



5. Nationales Schmerzforum

Berlin

28. September 2018

Zusammenfassung

Wir sind interdisziplinär!

Editorial

Millionenfaches Leid von Schmerzpatientinnen und -patienten kann deutlich reduziert werden, würde der Patient im Gesundheitssystem mehr als bisher im Mittelpunkt stehen. Konsequenterweise, dass die Deutsche Schmerzgesellschaft das 5. Nationale Schmerzforum 2018 unter dem Themenschwerpunkt „Versorgungsmanagement & Schmerz“ stellte.

Gemeinsam erörterten wir, welche unterschiedlichen Verträge der (integrierten) Versorgung es schon gibt, welche gut laufen oder aber gescheitert sind, und was dies für ein strukturiertes Versorgungsmanagement von Schmerzpatienten bedeutet. Ein Lichtblick: Das Projekt PAIN 2020, welches wir seit Sommer 2018 federführend gemeinsam mit einem breiten Partnerkonsortium auf der Basis einer 7-Millionen-Euro-Förderung des G-BA-Innovationsfonds aufbauen. Unser Ziel: Der Chronifizierung von Schmerzen möglichst früh entgegenwirken. Mit einem frühen strukturierten, interdisziplinären Assessment und neuen niedrigschwelligen Therapiearmen werden Patienten bedarfsgerecht und ressourcenorientiert versorgt. Alle Elemente dieses Ansatzes könnten nach Projektabschluss in die Regelversorgung überführt werden.



Entsprechende fachliche Aspekte bekommen auch vor dem Hintergrund der von der Bundesregierung geplanten Einführung eines DMP Rückenschmerz immense Bedeutung. Allerdings zeigten dessen Beratungen beim Nationalen Schmerzforum, dass – vor dem Hintergrund der Eigeninteressen unterschiedlicher Beteiligter – dieses zukünftige DMP wahrscheinlich hinter den notwendigen inhaltlichen Anforderungen zurückbleibt. Hier werden wir unsere Lobbyarbeit verstärken.

Wichtig für uns: Die anstehende Neufassung der ICD-11, die chronische Schmerzen klarer klassifiziert und erstmals auch als eigenständige Erkrankung begreift, bietet eine Chance auch für die Versorgungsforschung. Internationale Aspekte verschränken sich hier mit unserer nationalen Arbeit an den Versorgungsstrukturen in Deutschland. Gut, dass unsere Expertinnen und Experten international führend mitwirken und wir diese Diskussion im Nationalen Schmerzforum aufgreifen konnten.

Doch auch eher tagespolitische Aspekte sind uns wichtig. Beispiele, die wir diskutierten, waren die überfällige Reform des Arzneimittelrechts, damit Betäubungsmittel beispielsweise an Wochenenden direkt vom Krankenhaus Patientinnen und Patienten bei ihrer Entlassung mitgegeben werden können, um somit Versorgungsbrüche zu vermeiden

Wichtig ist uns: Unser Nationales Schmerzforum ist interdisziplinär. Die Hinweise der Pflegeorganisationen zu Problemen bei der Entsorgung von Schmerzplasterern erörterten wir lösungsorientiert, genau wie bessere Rahmenbedingungen einer schmerzphysiotherapeutischen Versorgung.

Wir danken für die offenen Worte, intensiven Debatten und gemeinsamen Beratungen – und freuen uns bereits auf das kommende 6. Nationale Schmerzforum am 8. November 2019.

Herzliche Grüße

Prof. Dr. Martin Schmelz

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft



Thomas Isenberg



Prof. Dr. Martin Schmelz

I. Schmerzversorgung – Was sagt die Politik? Wie reagieren die Patientenvertreter?

Ein Nationaler Aktionsplan, mehr Anreize für Mediziner, mehr Interprofessionalität, mehr Patientenmitbestimmung und schnellere Entscheidungen: Gesundheitspolitiker und Patientenvertreter tauschen sich beim Schmerzforum aus. Die Bundestagsabgeordneten nehmen die Anregungen auf, berichten über ihre Vorstellungen und geben den Patientenvertretern den einen oder anderen Tipp, wo und wie diese ihre Anliegen und Vorschläge einbringen können.



Prof. Martin Schmelz, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

Was ist der Status quo in Sachen Versorgungsmanagement und Schmerz? Das möchte das Nationale Schmerzforum von den Gesundheitspolitikern im Bundestag wissen – allen voran von Dr. Ralf Brauksiepe (CDU), zum damaligen Zeitpunkt noch Patientenbeauftragter der Bundesregierung. Neben ihm Platz nehmen Alexander Krauß (CDU) und Katrin Helling-Plahr (FDP), beide Mitglieder des Gesundheitsausschusses, sowie Sabine Dittmar (SPD), gesundheitspolitische Sprecherin der SPD. Die Patientenvertreter schalten sich ein, stellen Fragen und geben Anregungen.

Prof. Martin Schmelz, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, schickt vorweg: „Wir erwarten nicht, dass

wir hier die Lösung erarbeiten. Aber was wir auf jeden Fall erreichen werden, ist ein Austausch von kontroversen Meinungen und Perspektiven.“

Brauksiepe sieht Schmerzversorgung gut aufgestellt

„Patientinnen und Patienten sollten in Deutschland – das muss unser Ziel sein – in jeder Krankheitssituation auf eine kompetente Ärztin, einen kompetenten Arzt und ein kompetentes Team treffen können, die sie individuell behandeln können.“ Das ist für Ralf Brauksiepe maßgebend. Das gelte auch für den Bereich der palliativmedizinischen Versorgung, in der die Schmerztherapie einen hohen Stellenwert habe.

Eine besondere Bedeutung hat für ihn die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen, die er unterzeichnet habe. „Sie stellt mit recht fest,

dass schwerstkranke und sterbende Menschen ein Anrecht auf adäquate System- und Schmerzkontrolle, multiprofessionelle Beratung und Lebensqualität haben.“ In der Schmerzversorgung habe sich in den vergangenen Jahren einiges getan. Brauksiepe zählt auf: Palliativ- und Schmerzmedizin sei Teil der medizinischen Ausbildung. Zudem gebe es Leitlinien, die Ärzten eine wichtige Orientierung geben. In Praxen und Krankenhäusern sei das Schmerzmanagement implementiert worden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) habe sich dem Thema ebenfalls verschrieben. In seinem Auftrag entwickle das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln. Außerdem sei der G-BA vom Gesetzgeber mit der Überarbeitung der Bedarfsplanung betraut, das in einem Gutachten münden solle.



Dr. Ralf Brauksiepe (CDU), zum damaligen Zeitpunkt noch Patientenbeauftragter der Bundesregierung, neben Sabine Dittmar (SPD) und Prof. Martin Schmelz

Für chronisch Kranke werden die Disease-Management-Programme weiterentwickelt. Im Blick habe die Bundesregierung dabei Programme für Rückenleiden und Depressionen. Darüber hinaus spricht Brauksiepe diverse Forschungsprojekte auf Deutschland- und EU-Ebene an, unter anderem PAIN 2020.

Optimierung ist notwendig

Aber die Schmerzversorgung bedürfe weiterhin einer Optimierung, stellt Brauksiepe klar. Zum Beispiel in der flächendeckenden Versorgung – ein Problem, das Lucia Gnant, Vorsitzende der MigräneLiga Deutschland, anspricht. „Wir haben die Situation, dass es in vielen Landstrichen Deutschlands immer noch keine Versorgung gibt“, bemängelt sie. Es existierten diverse Ansätze und Programme, Ärzte in unterversorgte Regionen zu bringen, sagt Brauksiepe. „Die Versorgung auf dem Land ist eine riesen Herausforderung für die Zukunft. Wir arbeiten an einer entsprechenden Agenda für den ganzen Bereich, um die Versorgung mit Medizinern in Deutschland besser zu machen“, verkündet er. Als Beispiel nennt er sein Heimatbundesland Nordrhein-Westfalen. Dort gelte der Numerus clausus nicht mehr, wenn sich Medizinstudenten verpflichten, später in unterversorgten Gebieten zu arbeiten. Generell brauche es aber seine Zeit. „Wir müssen die Menschen erstmal ausbilden, wir brauchen dafür mehr Studienplätze in Deutschland und dann mehr Anreize, aufs Land zu gehen.“



Lucia Gnant, Vorsitzende der MigräneLiga Deutschland (Archivaufnahme 2017, © Svea Pietschmann)

Brauksiepe steht Nationalem Aktionsplan offen gegenüber



In diesem Zusammenhang bringt Prof. Rolf-Detlef Treede, ehemaliger Präsident der International Association for the Study of Pain und Vizepräsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), eine Forderung nach einem Nationalen Aktionsplan Schmerz auf. „Im Moment scheint mir vielleicht ein guter Zeitpunkt gegeben zu sein und die Frage wäre, ob Ihre Dienststelle sich vielleicht dafür einsetzen würde?“ Damit kann sich Brauksiepe anfreunden: „Ich stehe dem offen gegenüber.“

Prof. Rolf-Detlef Treede, ehemaliger Präsident der International Association for the Study of Pain

Mehr Anreize gefordert



Heike Norda, Vorsitzende der unabhängigen Patientenvereinigung SchmerzLOS, hat folgendes Anliegen: „Wir sind der Meinung, dass man zum Beispiel Mediziner Anreize geben muss, damit sie Schmerzmedizin anbieten. Warum wird das nicht schon lange gemacht?“ Brauksiepe sieht ein Problem in der Konkurrenzsituation. Ihm und der Regierung gehe es generell darum, bessere Bedingungen für Ärzte zu schaffen – unabhängig von der Fachrichtung. „Es wäre unseriös, wenn ich jetzt sage, wir setzen besondere Anreize für Schmerztherapeuten und später den Psychotherapeuten das gleiche verspreche.“

Heike Norda, Vorsitzende der unabhängigen Patientenvereinigung SchmerzLOS (Archivfoto 2017, © Svea Pietschmann)

Interprofessionalität ist notwendig



Dr. Nadja Nestler, Sprecherin des ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft, will andere Berufsgruppen miteinbeziehen. „Die Schmerzpatienten zu versorgen, kann keine rein ärztliche Aufgabe sein, sondern wir müssen da interprofessionell denken – auch durch die Zulassung anderer Qualifikationsabschlüsse in weiteren Berufsgruppen.“ Diesen Punkt erachtet Brauksiepe als wichtig. „Das ist genau der Weg, den wir gehen müssen.“

Dr. Nadja Nestler, Sprecherin des ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft

„... wenn der G-BA schneller Entscheidungen treffen würde“

In der Statementrunde mit den Gesundheitspolitikern geht es um die Arbeit des G-BA. Mit der ist Katrin Helling-Plahr (FDP) nicht zufrieden, wie sie am Beispiel DMP Rückenschmerzen deutlich macht: „Wir könnten an ganz vielen Stellen – das betrifft nicht nur Schmerzpatienten – viel schneller zu einer besseren Patientenversorgung kommen, wenn der G-BA auch schneller Entscheidungen treffen würde.“ Die Politik sei außen vor, könne nur anmahnen und nachfragen.



Katrin Helling-Plahr (FDP)



Sabine Dittmar (SPD)

Sabine Dittmar (SPD) zeigt sich auch frustriert, wenn es um das DMP Rückenschmerzen geht. „Das ist eine Leidensgeschichte.“ Aber sie ist guter Dinge: „Wir können jetzt echt zeitnah mit dem DMP Rückenschmerz rechnen.“

Alexander Krauß (CDU) sieht nicht nur beim G-BA, sondern auch in anderen Bereichen der Selbstverwaltung Optimierungsbedarf. „Wenn nicht geliefert wird, fordern wir das ein oder machen es notfalls auch selbst“, macht er deutlich, bricht aber auch eine Lanze für die Selbstverwaltung. Der Grundgedanke sei ein guter.



Alexander Krauß (CDU)

Das Problem der Mittelvergabe

Bärbel Wolf, Vorsitzende der Deutschen Fibromyalgie Vereinigung, spricht im Grunde für alle Patientenvereinigungen, die auf dem Schmerzforum vertreten sind, als sie mehr Unterstützung von Seiten der Politik – auch finanzieller Natur – und mehr Informationen für die Bürger fordert. Wenn finanzielle Mittel nicht reichen, will Dittmar dem gerne entgegenwirken. Sie spricht aber einen wichtigen Punkt an. „Wir stellen für die Selbsthilfeorganisationen in der Pflege über acht Millionen Euro zur Verfügung, die überhaupt nicht abgerufen werden von den Selbsthilfegruppen.“



Bärbel Wolf, Vorsitzende der Deutschen Fibromyalgie Vereinigung



Dr. Katharina Glanz von der Deutschen Restless Legs Vereinigung

Den Punkt greift Dr. Katharina Glanz von der Deutschen Restless Legs Vereinigung auf, sie bemängelt das Antragsverfahren für Fördermittel. Krauß hat einen Rat parat: den Patientenbeauftragten behelligen. Und: „Auch das Ministerium ist sehr offen für Vorschläge.“

Patientenstimmrecht – Ja oder Nein

Für Patienten würde Dittmar gerne mehr Abstimmungsrechte in entscheidende Gremien wie dem G-BA installieren: „Das wäre der richtige und wichtige Schritt.“ Krauß ist da vorsichtiger. „Die Vorstellung, dass wenn wir die Gremien noch größer machen, die Entscheidungen schneller fallen, habe ich nicht.“ In Sachen Patienteninformationen zieht er ein Beispiel aus anderen Ländern heran: die nationalen Gesundheitsportale.



Susanne Mauersberg, Referentin Gesundheit, Verbraucherzentrale-Bundesverband

Susanne Mauersberg, Referentin Gesundheit, Verbraucherzentrale-Bundesverband, will gar nicht so weit gehen und ein Stimmrecht für Patienten im G-BA verlangen. Sie fordert eine Begründungspflicht, wenn ein Antrag der Patientenseite abgelehnt wird sowie die Installierung eines Unparteiischen, „der von der Bank der Patientenorganisationen benannt wird“. Helling-Plahr steht hinter dieser Forderung, auch wenn es in ihrer Fraktion dazu aktuell keine Beschlusslage gibt. Die SPD-Fraktion sei offen dafür, betont Dittmar. Krauß allerdings ist vorsichtiger. Im Moment gebe es viele Themen abzuarbeiten, aber darüber nachdenken könne man zu gegebener Zeit.

ARMIN für alle

Rudolf Herweck, Mitglied im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisation (BASGO), wünscht sich mehr Studien über Arzneimittelwechselwirkungen. „Ältere Menschen haben ja nicht nur Schmerz als Krankheitsform, sondern sie haben auch andere Krankheiten und müssen oft mehrere Arzneimittel nehmen“, führt er aus.



Rudolf Herweck, Mitglied im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisation (BASGO)

Krauß will das Thema aufgreifen. „Das ein wichtiger Ansatzpunkt, den Sie ansprechen.“ In Sachen Arzneimittelwechselwirkungen kommt er auf das Projekt ARMIN zu sprechen. In diesem System wird zwischen Ärzten, Apothekern und der AOK abgeglichen, welche Medikamente ein Patient nimmt und wie Wechselwirkungen vermieden werden können. Diese Modell könnte man auf ganz Deutschland ausweiten. „Das ist wirklich eine Win-Win-Situation für alle.“ Helling-Plahr verweist auf den Rechtsanspruch auf einen Medikationsplan. „Das Problem ist, dass die Patienten bisher zu wenig darüber wissen.“



Impressionen vom 5. Nationalen Schmerzforum

Exkurs: Eine neue Kodierung bahnt sich an

Die ICD dient weltweit zur Verschlüsselung von Diagnosen. Die Abkürzung kommt aus dem Englischen und steht für „International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Studies“ also „International Krankheitsklassifizierung für Mortalitäts- und Morbiditätsstudien“.

Die derzeit gültige Revision ist die ICD-10. An der Pflege und Weiterentwicklung dieser und anderer Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beteiligt sich als Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen auch das DIMDI. Parallel zur Weiterentwicklung der ICD-10 der WHO wird an einer grundlegenden 11. Revision gearbeitet. Die ICD-11 soll 2018 von der WHO verabschiedet werden. Über den Zeitpunkt einer möglichen Einführung der ICD-11 in Deutschland sind noch keine Aussagen möglich.



Ulrich Vogel vom DIMDI

Ulrich Vogel vom DIMDI stellt die technische Seite der ICD-11 vor. Das derzeitige Kodierungssystem bedürfe einer Modifizierung, findet er. „Die aktuelle Klassifikation kommt ursprünglich aus der reinen Todesursachenkodierung – schon im 19. Jahrhundert entwickelt.“ Das sei zwar weiterhin wichtig. „Das ist aber für die Betrachtung, die wir heute brauchen, wenn wir über Morbidität und über Mortalität sprechen, im Grunde genommen völlig unzureichend.“ Ein Patient versterbe vielleicht nicht an vielen Erkrankungen, aber mit vielen Erkrankungen. Außerdem verwende die derzeitige Methode veraltetes medizinisches Wissen, die aktuelle IT werde ebenfalls noch nicht ausreichend berücksichtigt. Das solle nun alles Bedeutung finden. „Das Ziel war, eine kohärente wissenschaftliche aktuelle Klassifikation zu erstellen, internationale Standards zu setzen für Wissenschaft, Kommunikation und Information in der Medizin und das Ganze IT-fähig zu machen“, sagt Vogel. Außerdem gilt es, die Klassifizierung im Vorfeld breiter mit der Expertise verschiedener Fachrichtungen und transparenter für Patienten und Ärzte aufzustellen.

Die neue Klassifikation biete ein Querverweissystem. „Eine bestimmte Erkrankung XY gehört zu einer Gruppe von Erkrankungen. Sie steht aber nicht nur mit dieser Gruppe – also als übergeordnetem Sammelbegriff – in Verbindung, sondern hat auch Beziehungen zu anderen Erkrankungen in anderen Kapiteln“, erläutert Vogel. Das sei sehr hilfreich, um Medikamentenwechselwirkungen zu vermeiden.

Dem Anwender werde signalisiert: „Pass auf, hier gibt es Wechselwirkungen oder Kontraindikationen.“ Nicht nur technisch, sondern auch inhaltlich gibt es wichtige Neuerungen im ICD-11. Im Bereich Symptome und klinische Befunde ist das Thema Schmerz zu finden.

Chronischer Schmerz kann abgebildet werden

Die technischen Details klingen sehr kompliziert, räumt Prof. Rolf-Detlef Treede, ehemaliger Präsident der International Association for the Study of Pain (IASP) und Vize-Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), ein. „Aber jede Neuerung eröffnet die Chance, dass man den chronischen Schmerz wirklich im ICD abbilden kann.“ Einen Vorteil nennt er bei der Onkologie. „Da zielen wir auf Personen, die Krebs überlebt haben, aber aufgrund des Tumors, der Metastasen oder der Behandlung chronische Schmerzprobleme beibehalten“, verkündet er. „Das ist im Moment klassifikatorisch nicht einzuordnen, es gibt widersprechende Therapieleitlinien.“ Für dieses Problem habe der ICD jetzt eine „Heimat“ geschaffen.

Dr. Ulrike Kaiser von der Deutschen Schmerzgesellschaft freut sich besonders über die Aufteilung in primären und sekundären Schmerz: „Das hilft uns sehr stark zu differenzieren. Mit dieser Klassifikation werden wir weiterkommen.“



Dr. Ulrike Kaiser von der Deutschen Schmerzgesellschaft

DIMDI

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bietet über das Internet Medizinwissen und betreut wichtige medizinische Klassifikationen und Terminologien, die für die Gesundheitstelematik von Bedeutung sind, teilt das Bundesgesundheitsministerium mit, dem das Institut



untersteht. Außerdem betreibt es datenbankgestützte Informationssysteme für Arzneimittel, Medizinprodukte und Versorgungsdaten sowie zur Bewertung gesundheitsrelevanter Verfahren (Health Technology Assessment, HTA).

II. Aktuelle Projekte

Während des 5. Nationalen Schmerzforums werden diverse Projekte vorgestellt. Die Deutsche Schmerzgesellschaft wartet mit PAIN 2020 auf. Das Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München will mit MOMO etwas bewegen. Die Charité Universitätsmedizin in Berlin bringt SMARTGEM an den Start. Darüber hinaus gibt es noch diverse Programme der Krankenkassen.



1. PAIN 2020

Ein Projekt der Deutschen Schmerzgesellschaft ist PAIN 2020. Es wird vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. Hinter dem Namen verbirgt sich die Abkürzung „Patientenorientiert, abgestuft, interdisziplinär, Netzwerk“.

G-BA-Beschreibung

„Das Projekt untersucht, ob eine neue Versorgungsform die Versorgungsqualität und -effizienz von Menschen mit Risikofaktoren für chronische Schmerzen verbessern kann. Ein Element dieser neuen Versorgungsform ist die umfassende Untersuchung der Betroffenen in Form eines interdisziplinären multimodalen Assessments durch ein Team aus ärztlichen, psychologischen und physiotherapeutischen Disziplinen. Sie sollen Diagnosen gemeinsam stellen und Therapien gemeinsam empfehlen. Zudem bietet die neue Versorgungsform – ergänzend zur Regelversorgung – zwei ambulante Therapien an: Eine begleitende, interdisziplinäre und multimodale Schmerz-Behandlung in Form von Gruppentherapien und eine Gruppenschulung mit Informationen zur Erkrankung und zu Methoden der Schmerzbewältigung. Die Behandlungsverläufe und -ergebnisse der neuen Versorgungsform werden mit denen der Regelversorgung verglichen. Das Projekt wird für drei Jahre mit insgesamt ca. 7 Millionen Euro gefördert. Im Erfolgsfall entsteht das Modell einer ressourcenorientierten und interdisziplinären Diagnostik sowie eine patientenorientierte und bedarfsgerechte Therapie für Menschen mit Risikofaktoren für eine chronische Schmerzentwicklung generell.“

Auf dem Schmerzforum stellt die wissenschaftliche Projektleiterin Dr. Ulrike Kaiser PAIN 2020 vor. Oft sei es zu spät, wenn Patienten in solche interdisziplinären Projekte aufgenommen werden. PAIN 2020 wolle früher ansetzen. „Im Übergangsstadium von Beginn der Schmerzerkrankung bis hin zur Chronifizierung werden Patienten nicht ausreichend behandelt“, sagt sie. Das liege auch an den Betroffenen selbst. Es gebe viele ambulante Ärzte, die solche Projekte anbieten wollen. Das Problem sei, dass die „richtigen Patienten nicht rechtzeitig kommen wollten oder kommen konnten“. Es gehe also um die „Steuerung“ des Patienten. Davor müssten sie aber rechtzeitig identifiziert werden. PAIN 2020 sieht deswegen vor, „dass die Therapie bereits bei der Zuweisung anfängt“. Nichts solle dem Zufall überlassen werden, auch Physio- und Psychotherapie frühzeitig Berücksichtigung finden.

Kernelement ist die Patientenorientierung, wie Kaiser ausführt: Der Patient werde durch den Arzt oder sein Team beraten, Optionen werden ihm deutlich gemacht. Kaiser: „Es wird nicht einfach nur der Brief herübergereicht, sondern es wird mit den Patienten wirklich etwas vereinbart.“



Dr. Gabriele Lindena, wissenschaftliche Projektleiterin für PAIN 2020, im Hintergrund: Dr. Ulrike Kaiser

Identifizierung und Datensicherheit

Eine Herausforderung ist die Identifizierung geeigneter Patienten. Dr. Gabriele Lindena, wie Dr. Ulrike Kaiser wissenschaftliche Projektleiterin für PAIN 2020, meint, dass dies beim Arzt geschehen muss. „Es gibt aber auch Patienten, die bei der Kasse anrufen“, nennt sie eine alternative Möglichkeit. Aber darf die Kasse auch selbst aktiv werden, sich bei dem Patienten melden? Frank Lättsch, Leiter der Abteilung ambulante Leistungen/Selektivverträge bei der Krankenkasse DAK, sieht dort Probleme. Zwar verfüge die Kasse über notwendige Daten, dürfe aber nicht ohne Weiteres an den Versicherten herantreten.



Frank Lättsch, Leiter der Abteilung ambulante Leistungen/ Selektivverträge bei der Krankenkasse DAK



Rudolf Herweck, Mitglied im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisation (BASGO)

Arzt und Patient sensibilisieren

Seniorenvertreter Rudolf Herweck fragt sich im Speziellen: „Wie bekommt man die älteren Menschen in das Programm?“ Kaiser sieht zwei Möglichkeiten. Zunächst Patientensensibilisierung. „Medien haben in den letzten Jahren viel erreicht, was das Wissen über chronischen Schmerz in der Allgemeinbevölkerung angeht.“ Und dann sei auch der Arzt gefordert. Man müsse Niedergelassenen klar machen, „dass für bestimmte Kriterien Patienten für dieses Projekt zugewiesen werden können“.

2. MOMO



Auch das Projekt MOMO wird vom Innovationsfonds des G-BA gefördert. Es ist am Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München angesiedelt.

G-BA-Projektbeschreibung

„Das Projekt entwickelt und untersucht ein neues Versorgungskonzept, das die Lebensqualität und Langzeitprognose von Kindern mit Migräne verbessern soll. Kernelemente des Versorgungskonzeptes sind eine standardisierte Migränediagnostik durch den Kinder- und Jugendarzt und eine multimodale, interdisziplinäre Frühtherapie (FIRST). Den Kinder- und Jugendärzten werden zur Diagnostik spezifische Instrumente zur Verfügung gestellt, mit denen sie sowohl die Migräne-charakteristischen Symptome als auch die psychologischen und sozialen Faktoren besser erfassen können. Kinder, bei denen Migräne diagnostiziert wurde, erhalten die Frühtherapie in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ). Die Frühtherapie beinhaltet eine umfassende Diagnostik und Abgrenzung zu Kopfschmerzen, die andere Ursachen haben (z.B. Infektionen, Hirntumore). Es findet eine medizinische Therapie und eine kinderneurologische Beratung statt, die auch die Eltern einschließt. Zudem erhalten die Kinder physiotherapeutische Behandlungen. Darüber hinaus werden Untersuchungen durchgeführt, um psychische Belastungen zu bestimmen und diese zu behandeln. Im SPZ arbeiten Kinderärzte, Kinderneurologen, Psychologen und Physiotherapeuten eng zusammen.

Die Effektivität des neuen Versorgungskonzeptes wird im Vergleich zur Regelversorgung untersucht. Hierzu werden insbesondere folgende Parameter erhoben: Reduktion der Kopfschmerztage, Medikamenteneinnahme und Schulfehlitage sowie Verbesserung der Lebensqualität. Das Projekt wird für drei Jahre mit insgesamt ca. 2,7 Millionen Euro gefördert.

Dr. Stefanie Förderreuther, Präsidentin der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)



Im Erfolgsfall steht ein spezifisches, strukturiertes Versorgungskonzept zur Behandlung von Kindern mit Migräne zur Verfügung, welches in die bestehende Versorgungslandschaft übertragen werden kann.“

Auf dem Forum stellt Dr. Stefanie Förderreuther, Präsidentin der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG), MOMO vor. „Es ist eine besondere Herausforderung, einem Kind zu sagen, dass es eine chronische Erkrankung hat, mit der es dann sein weiteres Leben leben muss“, hält sie fest. Mit der Krankenkasse Barmer soll eine Langzeitbeobachtung erfolgen. „Eingebunden ist eine App, mit der man sehr gut die Kopfschmerztage und die Medikamenteneinnahme dokumentieren kann.“

3. SMARTGEM

Ebenfalls vom Innovationsfonds unterstützt wird das Programm SMARTGEM. Federführend ist die Charité Universitätsmedizin in Berlin. Partner sind die AOK Nordost, die BKK VBU, die IKK gesund plus, die Universitätsmedizin Rostock, die Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg und die Newsenselab GmbH.



G-BA-Beschreibung

„Zur Senkung der Migränehäufigkeit werden präventive medikamentöse, aber auch nicht-medikamentöse Verfahren wie Ausdauersport, Entspannungstechniken und kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren eingesetzt. Der Zugang zu medizinischen Kopfschmerzexperten und auf Schmerz spezialisierte Psychotherapeuten ist jedoch sowohl im städtischen und noch mehr im ländlichen Bereich begrenzt.“

In dem Projekt SMARTGEM soll eine effektive, zeit- und kostensparende Therapie bei häufiger Migräne ermöglicht werden: Mittels einer Smartphone-App (M-sense) können die Patienten ihre Kopfschmerzen dokumentieren und mögliche auslösende Faktoren identifizieren. Mithilfe eines integrierten Therapiemoduls werden die Patienten in der Durchführung von Entspannungsverfahren und Ausdauersport unterstützt und durch Vermittlung von individuellen verhaltenstherapeutischen Ansätzen geschult. Die behandelnden niedergelassenen Ärzte können sich mit den Ärzten des universitären Kopfschmerzzentrums telemedizinisch vernetzen und sich gegenseitig zu Patienten beraten. Für die Patienten werden ärztlich moderierte Foren und Expertenchats angeboten, um so die Kommunikation zwischen Patient und Arzt zu verkürzen. Die Effektivität der neuen Versorgungsform wird in dem Projekt mittels einer kontrollierten Studie untersucht. Als Vergleichsgruppe dienen Patienten, die die App zur reinen Kopfschmerzdokumentation verwenden und keinen Zugang zu den erweiterten Funktionen haben. Das Projekt wird für drei Jahre mit insgesamt ca. 3,3 Millionen Euro gefördert.

Im Erfolgsfall hat SMARTGEM Modellcharakter für universitäre Kopfschmerzambulanzen, auf Kopfschmerzerkrankungen spezialisierte Kliniken sowie Kopfschmerzscherpunktpraxen – vor allem in strukturschwachen Regionen. Sie kann zusätzlich bestehende Selektivverträge zur Integrierten Versorgung von Kopfschmerzen ergänzen.“

Dr. Förderreuther stellt auch dieses Projekt vor. „SMARTGEM will vor allem die Versorgung von Kopfschmerzpatienten in strukturschwachen Regionen verbessern“, erzählt sie. Hausärzte sollen dort durch die Zusammenarbeit mit einem Kopfschmerzzentrum und durch die Anbindung an dieses profitieren. „Wir denken, dass wir damit eine sehr gute Dokumentation erreichen können“, erhofft sie sich.

4. Weitere Projekte und Programme



Dr. Gabriele Lindena, wissenschaftliche Projektleiterin für PAIN 2020

Am Beispiel Rückenschmerz gibt Dr. Gabriela Lindena von CLARA (Clinical Analysis, Research and Application, übersetzt: Klinische Analyse, Forschung und Anwendung) eine Übersicht über diverse Verträge von Krankenkassen und anderen Akteuren. Ihr Fazit fällt eher nüchtern aus. Zwar bieten einige Krankenkassen Projekte an, doch häufig nur regional. Generell kann sie denen aber etwas abgewinnen. Laut einer Statistik, die sie präsentiert, konnten die Krankengeld-Tage reduziert werden, auch Schmerz- und Beeinträchtigung konnte gelindert werden. Positiv hervor hebt sie ein Angebot der Techniker Krankenkasse, das einen Umfang von 100 Stunden hat. „Das ist super, dass sie sich dieses Themas annehmen.“ Eine Grafik zeigt auch Erfolge beim Zweitmeinungsverfahren vor einer OP.



Frank Lättsch von der DAK reagiert darauf. „Wir haben festgestellt, dass das Thema Rücken/Rückenschmerz immer noch ganz vorne liegt und ganz knapp nur verdrängt wurde von dem Thema Infektionskrankheiten“, hält er fest. Vor 20 Jahren war der Rückenschmerz Thema im Gesundheitsreport seines Arbeitgebers, in diesem Jahr wieder. „Das zeigt, dass wir eigentlich in den letzten 20 Jahren keine erhebliche

Frank Lättsch, Leiter der Abteilung ambulante Leistungen/Selektivverträge bei der Krankenkasse DAK

Verbesserung erzielt haben.“ Er bittet allerdings auch um Verständnis für Selektivverträge, die nur regional abgeschlossen werden. „Da mangelt es manchmal auch an Leistungspartnern.“ Die Krankenkasse wolle aber weiter am Thema bleiben. Ihn umtreibt die Frage, woran der Erfolg festgemacht wird – an der Anzahl der beteiligten Versicherten, an den finanziellen Summen oder an der Zufriedenheit des Patienten. Diese ist für Lättsch entscheidend.

Antje Kapinsky, Fachleitung Gesundheitspolitik bei der Techniker Krankenkasse, stellt das „Zweitmeinungsprogramm Gelenke“ der TK vor. Es dauert in der Regel drei Monate und hat einen interprofessionellen Anspruch. Es bietet diverse Einheiten und ein intensives Schulungs- und Trainingsprogramm. „Wir haben zum Beispiel bei Schulteroperationen eine Quote von 100 Prozent, die nach diesem Zweitmeinungsprogramm keine Operation haben.“ Das freue sie zum einen aus Versorgungs- wie auch aus Kostensicht. „Denn wir ersparen uns teure Operationen. Das ist für die Krankenkassen eine wichtige Motivation.“ Die TK würde gerne mehr solcher Programme anbieten. Ihre Vertreterin hofft, dass durch gesetzliche Vorgaben, solche Verträge in der Breite angeboten werden können und das darüber dann informiert wird.



Antje Kapinsky, Fachleitung Gesundheitspolitik bei der Techniker Krankenkasse

Eine Stimme aus dem Publikum lobt solche Schritte und Bemühungen: „Wir können froh sein, dass es jetzt die Zweitmeinungsprojekte gibt, aber wir müssen den nächsten Schritt gehen: Wir brauchen es in der Regelversorgung.“

III. Probleme bei der Schmerzmittelversorgung

Das Entlassmanagement stellt bei der Schmerzmittelversorgung ein Problem dar. Darauf weist die Deutsche Krankenhausgesellschaft beim 5. Nationalen Schmerzforum hin. Gibt ein Klinikarzt zum Wochenende ein Schmerzmittel heraus, begebe er sich auf juristisch dünnes Eis. Als weiteres Problem wird der Opioid-Missbrauch thematisiert. Johanna Knüppel, Referentin der Bundesgeschäftsstelle des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), informiert in diesem Zusammenhang über die richtige Entsorgung von Schmerzplastern.

1. Entlassmanagement

Ohne notwendige Medikamente aus dem Krankenhaus



Christian Ziegler von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG)

Christian Ziegler von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sieht Schwierigkeiten bei der Versorgung von Betäubungsmitteln (BTM) für Patienten, die am Wochenende aus Kliniken entlassen werden. „Das Betäubungsmittelgesetz untersagt, dass ein Krankenhausarzt dem Patienten Betäubungsmittel aus dem Stationsvorrat mitgibt.“ Klinikmediziner würden sich auf sehr dünnes Eis begeben, wenn sie es doch machen. „Wenn Ihnen ein Arzt vor dem Wochenende ein Schmerzmittel aus dem Krankenhaus mitgibt, macht er sich in der Tat strafbar und kann bis zu fünf Jahre Gefängnis dafür bekommen“, verdeutlicht er. Zwar gebe das Bundesgesundheitsministerium mit Kurierfahrten eine Lösung vor, doch die hält Ziegler für sehr bürokratisch. „Das Betäubungsmittel, was im Stationsvorrat verfügbar wäre, darf nicht abgegeben werden, sondern muss per Kurierfahrt hin- und hergefahren werden“, verdeutlicht er.

Die DKG schlägt deswegen eine Gesetzesänderung vor, sodass ein Krankenhausarzt zum Wochenende wieder Betäubungsmittel ausgeben darf. Für spezielle Fälle innerhalb der Woche wünscht sich die DKG, eine „Mitgabe bis zum Folgetag unter engen Auf-

lagen“, beispielsweise wenn es sich um ein spezielles Betäubungsmittel handele, das absehbar nicht in der öffentlichen Apotheke verfügbar sei. Ziegler: „Das wäre patientenfreundlich, das wäre für alle das Beste.“

Projekt aus Erlangen

Prof. Frank Dörje, Präsident des Berufsverbands Deutscher Krankenhausapotheker (AKDA), kann die Forderungen des DKG-Vertreters verstehen. Dörje ist leitender Apotheker am Universitätsklinikum Erlangen. Dort läuft gerade ein Projekt zum Thema Entlassrezepte, die das Krankenhaus ausstellt und die bei den ambulanten Apothekern im Idealfall ohne Versorgungsprobleme eingelöst werden können. „Das setzt aber voraus, dass viele Abstimmungen bereits durchgeführt sein müssen und dass viele miteinander an einem Tisch sitzen“, sagt Dörje. Er hat noch ein Beispiel aus den USA, Niederlanden und Skandinavien parat. Dort gebe es „ambulante, für den Entlassprozess spezialisierte eigene Apotheken“.



Prof. Frank Dörje, Präsident des Berufsverbands Deutscher Krankenhausapotheker (AKDA)

Projekt aus Braunschweig

Auch Berend Groeneveld, Patientenbeauftragter des Deutschen Apothekerverbands, kennt die Problematik. Er führt aus, wie man in seinem Bundesland eine Lösung gefunden hat. „Wir haben in Niedersachsen Betäubungsmittel definiert, die in jeder Apotheke zur Verfügung stehen.“ Er wünscht sich diesbezüglich eine Standardisierung. Ein Problem sieht er auch in den Kliniken selbst. „Oft sind in der Notfallentlassung gerade am Wochenende keine Ärzte da, die ein BTM-Formular haben und ausfüllen dürfen.“

In Braunschweig gebe es ein Pilotprojekt, das Groeneveld kurz an einem Beispiel erläutert: Wird ein Patient entlassen, wird sowohl der Hausarzt als auch die Stammapotheke informiert. Der Krankenhausarzt müsse aber schon zwei Tage vorher wissen, welches Medikament der Betroffene bekommen soll, sodass



Berend Groeneveld, Patientenbeauftragter des Deutschen Apothekerverbands

sich die Apotheker vorbereiten können. „Trotzdem ist es natürlich sinnvoll, eine Gesetzesänderung herbeizuführen“, meint Groeneveld. Viel Hoffnung, dass es so kommt, hat er allerdings nicht.

Er setzt stattdessen auf die Digitalisierung, dass ein elektronischer Medikationsplan auch das Problem des Entlassmanagements lösen kann. „Der Patient muss Herr seiner Daten sein“, betont er. Außerdem müssten Arzt und Apotheker in der Lage sein, schnell zu agieren „und notfalls den Patienten bis ans Krankenbett versorgen“.

Masterplan Schmerzbehandlung



Nadja Nestler, Sprecherin des ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft, sieht Probleme vor allem bei der Versorgung von Senioren. „Wir haben viele ältere Menschen im Krankenhaus, die direkt nach der Entlassung nicht in der Lage sind, als Erstes in die Apotheke zu gehen und auch nicht immer Angehörige haben, die das für sie tun können.“ Sie fordert eine bessere Planung und neue Konzepte.

Dr. Nadja Nestler, Sprecherin des ständigen Beirats der Deutschen Schmerzgesellschaft

Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbands forschender Pharma-Unternehmen, nennt die vielen gesetzlichen Regularien als Hindernis. Generell fragt sie: „Brauchen wir nicht einen Masterplan für die Behandlung von Schmerzpatienten und Schmerzpatientinnen unabhängig davon, wo sie sind – im ambulanten oder im stationären Bereich?“ Sie plädiert für ein Netzwerk.



Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des Verbands forschender Pharma-Unternehmen

2. Opioid-Missbrauch

Wie entsorgt man Schmerzpflaster?

Johanna Knüppel, Referentin der Bundesgeschäftsstelle des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) und dort Koordinatorin der Fachgruppe Pflegeexperten Schmerzen, berichtet über den Missbrauch von Schmerzpflastern. Sie und ihre Mitstreiter umtreiben die Fragen: „Was passiert eigentlich mit gebrauchten Schmerzpflastern? Wie entsorgt man sie? Was macht man, sodass Missbrauch möglichst ausgeschlossen wird?“

Dazu hat der DBfK eine Umfrage unter Pflegekräften gestartet. Fast die Hälfte (48,8 Prozent) folgt der richtigen Methode und kreuzte an: „Ich klebe die Innenflächen aufeinander, bevor ich sie in den Müll werfe.“ Allerdings machte jeder Fünfte einen Haken bei „Ich werfe sie, so wie sie sind, direkt in den Müll.“ Das stelle ein Problem dar, führt Knüppel aus: „Wir wissen, dass in bestimmten Großstädten zunehmend Drogensüchtige in Mülltonnen solcher Einrichtungen suchen.“ Fentanyl, ein Wirkstoff auf solchen Pflastern, sei hochgefährlich, sogar tödlich.

Laut Paragraph 16 des BTM-Gesetzes gelte bei der Entsorgung zur Vermeidung von Missbrauch das Sechs-Augen-Prinzip. Zwei Zeugen müssten dabei sein. Das gehe laut Knüppel stationär und besonders ambulant „völlig an der Realität vorbei“. Sie und ihre Mitstreiter hätten sich an das Bundesgesundheitsministerium gewandt mit der Bitte um Änderung in Bezug auf Schmerzpflaster. Die Antwort laut Knüppel: „Man sieht da keinen Handlungsbedarf.“

Problem der sicheren Abfallentsorgung

Berend Groeneveld, Patientenbeauftragter des Deutschen Apothekerverbands, versucht aufzuklären, der Paragraph 16 gelte nur „für Apotheken, für den pharmazeutischen Großhandel, für den pharmazeutischen Hersteller. Das betrifft nicht den Endverbraucher, in dem Fall den Patienten.“ Doch wie kann eine sichere Abfallentsorgung aussehen? „Das ist ein ganz schwieriges Feld, weil die Abfallentsorgung eine kommunale Aufgabe ist.“ In Niedersachsen gebe es Apotheken, die im Zusammenschluss selbst sammeln. „Aber das sind natürlich auch kostenpflichtige Tätigkeiten, die mit der Honorarordnung in keiner Weise abgedeckt sind.“



Johanna Knüppel, Referentin der Bundesgeschäftsstelle des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK), im Hintergrund Prof. Niels Rahe-Meyer

IV. Perspektiven

Zum Abschluss gewährt G-BA-Mitglied Prof. Jean-Francois Chenot einen Insiderblick in das geplante Disease-Management-Programm Chronischer Rückenschmerz. 2019 könne man mit einem Ergebnis rechnen. Doch besonders optimistisch ist er nicht gestimmt. Prof. Michael Schäfer blickt auf die europäische Ebene, auf der sich einiges getan habe.

1. Disease-Management-Programm Chronischer Rückenschmerz

Im Verlauf des 5. Nationalen Schmerzforums ist das DMP Rückenschmerz diverse Male angeschnitten worden. Einen Insider-Blick gewährt G-BA-Mitglied Prof. Jean-Francois Chenot. Und er sagt auch, dass man im nächsten Jahr schon zu einem Ergebnis kommen könnte – einem sehr mageren allerdings. „Das staatliche DMP wird erstmal sehr schlecht sein. Die gute Nachricht ist: Es schafft Räume für Kassen und für lokale Ärzteverbände, diese Struktur aufzugreifen und eventuell etwas Besseres daraus zu machen.“



Prof. Jean-Francois Chenot, G-BA-Mitglied

G-BA-Definition: DMP

„Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch kranke Menschen. Kern-idee dieser Programme ist es, den sektorenübergreifenden Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch kranker Patientinnen und Patienten zu verbessern.“

Der G-BA legt fest, welche chronischen Erkrankungen sich für die Entwicklung von DMPs eignen und bestimmt die inhaltlichen Anforderungen an solche Programme genauer. Bisher gibt es DMPs für Asthma bronchiale, Brustkrebs, Chronische Herzinsuffizienz, COPD, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 und Koronare Herzkrankheit.

Anbieterfrage

Seit mehreren Jahren hängt das geplante DMP Chronischer Rückenschmerz beim G-BA in der Schwebe. Die verschiedenen Interessenlagen im Gremium machten eine Ausgestaltung nicht einfach, lautet Chenots Tenor. Er geht auf diverse Hürden ein, zum Beispiel, wer Anbieter sein soll? Der Hausarzt? Dem müsste man gewisse Anreize bieten – nicht nur finanzieller, sondern auch sinnstiftender Natur. Chenot schlägt den Orthopäden vor oder Hausarzt und Physiotherapeuten im Team. Ein weiteres Problem sieht er bei den Schulungen. Auch dort lautet die Frage wieder: Wer bietet es an?

Die regelmäßige Kontrolle und Erfassung von klinisch relevanten Daten könne sich ebenfalls schwierig gestalten, da niedergelassene Ärzte weiteren Dokumentationen skeptisch gegenüberstünden. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wiederum hätte ein Problem mit Schmerz- und Funktionsmessung nach verschiedenen Skalen.

DMP-Beginn und DMP-Ende

Hürden sieht Chenot auch bei den Einschreibekriterien, also ab wann ein Patient in das DMP kommt. „Ein Mensch muss erst zwölf Wochen Schmerzen haben“, gibt Chenot bekannt. Das widerspreche allerdings der Logik der Nationalen Versorgungsleitlinie, die die Vermeidung der Chronifizierung vorsehe. Auch die Dauer eines solchen DMP sei schwer zu definieren. „Wäre es nicht sinnvoll, einen Patienten nach einem oder zwei Jahren herauszunehmen, wenn es nicht besser geworden ist?“, fragt er durchaus provokant. Hinzu kommt, dass einige Anwendungen wie beispielsweise Tai-Chi oder Yoga als GKV-Leistung nicht verschrieben werden dürften.

Ärzte würden auch vor die Probe gestellt, wenn Krankenkassen diverse unterschiedliche Programme anbieten. Aus Sicht eines Niedergelassenen wünscht sich Chenot eine Vereinheitlichung. Generell fragt er sich, ob ein DMP die richtige Versorgungsform ist.

Stimmen aus dem Publikum

Dr. Gabriele Lindena schaltet sich in die Diskussion ein: „Ich fand das sehr eindrucksvoll, dass dieses Konstrukt beim G-BA durch die unterschiedlichen Interessen total ausgebremst wird.“ Sie glaubt aber, dass das Projekt PAIN 2020 eine Lücke füllen könnte.

Prof. Michael Hüppe von der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF), schlägt vor: „Es muss mit einer Diagnostik anfangen, die die Vielschichtigkeit des Problems chronischer Rückenschmerz berücksichtigt.“



Prof. Michael Hüppe von der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF)



Dr. Krisztina Berger von der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAGKT)

Dr. Krisztina Berger von der Bundesarbeitsgemeinschaft Künstlerische Therapien (BAGKT) kann nicht verstehen, warum gewisse Leistungen nicht Teil des GKV-Katalogs sind. „Wir wissen sehr wohl, dass Tanz- und Bewegungstherapie anhand evidenzbasierter Studien auch eine starke positive Wirkung auf chronischen Rückenschmerz hat. Wir sind aber überhaupt nicht abgebildet im Versorgungssystem.“

2. Blick nach Europa, Blick nach Amerika

Prof. Michael Schäfer, Councillor der European Pain Federation, blickt zum Abschluss auf die europäische Ebene. „Es gibt natürlich große Unterschiede. Während im Westen eher eine Über- und Fehlversorgung festzustellen ist, ist es im Osten eher eine Unterversorgung“, sagt er einleitend. Als positiv hebt er hervor, dass in der European Core Health Indicator Shortlist 2017 erstmalig muskuloskelettale Schmerzen aufgenommen wurden.



Prof. Michael Schäfer, Councillor der European Pain Federation

Weiterbildung und Lehre machten Fortschritte. „Curricula werden für Ärzte erstellt und neuerdings auch für Physiotherapeuten.“ Aber es gibt auch Anlass zur Sorge, die Opioid-Epidemie drohe aus den Vereinigten Staaten herüberzuschwappen. Laut einer Auswertung von Kassendaten habe sich „von 2000 bis 2010 die Verschreibung von Opioiden in Deutschland etwa vervierfacht, sowohl für Tumorschmerzpatienten als auch für Nichttumorschmerzpatienten – also ein deutlicher Trend der Steigerung“. Wichtig sei deswegen eine leitliniengeführte Therapie.

Das letzte Wort hat der Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, Prof. Martin Schmelz. Auch er schaut nach Übersee – allerdings positiv. „Was wir von den Amerikanern lernen können, ist, dass sie auch trotz der Probleme sagen: Wir fangen an.“

Was nicht gesagt wurde

„Der Heilmittelkatalog ist historisch“

Sie hätte in der politischen Diskussion den Bundestagsabgeordneten gern ein Anliegen mit auf den Weg gegeben. Doch die Wortmeldung von Dagmar Seeger ist im Eifer des Gefechts leider untergegangen. An dieser Stelle möchten wir ihren Äußerungen Raum geben:

Dagmar Seeger möchte auf einen Mismatch aufmerksam machen. In der Expertenrunde werde ein hoher Anspruch dargestellt mit Themen wie multimodaler Therapie und dem Trend zu interdisziplinärer Zusammenarbeit. Die Aktualisierung der Rahmenrichtlinie in 2017 habe Verbesserungen bei den Verordnungsmodalitäten für Ärzte und die Kooperation mit Physiotherapeuten gebracht. Aber für die Behandlung von chronischen Schmerzpatienten stehe ambulant tätigen Physiotherapeuten ein völlig veralteter Heilmittelkatalog zur Verfügung, sagt Seeger: „Die Maßnahmen sind historisch.“ Sie zitiert die Unterwassermassage, hydroelektrische Bäder oder die Bindegewebsmassage. „Das ist dem chronischen Schmerz auf dem Niveau wie wir es therapieren könnten nicht mehr angemessen“, meint Seeger. Ihre Forderung an Politik und Gemeinsamen Bundesausschuss: Heilmittelkatalog auf den neuesten Stand bringen. „Wir, die AHK Curriculum Spezielle Schmerzphysiotherapie (SpSPT) der Deutschen Schmerzgesellschaft, sind gern bereit, Input zu liefern.“



Dagmar Seeger von der AHK Curriculum Spezielle Schmerzphysiotherapie (SpSPT) der Deutschen Schmerzgesellschaft, links daneben: Antje Kapinsky, von der Techniker Krankenkasse

5. Nationales Schmerzforum

Das 5. Nationale Schmerzforum fand am 28. September 2018 in der Zeit von 11 bis 17 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.

8. Aktionstag gegen den Schmerz

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



Also: Machen Sie mit am 4. Juni 2019, dem achten 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 4. Juni 2019 erneut zwischen 9:00 und 18:00 Uhr mehrere Dutzend renommierte Schmerzexperten aus ganz Deutschland für Fragen zur Verfügung.

**Bitte
vormerken:**

6. Nationales Schmerzforum

findet am

8. November 2019

in Berlin statt.

Freitag, 8. November 2019, 10:30 bis 16:30 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