. Prof. Boris Zernikow, Mitglied des Ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft und selbst Kinderarzt, beruft sich auf Studien, die aussagen, dass bei einer Reform der Krankenhauslandschaft die Kinderheilkunde separat betrachtet werden müsse. Sie benötigten eine andere strukturelle Förderung. Zernikow begrüßt, dass die anwesenden Politiker das ähnlich sehen. Er hält fest: „Es gibt keine Kinderklinik in Deutschland mehr, die schwarze Zahlen schreibt.“ Auch er spricht sich für den interprofessionellen Ansatz aus, der „quergeht durch die Sozialgesetzbücher, damit zum Beispiel ein Arzt mit dem Jugendamt, dem Sozialamt und sogar mit dem Arbeitsamt zusammenarbeiten kann“.



Erich Irlstorfer:
 »Häuser der Kinder- und Jugendmedizin gehören ordentlich durchfinanziert. Das werden wir tun.«

Kassenwettbewerb – Pro und Contra

Jochen Timmermann von der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie wünscht sich, dass der „Primat der Ökonomie“ hinter die Gesundheit der Menschen rückt. „Wenn wir das nicht schaffen, ist ein Kurswechsel notwendig.“ Klein-Schmeink sieht ein Problem im Kassenwettbewerb. Wer diesen ausruft, muss sich nicht wundern, wenn er ihn bekommt. Für gute Versorgung gebe es keine Belohnung, sondern für niedrige Beitragssätze, kritisiert sie. „Wir geben viel Geld aus, wir können es sinnvoller ausgeben.“ Irlstorfer spricht sich für den Wettbewerb aus. Er Sorge dafür, dass sich Kassen um ihre Kundenschaft bemühen. Der Christsoziale betont die präventiven Aufgaben. „Das ist doch die politische Aufgabe, hier die Kassen in die Verantwortung zu nehmen.“ Zernikow bringt die Diskussion wieder zurück zur Kindermedizin. „Die Kassen sind nicht die Schützer der Kinder“, meint er. „Das kann nur die Politik sein.“ Um die Misere in der Pädiatrie zu beenden, brauche es unbedingt die Hilfe aller Parteien, „sonst haben wir in den nächsten zehn, 15 Jahren keine Versorgung mehr für kranke Kinder und Jugendliche“.



Maria Klein-Schmeink:
 »Wir geben viel Geld aus, wir können es sinnvoller ausgeben.«

Der Berliner Schmerzmediziner Dr. Michael Schenk weiß ob der Grenzen der Krankenkassen. „Wir schustern immer an den ganzen Symptomen herum, wir brauchen aber einen viel breiteren Ansatz.“ Er ruft nach einer übergeordneten Institution, das könnten aber nicht die Krankenkassen sein.

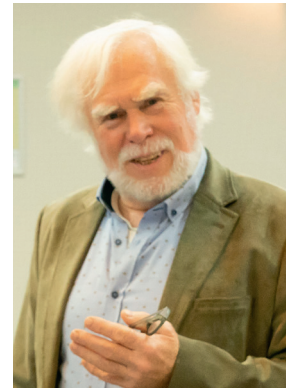
Bildung und Innovationsfonds

Jochen Timmermann:
»Das Kind wird uns als krank abgeliefert. Tatsächlich ist das System krank.«

Irlstorfer sieht einen Ansatz in der Bildungspolitik. In Schulen würde mittlerweile auch die Digitalisierung voranschreiten und auf den eh schon vollen Stundenplänen stehen. „Wenn ich dreimal die Woche nachmittags Unterricht habe, wann soll ich mich denn dann noch bewegen?“, versetzt er sich in die Lage der Schüler. Der Kinder- und Jugendarzt Dr. Jochen Wulff sieht in der Digitalisierung „kein Hilfsmittel, sondern einen Stressfaktor“. Dr. Andreas Meusch von der Techniker Krankenkasse erkennt dagegen Potenziale in der Digitalisierung. „Wir müssen auf die Technik setzen.“ Er fordert die anwesenden Mediziner zu Mitgestaltung auf.

Meusch ist außerdem Fan des Innovationsfonds. „Das Implementieren der Innovationsfondsprojekte ist eines der großen Aufgaben und dort haben wir eine Menge Chancen. Das ist der Schweiß der Edlen wert.“

Den Schweiß der Edlen wünscht sich auch Timmermann. Sein Wunsch ist eine „Aufbruchstimmung, eine Idee, ein Gefühl des kindlichen Lernens“.



Jochen Timmermann, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Der volkswirtschaftliche Aspekt



Angela Dieterich, Professorin für Physiotherapie

Die Physiotherapie-Professorin Angela Dieterich spricht den volkswirtschaftlichen Aspekt an. „Investitionen in Kinder müssten doch die Investitionen sein, die sich am meisten rechnen, von denen die Volkswirtschaft am meisten profitiert.“ Werde das ausreichend berücksichtigt, will sie von den Politikern wissen.

Irlstorfer betont: „Wir müssen hier komplett neu denken.“ Er sieht ein Problem im „Wettbewerb“ zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Er wünscht sich ein Miteinander. Der Bundestagsabgeordnete glaubt, dass sich genügend Geld im System befinde. Ullmann und Klein-Schmeink sehen das Problem ebenfalls in Sektorengrenzen. Es werde selten volkswirtschaftlich gedacht, sondern „entlang der Kostenträgerstrukturen“, sagt die Grüne. Aus diesem Grund setze sich ihre Fraktion für Gesundheitsregionen ein mit berufsgruppenübergreifenden Gesundheitszentren. Krankenhausstandorte und diese ambulanten Einrichtungen sollten dabei eng zusammenarbeiten. Das sei gerade in der Pädiatrie wichtig. Ullmann denkt ähnlich und hat die Vorstellung von einem „Ambulatorium“.

VI. Forschungs- und Entwicklungsbedarf

Experten berichten in Impulsbeiträgen auf dem Schmerzforum über den Forschungs- und Entwicklungsbedarf in der Spezialisierten Ambulanten Palliativversorgung (SAPV), den pädiatrischen Akutschmerzdiensten, der Pflege und in der medikamentösen Schmerztherapie.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Patienten mit einer Schwerst- oder tödlichen Krankheit, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf eine Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Leiterin des SAPV-Teams für Kinder und Jugendliche an der Universitätsklinik Dresden ist Dr. Silke Nolte. Sie erzählt, dass deutschlandweit 42.000 Kinder „lebenslimitiert erkrankt“ seien. Viele davon hätten eine seltene Krankheit. Die größte Gruppe bildeten Kinder mit einer Schädigung, die nicht fortschreitet. Allerdings würden in diesen Fällen Komplikationen immer wieder zu Krisen führen.

Wenn das Schmerzmanagement an Grenzen stößt

70 Prozent der Kinder im Dresdner SAPV-Team seien neuropathische Patienten. „Zwölf Prozent davon haben ein Geschwisterkind, welches dieselbe Krankheit hat, weil diese Krankheiten häufig genetisch bedingt sind“, informiert Nolte. Vielfach seien die Betroffenen schwerst mehrfachbehindert und könnten sich nicht adäquat verständigen. „Dadurch kann ich Schmerzmanagement nicht so gut gestalten“, nennt Nolte ein Problem. Denn Selbsteinschätzung sei in solchen Fällen kaum möglich. „Wir sind auf Fremdeinschätzung angewiesen durch die Eltern oder das Versorgungssystem.“



Dr. Silke Nolte, Leiterin des SAPV-Teams für Kinder und Jugendliche an der Universitätsklinik Dresden

„Wir brauchen Kinderpalliativzentren“

Deutschlandweit litten 50 Prozent der Betroffenen in den SAPV-Teams an somatischen Schmerzen, hinzu kämen neuropathische und viszerale Schmerzen. Zwar könnten diese Kinder in der SAPV behandelt werden, doch trotzdem treffe man auf

Widerstände, wie Nolte sagt, zum Beispiel beim Medizinischen Dienst. Die Versorgung sei zwar relativ flächendeckend, allerdings stecke die SAPV gerade in der Schwebelage. Laut Nolte soll sie in ein Zulassungsverfahren mit Bundesrahmenvertrag umgewandelt werden, der eigentlich schon fertig sein sollte. „Da sind wir weit von entfernt“, sagt sie. Im Kinderbereich dürften aber eigene Verträge geschlossen werden. „Wir wünschen uns eine Finanzierung der dritten Berufsgruppe, der psychosoziale Bereich, weil in dieser SAPV nur pflegerische und ärztliche Leistung bezahlt wird“, erläutert Nolte.



von links: Dr. Silke Nolte, Meltem Dogan, Dr. Gudrun Goßrau und Dr. Jochen Wulff

Darüber hinaus macht sie sich dafür stark, dass im Rahmen des Krankenhausentgeltgesetzes überregionale Kinderpalliativzentren geschaffen werden. Denn es gebe im stationären Bereich nur zwei Palliativstationen für Kinder – in Datteln und in München. „Das sind hochspezialisierte Zentren und die Wege sind sehr lang“, sagt sie. „Vielleicht wäre das eine Option für Schmerzzentren“, meint sie. Für Sachsen gebe es zwar eine Zusage, allerdings verliefen die Verhandlungen mit den Kosten-

trägern zäh. Neben dem Ausbau der stationären Versorgung und der Absicherung der SAPV wünscht sich Nolte außerdem eine begleitende wissenschaftliche Evaluation.

Prof. Boris Zernikow, Mitglied des Ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft, knüpft an Noltens Ausführungen eine Forderung. „Es braucht Kinderpalliativzentren, eins pro Bundesland und Kinderschmerzzentren, eins pro Bundesland.“

Schmerzmanagement in der Pflege

Die Pflegewissenschaftlerin Ass.-Prof. Dr. Nadja Nestler kündigt an, dass der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege zur Zeit überarbeitet werde. Dieser richte sich an die Versorgung von Menschen mit chronischem und akutem Schmerz. Ein besonderes Augenmerk werde dabei auf Kinder und Jugendliche gelegt. Sie bezieht sich direkt auf ihre Vorrednerin Nolte. Es sei schwierig herauszufinden, „ob die Kinder Schmerzen haben, wenn sie eben nicht oder nur bedingt zu einer Selbsteinschätzung in der Lage sind“. Ihr Plädoyer: „Wir müssen noch viel mehr darauf hören, was die Eltern oder andere nahe stehende Personen sagen“.



Prof. Wilfried Meissner und Ass.-Prof. Dr. Nadja Nestler

Akutschmerzdienste

Prof. Wilfried Meissner thematisiert die pädiatrischen Akutschmerzdienste. Er engagiert sich in der Deutschen Schmerzgesellschaft und in der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Wenig Probleme sieht er in der Kinderchirurgie. Denn: „Wo es Kinderchirurgen gibt, gibt es Kinderanästhesisten und diese sind in der Regel relativ erfahren.“ Problematischer wird es bei den chirurgischen Fächern HNO und Urologie. „Hier gibt es bisweilen wirklich erstaunliche Ahnungslosigkeit aller Beteiligten – auch bei den Anästhesisten, die nicht auf Kinder spezialisiert sind, was die Schmerztherapie angeht“, sagt Meissner. Ein ambivalentes Bild zeige sich in der Akutschmerztherapie außerhalb der operativen Einrichtungen in beispielsweise Notaufnahmen oder Intensivstationen. „Wir haben Kinderärzte in den Kliniken, die sich super kümmern, und wir haben grauenhafte Zustände in anderen Kliniken.“ Er macht sich für Standards stark, die eventuell gemeinsam mit der Schmerzgesellschaft entwickelt werden könnten.



Prof. Wilfried Meissner

Zernikow greift das Thema auf. „Dass Kinder in Kliniken operiert werden, in denen keine Pädiater, Kinderchirurgen oder Kinderanästhesisten sind, ist in Deutschland eine Katastrophe und widerspricht den UNO-Menschenrechtskonventionen.“ Er fordert ein entsprechendes Verbot. „Außer in Notfallsituationen sollten Kinder nur von Menschen versorgt werden, die sich damit auskennen.“

Medikamentöse Schmerztherapie

Prof. Antje Neubert, Leiterin der Zentrale für klinische Studien in der Pädiatrie des Universitätsklinikums Erlangen, spricht die Probleme in der medikamentösen Schmerztherapie an. In der Akutbehandlung sei man zwar gut aufgestellt, prekärer sehe es bei chronischen und neuropathischen Schmerzen aus. „Da haben wir eigentlich keine zugelassenen Arzneimitteltherapien“, sagt sie und fordert: „Wir brauchen Studien bei Kindern und die muss man auch dringend einfordern.“ In der (Finanzierungs-)Pflicht sieht sie dabei die Politik. Erste gute Ansätze macht sie in der Kindearzneimittelverordnung aus, die Pharmaunternehmen dazu verpflichtet, bei neuen Medikamenten Studien für Kinder zu initiieren.



Prof. Antje Neubert, Universitätsklinikum Erlangen

Ein weiterer Ansatz ist, die Evidenz unter die Lupe zu nehmen. „Was gibt es überhaupt für Studien, für Informationen? Denn Zulassung ist nicht gleich Zulassung, Offlabel ist nicht gleich Offlabel“, sagt sie. Die Evidenz zu verschiedenen Therapien zur Verfügung zu stellen, sei durchaus kostengünstiger als Studien.

6. Nationales Schmerzforum

Das 6. Nationale Schmerzforum fand am 8. November 2019 in der Zeit von 10 bis 16 Uhr in Berlin statt. Ausgewiesene hochrangige Vertreter der Institutionen und Verbände erörterten auf Einladung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und ihrer Partner die Defizite der schmerztherapeutischen Versorgung in Deutschland und entwickelten Handlungsstränge für die Zukunft.

Ort: Berlin, Hotel Abion
Moderation: Thomas Isenberg und Lisa Braun

Impressum

Herausgeber: Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Bundesgeschäftsstelle, Thomas Isenberg
Alt-Moabit 101b, 10559 Berlin
E-Mail: info@dgss.org
Internet: www.dgss.org

Redaktion: Presseagentur Gesundheit GbR, Lisa Braun
(V.i.S.d.P.), Christoph Starke

Gestaltung: Presseagentur Gesundheit GbR, Michael Pross,
www.pa-gesundheit.de

Fotos: Georg Lopata, axentis.de, wenn nicht anders
im Bild angegeben

Diese Zusammenfassung steht zum Download bereit unter:
www.dgss.org

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

9. Aktionstag gegen den Schmerz

**Jährlich, immer am
ersten Dienstag im Juni,
findet der „Aktionstag
gegen den Schmerz“ statt.**



Also: Machen Sie mit am 2. Juni 2020, dem neunten bundesweiten »Aktionstag gegen den Schmerz«. Wir knüpfen damit an den großen Erfolg der letzten Aktionstage an. Erneut können sich Schmerzpatienten und ihre Angehörigen gezielt über Behandlungsmöglichkeiten informieren und beraten lassen.

- Schmerztherapeutische Einrichtungen in ganz Deutschland geben Ihnen Einblicke in die verschiedenen Methoden der Schmerzbehandlung.
- Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. stellt Informationsmaterialien, u.a. für Patientinnen und Patienten aktuellen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten vor.
- Hotline für Schmerzpatienten: Unter der kostenfreien Rufnummer 0800 – 18 18 120 stehen am 2. Juni 2020 erneut zwischen 9:00 und 18:00 Uhr mehrere Dutzend renommierte Schmerzexperten aus ganz Deutschland für Fragen zur Verfügung.

**Bitte
vormerken:**

7. Nationales Schmerzforum

findet am

9. Oktober 2020

in Berlin statt.

Donnerstag, 9. Oktober 2020, 10:00 bis 16:00 Uhr
Hotel Abion Spreebogen Berlin, Alt-Moabit 99, 10559 Berlin

Das Thema „Schmerz“ muss weiter zum Top-Thema auch der Gesundheitspolitik werden. Diesbezügliche Details erörtert die Deutsche Schmerzgesellschaft regelmäßig im Nationalen Schmerzforum, das zentrale Akteure jährlich zusammenführt.

Weitere Informationen: www.nationales-schmerzforum.de