

Schmerz 2016 · 30:215–217  
 DOI 10.1007/s00482-016-0120-y  
 Online publiziert: 24. Mai 2016  
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published  
 by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights  
 reserved 2016



M. Schäfer

Klinik für Anaesthesiologie mit Schwerpunkt op. Intensivmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum und Campus Mitte, Berlin, Deutschland

## Eine einheitliche schmerzmedizinische Versorgungsstruktur in Deutschland

Ein Schmerzpatient trifft heute auf eine recht uneinheitliche und heterogene Versorgungsstruktur in der schmerzmedizinischen Versorgung, die vor allem auf der Verabredung von zum Teil individuell vereinbarten Kriterien für die Abrechenbarkeit bzw. Nichtabrechenbarkeit schmerztherapeutischer Leistungen im ambulanten und stationären Versorgungsbereich beruht [1]. Das heißt, die schmerzmedizinische Versorgung dieses individuellen Patienten ist von den wohnortnahen Gegebenheiten abhängig und kann in Qualität und Quantität sehr unterschiedlich ausfallen [2]. Ob eine adäquate medizinische Versorgung dieses Patienten stattfindet, ist also in gewisser Weise dem Zufall überlassen, was den langjährigen Leidensweg mancher chronischer Schmerzpatienten teilweise erklärt [3].

Umso erfreulicher ist der in dieser Ausgabe von *Der Schmerz* veröffentlichte Konsens der „Gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“ über eine einheitliche schmerzmedizinische Versorgungsstruktur in Deutschland [4]. Angelehnt an das in Deutschland bereits bestehende System einer abgestuften Versorgung sowie bestehende Qualifikationen, Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen wird eine einheitliche und verbindliche Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen mit definierten Struktur- und Prozesskriterien formuliert. Dieser Konsens greift die 1991 von der International Association for the Study of Pain (IASP) erstmalig erhobene [5] und im Jahre

2009 erneuerte Forderung [6] nach einer Klassifizierung schmerztherapeutischer Einrichtungen auf und ist angelehnt an die 2011 erstellten Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission „Strukturempfehlungen für Schmerztherapiezentren“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. [7]. Die gemeinsame Vereinbarung ist ein erster wichtiger Schritt in Richtung einer besseren flächendeckenden, wohnortnahen und niedrigschwiligen schmerzmedizinischen Versorgung, die in einem Entschließungsantrag im Mai 2014 auf dem 117. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf gefordert wurde [8].

Besonders hervorzuheben sind zusätzlich zu den fünf abgestuften Ebenen der schmerzmedizinischen Versorgung die erstmals beschriebenen schmerzpsychotherapeutischen Einrichtungen. Diese erhöhen die Attraktivität und das Angebot einer „speziellen Schmerzpsychotherapeutischen Versorgung“, die ja im Kontext einer multidisziplinären und multimodalen Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie chronischer Schmerzpatienten notwendig ist. Die Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) hat mit ihrem Curriculum bereits 275 Psychotherapeuten auf diesem speziellen Gebiet ausgebildet und fördert damit die Umsetzung eines innovativen Berufsfeldes der Zukunft [9].

Neu ist auch die Einrichtung einer „Fachkunde Schmerzmedizin“, mit der die primärärztliche Versorgung verbessert werden soll. Sie setzt die Vermittlung schmerzmedizinischer Grundkenntnisse fort, die unsere Medizinstudenten im

Rahmen der neuen Approbationsordnung als Querschnittsfach Q14 vermittelt bekommen [10].

Für den oben genannten Schmerzpatienten, der sich bisher einer uneinheitlichen und heterogenen schmerzmedizinischen Versorgungsstruktur gegenüberübersah, ist dieser Konsens eine deutliche Verbesserung; gewährleistet er doch eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und adäquate schmerzmedizinische Versorgung. Derartige Strukturempfehlungen führen jedoch zu qualitativen Einstufungen von schmerztherapeutischen Einrichtungen, welche kontrovers diskutiert werden können und möglicherweise Auswirkungen für den Einzelnen haben [1].

Andererseits ermöglichen sie es – auch wenn sie möglicherweise derzeit schwer realisierbar sind –, mit Politikern und Geldgebern im Gesundheitssystem in einen konstruktiven Dialog einzusteigen. Dies gelingt umso mehr, als sich in einer gemeinsamen nationalen Anstrengung alle in der Schmerzmedizin relevanten Fachgesellschaften und Verbände zusammengefunden haben, um sich jenseits aller Partikularinteressen auf diesen Konsens zu einigen. In diesem Sinne blicke ich optimistisch in die Zukunft.

Michael Schäfer

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

**Korrespondenzadresse**

**Prof. Dr. M. Schäfer**

Klinik für Anaesthesiologie mit Schwerpunkt op. Intensivmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum und Campus Mitte  
 Augustenburgerplatz 1, 13353 Berlin, Deutschland  
 micha.schaefer@charite.de

**Interessenkonflikt.** M. Schäfer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Literatur**

1. Petzke F, Pfingsten M, Casser H-R et al (2011) Ohne Struktur keine Qualität! Schmerz 25:365–367
2. Kayser H, Thoma R, Mertens E et al (2008) Struktur der ambulanten Schmerztherapie in Deutschland. Schmerz 22:424–432
3. Schulte E, Hermann K, Berghöfer A et al (2010) Referral practices in patients suffering from non-malignant chronic pain. Eur J Pain 14(3):308.e1–308.e10
4. Müller-Schwefe GHH, Nadstawek J, Tölle T et al (2016) Struktur der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland: Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen – Konsens der Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin. Schmerz: doi:10.1007/482-016-119-4
5. Loeser JD (1991) Desirable characteristics for pain treatment facilities: report of the IASP taskforce. In: Bond MR, Charlton JE, Woolf CJ (Hrsg) Proceedings of the fifth world congress on pain. Elsevier, Amsterdam, S411–415
6. International Association for the Study of Pain (IASP) <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1381>. Zugriffen: 25. Apr. 2016
7. Sabatowski R, Maier C, Willweber-Strumpf A et al (2011) Empfehlungen zur Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen in Deutschland. Schmerz 25:368–376
8. DOKUMENTATION: Deutscher Ärztetag (2014) Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt IV: Schmerzmedizinische Versorgung stärken. Dtsch Arztebl 111(23–24):A-1094/B-938/C-888
9. Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) Behandlung chronischer Schmerzen braucht „Spezielle Schmerzpsychotherapie“. <http://www.dgpsf.de/therapie.98.html> (Erstellt: 29. Jan. 2016). Zugriffen: 25. Apr. 2016
10. Kopf A, Rittner H, Karst M et al (2015) Basisbuch Q14 Schmerzmedizin. Deutsche Schmerzgesellschaft, Berlin

Ulrich von Hintzenstern, Thomas Bein (Hrsg.)

**Praxisbuch Beatmung**

München: Urban & Fischer 2015, 6. Aufl., 240 S., (ISBN 9783437234132), karton., 49.00 EUR

Das Wissen um Beatmung auf der Intensivstation, während Allgemeinanästhesie oder auch im außerklinischen Bereich hat sich in den vergangenen Jahren enorm erweitert. Dabei ist es oft schwierig, für Intensivmediziner wie für Fachpflegekräfte, Schritt zu halten mit all den neuen Erkenntnissen und technischem Neuentwicklungen. So ergaben sich in jüngerer Zeit neue Aspekte zur lungenprotektiven Beatmung, auch bei kurzzeitiger Anwendung. In kontrollierten Studien wurden altbekannte Therapiemaßnahmen beim ARDS wie Relaxierung oder Bauchlagerung bezüglich Indikationsstellung und Durchführung präzisiert und deren Benefit nachgewiesen. Besonders komplex entwickelt sich die Thematik Entwöhnung von der Beatmung und Frühmobilisation. Dazu kommen die Besonderheiten bei der Beatmung von Kindern.

Wie man all diese Neuerungen mit Bewährtem kombiniert und in die klinische Praxis umsetzen kann, zeigt in besonders gelungener Form die neue und inzwischen 6. Auflage des Praxisbuch Beatmung, herausgegeben von Ulrich von Hintzenstern und Thomas Bein. In sechs übersichtlich verfassten Kapiteln wird der Leser über Grundlagen zu Anatomie, Physiologie und lungenprotektiver Beatmung informiert und lernt alle etablierten Ventilationsformen und gängige Respiratoren detailliert kennen. Er bekommt praktische Tipps Respiratoreinstellung, zum Weaning, zur Lagerung, zur Versorgung, zu Kommunikation und Mobilisation des Patienten sehr aufschlussreich und praxisnah vermittelt. Aber auch rein technische Aspekte, wie Atemgasklimatisierung, oder infektiologische, ethische und juristische Aspekte werden adressiert. Kurzum, dieses Buch kommt aus der klinischen Praxis und ist für die klinische Praxis geschrieben. Dabei berücksichtigt es aber auch alle wichtigen wissenschaftlichen Aspekte, die zur Beatmung in den vergangenen Jahren erarbeitet wurden.

Anzumerken bleibt zudem, die ausgesprochen übersichtliche Aufmachung des Buches zu erwähnen, hergestellt in einem praktischen Format für die Kitteltasche. Auch deshalb bietet das Buch eine gute Möglichkeit für Ärzte und Fachpflegekräfte, sich zum komplexen Thema der Beatmung schnell, gut und umfassend zu informieren.

*J. Briegel (München)*

Schmerz 2016 · 30:218–226  
 DOI 10.1007/s00482-016-0119-4  
 Online publiziert: 25. Mai 2016  
 © Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published  
 by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights  
 reserved 2016



**G. H. H. Müller-Schwefe<sup>3,8</sup> · J. Nadstawek<sup>1,9</sup> · T. Tölle<sup>5,10</sup> · P. Nilges<sup>2,11</sup> ·  
 M. A. Überall<sup>6,12</sup> · H. J. Laubenthal<sup>4,13</sup> · F. Bock<sup>7,14</sup> · B. Arnold<sup>1,15</sup> · H. R. Casser<sup>7,11</sup> ·  
 T. H. Cegla<sup>3,16</sup> · O. M. D. Emrich<sup>3,17</sup> · T. Graf-Baumann<sup>4,18</sup> · J. Henning<sup>7,19</sup> ·  
 J. Horlemann<sup>3,20</sup> · H. Kayser<sup>1,21</sup> · H. Kletzko<sup>6,22</sup> · W. Koppert<sup>5,23</sup> · K. H. Längler<sup>3,24</sup> ·  
 H. Locher<sup>7,25</sup> · J. Ludwig<sup>7,26</sup> · S. Maurer<sup>3,27</sup> · M. Pflingsten<sup>5,28</sup> · M. Schäfer<sup>5,29</sup> ·  
 M. Schenk<sup>1,30</sup> · A. Willweber-Strumpf<sup>2,31</sup>**

<sup>1</sup> Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), Berlin, Deutschland; <sup>2</sup> Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF), Hamburg, Deutschland; <sup>3</sup> Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. (DGS), Oberursel, Deutschland; <sup>4</sup> Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie e. V. (DIVS), Bonn, Deutschland; <sup>5</sup> Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., Berlin, Deutschland; <sup>6</sup> Deutsche Schmerzliga e. V. (DSL), Oberursel, Deutschland; <sup>7</sup> Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST), Ravensburg, Deutschland; <sup>8</sup> Schmerz- und Palliativzentrum Göppingen, Regionales Schmerzzentrum DGS, Göppingen, Deutschland; <sup>9</sup> Schmerzzentrum an der Jankerklinik, Bonn, Deutschland; <sup>10</sup> Klinik für Neurologie, Technische Universität München, München, Deutschland; <sup>11</sup> DRK Schmerz-Zentrum (SZM), Mainz, Deutschland; <sup>12</sup> Institut für Neurowissenschaften, Algesiologie und Pädiatrie, Nürnberg, Regionales Schmerzzentrum DGS, Nürnberg, Deutschland; <sup>13</sup> Bochum, Deutschland; <sup>14</sup> Schmerzzentrum Bodensee-Oberschwaben, Ravensburg, Deutschland; <sup>15</sup> HELIOS Amper-Klinikum, Dachau, Deutschland; <sup>16</sup> Krankenhaus St. Josef, Regionales Schmerzzentrum DGS, Wuppertal, Deutschland; <sup>17</sup> Gesundheits- und Schmerzzentrum Ludwigshafen, Regionales Schmerzzentrum DGS, Ludwigshafen, Deutschland; <sup>18</sup> Teningen, Deutschland; <sup>19</sup> Krankenhaus Lahnhöhe, Zentrum für konservative Orthopädie, Schmerztherapie und Osteologie, Lahnstein, Deutschland; <sup>20</sup> Praxis Dr. Horlemann, Regionales Schmerzzentrum DGS, Kevelaer, Deutschland; <sup>21</sup> Praxisgemeinschaft für Anästhesie, Schmerz-, Palliativmedizin und Psychotherapie Dr. Auerswald & Partner, Bremen, Deutschland; <sup>22</sup> Integrative Managed Care Service GmbH, Limburg/Lahn, Deutschland; <sup>23</sup> Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland; <sup>24</sup> Praxis für Spezielle Schmerztherapie, Akupunktur, Sportmedizin und Palliativmedizin, Regionales Schmerzzentrum DGS, Wegberg, Deutschland; <sup>25</sup> Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie, Tettngang, Deutschland; <sup>26</sup> sporthopaedicum Straubing, Straubing, Deutschland; <sup>27</sup> Praxis Dr. Silvia und Thomas Maurer, Regionales Schmerzzentrum DGS, Bad Bergzabern, Deutschland; <sup>28</sup> Klinik für Anästhesiologie, Zentrum Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland; <sup>29</sup> Klinik für Anaesthesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland; <sup>30</sup> Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin, Deutschland; <sup>31</sup> Schmerz- und Tagesklinik und Schmerz-Ambulanz, Universitätsmedizin Göttingen, Göttingen, Deutschland

## Struktur der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland

### Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen – Konsens der Gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin

Die Versorgungsnotwendigkeit von Patienten mit akuten, chronifizierenden und chronischen Schmerzen ist heute unbestritten. Einigkeit besteht für die fachgebietsbezogene Notwendigkeit der

Akutschmerztherapie, die hierfür notwendige Qualifikation und notwendigen Strukturen. Kontrovers wird demgegenüber die Prävention, Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen und

der chronischen Schmerzkrankheit sowohl hinsichtlich der epidemiologischen Daten als auch hinsichtlich der notwendigen Versorgungsstrukturen und Qualifikationen diskutiert.

Unter dem Aspekt, dass eine Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland sich nur erzielen lässt, wenn alle betroffenen Fachgesellschaften und Berufsverbände einheitliche Anforderungen an Struktur, Qualität und Qualifikation in der Schmerzmedizin definieren, haben die Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung e. V. (DGPSF), Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. (DGS), Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie e. V. (DIVS), Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e. V. (IGOST), der Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD) sowie die Deutsche Schmerzliga e. V. (DSL) im Oktober 2011 eine Gemeinsame Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin gegründet und in insgesamt 13 Sitzungen die vorliegende Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen in Deutschland erarbeitet und konsentiert.

Aus den ursprünglich drei Arbeitsgruppen (Qualifikation, Struktur und Qualität) wurden aufgrund inhaltlicher Überschneidungen die Arbeitsgruppen Qualifikation und Struktur zusammengelegt.

## Bedarf schmerzmedizinischer Versorgung

Die Zahlen über die Prävalenz chronischer Schmerzen in Deutschland, die Behandlungsbedürftigkeit und notwendige Strukturen divergieren weit. Ging die Bundesregierung im Jahr 2003 noch von fünf bis acht Millionen Erwachsenen mit behandlungsbedürftigen Schmerzpatienten aus (Deutscher Bundestag, Drucksache 15/2209 vom 22.12.2003), beziffern Breivik et al. [1] 2006 die Prävalenz chronischer Schmerzen aufgrund von Telefoninterviews auf 17 % in Deutschland. Häuser et al. [2] beschreiben 2014 anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe unter Anwendung validierter Fragebogeninstrumente eine Prävalenz von 23 Millionen Deut-

schen mit chronischen Schmerzen und eine Prävalenz von 2,2 Millionen Deutschen mit chronischen, beeinträchtigenden, nichttumorbedingten Schmerzen und assoziierten psychischen Beeinträchtigungen.

## Unübersichtliche Versorgungsstrukturen

Ein Blick auf die Versorgungslandschaft ergibt ein völlig uneinheitliches Bild: Fachgebietsspezifische Praxen, Schmerzpraxen, Schmerzzentren und Schmerzambulanzen wie auch teil- und vollstationäre schmerztherapeutische Einrichtungen sind in Deutschland keine klar definierten Strukturen. Hinter ihnen kann sich sowohl ein monodisziplinärer Zugang als auch ein multidisziplinärer und multimodaler Zugang zu Schmerzdiagnostik und Schmerzmedizin verbergen.

Die Einführung der fachgebietsbezogenen Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ durch den 99. Deutschen Ärztetag am 8. Juni 1996 wie auch die Einführung der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung [3] haben kaum zu einer erkennbaren Verbesserung der Struktur der schmerzmedizinischen Versorgung geführt, da sie überwiegend persönliche Qualifikationen und allenfalls vereinzelt Struktur- und Prozessqualität definieren.

Obwohl bereits Loeser [4] 1991 im Auftrag der IASP eine Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen mit abgestufter Versorgung vorgenommen hat (aktualisiert auf der Homepage der IASP [5]), ist dieses Modell in Deutschland nicht einmal an universitären Einrichtungen umgesetzt [6].

In einer Untersuchung von Gerbershagen und Limmroth [7] deklarieren 70 % der teilnehmenden neurologischen Abteilungen in Krankenhäusern eine eigene Schmerzambulanz. Die häufigsten dort behandelten Schmerzsyndrome sind Kopfschmerzen, Polyneuropathien und Nervenkompressionssyndrome. Rückenschmerz, die Schmerzerkrankung mit der höchsten Prävalenz, spielt hier offensichtlich nur eine untergeordnete Rolle. Dies zeigt, wie sehr die

fachgebietsspezifische Ausrichtung für vorgehaltene Versorgungsstrukturen bestimmend ist.

Auch die von Sabatowski et al. [8] 2011 publizierte Empfehlung der Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen berücksichtigt in ihrer vierstufigen Strukturempfehlung nicht die in Deutschland etablierten Versorgungsformen und die abgestufte Versorgung und lässt bestehende Einrichtungen wie beispielsweise psychotherapeutische Schmerzeinrichtungen unbeachtet.

Die Gemeinsame Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin hat deshalb – basierend auf dem Modell der abgestuften Versorgung der medizinischen Betreuung – eine Analyse bestehender Versorgungsformen erstellt und diese mit Strukturkriterien und teilweise auch mit Prozesskriterien hinterlegt. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass die hier beschriebenen Strukturen überwiegend auf den bisher bestehenden Qualifikationen/Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen beruhen (mit Ausnahme eines Fachkundenachweises Schmerzmedizin, den die Gemeinsame Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin bereits konsentiert hat).

Diese Klassifikation definiert damit ausschließlich Strukturen, die im jetzt bestehenden kurativen Versorgungssystem bereits umsetzbar und überprüfbar sind und gegebenenfalls an künftige Entwicklungen der schmerzmedizinischen Qualifikation angepasst werden müssen. Der rehabilitative Sektor, dessen grundsätzliche Zielsetzung eine andere ist, wird davon nicht berührt.

## Versorgungsrelevanz

Im Mai 2014 hat der 117. Deutsche Ärztetag dezidiert eine bessere flächendeckende und wohnortnahe schmerzmedizinische Versorgung mit abgestuften Versorgungsbereichen beschlossen [9]. Unter anderem wird konstatiert, dass jeder Patient Anspruch auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung habe, dazu gehöre eine dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Präven-

tion und Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen.

Des Weiteren stellt der Deutsche Ärztetag fest, dass eine flächendeckende Bildung regionaler Netzwerke auf allen Versorgungsebenen sowie die Umsetzung integrierter Versorgungsprogramme Voraussetzung dafür seien, eine unter Koordination des Hausarztes stehende abgestufte Versorgung sicherzustellen. Darüber hinaus wird die „Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen mit definierten Strukturmerkmalen“ in den Bedarfsplänen der Landesvertragspartner nach § 99 SGB V gefordert. Dies diene „zum einen der Sicherstellung einer adäquaten und wohnortnahen schmerzmedizinischen Versorgungsstruktur, zum anderen ist sie Voraussetzung für angemessene Vergütung und wirtschaftliche Planungssicherheit schmerztherapeutisch tätiger Ärzte“.

Die Bedingung hierfür ist jedoch, dass überprüfbare Kriterien die Strukturen in einem abgestuften Versorgungssystem definieren. Diesem Anspruch folgt die nachfolgende tabellarische Darstellung der verschiedenen schmerztherapeutischen/schmerzmedizinischen Einrichtungen. Sie schafft damit die Voraussetzung für eine zukünftige Bedarfsplanung schmerzmedizinischer Versorgung.

Grundlage schmerzmedizinischer Diagnostik und Versorgung bleibt weiterhin der Hausarzt/Facharzt als primäre Anlaufstelle für Patienten. In **Tab. 1** werden Strukturen definiert und beschrieben, deren Qualifikation über die allgemeinmedizinische/fachärztliche Schmerzqualifikation hinausgeht und die im Rahmen einer abgestuften Versorgung entweder durch eine besondere Spezialisierung oder durch zunehmend komplexere Strukturen der Einrichtung gekennzeichnet sind.

Anders als alle bisher vorliegenden Klassifizierungen hat die Gemeinsame Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin als dem Allgemeinarzt/Facharzt nachfolgende Struktur eine Einrichtung mit einer zu schaffenden Fachkunde Schmerzmedizin definiert. Da erst im Jahr 2016 das Querschnittsfach Schmerzmedizin als Prüfungsfach in die Appro-

Schmerz 2016 · 30:218–226 DOI 10.1007/s00482-016-0119-4

© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights reserved 2016

G. H. H. Müller-Schwefe · J. Nadstawek · T. Tölle · P. Nilges · M. A. Überall · H. J. Laubenthal · F. Bock · B. Arnold · H. R. Casser · T. H. Cegla · O. M. D. Emrich · T. Graf-Baumann · J. Henning · J. Horlemann · H. Kayser · H. Kletzko · W. Koppert · K. H. Längler · H. Locher · J. Ludwig · S. Maurer · M. Pflingsten · M. Schäfer · M. Schenk · A. Willweber-Strumpf

## Struktur der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland. Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen – Konsens der Gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin

### Zusammenfassung

Im Auftrag der schmerzmedizinischen/psychologischen Fachgesellschaften, der Selbsthilfeorganisation der Schmerzpatienten und des Berufsverbandes der Schmerztherapeuten und Schmerzpsychologen hat die Gemeinsame Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin unter Mitwirkung der jeweiligen Präsidenten überprüfbare Struktur- sowie Prozesskriterien entwickelt, um schmerzmedizinische Einrichtungen in Deutschland klassifizieren zu können. Grundlage sind das in Deutschland etablierte System der abgestuften Versorgung sowie bestehende Qualifikationen, Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen. Die Einführung eines Fachkundenachweises Schmerzmedizin

wird empfohlen. Neben den erstmals beschriebenen schmerzpsychotherapeutischen Einrichtungen können anhand der Kriterien fünf Ebenen von der Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin über spezialisierte Einrichtungen bis zum Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin definiert werden. Ziel der Empfehlungen ist es, verbindliche und überprüfbare Kriterien zur Qualitätssicherung in der Schmerzmedizin zu etablieren und die Versorgung zu verbessern.

### Schlüsselwörter

Chronischer Schmerz · Qualitätssicherung · Schmerzmedizin · Schmerzmedizinische Struktur

## Structure of pain management facilities in Germany. Classification of medical and psychological pain treatment services—Consensus of the Joint Commission of the Professional Societies and Organizations for Quality in Pain Medicine

### Abstract

On behalf of the Medical/Psychological Pain Associations, Pain Patients Alliance and the Professional Association of Pain Physicians and Psychologists, the Joint Commission of Professional Societies and Organizations for Quality in Pain Medicine, working in close collaboration with the respective presidents, has developed verifiable structural and process-related criteria for the classification of medical and psychological pain treatment facilities in Germany. Based on the established system of graded care in Germany and on existing qualifications, these criteria also argue for the introduction of a basic qualification in pain medicine. In addition

to the first-ever comprehensive description of psychological pain facilities, the criteria presented can be used to classify five different levels of pain facilities, from basic pain management facilities, to specialized institutions, to the Centre for Interdisciplinary Pain Medicine. The recommendations offer binding and verifiable criteria for quality assurance in pain medicine and improved pain treatment.

### Keywords

Chronic pain · Quality assurance · Pain medicine · Structures in pain medicine

bationsordnung für werdende Ärzte eingeführt wird, sind schmerzmedizinische Grundkenntnisse in den vorangegangenen Ärztegenerationen eher zufällig.

Aus diesem Grund schlägt die Gemeinsame Kommission der Fachgesell-

schaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin eine Verbesserung der schmerzmedizinischen Basisversorgung durch die Schaffung einer Fachkunde Schmerzmedizin vor, mit der die primärärztliche Versorgung verbessert

**Tab. 1** Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen. Kriterienkatalog

		Von den jeweiligen Einrichtungen (1–6) zu erfüllende Kriterien					
		Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin	Interdisziplinäres Kopf-/Rücken-/Schmerz-zentrum	Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie	Praxis/Ambulanz mit gebietsbezogener + schmerzmedizinischer Versorgungsstruktur, nicht ausschließlich	Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin	Schmerzpsychotherapeutische Einrichtung
Kriterien	Kommentar	1	2	3	4	5	6
1	Die Einrichtung verfügt über einen eigenständigen Bereich und eine eigene Organisationsstruktur. Entsprechend wird eine dafür erforderliche Infrastruktur vorgehalten (z. B. Sekretariatswesen, Anmeldung)	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
2	Schriftlich niedergelegte SOP („standard operating procedures“) für ausgesuchte Krankheitsbilder, Interventionen, Notfallmanagement sowie eindeutige Festlegung der Zuständigkeitsbereiche der verschiedenen Professionen vorhanden	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
3	Dokumentation mit von der Fachgesellschaft anerkannten Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
4	Ständiger ärztlicher Leiter mit Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein
5	Ständiger psychologischer Leiter mit Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerzpsychotherapie“	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
6	Leiter der Einrichtung weist jährlich 40 h schmerzmedizinischer Fortbildung und mindestens zehn offene Schmerzkonferenzen nach	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
7	Mindestens ein psychologischer Psychotherapeut mit Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ oder ein ärztlicher Psychotherapeut mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja
8	Verbindliche Kooperationen mit einem Psychologen	Siehe Punkt 7			Ja	Ja	Entfällt
9	Verbindliche Kooperationen mit einem Arzt	Entfällt					
10	Verbindliche Kooperation mit Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten	Siehe Punkt 11		Ja	Ja	Ja	Ja

**Tab. 1** Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen. Kriterienkatalog (Fortsetzung)

Kriterien	Kommentar	Von den jeweiligen Einrichtungen (1–6) zu erfüllende Kriterien					
		Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin	Interdisziplinäres Kopf-schmerz-/Rücken-zentrum	Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie	Praxis/Ambulanz mit gebietsbezogener + schmerzmedizinischer Versorgungsstruktur, nicht ausschließlich	Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin	Schmerzpsychotherapeutische Einrichtung
		1	2	3	4	5	6
11	Behandler-Team aus unterschiedlichen Professionen. Dies beinhaltet Ärzte und psychologische/ärztliche Psychotherapeuten und nichtärztliche Berufsgruppen	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
12	Nichtärztliche Mitarbeiter mit fachspezifischer Zusatzqualifikation	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
13	Es existiert eine verbindlich institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen den Professionen und Disziplinen	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
14	Die schmerzmedizinische Versorgung wird an fünf Wochentagen (ausgenommen sind Feiertage) (mindestens 35 h/Woche) angeboten	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
15	Mindestens 200 Neuvorstellungen pro Jahr sind an der Einrichtung dokumentiert durchzuführen	Ja	Siehe Punkt 16	Ja	Nein	Nein	Nein
16	Mindestens 120 Neuvorstellungen pro Jahr sind an der Einrichtung dokumentiert durchzuführen	Siehe Punkt 15	Ja	Siehe Punkt 15			

**Tab. 1** Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen. Kriterienkatalog (Fortsetzung)

Kriterien	Kommentar	Von den jeweiligen Einrichtungen (1–6) zu erfüllende Kriterien					
		Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin	Interdisziplinäres Kopf-/schmerz-/Rücken-zentrum	Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie	Praxis/Ambulanz mit gebietsbezogener + schmerzmedizinischer Versorgungsstruktur, nicht ausschließlich	Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin	Schmerzpsychotherapeutische Einrichtung
		1	2	3	4	5	6
17 Die Einrichtung verfügt über ein umfassendes diagnostisches Angebot und Behandlungsspektrum für die in der Bevölkerung am häufigsten vorkommenden Schmerz-erkrankungen	Umfassend bedeutet hier, dass die Behandlung dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Standard entspricht. Das diagnostische Angebot sowie das Behandlungsspektrum sollten für alle vorhandenen Professionen die von den zuständigen Fachgesellschaften und/oder Kammern geforderten Weiterbildungsinhalte widerspiegeln. Diagnostische sowie therapeutische Verfahren und die behandelten Schmerzsyndrome sollten vertreten sein. Zu den relevanten Schmerz-erkrankungen, die diagnostiziert und therapiert werden müssen, zählen: (1) Tumorschmerzen, (2) Schmerzen des muskuloskeletalen Systems, (3) Kopf- und Gesichtsschmerzen, (4) neuropathische Schmerzen, (5) Schmerzen mit psychischen Kofaktoren für Auslösung und Chronifizierung	Ja	Nein	Ja	Nein	Nein	Nein
18 Angebote der multimodalen Therapie entsprechen den aktuellen konsentierten Konzepten der Fachgesellschaften [10]		Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
19 In angemessenem Umfang werden Patienten mit hohem Chronifizierungsstadium und anderen Risikokonstellationen (z. B. Medikamenten-gebrauch, Abhängigkeit, psychische/somatische Komorbidität) behandelt	Zu den Risikokonstellationen gehören u. a. Medikamenten-gebrauch, Medikamenten-abhängigkeit, psychische und/oder somatische Komorbiditäten und sozialmedizinische Problematiken (z. B. Rentenbegehren, Arbeitsplatzproblematiken)	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein
20 Mindestens zwei verbindlich und regelmäßig verfügbare ärztliche Fachgebiete sollen im Behandlungsteam vertreten sein	Die einzelnen ärztlichen Fachgebiete werden nicht festgelegt. Sie sollten sich aber sinnvoll ergänzen, um somit ein möglichst breites diagnostisches und therapeutisches Spektrum abdecken zu können	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein

**Tab. 1** Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen. Kriterienkatalog (Fortsetzung)

Kriterien	Kommentar	Von den jeweiligen Einrichtungen (1–6) zu erfüllende Kriterien					
		Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin	Interdisziplinäres Kopf-/Rücken-/Schmerz-zentrum	Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie	Praxis/Ambulanz mit gebietsbezogener + schmerzmedizinischer Versorgungsstruktur, nicht ausschließlich	Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin	Schmerzpsychotherapeutische Einrichtung
		1	2	3	4	5	6
21 Bei der Erstvorstellung chronischer Schmerzpatienten müssen die Voraussetzungen für ein multimodales Eingangsassess-ment erfüllt werden	Das Eingangsassess-ment erfolgt obligat durch mindestens zwei unterschiedliche Fachdisziplinen (spezieller Schmerztherapeut und psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut) sowie einen Physiotherapeuten. Im Anschluss an das Eingangs-assess-ment muss eine gemein-same Konferenz mit Festlegung der weiteren diagnostischen/therapeutischen Schritte erfolgen	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
22 Möglichkeit der ambulanten und stationären/teilstationären Behandlung vorhanden		Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
23 Die Einrichtung führt auch Schmerzforschung durch	Forschungsaktivitäten können u. a. durch bewilligte Anträge, wissenschaftliche Publikationen, Posterpräsentationen auf wissen-schaftlichen Tagungen, betreute Dissertationen, Erstellung und Aktualisierung von Leitlinien und systematischen Übersichtsarbei-ten, die nach wissenschaftlichen Kriterien erarbeitet wurden, nach-gewiesen werden. Als Zeitfenster für den Nachweis gilt eine Zeit von drei Jahren	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
24 Die Einrichtung führt auch Schmerzforschung durch. Die Einrichtung ist aktiv an der Ausbildung und/oder Weiterbil-dung und/oder Lehre beteiligt	Ärztliche/psychologische Aus- und Weiterbildung	Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
25 Durchführung von regelmä-ßigen institutionalisierten schmerzmedizinischen Fortbil-dungsmaßnahmen (mindestens zwei zertifizierte Fortbildungs-maßnahmen pro Jahr). Durchführung von zwölf of-fenen Schmerzkonferenzen jährlich		Ja	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
26 Die volle Weiterbildungsberec-tigung (ein Jahr) für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Spe-zielle Schmerztherapie“ muss vorliegen			Ja	Nein	Nein	Nein	Nein
27 Behandlungskonzepte mit einer vorwiegend kontinuierlichen und individuellen Therapie-ten-/Patientenbeziehung		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

---

werden kann. Die hierauf nachfolgenden Einrichtungen zeichnen sich durch zunehmende Spezialisierung bzw. Komplexität aus. Nach fachgebietsbezogenen Einrichtungen, die nicht ausschließlich schmerzmedizinisch tätig sind, in denen aber auch eine schmerzmedizinische Versorgung vorgehalten wird, folgen die Praxis/Ambulanz für spezielle Schmerztherapie, die – immer noch gekoppelt an die fachgebietsbezogene spezielle Schmerztherapie – ausschließlich oder überwiegend schmerzmedizinisch tätig ist, danach das Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin mit einem multiprofessionellen und multimodalen Diagnose- und Therapiekonzept. Sonderformen stellen schmerzpsychotherapeutische Einrichtungen dar, die in der Versorgung ebenfalls eine wesentliche Rolle spielen, wie auch interdisziplinäre syndromorientierte Zentren (Kopfschmerz-/Rückenschmerzzentren).

Die Autoren sind überzeugt, dass mit den hier definierten Struktur- und Qualitätskriterien die schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland überprüfbar verbessert werden kann und dass sie gleichzeitig Grundlage für Vergütungsregelungen darstellen können.

Inwieweit multiprofessionelle multimodale schmerzmedizinische Zentren mit aufwendigen permanenten Kommunikationsprozessen in der Lage sind, eine nennenswerte Anzahl von betroffenen Patienten zu versorgen, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.

## Gültigkeit

Die vorgelegte Klassifizierung der schmerztherapeutischen Einrichtungen in Deutschland wurde von den beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Patientenorganisationen am 13. November 2013 konsentiert und tritt mit Veröffentlichung in Kraft.

---

## Korrespondenzadresse

### Dr. G. H. H. Müller-Schwefe

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V.  
(DGS)  
Adenauerallee 18, 61440 Oberursel,  
Deutschland  
gerhard@mueller-schwefe.com

---

Hier steht eine Anzeige.



## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** G. H. H. Müller-Schwefe, J. Nadstawek, T. Tölle, P. Nilges, M. A. Überall, H. J. Laubenthal, F. Bock, B. Arnold, H. R. Casser, T. H. Cegla, O. M. D. Emrich, T. Graf-Baumann, J. Henning, J. Horlemann, H. Kayser, H. Kletzko, W. Koppert, K. H. Längler, H. Locher, J. Ludwig, S. Maurer, M. Pfungsten, M. Schäfer, M. Schenk und A. Willweber-Strumpf geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur

1. Breivik H et al (2006) Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 10(4):287–333 (PubMedCrossRef)
2. Häuser W et al (2014) Chronische Schmerzen, Schmerzkrankheit und Zufriedenheit der Betroffenen mit der Schmerzbehandlung in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Schmerz* 28(5):483–492 (PubMedCrossRef)
3. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2005) Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie. *Dtsch Arztebl* 102(11):A–781/B–657/C–613
4. Loeser JD (1991) Desirable characteristics for pain treatment facilities: report of the IASP taskforce. In: Bond MR, Charlton JE, Woolf CJ (Hrsg) *Proceedings of the Vth World Congress on Pain*. Elsevier, Amsterdam, S411–415
5. Loeser JD (1990) Desirable characteristics for pain treatment facilities and Standards for physician fellowship in pain management. *International Association for the Study of Pain*; Seattle
6. Lindena G et al (2004) Schmerztherapeutische Angebote an Kliniken in Deutschland. *Schmerz* 18(1):10–16 (PubMedCrossRef)
7. Gerbershagen K, Limmroth V (2008) Pain therapy in german neurology. Structures and standards of evaluation. *Eur Neurol* 60(4):167–173 (PubMedCrossRef)
8. Sabatowski R et al (2011) Empfehlung zur Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen in Deutschland. *Schmerz* 25(4):368–376 (PubMedCrossRef)
9. DOKUMENTATION: Deutscher Ärztetag (2014) Entschliessungen zum Tagesordnungspunkt IV: Schmerzmedizinische Versorgung stärken. *Dtsch Arztebl* 111(23–24):A–1094/B–938/C–888
10. Arnold B et al (2009) Multimodale Schmerztherapie: Konzepte und Indikation. *Schmerz* 23(2):112–120 (PubMedCrossRef)

## Wichtiges Signalmolekül der Zellkommunikation entschlüsselt

### Nature-Publikation macht Hoffnung auf gezieltere Wirkung von Medikamenten

Wissenschaftler um Carsten Hoffmann und Martin Lohse von der Universität Würzburg haben  $\beta$ -Arrestin erstmals als eigenständiges Signalmolekül identifiziert. Das Protein moduliert einen pharmazeutisch bedeutsamen Signalweg. Die Ergebnisse wurden in der renommierten Fachzeitschrift *Nature* veröffentlicht. Es ergeben sich neue Angriffspunkte für Medikamente, zum Beispiel in der Schmerztherapie.

Die für die Arzneimittelforschung wichtigsten Zielmoleküle sind G-Protein-gekoppelte Rezeptoren (GPCR). Rund 30 Prozent aller Medikamente wirken über diese mehr als 800 Mitglieder zählende Klasse von Proteinen, die zentrale Aufgaben bei der Zellkommunikation und der Verarbeitung von Schmerz- und Sinnesreizen haben.

Das Protein  $\beta$ -Arrestin reguliert GPCR. Ungelklärt war, wie das auf molekularer Ebene funktioniert. Mit Biosensoren konnten die Wissenschaftler nun die Interaktion auf zeitlicher und räumlicher Ebene aufklären.

„Als ich 1990  $\beta$ -Arrestin entdeckte, sah es so aus, dass es dazu da ist, Rezeptoren abzuschalten“, sagt Lohse. „Dass es jedoch als eigenständiges Signalmolekül agiert, konnten wir erst jetzt mit modernster Technik belegen.“

In den Experimenten war aufgefallen, dass  $\beta$ -Arrestin von den Rezeptoren in einen aktiven Zustand versetzt wird und dass dieser länger anhält als die Interaktion mit Rezeptoren. Die Veränderung war so signifikant, dass ein Zyklus von Aktivierung und Deaktivierung von  $\beta$ -Arrestin erkennbar war – ein Kriterium für die Definition eines eigenständigen Signalmoleküls.

Zeitgleich konnten amerikanische Kooperationspartner zeigen, dass die Art der Aktivierung des  $\beta$ -Arrestins vom aktivierenden Rezeptor abhängt. Deren Ergebnisse werden ebenfalls in *Nature* veröffentlicht. Der Austausch mit den amerikanischen Kollaborationspartnern, auf deren ganz ähnliche Arbeiten Hoffmann auf einer Tagung aufmerksam wurden, hatte Schwung in das Projekt gebracht. „Dieses Projekt durchlief Höhen und Tiefen“, erinnert sich Hoffmann.

„Wir mussten uns oft in Geduld üben, aber das Warten hat sich gelohnt.“

Durch die molekulare Verstärkung oder Blockierung von  $\beta$ -Arrestin könnte die Wirkung von zukünftigen Medikamenten spezifischer werden und mit weniger Nebenwirkungen verbunden sein. Auf Grund ihrer Vielfalt bilden GPCR – und jetzt möglicherweise auch  $\beta$ -Arrestin – einen wichtigen Angriffspunkt für pharmazeutische Substanzen. Besonders gute Fortschritte erwartet Hoffmann in der Langzeittherapie mit starken Schmerzmitteln. Der Körper gewöhnt sich an das Medikament und ist zunehmend auf höhere Dosen angewiesen. Dabei verstärken sich auch die Nebenwirkungen. Neue Medikamente, die gezielt  $\beta$ -Arrestin molekularbiologisch beeinflussen, könnten diese Toleranzentwicklung minimieren, Nebenwirkungen aussparen und eine Langzeittherapie effektiver machen.

Hoffmann blickt optimistisch in die Zukunft und plant bereits Folgeprojekte. Im nächsten Schritt möchte er austesten, ob sich die Aktivierung von  $\beta$ -Arrestin durch Modellsustanzen verändern lässt. „Das wäre der erste Schritt zu neuen Medikamenten.“

**Publikation:** Susanne Nuber, Ulrike Zabel, Kristina Lorenz, Andreas Nuber, Graeme Milligan, Andrew B. Tobin, Martin J. Lohse, Carsten Hoffmann:  $\beta$ -Arrestin biosensors reveal a rapid, receptor-dependent activation/deactivation cycle. *Nature* doi:10.1038/nature17198