



## 10. Aktionstag gegen den Schmerz Pressekonferenz, Berlin, 1. Juni 2021

### Perspektiven in der Schmerztherapie – Erwartungen an die Gesundheitspolitik in der kommenden Legislaturperiode

#### I. **Forderungen: Fortentwicklungsbedarf für die nächsten Jahre**

##### a) **Nachwuchsförderung in der Schmerzmedizin als Grundlage zukünftiger Patientenversorgung sichern!**

- ⇒ Finanzierung von Weiterbildungsstellen (Spezielle Schmerztherapie) in ambulanten Praxen sowie Kliniken analog zur Allgemeinmedizin.
- ⇒ Sicherstellung von Schmerzversorgung bei Praxisnachfolge. Ansonsten fehlt es sowohl an Therapeuten für die Patientenversorgung als auch an weiterbildungsbefugten Experten für die Nachwuchsarbeit.

##### b) **Stationäre und ambulante Schmerzversorgung gewährleisten – erneute Beschlussfassung durch die Gesundheitsministerkonferenz der Länder und des Bundes (GMK) nötig!**

Rund sechs Jahre nach dem „Schmerz-Beschluss“ der 88. GMK sollte dieser von der GMK evaluiert werden und Taten folgen:

- ⇒ Im Rahmen der Landeskrankenhausplanung sollten Schmerzbetten oder aber an schmerzspezifischen OPS-Prozeduren definierte Ressourcen der teilstationären und stationären Versorgung explizit ausgewiesen und sichergestellt werden, dass in den Kliniken eine interdisziplinäre multimodale Versorgung stattfindet und diese mit der ambulanten Nachbehandlung verschränkt ist.
- ⇒ Kriterien für MDK-Prüfungen sollten weiter präzisiert, verlässlich ausgestaltet und vor allem einheitlich angewendet werden.
- ⇒ Ambulante Schmerzversorgung im Rahmen der Bedarfsplanung über Kassenärztliche Vereinigungen sicherstellen, auch bei Nachbesetzung von Arztpraxen.
- ⇒ Stärkung der abgestuften Versorgung: Die gemeinsamen Landesgremien nach § 90 a SGB V sollten sich systematisch in den Bundesländern zur Verbesserung der sektorübergreifenden Schmerztherapie beraten.

##### c) **Qualität verbessern, Umsetzung G-BA-Beschluss sicherstellen!**

Erstmals hat der G-BA auf Initiative der Patientenvertretung und mit Beratung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. am 17. September 2020 beschlossen, dass



*Krankenhäuser und ambulant Operierende ein Konzept zum Akutschmerzmanagement als Bestandteil ihres internen Qualitätsmanagements etablieren müssen.*

- ⇒ Nötig sind zügiges Umsetzen und Kontrolle der Umsetzung/Ergebnisse des Beschlusses des G-BA vom 17.09.2020.*
- ⇒ Mittelfristig müssen Qualitätsindikatoren auch für Schmerz eingeführt werden, die Patientenperspektive ist dabei zu berücksichtigen.*

## Hintergrund

### II. Ausgewählte Best Practices in den Bundesländern derzeit:

*vergleiche Anlage Antworten der Bundesländerselbstauskunft auf Umfrage der Deutschen Schmerzgesellschaft zur Umsetzung des GMK-Beschlusses, Download der Antworten unter: <https://ncl.dgss.org/index.php/s/fmtn2Tft4tXkEGj>*

- Baden-Württemberg: umfassende Antwort des Landesministeriums auf den Antrag Landtagsabgeordneter Hinderer (Drucksache 16/8946). Unter anderem Landesbeirat Schmerzversorgung gebildet. Landeskriterien und Zertifizierung überregionaler sowie regionaler Schmerzzentren Baden-Württemberg erarbeitet, durchgeführt und veröffentlicht. Drittes Bundesland mit Anerkennung Ausbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ als Zusatzweiterbildung für Psychologen. Vorschläge einer intermediären Qualifikation im Sinne einer „Fachkunde Schmerzmedizinische Grundversorgung“ zur Verbesserung der Qualifikationen im ambulanten Primärsektor beispielsweise für Hausärzte. Vorschlag für mehr Institutsambulanzen an regionalen Schmerzzentren mit auch der Möglichkeit verbesserter Weiterbildungsplätze. Hinweis auf besonderen Bedarf schmerzmedizinischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Sowie: Beschluss des Gesundheitsausschusses des Landtages Baden-Württemberg für Evaluation und Neufassung GMK-Beschluss gefasst; neue schmerzbezogene GMK-Beschlussfassung seitens der Landesregierung eingeleitet.
- NRW: Schon der alte Krankenhausplan 2015 plant in einem Teilkapitel den Umgang mit Schmerzen, wengleich im Versorgungsauftrag auf Wirbelsäulenchirurgie fokussiert wird. Das neue Landeshaushaltsgestaltungsgesetz NRW bietet umfassendere Chancen für auch die interdisziplinäre multimodale Schmerzversorgung: Zukünftig wird die Landeskrankenhausplanung nicht mehr an bettenführenden Abteilungen erfolgen, sondern entlang der OPS-Prozeduren, also auch entlang der spezifischen Bedarfsfestlegungen (Leistungsgruppen), der IMST-OPS-Ziffern und deren Qualitätskriterien.
- Sachsen-Anhalt: Das gemeinsame Landesgremium nach § 90 a SGB V hat Beratungen zur Verbesserung der sektorübergreifenden Schmerztherapie durchgeführt und eine eigene AG im Landesgremium gebildet.
- Saarland: Problem der zu geringen Anzahl niedergelassener Ärztinnen und Ärzte und unbefriedigenden finanziellen Anreize für multimodale Schmerzkonzepte im ambulanten Bereich, es wird eine Verschiebung in den stationären Bereich



- erwartet. Aufwuchs von elf Schmerzbetten im aktuell geltenden Krankenhausplan im Vergleich zum vorherigen.
- Hamburg: Erfolgt ist ein Aufbau von spezialisierten teilstationären schmerztherapeutischen Versorgungsangeboten in vier Hamburger Plankrankenhäusern ergänzend zur stationären Krankenbehandlung.
  - Sachsen: Unterstützung G-BA-Beschlussfassung Akutschmerzmanagement. Sowie: Im Rahmen der 12. Fortschreibung des Landeskrankenhausplans erfolgte eine Erhöhung von vier auf insgesamt zehn Tageskliniken Schmerztherapie.
  - Rheinland-Pfalz: Darstellung der planungsrechtlich komplexen Grundlagen; Betonung der wachsenden Bedeutung von Zentrenbildung. Leuchtturm Schmerzzentrum Mainz.
  - Bayern: Aufwuchs teilstationärer Schmerzkapazitäten um 46 Prozent seit 2015 und zugleich Errichtung entsprechender Angebote an fünf weiteren Krankenhäusern, drei davon abseits der großen Ballungszentren.
  - Mecklenburg-Vorpommern: Im Vergleich zu 2015 nahezu Verdopplung der Zahl der ausgewiesenen tagesklinischen Plätze für Schmerztherapie. Von damals 34 Plätzen sind im Krankenhausplan aktuell 61 schmerztherapeutische Plätze ausgewiesen.
  - Brandenburg: Bedeutungszuwachs der interdisziplinären und sektorübergreifenden Schmerzbehandlungs-Krankenhäuser des Landes; Sonderprojekte sowie Aufbau strukturierter Behandlungspfade; Aufführung Schmerzmedizin im Textteil des 4. Krankenhausplans als ein besonders fachgebietsübergreifendes Behandlungsangebot, gesondert im Textteil.
  - Bremen: Zusage, nach der aktuellen Phase des COVID-19-Infektionsgeschehens wird Bremer Gesundheitssenatorin schriftlich bei allen Bremer Krankenhäusern Sachstand der Umsetzung des neuen G-BA-Akutschmerz-Qualitätssicherungsbeschlusses abfragen.
  - Hessen: Thematisierung Prävention im Rahmen von Landespräventionsprojekten; Betonung der Notwendigkeit schmerzbezogener Qualitätssicherungsverfahren einerseits bei Akutschmerz, aber auch bei chronischen Schmerzen.
  - Thüringen: Uniklinikum Jena hat mit Kostenträgern einen teilstationären Pflegesatz für Schmerztherapie vereinbart.
  - Niedersachsen: Bedeutung des Themas erkannt, derzeit 40 Krankenhäuser mit multimodalen Therapieangeboten. Handlungsfeld Sicherstellung/Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1 a als Rahmen der Sicherstellung der Versorgung mit ambulanten Schmerzpraxen skizziert sowie Mitberatungsrechte des Landes nach § 96 SGB V beziehungsweise § 103 SGB V erwähnt, Anwendung in Hinblick auf Schmerz offen.
  - Schleswig-Holstein: Ausweisung von stationären Betten in Kiel und Lübeck. Sowie: KV Schleswig-Holstein hat ambulante Bedarfsplanung 2015/2016 erstmalig sowie erneut ab 2020 Instrumente zur Weitergabe schmerztherapeutischer ambulanter Sitze im Zuge von Nachbesetzungsverfahren verankert. Sowie: Projekte aus dem Versorgungssicherungsfonds gestartet



(„Schmerz STRANG Nordwest“).

### III. Anlage: der „alte“ Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz:

Der inzwischen sechs Jahre alte GMK-Beschluss der 88. GMK sollte nunmehr seitens der GMK offiziell in Hinblick auf die Umsetzung und den Handlungsbedarf evaluiert und fortgeschrieben werden.

Folgenden einstimmigen Beschluss hat die 88. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 24./25. Juni 2015, TOP 9.1, „Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung“, seinerzeit gefasst. Die GMK beschloss einstimmig:

1. Die Konferenz der Gesundheitsministerinnen und -minister, Senatorinnen und Senatoren (GMK) begrüßt, dass eine Reihe von Krankenhausträgern Strukturen geschaffen haben, eine interdisziplinäre und interprofessionelle Schmerztherapie in ihren Krankenhäusern zu etablieren, und dass im ambulanten Bereich die Zahl der niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten zugenommen hat. Sie erkennt zugleich, dass die bisherigen Bemühungen nicht ausreichen, ein adäquates Schmerzmanagement flächendeckend im ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten.
2. Die GMK erwartet von den in den Krankenhäusern Verantwortlichen, dass sie eine qualifizierte Versorgung und Begleitung schmerzkranker Menschen sowohl während eines stationären Aufenthaltes als auch beim Übergang in die ambulante oder rehabilitative Nach- und Weiterbehandlung interdisziplinär und intersektoral gewährleisten.
3. Die GMK stellt fest, dass die die Qualität der stationären Versorgung bestimmenden Faktoren zunehmend in der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden. Sie begrüßt, dass der Koalitionsvertrag zwischen den die Bundesregierung tragenden Fraktionen vorsieht, „Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich einzuführen“. Die GMK bittet den G-BA, für ein strukturiertes Akutschmerzmanagement der Krankenhäuser Qualitätskriterien zu entwickeln.

### IV. Zahlen, Daten, Fakten:

Chronische Schmerzen berichten etwa 23 Millionen Deutsche in repräsentativen Erhebungen. Legt man die „Messlatte“ der Beeinträchtigung durch die Schmerzen zugrunde, so erfüllen sechs Millionen Deutsche die Kriterien eines chronischen, nicht tumorbedingten, beeinträchtigenden Schmerzes. Die Zahl chronischer, nicht tumorbedingter Schmerzen mit starker Beeinträchtigung und assoziierten psychischen Beeinträchtigungen (Schmerzkrankheit) liegt bei 2,2 Millionen der Bevölkerung. Bei diesen Patientinnen und Patienten stellt Schmerz ein eigenständiges, komplexes, biopsychosoziales Krankheitsbild dar, bei dem die ursprünglich auslösende Ursache häufig nicht mehr nachweisbar ist.

Schmerz „rund um Operationen im Krankenhaus“: Der offizielle HTA-Bericht Nr. 126 „Akutschmerztherapie auf operativen und konservativen Stationen“ des DIMDI im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums zeigt auf: „Die



**Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.**  
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Akutschmerztherapie ist in deutschen Krankenhäusern nach wie vor unzureichend, dies kann zu gravierenden Folgeerscheinungen, wie zum Beispiel Schmerzchronifizierung, führen. Die Anzahl der unzureichend therapierten Schmerzpatienten ist hoch: 56 Prozent aller Patienten leiden unter nicht akzeptablen Schmerzen, das heißt, entweder Ruhe-, Belastungs- und/oder Maximalschmerz liegen über den definierten Grenzwerten für ein akzeptables Erträglichkeitsniveau. Schmerzpatienten auf konservativen Stationen werden unterversorgt, 41 Prozent der Patienten (ohne Krebserkrankung) mit nicht akzeptablen Schmerzen erhalten keine analgetische Behandlung.“ Erstmals hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf Initiative der Patientenvertretung und unter Bewertungsbeteiligung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. am 17. September 2020 beschlossen, dass Krankenhäuser und ambulant operierende Praxen nunmehr verpflichtet sind, ein Konzept zum Akutschmerzmanagement als Bestandteil ihres internen Qualitätsmanagements zu etablieren. Nunmehr ist es nötig, das zügige Umsetzen des Beschlusses und dessen Einführung zu kontrollieren beziehungsweise zu „benchmarken“.

Ansprechpartner:

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.,

Bundesgeschäftsstelle, Geschäftsführer: Thomas Isenberg

Alt-Moabit 101b, 10559 Berlin, [info@schmerzgesellschaft.de](mailto:info@schmerzgesellschaft.de), [www.schmerzgesellschaft.de](http://www.schmerzgesellschaft.de)

Telefon: 030-39409689-0, Fax: 030-39409689-9