



# 4. Nationales Schmerzforum

**Berlin**

**15. September 2017**

Zusammenfassung



## Schmerzexperte ist der Patient

Editorial

Das Nationale Schmerzforum bringt schon zum vierten Mal die Akteure zum Thema Schmerz in der Hauptstadt an einen Tisch. Die hochkarätige Besetzung aus rund 60 Experten beweist, dass die Deutsche Schmerzgesellschaft mit dieser Plattform einen wichtigen Beitrag dazu leistet, akteursübergreifend auf Bundesebene die Stimmen zu bündeln, den Handlungsbedarf zu benennen und konkrete Schritte der Umsetzung von Verbesserungen zu benennen.

Unsere Grundidee im Vorfeld der Veranstaltungskonzeption im Jahr 2014 basierte auf der Erkenntnis, dass in Deutschland zwar viele Einzelinitiativen sowie sporadische Aktionen zum Thema Schmerz existierten, diese aber nicht zu den dringend benötigten Durchbrüchen für Patienten, Ärzte und andere medizinische Fachkräfte führten. Wir haben diese Fäden zusammengebunden.

Die Ergebnisse können sich sehen lassen; denn seit dem 1. Nationalen Schmerzforum ist viel passiert: Das Thema Schmerzversorgung wurde in die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder getragen, einzelne Bundesländer setzen den GMK-Beschluss bereits um. Zudem hat die „Patientenbank“ beim G-BA einen Antrag für die Erarbeitung eines Schmerzindikators eingebracht. Weitere Erfolge wurden im Rahmen des Innovationsfonds erzielt, bei dem unter anderem unser Projekt PAIN2020 bewilligt wurde. Auch bei Ärzten und Fachgesellschaften findet ein Umdenken statt, wie das 4. Nationale Schmerzforum zeigt: Patientinnen und Patienten rücken als Expertinnen und Experten in den Fokus der Therapie, da diese Patientenorientierung für eine gut abgestimmte und erfolgreiche Behandlung unabdingbar ist.

Lassen Sie uns den Prozess zur Verbesserung der Schmerzversorgung weiter gemeinsam vorwärtsbringen. Wir freuen uns, Sie dazu auf dem 5. Nationalen Schmerzforum am 28. September 2018 in Berlin begrüßen zu dürfen.



*Thomas Isenberg*



*Prof. Dr. Martin Schmelz*

Herzliche Grüße, Ihr

**Prof. Dr. Martin Schmelz**

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

**Thomas Isenberg**

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft

# Von Patientenorientierung zu Patientenzentrierung

## Einleitung

**Patientenorientierung ist ein häufig genutzter Begriff. Auf dem Nationalen Schmerzforum wird das Schlagwort mit Erwartungen, Prioritäten, Umsetzungswillen und Zukunftswünschen gefüllt. Welche Erwartungen haben Patienten? Welche Gesundheitsdienstleister?**

Das Schlagwort „Patientenorientierung“ steht im Mittelpunkt des von der Deutschen Schmerzgesellschaft ausgerichteten 4. Nationalen Schmerzforums. Der Verband forschender Pharma-Unternehmen (vfa) geht einen Schritt weiter und spricht von Patientenzentrierung. „Betroffene stärken und beteiligen“, darauf liege seit einigen Jahren der Fokus ihrer Mitgliedsunternehmen, erklärt Barbara Haake, vfa-Referentin für Patientenzusammenarbeit, auf der Veranstaltung. Pharma-Unternehmen forschten für

Patienten – „allerdings müssen wir dafür vorher wissen, was Betroffene überhaupt brauchen, um beispielsweise Arzneimittel weiterzuentwickeln“. Es sei wichtig, dass Unternehmen und Patienten in einem kontinuierlichen Dialog miteinander stünden. Hierbei existieren der vfa-Referentin zufolge aber auch Probleme, zum Beispiel beim Thema klinische Studien. Oft wüssten Patienten nicht, wie sie sich an Studien beteiligen könnten. „Für unsere Mitglieder ist es hingegen manchmal schwierig, geeignete Patienten und Vertreter für klinische Studien zu finden, weil ihre Kenntnisse und auch Ressourcen oft begrenzt sind“, sagt Haake.



Foto oben: Barbara Haake. Im Hintergrund Ute Repschläger

Foto rechts: Heike Norda



### Experte ist der Patient selbst

„Für uns ist in erster Linie wichtig, dass wir die Sprache des Patienten wählen, dass wir ihn fragen, ob er das verstanden hat“, sagt auch Ute Repschläger, Vorsitzende des Bundesverbandes selbstständiger Physiotherapeuten. Therapieziele müssten gemeinsam vereinbart werden. Die anwesenden Patientenorganisationen halten den Ansatz der „Patientenzentrierung“ des vfa für einen ersten richtigen Schritt. „Der Patient muss als Schmerzexperte in die Behandlung miteinbezogen werden“, fordert Heike Norda, Vorsitzende von SchmerzLos, der bundesweiten Vereinigung aktiver Schmerzpatienten. Betroffene hätten häufig bereits zahlreiche Ärzte und Krankenhäuser



aufgesucht und ihre individuellen Erfahrungen gesammelt. Daher sei es wichtig, sie während der Behandlung in die Entscheidungen des ärztlichen Teams einzubinden. Um Betroffene und Organisationen angemessen in Studien einzubinden, seien allerdings mehr Schulungen für Pa-

*Foto links: Dr. Andrea Benecke und Ute Repschläger*

tientenvertreter nötig, erläutert Hannelore Loskill, Vorsitzende der BAG-Selbsthilfe.

*Foto unten: Lucia Gnant*

### **Patienten beteiligen sich ehrenamtlich**

Lucia Gnant, Präsidentin der MigräneLiga Deutschland, erläutert, dass aus ihrer Sicht Patientenorientierung mit der Patientenbeteiligung Hand in Hand geht. Patientenorganisationen würden diese Expertise – im Gegensatz zu anderen Organisationen oder Körperschaften – ehrenamtlich, d. h. unentgeltlich, erbringen, obwohl der Aufwand groß sei. „Wir haben bei ehrenamtlicher Tätigkeit mittlerweile ganz große Probleme, Menschen zu finden, die das überhaupt noch leisten wollen. Hier ist die Politik gefragt, sich andere Wege zu überlegen“, fordert die Präsidentin. Zudem kritisiert sie, dass Patienten zwar mitarbeiten, aber nicht mitentscheiden dürften.



## **Schmerz ist eine Volkskrankheit**

Nach den Angaben der Deutschen Schmerzgesellschaft gibt es hierzulande knapp 23 Millionen Menschen (28 Prozent der Bevölkerung), die an chronischen Schmerzen leiden. 95 Prozent von ihnen klagen über chronische Schmerzen, die nicht durch Tumorerkrankungen bedingt sind. Lege man die Messlatte der Beeinträchtigung durch die Schmerzen zugrunde, erfüllten sechs Millionen Deutsche die Kriterien eines chronischen, nicht tumorbedingten, beeinträchtigenden Schmerzes.



© sebra, Fotolia.com

### Neun von zehn Patienten ohne adäquate Therapie

Chronischer Schmerz sei ein vielschichtiges Krankheitsbild und erfordere neben der physischen Behandlung auch einen ganzheitlichen Ansatz, der die psychischen und sozialen Aspekte der Betroffenen in den Blick nimmt, erläutert Norda. Genau hier setze die multimodale Schmerztherapie an: Für den Patienten wird die am besten geeignete Kombination aus physikalischen Therapien und psychosozialer Betreuung ausgewählt. Begleitet werde sie zusätzlich durch eine sozialdienstliche Beratung, um auch das häusliche Umfeld oder die Situation am Arbeitsplatz zu berücksichtigen. „So wäre es im Idealfall, aber es fehlt an allen Ecken und Kanten“, kritisiert Norda und fügt hinzu, dass „neun von zehn Patienten keine adäquate Schmerztherapie“ bekämen.



Foto oben: Lilo Habersack. Im Hintergrund Dr. Katharina Glanz

Foto rechts: Dr. Andrea Benecke

### Ursachenforschung nötig

»Das Beschwerdebild, unter dem die Betroffenen leiden, nennt man Restless-Legs-Syndrom, was so viel wie Syndrom der unruhigen Beine heißt«, erklärt Lilo Habersack. Die Münchnerin leidet selbst unter der Erkrankung, kurz RLS genannt, und ist Vorsitzende der Deutschen Restless Legs Vereinigung.

Für die Erkrankung existierten vier Diagnosekriterien, die allerdings die Krankheit „nur“ als Beschwerden bzw. als Missempfindungen definierten. „Das ist mir zu wenig“, sagt Habersack. Um die Situation für Patienten zu entschärfen, fordert sie, die Ursachenforschung zu intensivieren.

### Kommunikation von Behandlern stärken

„Wir müssen die kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag stärken“, sagt Dr. Martina Wenker, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, die mit dieser Forderung den Perspektivwechsel auf dem Schmerzforum einleitet. Die Behandler bräuchten mehr Zeit für Kommunikation. „Wir müssen auch kultursensibel zuhören“, sagt Wenker und fordert deshalb, dass ärztliche Kommunikationskompetenz bereits im Studium trainiert wird.

Dr. Andrea Benecke, Vorstandsmitglied der Bundespsychotherapeutenkammer, geht einen Schritt weiter und will bei der kürzlich vom Bundesgesundheitsministerium initiierten „Allianz für Gesundheitskompetenz“ mitmischen. In der Bevölkerung gebe es Wissenslücken, der mit einer übergeordneten Plattform entgegenge wirkt werden könne. Da könnte aus seiner Sicht seine Kammer einen wichtigen Beitrag leisten.





## I. Bericht aus den Beratungen der Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK)

Mit ihrem einstimmigen Beschluss „Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung“ der 88. GMK erkennen die Teilnehmer der Konferenz an, dass die bisherigen Bemühungen nicht ausreichen, um ein adäquates Schmerzmanagement flächendeckend im ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten.

### Viele Bundesländer treiben Schmerzversorgung voran

#### **Dr. Sibylle Scriba**

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



Was hat sich politisch seit dem Beschluss entwickelt? Diese Frage beantwortet Dr. Sibylle Scriba basierend auf einer aktuellen Umfrage unter den 16 Bundesländern. Dabei ging es insbesondere um zwei große Themenblöcke: Welche Bemühungen unternehmen die Krankenhäuser, um die schmerzmedizinische Versorgung voranzutreiben? Und sind Schmerzzentren vorhanden? Die Länder strengten sich an, die Versorgung von Schmerzpatienten in Deutschland zu verbessern, berichtet Scriba. Das machten die ersten Auswertungen der Umfrage deutlich. Der Beschluss der GMK von 2015 sieht unter anderem vor, dass strukturiertes Schmerzmanagement in Krankenhäusern langfristig zum Qualitätskriterium wird, das auch bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen ist. Hierbei existierten be-

reits erste Planungen und Initiativen in einigen Bundesländern. Sie räumt aber ein, dass zwar viele Länder über positive Entwicklungen im Sinne des GMK-Beschlusses berichteten, diese Entwicklungen seien aber nicht immer gut dokumentiert und für die Landesbehörden abrufbar. „Das liegt daran, dass die Schmerzmedizin selten krankenhauplanerisch ausgewiesen ist“, sagt Scriba.

### **Schmerzversorgung im Fokus der Krankenhausplanung**

Besonders der Ausbau tagesklinischer Angebote für die Schmerzmedizin in den vergangenen Jahren werde von vielen Ländern hervorgehoben – „das passt auch zum dokumentierten Anstieg der Behandlungsraten für die multimodale Schmerztherapie“, so die Expertin. Zudem geben einige Länder an, in Kliniken Akutschmerzteams gebildet zu haben, beispielsweise in Mecklenburg-Vorpommern. Beim Thema „krankenhauplanerische Ausweisung von Schmerzzentren“ laufen laut Scriba die Diskussionen weiter. Aktuell hätten nur sechs Bundesländer nicht vor, Schmerzzentren auszuweisen. In Baden-Württemberg habe man sich dagegen schon entschieden, diesen Weg zu gehen. „Es gibt dort schon ausgewiesene regionale und überregionale Schmerzzentren und es gibt einen Landesbeirat für Schmerzversorgung, der die Zertifizierung der Zentren betreut“, erläutert Scriba und fügt hinzu, dass es bei der Zertifizierung vor allem darum gehe, schmerzmedizinische Leistungen anhand von nachvollziehbaren Kriterien darzustellen.



### **Pilotprojekte für eine bessere Versorgung**

Scriba berichtet auch über einige Pilotprojekte zur Stärkung der Schmerzversorgung. So wolle zum Beispiel Brandenburg die ambulante Palliativversorgung verbessern. In Baden-Württemberg arbeiteten Experten an einer Schmerzkonzeption, die eine gestufte Behandlung ermöglichen soll. „In Sachsen-Anhalt befasst sich ein Gremium für sektorenübergreifende Versorgungsfragen – das sogenannte 90a-Gremium – unter Bezugnahme zur Thematik Schmerztherapie und stimmt aktuell ein Positionspapier ab, dem noch eine Bedarfsanalyse vorangestellt werden soll.“ Scriba wünscht sich einen intensiveren Austausch zwischen den Bundesländern im Sinne von „Best Practice“.

## II. Cannabis als Medizin

Seit der Verabschiedung des Gesetzes „Cannabis als Medizin“ im März 2017 flammen immer wieder hitzige Debatten über dessen Umsetzung auf. Dabei reichen die Kritikpunkte von der mangelhaften Erstattungspraxis durch die Kassen bis hin zu Versorgungsdefiziten aufgrund von Lieferengpässen. Pietsch nimmt in seinem Gastbeitrag die strittigsten Punkte ins Visier.

### Lieferengpässe sind noch eine große Baustelle

#### Dr. Jörg Pietsch

*Leiter Abteilungsstab der Drogenbeauftragten der Bundesregierung  
Zusammenfassung seines Vortrags*



„Das Gesetz war ein Glanzstück der parlamentarischen Arbeit in dieser Legislaturperiode. Die Diskussion konzentrierte sich vorrangig auf die Versorgung von Patienten. Als die Drogenbeauftragte Marlene Mortler das erste Mal mit dem Thema in die Öffentlichkeit gegangen ist, musste sie viel Prügel einstecken, blieb aber standhaft dabei, dass das Gesetz „Cannabis als Medizin“ unbedingt kommen muss – mit Erfolg.

Ein Punkt, der im Moment immer wieder für Gesprächsstoff sorgt, ist, dass die Erstverordnung der Leistung der Genehmigung der Krankenkasse bedarf, die diese nur in begründeten Ausnahmefällen ablehnen kann. Es kommt immer wieder die Frage: Warum eigentlich die Genehmigung durch die Krankenkassen und warum sieht das Gesetz zusätzlich vor, dass es eine Begleiterhebung geben soll, die die Daten über die Verschreibung sammelt? Beides hat den einfachen Grund, dass wir bei Cannabis als Medizin eine deutlich geringere Evidenz haben als in anderen medizinischen Bereichen.

Eine große Baustelle sind zudem die Lieferengpässe bei einigen Cannabis-Blütensorten. Die Ursache ist, dass es nicht genügend auf dem Weltmarkt gibt. Wir können daran wenig ändern, bis wir in Deutschland einen eigenen Anbau bekommen, wie im Gesetz vorgesehen. Das zeigt, wie wichtig der Anbau in Deutschland ist, damit Versorgungsdefizite geschlossen werden können.

Last but not least die Frage: Wie steht es um denjenigen, die bisher eine Ausnahmegenehmigung für Cannabis hatten? Wie ist es mit der Erstattung? Die Frage ist leicht zu beantworten. Es gibt keinen Automatismus, dass jemand, der bisher eine

Ausnahmegenehmigung hatte, auch wieder eine Kostenerstattung bekommt. Es geht um zwei unterschiedliche Dinge: Die eine ist, ob Cannabis als Medizin genutzt und damit bezogen werden darf. Die zweite Frage ist, ob die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten trägt, was früher nicht der Fall war. Insofern ist es nachvollziehbar, dass hier eine neue und andere Prüfung stattfindet.“

## Hilft Cannabis wirklich?

### Prof. Dr. Michael Schäfer

*Ehemaliger Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Auf dem Schmerzforum treibt die Patientenvertreter auch die Frage um, inwieweit „Cannabis als Medizin“ bei Patienten schmerzlindernd eingesetzt werden kann. „Die vorliegenden Studien und Erfahrungsberichte zeigen deutlich, dass Cannabinoide einerseits in vielen Fällen nur sehr schwach schmerzlindernd wirksam sind, andererseits für einzelne ausgewählte Patienten durchaus hilfreich sein können“, erläutert Prof. Dr. Michael Schäfer, ehemaliger Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft und derzeit Mitglied der Ad-hoc-Kommission „Cannabis in der Medizin“ der Fachgesellschaft. Bemerkenswert sei allerdings, dass in Einzelfällen Patienten, bei denen die gebräuchlichen Schmerzmittel versagen, von der Anwendung der Cannabinoide sehr stark profitierten, so Schäfer weiter. Dies scheine vor allem Patienten zu betreffen, deren Schmerzen eine spastische Komponente haben, wie zum Beispiel bei der multiplen Sklerose, einer Querschnittslähmung oder Nervenverletzung. Auch manche Patienten mit neuropathischen Schmerzen bei HIV, bei denen erprobte Verfahren keine Wirkung zeigen, könnten in Einzelfällen eine deutliche Linderung durch Cannabinoide erfahren.



## Cannabis als Medizin



Mit dem am 10. März 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften hat der Gesetzgeber die Möglichkeiten zur Verschreibung von Cannabisarzneimitteln erweitert. Ärzte können künftig auch Medizinal-Cannabisblüten oder Cannabisextrakt in pharmazeutischer Qualität auf einem Betäubungsmittelrezept zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschreiben. Dabei müssen sie arznei- und betäubungsmittelrechtliche Vorgaben einhalten.

## Impulse zur Schmerzversorgung



### **Mechthild Rawert (SPD)**

*Mitglied im Gesundheitsausschuss*

Wer an chronischen Schmerzen leidet, wisse wie sehr die Lebensqualität beeinträchtigt ist. „Deshalb begrüße ich es sehr, dass das jährliche Nationale Schmerzforum viele Ärzte aus den unterschiedlichsten Fachrichtungen, Politik und Wissenschaft zusammenbringt, um enge Absprachen zu treffen, die das Leid der Patienten lindern sollen“, sagt Rawert. Auch die 88. Gesundheitsministerkonferenz der Länder habe auf eine flächendeckende Verbesserung der Schmerztherapie gedrängt und fordere die Entwicklung von Qualitätskriterien im Krankenhausbereich und Reformen in der ambulanten und rehabilitativen Behandlung. Rawert unterstütze diese Forderungen.



### **Catherina Pieroth (Bündnis 90/Die Grünen)**

*Gesundheitspolitische Sprecherin in der Fraktion im Gesundheitsausschuss des Berliner Abgeordnetenhauses, in Vertretung von Maria Klein-Schmeink (MdB)*

„Schmerzen sind sehr häufig, aber werden leider oft recht schlecht behandelt“, stellt Pieroth fest. Vor allem der Zugang zu medizinischem Cannabis sei noch problematisch. „Die rechtliche Voraussetzung für Verordnungen und Versorgung sind geschaffen, aber jetzt müssen die Gesetze auch umgesetzt werden“, sagt die Abgeordnete. Aus ihrer Sicht ist weiterhin gezielte Aufklärung bei Ärzten und Patienten nötig. Zudem müsse die Erstattungspraxis der Kassen transparenter werden. Es gelte, den Anbau von Cannabis hierzulande voranzutreiben, um Lieferengpässe zu vermeiden.



### **Dr. Renate Heinisch**

*Mitglied des Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschusses (EWSA) und Vorstandsmitglied der BAGSO*

„Es ist nicht wichtig, dass wir alt werden, sondern wie wir alt werden“, konstatiert Heinisch. Es sei wichtig, die Lebensqualität im Alter zu erhalten – ohne Schmerzen. Allerdings würde insbesondere die Anzahl der Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, stetig zunehmen. Dieses Thema müsse zentral in die Agenda der BAGSO aufgenommen werden, fordert Heinisch, die selbst Vorstandsmitglied der BAGSO ist.

## Prof. Hans-Raimund Casser

Ärztlicher Direktor des DRK Schmerz-Zentrums in Mainz

Der chronifizierte Schmerzpatient brauche eine interdisziplinäre multimodale Schmerzbehandlung, stellt Casser fest. Diese Therapieform beinhaltet, dass Ärzte, Psychologen, Physiotherapeuten und auch weitere Berufsgruppen zusammenarbeiten. „Nun erleben wir, dass die Patienten, die das benötigen, in Zentren als Patient angenommen werden, aber dass die Krankenkassen Schwierigkeiten bei der Genehmigung machen“, erklärt der Experte. Oft genug schalteten die Kassen



den medizinischen Dienst ein, der prüfen soll, ob die Leistung indiziert ist und ob sie richtig durchgeführt wurde. „In einzelnen Häusern gibt es bis zu 50 Prozent Prüfungen“, so Casser. Das gehe einher mit einem hohen Dokumentationsaufwand für die Zentren und Finanzierungslücken, da die Häuser erst Geld bekämen, wenn die Prüfung abgeschlossen ist, kritisiert der Professor. Die Situation müsse durch politische Entscheidungsträger zügig entschärft werden.

## Dr. Michael Coors

Pastor und Theologischer Referent, Zentrum für Gesundheitspolitik (ZfG) an der Evangelischen Akademie Loccum

Coors erklärt, dass es in der medizinischen Ethik wenig Diskussion über den Umgang mit Schmerz gibt. Das habe aber mit der Haltung der Medizinethiker zu tun, dass Menschen mit Schmerzen bedingungslos das Recht auf Hilfe haben.

Problematisch sei, dass Schmerz „radikal subjektiv“ empfunden werde. Ärzte und Pflegekräfte könnten „mit so vielen Indikatoren arbeiten wie sie wollen“, aber nur der Patient könne sagen, wie der Schmerz ihn einschränkt. „Deswegen ist Schmerzmedizin bzw. Schmerztherapie ohne eine Patientenzentrierung nicht denkbar“, stellt Coors fest.

von links: Dr. Rüdiger Scharnagel, Dr. Michael Coors, Prof. Hans-Raimund Casser



### III. Health Literacy: Versteht die Bevölkerung „die Profis“?

Das Thema Gesundheitskompetenz gewinnt zunehmend an Bedeutung. Repräsentative Daten zeigen, dass die Hälfte der deutschen Bevölkerung Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen hat. Dies betrifft auch Patienten und ihre Angehörigen im deutschen Gesundheitssystem. Vielen von ihnen fällt es schwer, Informationen zu Untersuchungen, Befunden, Diagnosen oder Therapien zu verstehen oder ärztliche Empfehlungen umzusetzen.

#### **Gesundheitskompetenz ist bei vielen Patienten mangelhaft**

##### **Dr. Gabriele Seidel**

*Geschäftsführerin der Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH)*

„Auch wenn Sie ein noch so guter Arzt oder Therapeut sind und meinen, dass Sie alles verständlich rüberbringen, so können Sie nicht sicher sein, ob der Patient Sie richtig verstanden hat“, sagt Seidel auf dem Nationalen Schmerzforum. Sie ist Geschäftsführerin der Patientenuniversität der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) und macht täglich die Erfahrung, dass viele Menschen über eine unzureichende Gesundheitskompetenz verfügen, um den Arzt nachhaltig zu verstehen. Deshalb habe sich die Patientenuniversität auch auf die Fahnen geschrieben, die Gesundheitskompetenz der Menschen hierzulande zu erhöhen. Immerhin hätten laut der kürzlich veröffentlichten Studie

46 Prozent der Deutschen eine problematische bis inadäquate Gesundheitskompetenz („Health Literacy Survey“, die von 2009 bis 2012 in acht EU-Ländern durchgeführt wurde).

Doch was heißt Gesundheitskompetenz? Laut Seidel definiert jeder diesen relativ jungen Begriff anders. Viele Fähigkeiten seien nötig, um „kompetent mit seiner Gesundheit umgehen“ zu können. Dazu zählten zum einen kognitive Fähigkeiten, wie lesen, schreiben oder rechnen. In Anbetracht dessen, dass es viele Analphabeten und funktionale Analphabeten in Deutschland gebe, sei dies nicht selbstverständlich. Zum anderen



seien kommunikative Kompetenzen essentiell. Der Patient müsse dem Arzt erklären können, welche gesundheitlichen Probleme er hat. Zudem müssten die Menschen in der Lage sein, ihre Interessen durchzusetzen und sich neues Wissen anzueignen, das sie letztlich in ihre Handlungen integrieren.

### **Patientenuni – gut für Patient und Experten**

„Es gilt hier, etwas zu verbessern“, sagt Seidel. Den Anfang macht die Patientenuniversität. An der MHH wurde im Jahr 2006 die erste Patientenuni Deutschlands ins Leben gerufen. Ziel ist es laut der Geschäftsführerin, auf der Grundlage strukturierter Bildungsangebote das akademische Wissen und aktuelle Forschungsergebnisse aus den verschiedenen Disziplinen der Medizin auch den Bürgern zur Verfügung zu stellen. Neben der Wissenserhöhung der Teilnehmer hätte die Uni aber einen weiteren großen Vorteil: Die referierenden Professoren an der Patientenuniversität seien Medizinstudierende. „Sie werden in diesem Umfeld darin geschult, medizinische Infos verständlich zu vermitteln und laiengerecht zu formulieren“, sagt Seidel. Die Kurse beginnen jeweils mit einem einstündigen Vortrag. Dann geht es an die 15 bis 20 Lernstationen „Medizin zum Anfassen“. Das Konzept habe sich bewährt, so Seidel.

## **Kommunikation ist essentiell**

### **Dr. Bernhard Gibis**

*Leiter des Dezernats Ärztliche Leistungen und Versorgungsstruktur der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*

Man müsse sich die Frage stellen, wie man wissenschaftliche Erkenntnisse in die Versorgung bringt, sagt Gibis. „Kommunikation“ sei hierbei ausschlaggebend. „Wenn man mit dem Thema Kommunikation ankommt, sagen die Leute: Nicht schon wieder, wir haben das doch schon mal gehört“, so Gibis. Dennoch gehöre es laut dem Experten zur ärztlichen Kernkompetenz – „und diese muss weiter ausgebaut werden“.

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin will mit dem Projekt „Ask me three“ zur Verbesserung der Kommunikation beitragen: Hierbei nutze das Zentrum evaluierte Ansätze, wie Ärzte und Therapeuten im Gespräch den Patienten zu Wort kommen lassen können. Zudem fördere die Institution das Portal [www.washabich.de](http://www.washabich.de), wo Patienten ihre Arztbriefe in eine einfache Sprache übersetzen lassen können. Der Dezernatsleiter räumt aber auch mit der Erwartungshaltung auf, dass in Arztpraxen korrigiert werden könne, was die Bildungspolitik in Deutschland versäumt.



## IV. Patienteninformation rund um das Thema Schmerz

Auf dem Nationalen Schmerzforum stellen Experten gelungene Informationsmaterialien rund um das Thema Schmerz vor. Sowohl Patienten als auch Ärzte und Pflegekräfte können von diesen „best practice“-Angeboten profitieren.

### Videos der Reihe „Den Schmerz verstehen“

#### **Prof. Boris Zernikow**

*Leiter Deutsches Kinderschmerzzentrum Datteln*

„Videos sind eine Möglichkeit, sich die Erklärungen mehrfach anzuschauen, immer dann, wenn man Lust und Zeit hat“, erklärt Zernikow, der auf dem Nationalen Schmerzforum verschiedenen Clips vorstellt, die der besonderen Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ einfach und lustig erklären, wie Schmerz entsteht und wie man im Alltag damit fertig wird. Das sei vor dem Hintergrund wichtig, dass vor allem die Pädiatrie von Patienten mit chronischen Schmerzen betroffen sei. „Kopfschmerzen hat die höchste Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen, Bauchschmerzen auch“, sagt Zernikow. Zudem zeigten verschiedene Studien, dass chronische Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen steigen. Ein Grund mehr, diese

Gruppe gezielt anzusprechen und eine maßgeschneiderte Schmerztherapie anzubieten. Hierbei stehe vor allem die Edukation im Mittelpunkt. „Bei Kindern und Jugendlichen heißt das, dass man nicht nur Kinder fokussiert, sondern immer auch ihre Eltern, ihre Geschwister, ihr soziales Umfeld“, erklärt der Kinderarzt.

Wie macht man das als Therapeut? „Wir benutzen beispielsweise Karten, anatomische Modelle oder Dummies, um zu zeigen, wie man Medikamente einnimmt“, sagt Zernikow. Für kleine Kinder benutze er auch Handpuppen als Co-Moderator in der Edukation. „Das darf einem als Kinderarzt auch nicht zu blöd sein“, so der Mediziner. Da solche Erklärungen oftmals viel Zeit in Anspruch nehmen würden und Ärzte bekanntlich immer weniger Zeit für Patientengespräche zur Verfügung hätten, könne man die „Edukation teil-



weise durch Videos legen“, was sein Zentrum zum Beispiel mit dem Migränevideo für Kinder getan habe. „Insgesamt ist das Video in 25 Sprachen auf unserer Homepage frei verfügbar“, sagt Zernikow.

## **Materialien, Ergebnisse und Planungen des AK Patienteninformation der Deutschen Schmerzgesellschaft**

### **Hans-Günter Nobis**

*Sprecher des AK Patienteninformation der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat laut Nobis die Verantwortung, verständliche Patienteninformatio- nen zu bieten. „Deshalb hat sich der Arbeitskreis nicht darum bemüht, so viele Flyer wie möglich zu erstellen, sondern hat den Anspruch, Behandlern und Patienten gute Informationen zu liefern.“

Bereits im Jahr 2011 habe der Experte selbst eine Erhebung gemacht, welche Informationen man im Internet findet, wenn man den Suchbegriff „chronischer Schmerz“ eingibt. „Unter den ersten 30 Treffern waren keine Fachverbände, keine Selbsthilfegruppen, die kompetente Arbeit leisten, sondern eher Seiten, die Matratzenberatung bei Rückenschmerzen anbieten“, so Nobis.

Viele Betroffene wünschten sich aber Infos, wo es zum Beispiel den nächsten medizinischen Experten gibt. „Politik und Fachgesellschaften müssen entscheiden, ob sie eine Plattform mit diesen Informationen bieten wollen.“

Sein Arbeitskreis arbeite derzeit an einer solchen Patienteninformatio- n. Ent- standen sind bereits Materialien wie der Flyer „Schmerzen verstehen“, mit einer Auflage von 50.000 Stück. Auch die Patienteninfo „Den Kopfschmerz verstehen“, der in Zusammenarbeit mit der Kopfschmerz- und Migräne- gesellschaft entstanden ist, sei derzeit in Umlauf sowie der Patientenratgeber „Schmerz eine Herausforderung“, die online-Patienteninformatio- nen und die SchmerzAPP der Deutschen Schmerzgesellschaft.



## Was können Schmerz-Apps und „Digitale Health“-Lösungen?

**Dr. Ursula Kramer**

*Initiative Healthon, Geschäftsführerin Sanawork Gesundheitskommunikation*

Gesundheits-Apps liegen im Trend. Mittlerweile erobern auch einige Schmerz-Apps den Markt. Die Expertin Kramer hat das derzeitige App-Angebot analysiert und stellt ihre Ergebnisse auf dem Nationalen Schmerzforum vor. Aktuell gibt es

laut Kramer 33 kostenlose deutschsprachige Apps zum Thema Schmerz. Die Apps richteten sich an Betroffene mit Kopfschmerz/Migräne, Rückschmerzen, Rheuma und Arthrose. Einige funktionierten als Schmerztagebuch ohne spezielle Indikation. Was können diese Apps tatsächlich? Kramer zufolge unterstützt keine der untersuchten Schmerz-Apps die Nutzer bisher durch ein umfassendes, individualisiertes Hilfeangebot, das eingebettet ist in ein therapeutisches Gesamtkonzept. „Schmerzpatienten brauchen offensichtlich mehr als ein digitales Schmerztagebuch, sondern umfassende Unterstützung, etwa bei der Suche nach qualifizierten Schmerztherapeuten, bei der Überbrückung langer Wartezeiten für einen Arzttermin und bei der Stärkung ihrer Selbstbefähigung zur dauerhaften Bewältigung ihrer Schmerzen“, konstatiert Kramer.



### Die schmerzApp der Deutschen Schmerzgesellschaft

Auf Initiative des Arbeitskreises Patienteninformation der Deutschen Schmerzgesellschaft veröffentlichte diese unter dem Titel „schmerzApp“ die erste deutschsprachige App zu allen relevanten Schnellinformationen und Kurztiteln rund um das Thema Schmerz. Grundlage der schmerzApp sind mehr als 50 Beiträge, an deren Erstellung rund 40 Schmerzexperten beteiligt waren. Die App führt auch zu einem interaktiven Schmerzfragebogen von studyPool, einem wissenschaftlichen Umfragetool, um Wünsche und Anregungen von Nutzern zu erfahren, die anonym erfasst und ausgewertet werden. Webtipps verweisen auf externe Inhalte und Kontaktinformationen zu diversen Beratungsstellen, die per Link sofort im Browser zu öffnen sind.

Weiterführende Informationen sind auf [www.dgss.org](http://www.dgss.org) erhältlich.



## V. Wissenschaft für unterschiedliche Zielgruppen

Leitlinien, Patienteninformation und Expertenstandards richten sich insbesondere an die Zielgruppe der Therapeuten sowie in Einzelfällen auch an Patientinnen und Patienten. Drei Experten erörtern auf dem Nationalen Schmerzforum, wie Sie diese Zielgruppen noch besser erreichen.

### Nationale Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz

#### Dr. Sabine Schwarz

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Bereich Patientenbeteiligung / Patienteninformation

Die Schwerpunkte des ÄZQ, das gemeinsame wissenschaftliche Institut der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, sind vor allem die evidenzbasierte Medizin, das Thema Patientensicherheit sowie die Erstellung von Leitlinien und Patienteninformationen. „Seit einiger Zeit ist bei uns das Programm für nationale Versorgungsleitlinien angesiedelt“, erklärt Schwarz. Dort werden für verschiedene Krankheiten wie Depression, Kreuzschmerz und Diabetes Leitlinien erarbeitet – in einem sogenannten formalen Benennungsverfahren: Bevor eine nationale Leitlinie erstellt oder aktualisiert wird, schreibt das ÄZQ verschiedene Fachgesellschaften an und bittet um Benennung von Experten. Ziel sei es, eine interdisziplinäre Leitliniengruppe zusammenzustellen. Anschließend werden die Experten und die Patientenvertreter ins ÄZQ zu einer Schulung zum Thema „evidenzbasierte Medizin“ eingeladen. „Im Frühjahr 2017 haben wir nach diesem Schema die Nationale Versorgungsleitlinie Nichtspezifischer Kreuzschmerz veröffentlicht“, sagt Schwarz. Eine derartige Patientenleitlinie sei für Patienten geeignet, die ein hohes Informationsbedürfnis hätten. Für andere Gruppen seien die vom ÄZQ erstellten Kurzinformationen geeigneter. „Diese gibt es zum akuten und zum chronischen Kreuzschmerz in sechs Sprachen“, sagt Schwarz. Neu seien Materialien für Betroffene zum Arzt-Patienten-Gespräch.



## „Patientenbeteiligung an den AWMF-Leitlinien - Methodik und Erfahrungen“

### Dennis Makoschey

*Geschäftsführer Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF)*

„Wir sehen die Beteiligung von Patienten als ein klares Qualitätskriterium“, sagt Makoschey. Patientenbeteiligung sei international anerkannter Standard, „leider aber



noch nicht in Deutschland“, bedauert der Experte. Interessant seien dabei die sogenannten S2- und S3-Leitlinien, die bei der Versorgung eine gewichtige Rolle spielen. Man müsse sich die Frage stellen, warum Patienten beteiligt werden sollen. „Beteiligung fördert die Transparenz“, erläutert Makoschey. Zudem erhöhe sie die Verfahrensqualität der Beratungen und Konsensbildung, u.a. durch die Einbeziehung der spezifische Perspektive und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten. Außerdem steige die Akzeptanz der Patienten, da sie sich mit der Leitlinie identifizierten. „Die Patientenvertreter verbreiten ihre Leitlinie in ihren Netzwerken, wenn sie mitgearbeitet haben.“ Bei der Patientenbeteiligung gebe es aber auch Hemmnisse wie fehlende Kompetenz und mangelndes Wissen über wissenschaftliches Arbeiten, die die Zusammenarbeit erschwerten.

## Die Patientenversionen der DNQP-Expertenstandards

### Prof. Erika Sirsch

*Mitglied Lenkungsausschuss Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) und stellv. Vorsitzende Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft*



Das DNQP ist das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege und entwickelt seit vielen Jahren Standards – unter anderem zu akutem und chronischem Schmerz, erläutert Sirsch. Die DNQP-Standards haben das primäre Ziel, evidenzbasiertes Wissen für Pflegenden zusammenzufassen und zur Verfügung zu stellen – „und diese sind auf einem relativ abstrakten Niveau. Das müssen sie auch sein, weil sie sowohl für Krankenhäuser, für Schmerzzambulanzen als auch für stationäre Altenpflegeeinrichtungen gelten“, so Sirsch. Das „große Setting“ sei ein großes Problem der DNQP-Standards.

Ein weiteres sei die Finanzierung. Während die ersten Standards noch mit öffentlichen Mitteln bezahlt wurden, beruhen die letzten Aktualisierungen auf „eigenen Bordmitteln des DNQP“.

## VI. Patienten und Wissenschaft – wie kann es gelingen?

Patientenbeteiligung an der Outcome-Forschung hat mehrere Facetten: Einerseits gilt es, patientenrelevante Endpunkte zu ermitteln, aber auch mit der Patientenperspektive Fragen und Design von Studien, beim Assessment oder bei Details von Qualitätssicherungsprogrammen festzulegen. Was dafür nötig ist, erklären zwei Experten.

### Patientenbeteiligung an Outcome-Forschung

#### Dr. Ulrike Kaiser

*Sprecherin Ad-hoc-Kommission Versorgungsforschung und Register der Deutschen Schmerzgesellschaft*

„Patient Reported Outcomes (PRO). Das ist der neue Hype in der Versorgungsforschung“, sagt Kaiser. Das bedeute nicht, dass Patienten einfach gefragt werden, wo ihre Schmerzen auf einer Skala von 0 bis 10 liegen. „Wir brauchen die Erfassung der patienteneigenen Ziele, wir brauchen die Zielgruppe und natürlich brauchen wir Merkmalsträger“, erklärt die Expertin. In der Outcome-Forschung gehe man einen Schritt weiter und erarbeite mit den Patienten gemeinsame Therapieziele. In der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie VAPAIN (Validation and Application of a patient relevant core outcome set to assess effectiveness of multimodal PAINtherapy) sei dies genau das Ziel: die Erarbeitung einer methodischen Grundlage, um die Wirksamkeit von multimodaler Schmerztherapie in Effektivitätsstudien und in der täglichen Routineversorgung zu prüfen.



#### Was macht VAPAIN besonders?

Die multimodale Schmerztherapie befasse sich mit komplizierten und vielschichtigen Erkrankungen und finde fast überall unter unterschiedlichen Bedingungen statt, erläutert Kaiser. Entsprechend dieser Probleme soll VAPAIN die Entwicklung und Validierung eines einheitlichen Kerndatensatzes (COS) für Effektivitätsstudien und tägliche Kerndokumentation in der multimodalen Schmerztherapie ermöglichen. „Das kann aber nur dann gelingen und zu einem akzeptierten Ergebnis



führen, wenn von Anfang an die wesentlichen Interessengruppen einbezogen wurden. Für VAPAIN sind das die Kern-disziplinen der multimodalen Schmerz-therapie und Patientenvertreter“, erläutert Kaiser. Darüber hinaus werde VAPAIN die Empfehlungen in der Praxis durch eine sogenannte Multicenterstudie validieren.

## **Patientenorientierung und Versorgungsforschung beim Thema Schmerz: Kombination von Primär- und Sekundär-daten ein Weg?**

### **Dr. Andreas Meusch**

*Direktor des Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse (TK) für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen*

Der TK-Experte hat alle Abrechnungsdaten der Kasse zur Verfügung, um diese für die Versorgungsforschung zu nutzen. „Allerdings liegen mir die Daten der rund zehn Millionen TK-Versicherten in pseudonymisierter Form vor“, sagt Meusch. In der Praxis bringe dies Probleme mit sich. Es eröffneten sich nur neue Möglichkeiten, wenn die Abrechnungsdaten – auch Sekundär-daten genannt – mit Befragungen der Patienten bzw. Versicherten kombiniert werden. „Wenn ich den Patienten ernst nehmen und systematisch einbinden will, ist das ein neues Verfahren, das angewandt werden sollte“, stellt Meusch fest. Der Bereich der Schmerzversorgung sei prädestiniert für diesen neuen Weg der Forschung.



## VII. Qualität und Transparenz

Den externen Blick auf die „Schmerzszene“ und deren Instrumente der Qualitätssicherung und Qualitätstransparenz bringen drei Experten aus unterschiedlichen Organisationen näher.

### Qualität der Kopfschmerzversorgung in Deutschland

#### **PD Dr. Stefanie Förderrheuter**

*Präsidentin Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG)*

Eine von der DMKG durchgeführte Umfrage habe gezeigt, dass sich mit 35 Prozent die meisten Patienten, die an Migräne und Kopfschmerzen leiden, nach wie vor von ihrem Arzt beraten lassen. Förderrheuter nimmt das Ergebnis zum Anlass, um die Politik aufzufordern, mehr Anreize für die „sprechende Medizin“ zu schaffen.

Wie oft die Betroffenen in der Apotheke beraten werden, sei eine weitere wichtige Frage der Gesellschaft gewesen: 26 Prozent geben laut Förderrheuter an, noch nie beraten worden zu sein, 31 Prozent antworteten, dass sie nicht einmal bei Medikamenten, die starke Nebenwirkungen hätten und deshalb eine spezielle Beratung benötigten, beraten worden seien. „Die Apotheken haben nicht viel an Beratungsauftrag umgesetzt“, kritisiert die Präsidentin. Um das zu ändern, sei es nötig, die Apotheker mehr in die Arbeit der Fachgesellschaften einzubinden.



### Was können wir aus dem Projekt „Schmerzfreie Stadt Münster“ lernen?

#### **Prof. Jürgen Osterbrink**

*Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Collaborating Centre for Nursing Research an Education*

„Wir haben Bürger in den 95 Apotheken in Münster mit 300.000 Einwohnern über Schmerzen informiert“, erläutert Osterbrink das Vorzeigemodell in der Stadt. Das habe dazu geführt, dass Bürger tatsächlich mehr Fragen beispielsweise in Arztpraxen und



Apotheken gestellt haben. „Es ist entscheidend, dass wir Fachleute, Öffentlichkeitsarbeit und Netzwerkarbeit verknüpfen“, resümiert Osterbrink. Zudem sei es wichtig, einen Standard in der Schmerzversorgung zu etablieren und die medizinischen Einrichtungen nach diesen Standards zu zertifizieren. „Wir haben alle Kliniken in der westfälischen Metropole nach Certkom-Kriterien zertifiziert“, berichtet der Experte. Auch 50 Prozent Altenpflegeheime in Münster wurde zertifiziert sowie Ärzte und Fachkräfte in Schmerzpraxen in Schulungen involviert. „Haben die das zu Beginn gewollt? Nein“, erklärt Osterbrink. Als Versorgungsforscher habe man aber die Aufgabe, dies einzufordern.

## **Aktualisierung der „International Classification of Diseases“**

### **Prof. Rolf-Detlef Treede**

*Ehemaliger Präsident der Internationalen Vereinigung für Schmerzstudien (IASP).*

Die WHO aktualisiert regelmäßig die „International Classification of Diseases“ (Internationale Klassifikation der Krankheiten, ICD), an die sich Regierungen in der Regel halten, wenn sie Reformen in ihren Gesundheitssystemen vornehmen und Entscheidungen bezüglich der Finanzierung von Leistungen treffen. Der ICD-Code wird auch von Forschern und Ärzten unter anderem zur Analyse von aktuellen Behandlungspraktiken herangezogen. Die Aufnahme von chronischen Schmerzen in die aktualisierte Version ICD11 wird die Schmerzbehandlung von Patienten weltweit erheblich verbessern, ist Treede auf dem Nationalen Schmerzforum sicher. „Das wird bedeutende Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung haben.“





#### **4. Nationales Schmerzforum**

Das 4. Nationale Schmerzforum fand am 15. September 2017 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](mailto:info@dgss.org)  
Internet: [www.dgss.org](http://www.dgss.org)

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

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

Fotos: Svea Pietschmann, 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.

## 7. Aktionstag gegen den Schmerz

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



Also: Machen Sie mit am 5. Juni 2018, dem siebten bundesweiten »Aktionstag gegen den Schmerz«. Wir knüpfen damit an den großen Erfolg der ersten sechs 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 5. Juni 2018 erneut zwischen 9:00 und 18:00 Uhr mehrere Dutzend renommierte Schmerzexperten aus ganz Deutschland für Fragen zur Verfügung.

**Bitte  
vormerken:**

## **5. Nationales Schmerzforum**

findet am

**28. September 2018**

in Berlin statt.

Freitag, 28. September 2018, 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)