



# 2. Nationales Schmerzforum

**Berlin**

**17. September 2015**

Zusammenfassung



## Erste Fortschritte

Editorial

Vor fast exakt einem Jahr, beim 1. Nationalen Schmerzforum, haben wir zum Ende des Tages einige Aufgaben identifiziert, die es anzugehen galt. Nun – mit Rückblick aufs vergangene Jahr – können wir berichten, dass wir ein Konsenspapier mit allen beteiligten Schmerzgesellschaften zur Klassifikation von Einrichtungen verabschiedet haben (*siehe Bericht „Schmerzmedizin: Organisationen einigen sich auf Klassifikation“, Seite 38*). Darüber hinaus haben wir mit Partnergesellschaften eine Adhoc-Kommission neu gebildet, die das Ziel verfolgt, einen Schmerzatlas zu erstellen. Das heißt, wir wollen die Schmerzversorgung einerseits und den Schmerzversorgungsbedarf andererseits abbilden.

Besonders freut uns, dass Thomas Barta vom Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie Brandenburg, der bei der ersten Runde dabei war, das Thema Schmerzversorgung wie angekündigt mit in die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder getragen hat. Die GMK hat sich am 24. Juni 2015 einmütig dafür entschieden, dass Schmerzversorgung ein wichtiges Thema ist – und dass die Versorgung verbessert werden muss. Von den Kliniken erwartet die GMK etwa, dass sie eine qualifizierte Versorgung und Behandlung schmerzkranker Menschen sowohl während eines stationären Aufenthalts als auch beim Übergang in die ambulante oder rehabilitative Nach- und Weiterbehandlung interdisziplinär und intersektoral gewährleisten. Darüber hinaus stellt das Gremium fest, dass die Qualität der stationären Versorgung bestimmende Faktoren zunehmend in einer Krankenhausplanung Berücksichtigung finden. Begrüßt wird, dass Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt werden soll. Die GMK bittet den Gemeinsamen Bundesausschuss, für ein strukturiertes Akutschmerzmanagement der Krankenhäuser Qualitätskriterien zu entwickeln. Erkenntnisse gibt es auch in zwei weiteren Feldern. Beim Disease Management Programm „Rücken“ gibt es inzwischen einen Vorbericht vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Beim Thema Weiterbildung und Lehre gibt es mittlerweile ein gemeinsames nationales Kerncurriculum.



*Prof. Dr. Michael Schäfer*



*Thomas Isenberg*

Herzliche Grüße, Ihr

**Prof. Dr. Michael Schäfer**

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

**Thomas Isenberg**

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft

## „Den Stellenwert erhöhen“

Zusammengefasste Stellungnahme von Andreas Westerfellhaus,  
Präsident Deutscher Pflegerat

Sehr geehrter Herr Prof. Schäfer, sehr geehrter Herr Isenberg,

danke für die freundliche Einladung und die freundliche Begrüßung. Ich denke, die Themenfelder des diesjährigen Schmerzforums, Akutschmerztherapie, Schmerzambulanzen in Krankenhäusern sowie Schmerzversorgung in Pflegeeinrichtungen sind für Millionen von Menschen von immenser Bedeutung. Ich musste zuletzt den Verfall meiner Mutter aufgrund einer offenbar nicht beherrschbaren Schmerz-

situation miterleben. Was mich erstaunt hat ist, wie scheinbar hilflos Pflegende und Mediziner damit umgegangen sind. Ich habe mehrfach gehört, dass meine Mutter eigentlich keine Schmerzen mehr haben dürfte. Von einem qualifizierten Schmerzmanagement kann in meinem persönlichen Erleben kaum die Rede sein. Aus meiner Sicht ist es unabdingbar, der Thematik Schmerz über alle Berufsgruppen hinweg eine andere Bedeutung beizumessen. Schmerztherapie ist eine interdisziplinäre und interprofessionelle Aufgabe und sie muss intersektoral wirken. Hierzu bedarf es dringend eines weiteren Aufbaus von Qualifizierungsstrukturen für Pflegende und Mediziner in allen Sektoren, für Physiotherapeuten, Apothekern usw.

Es gilt auch, bereits existierende Modelle bekannt zu machen und zu vernetzen. Zu guten Beispielen gehört die schmerzfreie Stadt Münster, das Aktionsbündnis wird durch die Weltgesundheitsorganisation WHO als Best-Practice-Modell ausgezeichnet. Ich habe die Entwicklung in Münster sehr nah miterleben dürfen. Letztlich bedeutet der Umgang mit Schmerzsituationen und deren Behandlung immer auch eins: Menschen, also Therapeuten aller Professionen, die Zeit haben, die in ausreichender Anzahl vorhanden sind und motiviert ihrer Arbeit nachgehen können. Das funktioniert nun mal nicht im Minutentakt und im Dauerlauf. Dies ist ein generelles Problem in der Versorgung von Menschen in allen Sektoren. Lassen Sie uns gemeinsam interprofessionell mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln dafür eintreten.

Gesundheitspolitik in Deutschland benötigt insgesamt in der politischen Aufmerksamkeit und Behandlung für mich einen ganz, ganz anderen Stellenwert. Ich verstehe nicht, warum es nicht die gleiche Bedeutung hat wie Umwelt und Energiepolitik. Da



*Andreas Westerfellhaus  
(rechts), Präsident des  
Deutschen Pflegerates, und  
Prof. Dr. Michael Schäfer*

hat die Gesellschaft ganz deutliche Signale gesetzt und gesagt, was und welche Veränderungen sie will. Ich denke, wir brauchen den Konsens in der Gesellschaft, dass die Schmerzversorgung endlich auf ein anderes Tableau gehoben wird.

Hintergrund: Schmerzfreie Stadt Münster

## Bündnis zieht positive Bilanz, Auszeichnung durch WHO

Das Aktionsbündnis „Schmerzfreie Stadt Münster“ hat nach fünf Jahren eine positive Bilanz gezogen: Die Versorgung von Betroffenen hat sich flächendeckend verbessert. Für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Grund genug, das Projekt besonders zu würdigen. „Wir haben in allen Segmenten der Versorgung von Schmerzpatienten große Fortschritte erzielt“, resümiert Prof. Jürgen Osterbrink, Leiter des Aktionsbündnisses. Alle örtlichen Kliniken hätten das Zertifikat „Qualifizierte Schmerztherapie“ erlangt, 13 Altenheime ein systematisches Schmerzmanagement eingeführt. Darüber hinaus seien mehr als 100 Pflegekräfte zu „Pain Nurses“ weitergebildet worden, für Hausärzte gebe es spezielle Fortbildungsangebote und es sei ein effektives Netzwerk zwischen Allgemeinmediziner, Fachärzten, Krankenhäusern, Apothekern und Pflegepersonal geschaffen worden. Zudem seien Palliativversorgung und Hospizarbeit noch stärker in den Mittelpunkt gerückt.

Besonders aufmerksam blickt die Fachwelt dem Pflegewissenschaftler zufolge auf die Forschungsergebnisse aus Altenheimen. Demnach ist bei der Ersterhebung festgestellt worden, dass rund 50 Prozent der Bewohner an chronischen Schmerzen leiden. „Ein Ergebnis, das in der Forschung so noch nicht bekannt war und national wie auch international

hohe Aufmerksamkeit erregte“, sagt Osterbrink. Das Problem: Gerade bei alten Menschen mit Demenz ist oft viel Erfahrung erforderlich, um herauszufinden, ob sie Schmerzen haben. Betroffene können sich meist nicht eindeutig artikulieren.

Die Wissenschaftler haben im Rahmen der Studie mit speziellen Erhebungsinstrumenten gearbeitet. Zwei Jahre nach der Ersterhebung waren deutliche Erfolge messbar: Für rund 80 Prozent der Bewohner gibt es zum Beispiel konkrete Anweisungen für die Pflegenden, wie Schmerzen zu behandeln sind. „Zu Beginn waren solche wichtigen Hilfestellungen nur für ein Viertel der Bewohner vorhanden“, blickt Osterbrink zurück. Er geht davon aus, dass spätestens im Jahr 2030 die Ergebnisse und Erfahrungen aus Münster „weltweit Eingang in das Schmerzmanagement gefunden haben“. Es sei bisher nie gelungen, entsprechend tiefe Einblicke in die Gesundheitsversorgung einer Kommune zu bekommen und anschließend gravierende Verbesserungen zu erzielen.

Das Projekt hat die WHO so sehr beeindruckt, dass sie es besonders würdigt. Das Aktionsbündnis „Schmerzfreie Stadt Münster“ soll zum sogenannten „Best Practice Projekt“ erhoben werden – als eines von sechs Beispielen aus Europa.

## „Valide Qualitätssicherungsinstrumente nötig“

Einführung von Dr. Martina Wenker, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

Sehr geehrter Herr Prof. Schäfer,

ganz herzlichen Dank für die Einladung. Ich bin extrem gerne gekommen und ich habe mich sehr über die Einladung gefreut. Das war letztes Jahr eine extrem bereichernde, gute Veranstaltung. Es sind drei Komplexe, die mich zurzeit intensiv

beschäftigen. Der erste ist Hygiene, der zweite eine umfassende Palliativ- und Hospizversorgung, nicht nur ambulant, sondern auch im Krankenhaus. Der dritte ist das Querschnittsthema der Schmerzmedizin, in das ich wirklich Herzblut gepackt habe.

Ich skizziere einige Überlegungen der Bundesärztekammer. Das erste Themenfeld ist überschrieben mit Schmerzversorgung im Rahmen von Krankenhausplanung und Qualitätssicherung auf Bundes- und Landesebene. Das ist natürlich schon mal ein gigantisches Thema. Allein die Frage, was eine qualitativ gute Schmerzversorgung ist und wie man diese messen kann,

ist alles andere als trivial. Um meine Meinung zum GMK-Beschluss auf den Punkt zu bringen: Ein schlichter Qualitätsindikator Schmerz oder Nichtschmerz als Grundlage eventueller Vergütungszu- oder -abschläge im Rahmen künftiger Krankenhausfinanzierung wird diesem Problem nach meiner Einschätzung auch nicht annäherungsweise gerecht werden. Erforderlich ist aus unserer Sicht zunächst eine systematische Entwicklung valider Qualitätssicherungsinstrumente. Hier appelliere ich ganz ausdrücklich an die Vertreter des Gemeinsamen Bundesausschusses, des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und der Länder: Bitte forcieren Sie zunächst eine systematische Entwicklung von validen Qualitätssicherungsinstrumenten. Diese sollten wirklich das messen und abbilden, was nachher verbessert werden soll. An den Indikatoren sollte man auch wirklich die Qualität dingfest machen können. Ich möchte darauf hinweisen, dass wir als Ärzte



*Dr. Martina Wenker, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, und Prof. Dr. Michael Schäfer*



*von links: Prof. Dr. Hans-Raimund Casser, DRK Schmerz-Zentrum Mainz, Lothar Riebsamen, MdB (CDU), Mechthild Rawert, MdB (SPD) und Dr. Martina Wenker, Bundesärztekammer*

seit vielen Jahren freiwillige Qualitätssicherungsverfahren durchführen. Unter diesen Projekten finden sich spannende Ideen, wie man ein vernünftiges Qualitätsindikatorenset entwickeln kann, mit dem man auch ein gutes Schmerzmanagement, eine gute Ergebnisqualität messen kann.

Der zweite Aspekt: Akutschmerztherapie, stationäre Schmerztherapie, Schmerzambulanz in Krankenhäusern. Wir brauchen klar definierte, strukturelle und personelle Qualitätsvorgaben, wir brauchen engagiertes, motiviertes und fachlich qualifiziertes Personal. Personalknappheit, Arbeitsverdichtung und Zeitmangel sind keine guten Voraussetzungen für ein erfolgreiches Schmerzmanagement. Jeder klinisch tätige Arzt muss mit den schmerzmedizinischen Problemen seiner Patienten vertraut sein. Ob das der Hausarzt, Facharzt oder Spezialist ist: Es muss jeder möglichst rasch den akuten Schmerz so behandeln können, dass wir gar nicht erst in die Kaskade chronische Schmerzerkrankung kommen.

Der dritte Punkt Schmerzversorgung in Pflegeeinrichtungen. Eine Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen kann nur mit einer konsequenten Stärkung der hausärztlichen wohnortnahen Versorgung einhergehen.

## Hintergrund

# Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung

88. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder am 24. und 25. Juni 2015 in Bad Dürkheim

### **Die GMK beschließt einstimmig:**

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

## Abrechnungsprobleme **Adhoc-Arbeitsgruppe will Lösungen suchen**

2. Nationales Schmerzforum bringt die Akteure an einen Tisch

Das 2. Nationale Schmerzforum hat bereits in laufender Runde zu ersten Ergebnissen geführt. Eine Adhoc-Arbeitsgruppe aus Krankenkassenvertretern und Schmerzexperten will konkrete Lösungen für Klassifikationsprobleme beim System der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) erarbeiten.



Das Forum zeigt: Aus Sicht vieler Experten ist es nötig, Kliniken in Deutschland im Hinblick auf eine gute Schmerzversorgung zukünftig vergleichen zu können. Dafür sollte ein „Schmerz-Indikator“ entwickelt werden. Zudem müssen die Rahmenbedingungen – beispielsweise durch die Landeskrankenhausplanung, aber auch durch Nachbesserungen im „DRG-System“ – wesentlich verbessert werden.

### Mini-Thinktank mit Schmerztherapeuten und Abrechnungsexperten

Eine rege Debatte entbrennt um die Frage, wie es um die Erlössituation für die stationäre Schmerzversorgung steht. Bemängelt wird, dass die momentane Situation einer pauschalen Vergütung eine schlechtere Versorgung begünstigt. Der logische Schritt sei derzeit aus ökonomischer Perspektive, die Patienten so kurz wie möglich zu behandeln, sagt Dr. Christoph Faßbender, Präsidiumsmitglied Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und kaufmännischer Direktor des DRK-Klinikums. Ob das nun am DRG-System selbst liegt oder am bestehenden Klassifikationssystem, ist unter den Schmerztherapeuten, Abrechnungsexperten und Kassenvertretern umstritten. Einig sind sie sich hingegen darin, dass sich diese Probleme in einem kleinen Kreis von Experten anpacken lassen könnten. Eine spontan gegründete Adhoc-Arbeitsgruppe will dafür nun Lösungen erarbeiten. „Ich glaube, wir bräuch-



*Dr. Christoph Faßbender, Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands*



ten einen geschützten Raum, in dem wir abwägen, was gibt das DRG-System her und gibt es tatsächlich hier Grenzen“, sagt Dr. Hubert Schindler, Verband der Ersatzkassen (vdek). Spontan haben sich aus allen „Lagern“ Experten gemeldet. Ergebnisse soll es beim 3. Schmerzforum im kommenden Jahr geben. Dringenden Handlungsbedarf machen viele Teilnehmer des Schmerzforums neben der Finanzierungssystematik auch bei den Themen Aus- und Weiterbildung, Kommunikation, interdisziplinärer Zusammenarbeit, Entlass- und Überleitungsmanagement von Schmerzpatienten und Zeit für Patienten aus.



*Dr. Hubert Schindler, Verband der Ersatzkassen (vdek)*

### Alt und pflegebedürftig gleich desaströse Schmerzversorgung?

Nachholbedarf sehen die Sachverständigen darüber hinaus in der Pflege. Viele Exper-



*Prof. Dr. Thomas Fischer, Arbeitskreis „Alter und Schmerz“ der Deutschen Schmerzgesellschaft*

ten sind sich einig, Pflegeeinrichtungen könnten noch mehr als bisher Best-Practice-Beispiele, wie sie beispielsweise vom Deutschen Netzwerk Qualität in der Pflege mit den Expertenstandards Chronischer Schmerz und Akutschmerz entwickelt worden sind, aufgreifen und umsetzen. Einen besonderen Handlungsbedarf macht Prof. Dr. Thomas Fischer, Sprecher des Arbeitskreises „Alter und Schmerz“ der Deutschen Schmerzgesellschaft, bei alten, pflegebedürftigen und an Demenz erkrankten Schmerzpatienten aus. Diese hätten „Pech“, sagt Fischer. Alle

Möglichkeiten von multimodalen Therapien und multiprofessionellen Teams lägen „dann nicht mehr auf dem Tisch“. „Das gibt es für Sie nicht mehr“, so Fischer. Das gelte sowohl für Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen lebten als auch diejenigen, die ambulant oder zu Hause von Angehörigen betreut würden. Grundsätzlich fordert Fischer multiprofessionelle Schmerzassessments. An einer S3-Leitlinie für stationäre Pflegeeinrichtungen werde derzeit gearbeitet, an die ambulanten traue man sich derzeit nicht heran. Kritik übt er auch daran, dass es kaum Studien gibt. „Wir kommen überhaupt

### Hintergrund

Etwa 23 Millionen Deutsche (28 Prozent) berichten über chronische Schmerzen, 95 Prozent davon über chronische Schmerzen, die nicht durch Tumorerkrankungen bedingt sind. Legt man die „Messlatte“ der Beeinträchtigung durch die Schmerzen zugrunde, so erfüllen 6 Millionen Menschen in Deutschland die Kriterien eines chronischen, nicht tumorbedingten, beeinträchtigenden Schmerzes. Die Zahl chronischer, nicht tumorbedingter Schmerzen mit starker Beeinträchtigung und assoziierten psychischen Beeinträchtigungen (Schmerzkrankheit) liegt bei 2,2 Millionen.

nur ganz knapp in die Ebene von ‚Evidence based‘ rein“, sagt er. Die Begründung, Studien nicht anzustoßen, sei oftmals, dass es sich bei Pflegebedürftigen nicht um eine relevante Patientengruppe handle. „Mir stehen dabei die Haare zu Berge und ich verstehe das nicht“, zeigt sich Fischer entsetzt. Er fordert die Politik auf, die Förder-systeme nachzujustieren. Die Frage, welche Strukturen, welche nichtmedikamentösen Verfahren und welche weiteren Interventionen benötigt würden, sei Sache der öffentlich geforderten Forschung und die gebe es nicht. „Die öffentlichen Forschungsinstitutionen haben keinen Fokus darauf – trotz aller Lippenbekenntnisse, was demografischen Wandel und die Bedeutung von demenziellen Erkrankungen angeht.“

### Schmerzbekämpfung ist Gemeinschaftsaufgabe

Prof. Dr. Michael Schäfer, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, zieht im Nachgang zum 2. Nationalen Schmerzforum ein positives Fazit. Die Runde habe gezeigt, dass eine Verbesserung der Unter- und Fehlversorgung bei Schmerzen im

Deutschen Gesundheitssystem eine Gemeinschaftsaufgabe aller Akteure und Professionen sei. Gerade in Zeiten eines sich weiter verschärfenden ökonomischen Drucks auf Krankenhäuser seien Regelungen der Qualitätsorientierung notwendige Leitplanken einer hochwertigen und fachlich soliden Krankenhausversorgung.

Das Forum knüpfte an die Beratungen des vergangenen Jahres an. Erstmals in diesem Jahr stand es auf noch breiteren Füßen: Delegierte von über 16 maßgeblichen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften nahmen an den Beratungen teil, neben ausgewiesenen Experten der Akteure des Gesundheitswesens.



### Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. ist mit rund 3.400 persönlichen Mitgliedern die größte wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft im Bereich Schmerz in Europa. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. ist Mitglied der IASP (International Association for the Study of Pain) sowie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften). Sie ist zudem die interdisziplinäre Schmerzdachgesell-

schaft von derzeit 18 mitgliederstarken weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Bereich Schmerz. Diese Fachgesellschaften repräsentieren rund 100.000 Mitglieder. Ihre Mitgliedschaft ist interdisziplinär

und interprofessionell und besteht aus Schmerzexperten aus Praxis, Klinik, Psychologen, Pflege, Physiotherapie u. a. sowie wissenschaftlich ausgewiesenen Schmerzforschern aus Forschung, Hochschule und Lehre.



## Gespräch „gesundheitspolitische Überlegungen“ Schmerzversorgung „ausreichend bis befriedigend“

Wie beurteilt die Gesundheitspolitik die Schmerzversorgung? Wo sieht sie Probleme? Lisa Braun, Inhaberin der Presseagentur Gesundheit, und gemeinsam neben Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., Co-Moderatorin des 2. Nationalen Schmerzforums, sprach mit Mechthild Rawert, SPD-Fraktion Deutscher Bundestag, und Lothar Riebsamen, CDU/CSU-Fraktion Deutscher Bundestag. Beide sind Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages.

**Lisa Braun:** Im vergangenen Jahr waren Maria Klein-Schmeink von den Grünen und Hilde Mattheis von der SPD bei uns. Beide haben sich für einen Nationalen Aktionsplan Schmerz ausgesprochen. Frau Mattheis hat dann noch so ganz klein hinterher gesagt: Naja, aber das steht ja nicht im Koalitionsvertrag. Herr Riebsamen und Frau Rawert, kommt der Aktionsplan in der nächsten Legislatur?



*Lisa Braun, Co-Moderatorin des 2. Nationalen Schmerzforums, im Gespräch mit Mechthild Rawert (1. von rechts) und Lothar Riebsamen (2. von rechts)*

**Rawert:** Warten wir erst einmal die Bundestagswahl ab. Ich werde es auf jeden Fall in meine Fraktion und in meine Partei tragen.

**Riebsamen:** Ob es konkret in einem Koalitionsvertrag stehen wird, da werden wir abwarten müssen.

**Braun:** Wenn Sie Noten zur Qualität der Schmerzversorgung analog zum Schulnotensystem verteilen müssten. Wie sähe Ihre Beurteilung für die Schmerzversorgung in Pflegeheimen aus?

**Rawert:** Im Augenblick würde ich sagen befriedigend bis ausreichend. Ich merke im Kontext der Diskussionen rund um das Hospiz- und Palliativgesetz und das Thema Sterben, dass immer mehr Menschen Angst vor Schmerzen haben, also vor Zuständen, die sie selbst nicht steuern können. Infolge dessen sehe ich innerhalb der Bevölkerung ein großes Angstproblem.

**Riebsamen:** Ich würde auch die Note 3 bis 4 geben. Wir haben noch Potenzial. Im Palliativgesetz fordern wir zum Beispiel die



Pflegeheime auf, mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Vereinbarungen zu schließen. Ziel soll es sein zu klären, wie man die Schmerzversorgung in Pflegeheimen kurzfristig deutlich verbessern kann.

**Braun:** Wie bewerten Sie die Schmerzversorgung im Krankenhaus?

**Riebsamen:** Da würde ich auch nochmal 3 bis 4 geben. An der Schnittstelle ambulant und stationär, Medikamente, Verordnungen – da sehe ich einen erheblichen Nachholbedarf und deswegen gebe ich nicht die ganz gute Note.

**Rawert:** Da drücke ich mich jetzt mal ein bisschen vor der Klassifizierung. Ich denke, in den Krankenhäusern ist das Bewusstsein stärker als in den Pflegeeinrichtungen.

**Braun:** Das würde ich Ihnen nicht so gerne durchgehen lassen.

**Rawert:** Besser als in den Pflegeeinrichtungen.

**Braun:** Also 3+, so würde ich es jetzt mal interpretieren. Die Politik delegiert ja die Versorgungsfragen immer mehr an den Gemeinsamen Bundesausschuss. Der verspricht zum Beispiel, eine Schmerzversorgung in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) abzubilden. Ist das denn bei der ASV bedarfsgerecht passiert? Sie sind ja so eine Art Aufsichtsrat vom G-BA.

**Rawert:** Bei der ASV sicherlich noch nicht. Politik ist aber nicht der Aufsichtsrat des G-BA. Ich begrüße es sehr, dass dem Gremium im Krankenhausstrukturgesetz die Verpflichtung auferlegt wird, Qualitätsindikatoren für viele Bereiche zu entwickeln, sodass wir auch

in dem Bereich Schmerz mit Sicherheit noch vorankommen.

**Braun:** Herr Riebsamen, sehen Sie das mit dem Aufsichtsrat anders?

**Riebsamen:** Nein, ich teile in vollem Umfang die Auffassung von Frau Rawert.

**Braun:** Gelebte Große Koalition.



**Riebsamen:** Das hat mit Koalition gar nicht viel zu tun, das ist schlicht und ergreifend unsere Gesetzgebung, die wir auch nicht ändern wollen. Wir haben eine bewährte Selbstverwaltung, bei der es auch mal Probleme gibt. Dann muss der Gesetzgeber eingreifen. Was die Schmerzthematik anbelangt, kann ich noch nicht erkennen, an welcher Stelle wir genau nachjustieren müssten. Wenn dies notwendig ist, dann werden wir das tun müssen. Aber ich hoffe doch sehr, dass die Selbstverwaltung auch an dieser Stelle weiß, was sie zu tun hat.



**Braun:** An dieser Stelle kann Ihnen vielleicht jemand nachhelfen, der im G-BA sitzt. Dr. Ilona Köster-Steinebach von der VZBV, Verbraucherzentrale Bundesverband.

**Köster-Steinebach:** Es mangelt uns zum Teil an validen Messinstrumenten. Wir brauchen vor allen Dingen methodisch hochwertige Patientenbefragungen. Da kann die Politik ganz konkret helfen, denn derzeit scheitern Patientenbefragungen im Gemeinsamen Bundesausschuss auf Initiative der Patientenvertretung insbesondere an datenschutzrechtlichen Vorgaben und zwar



*Dr. Ilona Köster-Steinebach, VZBV*

daran, dass wir simpler Weise keine Daten der Patienten benutzen dürfen, um Fragebögen zu versenden. Da gibt es einen Lösungsvorschlag des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG).



**Braun:** Es handelt sich um den § 299 SGB V. Könnten Sie sich vorstellen, dass es da zu einer Änderung kommen kann, die dann den Vorschlägen entgegenkommt?

**Riebsamen:** Datenschutz ist immer wieder ein Problem, eine schwierige Kiste nicht nur im Gesundheitswesen. Aber es ist sehr plausibel, was Sie sagen und deswegen denke ich, dass wir an der Stelle durchaus gefordert sind.



Themenfeld I:

## **Schmerzversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung & Qualitätssicherung auf Landes- und Bundesebene**

*Sind Qualitätsindikatoren für die Schmerzversorgung möglich? Die meisten Sachverständigen sind in der Diskussion dieser Meinung. Doch was ist nötig, damit diese zuverlässig sind und auch Teil einer Krankenhausplanung werden können?*

### **Prof. Dr. Edmund Neugebauer**

*Vorsitzender Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF)*



Für Neugebauer muss der schmerzarme Patient Qualitätsziel sein, um Qualitätsindikatoren zu formulieren. Sein Hauptproblem ist nicht, dass Qualitätsmessung nicht funktioniert, sondern dass in Deutschland die Bedenkenträger überwiegen. „Wir haben in Deutschland häufig das Problem, dass wir nicht anfangen, weil wir wieder ein Problem sehen“, sagt er. Neugebauer ist überzeugt, dass Qualitätsindikatoren machbar und abbildbar sind. „Sicher, man kann an allem etwas aussetzen, aber wir haben einfache Instrumente“. Er weist auf Studien hin, die zeigten, wenn man es verpasse im Krankenhaus eine gute Schmerztherapie zu machen, erzeuge man chronische Schmerzpatienten. Zertifizierungen von Einrichtungen sieht er als gute Möglichkeit, um Verbesserungen in der Versorgung zu erzielen.

### **Dr. Ulrike Kaiser**

*Sprecherin der Adhoc-Kommission „Versorgungsforschung und Register“ der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Kaiser ist „sehr stark dafür“, einen Qualitätsindikator Schmerz einzuführen. Sie wirft jedoch die Frage auf, „ob dieser Qualitätsindikator bei chronischen Schmerzpatienten wirklich relevant ist“ oder ob andere Faktoren im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells gefunden werden müssen. Sie betont, wenn man über

Qualitätsindikatoren spreche, müsse man auch über methodische Aspekte reden. Das komme ihr „bisher in den Diskussionen häufig zu kurz“.

## **Prof. Dr. Winfried Meißner**

*QUIPS*

Meißner macht darauf aufmerksam, dass in den Krankenhäusern tagtäglich chronische Schmerzpatienten produziert werden. Pro Tag würden ungefähr 40.000 Operationen durchgeführt. 20 Prozent dieser Patienten klagten nach sechs oder zwölf Monaten über Schmerzen, 3 bis 4 Prozent hätten behandlungsbedürftige Schmerzen. Ein Problem sieht er darin, dass diejenigen, die diese Schmerzen mitverursachten – Chirurgen und Anästhesisten – ihre Patienten nicht wiedersehen. „Die gehen zum Hausarzt, die gehen zum Internisten, die gehen zum Orthopäden und die Kollegen wissen im Grunde gar nicht, dass es diesen Mechanismus der Schmerzchronifizierung gibt“, sagt Meißner. Er weist darauf hin, dass es Mittel gibt, die die Schmerztherapie in den Krankenhäusern verbessern könnten. „Wir haben Leitlinien, die ganz klar sagen, welche Strukturen und Prozesse evidenzbasiert geeignet sind“, sagt er. Meißner spricht sich für verpflichtende Akutschmerzdienste in Kliniken aus. In Bezug auf die Schmerzmessung betont er, dass es Methoden gebe. „Es gibt eine ganze Menge an Instrumenten, die heute schon verfügbar sind und ich denke, im Moment geht es wirklich darum, die Umsetzung in die Breite zu überprüfen“, sagt er.



## **Prof. Dr. Wolfgang Koppert**

*Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)*

*Prof. Dr. Wolfgang Koppert  
(rechts) neben Prof. Dr. Toni  
Graf-Baumann*

„Die Deutschen sind manchmal zu zurückhaltend, weil sie die perfekte Lösung haben wollen, anstatt einfach schon ein paar Schritte zu gehen, die vielleicht nicht 100-prozentig perfekt sind“, sagt Koppert. Er plädiert dafür, mit den Indikatoren und der Schmerzmessung zu starten. In puncto Finanzierung glaubt Koppert, dass eine leitliniengerechte Therapie zum Teil nicht durchgeführt werden kann, weil Kostenträger das nicht ermöglichen. In Hannover versuche die Medizinische Hochschule „seit drei Jahren eine Schmerztagesklinik“ durchzusetzen.



## I. Schmerzversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung



### **PD Dr. phil. habil. Regine Klinger**

*Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF)*

Klinger macht deutlich, dass Schmerz nicht nur ein somatisches, sondern ein biopsychosoziales Krankheitsphänomen ist. Schmerz, auch der Akutschmerz, sei „immer auch ein psychologisches Phänomen“. Sie betont, Schmerzbehandlung im Akutbereich bestehe nicht allein darin, nur Medikamente zu geben. „Wir haben vor allen Dingen schmerzpsychologische Intervention“, erklärt sie. Klinger hebt hervor, wie wichtig die Zuwendung des Mediziners und Psychologen ist, damit Patienten von ihrem Leidensdruck „herunterkommen“.

### **Heike Norda**

*Vorsitzende von SchmerzLOS e.V.*

Norda ist überzeugt, dass Schmerzen messbar sind. Probleme sieht sie darin, dass Patienten oftmals nicht ernst genommen werden. Wenig hilfreich sind aus ihrer Sicht Gesetze, die nur für Menschen in der letzten Lebensphase gemacht sind. Schmerz betrifft das ganze Lebensalter, sagt sie. Sie befindetet, es darf auch nicht dem Zufall überlassen werden, wie Patienten versorgt werden – ganz egal, ob vom Hausarzt, Facharzt oder im Krankenhaus. „Wenn sich alle an die geltenden Leitlinien halten würden, dann braucht es auch nicht so viele Instrumente, die neugeschaffen werden müssen“, sagt Norda.



### **Prof. Dr. Martin Driessen**

*Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)*

Driessen weist auf das spezielle Problem der Demenzkranken und auch Menschen mit Behinderung hin. Bei diesen sei es bereits schwierig zu erkennen, wann sie überhaupt Schmerzen litten. Er fordert, diese Gruppen mehr zu beachten. Darüber hinaus sieht Driessen eine „interdisziplinäre Fragestellung“. Gerade bei älteren Menschen sei die Behandlung eine „Risikoabwägung“. Darüber müssten sich die Ärzte der verschiedenen Fachgruppen verständigen. „Ich glaube, da sind wir tatsächlich fachlich und interdisziplinär gefordert“, sagt Driessen.



## Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede

*Präsident International Association for the Study of Pain (IASP), stellvertretender Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Mitglied ständiger Beirat der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Treede zeigt sich froh darüber, dass es mittlerweile viele evidenzbasierte Leitlinien gibt. Es gebe aber auch Zielkonflikte. „Je besser die einzelnen Leitlinien werden, desto mehr kommen wir in die Situation, dass es Widersprüche gibt“, sagt Treede. Es sei also möglich, dass der Kardiologe nach seinen Leitlinien ein bestimmtes Ziel verfolge, der Rehabilitationsmediziner aber ein anderes. Die Frage sei „wie man diese Ziele zusammenbekommt“. Er glaube, der Weg sei, patientenbezogene Ergebnismaße zu berücksichtigen und daraus eine Priorisierung zu erstellen. Die Schmerzmedizin sieht Treede weiter als andere Fachgebiete. In vielen Bereichen der Schmerzmedizin würden patientenbezogene Ergebnismaße berücksichtigt. Als Parameter nennt er Schmerz, Beweglichkeit und Selbstversorgung. In Bezug auf die Qualitätsindikatoren betont Treede, dass es an der Zeit sei, diese „sinnvoll anzuwenden“. Sie dürften nicht lediglich zur Steuerung der Krankenhauszahl eingesetzt werden, sondern müssten in der Versorgung ankommen und diese verbessern. Defizite erkennt Treede auch beim Überleitungsmanagement zwischen den Sektoren. Er fordert „strukturierte Übergänge und Standards“.



*Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede (rechts) neben Prof. Dr. Wolfgang Koppert*

## Dr. Joachim W. Ulma

*Bremer Schmerzgesellschaft*



Ulma betont, es gebe durchaus Kliniken, die ein hohes Engagement bei der Schmerzversorgung an den Tag legten. Probleme sieht er in der Finanzierung und im Überleitungsmanagement.

*Dr. Joachim W. Ulma (rechts) neben Ute Repschläger*

### **PD Dr. Sven Meyer MBA, MPH**

*AQUA – Institut für angewandte Qualitätssicherung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH*

Meyer weist darauf hin, dass das neu gegründete IQTIG künftig eine wichtige Rolle spielen wird. Das Institut könne auch in begrenztem Umfang selbst tätig werden und sich mit Fragestellungen gewissermaßen selbst beauftragen. Er macht deutlich, dass es für 30 Leistungsbereiche in Kliniken mittlerweile 416 Indikatoren gibt. Der Großteil davon sei veröffentlichungspflichtig. Schmerz komme allerdings nur sehr selten vor. Dieser bilde derzeit als Symptom für die Indikationsstellung in fünf Leistungsbereichen eine Basis. Zur postoperativen Schmerztherapie gebe es „keinerlei Indikatoren“. Meyer weist darauf hin, dass Indikatoren den Zweck hätten, Transparenz zu erzeugen und Vergleichbarkeit zu schaffen. Schwierig werde es, wenn Indikatoren auch noch für die Bezahlung herangezogen werden sollten. Dann müssten diese justiziabel sein. Er glaubt, das werde auch bei der qualitätsorientierten Krankenhausplanung über kurz oder lang eine Rolle spielen.



### **Prof. Dr. Niels Rahe-Meyer**

*Franziskus Hospital Bielefeld, Qualitätskliniken.de*

Rahe-Meyer weist auf Qualitätskliniken.de hin. Dort gebe es seit einem Jahr den Qualitätsindikator Schmerz auf Grundlage von Patientenbefragungen. Dabei gehe es sowohl um Strukturen und Prozesse als auch um Akutschmerzmedizin, Pain-Nurses, individualisierte Schmerztherapie, multimodale Ansätze usw. Ein Problem sieht er darin, „Qualitätsindikatoren weiterzuentwickeln und diese in die Breite umzusetzen“. Rahe-Meyer betont, Zertifizierungen oder Transparenzforen könnten Wege sein, voranzukommen.



### **Martina Rettig**

*Sprecherin Fachgruppe Pflegeexpertinnen Schmerz im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)*

Rettig hebt hervor, dass es mittlerweile in allen Fachgruppen und vor allem in der Pflege viele Schmerzexperten gibt. Sie bemängelt jedoch, dass diese nicht vernünftig eingesetzt werden. Schuld ist aus ihrer Sicht die Finanzierung. Die sei „nicht gegeben“. Das führe dazu, dass die Pflegekräfte der „normalen“ Arbeit nachgingen und keine Zeit für die Schmerzversorgung hätten.

## Prof. Dr. Michael Schäfer

*Präsident Deutsche Schmerzgesellschaft*

Schäfer stellt die Frage, warum es derzeit nur in etwa 40 bis 50 Prozent der Krankenhäuser einen Akutschmerzdienst gibt und warum nur 10 bis 20 Prozent ein Qualitätserfassungssystem oder eine Zertifizierung haben. Den Grund sieht er im „ökonomischen Druck“. Viele Häuser sparten zum Beispiel am Akutschmerzdienst. „Das ist eigentlich gelebte Praxis zurzeit“, betont Schäfer. Er sieht ein Problem in der Messbarkeit des Erfolgs von Schmerztherapie für den wirtschaftlichen Erfolg der Häuser. Erfolgreiche Schmerztherapie führe zu weniger chronisch schmerzkranken Patienten. Man verhindere eine Wiederaufnahme, Arztbesuche usw. „Das wird vielleicht in Studien gemessen und abgebildet, aber in der Realität macht sich das für den Krankenhausträger nicht bemerkbar“, so Schäfer. Die Kliniken würden eher sagen, dass sie keinen Vorteil für sich erkennen können.



## Klaus Focke

*Abteilungsleiter Versorgungsmanagement BKK-Dachverband*

Er fordert den Gesetzgeber auf, im Schmerzbereich nachzusteuern – vor allem, was die Qualitätsindikatorenentwicklung für den Krankenhausbereich betrifft. Er fände es hilfreich, wenn der Gesetzgeber dem G-BA eine „Prioritätenempfehlung“ geben würde. Daran müssten sich dann auch die Länder halten. Grundsätzlich zeigt er sich zuversichtlich, dass die Länder die Indikatoren mit empfehlendem Charakter auch umsetzen. Focke bringt eine Begründungspflicht für die Länder ins Gespräch, wenn diese von den Empfehlungen abweichen. Eine Prioritätensetzung wünscht er sich auch für die sektorenübergreifende Qualitätssicherung, also für die Aufnahme von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Schmerzbereich. Darüber hinaus plädiert er für normierte Zertifizierungen.



*Klaus Focke (rechts) neben Heike Norda*

## Prof. Dr. Erika Sirsch

*Lenkungsausschuss Deutsches Netzwerk Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) sowie Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften (DGP)*

Für Sirsch geht Qualität nicht ohne Quantität. In den vergangenen 20 Jahren habe es eine Reduzierung der Pflegestellen um über 50 Prozent gegeben. Der Arbeitsanfall für die Pflegenden sei „sehr stark gewachsen“. Defizite sieht sie alleine

## I. Schmerzversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung

schon darin, den chronischen Schmerz zu erfassen. Das gelte insbesondere bei älteren Patienten. Der aktuelle Personalschlüssel werde den Bedürfnissen der „multimorbiden älteren Patienten“ nicht gerecht, sagt sie.

### **Prof. Dr. Frank Petzke**

*Vorsitzender CERTKOM*



Petzke zufolge muss es um einen „Kulturwandel“ in Krankenhäusern gehen, also die Frage, wie Kliniken mit dem Problem Schmerz umgehen. In der Akutschmerztherapie gebe es klare Vorgaben, die man einfach überprüfen könne. Zertifizierungsverfahren könnten dementsprechend über die Aspekte Prozess- und Strukturkriterien den „Kulturwandel“ fördern. Petzke verdeutlicht auch, dass für die Versorgung interdisziplinäre Teams nötig sind. „Wir brauchen die Pflege, wir brauchen die Physiotherapeuten, wir brauchen die Ärzte“, sagt er. Auch das könne über Zertifizierungen in die Versorgung gebracht werden. Petzke macht aber auch deutlich, dass die Probleme „nicht vorbei“ sind, wenn Zertifizierungen eingeführt sind. „Wir werden mit der guten Akutschmerztherapie das Problem verringern, aber nicht lösen“, sagt er. Zertifizierungen könnten aber nutzen, um Behandlungswege aufzuzeigen. Er glaubt, dass gesetzliche Regelungen helfen können, die „Motivation zu steigern“. Gleichzeitig müsse die Finanzierung geregelt werden.

### **Dr. Ilona Köster-Steinebach**

*Referentin Gesundheitswesen, Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)*

Sie fordert Patientenbefragungen für die Qualitätsmessung im Gemeinsamen Bundesausschuss. Grundsätzlich gelte in Bezug auf Qualitätssicherung: „Miss es oder vergiss es.“ „Was man nicht misst, hat keine Wirkung und wir messen im Augenblick nicht das Ergebnis von Schmerztherapie“, sagt Köster-Steinebach. Sie kritisiert, dass auch

nicht gefragt werde, was beim Entlassmanagement passiere. Zertifizierungen begrüßt sie grundsätzlich, bemängelt aber, dass es zu viele unterschiedliche und zu viele schlechte Verfahren gibt. Köster-Steinebach setzt darauf, dass das IQTIG diese beurteilt. Dann könnten Zertifikate letztlich auch Schmerzmanagement besser abbilden. Sie wünscht sich, dass ein Verfahren im G-BA in Gang gesetzt wird. „Ohne einen Antrag einer antragstellenden Bank wird im G-BA gar nichts passieren. Ich lade alle ein, die daran interessiert sind, doch mal vielleicht bei mir anzurufen, vielleicht kriegen wir ja einen Antrag dann über die Patientenvertretung hin“, sagt die vzbv-Vertreterin.



## Dr. Hubert Schindler

*Verband der Ersatzkassen (vdek)*

Schindler sieht einen großen Wert in Zertifizierungen, betont aber zugleich, dass unterschiedliche Gruppen von Krankenhäusern, die mit unterschiedlichen Zertifikaten unterwegs seien, nicht zu vergleichen sind. Die Zertifikate seien aber geeignet, Strukturen zu entwickeln. Gefunden werden muss aus seiner Sicht ein Konsens für Mindestanforderungen. Dann könne man die Einrichtungen auch vergleichen.



## Thomas Bodmer

*Vorstandsmitglied DAK-Gesundheit*

Bodmer zeigt sich „ein bisschen geschockt“ über den Vorwurf, dass die Schmerzversorgung nicht ausreichend finanziert ist. „Man kann bewusst nur gute Arbeit im Bereich Schmerz abliefern, wenn man den Leuten noch mehr Geld dafür gibt?“, fragt er. Als Kostenträger erwarte er, dass eine Klinik gute Arbeit fürs Geld leistet, das gelte auch für den Bereich Schmerz. Die Schmerzversorgung sei ein Thema, das „ohne Wenn und Aber“ in Kliniken gesehen und von allen Abteilungen, über alle Bereiche transportiert werden müsse. Wenn die Häuser Chronifizierungen produzierten, hätten sie „ihre Hausaufgaben nicht gemacht“. Die Messung von Qualität hält er für möglich.



## Dr. Reinhard Thoma

*Sprecher der Adhoc-Kommission „Versorgungsfragen“ der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Thoma zufolge können viel zu wenige Schmerzpatienten behandelt werden. Er rechnet für Bayern vor, dass es in teilstationären Tageskliniken gerade einmal 1.300 Patienten im Jahr sind. Das seien 0,5 Prozent der rund 240.000 Schmerzpatienten in Bayern. „Das ist mit Sicherheit zu wenig für die teilstationäre Versorgung“, betont er. Immerhin gebe es diese in Bayern aber überhaupt. In anderen Bundesländern gebe es diese gar nicht. Kritik übt er daran, dass es in keinem Krankenhausbedarfsplan vollstationäre Betten für die Schmerzversorgung gibt. Er fordert eine überplante



## I. Schmerzversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung

Schmerztherapie. „Wenn sie nicht beplant wird, taucht sie auch nicht im Statistischen Bundesamt auf“, sagt er. Das habe zur Folge, dass etwa Pflegekräfte nicht ausgewiesen werden könnten. „Wir können nicht planen“, bringt er es auf den Punkt. „Dadurch kriegt man manchmal gute Qualität, manchmal nicht so gute Qualität.“ Deswegen plädiere die Deutsche Schmerzgesellschaft ganz intensiv für die Aufnahme der Schmerztherapie in der Krankenhausbedarfsplanung.

### **Dr. Wolfram Seidel**

*Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädisch manualmedizinischer Akutkliniken (ANOA)*



Seidel betont, dass Schmerztherapie im traditionellen Bereich und die explizite psychologische psychosomatische Behandlung alleine nicht ausreichen. Ziel müsse es sein, an die körperliche Funktion heranzugehen und Standards zu entwickeln. Die Lage ist aus seiner Sicht in Deutschland defizitär. In den Niederlanden gelinge es, einen Menschen, der ein Vierteljahr krankgeschrieben ist, zu 80 bis 90 Prozent wieder arbeitsfähig zu machen. In Deutschland seien es „höchstens“ 50 Prozent. Das Dilemma sieht Seidel in den gestaffelten Strukturen, die nicht vernünftig koordiniert würden. Das hohe Ziel für die chronische Schmerzversorgung sieht er in einem Disease Managementprogramm. Probleme sieht er unter anderem auch bei der Kalkulation, die führte derzeit dazu, dass zu viele Kurzbehandlungen gemacht würden, die keine Effekte hätten.

### **Prof. Dr. Hans-Raimund Casser**

*Präsidiumsmitglied der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Für Casser fehlen die Strukturen, um Schmerz vernünftig zu behandeln. Er hebt auf den chronischen Schmerz ab, der ihm in der Debatte zu kurz kommt. Casser mahnt, dass vernünftig differenziert werden muss, welche chronischen Schmerzen wie behandelt werden müssen. Seiner Meinung nach wird viel Geld im System „verbaselt“, weil es eine schlechte Steuerung der Schmerzpatienten gibt. Er weist darauf hin, dass eine Kommission aller Schmerzgesellschaften eine gestufte Versorgung dargestellt und ein Dokumentationssystem für chronische Schmerzen geschaffen hat. Mit der „Kern-dokumentation Schmerztherapie“ kann ein Patient „in seiner gesamten Karriere abgebildet“ werden. Das ermögliche es Qualitätssicherung zu betreiben und Daten für die externe Schmerz- und Qualitätsforschung zu liefern.



Themenfeld II:

## **Stationäre Schmerztherapie sowie Schmerzambulanzen in Krankenhäusern**

*Der HTA-Bericht 126 zeigt, dass im weitaus größten Teil der Kliniken die Patienten unnötige Schmerzen nach Operationen leiden. Muss das sein? Wie kann es besser werden? Denkanstöße aus der Diskussion.*

### **Prof. Dr. Esther Pogatzki-Zahn**

*Mitglied ständiger Beirat der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Pogatzki-Zahn betont, dass es bereits seit 2007 eine S3-Akutschmerzleitlinie in Deutschland gibt, die eigentlich feststellt, was in Kliniken getan werden sollte. Man warte im Grund darauf, „dass Schmerz ein Qualitätsindikator in der Klinik“ wird, sagt sie. Für Pogatzki-Zahn sollte jedes Krankenhaus über einen Akutschmerzdienst verfügen. Derzeit gebe es diese nur in jedem zweiten. Wichtig sei, dass dieser Akutschmerzdienst auch die Minimal Kriterien erfüllt. „Das erfüllen nicht einmal 20 Prozent der Häuser“, so Pogatzki-Zahn. Sie fordert Anreize zu setzen, damit eine interdisziplinäre Zusammenarbeit etwa zwischen Anästhesisten und Chirurgen erfolgt und Akutschmerzdienste ausreichend finanziert werden.



### **Dr. Joachim W. Ulma**

*Bremer Schmerzgesellschaft*

Ulma betont, es sei wichtig in Kliniken eine „Haltung“ zum Thema zu erreichen. Mitarbeiter müssten gut ausgebildet sein, es brauche gute „Teams“ aus Ärzten, Pflege, Physiotherapeuten und Psychologen. Ulma macht auch darauf aufmerksam, dass es viele Patienten gibt, die mit Schmerztherapie zu Schaden gekommen sind.

## II. Stationäre Schmerztherapie sowie Schmerzambulanzen in Krankenhäusern

„Es gibt oft den Anreiz darin, dass zum Beispiel Schmerztherapie invasiv durchgeführt wird“, sagt er. Davon profitiere nicht jeder. Er fordert, dass Gesprächsleistungen und Evaluation besser bewertet werden.

### **Dr. Ulrike Kaiser**

*Sprecherin der Adhoc-Kommission „Versorgungsforschung und Register“ der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Kaiser sieht Defizite in den Versorgungsansätzen. „Wir reden bei chronischem Diabetes nicht darüber, dass diese Patienten diese Erkrankung für immer haben werden. Bei den Schmerzpatienten tun wir das“, sagt sie. Nach einer teilstationären Therapie, seien die Patienten „austherapiert“ und würden „nicht weiter behandelt“. Sie könnten nicht wieder in eine teilstationäre Therapie zurückkehren. Das Problem sei dann, dass Nachbehandler „oftmals“ die Therapie nicht korrekt weiterverfolgten. Nicht selten würden chronische Schmerzpatienten dann beim Orthopäden wieder wie ein Akutschmerzpatient behandelt. Sie fordert Ansätze, wie man nach einer multimodalen stationären/teilstationären Therapie die Patienten weiter versorgen kann.



### **Dr. Christoph Faßbender**

*Präsidiumsmitglied Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD)*

Faßbender zeigt sich erfreut, dass die Kostenträger die Kosten für die stationäre multimodale Therapie auch bezahlen wollen. Er ist aber nicht der Ansicht, dass dies Leistungssegment adäquat finanziert ist. „Wenn man sich das DRG-System vor

Augen führt, sollte das ein durchgängig leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem sein“, sagt Faßbender. Pauschale Vergütung habe man für die multimodale Therapie erreicht. Leistungsorientiert sei es keineswegs. Faßbender verweist darauf, dass eine stationäre Einrichtung nahezu das gleiche Geld abrechnen kann – egal ob ein Patient sieben Tage oder weniger als sieben Tage im multimodalen Programm ist, zwischen sieben und 13 Tagen respektive 14 und 20 Tagen oder auch länger. Er sieht eine „bedrohliche Tendenz“ erreicht, dass immer mehr Krankenhäuser aus ökonomischer Perspektive die Patienten so kurz wie





möglich behandeln. Das sei „kritisch“ in Bezug auf die medizinische Ergebnisqualität, die eine stationäre Behandlung von mindestens 14 bis 15 Tagen erfordere. Faßbender weist auch auf eine Spirale der Vergütung nach unten hin. Wenn alle Kliniken, die an der Kalkulation der Kosten teilnehmen würden, ihre Verweildauer für Schmerzpatienten absenken würden, gehe das INEK von einer neuen Verweildauersituation aus. Die Folge sei, dass die Kostengewichte, die jedes Jahr neu kalkuliert werden, dementsprechend nach unten korrigiert würden. „Somit erfahren die Anbieter auf Leistungsseite jedes Jahr die neue Situation, dass sie durch einen Katalogeffekt, wenn auch marginal, in den meisten DRG-Bereichen, weniger Geld für ihre Leistungen erhalten und somit diese Tendenz nicht gestoppt wird“, so Faßbender.

### **Dr. Michael Schenk**

*Vorstandsmitglied Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland (BVSD)*

Schenk macht deutlich, dass ein schlecht behandelter akuter Schmerz leicht zu einer Chronifizierung führen kann. Er zitiert aus einem Gespräch mit Dr. Wolfram Seidel, Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädisch manualmedizinischer Akutkliniken (ANOA). Dieser habe in der Pause betont, dass Patienten mit chronischen Schmerzen, wenn sie mit Schmerzen zum Arzt gingen, jedes Mal wieder wie ein Akutpatient behandelt würden. Es werde „das chronische“ nicht angegangen. Schenk zufolge muss es das Ziel der Schmerztherapie sein, die Patienten „wieder zu autonomisieren“, damit sie sich wieder selbstständig versorgen könnten. Das sei ein „Lernprozess“, der mindestens 14 Tage dauere. Schenk kritisiert das DRG-System, die Abwärtsspirale, die Faßbender zitiert, sieht er ebenfalls.



### **Dr. Ilona Köster-Steinebach**

*Referentin Gesundheitswesen, Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv)*

Sie glaubt, dass Änderungen am DRG-System notwendig sind, die bestehende Abwärtsspirale müsse durchbrochen werden. Darüber hinaus sieht sie es als notwendig an „so etwas wie Regionalbudgets“ zu bekommen, um die Einbindung von oder den Wechsel ambulant/stationär in den Griff zu kriegen. Köster-Steinebach spricht sich explizit dagegen aus, die Versorgung von Schmerzpatienten in den Wettbewerb zu stellen. Es sei schwer zu erklären, warum ein Patient bei der einen Kasse gut versorgt werde und bei einer anderen nicht.

### **Dr. Bernd Köppl**

*Vorstand des Bundesverbands Medizinische Versorgungszentren - Gesundheitszentren - Integrierte Versorgung (BMVZ)*



Köppl sieht ein Schnittstellenproblem. Es sei bekannt, dass es sowohl stationär als auch ambulant Player und Versorgungsformen gebe, die Patienten gut behandeln. „Aber wenn der Patient - wie bei chronischen Schmerzpatienten - häufiger mal den Wechsel machen muss von ambulant nach stationär oder umgekehrt und das vielleicht nicht nur alle 20 Jahre, sondern vielleicht alle zwei, drei Jahre, dann gibt es Probleme“, sagt er. Dieses würde das therapeutische Ergebnis „untergraben“ und sei teuer. Er führt aus, dass es Ziel sein muss, die Versorgungskette qualitativ zu kontrollieren und leitliniengerecht über die Sektorengrenze hinweg zu organisieren.

### **Dr. Rainer Prönneke**

*Vorstandsmitglied Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV)*

Prönneke wirbt dafür, dass die Mediziner mehr voneinander lernen und besser miteinander kommunizieren. „Jeder Patient fängt bei jedem Therapeuten neu in der Hoffnung an, dass dieser besser hilft als der Vorgänger. Die gesamten Vorerfahrungen münden dann nicht auf den Punkt“, sagt er. Das führe zu einem „Drehtüreffekt“. Der Grund liege aber auch in enttäuschten Patienten. Prönneke macht sich zu dem dafür stark, dass jede Klinik eine „Task Force“ schmerzarmes Krankenhaus etablieren muss. Darüber hinaus seien Netzwerke zu gründen, die sich um die Schmerzversorgung eine Region kümmern. Diese könnten „Keimzellen“ für das Thema sein.



### **Klaus Focke**

*Abteilungsleiter Versorgungsmanagement BKK-Dachverband*

Die Finanzierung der Schmerztherapie ist nach Ansicht von Focke über das DRG-System gut abgebildet. „In der Kalkulation wird die Realität abgebildet. Punkt“, sagt er. Das Problem sei – wenn überhaupt – im Klassifikationssystem zu suchen. Seiner Meinung nach könnte der Arbeitsauftrag einer „Adhoc-Arbeitsgruppe“ darin bestehen, „zu überlegen, wie das DRG-System und insbesondere die zugrundeliegenden Klassifikationssysteme weiterentwickelt“ werden kann, damit es zu einer „gerechteren Finanzierungsbasis“ komme. Focke hält nichts von Wettbewerb und Selektivverträgen in der Schmerzversorgung.

## **Klaus Böttcher**

*Hauptabteilungsleiter Leistungen, Verträge,  
Beiträge, KKH Kaufmännische Krankenkasse*

„Was macht denn die chirurgische Abteilung, wenn die Schmerzambulanz in der Klinik zu dem Ergebnis kommt, ein Patient braucht gar keine OP?“, fragt er. Böttcher fordert alternative Angebote – etwa über IV-Verträge – für diese Patienten. Er sei „gerne bereit auch darüber zu reden“, was man mit den „sagen wir mal 20 Millionen Euro, die wir dadurch einsparen, gemeinsam veranstalten“ könnte. Böttcher spricht sich darüber hinaus für Zweitmeinungsverfahren aus.



## **Prof. Dr. Wolfgang Koppert**

*Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)*

Koppert weist auf ein Paradoxon hin. Bei einer guten Schmerztherapie sinken die Erlöse. Das sei ähnlich wie bei guter Hygiene. Diese führe zu weniger Komplikationen und im Prinzip zu weniger schweren Fällen. Er weist auch darauf hin, dass die Schmerzgesellschaft Standards definieren muss. Die Frage müsse beantwortet werden, welche Patienten ambulant multimodal behandelt werden könnten, wer eine teilstationäre Behandlung brauche und wer wirklich stationär aufgenommen werden müsse, sagt er.

## **Dr. Jan-Hinnerk Mehrkens**

*Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC)*

Er stellt klar, dass Chirurgen nicht die Feinde der Schmerztherapie sind. Man betreibe eine „operative Schmerztherapie“, die auch einen sehr großen Stellenwert habe. Er fordert eine bessere Zusammenarbeit zwischen Operateuren und Schmerztherapeuten, die nicht invasiv tätig seien.



## **Dr. Hubert Schindler**

*Verband der Ersatzkassen (vdek)*

Schindler macht den Vorschlag, die Finanzierungsprobleme „in einem geschützten Raum“ mit „Spezialisten aus dem Krankenhausfinanzierungssystem“ und Schmerzthe-

rapeuten anzugehen. Es sei ergebnisoffen zu klären, wo die exakten Schwierigkeiten liegen und ob man Lösungen innerhalb des DRG-Systems oder außerhalb finden könne.

### **Prof. Dr. Jan Vesper**

*Deutsche Gesellschaft für Neuromodulation (DGNM)*

Vesper glaubt nicht, dass Zweitmeinungsverfahren wirklich etwas bringen. Stattdessen würden bei elektiven Operationen Behandlungspfade, die für alle gelten, etwas verändern. In vielen Bereichen wie Hirnschrittmachern bei Parkinson gebe es so etwas bereits, bei der Schmerzbehandlung sei das „noch völlig offen“.



### **Dr. Michael Schenk**

*Vorstandsmitglied Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland (BVSD)*

Er betont, wie wichtig eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist. Hochchronifizierte Schmerzpatienten mit diversen psychosozialen Läsionen und Problemen bräuchten eine hochintensive Behandlung. Dafür sei ein Behandlungsteam nötig, das das gleiche Behandlungsziel habe und miteinander kommuniziere. „Das halte ich momentan im ambulanten Sektor für vollkommen unmöglich. Also kriege ich weder die Kommunikation hin noch die Behandlungsdichte“, sagt er. In der bestehenden Versorgungslandschaft sieht er die einzige Chance für die Patienten darin, diese „ausschließlich stationär oder teilstationär, tagesstationär“ zu behandeln.

### **Myriam Heilani**

*stellvertretende Bundeskoordinatorin Medizinische Ausbildung, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd)*

Heilani betont, die Einführungen der Querschnittsbereiche Q13 und Q14, also Palliativmedizin und Schmerzmedizin, sei ein „Meilenstein“ gewesen. In der Praxis mangle es aber an der konkreten Umsetzung. Diese sei „sehr inhomogen“. Die Studierendenvertreterin fordert unter anderem mehr „Bedside-Teaching“. Das sei gerade in der Palliativmedizin und in der Schmerzmedizin gut umsetzbar.



## Oliver Stenzel

*Leiter Politik und Gremienarbeit, Verband der Universitätsklinika Deutschlands (VUD)*

Stenzel glaubt, dass Hochschulambulanzen „ganz wesentliche Versorgungslücken, die es teilweise gibt, schließen“ können. In der Abklärungsdiagnostik seien sie in vielen Bereichen führend. Er betont auch, das Schmerz Know-how müsse in das Medizinstudium integriert werden.



*Oliver Stenzel, daneben Dr. Ulrike Kaiser*

## Dr. Wolfram Seidel

*Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädisch manualmedizinischer Akutkliniken (ANOVA)*

Seidel zeigt sich davon überzeugt, dass Zweitmeinungsverfahren ein gutes Mittel sind, wenn das alle wirklich wollten. Das sei zwar ein „riesen Aufwand auch für den Kostenträger“, aber es brauche eine hohe Intensität. Er fordert „diagnostische Settings“, in die behandelnde und vorbehandelnde Ärzte, Psychologen, Patienten und Sachbearbeiter der Kassen einbezogen werden.

## Dr. Siegfried Throm

*Geschäftsführer Forschung, Entwicklung, Innovation, Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA)*

Schmerz ist für einige unserer Firmen ein sehr wichtiges Forschungsgebiet. Wir sind nicht für die Anwendung verantwortlich, liefern aber die entsprechenden Werkzeuge, um Patienten individuell – in aller Regel auch in multimodalen Schmerzkonzepten – behandeln zu können.



## Prof. Dr. Winfried Meißner

*QUIPS*

Meißner sieht es als notwendig an, vor jeder multimodalen konservativen Schmerztherapie ein Assessment durchzuführen. Das führe dazu, dass Patienten besser gefiltert und gezielter in die passende Therapie überführt werden könnten. Es gehe darum, „vernünftige Patientenversorgungspfade“ zu steuern.

Themenfeld III:

#### Schmerzversorgung in Pflegeeinrichtungen

*Pflegeeinrichtungen sind wichtige Orte des Schmerzerlebens. Die Debatte zeigt, dass es Best-Practice-Beispiele und hoch motiviertes Personal gibt. Dennoch bestehen erhebliche Defizite.*

#### **Prof. Dr. Erika Sirsch,**

*Lenkungsausschuss Deutsches Netzwerk Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP) sowie Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften (DGP)*

Sirsch erläutert, dass das DNQP sich der Entwicklung von Standards in der Pflege verschrieben hat. Existente seien etwa solche zum Entlassmanagement, aber auch zu akuten und chronischen Schmerzen. Probleme sieht Sirsch in der Umsetzung. Dafür

brauche es fachliche Expertise, die nicht immer in der Grundausbildung vermittelt würde und Nachschulungen zur Folge hätten. Auch stünden nicht immer Schmerzexperten wie Pain-Nurses bereit. Doch selbst wenn Know-how vorhanden ist, gibt es laut Sirsch Schnittstellenprobleme zwischen Pflege und Ärzten. Pflegenden in stationären Altenpflegeeinrichtungen verfügten häufig gar nicht über die Informationen, die sie brauchten. Zum Beispiel landeten Arztbriefe nur beim Hausarzt, der Pflege fehlten wichtige Informationen. „Kernproblem ist die mangelnde Kommunikation“, sagt Sirsch. Sie fordert Standards für ein differenziertes Schmerzassessments.



#### **Nadja Nestler**

*Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster*

Nestler macht deutlich, dass mit dem Versorgungsforschungsprojekt der Schmerzfreien Stadt Münster die Versorgung der Menschen deutlich verbessert

wurde. Das gelte nicht zuletzt für Schmerzpatienten in Altenpflegeeinrichtungen. Nestler betont, dass es gerade in Pflegeheimen sehr große Probleme mit der Schmerzversorgung gibt. Sie verweist auf Befragungen, wonach 64 Prozent der Bewohner, die kognitiv dazu in der Lage waren, über behandlungsbedürftige Schmerzen geklagt haben. 48,9 Prozent davon hatten Schmerzen in Ruhe. Von den Bewohnern, die kognitiv nicht mehr in der Lage waren sich zu äußern, wurde diese Zahl aufgrund von Verhaltensweisen ebenfalls auf 64 Prozent geschätzt. Nestler zufolge ist gleichzeitig festgestellt worden, dass die Hälfte der Bewohner keine medikamentöse Basisschmerztherapie erhielten, 70 Prozent sogar keine Bedarfsanordnung. Nestler glaubt nicht, dass Münster ein Einzelfall ist. Vielmehr sei „ein großes Problem vorhanden“, das auch dadurch entstehe, dass es eine „mangelnde interprofessionelle Herangehensweise“ gibt. Das Projekt hat laut Nestler die Kooperation der Professionen verbessert und für eine zunehmende Professionalisierung und Ausbildung wie etwa zusätzlichen Pain-Nurses gesorgt. Darüber hinaus habe es interprofessionelle Schulungen gegeben. Laut Nestler ist die Zukunftsfähigkeit des Projektes gesichert. Man habe Strukturen aufgebaut, die „jetzt weiterleben können“. Interesse gibt es auch aus anderen Kommunen und Ländern. Nestler mahnt auch an, die Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegeeinrichtungen weiter zu verbessern. Sie plädiert für Modelle, bei denen Hausärzte mit Altenheimen Versorgungsverträge schließen. (Zum „Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster“ siehe auch Hintergrundinfo auf Seite 5.)



## Sabine Trept

*Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband*

Trept sieht Defizite in der stationären und ambulanten Altenpflege. Ambulant werde nur in 68 Prozent der Fälle ein Schmerzassessment durchgeführt. Sie macht darüber hinaus ein Schnittstellen- und Kommunikationsproblem zwischen Krankenhaus, ambulant im Krankenhaus, stationärer Altenpflege sowie ein Qualifizierungsdefizit aus. „Die Leute, die heutzutage am Patienten arbeiten, sind noch nicht mal mehr die Pflegefachkräfte“, sagt sie. Die Pflegefachkraft husche im Altenheim morgens einmal über die Station und verteile die Medikamente. Ansonsten werde viel mit Assistenz- und Betreuungspflegekräften gearbeitet. Demzufolge müssten nicht nur Ärzte und Pflegefachkräfte, sondern auch Assistenten geschult werden. Trept fordert zudem, die Aspekte Kommunikation und Schmerzerfassung bereits in der medizinischen und pflegerischen Ausbildung zu vermitteln.



#### **Klaus Böttcher**

*Hauptabteilungsleiter Leistungen, Verträge, Beiträge, KKH Kaufmännische Krankenkasse*



Böttcher macht im Vergleich von 2012 zu heute Fortschritte in der Schmerzversorgung aus. 2012 habe es eine Quote von 55 Prozent bei der Schmerzerfassung gegeben, die 2014 bei 80 Prozent lag. Das sei „enorm“. Richtig gut aufgestellt sei man damit aber noch nicht. Böttcher sieht „ein Riesenproblem“ in der Koordination zwischen dem, was in den Pflegeeinrichtungen passiert und dem, was beispielsweise auch im ambulanten ärztlichen Bereich geschieht. Das sei bei Schmerzen, aber auch der Arzneimitteltherapie der Fall. Böttcher votiert für eine „koordinierende Stelle“, die in der stationären Pflege angedockt wird und in der Lage ist „die unterschiedlichen Sprachen und Kulturen zueinander zu bringen“. Einen Wettbewerb über die integrierte Versorgung in der Pflege kann er sich nicht vorstellen. Es brauche eine „gesetzliche Grundlage“, die so zwingend sein müsste, dass Kassen es automatisch in der Vergütung abbilden müssten. Nur die Pflegesätze für die stationäre Pflege zu erhöhen, lehnt er ab. Das führe in der Regel nur dazu, dass die Pflegenden höhere Zuzahlungen leisten müssten. Nach Schulnotensystem gibt Böttcher den Einrichtungen heute „eher eine Drei“.

#### **PD Dr. phil. habil. Regine Klinger**

*Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF)*

Klinger sieht Schnittstellen- und Kommunikationsprobleme. Sie erkennt eine Diskrepanz zwischen Qualität und Ausbildungskonzepten in der Pflege, in der Psychologie, in der Physiotherapie und in der Medizin. „Wir haben hochengagierte und hochqualifizierte Leute, aber es gelingt nicht, diese Expertisen zusammenzubringen“, sagt sie. Das gelte für den gesamten ambulanten und stationären Bereich. Für Klinger muss es darum gehen, die vorhandene Qualität zusammenzubringen. Sie regt an, dafür Finanzierungsanreize zu schaffen.



*Dr. Regine Klinger, im Hintergrund Prof. Dr. Michael Schäfer*



## Claudia Pohl

*Referentin für Altenhilfe, AWO Bundesverband*

Pohl sieht die Pflegeeinrichtungen und Träger gefordert, sich intensiv mit Expertenstandards zu befassen, Mitarbeiter zu qualifizieren und zu motivieren und Netzwerke zu bilden. Sie erachtet eine Kooperation mit den Ärzten für notwendig. Pohl kritisiert, dass die Weiterbildung zu Pain-Nurses in vielen Einrichtungen „nicht im Fokus“ steht. Sie verweist auf ein AWO-Haus aus Braunschweig als „Best Practice“. Dort seien alle Mitarbeiter, auch Hausmeister und Hauswirtschaft mit einer Grundqualifikation „Palliativ Care“ ausgebildet worden. Sie betont, es gebe zwar eine Sensibilisierung für das Thema Schmerz. Probleme macht sie aber in der Finanzierung aus. Eine Zunahme von medizinischer Behandlungspflege müsse auch abgebildet werden. Das sei derzeit nicht der Fall.



## Ute Repschläger

*Vorsitzende Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten (IFK)*

Repschläger sieht Probleme für Physiotherapeuten in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Physiotherapeuten hätten derzeit keinen Zugriff auf die Patientenakte. Das habe zur Folge, dass Physiotherapeuten Schmerzpatienten versorgen sollten und dann erst einmal „loslegen“ und alle Informationen zusammentragen müssten. Sie fordert einen Zugriff auf die Patientendaten, das könnte im E-Health-Gesetz geregelt werden.



*Ute Repschläger, neben Dr. Joachim W. Ulma*

## Prof. Dr. Thomas Fischer MPH

*Sprecher des Arbeitskreises „Alter und Schmerz“ der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Nach Auffassung Fischers werden alte, pflegebedürftige und an Demenz erkrankte Patienten vernachlässigt. Er fordert multiprofessionelle Assessments und eine bessere Forschungsförderung. Für Fischer geht es um Strukturfragen bei der Versorgung. Das könne nicht einzelnen Projekten, Pflegenden, Ärzten und Verbände überlassen werden. Fischer stellt die Frage, warum es keine Versorgungsstruktur gibt, die nicht an dem Punkt aufhört, wenn jemand Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält. Er mahnt auch an, den Pflegeschlüssel zu verbessern. Fischer weist auf Studien hin, die zeigten, dass bei geringen Schlüsseln nicht nur die Behandlungsergebnisse schlechter werden, sondern die Patienten sterben. „Wir haben



### III. Schmerzversorgung in Pflegeeinrichtungen

eine deutlich höhere Mortalität in Krankenhäusern und in Pflegeeinrichtungen mit geringerem Personalschlüssel. Ich verstehe nicht ganz genau, was der Unterschied bei diesen Befunden ist zu dem Unterschied von tödlichen Nebenwirkungen, unerwünschten Wirkungen bei Arzneimitteln“, sagt Fischer. Wenn man in der Dimension Patientengefährdungen durch Arzneimittel auf dem Tisch liegen hätte wie es sich durch den Mangel an Pflegepersonal gebe, „dann hätten wir im Nu eine riesige Debatte“. Er könne daher nicht nachvollziehen, warum die Bundespolitik sich gegen Mindestpersonalstandards sperre.

#### **Monika Thomm,**

*Sprecherin des Arbeitskreises „Krankenpflege und Medizinische Assistenzberufe in der Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Sie weist darauf hin, dass es eine hohe Motivation der Pflegenden gibt, die Schmerzversorgung zu verbessern. Pflegekräfte kämen von alleine, um die Fachkompetenz zu erwerben und auf Augenhöhe mit den Ärzten zu kommunizieren. Sie mahnt Ärzte, Pflegende mit der Fachkompetenz ernst zu nehmen. Als Problem macht sie aus, dass es von vielen Einrichtungen an der finanziellen Unterstützung mangelt. Die Pflegekräfte bezahlen nicht nur die Weiterbildung aus eigener Tasche, sondern verdienen nach der Fortbildung auch nicht automatisch mehr als zuvor. Das sei bedenklich.



#### **Martina Rettig**

*Sprecherin Fachgruppe Pflegeexpertinnen Schmerz im Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK)*



Rettig sieht es ebenfalls als Problem an, dass hochmotivierte Pflegekräfte ihre Fortbildungen selbst bezahlen müssen. Sie vermisst zudem eine mangelnde Anerkennung und Akzeptanz durch viele Ärzte. Rettig spricht die geplante Änderung der Pflegeausbildung an. Sie sieht darin eine Chance, dass es in Zukunft zum Beispiel einen Anästhesieintensivfachpflegebereich geben könnte, bei dem die Schmerztherapie eine besondere Rolle spielt – und auch die Vergütung besser ist.

## **Herbert Weisbrod-Frey**

*Abteilungsleiter Gewerkschaft Ver.di*

Weisbrod-Frey sieht die Pflege in Dimensionen belastet, die bisher nicht bekannt gewesen sind. Zwar sei viel Wissen vorhanden, aufgrund des ständigen Zeitdrucks sei dies aber nicht anzuwenden. Der Gewerkschaftler weist darauf hin, dass immer mehr Patienten stundenlang warten müssten, bis sie Schmerzmedikamente bekommen. Das bedrücke die Pflegekräfte „ganz besonders“. Er fordert die Politik auf, zu handeln und die Personalausstattung festzulegen. Es müsse jetzt „mehr Druck“ von der Politik geben und nicht erst 2020.



Themenfeld IV (Round Up und Ausblick)

### Schmerzversorgung benötigt Zeit und gute Kommunikation

*Die Versorgungsforschung war jahrelang ein ungeliebtes Kind. Mit der großen Koalition ist sie zum Liebling der Politik geworden. Sind damit alle Probleme auf einen Schlag gelöst?*

Was muss geschehen, damit die Schmerzversorgung besser wird? Mehr Zeit und eine bessere Kommunikation zwischen den Professionen sind zwei Aspekte, zeigt die Gesprächsrunde mit Dr. Klaus Reinhardt, Vorsitzender des Hartmannbunds, Armin Ehl, Hauptgeschäftsführer des Marburger Bundes, und Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede, Präsident International Association for the Study of Pain.

**Lisa Braun:** Herr Reinhardt, wo steht die Schmerzversorgung heute?

**Dr. Klaus Reinhardt:** Bei Ärzten ist das Thema Schmerz heute präsenter als das vielleicht vor 10 oder 20 Jahren war. Die Fortbildungen zu dem Thema sind hervorragend.

**Braun:** Was ist das wichtigste für die Schmerzversorgung?

**Reinhardt:** Da Schmerztherapie in der Mehrzahl der Fälle etwas Multimodales und Interdisziplinäres ist, sind Kooperation und Kommunikation extrem wichtig. Das Problem ist: Für alles haben wir eigentlich vor allen Dingen keine Zeit. Die Frage ist, ob wir das mit mehr Geld heilen können oder ob wir andere Prioritäten setzen müssten. Notwendig ist, dass Ärzte miteinander reden. Bei schwierigen Schmerzpatienten müssten sich Hausarzt und Spezialist die Muße und Zeit nehmen, miteinander zu sprechen, vielleicht auch einen Dritten an Bord zu nehmen. Das tun wir fast nie, weil wir zeitlich so getaktet sind, dass uns die Zeit dafür häufig gar nicht bleibt.



**Braun:** Sehen Sie das auch so, Herr Treede?

**Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede:** Ja, was in der therapeutischen Arbeit letztlich fehlt, ist Zeit. Ich möchte aber gerade zum hausärztlichen Bereich noch einen Satz sagen. Ich denke, dass wir aufpassen müssen, nicht nur auf die Spezialistenzahl zu schauen. Ganz entscheidend ist der primärärztliche Bereich und da bin ich persönlich sehr froh, dass wir den Querschnittsbereich 14 haben. Arbeiten müssen wir auch am Versorgungsloch Entlassmanagement.

**Braun:** Was meinen Sie konkret?

**Treede:** Die Frage ist, was passiert, wenn der Patient aus der Klinik in den ambulanten Bereich kommt? Da müsste man tatsächlich strukturierte Übergänge und Standards setzen. Man muss festlegen, wie die weitere Versorgung auszusehen hat, wenn ein Patient mit Schmerzen entlassen wird. Wie geht der Übergang in den ambulanten Bereich zur Psychotherapie? Wie ist es mit den Heilmitteln. Hier könnte man sinnvoll ansetzen. Das gilt übrigens auch für die Handlungsfelder, die wir für den nationalen Aktionsplan identifiziert haben. Wir müssen Forschung fördern, Ausbildung und Weiterbildung stärken. Die Psychologen haben im Moment das Problem, dass es zwar eine spezielle Weiterbildung gibt, aber dass in der Grundausbildung der klinischen Psychologen noch Mängel bestehen.

**Braun:** Herr Ehl, wo sehen Sie Handlungsbedarf?

**Armin Ehl:** Seit einigen Jahren ist das Thema Schmerzen bei uns in den Gremien präsent. Wir haben uns gefragt, wie wir das in die Struktur hineinbekommen. Es gibt ja bereits die Zusatzbezeichnung Schmerztherapeut oder Schmerzarzt. Nur haben wir davon zu wenige. Die Zahl muss sicherlich erhöht werden. Das wäre etwas, das man in Zukunft nochmal anfangen sollte. Gut ist, dass das Thema inzwischen in der Approbationsordnung steht. Das Thema muss sehr früh an angehende Ärzte adressiert werden – und es sollte auch zur nächsten Reform der Musterweiterbildungsordnung gehören.



*Gesprächsrunde (von links): Dr. Klaus Reinhardt, Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede, Lisa Braun (Moderation) und Armin Ehl*



## Nach dem Schmerzforum

### Es tut sich etwas

Abrechnungsprobleme

## Adhoc-Arbeitsgruppe will Lösungen suchen

2. Nationales Schmerzforum bringt Akteure an einen Tisch

Das 2. Nationale Schmerzforum hat bereits in laufender Runde zu ersten Ergebnissen geführt. Eine Adhoc-Arbeitsgruppe aus Krankenkassenvertretern und Schmerzexperten will konkrete Lösungen für Klassifikationsprobleme beim System der diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) erarbeiten.



Das Forum zeigt: Aus Sicht vieler Experten ist es nötig, Kliniken in Deutschland im Hinblick auf eine gute Schmerzversorgung zukünftig vergleichen zu können. Dafür sollte ein „Schmerz-Indikator“ entwickelt werden. Zudem müssen die Rahmenbedingungen – beispielsweise durch die Landeskrankenhausplanung, aber auch durch Nachbesserungen im „DRG-System“ – wesentlich verbessert werden.

Schmerzmedizin

## Organisationen einigen sich auf Klassifikation

Fachgesellschaften und Verbände in der Schmerzmedizin haben Struktur- und Qualitätskriterien für schmerzmedizinische Einrichtungen erarbeitet und in einem Klassifizierungskatalog zusammengefasst.

Die Autoren zeigen sich überzeugt, dass mit den nun erstmalig definierten Kriterien die schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland „überprüfbar verbessert“ werden kann. Die Klassifikation schaffe unter anderem die Voraussetzung für eine Bedarfsplanung. Gleichzeitig könne sie die Grundlage für neue Vergütungsregelungen darstellen. Gefordert wird in einem zusätzlichen Konsenspapier der Organisationen auch, eine „Fachkunde Schmerzmedizin“ mit dem Ziel ins Leben zu rufen, die primärärztliche Versorgung zu verbessern. Dem Vernehmen nach soll es sich um eine Art Weiterbildung handeln, die an die Schmerzmedizin heranführt. Details sind noch nicht bekannt.

Beteiligt an dem Konsens sind: Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland (BVSD), Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF), Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS), Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS), Deutsche Schmerzgesellschaft, Deutsche Schmerzliga (DSL) sowie Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie (IGOST).

Das Konsenspapier und den Klassifizierungskatalog stehen als PDF-Dokument zum Herunterladen unter folgenden Links bereit:

>> [www.bv-schmerz.de/medien/pdf/Klassifizierung%20schmerzmed.%20Einrichtungen\\_160715.pdf](http://www.bv-schmerz.de/medien/pdf/Klassifizierung%20schmerzmed.%20Einrichtungen_160715.pdf)

>> [www.bv-schmerz.de/medien/pdf/Konsenspapier%20Klassifizierung%20schmerzmed.%20Einrichtungen%20160715.pdf](http://www.bv-schmerz.de/medien/pdf/Konsenspapier%20Klassifizierung%20schmerzmed.%20Einrichtungen%20160715.pdf)

Update Multimodale Schmerztherapie

## Fallpauschalenkatalog nachgebessert

Im Fallpauschalenkatalog 2016 wird die multimodale Schmerztherapie mit einem Behandlungszeitraum von mindestens 14 Tagen höher bewertet als Therapien von geringerer Dauer. Darauf hat der Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland (BVSD) sowie die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. hingewiesen.

Der Fallpauschalenkatalog bilde künftig die stationäre multimodale Schmerztherapie angemessener ab als in der Vergangenheit. Das sei „ein wichtiger struktureller Schritt“ in der Umsetzung einer leitliniengerechten multimodalen Schmerztherapie für Patienten mit starken chronischen Schmerzen, für die eine ambulante Behandlung nicht ausreichend sei. Mit den beschlossenen Fallpauschalen würden zumindest im stationären Sektor bessere Behandlungsmöglichkeiten unter wirtschaftlich tragfähigen Bedingungen erreicht, so die Experten.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. und der BVSD haben mit der Adhoc-Kommission „Versorgungsfragen“ der Deutschen Schmerzgesellschaft Ende März 2015 einen Antrag zur Weiterentwicklung der Fallpauschalen für die „Multimodale Schmerztherapie“ gestellt. Das Ziel: Die Sicherstellung einer hochintensiven stationären multimodalen Schmerztherapie. Die Gleichbewertung von niedrig und höher intensiven Leistungen hatte bislang dazu geführt, dass in vielen Krankenhäusern bei fallenden Erlösen immer kürzer behandelt wurde. Die vollstationären Einrichtungen, die höher intensive Therapieprogramme angeboten haben, hatten in den vergangenen Jahren nach Aussagen vieler Schmerzmediziner zunehmend Probleme mit der Kostendeckung.



Impressionen vom 2. Nationalen Schmerzforum







## 2. Nationales Schmerzforum

Das 2. Nationale Schmerzforum fand am 17. September 2015 in der Zeit von 12-17 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](mailto:info@dgss.org)  
Internet: [www.dgss.org](http://www.dgss.org)

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

Gestaltung: Presseagentur Gesundheit GbR, Michael Pross,  
[www.pa-gesundheit.de](http://www.pa-gesundheit.de)

Fotos: [axentis.de](http://axentis.de), Georg Lopata, wenn nicht anders  
im Bild angegeben

Diese Zusammenfassung steht zum Download bereit unter:  
[www.dgss.org](http://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.

## 5. Aktionstag gegen den Schmerz

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



Also: Machen Sie mit am 7. Juni 2016, dem fünften bundesweiten „Aktionstag gegen den Schmerz“. Wir knüpfen damit an den großen Erfolg der ersten vier 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 7. Juni 2016 erneut zwischen 9:00 und 18:00 Uhr mehrere Dutzend renommierte Schmerzexperten aus ganz Deutschland für Fragen zur Verfügung.

Flyer Download: [www.dgss.org/fileadmin/pdf/Flyer\\_Aktionstag\\_2016\\_v1.pdf](http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Flyer_Aktionstag_2016_v1.pdf)

**Bitte  
vormerken:**

Das

## **3. Nationale Schmerzforum**

findet am

**22. September 2016**

in Berlin statt.

Donnerstag, 22. September 2016, 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](http://www.nationales-schmerzforum.de)