



Schmerz · 25:572–575
DOI 10.1007/s00482-011-1095-3
© Deutsche Gesellschaft zum Studium
des Schmerzes 2011
Published by Springer-Verlag –
all rights reserved

DGSS-Mitteilungen

DGSS-Geschäftsstelle

Beate Schlag, Obere Rheingasse 3, D-56154 Boppard

Tel. 06742/8001-21 Fax 06742/8001-22

info@dgss.org www.dgss.org

Geschäftsführer

Prof. Dr. T. Graf-Baumann

Pressestelle

Meike Driessen, presse@dgss.org

DGSS-Informationen

Über die DGSS · Antrag auf Mitgliedschaft · Infoblatt

(Geschäftsstelle / Organe) · Kontakte (Arbeitskreise / Sonstige)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der vierten Ausgabe von „Gesundheitswesen aktuell“ widmen sich Ursula Marschall und Helmut L'hoest einem Dauerbrenner: der „Opioidtherapie in der Versorgungsrealität“ (Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell. Hrsg.: U. Repschlag, C. Schulte, N. Osterkamp, Seiten 242-268). Mit Hilfe von Routinedaten gelingt ihnen ein spannender Einblick in alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten bei der Opioidverordnung ebenso wie das Verhältnis der Verschreibung beim Tumor- und Nicht-Tumorschmerz.

Für die Auswertung wurden ambulante und Arzneimitteldaten der Jahre 2006 bis 2010 ausgewertet. Um die Schmerzpatienten zu identifizieren, wurde eine Segmentierungsanalyse durchgeführt, die schließlich zu 9 verschiedenen Schmerztypen zusammengeführt wurden.

Aus der Fülle der Daten möchte ich an dieser Stelle nur ein paar Zahlen pointiert herausstellen, dem Interessierten sei die Lektüre dieses aufschlussreichen Beitrags ans Herz gelegt.

■ Patienten mit Nicht-Tumorerkrankungen erhalten im Jahresvergleich zunehmend weniger Verordnungen von Medikamenten der WHO-Stufe II (4,44 Prozent im Jahr 2006; 4,21 Prozent im Jahr 2009), während sich der Anteil der Patienten mit Verordnungen von starken Opioiden der Stufe III von 0,75 im Jahr 2006 auf 1,01 Prozent im Jahr 2009 erhöht. Als Gründe hierfür werden vor allem steigende Verordnungszahlen der Präparate Oxycodon und Hydromorphon genannt, während Morphinpräparate und Fentanyl nur geringe Steigerungszahlen verbuchen.

■ Bei allen Schmerztypen werden mehr Stufe II als Stufe III Me-

dikamente verordnet, nur bei Tumorerkrankungen werden deutlich mehr Stufe III-Medikamente verordnet. Auffällig ist ein relativ hoher Ordnungsanteil bei Kopfschmerzen (Stufe II: 15,9 Prozent; Stufe III: 7,5%) und unspezifischen Rückenschmerz (Stufe II: 13,1 Prozent; Stufe III: 4,8 Prozent).

■ 16 Prozent der BARMER-Versicherten (etwa 1,07 Millionen) wiesen neben einem Schmerztyp eine psychische Komorbidität auf. 320.000 Versicherte mit einer solchen Komorbidität konnten keinem Schmerztyp zugeordnet werden. Von diesen erhielten dennoch 1,3 Prozent Stufe II und 0,4 Prozent Stufe III Medikamente.

■ Für Opioidverordnungen sind den gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2009 Gesamtkosten von über 1,88 Milliarden Euro angefallen. Tagesdosiskosten von 1,20 Euro für Stufe II Medikamente stehen dabei 5,92 Euro für Stufe III gegenüber. Das transdermale Fentanyl stand 2009 mit Abstand an der Spitze der meistverordneten Stufe III Medikamente.

■ Der ICD-Kode F45.41, der eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren kennzeichnet, wurde bei 4 Prozent der BARMER-Versicherten vergeben – überwiegend durch Fachärzte für Anästhesie. 53 Prozent der Anästhesisten verordneten dabei Stufe II, 62 Prozent Stufe III Medikamente.

Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass der ausgeprägte Patientenwunsch nach effektiver Schmerzlinderung die Ärzte oft unter erheblichen Druck setzt: „Unter der Vorstellung, dass starke Schmerzmittel geeignet sind, starke Schmerzen unabhängig von ihrer Grunderkrankung zu lindern, werden vor allem Analgetika der Stufe III auch bei nicht opioid-sensiblen Schmerzen eingesetzt.“ Sie fordern mehr

Versorgungsforschungsprojekte, in denen Primärdaten (z.B. aus KEDOQS – Anm. des Verfassers) mit Sekundärdaten (z.B. Routinedaten von Krankenkassen) kombiniert werden.

Solange diese nicht verfügbar sind, müssen wir weiter mit dem verfügbaren Wissen verantwortungsbewusst umgehen. In den USA hat die Zahl der Patienten, die wegen einer unbeabsichtigten Opioid-Überdosierung verstarben, mit 10.500 die Zahl der Todesfälle durch Kokain- und Heroinüberdosierungen mittlerweile übertroffen (S. Okie: A flood of opioids, a rising tide of deaths. *New England Journal of Medicine* 2010, 363: 1981-1985). Dem gegenüber stehen die Todesfälle durch die Nebenwirkungen der Nicht-Opioid Analgetika.

Das alles macht deutlich, wie wichtig rationale und Verbände-übergreifende Zusammenarbeit ist. Die gemeinsame Stellungnahme von DGS, DGSS und BVSD zur Langzeittherapie nicht-tumorbedingter Schmerzen mit Opioiden ist im letzten Monat erschienen (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=97261>) und wird hoffentlich dazu beitragen, dass einige im „Gesundheitswesen aktuell“ geschilderte Missstände zukünftig weniger häufig vorkommen. Trotzdem reicht die Datenlage noch bei weitem nicht aus und die Forderung von sich Ursula Marschall und Helmut L'hoest nach mehr qualitativ hochwertigen Versorgungsforschungsprojekten ist uneingeschränkt zu unterstützen!

Herzliche Grüße

Ihr

Prof. Dr. med. Wolfgang Koppert

Aus den Arbeitskreisen: Arbeitskreis „Schmerz und Alter“

Der interdisziplinäre Arbeitskreis hat sich in den vergangenen Jahren intensiv mit der Schmerzdiagnostik bei älteren Menschen beschäftigt. Das „Schmerzinterview für geriatrische Patienten“ oder die Beobachtungsskala „Beurteilung von Schmerzen bei Demenz“ (BESD) für nicht-kommunikative Menschen mit Demenz haben sich inzwischen auch im Alltag vieler, die mit älteren Menschen arbeiten, als wertvolle Hilfe zur Erfassung von Schmerzen etabliert. Der Arbeitskreis hat federführend die Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“ organisiert. Die 1. Konsensuskonferenz wurde am 30. Juni 2011 in Witten/Herdecke abgehalten. 35 (!) Gesellschaften haben ihre Mitarbeit bekundet. Es wurden 3 Arbeitsgruppen gebildet (Screening, Schmerzassessment, Verlauf), die ihre Arbeit bereits aufgenommen haben. Der Zeitplan ist auf zwei Jahre ausgelegt.

Die Leitlinienarbeit wurde aus den regelmäßigen, in aller Regel zweimal/Jahr Treffen des Arbeitskreises ausgegliedert. In der Frühjahrssitzung wurde be-

schlossen, sich zukünftig dem Thema „multimodale Schmerztherapie für Ältere“ zu widmen, was sowohl wieder das Thema Diagnostik berührt, aber auch die Therapie einschließt.

Hiermit rufe ich alle Interessierten auf, am nächsten Arbeitskreistreffen am 10. Oktober 2011, 14-17 Uhr, im DRK Schmerzzentrum in Mainz teilzunehmen. Insbesondere sollen sich die angesprochen fühlen, die bereits Programme für Ältere entwickelt und praktische Erfahrung damit haben. Zunächst wird es darum gehen, einen „Ist“-Zustand zu beschreiben.

Ich würde mich freuen, wenn Menschen unterschiedlicher Professionalität in Akut- wie Rehabilitationseinrichtungen und ambulanter und stationärer Versorgung teilnehmen, die sich auf dem Boden wissenschaftlicher Erkenntnisse mit dem vorge schlagenen Thema auseinandersetzen wollen.

PD DR. med. Matthias Schuler
Sprecher des Arbeitskreises
Schmerz und Alter

Aus den Arbeitskreisen: Arbeitskreis „Tumorschmerz“

Der AK Tumorschmerz der DGSS arbeitet an verschiedenen Themen, welche sich mit dem Thema der Tumorschmerzbehandlung beschäftigen. Es geht um die Vertretung von Tumorschmerzpatienten, medizinische, wissenschaftliche und politische Belange.

Der AK Tumorschmerz der DGSS besteht bereits seit dem Jahr 1991 und konstituierte sich 1998 neu. Seit 2005 tritt er zuneh-

mend mit verschiedenen Projekten an die Öffentlichkeit und vertritt somit innerhalb und außerhalb der DGSS seine Anliegen.

Wozu wird ein Arbeitskreis Tumorschmerz in der DGSS benötigt? Schließlich haben wir doch inzwischen eine sehr gut etablierte Gesellschaft für Palliativmedizin in Deutschland! Und auch dort wird ja erfolgreich Schmerztherapie durchgeführt!

Nach Definition der DGP widmet sich die Palliativmedizin unheilbar kranken Menschen mit fortgeschrittenem Leiden unabhängig von der Diagnose. Sie trägt dazu bei, dem Schwerkranken ein lebenswertes Leben zu ermöglichen. ... Somit beschränkt sich die palliativmedizinische Versorgung von Tumorschmerzpatienten auf inkurabile Patienten in einem fortgeschrittenen Stadium und begrenzter Lebenserwartung. Insofern arbeiten Tumorschmerztherapeuten und Palliativmediziner komplementär zusammen, um betroffene Patienten in jeder Phase ihrer Erkrankung zu betreuen.

Unsere Kompetenz

Bei schmerztherapeutischem Handeln sind immer zwei unterschiedliche Ansätze gefragt: Gefordert sind eine Kernkompetenz und eine Querschnittskompetenz.

Kernkompetenz

Zu der Kernkompetenz gehört zweifellos das Wissen über das Wesen von chronischen Schmerzen – auch der Tumorschmerz ist ein ja chronischer Schmerz – und deren erhebliche psychosoziale Implikationen. Hinzu kommen Kenntnisse über die spezielle Ätiologie und Pathophysiologie von Tumorschmerzen. Des Weiteren sehr gute Kenntnisse über die Therapieoptionen mittels Pharmakotherapie und invasiven Verfahren.

Querschnittsfach

Klassisches Querschnittswissen bezieht sich auf Kenntnisse über adjuvante Verfahren aus anderen Fächern. Dieses sind vor allem die Strahlentherapie und die Nuklearmedizin (palliative Bestrahlung und Radionuklidtherapie), die Onkologie (palliative Chemotherapie), die Psychoonkologie, die palliative Chirurgie, sowie komplementäre Verfahren, usw.

Diese Verfahren sollen unter der Prämisse einer optimalen Lebensqualität zur Therapie der Pa-

tienten sinnvoll und stets individualisiert eingesetzt werden.

Mitglieder

Der AK Tumorschmerz setzt sich aus erfahrenen Schmerztherapeuten zusammen, die sich seit vielen Jahren klinisch-praktisch, sowie theoretisch und wissenschaftlich mit der Therapie von Tumorschmerzen beschäftigen. Seit dem Jahr 2005 wird der AK Tumorschmerz als Sprecher von Herrn Dr. med. Stefan Wirz aus Bad Honnef (CURA-Krankenhaus) und von Herrn Dr. med. Michael Schenk als stellv. Sprecher aus Berlin (Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe) vertreten. Der Arbeitskreis ist mit 50 Mitgliedern ein großer Arbeitskreis.

Tumorschmerztherapie und Palliativmedizin

Palliativmedizin und Tumorschmerztherapie können sich gegenseitig ergänzen. Die Tumorschmerztherapie ist ein sehr gewichtiger Teil der Palliativmedizin. Palliativmedizin ist hauptsächlich von Kollegen etabliert worden, die sich zunächst über die Tumorschmerztherapie diesem Thema angenähert hatten. Versucht man eine Abgrenzung oder Aufgabenteilung zwischen Tumorschmerztherapie und Palliativmedizin, könnte diese wie folgt aussehen:

Bei Patienten, deren Tumorerkrankung noch nicht weit fortgeschritten ist und/oder die sich noch in einem guten Allgemeinzustand haben, obliegt die Schmerztherapie zunächst dem allgemeinmedizinischen Hausarzt oder dem Onkologen, ggf. auch anderen Fachärzten. Bei speziellen Therapiesituationen, wie z.B. dem Zustandekommen einer chemotherapieinduzierten Neuropathie, perioperativen Schmerzen oder bei chronischen Schmerzen, sollte der Schmerztherapeut zur Rate gezogen werden. Hier ist eine direkte (durch Behandlung) oder indirekte (z.B. durch Fortbildungen) Hilfestellung durch Schmerztherapeuten

sinnvoll. Die Patienten sind in diesen beiden Fällen noch nicht in palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen eingebunden.

Mit Fortschreiten der Erkrankung ist dann eine palliativmedizinische Behandlung erforderlich und notwendig, entweder ambulant über AAPV, SAPV oder stationär palliativmedizinisch. Hier geschieht die Behandlung dann über die Palliativmediziner, oft mit führenden internistischen Problemen. Diese wiederum bedienen sich bei komplexeren schmerztherapeutischen Problemen der Unterstützung der Schmerztherapeuten.

Ziele und Aufgaben des AK Tumorschmerz

1. Ausbildung von Ärzten in der Tumorschmerztherapie

Wir unterstützen und fördern die Ausbildung von Ärzten in der Tumorschmerztherapie. Tumorschmerztherapie sollte von jedem in der Primärversorgung tätigen Arzt erfolgreich angewendet werden können. Hierbei haben wir insbesondere Kollegen im Auge die sich, im Gegensatz zu beispielsweise Onkologen oder Strahlentherapeuten, nicht hauptamtlich mit Karzinompatienten beschäftigen. Allerdings kommen diese Kollegen immer wieder mit Tumorschmerzpatienten in Kontakt und müssen kompetent behandeln können. Es sind vor allem Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie praktische Ärzte, jedoch auch spezialisierte Fachärzte wie Gynäkologen, HNO-Ärzte, Neurologen, Urologen, usw.

Unser Ziel ist es, gute Grundkenntnisse in der Tumorschmerztherapie zu vermitteln, um die Patienten effizient behandeln zu können.

2. Professionelle kollegiale schmerztherapeutische Beratung

Hilfestellung bei komplizierten schmerztherapeutischen Fragestellungen, zum Beispiel bei „therapierefraktärem neuropathischen Schmerz“. Zielgruppe

hier können auch die Kollegen sein, welche sich wie Onkologen, Palliativmediziner oder Strahlentherapeuten hauptsächlich mit Tumorschmerz beschäftigen.

3. Lobbyarbeit für Tumorschmerzpatienten

Wir möchten gerne auf die besonderen Belange von Tumorschmerzpatienten aufmerksam machen. Tumorschmerzpatienten sind immer noch unterversorgt und haben keine gute Lobby. Ob sie gut versorgt werden, hängt oft von einem Zufall ab. Hierzu ist der AK zum Beispiel die Aktionstage zum Tumorschmerz etabliert, die wir schon mehrfach unter regem Interesse der Öffentlichkeit erfolgreich durchführen konnten.

4. Kontakt, Austausch und Vernetzung mit anderen Fachgesellschaften, welche ebenfalls mit Tumorerkrankungen zu tun haben.

Aktivitäten des Arbeitskreises Tumorschmerz

Bisherige Aktivitäten lassen sich insofern gliedern in die Gestaltung von Fortbildungsmaterialien, wissenschaftliche Arbeit, Mitgestaltung von Fortbildungen und Kongressen, Beratung von konkreten Kollegenanfragen, Beteiligung an Leitlinienarbeiten und Vertretung weiterer Projekte für die Verbesserung der Therapie von Tumorschmerzen.

Fortbildungsaktivitäten

Die „Kurzanleitung Tumorschmerz“ wird auf der Homepage der DGSS regelmäßig von interessierten Kollegen sowohl aus dem ärztlichen als auch pflegerischen Bereich abgerufen. Zum DGSS-Kongress 2011 wird er außerdem in überarbeiteter Form auch als „Print-Medium“ verfügbar sein.

Ebenso frei zugänglich ist der Foliensatz „Curriculum Tumorschmerz“ zum Thema des Tumorschmerzes. Er kann als Grundlage für eigene Fortbil-

dungsaktivitäten genutzt werden und stellt eine Gemeinschaftsarbeit der Mitglieder des AK Tumorschmerz dar. Für die DKG wurde aus dem Arbeitskreis eine Liste regionaler Schmerzexperten zusammengestellt, die Patienten den Zugang zu einer adäquaten Schmerztherapie erleichtert.

Insgesamt vier Bücher in Herausgeberschaft von AK-Mitgliedern zu Themen des Tumorschmerzes und der Symptomkontrolle erschienen seit 2008. Auf Initiative des Arbeitskreises wurde die Anzahl der Poster über Tumorschmerz gesteigert. So wurden auf dem DGSS Kongress 2009 22 Posterbeiträge initiiert. Publikatorisch sind einzelne Mitglieder des AK mit 14 Indexmedicus-gelisteten Publikationen im Jahr 2010 aktiv gewesen.

Bei der Gestaltung des Deutschen Schmerzkongresses der DGSS konnte der Arbeitskreis Tumorschmerz in den vergangenen Jahren Symposia und Praktikerseminare platzieren. Ein besonderer Erfolg war die Besetzung von vier Symposia allein auf dem Deutschen Krebskongress der DKG 2009, bei dem auch andere Fachgesellschaften eingebunden wurden. Die Kooperation mit der DGP erbrachte beim Deutschen Palliativkongress insgesamt drei Beteiligungen von Mitgliedern des Arbeitskreises Tumorschmerz, was begrüßenswert ist.

Der AK ist eingebunden bei der Arbeitsgemeinschaft Palliativmedizin der DKG und dem Arbeitskreis Palliativmedizin der DGAI. Die Ethikcharta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen wurde 2010 veröffentlicht. Bei der Erstellung war der Arbeitskreis aktiv einbezogen. Mitglieder des AK Tumorschmerzes arbeiten mit bei der Leitlinie Tumorschmerz der

DIVS, welche vor der Fertigstellung steht, und der Leitlinie Psychoonkologische Betreuung von Tumorschmerzpatienten.

Weitere Aktivitäten zur Verbesserung der Situation von Tumorschmerzpatienten waren das Einbringen der Schmerztherapie in die Zertifizierungskommission Onkologische Zentren der DKG, die bis dato dazu keinen ausreichenden Bezug nahm, die Kommentierung der Richtlinien der Arzneimittelkommission zu Tumorschmerzen oder Schriftverkehr zur Umsetzung SAPV.

Ein besonders erfolgreiches Projekt mit hohem publikatorischem Effekt ist die Ausrichtung des deutschlandweiten Aktionstages Tumorschmerz. Dabei organisierten Mitglieder des AK bis zu 30 parallel stattfindende Veranstaltungen an einem einzigen Tag. Die beinhalteten Fortbildungen, Telefonaktionen, Symposia, Informationsveranstaltungen und Pressemitteilungen über die aktuelle Situation von Tumorschmerzpatienten.

In unserer Fachgesellschaft spielt die Tumorschmerztherapie eine wichtige Rolle. Wir wollen unsere klinische und wissenschaftliche Kompetenz zum Wohle unserer Patienten noch weiter verbessern. Interessierte Kollegen sind ganz herzlich eingeladen, sich in unserem Arbeitskreis einzubringen. Das nächste Treffen wird im Rahmen des Deutschen Schmerzkongresses in Mannheim stattfinden.

Mit herzlichen Grüßen

Dr. med. Stefan Wirz
Sprecher des AK Tumorschmerz

Dr. med. Michael Schenk
Stellv. Sprecher des AK Tumorschmerz

Aus dem Berufsverband

Neues BVSD-Projekt „Weißbuch Schmerztherapie“

Der BVSD hat sein neues Projekt „Weißbuch Schmerztherapie“ gestartet. Alle Schmerztherapeuten in Deutschland sind aufgerufen, sich an der hierfür notwendigen Online-Umfrage zu beteiligen. Ziel des Projekts ist es, schmerztherapeutisch relevante Basisdaten zu erfassen, um die aktuelle schmerztherapeutische Versorgungssituation in Deutschland ausführlich darstellen zu können. Das „Weißbuch Schmerztherapie“ soll als Grundlage für die weitere berufspolitische Argumentation des Bundesvorstandes und der Landesverbände dienen. Gerade in Hinsicht auf die in der mit dem Versorgungsstrukturgesetz in der Diskussion stehende Regionalisierung der Kompetenzen zur Honorarverhandlung und -verteilung ist eine umfassende und valide Datengrundlage für die berufspolitischen Auseinandersetzungen unerlässlich. Denn der bereits bestehende „Flickenteppich“ in der Honorierung schmerztherapeutischer Leistungen gerät durch die geplante Regionalisierung und die Kompetenzerweiterung für die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen größer statt kleiner zu werden.

Beteiligen Sie sich an der Online-Umfrage! Machen Sie mit!

Die Umfrage mittels eines internetbasierten Fragebogens ist anonym. Link zur BVSD Online-Umfrage: „<https://sites.google.com/site/bvsdumfrage/>“.

Die Beantwortung der Fragen wird ca. 20-30 Minuten in Anspruch nehmen. In einer weiteren BVSD-Umfrage wurden bereits alle Kassenärztlichen Vereinigungen gebeten, strukturelle Fragen zur aktuellen schmerztherapeutische Versorgungssitu-

ation zu beantworten. Die Auswertungen beider BVSD-Umfragen werden im „Weißbuch Schmerztherapie“ zusammengefasst. Der BVSD-Vorstand bedankt sich bereits im Vorfeld für Ihre aktive Beteiligung.

Neuer BVSD-Vorstand

Prof. Dr. Dr. Joachim Nadstawek wurde auf der BVSD-Delegiertenversammlung Ende Mai 2011 in Berlin zum neuen Vorsitzenden des Berufsverbandes der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD) gewählt. Der 62-jährige ist Leiter der Schmerzambulanz an der Bonner Universitätsklinik für Anästhesiologie und seit 2008 Vorstandsmitglied des BVSD. Der bisherige BVSD-Vorsitzende, Dr. Reinhard Thoma, München, hatte nach sechsjähriger Amtszeit aus privaten Gründen nicht mehr für dieses Amt kandidiert. Dipl.-Psych. Anne Willweber-Strumpf, Göttingen, wurde in ihrem Amt als stellvertretende Vorsitzende bestätigt. Dr. Bernhard Arnold, Dachau (Schatzmeister), und Dr. Hubertus Kayser, Bremen (Schriftführer), wurde gleichfalls erneut in den Vorstand gewählt. Als neues Vorstandsmitglied wählte die BVSD-Delegiertenversammlung, Dr. Michael Schenk, Berlin. Komplettiert wird der neue BVSD-Vorstand durch PD Dr. med. Frank Petzke, Göttingen, und Dr. Oliver Emrich, Ludwigshafen, die von den schmerztherapeutischen Fachgesellschaften Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) e.V. bzw. der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie (DGS) e.V. entsandt sind. Auf einer außerordentlichen Versammlung Anfang Oktober 2011 soll ein weiteres Vorstandsmitglied gewählt und damit der BVSD-Vorstand komplettiert werden.

BVSD-Delegiertenversammlung 2011

Im Rahmen des 2. BVSD-Kongress SPAS 2011 und der BVSD-Delegiertenversammlung Ende Mai 2011 in Berlin nutzte der BVSD-Vorstand die Gelegenheit, um auf die schwierige schmerztherapeutische Versorgungssituation öffentlich aufmerksam zu machen. Grund für die sich verschlechternde Versorgungssituation chronischer Schmerzpatienten sind anhaltende Honorarverluste für schmerztherapeutische Leistungen von bis zu 40 Prozent. Wir haben nachdrücklich darauf hingewiesen, dass diese katastrophale Entwicklung das Ergebnis einer verfehlten Honorarpolitik durch die verfasste Selbstverwaltung von Kassen und Ärztervertretung ist. Die Delegiertenversammlung des BVSD forderte die politischen Parteien, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und den GKV-Spitzenverband auf, eine bundeseinheitliche Honorierung zu festen Preisen für die Teilnehmer an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Schmerztherapie-Vereinbarung) umzusetzen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Einhaltung der in der Schmerztherapie-Vereinbarung vorgegebenen Fallzahllimitierung und die Begrenzung der Fallzahlen insgesamt nicht zur existentiellen Gefährdung der Spezialen Schmerztherapeuten führen dürfen. Auch auf die Nachwuchsproblematik von ausgebildeten Schmerztherapeuten haben wir deutlich hingewiesen. In

fünf bis zehn Jahren werden etwa zwei Drittel der heute ambulanten tätigen Schmerzärzte in den Ruhestand gehen.

Über alle weiteren Beschlüsse der BVSD-Delegiertenversammlung v. Mai 2011 können Sie sich über „<http://www.bv-schmerz.de/index.php/kontinuierliche-arbeitsfelder/gesundheitspolitische-vertretung>“ informieren.

3. BVSD-Kongress 2012 in Berlin - SPAS

Bereits heute darf ich Sie herzlich zum 3. Berufspolitischen BVSD-Kongress „SPAS: Schmerz- und Palliativmedizin - Politik - Abrechnung - Strategie“ vom 15.-16. Juni 2012 in Berlin einladen. Wieder erwartet Sie ein attraktives Kongressprogramm mit verschiedenen Diskussionsrunden und Workshops zu berufspolitischen Themen der Schmerz- und Palliativmedizin. Wir werden u.a. ausführlich über die ersten Erfahrungen mit dem ab 1. Januar 2012 geplanten GKV-Versorgungsstrukturgesetz mit Vertretern aus der Bundespolitik, dem Ministerium, der Selbstverwaltung und den Kostenträgern einen kontroversen Dialog führen. Mit Vertretern der Fachverbände, der Bundesärztekammer, der KBV und des Ministeriums wollen wir die Nachwuchsproblematik in der Schmerzmedizin erörtern und Lösungsmöglichkeiten erarbeiten. Als weiteres Thema stehen die Auswirkungen der Volkskrankheit „Schmerz“ auf die Wirtschaft im Focus dieses Kongresses.

Prof. Dr. Dr. Joachim Nadstawek
BVSD-Vorsitzender