



3. Nationales Schmerzforum

Berlin

22. September 2016

Zusammenfassung



Ankündigung

Prof. Dr. Michael Schäfer übergibt turnungsgemäß den Präsidentenstab der Deutschen Schmerzgesellschaft für Amtszeit der Jahre 2017/2018 an Prof. Martin Schmelz.

Qualitätsindikatoren im Fokus

Editorial

Das 3. Nationale Schmerzforum hat im Vergleich zu den letzten Jahren seinen Charakter ein wenig variiert. Wir haben für das diesjährige Forum ein zentrales Querschnittsthema „Qualität & Schmerztherapie“ gewählt und auch mit ein wenig längeren Inputreferaten beleuchtet. Dieses knüpft an die sektoralen Betrachtungen der letzten Jahre sehr gut an. Zudem ist die Frage der Qualitätsorientierung ein wichtiger Aspekt einer verbesserten Schmerzversorgung in Deutschland – und auch gesundheitspolitisch von äusserster Aktualität, beispielsweise in Hinblick auf die Umsetzung des neuen, ab dem 1. Januar 2017 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetzes. Stichwort hier ist eine „qualitätsorientierte Krankenhausplanung“, die zukünftig auch auf Landesebene umgesetzt wird. Zusätzlich ist der Gemeinsame Bundesausschuss aufgefordert, planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu benennen. Zudem wird die Definition, Messung und der Vergleich von Qualität auch für die Vergütung immer wichtiger. Dies geht einher mit gesundheitspolitischen Bemühungen der Stärkung der Patientensouveränität sowie Transparenz für Bürgerinnen und Bürger über geeignete Angebote. In diesem Sinne ist auch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen eingeschaltet, das die Vorarbeit leisten soll für Qualitätsindikatoren. Im ambulanten Bereich gibt es zudem unter anderem auch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ein aktuelles Programm (KBV 2020), das in diesem Kontext Stellung nimmt.

Unser Ziel: Schmerz muss ein wichtiger Indikator der gesundheitlichen Versorgung und Leistungserbringung werden! Wir freuen uns, dass dies auch die 88. Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) erkannt hat. Jetzt muss gehandelt werden, sowohl auf Bundesebene als auch seitens der Länder und Partner des Gesundheitswesens.

Herzliche Grüße, Ihr

Prof. Dr. Michael Schäfer

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

Thomas Isenberg

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft



Thomas Isenberg



Prof. Dr. Michael Schäfer

Themenfeld I:

Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung

Beschluss der 88. Gesundheitsministerkonferenz der Länder

In ihrem einstimmigen Beschluss „Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung“ fordert die GMK die Entwicklung von Qualitätskriterien im Krankenhausbereich, aber auch Reformen in der ambulanten und rehabilitativen Behandlung.

Dr. Sibylle Scriba

Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), Abteilungsleiterin Gesundheit, im Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern

»Das Thema gehört auf die gesundheitspolitische Agenda«

Wir wissen, dass die Versorgung von Schmerzpatienten inadäquat ist, für die Betroffenen gehen damit starke Einbußen in der Lebensqualität einher. Außerdem sind damit gesundheitsökonomisch enorme Folgekosten verbunden. Insofern gehört das

Thema auf die gesundheitspolitische Agenda. Mein Auftrag ist es zu berichten, was die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) bisher gemacht hat. 2015 hat sie einen Beschluss zur Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung gefasst. Dieser hat zwei Ziele: Kerngeschäft der Länder ist es, sich um die Krankenhäuser und die Krankenhausplanung zu kümmern. Insofern ist der Beschluss ein Appell an die Krankenhausträger, dafür zu sorgen, dass eine qualifizierte Versorgung von Schmerzpatienten in der Klinik gewährleistet wird. Beim Übergang in die Nach- und Weiterbehandlung wird ausdrücklich Wert auf das Entlassmanagement gelegt. Der Adressat hierfür ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), den die GMK gebeten hat, für das Akutschmerzmanagement Qualitätskriterien zu entwickeln.



Was hat sich seitdem getan? Zum einen hat uns der G-BA bestätigt, dass er den Entschluss berücksichtigen wird. Zum anderen ist das Krankenhausstrukturgesetz von großer Bedeutung. Es gibt in den Ländern viele Überlegungen, wie man es umsetzen kann und welche Kriterien man heranzieht, die krankhausplanerisch wirksam werden – auch in Bezug auf Schmerzmedizin. In Mecklenburg-Vorpommern überlegen wir etwa, Schmerznetzwerke zu entwickeln und Zentren auszuweisen.

Schmerzversorgung spielt in den Ländern aber auch in anderen Bereichen eine Rolle: beispielsweise in der Onkologie, der Geriatrie und der Palliativmedizin. Stichwort Krebsregister: Die daraus gewonnenen Daten sollen ausgewertet werden. Es soll Transparenz ins Behandlungsgeschehen kommen. Ich glaube, das ist auch eine Chance, um zu verdeutlichen, welche Rolle Schmerztherapie spielt.

Ein ganz anderes Beispiel ist die Geriatrie. Dort haben wir gefordert, dass die geriatrischen Institutsambulanzen mit mehr Kompetenz ausgestattet werden, als es bislang gesetzlich vorgesehen ist, und dass das Therapieverbot fällt. Dies wäre eine Möglichkeit, in den Zentren eine adäquate Schmerztherapie zu beginnen. Als drittes Beispiel ist die Palliativmedizin zu nennen: Im Augenblick wird an der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen gearbeitet, sie wird im Rahmen einer nationalen Strategie weiterentwickelt.

Außerhalb der Krankenhausplanung existieren weitere Felder, die zu beachten sind. Beispielsweise muss es eine evidenzbasierte Gesundheitspolitik geben – dafür sind belastbare Daten nötig. Eine wichtige Forderung ist daher, die Versorgungsforschung zu stärken und damit eine gute Datenlage herzustellen. Ein weiterer Aspekt ist die Aus- und Weiterbildung, auch in den Gesundheitsfachberufen. In der Pflege muss das eine noch größere Rolle spielen. Der dritte Punkt wurde bereits oft erwähnt, aber noch immer ist viel zu wenig passiert; ich spreche von der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und der Kommunikation. Gelingen dort keine Fortschritte, dann nützt das ganze Reden nichts. Wir können uns auch wünschen, dass wir mehr Spezialisten hätten, aber ich weiß, wie schwierig es ist, Spezialisten in ein dünn besiedeltes, randständiges Land zu bekommen. Was wir daher vor allem brauchen, ist eine gute Versorgungskette, die Netzwerkarbeit – das ist das A und O. Wir werden keinen Erfolg haben, wenn wir nicht anfangen, die Versorgung dort zu denken, wo sie erst einmal stattfindet, nämlich bei den Hausärzten. Sie müssen gestärkt und qualifiziert werden. Für mich liegt der Schlüssel zum Erfolg darin, vernünftige Netzwerke



mit Zentren zu schaffen und eine gute Kommunikation herzustellen. Und last but not least ist natürlich auch die Kommunikation mit den Patienten und die Stärkung der Patienten zu nennen.

Dr. Hubert J. Bardenheuer

Vorsitzender des Landesbeirats Schmerzversorgung, Ministerium für Soziales und Integration des Landes Baden-Württemberg

1999 kam es zu einer ersten Initiative in Zusammenarbeit mit dem hiesigen Sozialministerium, Ziel war eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Versorgung möglichst aller Patienten mit chronischen Schmerzen. Vor allem Versorgungsstrukturen standen dabei im Mittelpunkt. Die Mittlerrolle zwischen auf der einen Seite Ärzten, Ärztenverbänden und Kassenvertretern sowie Patientenvertretern auf der anderen übernahm das Ministerium. Auf dem ersten Treffen in Tübingen wurde beschlossen, das Schmerzforum Baden-Württemberg zu gründen. Dieses war unterteilt in verschiedene Arbeitsgruppen, die sich um Forschung und Lehre besonders bemühten, sich aber ebenso für eine überregionale Aufgabentrennung engagierten. Aus der Arbeitsgruppe Schmerz und Ethik entwickelte sich schließlich der Landesbeirat Palliativversorgung. Dieser existiert seit 2009 als separates Gremium.



Der Grund für die Trennung lag in der Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Die wichtige Verbindung zwischen Schmerz, Ethik und Palliativmedizin ist dadurch gewährleistet, dass beide Beiräte in dem Schmerz- und Palliativforum Baden-Württemberg zusammengefasst sind und sich dort jährlich auf Sitzungen austauschen. Die Erkenntnisse aus den Diskussionen des Beirates Schmerzversorgung gehen anschließend in die Ergebnisse der jährlichen Landesgesundheitskonferenz ein. Aktuell haben sie sich auch in dem Landesgesundheitsgesetz von 2015 niedergeschlagen. Als zentrale Aufgaben wurden identifiziert: besser auf die regionalen Strukturen einzugehen und die Zusammenarbeit zwischen ambulant und stationär zu verbessern.

Zum Aufbau des Schmerz- und Palliativforums: Man hat im Land versucht, flächendeckend regionale Schmerzzentren an ausgewiesenen klinischen Einrichtungen zu etablieren. Diese regionalen Schmerzzentren, mittlerweile sind es 15, sind fachlich einem der jeweiligen überregionalen Schmerzzentren zugeordnet, die als universitäre Einrichtungen vorhanden sind. Die Unterschiede zwischen den regionalen Schmerzzentren und den überregionalen liegen darin, dass an den universitären zusätzlich Forschung und Lehre im Bereich der Schmerztherapie forciert wird.

Dr. Kristin Kieselbach

*stellvertretende ärztliche Fachvorsitzende des Landesbeirats Schmerzversorgung,
Ministerium für und Integration des Landes Soziales Baden-Württemberg*

Es gibt inzwischen zwei Schmerzkonzeptionen. Eine wurde im Jahr 2000 etabliert, die zweite ist die aktuelle Fortschreibung. Durch die Schmerzkonzeption 2000 wird in jedem der zertifizierten regionalen und überregionalen Schmerzzentren landesweit nach bindenden Kriterien eine strukturierte und qualitativ hochwertige Behandlung durchgeführt. Das wird über einen etablierten Prozess durchgeführt und mit einer entsprechenden Ausweisung zertifiziert. Neben den Zertifizierungen hat die Strukturentwicklung weitgehende Implikationen: In den vergangenen Jahren ist eine enge Kooperation zwischen den regionalen und überregionalen Schmerzzentren entstanden – man kennt sich mittlerweile. Wir nehmen beispielsweise gemeinsam am Aktionstag gegen den Schmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft und ihrer Partner teil und führen gemeinsame Veranstaltungen, jährliche Symposien sowie Wandertagungen in Baden-Württemberg durch. Das führt zu einer Corporate Identity, die weit über das rein inhaltlich-wissenschaftliche hinaus geht und einen sehr wichtigen Impact für die Zusammenarbeit bietet.



Daneben ist auch eine interprofessionelle Zusammenarbeit im Landesbeirat, in der Physiotherapie, in der Schmerzpsychologie und in der Patientenselbsthilfe entstanden. Wir haben einen gemeinsam gestalteten Patientenratgeber „Schmerz in Baden-Württemberg“ herausgegeben.

Zu den Aufgaben und Herausforderungen, die sich in den nächsten Jahren für die Fortschreibung der Schmerzkonzeption stellen: An erster Stelle steht die Vernetzung mit allen Playern und die Verbesserung der bereits guten Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Bereich. Die regionalen und überregionalen Schmerzzentren müssen jetzt auch verstärkt in den niedergelassenen Bereich hineingehen. Es muss eine vollständige Schmerzversorgungskette sowie eine engere Kooperation informell, aber auch durch vertragliche Absprachen entstehen. Behandlungsalgorithmen müssen etabliert werden, gerade was die Zuweisung angeht. An zweiter Stelle ist die Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung zu nennen. Wir wollen nicht noch mehr Schmerzzentren etablieren, sondern die, die es gibt, bedarfsorientiert weiterentwickeln und eine Regionalisierung der Versorgung erreichen. Und drittens wollen wir die ambulante, multiprofessionelle Therapie in Richtung einer interprofessionell vernetzten ambulanten Versorgung entwickeln.

Themenfeld II:

Qualitätsorientierung in der ambulanten interdisziplinären Versorgung

Die Qualität der ambulanten Medizin zu sichern und weiterzuentwickeln ist eine der zentralen Aufgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Dazu greifen verschiedene Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Förderung eines praxisindividuellen Qualitätsmanagements ineinander.

Dr. Andreas Gassen

Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

»Ich bin unverändert gegen den Facharzt für Schmerzmedizin«



Fast drei Millionen Menschen in Deutschland mit schweren chronischen Schmerzen zeigen, wie wichtig Schmerztherapie als Querschnittsfach in der medizinischen Versorgung ist. Bei der Versorgung dieser Patienten stehen wir vor großen Herausforderungen. Wir Vertragsärzte haben für den ambulanten Bereich seit vielen Jahren eine eigene Qualitätssicherungsvereinbarung, womit wir der steigenden Bedeutung der Schmerztherapie Rechnung tragen. Aber nichts ist so gut, als dass es nicht verbessert werden könnte, und so haben wir mit den Berufsverbänden und den Krankenkassen eine Novellierung dieser Vereinbarung erarbeitet, die zum Oktober in Kraft tritt.

Auch reagieren wir auf die modernen Arbeitszeitmodelle, wie sie jetzt von Ärzten in der ambulanten Versorgung zunehmend gepflegt werden. Zu den Erleichterungen gehört, dass der antragstellende Arzt weniger Patienten und Untersuchungszahlen nachweisen muss. Die Anforderungen an die fachliche Befähigung wurden an die aktuellen Vorgaben der Zusatzweiter-

bildung „Spezielle Schmerztherapie“ angepasst, ferner entfällt auch das bisher obligatorische Eingangskolloquium vor der Schmerztherapiekommission. Voraussetzung ist allerdings, dass die Prüfung zur Erlangung der Anerkennung der Zusatzweiterbildung nicht länger als 48 Monate zurückliegt. Es ist außerdem möglich geworden, die geförderten zwölf Monate Tätigkeit in einer schmerztherapeutischen Ausbildungseinheit halbtags zu absolvieren. Erleichternd ist es aus meiner Einschätzung ebenfalls, dass Einzelpraxen pro Jahr nur noch zehn und nicht mehr zwölf Schmerzkonferenzen durchführen müssen. Insgesamt werden die Praxisbedingungen flexibler. So ist es nun möglich, den Umfang der schmerztherapeutischen Sprechstunde pro Woche jetzt nicht mehr pro Arzt, sondern pro Praxisstandort insgesamt festzulegen. Damit haben wir die Möglichkeit, dass das zunehmende Modell auch mit Dependence-Praxen gelebt werden kann.

Stichwort Bürokratieabbau: Wir haben für die Ärzte, die erstmals eine Genehmigung zur Durchführung von schmerztherapeutischen Leistungen erteilt bekommen haben, eine befristete Dokumentationsprüfung eingeführt. Dabei ist letztlich der Gedanke leitend, dass das eine Unterstützung sein soll, aber häufig eher als Kontrolle empfunden wird. Deshalb ist es entscheidend, dass wir hier Kriterien festlegen, die ermöglichen, wann diese Dokumentationsprüfungen beendet werden können.

Wie wichtig die Schmerztherapie für die ambulante Versorgung ist, zeigt auch die Zahl von Ärzten mit der Zusatzweiterbildung spezielle Schmerztherapie. Sie stieg von 1.350 im Jahr 2006 auf knapp 1.900 im Jahr 2014 – das sind zum Großteil Vertragsärzte. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten ihre Spielräume zur Sonderbedarfszulassung nutzen, auch zur Ermächtigung und zur Nachfolgeregelung – das ist wichtig und das kann man nur regional regeln.

Eines möchte ich aber auch klarstellen: Ich bin unverändert gegen den Facharzt für Schmerzmedizin. 26 Fachgruppen haben wir ohnehin. Es gibt andere Maßnahmen, Schmerztherapie attraktiver zu machen. Eine Möglichkeit ist immer die Vergütung.

Die Überlegung mit dem Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland (BVDS), ein Stufenmodell der Schmerztherapie zu entwickeln, ist ein Schritt in die richtige Richtung. Wir können in der Basisversorgung durch Haus- und Fachärzte nur in einem bestimmten Umfang Schmerzpatienten auffangen, die noch keiner komplexen



Dr. Andreas Gassen. Im Hintergrund Dr. Sibylle Scriba und Prof. Michael Schäfer

II. Qualitätsorientierung in der ambulanten interdisziplinären Versorgung

Behandlung bedürfen, aber dann muss es eine weiterqualifizierte Struktur von Vertragsärzten geben, die befähigt sind, schmerztherapeutische Versorgung darüber hinaus vorzunehmen. Diese zweite Ebene wäre eine schmerztherapeutische Versorgung nach Qualitätssicherungsvereinbarungen. Schließlich brauchen wir Schmerzzentren zur multimodalen Komplexbehandlung. In einer solchen Verbundstruktur ist es notwendig, dass die Professionen enger zusammenarbeiten und ein echtes Schnittstellenmanagement existiert, was immer noch nicht ganz reibungsfrei funktioniert: Wer überweist wann zu wem, wie ist die Nachsorge geregelt? Im Rahmen unseres Konzeptpapiers „KBV 2020“ sehen wir auch die Weiterentwicklungsmöglichkeiten für die Schmerztherapie.

Prof. Dr. Michael Schäfer

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

Drei Monate Schmerz bedeuten bereits chronischer Schmerz, hebt Schäfer hervor. Etwa zwanzig Millionen Menschen seien in Deutschland davon betroffen: vier Millionen, die körperlich und sozial beeinträchtigt seien, und etwa zwei Millionen, die zusätzlich unter einer seelischen Beeinträchtigung litten. „Das schreit danach, dass man ein abgestuftes Modell entwickeln muss – sowohl in Diagnostik als auch in der Therapie“, fordert Schäfer.



Prof. Dr. Michael Schäfer (rechts) neben Dr. Andreas Gassen

Der chronische Schmerzpatient wird zur Zeit auf völlig unterschiedliche Art und Weise therapiert, je nachdem, wo er sei und auf welche Ärzte oder Krankenhäuser er jeweils treffe. „Um eine bessere Vereinheitlichung und einen Mindeststandard an qualitativer schmerzmedizinischer Versorgung zu gewährleisten, haben wir im Verbund mit mehreren Schmerzgesellschaften ein sehr solides Strukturpapier erarbeitet, das eine gewisse Einheitlichkeit herbeiführen soll“, sagt der Präsident. Es existiere eine Nationale Versorgungsleitlinie, die erkläre, wie Patienten stufenweise behandelt werden sollen. Das sei momentan allerdings von den Kassen noch nicht gut umgesetzt. Schäfer weist außerdem auf eine sehr große Heterogenität bezüglich der minimalen Qualitätsanforderungen innerhalb der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen hin. Daher gebe es Arbeitskreise und eine Fachgesellschaft, die an diesen Qualitätskriterien arbeiteten.

Dr. Hubert Schindler

Berater bei S.M.S. Consulting in Frankfurt, ehem. Verband der Ersatzkassen (vdek)

Wenn ein Notstandsgebiet existiert, muss man eine entsprechende Politik entwickeln, wie man den Notstand behebt, fordert Schindler. Er glaubt, dass die Reduktion von Qualifikationen bei Therapeuten nicht mehr als nur eine vorübergehende Notlösung sein kann.



Dr. Andreas Gassen

Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Angesichts der Heterogenität der Patienten sei es entscheidend, dass die Abstufung beim Hausarzt beginnt – bis er im Extremfall in ein stationäres Schmerzzentrum überwiesen werde, sagt Gassen. Er hält eine verbesserte Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor für zwingend notwendig und betont ferner: „Wir müssen auch mit den Dingen arbeiten, die in den einzelnen Regionen vorhanden sind.“ Das sei ein bunter Mix aus Patienten, Krankenhaus-, Spezialisten- und Hausarztstruktur vor Ort. „Wir müssen stark in die Regionalität eintauchen“, so der KBV-Chef. Hierfür eigneten sich vor allem die Berichte der Länder mit Best-Practice-Beispielen, die sich unter Umständen auch an anderen Standorten umsetzen ließen.

Dr. Regine Klinger

Präsidentin Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e.V. (DGPSF)

Vor vielen Jahren entwickelte die DGPSF gemeinsam mit vier weiteren Fachgesellschaften ein „Schmerz-Curriculum“ für Psychotherapeuten. „Was uns dabei fehlt, ist die flächendeckende Anerkennung als Weiterbildung“, sagt Klinger. Sie wünscht sich eine bundesweite Anerkennung. Ferner ist ihr die Vernetzung im ambulanten und stationären Bereich sehr wichtig: „Wir brauchen keinen Facharzt für Schmerz, sondern müssen die vielen Experten, die wir haben, zusammenbringen und die Geschichte des Patienten von allen Seiten beleuchten.“



Themenfeld III:

Handlungsfelder des Gemeinsamen Bundesausschusses im Hinblick auf Qualitätsorientierung

Das Aufgabenspektrum des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bereich der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung wächst kontinuierlich und gewinnt an Bedeutung.

Dr. Regina Klakow-Franck

unparteiisches hauptamtliches Mitglied beim Gemeinsamen Bundesausschuss

Die Qualitätssicherung des G-BA umfasst unterschiedliche Maßnahmen. Erstens die Qualitätssicherung anhand von Indikatoren, die sogenannte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung – dafür hat die Federführung das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG). Zweitens die Festlegung von Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität. Drittens die Festlegung von Mindestanforderungen an das Qualitätsmanagement. Kürzlich wurde die Qualitätsmanagementrichtlinie in eine sektorenübergreifende, gemeinsame Rahmenrichtlinie überführt, die auch Anforderungen an ein Schmerzmanagement stellt. Viertens die Festlegung von Qualitätskontrollmaßnahmen.

Der G-BA kann die Schmerztherapie, insbesondere im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, fördern. Disease-Management-Programme (DMP) sind eine weitere Möglichkeit, die dem G-BA zur Verfügung steht, um speziell auch die Qualität in der Schmerzversorgung zu fördern. Momentan treibt uns vor allem die Frage um, wie man eine sinnvolle Filtermatrix entwickelt, damit Patienten in das Programm geleitet werden und davon profitieren können.

Man könnte etwa eine Mindestanforderung im Sinne einer Strukturqualitätsrichtlinie für stationäres Entlassmanagement ins Auge fassen, die konkretisiert, dass bei Entlassungen der Schmerzpatient einen patientenindividuellen Plan erhält, damit eine



ambulante Anschlussbehandlung gewährleistet ist. Eine andere Möglichkeit: Mit dem Krankenhausstrukturgesetz ist die Erprobung besonderer Qualitätsanforderungen nach Paragraf 110 a SGB V eingeführt worden. Man könnte ein sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement, zum Beispiel mit einer interdisziplinären Fallkonferenz, vereinbaren. Das wären besondere Anforderungen, die man im Rahmen dieser neuen Qualitätsverträge erproben könnte. Ferner plant der G-BA Patientenbefragungen einzuführen, um mehr Transparenz zu schaffen.

Eine grundsätzliche Anmerkung: Der Weg, immer mehr Top-Down-Detailvorgaben in die Welt zu entsenden – das kann kein Weg in die Zukunft sein. Es muss ein intelligenteres politisches Führungskonzept entwickelt werden. Reformbedarf besteht auch beim Medizinstudium: Wenn es so bleibt, wie es jetzt ist – nämlich so wie im 19. Jahrhundert – werden sich die Probleme nicht ändern. Wichtige Stichwörter sind außerdem mehr Interdisziplinarität und Vernetzung.

Instrumente zur Qualitätssicherung

KEDOQ-Schmerz

Mit KEDOQ-Schmerz hat die Deutsche Schmerzgesellschaft eine bundesweite sektorenübergreifende Kerndokumentation und Qualitätssicherung zur schmerztherapeutischen Versorgung begonnen. Schmerztherapeutische Einrichtungen sind zur Teilnahme eingeladen. Softwarehersteller implementieren den Kerndatensatz. „Mit Hilfe dieser Daten aus der Versorgung sollen für Patienten die Chronifizierung von Schmerzen vermieden, die Folgen gelindert und die qualitativ hochwertige Versorgung gestärkt werden“, sagt Dr. Bernhard Nagel vom DRK Schmerz-Zentrum in Mainz. Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat eine Kommission einberufen, die die Details zur Dokumentation und die Funktion von KEDOQ-Schmerz überwacht. Ein Ethikbeirat berät Interessenten. Aktuell gibt es rund 8.500 Patienten, 14.000 Datensätze und eine erste wissenschaftliche Auswertung.

CERTKOM

Bei CERTKOM geht es darum, Qualität in der Akutschmerztherapie und Schmerztherapie in der Klinik festzustellen. CERTKOM hat Qualitätskriterien auf wissenschaftlicher Basis entwickelt und einen

Zertifizierungsprozess auf den Weg gebracht. „Es gibt einen anderen Zertifikator, den TÜV Rheinland, mit dem wir sehr eng zusammenarbeiten“, sagt Prof. Dr. Frank Petzke, Vorsitzender von CERTKOM. Vor allem beim Schmerzmanagement, ist sich Petzke sicher, müssen die Kliniken am meisten verändern.

QUIPS

„Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie“ (QUIPS) ist ein multizentrisches, interdisziplinäres Benchmark-Projekt zur Verbesserung der Akutschmerztherapie in operativen Zentren/Krankenhäusern. Ziel ist die Verbesserung der Ergebnisqualität in der postoperativen Schmerztherapie durch eine standardisierte Erhebung weniger Qualitätsindikatoren, ihre Analyse und Rückmeldung an die beteiligten Kliniken. Ein webbasiertes automatisiertes Feedback ermöglicht internes und externes Benchmarking sowie eine kontinuierliche Verlaufsbeobachtung. „Spannende Ergebnisse dieses Projektes sind zum Beispiel, dass kleine Eingriffe wie die Blinddarmentfernung oder die Mandelentfernung für Patienten oft mit die schmerzhaftesten Eingriffe sind“, erklärt Petzke.

Thomas Bodmer

Vorstandsmitglied DAK-Gesundheit

Patientenbefragungen machen aus Sicht des Kassenvvertreterers nur dann Sinn, wenn man an den Ergebnissen die Behandlungsqualität erkennt. „Die erste Qualitätssicherungsmaßnahme war die Integration des Themas Schmerz in die Approbationsordnung der Ärzte, wo die Schmerztherapie als Prüfungsfach erstmalig aufgenommen worden ist“, erklärt Bodmer. Somit hätten angehende Ärzte eine gute Möglichkeit, sich mit dem Thema intensiv zu beschäftigen.



Dr. Gabriele Lindena

Leiterin des Instituts CLARA Klinische Forschung

Die Befragung von Patienten ist aus Sicht von Lindena zentral für eine gute Schmerztherapie. In der chronischen Therapie gebe es längere Krankheitsverläufe, bei denen überprüft werden müsse, welche Behandlungskonzepte sich bewährt haben – und welche nicht. „Da will ich nicht nur wissen, ob die Schmerzen gelindert sind, sondern ob der Alltag ebenfalls besser geworden ist“, sagt sie.

Dr. Ilona Köster-Steinebach

Patientenvertreterin im G-BA und Referentin Qualität und Transparenz beim Verbraucherzentrale Bundesverband

„Wir sind dankbar für das Krankenhausstrukturgesetz, weil es vieles aufgedeckt hat, das dringend verbesserungswürdig ist“, erklärt Köster-Steinebach. Dringend verbesserungswürdig sei, dass in den bislang etablierten Qualitätssicherungsverfahren keine Indikatoren bzw. keine Erhebung zum Thema Schmerz existiere. Man wisse nicht, ob das Getane Schmerzpatienten produziert hat oder wie gut die Schmerzversorgung während der Therapie ist. „Das liegt auch daran, dass in der Vergangenheit Patientenbefragungen nicht zum Instrumentarium des G-BA gehört haben“, stellt die Patientenvertreterin fest. Aber auch patientenrelevante Inhalte seien noch nicht erfasst.

Köster-Steinebach weist darauf hin, dass man bereits vor einem Jahr festgestellt hat, dass ein Qualitätssicherungsverfahren Akutschmerz benötigt wird. Mittlerweile wurde in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Schmerzgesellschaft und der Patientenvertretung ein G-BA-Antragsentwurf zur Beschlussfassung der Entwicklung eines solchen Verfahrens „Akutschmerzmanagement“ erstellt. Dieses wird zu einem passenden Zeitpunkt lanciert werden, verrät die Patientenvertreterin und dann offizieller Verhandlungs- und Abstimmungspunkt im G-BA



Themenfeld IV:

Die Aufgaben des IQTIG bei der Qualitätsorientierung des Gesundheitswesens

Das Krankenhausstrukturgesetz führt eine Vielfalt neuer Qualitätssicherungsinstrumente ein. Mit der fachlichen Entwicklung ist auch das IQTIG betraut. Was sind dessen Aufgaben? Welche Instrumente bestehen? Der IQTIG-Chef gibt Antworten.

Dr. Christof Veit

Leiter des IQTIG

»Keinen eigenen Planeten Schmerztherapie aufmachen«

Zur Vision des Instituts: Wir sind Dienstleister für diejenigen, die Patientenversorgung durchführen und sie verbessern wollen. Die meisten der IQTIG-Verfahren beruhen auf Aktivitäten, die regional entstanden sind und bei denen sich Patientenvertreter, Ärzte, Pflegekräfte und auch andere Berufsgruppen zusammengetan haben mit einem Ziel: An diesem Problem sollte man arbeiten.

Bei der externen Qualitätssicherung gibt es bisher noch keinen einzigen Indikator zur Schmerztherapie. Das ist ein schmerzliches Manko. Allerdings verfügt das IQTIG über ein reichhaltiges Instrumentarium, mit dem man sich solchen Themen nähern kann: Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität, Vergleiche, Qualitätsverträge – was auch immer das Krankenhausstrukturgesetz vorsieht.

Die Versorgung sollte nicht mehr aus der Sicht der einzelnen Berufsgruppen gedacht werden. Ein Perspektivwechsel ist notwendig, um die Versorgung aus der Patientensicht abzubilden. Das bedeutet, wir müssen die gesamte Philosophie unserer Herangehensweise, wie wir Versorgung beschreiben, ändern. Ansonsten fallen viele Querschnittsthemen wie die Arzneimitteltherapiesicherheit oder Schmerztherapie durch das Raster. Wir wollen nicht einen eigenen Planeten



IV. Die Aufgaben des IQTIG bei der Qualitätsorientierung

Schmerztherapie aufmachen, sondern die Qualität der Versorgung verbessern. Dafür muss interdisziplinär gearbeitet und müssen Qualitätsaspekte definiert werden, welche die verschiedenen Disziplinen miteinander verbinden.

Eine wichtige Frage ist: Welche Strukturmerkmale muss ein Zentrum vorweisen, um bestimmte Patienten zu versorgen. Ich würde Prozessindikatoren definieren und an diesen anschließend die Ergebnisse ableiten. Es besteht aber auch immer die Gefahr, dass man zu sehr reguliert und deswegen innovative Modelle vor Ort tot macht. Es existieren auch Konstellationen, die auf andere Weise das Ziel erreichen können. Ich möchte gerne, dass die Patienten als Erfahrung mitbekommen, dass ihnen geholfen wird.

Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer

Vorsitzender des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung (DNFV)



Neugebauer kritisiert den Qualitätsbericht, der kürzlich vom IQTIG herausgegeben wurde. Zwei zentrale Themen seien revisionsbedürftig. Der Bericht wähle Leistungsbereiche aus, wie etwa die Herzchirurgie oder die Frauenheilkunde mit den Schwerpunkten Brustkrebs und Perinatalogie, die für die aktuellen Probleme der Krankenhausplanung, beispielsweise für kleine Häuser in Ballungszentren, kaum eine Rolle spielten. „Ein zweiter wichtiger Punkt: Der Vorbericht basiert auf dem Konzept der sogenannten Patientengefährdung“, sagt Neugebauer. Das impliziere Schuldzuweisungen sowie Sanktionen und widerspreche dem modernen Fehlerverständnis. „Aus unserer Sicht wird ein Stück weit die positive Entwicklung der letzten Jahre, die sich beim Thema Patientensicherheit entwickelt hat, konterkariert“, moniert er.

Prof. Dr. Niels Rahe-Meyer

*Chefarzt am Franziskus Hospital Bielefeld,
Qualitätskliniken.de*

Struktur ist in der Schmerztherapie wichtig, aber auch sehr hinderlich, meint Rahe-Meyer. „Mein Ziel wäre, dass wir auf der Patientenebene und auf der Ergebnisebene zu interdisziplinären Definitionen von bestimmten Diagnosen und Versorgungen kommen“, sagt er. Über den „Qualitätsindikator Schmerz“, der ergebnisorientiert sein sollte, könnten sich Schmerztherapeuten am Gesamtprozess und an den Diskussionen interdisziplinär beteiligen.



Themenfeld V:

Gesundheitspolitische Überlegungen der Bundespolitik

Der Bundesgesetzgeber hat in der aktuellen Legislaturperiode mehrere Weichen für eine bessere Versorgung gestellt. Stichpunkte ergeben sich aus dem Koalitionsvertrag, beispielsweise in Hinblick auf DMP, Zweitmeinungen und Krankenhausvergütungssystematik. Wie sieht es mit der Umsetzung aus?

Maria Klein-Schmeink

Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen

In den sieben Jahren, seit sie das Thema begleite, habe es nach und nach kleine Fortschritte gegeben: sowohl innerhalb der Ärzteschaft, als auch bezüglich der allmählichen Erkenntnis, dass es einer strukturierten Behandlung in diesen Bereichen bedarf, sagt Klein-Schmeink. Außerdem sei inzwischen klar, dass die Addition von Einzel-Diagnosen und Einzel-Therapien nicht ausreicht. „Wir müssen uns der besonderen Lage betroffener Patienten annehmen“, betont sie. Es sei klar, dass das nur mit mehreren Profession zusammen geht. Aber dafür die passenden Instrumente zu finden, sei eine ganz andere Baustelle.



Helga Kühn-Mengel

SPD-Fraktion im Bundestag

Die Schmerztherapie habe heute einen höheren Stellenwert, betont Kühn-Mengel. Sie habe vor Jahren noch Schmerzkongresse besucht, auf denen Patienten schilderten, dass sie seit 16 Jahren Ibuprofen bekämen und sonst kaum etwas. Es habe bereits viel Entwicklung stattgefunden. „Aber zu Recht fordern die Patienten noch immer mehr Qualität und eine stärkere Beteiligung ein“, sagt sie. Bei den starken sektoralen Gefügen fänden Informations-, Qualitäts- und Versorgungseinbrüche statt; das müsse sich verbessern. „Wir brauchen Konzepte, transparente Strukturen, Leitlinien und eine gute Kooperation aller Beteiligten. Von einer wirklich integrierten Versorgung sind wir noch entfernt“, so die Bundestagsabgeordnete weiter.



Birgit Wöllert

Bundestagsfraktion Die Linke

Sie beschäftigt unter anderem auch die Frage der Evidenz, sagt Wöllert. „Da muss ich jetzt ehrlich sagen: Die Patienten sind nicht dafür verantwortlich, dass untersucht wird, was evidenzbasiert ist“, unterstreicht sie. Das müssten die Fachleute schon selbst priorisieren und in Auftrag geben. „Ich denke, da ist es in vielen Bereichen der Schmerzmedizin höchste Zeit, endlich weiterzukommen“, so Wöllert weiter.



Ute Repschläger

Vorsitzende des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e.V.

„Ich würde beim Thema Fachkräftemangel den Fokus auf die nichtärztlichen Fachberufe legen“, empfiehlt Repschläger. Es gebe einen großen Fachkräftemangel, dem man mit der Aufwertung des Berufsstandes entgegenwirken könnte. Die Akademisierung sei wichtig: „Wir hatten erhofft, dass die Modellstudiengänge in die Regelversorgung kommen.“ Allerdings wolle die Bundesregierung sie noch einmal zehn Jahre als Modell fortschreiben, „ohne neue Argumente“, kritisiert sie. Die Verbandsvorsitzende hält auch die Einbindung von nicht-ärztlichen Berufen in die Telematikinfrastruktur für sehr wichtig. Als weiteren Punkt nennt sie das Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz. Die Länder haben auf der Gesundheitsministerkonferenz beschlossen, dass Modellversuche mit einem Direktzugang von Patienten zu nicht-ärztlichen Therapeuten durchgeführt werden sollen. Das sieht der Gesetzesentwurf im Moment aber noch nicht vor. „Wenn man international schaut, spart man aber nur Geld und arbeitet effektiv, wenn der Direktzugang ermöglicht wird.“



Heike Norda

Präsidentin von SchmerzLOS

„Wir haben als Schmerzpatienten das Problem, dass es zu wenig Schmerztherapeuten gibt“, sagt sie. Es lebten mindestens zwei Millionen hochgradig chronifizierte Schmerzpatienten in Deutschland und für diese Gruppe müsse es möglich sein, innerhalb von vier Wochen einen Termin bei einem Arzt zu bekommen. In Schleswig-Holstein gebe es Wartezeiten von bis zu einem Jahr. „Was soll ein Hausarzt tun, der weiß, dass die Chronifizierung nach drei Monaten beginnt? Er behandelt einen Patienten zwei Monate lang. Er überweist ihn zum Schmerztherapeuten, der Patient wählt sich die Finger wund, ruft bei mehreren Therapeuten an und erfährt, dass der früheste Termin in sechs oder neun Monaten ist. Das ist unerträglich.“ Norda betont, dass vie-



le Schmerzpatienten auch eine ambulante Psychotherapie brauchen. „Auch hier sind die Wartezeiten teilweise unterirdisch.“ Die SchmerzLOS-Präsidentin weiter: „Ich warte darauf, dass die Politiker endlich auf diesen Hilferuf von uns reagieren. Wir schreiben uns die Finger wund, aber nichts passiert, jedenfalls nichts Gravierendes.“

Lucia Gnant

Präsidentin der Migräneliga

„Wir haben die Situation, dass wir mehrere Gesundheitsreformen überlebt haben. Ich sage bewusst überlebt, sagt Gnant. Denn es habe sich für den Kranken mit den Reformen nichts geändert. Es werde immer die Verwaltung reformiert. Nach jeder Reform sei noch mehr Verwaltung entstanden. Für die Patienten habe sich nichts verbessert und für die Ärzte habe sich zunehmend etwas verschlechtert.“



Dr. Andreas Meusch

Direktor des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse

Es sei schwierig für die Psychotherapie, Plätze zu bekommen. Sie habe aber eine wichtige Rolle in der Schmerztherapie. Dort bestehe Handlungsbedarf. „Wir haben extreme Schwierigkeiten damit, die schweren Fälle zu versorgen“, sagt Meusch. Stichwort Innovationsfonds: Als wissenschaftliches Institut der TK hätten sie darüber nachgedacht, ein Projekt für die Versorgungsforschung einzureichen. Sie hätten es aber aus zwei Gründen nicht gemacht: „Zum einen geben unsere Abrechnungsdaten relativ wenig für Forschungszwecke her. Zum anderen machen wir das nicht als TK alleine, wir suchen uns immer Partner. Deswegen auf diesem Wege auch die Einladung: Wer auf uns zukommt, kann sicherlich das Thema Schmerz angehen“, betont Meusch.



Dr. Fritjof Bock

Vorstand Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST)

„Wir haben das Problem, dass wir in der Menge begrenzt sind; wir dürfen nur 300 Fälle pro Quartal behandeln, auch wenn wir mehr könnten“, erläutert Bock, selbst Schmerztherapeut. Das sei eine Einschränkung. Die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten aus seiner Sicht zwar diese Zahl erhöhen, dann könnten aber Finanzierungsprobleme entstehen. Des Weiteren sieht Bock in den Termin-Servicestellen ein Problem: „Vom Start an habe ich über die Termin-Servicestellen genau null Patienten übermittelt bekommen. Das funktioniert überhaupt nicht.“



Themenfeld VI:

**Qualitätsindikatoren und Schmerzmessung
in den Niederlanden**

Die Niederlande sind bereits sehr weit bei der Implementierung von Qualitätsindikatoren. Wie auch in Deutschland Qualitätsindikatoren und Qualitätsvorgaben im Akutschmerzbereich und in der multimodalen Schmerztherapie aussehen könnten, ist ein heißes Diskussionsthema unter den Teilnehmern

Dr. Monique Steegers

Radboud University Medical Center

»Die Standardisierung von Messverfahren ist wegweisend«

Für eine retrospektive Studie zu unerwünschten Ereignissen in niederländischen Krankenhäusern wurden ausgebildete Krankenschwestern und Ärzte befragt sowie 8.000 Patienteneinweisungen untersucht. Zwischen 1.500 bis 2.000 potenziell vermeidbare Todesfälle hat man für das Jahr 2004 festgestellt. Aufgrund dieses Ergebnisses wurden in den Niederlanden verpflichtend Qualitätsindikatoren eingeführt – einer von ihnen war Schmerz.

Außerdem haben sich alle niederländischen Kliniken verpflichtet, das nationale Patientensicherheitsprogramm umzusetzen, 2008 wurde ein Fünfjahresprogramm eingeführt. Mithilfe von Leitlinien und Interventionen für zehn klinische Themen sowie durch die Implementierung eines Sicherheitsmanagementsystems sollen potenziell vermeidbare unerwünschte Ereignisse bei stationären Patienten über einen Zeitraum von fünf Jahren reduziert werden. Ein zentrales Thema ist hierbei Schmerz, was durch zwei Qualitätsindikatoren abgebildet wird: Zum einen ein Prozessindikator – die Anzahl der standardisierten Schmerz-Score-Messungen bei postoperativen Patienten. Zum anderen ein Ergebnisindikator, dabei wird der Prozentsatz der Patienten mit einem Schmerzwert über sieben in den ersten 72 Stunden nach der Operation angegeben. Als Problem stellte sich jedoch heraus, dass der Schmerz uneinheitlich und unzureichend gemessen wurde: Bei 12 Prozent der postoperativen



Patienten wurden Schmerzen dreimal täglich gemessen, bei 53 Prozent mehr als einmal am Tag. Die Frage lautet daher: Wie standardisiert messen wir? Die Anweisung aus der Literatur ist eindeutig: Null ist kein Schmerz, zehn ist die schwerste Form des Schmerzes. Allerdings „schulen“ einige Kliniken ihre Patienten regelrecht bei der Eigenbewertung. Ein weiteres Problem ist, zu welchem Zeitpunkt nach der Operation der Schmerz gemessen wird. Misst man ihn einen Tag oder zwei Tage nach der Operation, wird er niedriger sein.

Am Radboud University Medical Center waren diese unterschiedlichen Vorgehensweisen Anlass, um 2007 eine Standardmessung von Schmerzen einzuführen: Wir messen den Schmerz-Score in Ruhe und in Bewegung. Wir fragen den Patienten, ob er den Schmerz annehmbar findet, und wir fragen auch die Krankenschwester, ob sie anhand der Atmung, Husten und Bewegung des Patienten beurteilen könne, ob dieser Schmerzen hat. Die Standardisierung von Messverfahren ist wegweisend. Die Messung ist wiederum wichtig, um die Qualität in der Schmerztherapie zu verbessern. Und ebenso sind Qualitätsindikatoren wichtig, um die Schmerzversorgung zu verbessern.



Dr. Joachim Erlenwein

Universitätsmedizin Göttingen

Im Bereich der innerklinischen, spezialisierten Schmerzversorgung seien die Strukturen in Krankenhäusern sehr unterschiedlich: „Wir haben in 80 Prozent der Krankenhäuser einen formalen Akutschmerzdienst, der allerdings in über 90 Prozent auf eine reine Katheterversorgung ausgerichtet ist. Das hilft den Patienten nicht“, sagt Erlenwein. Es existierten bisher keine innerklinischen Therapiekonzepte. Eine spezialisierte Physiotherapie und eine psychologische Mitbetreuung der Schmerzpatienten seien aber Voraussetzung für eine adäquate Versorgung. „Rein medikamentös können wir oft nichts machen“, sagt der Mediziner. Er kritisiert, dass das Interesse an Schmerz deutlich geringer ausgeprägt sei als an anderen Erkrankungen. Allerdings gebe es auch positive Entwicklungen: „In den letzten zwei Jahren haben wir für QUIPS ein Modul für die konservativen Versorgungsbereiche entwickelt.“ Aktuell sei dieses in der Endphase der Validierung, sodass es bald im Rahmen von QUIPS (*siehe Infokasten auf Seite 13*) als Qualitätssicherungs- und Benchmarking-Instrument auf den Markt kommen könne. „So hätte auch der konservative Bereich ein Tool zur Verfügung, um die Qualität des Schmerzmanagements darstellen zu können.“



Dr. Nadja Nestler

Koordinatorin Zertifizierungsverfahren bei CERTKOM e.V.



„Wir brauchen dringend Strukturkriterien – gerade auch in der Akutschmerztherapie“, fordert Nestler. Mitarbeiterbefragungen hätten gezeigt, dass solche Strukturen wichtig sind, nur dann könne ein systematisches Schmerzmanagement berufsgruppenübergreifend gelingen. Mitarbeiter benötigten die Sicherheit, in welchem Handlungsrahmen sie sich bewegen können. Dabei gehe es auch um die Umsetzung nationaler Expertenstandards und Fachleitlinien. Ferner sei es wichtig, das Schmerzmanagement bei Menschen, die nicht mehr in der Lage sind, sich aktiv verbal zu äußern, zu evaluieren. „Wir haben immer mehr Patienten, die nicht mehr kognitiv in der Lage sind, sich uns mitzuteilen“, sagt Nestler.

Dr. Wolfram Seidel

Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin e.V. (DGMM)

Mittlerweile gebe es 30 Kliniken, die standardisierte Bewegungskonzepte für Schmerzpatienten aufgebaut haben. Wichtig sei, dass Schmerzmediziner das Fachgebiet Orthopädie/konservative Therapie nicht außer Acht lassen und sich konkret um die Struktur, Funktion, psychosoziale und neurophysiologische Vorgänge bei Schmerzkranken kümmern, appelliert Seidel.



Prof. Dr. Thomas Fischer

Sprecher AK Alter und Schmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.



Neben den Erfahrungen der Ärzte und Psychotherapeuten sollten auch die von Pflegenden und anderen Heilberufen in die Definition von Strukturqualität einfließen, fordert Fischer. Der Pflegebereich in Krankenhäusern habe bereits Vorgaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im allgemeinen und chronischen Schmerzmanagement entwickelt, etwa mit wissenschaftlichen Leitlinien oder aber Expertenstandards im Rahmen des Deutschen Netzwerk Qualität in der Pflege (DNQP).

Prof. Dr. Wolfgang Koppert

Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)

Strukturprozesse und Ergebnisqualität sollten Hand in Hand gehen, findet Koppert. „Als Chef einer Anästhesieklinik kämpfe ich immer um Ressourcen, um Schmerztherapie durchführen zu können“, beklagt er. Bevor man sich mit Ergebnis- oder Prozessqualität beschäftigt, ist es aus seiner Sicht hilfreicher, sich um die Strukturqualität zu kümmern – „damit wir einfach arbeiten können“.



Prof. Dr. Erika Sirsch

Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft

Sirsch legt den Fokus bei der Schmerztherapie auf die Pflegenden. Einer Umfrage zufolge wissen beispielsweise Pfleger auf internistischen Abteilungen über die Komorbiditäten der Patienten, die sie versorgen, „überhaupt nichts“. „Das wissen die aber nicht, weil sie nicht klug sind, sondern weil wir inzwischen eine höhere Anzahl von Medizinern als von Pflegenden in den Bereichen haben“, erklärt Sirsch. Es fehle immer mehr an der Zeit für den einzelnen Patienten. Dabei sei es gerade am Anfang wichtig zu handeln, um eine Chronifizierung zu vermeiden. „Was wir immer versuchen ist, ein per definitionem subjektives Phänomen zu quantifizieren und zu objektivieren“, kritisiert er. Gerade bei chronischem Schmerz sei die Schmerzintensität ein Parameter, über den man nicht diskutieren müsse.



Dr. Stefan Wirz

AK Tumorschmerz Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Wirz thematisiert den chronifizierten Tumorschmerzpatienten, der sich im kurativen Stadium befindet, aber als Schmerzpatient nicht erkannt wird. Seine Frage lautet: „Wie schaffen wir es, die Ergebnisqualität messbar zu verbessern, wenn wir diese Patienten gar nicht erst erreichen können?“ Das sei ein großes Problem, für das der AK Tumorschmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft auch noch keine Lösung gefunden habe.



Themenfeld VII:

Multimodale Schmerztherapie im Fokus

In einer multimodalen Schmerzbehandlung arbeiten viele Behandler unter ärztlicher Leitung intensiv zusammen. Ob das hierzulande bereits klappt oder nicht, erklärt eine Schmerzmedizinerin.

Dr. Ulrike Kaiser

Schmerztagesklinik/Universitätsschmerzzentrum Dresden

»Bahnbrechende Empfehlungen, aber auch Trittbrettfahrer«

Wir haben zwar keine Leitlinie für die multimodale Schmerztherapie, aber wir haben bahnbrechende Empfehlungen. Im Rahmen von Fallkonferenzen sollen Behandler zu einer gemeinsamen Therapie kommen – genau das ist der Kern der bahnbrechenden deutschen Definition von multimodaler Schmerztherapie. Dabei handelt es sich um die erste Definition weltweit.

Es gibt belastbare Daten, die zeigen, dass die multimodale Schmerztherapie tatsächlich angewendet wird. Wir haben aber leider auch Trittbrettfahrer, die multimodal abrechnen, obwohl sie nach unserer Definition nicht multimodal behandeln. Nachprüfbar Kriterien für eine qualitativ hochwertige multimodale Schmerztherapie zu entwickeln, ist daher die große Herausforderung. Dabei stütze ich meine Hoffnungen auch auf den Innovationsfonds, schließlich setzt die multimodale Schmerztherapie gerade bei chronifizierungsgefährdeten Patienten sektorenübergreifende Strukturen voraus. Zuweiser müssen gut geschult werden, um Schmerzpatienten bereits in den ersten sechs Wochen herauszufiltern und den geeigneten Strukturen zuzuweisen. Diesen Prozess haben wir versucht, im Rahmen des Innovationsfonds als Antrag einzureichen.



Wir dürfen aber auch nicht die methodische Ebene vernachlässigen. Gerade bei den Schmerzpatienten besteht die große Herausforderung darin, dass sie in der Regel akut anfangen. Diese Patienten haben Therapieziele, die sich allerdings im Laufe der Zeit verändern, wenn der Schmerz nicht gelindert wird. Das bilden wir nicht ab, mir fehlt die Perspektive der Patienten – was sie von einer gelungenen Therapie im akuten oder im chronischen Stadium erwarten. Es ist daher endlich an der Zeit, die Betroffenen bei der Qualitätsdiskussion und bei der Entwicklung von Instrumentarien noch stärker miteinzubeziehen.

Dr. Ursula Marschall

Abteilungsleiterin Medizin und Versorgungsforschung bei der Barmer GEK

Qualitätsindikatoren sind für eine differenzierte Versorgung dringend erforderlich, findet Marschall. „Wir haben allerdings nicht nur eine sektorenetrennte Versorgung zwischen ambulant und stationär, dasselbe haben wir auch bei den Kostenträgern.“ Unter den Patienten etwa, die am Anfang der Chronifizierung stehen, seien unter Umständen einige, bei denen der Rentenversicherungsträger die Maßnahme mit einer Rehabilitation begleiten könne. „Wir brauchen stärkere Strukturkriterien, damit wir die Patienten besser identifizieren können“, verlangt Marschall. Sie unterstreicht außerdem: Der Patient, der am Anfang der Chronifizierung stehe, benötige das hochintensive multimodale stationäre Behandlungsprogramm nicht, „er braucht gegebenenfalls eine Edukation“. Hierfür sei ein strukturiertes Assessment nötig, um herauszufinden, welcher Patient wohin gehört – „und das Ganze in einem Erlössystem, das die entsprechenden Aufwände differenziert darstellt“.



Prof. Dr. Hans-Raimund Casser

Ärztlicher Direktor am DRK Schmerz-Zentrum Mainz (SZM)

Aus Cassers Sicht kann ein chronifizierter Schmerzpatient nicht innerhalb von zehn Tagen behandelt werden. „Das ist für uns Anlass gewesen, in der Arbeitsgruppe für multimodale Schmerztherapie diese Kriterien noch mal zu schärfen.“ Casser kritisiert insbesondere die vielen Ablehnungen von multimodaler Schmerztherapie durch den Medizinischen Dienst der



Krankenkassen (MDK). „Multimodale Schmerztherapie macht in der Krankenversorgung im stationären Bereich 0,4 Prozent der Versorgung aus. Aber die Prüfquote liegt bei 40 Prozent“, moniert er. In 90 Prozent der MDK-Gutachten sei die Kritik nicht nachvollziehbar. Tatsächlich müssen Casser zufolge nicht alle Patienten stationär oder teil-stationär behandelt werden, dafür seien aber ambulante Strukturen für eine interdisziplinäre multimodale Therapie zu schaffen.

Dr. Stefan Etgeton

Senior-Experte Gesundheit der Bertelsmann-Stiftung

Eine stärkere Spezialisierung und Zentralisierung von Aufgaben und der Versorgung von Schmerzpatienten fordert Etgeton. Man könne mit weniger Krankenhäusern und mit weniger Fachabteilungen und durch konzentrierte Angebote eine höhere Qualität erreichen. „Dann kann man Patienten auf zertifizierte Zentren aufmerksam machen“, sagt er. Hierfür müsse ein fundiertes Zertifizierungsverfahren geschaffen werden.



Ralf Schesser

Teamleitung am Interdisziplinären Schmerzzentrum/Im&I Fachklinik Enzensberg

Schesser weist darauf hin, dass die Versorgung multimodaler Patienten in stationären Programmen immer mehr qualitativ und inhaltlich beschrieben wird. „Wir waren an der Entwicklung eines Curriculums für Schmerzphysiotherapeuten, spezielle Schmerzphysiotherapie, beteiligt, um diese Programme qualitativ gut zu bestücken.“ Auch werde die Aus- und Weiterbildung vorangetrieben. Im ambulanten Bereich haben laut Schesser niedergelassene Schmerztherapeuten aufgrund ihrer Budgetierung und ihrer Verordnungslimitationen nicht die Möglichkeit, spezielle Schmerzphysiotherapie zu verordnen. Allerdings sei auch nicht bei jedem Schmerzpatienten das komplette Behandlungsprogramm erforderlich. Gelegentlich sei es auch ausreichend, wenn eine abgestufte Versorgung nur durch den Psychologen oder den Physiotherapeuten stattfindet.



Förderung für nationale Feldtestungen

Schlusswort

Die IASP hat gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) einen Vorschlag zur Klassifikation chronischer Schmerzen erarbeitet. Er befasst sich auch mit der Klassifikation der Funktionsstörungen ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Für die Veröffentlichung ist das Institute of Social and Preventive Medicine (ISPM) zuständig. Diese Vereinigung ist bereits sehr weit damit, die Funktionseinschränkungen zu definieren. Sie haben hohe Ansprüche an psychometrische Eigenschaften, sind aber auch ein bisschen verspielt. Insgesamt existieren viele verschiedene Funktionen, die gemessen werden können. Mittlerweile sind die für Schmerzpatienten relevanten Funktionsbeeinträchtigungen – sei es Schlaf oder kognitive Beeinträchtigungen im Alltag, zu Hause und im Beruf – in der Klassifikation gelistet. Wie es weiter geht: Wahrscheinlich wird Ende 2016 die „Arbeitsgruppe ICD 11“ eingerichtet (ICD – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).



Im Gespräch ist auch eine Förderung für nationale Feldtestungen. Wenn man es schafft, sich daran hierzulande zu beteiligen, könnte man ein eigenes Produkt kreieren, mit dem sich gut arbeiten lässt.

Zur multimodalen Schmerztherapie: International gibt es noch keinen Konsens, welche Elemente wie kombiniert werden müssen, um eine multimodale Schmerztherapie zu garantieren. Fest steht lediglich, dass die Physiotherapie eine sehr große Rolle spielt.

Die Frage, ob man Schmerz objektiv messen kann, ist dumm. Bereits seit Jahren existieren Patient-Reported Outcomes (PRO). Das sind Messgrößen, die auf Patienteneinschätzungen basieren. Dazu gehören psychosoziale Konstrukte wie Lebensqualität, Patientenpräferenzen, Patientenzufriedenheit oder wahrgenommene Krankheitssymptome. Das war lange Zeit ein Problem für uns. Aber in Zukunft bekommen diejenigen Probleme, die keine PRO haben.

Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede

Präsident der International Association for the Study of Pain (IASP)

Impressionen vom 3. Nationalen Schmerzforum





3. Nationales Schmerzforum

Das 3. Nationale Schmerzforum fand am 22. September 2016 in der Zeit von 11-17 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.), Mjügan Tan

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

Fotos: Andreas Schoelzel, 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.

6. Aktionstag

gegen den Schmerz

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



Also: Machen Sie mit am 6. Juni 2017, dem sechsten bundesweiten »Aktionstag gegen den Schmerz«. Wir knüpfen damit an den großen Erfolg der ersten fünf 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 6. Juni 2017 erneut zwischen 9:00 und 18:00 Uhr mehrere Dutzend renommierte Schmerzexperten aus ganz Deutschland für Fragen zur Verfügung.

**Bitte
vormerken:**

Das

4. Nationale Schmerzforum

findet am

15. September 2017

in Berlin statt.

Donnerstag, 15. September 2017, 10:30-16:30 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