



# 1. Nationales Schmerzforum

**Berlin**

**17. September 2014**

Zusammenfassung

## 1. Nationales Schmerzforum

Das 1. Nationale Schmerzforum fand am 17. September 2014 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

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.

## Kräfte bündeln

Editorial

Warum benötigen wir ein Nationales Schmerzforum? – Wir denken, dass es höchste Zeit ist für eine konzertierte Aktion zum Thema Schmerz. Es gibt seit Jahren viele Initiativen, Aktionen und politische Gespräche. Ein Durchbruch lässt sich aber nur erzielen, wenn alle Kräfte gebündelt werden. Das Nationale Schmerzforum will alle Beteiligten aus Institutionen, Wissenschaft und dem Versorgungsalltag an einen Tisch bringen. Die Auftaktveranstaltung in 2014 zum 1. Nationalen Schmerzforum war eine Art Standortbestimmung, nahezu jeder Akteur sowie Betroffene zu dem Thema kamen zu Wort, der Status-Quo und die prioritären Handlungsfelder wurden sehr gut verdeutlicht.

Wir möchten Ihnen mit dieser journalistisch zusammengefassten Dokumentation in Wort und Bild die wichtigsten Aussagen an die Hand geben. Lassen Sie uns den Prozess zur Verbesserung der Schmerzversorgung in diesem Land gemeinsam angehen.

Wir sehen uns auf dem 2. Nationalen Schmerzforum am 17. September 2015 in Berlin – und in der Zwischenzeit beim Abarbeiten der gemeinsam identifizierten Handlungsfelder.

Herzliche Grüße, Ihr

### **Prof. Dr. Dr. Thomas R. Tölle**

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

### **Prof. Dr. Michael Schäfer**

Präsident-Elect der Deutschen Schmerzgesellschaft

### **Thomas Isenberg**

Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft



*von links: Thomas Isenberg , Prof. Dr. Dr. Thomas R. Tölle, Prof. Dr. Michael Schäfer, Lisa Braun (Co-Moderatorin des Schmerzforums)*

## "Das hat etwas mit Daseinsvorsorge zu tun"

Einführung ins Thema von Dr. Martina Wenker,  
Vizepräsidentin der Bundesärztekammer

Sehr geehrter Professor Tölle, sehr geehrte Damen und Herren,  
liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Gäste!

Ich bin Internistin, Lungenfachärztin und arbeite seit 25 Jahren als Oberärztin in einer Lungenfachklinik. Dort betreue ich viele Patienten mit Bronchialkarzinom. Das sind in der Regel extrem anspruchsvolle Schmerzpatienten. Es ist mein Arbeitsalltag, der mir immer wieder signalisiert: Es gibt eigentlich alles, aber bekommen wirklich alle

Patienten zur richtigen Zeit das Richtige? Ich glaube, dass dies die Kunst einer modernen Schmerzmedizin ist. Im Rahmen der Vorbereitung auf dem Deutschen Ärztetag haben viele zu mir gesagt: "Mensch, warum brauchen wir den Tagesordnungspunkt, wir haben doch eigentlich alles".

Es muss aber tatsächlich zu jeder Zeit für jeden Patienten die richtige Therapie am richtigen Ort verfügbar sein. Ich glaube, das ist die gemeinsame Herausforderung, Herr Professor Tölle. Ich beglückwünsche Sie zu diesem 1. Nationalen Schmerzforum. Sie haben Ihr Forum überschrieben mit: „Status Quo und nächste prioritäre Schritte zur Verbesserung der schmerzmedizinischen Situation“. Ich denke, jeder von uns kann sich

jetzt eine Fülle von Schritten vorstellen und die Kunst wird es sein, zu sagen, was jetzt prioritär ist. Wo müssen wir uns als allernächstes dran begeben, um die Defizite, die wir alle erkannt haben, anzugehen.

### Leid für Patienten und Angehörige

Wir haben etwa zehn Millionen Menschen in Deutschland, die in irgendeiner Phase, in irgendeiner Situation unter so erheblichen chronischen Schmerzen leiden, dass sie in ihrem Alltag beeinträchtigt sind. Im Durchschnitt – und das sind Zahlen, die müssen uns zu denken geben – dauert die Leidensgeschichte eines chronischen Schmerzpatienten bis zu sieben Jahre, bis er in richtigen Händen ist. Jeder Fünfte kämpft sogar 20 Jahre und länger gegen Schmerzen an. Und das in einer Zeit, wo wir doch eigentlich fast alles zur Verfügung haben. Das bedeutet nicht nur viel persönliches Leid für die Patienten, aber auch für die Angehörigen, sondern es sind eben auch extrem hohe Kosten. Jede Zahl ist zu hoch, der Versorgungsbedarf, hier tätig zu werden,



*Dr. Martina Wenker,  
Vizepräsidentin der  
Bundesärztekammer*

ist riesig. Das war auch der Grund, warum der Deutsche Ärztetag sich intensiv mit dem Thema befasst hat. Wir haben uns viele Gedanken gemacht – auch unter dem Aspekt, was sehen wir als prioritär an. Letztlich haben wir fünf Handlungsebenen als ganz wichtig und als nächste Schritte benannt. Der Deutsche Ärztetag hat das mit einer großen Mehrheit verabschiedet.

#### **Fünf Handlungsebenen ausgemacht**

Als Erstes bedarf es eines niedrigschwelligen Zugangs für alle betroffenen Patienten zu den erforderlichen schmerzmedizinischen Versorgungsebenen. Zweitens benötigen wir eine konsequente Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen in den Bedarfsplänen der vertragsärztlichen Versorgung. Das Dritte ist eine konsequente Verbesserung der Akutschmerztherapie in den Krankenhäusern. Das Vierte eine Stärkung der schmerzmedizinischen Kompetenz in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung. Und fünftens benötigen wir eine finanzielle Förderung der Versorgungsforschung mit nationalen Forschungsprojekten zur Schmerzmedizin. Alle diese fünf Bereiche werden heute in den Themenfeldern mit unterschiedlichen Sichtweisen beleuchtet. Ich glaube, das ist genau die Breite, in denen es vorrangig jetzt weiter zu arbeiten gilt. In einer der modernsten Industrienation der Welt kann es nicht sein, dass Patienten viele Jahre an Schmerzen leiden. Das hat etwas mit Daseinsvorsorge zu tun.



## Die Suche nach zielführenden Maßnahmen

### 1. Nationales Schmerzforum bringt Akteure an einen Tisch

Die Deutsche Schmerzgesellschaft will die Versorgung von chronischen Schmerzpatienten auf eine neue Ebene bringen und hat Politik, Patienten, Heilberufler, Krankenkassen, Verbände und Wissenschaft am 17. September 2014 zusammengebracht.

Moderiert wurden fünf Themenfelder mit 60 Diskutanten. Die einzelnen Diskussionsbeiträge können auf den folgenden Seiten nachgelesen werden. In diesem kurzen Übersichtsartikel finden Sie zentrale Positionen.

#### Politik zur Frage "Nationaler Aktionsplan Schmerz"?

Für Maria Klein-Schmeink, gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, gibt es „kein Erkenntnis-, sondern ein Vollzugsdefizit“ in der Schmerzversorgung. Sie spricht sich für einen Nationalen Aktionsplan Schmerz aus, um das Thema voranzutreiben. Unterstützung erhält

sie von Hilde Mattheis, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion. Die Umsetzung sieht sie jedoch kritisch. Mattheis weist darauf hin, dass ein solcher Aktionsplan nicht im Koalitionsvertrag der schwarz-roten Bundesregierung steht. Für einen solchen brauche es daher einen großen Unterstützerkreis, gibt sie zu bedenken. Thomas Barta, Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, stellt klar, dass die Bundesländer bei neuen Aktionsplänen skeptisch sind. Zwar seien etwa mit dem Nationalen Diabetesplan gute Erfahrungen gemacht worden, die Länder sähen aber die Gefahr, „dass nur noch etwas Aufmerksamkeit bekommt, wenn es einen Nationalen Plan dazu gibt“. Aus seiner Sicht gehört das Thema sowohl auf die Tagesordnung der gemeinsamen Gremien der Bundesländer als auch der Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Barta verspricht, die Problematik im Herbst in eine Arbeitsgruppe einzubringen.



*Josef Hecken (links, stehend) in einer Diskussion mit Thomas Isenberg, Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft und Moderator des Schmerzforums*



*von links: Thomas Barta, Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Maria Klein-Schmeink, Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen, Hilde Mattheis, SPD-Bundestagsfraktion*

### Selbstverwaltung im Disput mit Patienten

Dass die Versorgung von Schmerzpatienten zeitnah verbessert wird, glaubt Josef Hecken, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Er betont, der G-BA werde die Schmerzversorgung in der Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) abbilden. Das sei bereits geschehen und werde mit ASV zu Rheuma intensiviert. Darüber hinaus sei ein Disease Management Programm (DMP) Rückenschmerz in Planung. Den Patientenvertretern ist das zu wenig. „Ein bisschen ASV und ein bisschen Rücken reichen nicht aus“, moniert Hannelore Loskill, Patientenvertreterin im G-BA. Die Patientenvertreter fordern, in der Versorgungsplanung alle chronischen Schmerzpatienten im Blick zu haben und den Therapiezugang zu beschleunigen, damit Patienten nicht jahrelang umherirren, bevor sie richtig versorgt werden. Darüber hinaus wollen sie ernst genommen und etwa in der Versorgungsforschung mehr eingebunden werden. G-BA-Chef Hecken wehrt sich gegen diesen Einlass von Patientenseite. 36 Prozent der chronischen Schmerzpatienten seien Rückenschmerzpatienten, 25 Prozent Rheumapatienten. „Da haben wir 60 Prozent im Sack“, sagt er. Das sei „mehr als ein bisschen“. Darüber hinaus sei es wichtiger, schnell konkrete Verbesserungen umzusetzen als lange Debatten um „ein Gesamtkunstwerk“ zu führen.

### Streitpunkt "Facharzt für Schmerzmedizin"

Streit gibt es nach wie vor in der Frage, ob es einen Facharzt für Schmerzmedizin geben sollte. Befürworter wie Dr. Reinhard Thoma begründen, ohne diesen finde die Schmerzmedizin keinen Eingang in die Bedarfsplanung. Die Versorgung werde sich daher verschlechtern. KBV-Chef Dr. Andreas Gassen sieht jeden Arzt beim Thema Schmerz gefordert und sieht das als klassische Querschnittsqualifikation. Gegen einen Facharzt für Schmerzmedizin sprechen sich auch Josef Hecken und Dr. Martina Wenker (BÄK) aus. Hecken hält neue Spezialisten für „fatal“. Es brauche „keinen neuen Flaschenhals“ in der Versorgung. Vielmehr müsse jeder Arzt imstande sein, wenn er die Ursache einer Erkrankung nicht beseitigen könne, schmerztherapeutisch zu handeln. Wenker betont: „Es braucht eine konsequente Aus-, Weiter- und Fortbildung.“ Nötig sei „eine weite schmerzmedizinische Kompetenz bei allen Ärzten“. Aus Sicht von Prof. Dr. Thomas R. Tölle, Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft, gewinnt die Debatte um den Facharzt für Schmerzmedizin „zu viel Bedeutung“. Fakt sei: Etwa 23 Millionen Deutsche berichten über chronische Schmerzen. Zwar muss dies nicht zwangsläufig eine intensive Behandlungsnotwendigkeit nach sich ziehen, aber immerhin 2,2 Millionen Patienten haben eine „Schmerzkrankheit“ entwickelt, bei rund 6 Millionen liegen erhebliche, durch chronische Schmerzen bedingte Beeinträchtigungen vor. Es fehlt an



*Prof. Dr. Dr. Thomas R. Tölle,  
Präsident der Deutschen  
Schmerzgesellschaft*

genügend spezialisierten Therapeuten, genügend qualifizierten Zentren und auch in der Fläche in der Erstversorgung bei Hausärzten kann noch das ein oder andere besser werden. Er fordert von allen Akteuren im Gesundheitswesen, „Aversionskonflikte“ zu überwinden. Eigentlich wüssten alle Beteiligten, was nötig sei – trotzdem werde oftmals „unendlich taktiert“, sagt er. Besonders problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass sich die kassenärztlichen Vereinigungen bis dato immer noch in großen

Teilen ihrem öffentlichen Auftrag entziehen, eine adäquate bedarfsorientierte ambulante Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Dies, obwohl der Deutsche Ärztetag in diesem Jahr auch die Frage des Bestandsschutzes und der Versorgungsplanung in der Diskussion um die bessere Versorgung in der Schmerztherapie explizit erwähnt hat. Oftmals dauert es Jahre, bis Patienten ihr (dann) chronisches Schmerzleiden multimodal therapiert bekommen. Prof. Tölle betont: Der flächendeckende Aufbau einer abgestuften Versorgung ist nötiger denn je! Hier haben neben den Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auch die Bundesländer eine Aufgabe: Sie müssen mehr als bisher – etwa im Rahmen der Landeskrankenhausplanung – darauf achten, dass

beispielsweise in der Akutschmerztherapie überhaupt seitens der Krankenhäuser eine besondere Qualität einzufordern sowie ergänzend eine ausreichende Versorgung mit Schmerztherapieangeboten auch bei den Kliniken vorzuhalten.

Ulrich Weigeldt, Vorsitzender des Deutschen Hausärzteverbands, fordert, alle Haus- und Fachärzte müssten enger zusammenarbeiten. Es dürften keine „Claims“ aufgebaut werden. Darunter leide die Versorgung. Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede, künftiger Präsident der Schmerz-Weltgesellschaft IASP, vermisst eine Kooperation innerhalb der Fachärzteschaft. Er wünsche sich, dass Grenzen aufweichen. Diese behinderten nicht nur die Schmerzmedizin, sondern auch an anderen Stellen den Fortschritt in der Medizin.

### Debatte über Transparenz, Qualität und Versorgungsforschung

Große Erwartungen richten die Diskutanten an den Ausbau der Versorgungsforschung. Dr. Ursula Marschall von der BarmerGEK mahnt: „Wenn wir uns gemeinsam wünschen, dass wir Patienten einen guten Schmerztherapeuten empfehlen, dann brauchen wir aber als allererstes gemeinsame und einheitliche Qualitätskriterien.“ Allerdings sollten hier – beispielsweise bei der Entwicklung von Registern – nicht nur wissenschaftlich akademische Interessen befriedigt werden. Es gehe darum, dass „das Ganze dann auch tatsächlich von uns Kostenträgern, wie Krankenkassen immer so schön sagen, in Versorgung umgesetzt wird“.

Der Vorsitzende des Deutschen Netzwerks für Versorgungsforschung, Prof. Dr. Neugebauer weist darauf hin, dass es aus seiner Sicht zudem oftmals kein Erkennt-



von links: Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, AQUA-Institut, Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Prof. Dr. Hans-Raimund Casser, Deutsche Schmerzgesellschaft, PD Dr. Regine Klingler, Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -Forschung

nis, sondern ein Umsetzungsdefizit gibt. Die Daten hätten sich seit Jahren nicht wirklich verbessert, sagt er unter Verweis auch des HTA-Berichts der Bundesregierung. Bei der Krankenhausplanung den Fokus auf Qualität und Zertifizierung zu legen, hält er für eine gute Idee. Auf entsprechende erfolgreiche Projekte weist Prof. Dr. Frank Petzke, Vorsitzender CERTKOM in der Diskussion hin. Es stellt sich die Frage, ob und wie die Beteiligung von Kliniken an entsprechenden Zertifizierungen oder aber die Anwendung von Verfahren der Qualitätssicherung im ambulanten Bereich verbindlicher ausgestaltet bzw. vereinbart werden kann. Die Deutsche Schmerzgesellschaft habe mit ihrem Projekt KEDOQ-Schmerz eine gute Grundlage geschaffen, etwa für die ambulante Schmerztherapie, betont Prof. Dr. Hans-Raimund Casser.

Prof. Dr. Joachim Szecsenyi, Geschäftsführer des AQUA-Instituts glaubt, dass für die Qualitätssicherung Routinedaten zukünftig eine viel größere Rolle spielen werden – auch bei dem Thema Schmerz. Patient-Reported-Outcomes müssten systematisch ausgebaut werden. Wegweisend sei hier das Projekt PAIN-OUT, über das Prof. Meißner berichtete. Allerdings müssten auch die finanziellen Rahmenbedingungen geschaffen werden, gerade bei der personalintensiven Multimodalen Schmerztherapie und einer umfassenden Qualitätssicherung im Krankenhausbereich gebe es ein Re-Finanzierungsproblem, betont Axel Mertens, stellvertretender Geschäftsführer bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Bernd Decker, Präsidiumsmitglied Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands hält es für nötig, die Mittel je nach Dauer und Intensität der Therapie gerechter aufzusplitten. Decker macht zudem darauf aufmerksam, dass einige Bundesländer das Thema Schmerzversorgung in die Krankenhausplanung einbinden. Der Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Thomas Barta wies einen möglichen Weg: „Was spricht denn dagegen, ein qualitätsgesichertes Akutschmerzmanagement als ein Strukturmerkmal, als ein Qualitätsmerkmal in die Landes-Krankenhausplanung einfließen zu lassen, bevor eine Einrichtung als Zentrum, beispielsweise als onkologischer Schwerpunkt anerkannt wird?“



*Im Vordergrund: Prof. Dr. Joachim Thiery, Vorstandsmitglied Medizinischer Fakultätentag*

### **Soziodemografische Anforderungen an Schmerzbehandlung**

Auch im Bereich der Arzneimitteltherapie werden wichtige Handlungsfelder aufgezeigt, zur Diskussion gestellt und nachfolgend dokumentiert. Eine sehr differenzierte Betrachtung der besonderen soziodemographischen Herausforderungen wie die Behandlung von Senioren oder Migranten fordern einige Diskutantinnen wie Prof. Ursula Lehr oder Dr. Jürgen Gohde.

Ebenso wie bei den speziellen Problemlagen Kopf- oder Rückenschmerzen, wie die Forscher Prof. Andreas Straube, Dr. Friedrich Ebinger, Dr. Matthias Schuler und

Dr. Thomas Ziese ausführen. Prof. Dr. Joachim Thiery, Vorstandsmitglied des Medizinischen Fakultätentags konstatiert: „Was hier in Deutschland fehlt, wäre tatsächlich auch eine Longitudinaluntersuchung in der gesunden Bevölkerung, um herauszufinden, wann und unter welchen Bedingungen entstehen chronische Schmerzen.“

### Lehre und Weiterbildung stärken

Konsens besteht beim 1. Nationalen Schmerzforum in der Frage der Aus- und Fortbildung. Diese kann bei allen in der Schmerztherapie einbezogenen Professionen und Disziplinen weiter gestärkt werden. „Schmerz ist ein biospsychosoziales Krankheitsgeschehen und kein Schmerz existiert ohne psychische Faktoren und daher auch keine Schmerzbehandlung ohne Psychologie-Expertise“, betont Dr. Regine Klinger, Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -Forschung. Dem pflichtet die Bundespsychotherapeutenkammer bei. Dr. Tina Wesels berichtet über den Stand der Erweiterung der Musterweiterbildungsordnung mit einer Zusatzqualifikation „Schmerz“.



*Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede,  
Vizepräsident der Arbeits-  
gemeinschaft Wissenschaftlich  
Medizinische Fachgesellschaften*

der Deutschen Schmerzgesellschaft) und Ute Repschläger (Bundesverband Selbstständige Physiotherapeuten) berichten über die Bemühungen der Etablierung eines speziellen Schmerzcurriculums für Physiotherapeuten und die Verankerung in der Versorgungspraxis. Der eingeschlagene Weg,

die Kompetenzen der Pflegeberufe zu stärken, müsse fortgesetzt werden, sagt Prof. Dr. Andreas Büscher vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. Im Bereich der Medizinischen Ausbildung sei mit der Einführung des neuen Querschnittsbereichs Q 14 ein Meilenstein erreicht, sagt Dr. Andreas Kopf, Deutsche Schmerzgesellschaft. Nunmehr komme es darauf an, dies in der Lehre vor Ort entsprechend umzusetzen. Und: Die Frage sei auch, wie die Verschränkung in und mit den jeweiligen Weiterbildungsordnungen nachhaltig fortgeführt werden kann. Aus Sicht von Prof. Rolf-Detlef Treede, Präsidiumsmitglied der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinische Fachgesellschaften (AWMF) und künftiger Präsident der Schmerz-Weltgesellschaft IASP sei die Interdisziplinarität und Multimodalität „sehr schwierig herzustellen“, aber das nötige Maß der Dinge für eine erfolgreiche Schmerztherapie. Eine Person kann nicht die Expertise haben, die mehrere Personen zusammen einbringen, betont er.



Themenfeld I:

## **Strukturen der Versorgung, Koordination, Vertragslandschaft**

*Schmerzpatienten irren jahrelang durch das deutsche Gesundheitssystem bis sie eine angemessene Behandlung erfahren. Warum ist das so? Wo liegen die Probleme und Versäumnisse? Was wird in der Versorgung getan und was versäumt? Und: Wo muss angesetzt werden?*

### **Josef Hecken**

*Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses*



Schmerztherapie ist aus Sicht von Hecken in der Vergangenheit viel zu lange eher monokausal betrachtet worden – als Annex, als Folge irgendeiner Haupterkrankung. Es sei nicht realisiert worden, dass Schmerz, insbesondere dann, wenn er nicht adäquat behandelt wird, chronifiziert und zu einem eigenständigen Krankheitsbild werden kann. „Die Folgen dieser über viele Jahre dauernden falschen Sichtweise müssen wir jetzt beseitigen“, sagt Hecken. Er nennt aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) konkrete Handlungsfelder. Erstens: 116b/ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV). Dort werden schmerztherapeutische Behandlungsanteile sektorenübergreifend hinterlegt. Zweitens: DMP-Rückenleiden, derzeit, beim G-BA in Arbeit. Drittens: Bedarfsplanung. Aus Sicht von Hecken ein „großes Problem“. Zwar gebe es in der Bedarfsplanungsrichtlinie bei den Anästhesisten den Zulassungsvorhang für Ärzte, die Schmerztherapie oder Palliativmedizin betreiben. Es gebe also die „Legitimation bei der Neubesetzung von Sitzen, diese Ärzte zu priorisieren“. Allerdings fehlten ausreichend qualifizierte Ärzte. Viertens: frühe Nutzenbewertung von Arzneimitteln. Der Endpunkt Schmerz wird aus Sicht von Hecken eine „sehr, sehr gewichtige Bedeutung“ bei der Nutzenbewertung von Arzneimitteln beigemessen. Fünftens: Innovationsfonds der Koalition mit rund 300 Millionen Euro pro Jahr. Der G-BA-Chef stellt sich vor, multimodale Behandlungskonzepte sektorenübergreifend zu überprüfen. Ziel ist Evidenz, Fragestellung, wie kann man Versorgung optimieren.

## Thomas Bodmer

*Vorstandsmitglied DAK Gesundheit*

In der Regel gibt es kein aktuelles Quantitätsproblem, sondern eher ein Qualitätsproblem in der Schmerztherapie, sagt Bodmer. Es müsse in der Regelversorgung mehr multimodal behandelt werden. Dazu seien mehrere Disziplinen zusammenzuführen. Das decke heutzutage die Regelversorgung einfach nicht ab. Bodmer schlägt Selektivverträge vor. Er betont, die DAK Gesundheit habe mehrere Selektivverträge zum Thema Schmerz. Darin seien die Zusammenarbeitsqualitätskriterien geregelt. Aus Sicht von Bodmer gehen die ASV und die DMP-Ansätze in die „richtige Richtung“. Kritisch sieht er die Schmerztherapie in der stationären Versorgung. Dort müsste diese aus seiner Sicht ein verbindliches Kriterium in der Krankenhausplanung sein. „In den einzelnen Bundesländern ist das Thema Schmerztherapie in den Krankenhäusern überhaupt nicht auf dem Zettel und auch nicht in der Planung“, sagt er.



## Ingo Kailuweit

*Vorstandsvorsitzender der KKH*

Die Erfahrungen gerade bei Schmerz zeigen aus Sicht von Kailuweit „sehr deutlich, dass wir extremen Handlungsbedarf haben“. Er glaubt an das System, wenn Behandler, Ärzte und Krankenkassen gemeinsam am Thema arbeiten. Für ihn ist wichtig, dass die Instrumente, die geschaffen werden, tatsächlich zu einem Erfolg in der Schmerztherapie führen.



## Ulrich Weigeldt

*Bundevorsitzender Deutscher Hausärzterverband*



Weigeldt kann sich vorstellen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit besser wird. Er betont, es müsse darum gehen, dass Patienten gar nicht erst in das Stadium kommen, einen chronischen Schmerz zu entwickeln. Ziel müsse es sein, tatsächlich, rechtzeitig und frühzeitig so zu behandeln, dass ein Patient nicht in eine eigenständige Schmerzkrankheit abgleiten muss. „Das ist etwas, was wir gemeinsam machen müssen“, sagt er. Weigeldt weist auf ein Projekt hin, bei dem es darum geht, gemeinsam mit den Schmerztherapeuten am Thema Rückenschmerz eine Versorgungslandschaft zu entwickeln. Es geht dabei um ein

strukturiertes Verfahren für die Versorgung. Ziel: Anhand von bestimmten Kriterien

gezielt Entscheidungen zu treffen und Regeln festzulegen. Weigeldt ist sicher, dass es ohne die Hausärzte in der Schmerzversorgung nicht gehen kann. „Sonst werden wir die Menge an Schmerztherapeutischen Fällen gar nicht bewältigen können“, sagt er. Er mahnt, dass die Ärzte eng kooperieren. Keine Seite dürfe sich Claims aufbauen. Aus- und Weiterbildung der Ärzte muss aus seiner Sicht interdisziplinär erfolgen. Weigeldt empfiehlt, in der Approbationsordnung dafür zu sorgen, dass insgesamt das universitäre Studium für Ärzte von der Versorgungsnotwendigkeit der Patienten ausgeht. Er fordert, die Allgemeinmedizin zu stärken. Als einen Grund, warum Schmerzpatienten lange durch das Gesundheitssystem irren, nennt er unter anderem Weiterbildungsdefizite. Für die Spitze des Eisbergs braucht man die ASV und ähnliche Versorgungsmodelle.

### **Heike Norda**

*Mitglied der Patientenvereinigung Schmerzlos*

Norda bemängelt die langen Wartezeiten von Schmerzpatienten auf einen Termin beim Spezialisten. In Schleswig-Holstein gebe es Wartezeiten von bis zu einem Jahr. „Das bedeutet, wenn mein Hausarzt nicht weiterkommt und möchte mich zum Schmerztherapeuten überweisen, müssen wir gegebenenfalls bis zu einem Jahr warten“, sagt sie. Das DMP-Rückenschmerz ist aus ihrer Sicht zu wenig. Es gebe nicht nur Rückenschmerzkrankte. Sie weist auf multiple Schmerzfactoren und auch die Psyche hin.

### **Hannelore Loskill**

*stellvertretende Bundesvorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe*

Loskill macht deutlich, dass der Schmerz in den unterschiedlichsten Variationen auftaucht. Sie fordert mehr als ein DMP-Rücken und ASV. Laut Loskill besteht ein Wissensdefizit nicht nur beim Hausarzt. Oftmals wüssten auch Fachärzte wie zum Beispiel Orthopäden oder Neurologen, zu denen Patienten geschickt werden, nicht weiter. Bis ein Patient zum Schmerztherapeu-



*Hannelore Loskill (links) neben Heike Norda*

ten kommt, dauert es durch den langen Weg durch diese Ärzte-Kette zwei Jahre. Loskill fordert, die Zeiten zu verkürzen, das sei bei einer Chronifizierung von Schmerz wichtig. Sie weist darauf hin, dass das Thema Reha nicht untergehen darf. Gerade im orthopädischen Bereich würden sehr häufig die Reha-Maßnahmen abgebrochen, weil keine adäquate Schmerzversorgung stattfindet.

### **Dr. Andreas Gassen**

*Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung*

Gassen betont, die beste Schmerztherapie ist die, die man vermeiden kann. „Ich glaube, es ist nicht der adäquate Weg, sich nur auf das Symptom Schmerz zu kaprizieren und zu sagen, wie kriegen wir jetzt Schmerz weg“, sagt er. Aus seiner Sicht müssen die auslösenden Mechanismen für den Schmerz abgestellt werden. Eine dauerhafte Schmerztherapie, die auch immer mit gewissen Einschränkungen einhergeht, müsse möglichst die Ausnahme bleiben. Für die Versorgung hält Gassen es für wichtig, strukturierte Abläufe zu haben und klare Schnittstellen zu definieren. DMP sieht er als guten Weg. „Hier hat man sehr wohl Möglichkeiten, frühzeitig Patienten abzuholen, bevor sie Schmerzzustände chronifizieren“, sagt er. Gassen glaubt nicht, dass mehr Schmerztherapeuten nötig sind, einen Facharzt für Schmerzmedizin lehnt er ab. Aus Sicht des KBV-Chefs ist die Behandlung von Schmerzsymptomen „Bestandteil jeder ärztlichen Ausbildung“.



### **Prof. Dr. Dr. Thomas R. Töle**

*Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Töle zeigt sich enttäuscht über die Aussagen von Gassen. Dessen Sicht sei ein überkommenes Weltbild, das bei der Versorgung der Patienten nicht weiterhelfen wird. Oft seien interventionellen Versuche an dem muskuloskelettalen System „nur teilweise erfolgreich“. „Wenn das der Ansatz sein soll, um Kausalität vor Therapie zum Guten der Bewältigung des Lebens des Patienten zu stellen, dann glaube ich, sind wir auf dem völlig falschen Weg“, sagt Töle. Er betont, es gibt zu wenig Schmerztherapeuten und Defizite in der Aus- und Weiterbildung. Als wichtigsten Punkt bezeichnet Töle, eine multidisziplinäre flächendeckende integrative Versorgung zu gestalten. Es müssten die Frühzeichen einer Gefährdung in die Chronifizierung erkannt und Patienten richtig gesteuert werden.



### Ralf Heyder

*Generalsekretär Verband der Universitätsklinika Deutschlands*

Eine wichtige Frage in der Debatte ist für Heyder nicht nur, wie Schmerz therapiert wird. Von Bedeutung ist für ihn auch, woher er kommt und wie schnell Patienten eine adäquate Diagnostik erhalten. Heyder glaubt, dass die Hochschulmedizin dabei über die interdisziplinären und interprofessionellen Angebote einen wichtigen Beitrag leisten kann. Zentrale Aspekte sind für ihn Weiter- und Fortbildung. Durch eine Änderung der Approbationsordnung ist für ihn das Wissensdefizit nicht zu lösen. „Ich warne so ein bisschen davor. Alle Probleme des Deutschen Gesundheitswesens immer in ihrer Ursache in der Approbationsordnung zu verordnen. Wenn man all die Wünsche, die es an die Approbationsordnung gibt, umsetzen würde, würde das Medizinstudium wahrscheinlich dreimal solange dauern“, sagt er.



### Dr. Ursula Marschall

*Leiterin Kompetenzzentrum Medizin und Versorgungsforschung, Barmer GEK*

Marschall betont, dass es zwar gut ist, dass immer mehr Kliniken multimodale Schmerztherapie anbieten. Sie stellt aber die Qualitätsfrage. Aus Sicht von Marschall fehlt oftmals Evidenz für die Behandlungsangebote. Man müsse sehen, dass diese vorangetrieben werde, fordert sie.



### Bernd Decker

*Präsidiumsmitglied Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands*

Die multimodale Schmerztherapie wird in Deutschland in Kliniken über das DRG-System abgerechnet. Nach Ansicht von Decker gibt es darin ein Bewertungsdefizit und eine „nicht sachgerechte Vergütung“. So erhielten Krankenhäuser für alle abgerechneten DRG der multimodalen Schmerztherapie in Rheinland-Pfalz rund 4.000 Euro. Und das, obwohl die Leistungen deutlich differierten. Im Klartext: Sowohl für die niedrigste Stufe – eine Verweildauer von 7 bis 13 Tagen mit 20 Therapieeinheiten – als auch die mittlere mit 14 bis 20 Tagen Verweildauer mit 56 Therapieeinheiten und der höchsten Stufe mit über 21 Tagen Verweildauer mit über 80 Therapieeinheiten – gibt es nahezu gleich viel Geld. Decker hält es für nötig, die Mittel gerechter aufzusplitten. Decker macht darauf aufmerksam, dass einige Bundesländer das Thema Schmerzversorgung in die Krankenhausplanung einbinden. Er sieht einen „Trend“. Als Vorbilder nennt er Baden-Württemberg und das Saarland, die weitergehende Ausführ-



rungen zum Thema spezielle Schmerztherapie gemacht haben. Die anderen Länder hängen aus Sicht von Decker „noch ein Stück weit hinterher“.

### **Dr. Reinhard Thoma**

*Leiter der Ad-hoc-Kommission Versorgungsfragen der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Er fragt sich, ob in der Debatte gelegentlich von unterschiedlichen Dingen gesprochen wird. Thoma rät, zu unterscheiden, um welchen Patienten es gerade geht. Es müsse differenziert werden, ob es um einen Tumorpatienten, einen Akutschmerzpatienten, einen Rheumatiker, gehe, der auch kausal behandelt werden könne – oder ob es um chronische Schmerzpatienten gehe. Letztere seien oft mehrfach operiert worden, hätten einen langen Leidensweg hinter sich und seien psychisch am Ende. Thoma betont, es brauche in der Versorgung Kommunikation, Koordination und Kooperation. Nötig sei darüber hinaus eine hohe Qualität in der Versorgung in Teams. Sowohl ambulant als auch stationäre stoße man in der Realität an die Grenzen. Thoma glaubt, wenn die Schmerzmedizin keinen Eingang in die Bedarfsplanung findet, wird sich die Zahl der Schmerzpatienten deutlich vermehren. Dann werde es in zehn Jahren keine ausreichende Versorgung mehr geben.



### **Dr. Anne Rose**

*Deutsche Rentenversicherung Bund*

Die medizinische Rehabilitation steht häufig am Ende der Behandlungskette und wird aus Sicht von Rose unterschätzt. Sie hält die Punkte Kommunikation, Kooperation und Koordination für elementar. Rose macht unter anderem auf eine subjektive Patientenkomponente aufmerksam, die den Zugang zur Behandlung erschweren könne. So gebe es neben den 130 orthopädischen Fachkliniken auch 50 psychosomatische Kliniken mit einer ausgewiesenen schmerztherapeutischen Expertise. Patienten mit Arthrose oder Bandscheibenvorfall wollten aber nicht zu den Psychos. „Wer möchte diese Kränkung auf sich nehmen“, sagt Rose.



### **Dr. Helga Seel**

*Geschäftsführerin Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation*

Umsetzungsprobleme bei der Versorgung kann es aus Sicht von Seel aufgrund der Schnittstellen im Sozialleistungssystem geben. Grundsätzlich sieht sie keine großen Versorgungslücken. Dennoch gebe es Optimierungsbedarf. Den sieht sie unter anderem in der Aus-, Weiter- und Fortbildung. Diejenigen, die bei den Rehaträgern für eine Bedarfsfeststellung verantwortlich seien, müssten in die Lage versetzt werden, eine Beeinträchtigung zielgenau zu erkennen und Hilfe einzusetzen. Sie weist darauf hin, dass Ärzte vielfach ein Informationsdefizit haben, was Rehabilitation angeht. Ärzte brauchen aus Sicht von Seel „Orientierungshilfen“, die ihnen Transparenz im System bieten. Gefordert sieht sie auch die Unternehmen. Die müssten etwa durch ergonomische Arbeitsplatzgestaltung verhindern, dass Schmerzen entstehen oder eine Chronifizierung auftritt.



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

*Präsidiumsmitglied Deutsche Schmerzgesellschaft*

Eine Differenzierung zwischen kurativer Versorgung und Rehabilitation ist bezüglich der Indikation und nicht zuletzt aus leistungsrechtlichen Gründen erforderlich. Dabei verfolgen interdisziplinär multimodale schmerztherapeutische Verfahren eine ursachenorientierte Behandlung der chronischen Schmerzerkrankungen, während es Aufgabe der rehabilitativen Verfahren ist, Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und ihre Folgen zu mildern.

Der Behandlungsbedarf für eine kurative Einrichtung ist insbesondere dann gegeben, wenn Diagnose und Behandlungsplan trotz Assessment nicht ausreichend geklärt ist, eine besondere Intensivität der Therapie erreicht werden muss (mindestens 100 Stunden), die Notwendigkeit medikamentöser Neueinstellung, Überwachung, ggf. Entzug besteht und behandlungsbedürftige psychische Komponenten bestehen, die zunächst abgeklärt werden müssen und psychotherapeutische Einzelinterventionen erfordern. In bestimmten Fällen würde sich sinnvollerweise eine

Rehabilitationsbehandlung der kurativen multimodalen Therapie anschließen, wobei eine enge Abstimmung zwischen kurativer und rehabilitativer Versorgung erfolgen muss, was derzeit die Ausnahme darstellt.



*Prof. Dr. Hans-Raimund Casser  
neben Dr. Regine Klinger*

Themenfeld II:

## **Transparenz, Qualität und Qualitätssicherung**

*Transparenz, Qualität und Qualitätssicherung sind Aspekte, die in Politik und der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens immer wieder auftauchen. Wie steht es eigentlich mit den drei Themen in der Schmerzversorgung?*

### **Prof. Dr. Joachim Szecsenyi**

*Geschäftsführer des AQUA-Instituts*

Dadurch, dass es bei der Schmerzversorgung so zahlreiche Aspekte gebe, sei alles „etwas chaotisch“, sagt Szecsenyi. Eine wichtige Frage sei, ob „das Richtige auf die richtige Art und Weise für den richtigen Patienten“ getan werde, ob Leitlinien eingehalten würden, und die Behandlung evidenzbasiert und durch ein Monitoring der Qualitätssicherung abgesichert sei. Szecsenyi hält den Weg des G-BA über DMP für richtig. Diese würden in Versorgungseinrichtungen Prozesse und Strukturen verändern. Das werde auch bei den Rückenschmerzen so sein, glaubt er. Für die Qualitätssicherung werden aus seiner Sicht Routinedaten eine viel größere Rolle spielen. Auch Patientenbefragungen hält er für wichtig. Die Qualität der Schmerztherapie im Krankenhaus und im ambulanten Bereich werde „eine ganz wichtige Rolle spielen“, sagt Szecsenyi.



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

*Vorsitzender CERTKOM*

Petzke betont, es gebe einen großen Wissensfundus über effektive Methoden und Maßnahmen Schmerzen im Krankenhaus und insbesondere auch nach Operationen zu behandeln. Das Problem sei, wie diese konkret in den Kliniken zum Wohle des Patienten umgesetzt werden können. Petzke weist darauf hin, dass es verschiedene Qualitätsinitiativen gibt. Eine sei CERTKOM. Ziel sei es, Krankenhäuser dabei zu unterstützen, qualifizierte Schmerztherapie umzusetzen und zu /oder

zu verbessern. Bei den bereits entwickelten Qualitätsindikatoren geht es Petzke zufolge etwa um das erreichte Ausmaß der Schmerzkontrolle oder die Effektivität der eingesetzten Therapie. Die Erkenntnisse beruhen auf Patientenbefragungen. Zertifiziert werden könnten nur Häuser, die eine gewisse Grenze unterschreiten. Petzke räumt ein, dass mit einer Zertifizierung in der Regel nur ein erster Schritt gemacht werden kann. Prozesse müssten vielmehr über lange Zeit begleitet werden. Die Ergebnisse seien aber positiv. Die Daten zeigten, dass die Ergebnisse für die Patienten drastisch verbessert werden, wenn sich Kliniken auf den Weg machten, zertifizieren ließen und Qualitätserhebungen machten. Petzke merkt aber auch an, dass es aufgrund der finanziellen Situation in den Kliniken derzeit eine „gewisse Sättigungstendenz“ in Bezug auf freiwillige und eigenständig finanzierte Zertifizierungen gibt.

### **Prof. Dr. Winfried Meißner**

*Leiter des Projektes Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie (QUIPS)*

Aus Sicht von Meißner muss das Thema Akutschmerzversorgung mehr in den Focus rücken. Dieser sei ist einer der Hauptursachen für chronischen Schmerz, aber im Gegensatz zu vielen anderen Dingen vermeidbar. „Hier wissen wir, dass wir heute zumindest in bestimmten Situationen Chronifizierung vermeiden können“, sagt er.

Meißner stellt klar, dass es beim Akutschmerz nicht um die zwei oder drei Tage nach Operationen geht. Ziel sei es, zu verhindern, dass Patienten später in Schmerzbambulanzen landen. Meißner weist auf das Akutschmerzregister QUIPS hin. Das zeige, dass Qualitätsverbesserung nicht nur in checklistenartigem Abhaken von Strukturen und Prozessen bestehen sollte. Man müsse „zum Äußersten schreiten“ und „Patienten befragen“, sagt er. Es sei unverzichtbar, „in der Qualitätsverbesserung der Schmerzmedizin“. Meißner mahnt darüber hinaus ein Lernen von Anderen an. So könne man auch aus anderen Ländern Strategien übernehmen, auch brauche es sogenannte Peer-Review-Verfahren. Meißner

mahnt Qualitätssicherung vor allen Dingen auf der Basis von validen Ergebnisqualitätskriterien und nicht so sehr von irgendwelchen Strukturkriterien an. QUIPS und sein Schwesterprojekt PAIN-OUT sind nach Aussagen von Meißner die weltweit größten Akutschmerzregister, die in Kooperation interdisziplinär mit den Fachgesellschaften der Anästhesisten, Chirurgen und der Schmerzmediziner entwickelt worden sind. In der Datenbank gibt es inzwischen über 300.000 Patient-Reported-Outcomes, also Daten von Patienten in der Datenbank, die natürlich exzellente Analysen zu Ursachen von guter oder schlechter Qualität erlauben.



## Prof. Dr. Hans-Raimund Casser

*Präsidiumsmitglied Deutsche Schmerzgesellschaft*

Casser macht auf das Projekt KEDOQ der Deutschen Schmerzgesellschaft, aufmerksam. Dies sei „multi-zentrisch“, „überregional“ und „sektorübergreifend“. Einbezogen seien sowohl ambulante Schmerzpraxen als auch Kliniken. „Damit haben wir zum ersten Mal Daten, die wir vergleichen können“, sagt Casser. Es sei für alle Beteiligten erstmals möglich, sich eigene Behandlungsergebnisse widerspiegeln zu lassen. Außerdem sei ein Vergleich untereinander über anonymisierte Daten möglich. Ziel sei es, bessere Schlüsse zur Ergebnisqualität zu erlangen. „Wir haben hier auch die Möglichkeit die Spreu vom Weizen zu trennen“, sagt er. Beim Punkt Arzneimittelversorgung macht Casser darauf aufmerksam, dass Kliniker, Pharmakologen und Apotheker sich mit der Frage der Substitution von Opioiden näher befasst haben. Die Wissenschaftler sehen das auf Grund der unterschiedlichen Eigenschaften der Präparate und auch des häufigen Wechsels als „sehr kritisch“. Von Umstellungen raten sie ab.



*Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig (links) neben Prof. Dr. Hans-Raimund Casser*

## Dr. Ursula Marschall

*Leiterin Kompetenzzentrum Medizin und Versorgungsforschung, Barmer GEK*

Die Barmer GEK hält es für notwendig, in der Debatte um Register dafür zu sorgen, dass diese nicht nur wissenschaftlich akademische Interessen befriedigen. Es gehe darum, dass „das Ganze dann auch tatsächlich von uns Kostenträgern, wie Krankenkassen immer so schön heißen, in Versorgung umgesetzt wird“.

## Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig

*Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft*

Fehlversorgung mit rezeptpflichtigen Schmerzmedikamenten und die Notwendigkeit öffentlicher Mittel für Leitlinienprojekte sind aus Sicht von Ludwig zwei wichtige Handlungsfelder. Zwar habe sich die Opioidverordnung in den vergangenen Jahren in Deutschland deutlich verbessert. Allerdings sei auch zu sehen, dass eine Fehlversorgung stattfindet. Defizite macht Ludwig in der Schmerzmessung aus. Es gebe Schwierigkeiten, die Schmerztherapie wirklich an den individuellen Bedürfnissen der Patienten zu orientieren. Mängel macht Ludwig auch bei der Anamnese vieler Patienten hinsichtlich der Schmerzcharakteristika aus. Folge sei oft eine Überdiagnostik. Probleme sieht er bei den Ärzten auch im Umgang mit Schmerztherapeutika.

Sorgen bereitet ihm eine Fehlversorgung mit Schmerzmitteln. In puncto Leitlinien fordert Ludwig, dass diese unabhängig durchgeführt werden. Auch müssten vermehrt nicht gesponserte klinische Studien zu Schmerzmitteln vorgenommen werden.

### **Dr. Stefan Etgeton**

*Bertelsmann-Stiftung*

Aus Sicht von Etgeton ist eines der wesentlichen Prozessprobleme, die Wege zwischen Symptom, Diagnose und Therapie zu verkürzen. „Da scheinen mir die Suchprozesse zu lange und das ist natürlich unser Anspruch hier, die Suchprozesse zu verkürzen“, sagt er. Vorstellen kann er sich, die Daten des QUIPS für ein Public-Reporting zu nutzen. Es sei bekannt, dass Patienten sehr hohen Stellenwert auf die Erfahrungen anderer Patienten legten.



### **Heike Norda**

*Mitglied der Patientenvereinigung Schmerzlos*

Norda hält es für wichtig, dass die Patienten besser informiert werden, wenn Opiode verschrieben werden. Sie bemängelt, dass Opiode nach wie vor aufgrund bestehender Rabattverträge der Krankenkassen substituiert werden dürfen.

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

*Leitlinienbeauftragter der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Petzke weist auf die Aktualisierung der LONTS-Leitlinie hin. (LONTS: Langzeitbehandlung mit Opioiden bei Nicht-Tumorbedingten Schmerzen) Er sieht die Deutsche Schmerzgesellschaft als Koordinator schmerzbezogener Leitlinien unter Einbeziehung der anderen Fachgesellschaften auf dem richtigen Weg. Zwar könne man mit Leitlinien – auch bei breitem Konsens in den Fachgesellschaften, wie im Beispiel von LONTS – nicht jede klinische Einzelfrage beantworten. Gerade bei der Opioidtherapie werde im klinischen Alltag immer eine individuelle differenzierte Entscheidung notwendig werden. Er denke aber, man habe „ein gutes Rahmenwerk vorgelegt“, das wichtige Fragen für den praktischen Alltag des Arztes beantworte. Also: Wie lange mache ich eine Opiatbehandlung? Wie wähle ich das Opiat aus? Was mache ich, wenn es nicht funktioniert aufgrund von Nebenwirkungen?



## **Birgit Fischer**

*Hauptgeschäftsführerin des vfa*

Fischer ist der Meinung, dass man beim Thema Schmerzversorgung die unterschiedlichen Akteure zusammenbringen muss – sowohl im Sinne der Kooperation und Kommunikation als auch letztendlich bei der Überlegung, wer was finanzieren und wer welchen Beitrag leisten könne. Bei der Frage einer möglichen Fehlversorgung von Arzneimitteln sieht sie die Industrie nicht in der Verantwortung. Diese Frage sei „nicht eine Frage der Existenz von Arzneimitteln“, sondern eine Versorgungsfrage. Fischer glaubt, dass die Diskussion vorab sehr deutlich gezeigt hat, dass es gerade bei dem Thema Schmerz sehr viele Akteure gebe, die zusammenwirkten. Ein zentraler Aspekt seien Koordination und Abstimmung. Sie mahnt, nicht nach Schuldigen zu suchen. Es müsse darum gehen wie eine Versorgungskette auch leitliniengerecht evidenzbasiert aussehen und wie Qualitätssicherung gewährleistet werden könne. Aus Sicht von Fischer muss bei der Bewertung von Arzneimitteln die Patientensicht stärker einfließen. Die könnten die Frage beantworten, ob es Arzneimittel eine Verbesserung in der Schmerzversorgung gebracht haben oder ob es etwa eine Verringerung der Nebenwirkungen gibt.



*Birgit Fischer, links daneben  
Dr. Norbert Garbsch*

## **Dr. Norbert Gerbsch**

*Stellvertretender Hauptgeschäftsführer des Bundesverbands der Pharmazeutischen Industrie*

Der BPI-Vertreter verdeutlicht, dass Qualitätssicherung – unter anderem bei Studien – teuer ist. „Wir wissen sehr genau, was das an Aufwand bedeutet am Ende des Tages und deswegen finden Sie wahrscheinlich an kaum einer anderen Stelle in der Versorgung so gut gesicherte Daten wie sie sich in unseren Studienlagen abbildet“, erklärt er. Wenn man ähnliche Aspekte der Qualitätssicherung generell im Versorgungssystem etablieren wolle, müsse man „sich gut überleben, wie man das balanciert“. Gerbsch macht klar, dass er Qualitätssicherung befürwortet, die Frage sei aber, „wie man das pragmatisch handhabt, ohne seine Versorgungsspielräume durch Ressourceninanspruchnahme auf diesem Feld zu sehr einzuschränken“.

### **Prof. Dr. Jürgen Osterbrink**

*Aktionsbündnis Schmerzfreie Stadt Münster*

Osterbrink macht auf ein Missverhältnis beim Personal aufmerksam. Er stellt die Frage, wer versorgt? Probleme sieht er bei alten Menschen in der Polymedikation. Osterbrink weist darauf hin, dass in der Regel der Mensch im Altenheim über fünf bis sechs Arztkontakte im Quartal verfügt. Es fehle aber die Abstimmung zwischen unterschiedlichen Arztgruppen. Osterbrink weist darauf hin, dass die Pflegenden die Patienten besser als die Ärzte einschätzen können. Pflegende müssten mehr Kompetenzen in der Schmerzversorgung übertragen bekommen, fordert er. Die Expertise der Pflegekräfte liegt aus seiner Sicht vor. Wichtig sei ein Schulterschluss zwischen Pflege, Allgemeinmediziner und Fachärzten.



### **Dr. Sabine Antonioli**

*Leitende Ärztin des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen*

Aus Sicht von Antonioli gibt es eine zunehmende Sensibilisierung für das Thema Schmerz in Pflegeeinrichtungen. Sie weist darauf hin, dass es einen Expertenstandard Schmerz gibt, der hilfreich ist. Grundsätzlich sieht sie Defizite in der sektorenübergreifenden Versorgung. „Was wirklich noch nicht so gut funktioniert, ist praktisch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit“, sagt sie. Da könnten Modellprojekte sinnvoll sein, um diese zu fördern. Antonioli sieht Mängel in der Qualität der Versorgung. Sie regt an, über die Klassifikation schmerztherapeutische Einrichtungen und klare Strukturanforderungen nachzudenken. „Wir haben gesehen, im Rahmen von Krankenhausbegehungen vor Ort, wie viel Halt eine gute Struktur- und Prozessqualität bewegen kann“, sagt sie.



### **Prof. Dr. Jürgen Windeler**

*Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*

Für Windeler ist die entscheidende Frage, wie verschiedene Arzneimittel, die in der Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen eingesetzt werden, vergleichend untereinander eigentlich zu bewerten sind. Das sei eine Frage, die das System nicht stellt, sagt er. „Der Bestandsmarktaufruf ist vom Tisch. Andere Diskussionen haben wir in der Thematik auch nicht. Studien haben wir in der Thematik auch kaum, sodass es also dazu relativ wenig Daten gibt und das wäre eigentlich eine Thematik, die in der Bewertungsfrage bei Arzneimitteln dringend bearbeitet werden müsste“, meint Windeler.



## Prof. Ursula Lehr

*Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen*

Lehr konstatiert, dass der Anteil der Schmerzpatienten in der Gruppe der Senioren am Größten ist. Allerdings werde der Schmerz oftmals nicht behandelt, sagt sie. Ein Grund sei, dass sowohl Senioren als auch Hausärzte glaubten, Schmerz gehöre zum Alter. Sie fordert Ärzte auf, schon bei der Diagnose viel gründlicher zu sein. „Ein älterer Patient wird nicht von sich aus sagen, ich habe diese oder jene Schmerzen, hier muss der Hausarzt danach fragen“, verlangt Lehr. Nachholbedarf sieht sie sowohl in der Reha als auch in Pflegeheimen. Aus ihrer Sicht muss mehr getan werden, um Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Aus Sicht von Lehr sollte sofort nach der Akuterkrankung eine Rehabilitation stattfinden, die Schmerzprobleme mit einbezieht. Lehr mahnt an, auch die Menschen nicht zu vergessen, die sich nicht äußern können. Auch demenziell Erkrankte seien betroffen. Probleme sieht Lehr auch in der Polymedikation. Sie fordert die Ärzte auf, sich besser abzustimmen.



*Prof. Ursula Lehr neben  
Dr. Jürgen Gohde*

## Dr. Jürgen Gohde

*Vorstandsvorsitzender Kuratorium Deutsche Altershilfe*

Der Zugang zur interdisziplinären Therapie muss allen offen stehen. Dieser Punkt ist Gohde besonders wichtig. Vor allem Menschen mit Demenz hätten einen „signifikant schlechteren Zugang zur Schmerzbehandlung und Schmerztherapie“, sagt er. Das liege unter anderem an ihrer Artikulationsfähigkeit und Einschränkung. Mängel macht Gohde auch bei der Steuerung und einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit sowie dem Thema Fortbildung aus. Letztere müsse dringend verbessert werden, wenn man den Zugang zur Schmerztherapie verbessern wolle. Probleme sieht Gohde auch im Leistungsrecht. Er weist auf deutliche Unterschiede zwischen Hospizen und stationären Pflegeeinrichtungen hin.

Themenfeld III:

#### **Gesundheitspolitischer Rahmen in Bund, Ländern und Kommunen**

*Die Schmerzversorgung ist ein Thema, das Bund, Länder und Kommunen in unterschiedlichen Bereichen betrifft. Aber: Ist die Thematik überhaupt in der Politik angekommen?  
Und: Was will und kann diese tun?*

#### **Hilde Mattheis**

*gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion*



Mattheis betont, man habe sich viel vorgenommen. Das Thema Schmerzversorgung sei vielfältig und spiele in verschiedene Bereiche hinein. Das reiche vom Versorgungsstrukturgesetz bis zu den beiden Pflegestärkungsgesetzen. Die SPD-Politikerin macht aber auch klar, dass man zwar auf der Grundlage einer kleinen Anfrage zum Thema Versorgung im Bereich Schmerz einiges mit in die Verhandlungen mit der Union genommen habe. Letztlich sei im Koalitionsvertrag die Schmerzversorgung aber nicht konkreter formuliert. Lediglich das DMP Rücken sei erwähnt. Als wichtig sieht Mattheis das Thema Palliativversorgung. „Da haben wir eine ganz klare Herausforderung, dass wir diese Palliativversorgung einfach sicherstellen und dazu gehört eben auch eine ordentliche Schmerztherapie“, sagt sie. Das sei eine Selbstverständlichkeit. Dass die unterschiedlichen Fachverbände auch interdisziplinär das Thema in der Öffentlichkeit diskutieren, begrüßt Mattheis. Das sei „ein wichtiger und richtiger Ansatz“. Einen Nationalen Aktionsplan Schmerz unterstützt Mattheis zwar. Allerdings zweifelt sie daran, dass dieser kommen wird. Das stehe nicht im Koalitionsvertrag. „Ich darf nochmal drauf hinweisen. Wenn solche Dinge außerhalb des Koalitionsvertrages angegangen werden, bedeutet das, dass sie eine ganz breite Unterstützung brauchen und dass da auch eine breite Öffentlichkeit dazu sein muss“, betont sie. Mattheis betont, sie könne sich auch vorstellen, die Patientenbeteiligung im G-BA und beim Qualitätsinstitut auszubauen. Allerdings sei „die Mehrheit eine andere“. Dennoch sieht die SPD-Politikerin das Anliegen als „immerwährende Aufgabe“.

## **Maria Klein-Schmeink**

*gesundheitspolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen*

Klein-Schmeink macht beim Thema Schmerzversorgung „hauptsächlich ein Vollzugsdefizit“, aber auch Versorgungsforschungsmangel aus. Für die Grüne Politikerin geht es vor allem darum, dass man gesetzlich regionale koordinierte Versorgungswege ermöglicht. „Ich glaube, dass ist das, was wir als Königsweg für viele Bereiche brauchen“, sagt sie. Als Beispiel nennt sie Projekte wie die Schmerzfreie Stadt Münster. Es sei wichtig, regional die Kompetenz in die Versorgung zu bekommen, so dass man den Anliegen- und Behandlungsbedarf der Betroffenen gerecht werden könne. Die DMP sieht sie als Fortschritt an. Bisherige Erfahrungen hätten gezeigt, dass diese zu Strukturveränderungen in der Versorgung führten. Letztlich hätten die DMP auch für die Patienten die Versorgung verbessert, die nicht eingeschrieben waren. Das brauche es auch im Bereich Schmerz. Klein-Schmeink mahnt, schnelle Verbesserungen an. Es dürfe nicht sein, dass jahrelang Richtlinien im G-BA entwickelt würden, bevor Verbesserungen beim Patienten ankommen. Eine Situation, in der jahrelang Qualitätskriterien festgelegt werden, lehnt sie ab. Klein-Schmeink mahnt an, auf dem jetzigen Wissensstand der Erkenntnisse eine bessere Versorgung zu gewährleisten. Sie rät, „mehrgleisig zu fahren“. Zusätzliche Qualitätskriterien könnten dann nach und nach „miteingefüttert werden“. Um das Thema Schmerzversorgung in der öffentlichen Wahrnehmung zu behalten und etwas zu haben, woran sich Bund, Länder und Kommunen orientieren können, spricht sie sich für einen Aktionsplan aus. „Ich würde das für einen probaten Weg halten“, sagt sie. Sie fordert einen breiten Konsens von allen Beteiligten. Einsetzen will sich Klein-Schmeink weiterhin auch für mehr Patientenrechte im G-BA und im neuen Qualitätsinstitut. Sie hält eine „adäquate Einbeziehung der Patientenverbände auf Augenhöhe“ für wichtig. Die Grüne Politikerin macht klar, dass sie sich mehr Patientenbeteiligung auch auf Länderebene und in den Regionen wünscht. „Ich würde mir wünschen, dass da der Mut in der Politik größer wäre, auf die Patientenverbände zu vertrauen“, sagt sie. Sie fordert zugleich, die Arbeit der Patientenverbände strukturell besser abzusichern.



## **Ingo Kailuweit**

*Vorstandsvorsitzender der KKH*

Der Krankenkassenchef weist auf Defizite bei der Qualitätssicherung in der Pflege hin. Er vermisst Anreize für gute Qualität im Gesundheitssystem. Darüber hinaus sei die Transparenz über die vorhandene Qualität unzureichend. Er fordert, die Qualität bei einem stationären Aufenthalt, die Qualität in einer Pflegeeinrichtung oder auch die Qualität bei chronischen Patienten vernünftig zu bewerten.

#### **Heike Norda**

*Mitglied der Patientenvereinigung Schmerzlos*



Die Patientenvertreterin Norda weist darauf hin, dass Betroffene konkrete Verbesserungen benötigen. Patienten seien froh, wenn sie überhaupt einen Zugang zur Schmerzmedizin erhielten. Sie findet die Politik beschäftigt sich mit falschen Ansätzen. Norda hat Zweifel daran, dass der von der Politik geplante Anspruch auf einen Facharzttermin innerhalb von vier Wochen beim Thema Wartezeitendebatte irgendetwas für die betroffenen Schmerzpatienten bewegt. Zwar sollen Patienten nach vier Wochen ins Krankenhaus gehen können. Aber: „Dann gehe ich in die Notfallaufnahme und der Anästhesist macht mir eine Blockade und das ist dann meine Schmerztherapie?“, fragt sie. Norda betont zugleich, dass es Mängel in der Versorgungsmedizinverordnung gebe. Das sei die Verordnung, die den Rahmen bilde für die Erteilung von Graden der Behinderung oder Graden der Schädigung im Rahmen des Schwerbehindertenausweises. „Wissen Sie eigentlich, dass chronischer Schmerz dort überhaupt noch nicht erfasst ist“, richtet sich Norda an SPD-Politikerin Mattheis. Die Schmerzkrankheit gebe es in dieser Versorgungsmedizinverordnung nicht. „Wann kommt dort eine Änderung, wann wird das abgestellt?“, fragt sie. Sie Patientenvertreterin wünscht sich darüber hinaus, dass es für Schmerzpatienten nicht dem Zufall überlassen bleibt, ob sie an die richtige Stelle geraten. Das sei heute der Fall. Sie fordert Strukturen, damit eine Weiterüberweisung zum Schmerztherapeuten auch in vier Wochen klappen kann.

#### **Lucia Gnant**

*Migräneliga Deutschland*



Aus Sicht von Gnant werden die Patientenorganisationen und Betroffenen sowohl von den Ärzten als auch von den Wissenschaftlern nicht richtig ernst genommen. Sie fordert, dass Betroffene mehr einbezogen werden. So könnten Patienten oftmals viel mehr behilflich sein, als geglaubt würde. Das Wissen und Know-how könnte zum Beispiel bei der Aus- und Fortbildung der Ärzte helfen. Sie beklagt sich, dass zum Beispiel Ärzte in ihrer Ausbildung einer Viertelstunde zu Migräne hören würden, die Ausbildung zum Teil 20 Jahre zurückliege und nicht wüssten, wie die Erkrankung funktioniert. „Meine Hausärztin informiert sich mittlerweile bei mir“, sagt sie. Eindringlich fordert sie, Schmerztherapie zu einem eigenen Fach zu machen. „Ja, was denn sonst, liebe Leute“.

#### **Dr. Ursula Marschall**

*Leiterin Kompetenzzentrum Medizin und Versorgungsforschung, Barmer GEK*

Für Krankenkassen ist Qualität selbstverständlich ein sehr wichtiges Kriterium. Das stellt Marschall fest. Allerdings betont sie auch, dass oftmals unklar sei, wie Qualität

definiert werde. „Wenn wir uns gemeinsam wünschen, dass wir den Patienten einen guten Schmerztherapeuten empfehlen, dann brauchen wir aber als allererstes gemeinsame und einheitliche Qualitätskriterien“, sagt sie. Die Frage sei dann nämlich zunächst: Was ist denn ein guter Schmerztherapeut? Ist es der, der schnell innovative Medikamente verordnet, oder derjenige, der das biopsychosoziale Krankheitsmodell versteht? Marschall glaubt, dass differenziert werden muss.



### **Dr. Hubert Schindler**

*Referatsleiter Abteilung Gesundheit, vdek*

Für Schindler ist klar, dass es nicht genug Wissen gibt. Das sei „ein ausgesprochenes Defizit“ und mache im G-BA „sehr viele Mühe bei der Erarbeitung von Qualitätskriterien“. Das sei ein Grund, warum die Qualitätsprozesse auch sehr lange dauerten. Schindler glaubt aber, dass man in der Schmerzversorgung im G-BA in der Lage ist, relativ kurzfristig einen gewaltigen Schritt nach vorne zu machen. Ansonsten sieht er die Selbstverwaltung gefragt, alle Probleme und jedes einzelne Mosaiksteinchen anzugucken und es abzarbeiten.



### **Dr. Gerhard Timm**

*Geschäftsführer Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege*

Timm macht auf ein Problem im Bereich der Pflege beim Expertenstandard zur Behandlung von akuten Schmerzen aufmerksam. Er erklärt, dass der Expertenstandard vom Deutschen Netzwerk für Qualität und der Pflege nicht finanziell hinterlegt ist. Timm weist auf einen zweiten Punkt hin. Seiner Auffassung nach gibt es in Pflegeheimen ein „Defizit in der Wahrnehmung des Sicherstellungsauftrages durch die kassenärztlichen Vereinigungen in der fachärztlichen Versorgung“. Man könne die Frage stellen, ob eine fachärztliche Versorgung in einem Pflegeheim nicht zwingend mindestens mit einer schmerztherapeutischen Weiterbildung zu verbinden. Schmerz sei in den Einrichtungen mindestens für jeden zweiten Menschen ein wichtiges Thema. Große Defizite sieht Timm in der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzten. Er fordert multiprofessionelle Teams und da gehörten eben Pflegekräfte genauso hinein wie Ärzte.



#### **Axel Mertens**

*stellvertretender Geschäftsführer bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft*

Mertens sieht beim Thema Qualität und Qualitätssicherung eine „gemischte Botschaft“. Auf der einen Seite seien viele Dinge besser geworden, es gebe aber auch Verbesserungsbedarf, sagt er. Der DKG-Mann weist darauf hin, dass die Betreuung von Schmerzpatienten, insbesondere von komplizierten Patienten und in einer multi-modalen Therapie personalintensiv ist. Aus Sicht von Mertens ist das Personal vor dem Hintergrund der momentanen Arbeitsmarktsituation schwierig zu bekommen. Auch sei es aufgrund der derzeitigen engen finanziellen Situation der Kliniken nur zu einem kleinen Anteil refinanziert. Als problematisch schätzt er auch die Unterfinanzierung in der Fort- und Weiterbildung und der Versorgungsforschung sowie die Vier-Wochen-Frist bei Wartezeiten mit Behandlung im Krankenhaus ein.



#### **Knut Lambertin**

*Referatsleiter Gesundheitspolitik des Deutschen Gewerkschaftsbundes*

Lambertin betont, die Bedeutung der Arbeit auch für die Gesundheit werde völlig unterschätzt. „Wir nehmen wahr, dass die Arbeit sowohl dazu beiträgt, dass man sich wertgeschätzt fühlt, dass man psychisch gesund bleibt, dass man auch tatsächlich sozusagen nicht in Arbeitslosigkeit und damit auch in chronische Krankheit verfällt“, sagt er. Lambertin weist darauf hin, dass auch beim Thema Schmerzen „das Thema Arbeit eher unterbelichtet“ betrachtet wird. Er fordert, dass im Berufsleben mehr Prävention stattfindet, um Erkrankungen vorzubeugen.



#### **Thomas Barta**

*Vertreter der Gesundheitsministerkonferenz der Länder*

Barta sieht „Handlungsbedarf“, weist aber einen Nationalen Aktionsplan Schmerz als Mittel der Wahl zurück. Diese Idee betrachte er mit „Skepsis“. Das Meinungsbild der 16 Bundesländer gebe mehr nicht her. Die seien „im Moment noch ausgesprochen zurückhaltend“. Barta betont, zwar seien gute Erfahrungen mit dem nationalen Krebsplan gemacht worden. Auch habe man zur Mitte des Jahres über den Bundesrat den Nationalen Diabetesplan auf den Weg gebracht. Aber es bestehe unter den Ländern ein bisschen die Sorge, dass eine Erkrankung oder ein Krankheitsbild erst dann die notwendige fachöffentliche Aufmerksamkeit erhalte, wenn es Gegenstand eines

Nationalen Aktionsplanes sei. „Meine Überlegung ist vielmehr, ob man nicht Ansätze fahren sollte, die nicht krankheitsspezifisch, sondern krankheitsübergreifend formuliert sind“, sagt Barta. Bei zunehmend multimorbiden Patienten sei das der bessere Ansatz. Barta betont, ihm gehe es darum, ein Handlungspaket zu schnüren. Als Idee bringt Barta ein, dass die Länder über die Krankenhausplanung das Thema vorantreiben könnten. Zwar sei die Schmerzmedizin bislang kein Gegenstand der Krankenhausplanung und orientiere sich in allen Ländern an den Fachgebietsbezeichnungen der Weiterbildungsordnung. Dennoch glaubt Barta, dass es auch ohne Facharzt für Schmerztherapie möglich wäre, Schmerztherapie und Schmerzmedizin in der Krankenhausplanung zu verankern. „Was spricht denn dagegen, ein qualitätsgesichertes Akutschmerzmanagement als ein Strukturmerkmal, als ein Qualitätsmerkmal in die Krankenhausplanung einfließen zu lassen, bevor eine Einrichtung als Zentrum, als Schwerpunkt, als onkologischer Schwerpunkt beispielsweise anerkannt wird“, fragt Barta. Er weist darauf hin, dass die Länder in der ambulanten Versorgung keine Zuständigkeiten haben. Dennoch könnten sie in den gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V das Thema schmerztherapeutische Versorgung betrachten. Schmerztherapie sei - sektorenübergreifend betrachtet – durchaus ein Thema, das die Landesgremien berühre. Barta kündigt an, das Thema Schmerz im Herbst auf die Tagesordnung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) zu setzen. Er kann sich vorstellen, dass von einer GMK Appelle in Richtung Krankenhaus und in Richtung Wissenschaftsministerkonferenz zu den Ausbildungsinhalten der Mediziner gehen.



Thomas Barta (rechts), im Hintergrund Prof. Winfried Meißner

## Jörg Freese

*Beigeordneter Deutscher Landkreistag*

Freese macht klar, dass sich der Deutsche Landkreistag bisher zwar mit vielen gesundheitspolitischen Fragestellungen wie öffentlicher Gesundheitsdienst, Rettungsdienst, Sicherstellungsauftrag der Krankenhäuser usw. beschäftigt hat. „Mit Schmerz haben wir uns bislang nicht befasst“, sagt er. Bis jetzt sei das kein Thema gewesen. Grundsätzlich hätten die Kommunen dort auch „gar nichts zu sagen“. Freese betont, man sei als Kommune schon in manchen Gegenden froh, wenn man einen neuen Hausarzt finde. „Den werden wir nicht noch fragen, ob er auch eine schmerzmedizinische Arzt-Zusatzausbildung oder Fortbildung hat“, sagt Freese.



#### **Prof. Dr. Dr. Thomas R. Tölle**

*Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Tölle sieht die Politik und Teile der Selbstverwaltung in einem „klassischen Appetenz-Aversions-Konflikt“. Er fordert, diese zu überwinden. Trotz aller Möglichkeiten fürchtet er, „dass wir trotzdem wahrscheinlich wieder so wie eine Springprozedur drei Schritte nach vorn, zwei zurück vorgehen werden“.

#### **Kai Helge Vogel**

*Leiter Gesundheit der Verbraucherzentrale Bundesverband*

Vogel bemängelt, dass die momentanen Qualitätsdaten für den Patienten einfach wenig aussagekräftig sind. Daran sollte man arbeiten.



#### **Dr. Norbert Loskamp**

*Verband der Privaten Krankenversicherung*

Loskamp hält einen Nationalen Aktionsplan nicht für notwendig. Aus Sicht der PKV seien die Ansätze des G-BA „sinnvoll“. Der PKV-Mann beurteilt Schmerzen wie zuvor schon KBV-Chef Gassen als „ein Symptom einer Grunderkrankung und nicht ein Problem an sich“. Einen Facharzt braucht es aus seiner Sicht nicht. Loskamp mahnt auch, die

Patienten in der Debatte um die Qualität der Versorgung nicht zu unterschätzen. „Ein Patient kann sehr wohl auch unterscheiden, ob er zum Beispiel bei einem Arzt gut versorgt wird und ob sein Problem dort auch gelindert oder geheilt wird“, sagt er. Insofern könne ein Patient auch den Arzt „einfach wechseln“. Loskamp glaubt auch, dass dasselbe für ein Krankenhaus gilt. Patienten würden sich im Vorfeld unter anderem auch darüber informieren, ob es in einer Klinik eine gute Akutschmerzversorgung im Rahmen von Operationen gebe. „Insofern sollte man auch den Patienten hier mit seiner Wahlfreiheit nicht unterschätzen“, sagt er.



Themenfeld IV:

## Versorgungsforschung, spezifische Versorgungsprobleme

*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?*

### Prof. Dr. Edmund Neugebauer

*Vorsitzender Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V.*

Die Versorgungsforschung fühlt sich nach Ansicht von Neugebauer „derzeit so wohl wie selten“. Das zeige schon, dass das Wort im Koalitionsvertrag sehr häufig vorkomme. Für ihn ist wichtig, dass es über die Daten möglich sein muss, nicht mehr „Politikfolgenforschung“ zu machen, sondern hin zur „Politikentscheidungsforschung“ zu kommen. Für ihn ist klar, dass – wolle man in der Politik zu neuen Überlegungen kommen – ohne eine begleitende Versorgungsforschung überhaupt gar nichts geht. Neugebauer weist darauf hin, dass es aus seiner Sicht bei Akutkrankenhäusern kein Erkenntnis-, sondern ein Umsetzungsdefizit gibt. Die Daten hätten sich seit Jahren nicht wirklich verbessert, sagt er. Bei der Krankenhausplanung einen Focus auf Qualität und Zertifizierung zu legen, hält er für eine gute Idee. Neugebauer weist unter anderem auf die Initiative Schmerzfreie Klinik hin, die vom TÜV zertifiziert wird. Als wichtig sieht er eine verstärkte Einbindung der Patienten an. Diese müssten dafür nicht die „großen Schmerztherapeuten sein“. Aber Fragen wie „Gibt es an ihrer Klinik, eine Patienteninformation, eine evidenzbasierte Patienteninformationen zum Thema beispielsweise Schmerz nach Operation?“ könnten sie beantworten. Neugebauer fordert auch, Patientenleitlinien verstärkt einzusetzen. Wenn man die Betroffenen besser einbeziehe und informiere, dann glaubt der Versorgungsforscher, würden diese „auch mit den Füßen abstimmen“. Heute sei das Problem, dass man vielfach nicht wisse, was gut ist. „Und da, glaube ich, kann die Versorgungsforschung noch einen wesentlichen Beitrag leisten“, betont er. An das neue Qualitätsinstitut hat Neugebauer den Wunsch, die Transparenz zu erhöhen. Neugebauer: „Ich glaube, dass man, wenn wir Transparenz schaffen, und auch beispielsweise Zertifizierungsverfahren mitbewerten, dass wir dann einen Anreiz setzen für Qualität“. Um mehr Erkenntnisse zu



gewinnen, befürwortet Neugebauer auch ein Schmerzregister. Das könnte alles leisten, was klinische Studien nicht leisten können. Konkret ließen sich zum Beispiel herausfinden, welche Operationen die meisten Schmerzen machten, mit welcher Konstellation von Schmerzmitteln. Um ein Schmerzregister durchzusetzen braucht es nach Ansicht von Neugebauer allerdings eine „konzertierte Aktion, wo sich die Player mal zusammensetzen“. Schließlich koste ein Register Geld.

### **Holger Bleß**

*IGES-Institut*

Bleß befürwortet, dass in der Versorgungsforschung eine weitergehende, nicht von der Politik vorgegebene und induzierte Forschung stattfinden kann. Er hält es für ein Problem, dass viel Wissen nicht transparent ist. „Ich nenne mal zum Beispiel Selektivverträge, die natürlich kassenintern evaluiert werden, die aber nicht publiziert werden, weil sie halt auch ein Marketing- und Wettbewerbsinstrument sind“, sagt Bleß. So werde zum Teil Wissen generiert, das mit durchaus guten Ansätzen Versorgung verbessert, aber einfach nicht weitergegeben werde und nicht in die Regelversorgung einfließen könne. „Ich denke auch hier, wäre mehr Öffentlichkeit über die Ergebnisse des Wissens wünschenswert“, sagt er.



### **Prof. Dr. Andreas Straube**

*Präsident der Deutschen Kopfschmerz- und Migräne Gesellschaft*

Aus Sicht von Straube ist das Thema Kopfschmerz, unter dem drei bis fünf Prozent aller Deutschen täglich litten, ein ubiquitäres Problem. Dazu sei auch die Migräne von der WHO unter den zehn Erkrankungen mit der höchsten Burn-Off-Disease eingeordnet worden. Das Problem sei, zu selektionieren, welcher Patient ein Risikopatient ist, einen chronischen Kopfschmerz zu entwickeln. Das geht aus Sicht von Straube „letztlich nur mit dem Bottom Up Approach“. Das heißt, Hausärzte müssten geschult werden, die Patienten zu erkennen, die das Risiko haben, eine Chronifizierung zu erleiden. Straube betont, dass es im Anschluss einen



strukturieren Behandlungspfad mit entsprechenden Zuweisungen geben muss. An dieser Stelle sieht er die Krankenkassen gefragt. Darüber hinaus fordert Straube mehr Prävention. „Ich denke, dass wir den Patienten mehr an Eigenkompatibilität und Eigenverantwortlichkeit zurückgeben müssen, indem wir sie schulen, indem wir ein Endorsement machen und dass sie mit ihrer Erkrankung besser zurechtkommen“, sagt er. Straube verweist auf eine Feldstudie unter Schülern. Nach nur einer Unterrichtsstunde zum Thema hätten sich noch sieben Monate später Effekte gezeigt. Ein großes Problem ist laut Straube auch, dass es keine Daten dazu gibt, wie viel Patienten sich in der hausärztlichen Praxis mit der Frage, was mache ich bei meinen Kopfschmerzen, vorstellen. Das sei insoweit wichtig, da etwa ein bis zwei Prozent der deutschen Bevölkerung an Medikamentenübergebrauch leiden. Nun stelle sich die Frage, ob diese in den hausärztlichen Praxen falsch beraten worden seien oder ob sie sich nie mit einer Frage an die hausärztliche Praxis gewendet hätten.

## **Dr. Thomas Ziese**

*Leiter der Gesundheitsberichterstattung des Bundes*

Für Ziese ist das Thema Schmerz ein wichtiges Public-Health-Thema im Institut, auf das die Gesundheitsberichterstattung des Bundes eingeht. Als Querschnittsthema werde es jedoch nicht als eigene Krankheitsentität behandelt, sondern im Kontext mit anderen Parametern. Er weist darauf hin, dass die Gesundheitssurveys die gesamte Wohnbevölkerung betrachten. „Das heißt, Personen mit Erkrankung, ohne Erkrankung, Personen, die wegen etwas zum Arzt gehen oder eben auch nicht. Das heißt, viele Fragestellungen, die heute angerissen wurden, aber noch nicht beantwortet wurden, könnten mit diesem Zugang besser beantwortet werden“, sagt Ziese. Das stehe in Konkurrenz oder als Ergänzung zu Registern. Er zeigt auf, dass Frauen stärker als Männer, sozial schwächere eher als reichere, Städter eher als die Landbevölkerung betroffen sind. Ziese macht deutlich, dass aus seinen Daten hervorgeht, dass es einen großen Anteil von Personen mit Schmerzen gibt, die offensichtlich nicht deswegen zum Arzt gehen. Auch nähmen 20 Prozent der Personen mit Schmerzen Analgetika. Davon sei der Großteil – mehr als die Hälfte – Over-the-Counter – ohne ärztliche Verschreibung. „Der Punkt ist, wir haben eine Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie, die komplett außerhalb des Versorgungssystems stattfindet“, sagt Ziese. Das müsse stärker diskutiert werden. Zwar sei sicherlich ist nicht jeder Schmerz kontaktpflichtig für das Gesundheitswesen. Gleichzeitig sei aber auch in diesem Teil der Selbstmedikation und Eigendiagnostik auch der Teil der Bevölkerung, bei dem irgendwann vielleicht eine Schmerzkariere beginnen könne. Ziese rät, sich nicht nur auf die Versorgung von Schmerzpatienten zu konzentrieren, sondern das Thema „nach vorne in der Agenda zu schieben“. Ziese weist auch darauf hin, dass sich in der Gruppe der Schmerzpatienten viele Migranten befinden. Die Gruppe sei jedoch so inhomogen, dass es schwierig sei, sie zu erfassen.



### PD Dr. Friedrich Ebinger

*Sprecher des AK Kinder und Schmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Ebinger macht auf die Situation der Kinder aufmerksam. Er macht deutlich, dass es zunehmende funktionelle Schmerzen im Kindes- und Jugendalter gibt. Ebinger betont, dass Hintergrund dieser zunehmenden funktionellen Schmerzen unter anderem veränderte Rahmenbedingungen, also zum Beispiel veränderte schulische Bedingungen, sein können. Bei der Therapie stünden verhaltensmedizinische Programme im Vordergrund, die sehr personal- und zeitaufwändig seien. Das sei auch ein Grund, warum diese nicht flächendeckend angeboten würden. Ebinger macht auch deutlich, dass man bei Kindern auch den Akutschmerz im Auge haben muss. Auch müssten prozedurale Schmerzen bei Blutabnahmen oder bei Lumbalpunktionen vermieden werden. Ebinger macht auf ein weiteres Problem aufmerksam. So seien viele der Medikamente für Kinder nicht zugelassen. Es bestehe oft eine Unsicherheit bei Ärzten, ob man einem Kind in welcher Situation ein Opioid geben könne. Auch gebe es bei Eltern eine große Zurückhaltung, adäquate Medikamente zu geben. Schlussendlich gebe es zum Teil nicht einmal eine richtige Dosierung für die Altersgruppen.



### PD Dr. Matthias Schuler

*Sprecher des AK Alter und Schmerz der Deutschen Schmerzgesellschaft*

Erstens: Es gibt keine Evidenz, wie 80- bis 100-jährige Patienten behandelt werden sollen. Für Schuler ist klar, es braucht „noch viel mehr Wissen“. Allerdings weist er auch auf eine hohe Variabilität hin. So gebe es die fitten Älteren, aber auch gebrechliche, hochvulnerable Menschen. Schuler wünscht sich, dass die Versorgungsforschung sich alte Menschen „differenziert anschaut“. Er warnt davor, dass man Dinge, die gut sind für Menschen im mittleren Lebensalter einfach auf die Gruppe der 80- bis 100-Jährigen „extrapolieren“ kann. Schuler betont, dass besonders in der Gruppe der Hochbetagten, eine sektorenübergreifende, multimodale Versorgung funktionieren muss. Er weist darauf hin, dass der Zeitaufwand für die Versorgung der Patienten deutlich erhöht ist, was die Kostenträger jedoch nicht finanzierten. Grundsätzlich gelte auch im Alter, dass Bewegung und Mobilität immer noch richtig sind. „Wir können sicherlich mit der Bewegung, mit der Bewegungstherapie zum einen Schmerzen vermeiden, aber auch ganz bestimmt ist es ein Therapieansatz, wenn jemand an akuten wie chronischen Schmerzen leidet“, sagt Schuler.



## **Prof. Ursula Lehr**

*Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen*

Aus Sicht von Lehr können Senioren auch selber etwas dafür tun, den Schmerz zu bekämpfen beziehungsweise den Schmerz nicht weiterwachsen zu lassen. Man müsse auch gegen das eigene Selbst ankämpfen. Wichtig sei aus ihrer Sicht aber erstens zu predigen, dass Schmerztherapie auch im Alter erfolgreich ist. Und zweitens, dass Schmerzen nicht unbedingt zum Alter dazu gehören. Sie betont, dass Schmerztherapie ein Patientenrecht sei. Das müsse allen – auch demenziell Erkrankten zur Verfügung stehen. Sie fordert darüber hinaus, Schmerztherapie in die Ausbildung und Weiterbildung sämtlicher medizinischer Berufe zu verankern.



## **Heike Norda**

*Mitglied der Patientenvereinigung Schmerzlos*

Norda schlägt vor, dass die Versorgungsforschung herausfindet, welche oder wie viel Patienten in einer Selbsthilfegruppe lernen. „Selbsthilfegruppen sind nämlich keine Zusammenschlüsse von jammernden Hypochondern, sondern in Selbsthilfegruppen herrscht ein Klima vor, das man sich versucht gegenseitig Mut zu machen, mit dem Schmerz zu leben“, sagt sie.

## **Dr. Fritjof Bock**

*Vorstandsmitglied der interdisziplinären Gesellschaft für orthopädische, unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie (IGOST)*

Bock betont, es sei wichtig, die Grundversorger im Sinne einer Fachkunde Schmerzmedizin nachzubilden. Ziel müsse es sein, die richtigen Patienten frühzeitig einem Spezialisten zuzuführen. So könne es vermieden werden, dass unnötige Ressourcen von Spezialisten belegt werden. Bock weist auf einen Behandlungsalgorithmus hin, den die IGOST ausgearbeitet hat und der auch in IV-Programme eingegangen sei. In dem seien ganz klare Übergabefristen und auch Tools zur Versorgungsforschung hinterlegt, sagt Bock. Er weist darauf hin, dass man die Versorgungsforschung in den Praxen machen müsse, um die Daten dann weiterzugeben und um dann anzustoßen, wo weiterer Forschungsbedarf notwendig ist.



## Themenfeld V

### Wissenschaft, Aus-/Fortbildung und Weiterbildung

*In der Aus- und Fortbildung muss die Schmerzversorgung weiter verankert werden. Das ist der allgemeine Tenor. Die Debatte zeigt: Viel ist noch zu tun, aber es ist auch bereits Einiges in Bewegung.*

#### Dr. Andreas Kopf

*Sprecher der Ad-hoc-Kommission Studienordnung der Deutschen Schmerzgesellschaft*



Kopf sieht es als Meilenstein, dass 2012 das so genannte Querschnittsfach Nummer 14, Schmerzmedizin, eingeführt worden ist. Das bedeute, ab Oktober 2016 werden alle Ärzte, die die zweite ärztliche Prüfung gemacht haben, eine Pflichtlehre absolviert haben. „Da sind wir, und das muss man hier auch herausstellen, wirklich vorbildlich“, sagt Kopf. Er mahnt aber auch an, dass das nicht ausreicht. Die Frage sei auch, wie man diese allgemeine Schmerztherapie „auch nachhaltig fortführen“ könne. „Das heißt also, wie kann man sie in die Weiterbildungsordnung integrieren; insbesondere Allgemeinärzte, Praktiker, Internisten, vielleicht sogar die auch in die Lehre integrieren“, sagt Kopf. Er macht klar, es gebe zwar sehr viel Versorgungsforschung, Outcome-Forschung in der Schmerzmedizin, aber in der Lehre gebe es das nicht. „Wir haben uns deswegen die Aufgabe gestellt von der Deutschen Schmerzgesellschaft, erstmals so etwas als Pilotprojekt zu machen; das heißt, Lehre Outcome mit den unterschiedlichen Implementierungsergebnissen an den verschiedenen Fakultäten“, sagt Kopf.

#### Prof. Dr. Joachim Thiery

*Vorstandsmitglied Medizinischer Fakultätentag*

Thiery regt an, dass man stärker das Thema Schmerzmedizin in den so genannten problemorientierten Unterricht hereinbekommen müsse. Das sei ein Modell, wo die Studierenden in kleinen Gruppen selbst aktiv werden, und ein Problem eines Patienten lösen. „Und das müssten in diesem Fall jetzt definierte Schmerzprobleme sein“, sagt er. Allerdings könne man das nicht allen Fakultäten vorschlagen, aber

man könne bei allen „darum werben“. Er deutet an, dass man in der Forschung an den Universitäten Incentives setzen könne, um mehr über chronische Schmerzen zu erforschen. „Und das, was vielleicht ein bisschen fehlt hier in Deutschland, wäre tatsächlich auch eine Longitudinaluntersuchung in der gesunden Bevölkerung, wann und unter welchen Bedingungen entstehen solche chronischen Schmerzen“, sagt er. Vielleicht könne man auch die molekularen und psychosozialen Ursachen finden, um auch neue therapeutische Wege zu finden. „Das ist aber ein langer Weg und der kostet natürlich auch Geld“, sagt Thiery mit Blick auf den Innovationsfonds. Nachholbedarf in der Forschung sieht er auch in der Frage, wie man mit Prävention etwas gegen den Schmerz tun kann. Thiery betont, er wolle das Thema in das Präsidium vom Medizinischen Fakultätentag tragen.



### **Tabea Schmidt-Ott**

*stellvertretende Bundeskoordinatorin für Medizinische Ausbildung 2014/2015*

Schmidt-Ott stellt für die Medizinstudierenden klar, dass Querschnittsfächer, wie die Schmerzmedizin, „longitudinal eingebunden werden“ sollten. Sie verdeutlicht, die Studierenden wünschen sich, dass der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog, der vom Medizinischen Fakultätentag unterstützt werde, implementiert werde. Es sei sinnvoll, Fächer wie die Schmerzmedizin im Studium einzubinden.



### **Dr. Tina Wessels**

*wissenschaftliche Referentin Bundespsychotherapeutenkammer*

Wessels weist darauf hin, dass bei der Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten gewisse Basiskompetenzen in der Schmerzpsychotherapie enthalten sind. Man wolle sich auch bei einer Reform der Psychotherapeutenausbildung dafür einsetzen, dass das so bleibe. Sie betont, dass es auch aus ihrer Sicht sinnvoll ist, spezifische Qualifikationen in Schmerzpsychotherapie zu erwerben. Wessels erklärt, man sei dabei zu prüfen, ob eine entsprechende Erweiterung der Musterweiterbildungsordnung mit einer Zusatzqualifikation Schmerz möglich ist.



### **Prof. Dr. Friedemann Nauck**

*Direktor der Klinik für Palliativmedizin, Universitätsmedizin Göttingen*

Palliativmedizin und Schmerzmedizin müssen eng zusammenarbeiten. Dieses Statement kommt von dem Palliativmediziner Nauck. „Insofern glaube ich schon, wir können nicht nur voneinander lernen, sondern wir müssen auch in unseren eigenen Fakultäten gut gucken, wo wir Verbündete finden“, sagt er.



*Prof. Nauck (links), im Hintergrund Prof. Rolf-Detlef Treede*

### **PD Dr. Regine Klinger**

*Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -Forschung (DGPSF)*

Aus Sicht von Klinger ist die Schmerzpsychologie ein ganz entscheidender Faktor in der Therapie sowohl von chronischen als auch akuten Schmerzen. „Schmerz ist ein biopsychosoziales Krankheitsgeschehen und kein Schmerz existiert ohne psychische Faktoren und daher auch keine Schmerzbehandlung ohne Psychologie-Expertise“, sagt Klinger. Sie mahnt an, dass es bei der Versorgung von Schmerzpatienten eine spezielle schmerzpsychologische Expertise braucht, um an die Probleme der Patienten heranzukommen und diese auch zu bearbeiten. Die alleinige Psychotherapie Ausbildung reiche da nicht aus. Sie fordert, die schmerzpsychologische Ausbildung in allen Strukturen zu verankern. Das gelte für die Weiterbildung genauso wie für das Medizin- und Psychologiestudium. Kritik übt sie daran, dass sowohl im stationären Bereich als auch in der multimodalen Komplexbehandlung die Schmerzpsychologen für die Abrechnung zwar oft vorgeschrieben seien. Oftmals seien diese aber „nur Hülsen“. In der klinischen Realität wird dies oft nicht qualitätsgesichert umgesetzt, weil das psychologische Fachpersonal im Stellschlüssel gar nicht ausreichend vorhanden ist. Auch im ambulanten Bereich wird die Multimodale Schmerzbehandlung durch die derzeit bestehenden Strukturen begrenzt. „Wir haben im ambulanten Bereich eine ganz, ganz große Lücke. Ganz einfach, weil dort die ambulante Versorgungsstruktur definitiv keine interdisziplinäre Verschaltung zulässt“, sagt Klinger. „Das, was niedergelassene Schmerzmediziner und niedergelassene Schmerzpsychologen im Moment machen, geht in dieser Verschaltung auf eigene Kosten“, sagt sie. Klinger macht darauf aufmerksam, dass die DGPSF ein Curriculum zur Schmerzpsychologie entwickelt hat und als Fortbildung bundesweit anbietet. Dieses Curriculum habe unter den vier großen Schmerzfach-



gesellschaften in der Bundesrepublik Konsens gefunden. In Rheinland-Pfalz sei es sogar bereits in der Weiterbildungsordnung verankert. Es muss das Ziel sein, diese Ausbildung bundesweit als Weiterbildung durch die Kammern anzuerkennen. Nur so lässt sich ein eine qualitativ hochwertige spezielle Schmerzpsychotherapie in Deutschland verankern.

## Dagmar Seeger

*Sprecherin des Arbeitskreises Schmerz und Bewegung der Deutschen*

Seeger verdeutlicht, dass der AK ein Curriculum für Physiotherapeuten entwickelt hat. Damit soll eine Lücke geschlossen werden. Während es bereits die spezielle Schmerztherapie, die spezielle Schmerzpsychologie, die Algesiologische Fachassistenz oder die Pain Nurse gebe, habe eine Spezialfortbildung für Physiotherapeuten gefehlt. „Wir docken jetzt an mit der speziellen Schmerzphysiotherapie und haben eben auch ein 80-Stunden-Anwesenheitscurriculum, was sich noch ergänzen lässt durch eine Facharbeit und dann in einem 5. Modul eine zu absolvierende Prüfung“, sagt sie. Das Curriculum geht über ein Jahr und ist als Blockseminare konstruiert. Grundsätzlich fordert Seeger in der Gesellschaft ein anderes Bewusstsein für das Thema chronischer Schmerz.



*Dagmar Steeger (rechts) neben Ute Repschläger*

## Ute Repschläger

*Vorsitzende Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten*

Repschläger betont, es benötigt Versorgung auf zwei Ebenen. Es brauche einerseits spezialisierte Physiotherapeuten. Andererseits müsse das Thema Schmerz aber in allen Praxen ankommen. „Wir brauchen das Thema überall. Wir müssen den Schmerz ja auch verhindern, schon zu Anfang“, sagt sie. Repschläger stellt klar, dass das Thema in Fortbildungen schon integriert ist. Sie sieht viel mehr das Problem, dass man in Fortbildungen schon viel über Schmerz lerne, über Schmerzentstehung und Schmerzchronifizierung, aber das Gelernte nicht umsetzen in die Praxis können, weil dann die Leistungsstrukturen fehlten. „Die fehlen im Rahmen der Kommunikation, wir bekommen wenig Zugriff auf die Patientenakte, das müsste verbessert sein“, sagt sie. Auch müssten leistungsgerechtlich das Gespräch vergütet sowie eine Befundposition entwickelt werden.

### **Prof. Dr. Andreas Büscher**

*Wissenschaftlicher Leiter des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP)*



Aus Sicht von Büscher muss die Kompetenz der Pflege zur Schmerzeinschätzung gestärkt werden. So könne ein Schmerzmanagement „nicht wirklich funktionieren“, wenn die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen, die sehr viel und länger Kontakt als die Ärzte zu den Patienten habe, „keinerlei Kompetenz im Bereich der Schmerzeinschätzung hat“. Darüber hinaus müsste das Schmerzmanagement verbessert werden. Büscher betont, dass es dafür Expertenstandards ähnlich der ärztlichen Leitlinien gebe. „Es gibt gute Beispiele, wie die Verfahrensregel, die wir im Expertenstandard niedergelegt haben, in Häusern genutzt werden kann, um die Zuständigkeiten zwischen Medizin und Pflege klarer zu beschreiben“, sagt er. Büscher kündigt an, dass künftig eine sektorenübergreifende Betrachtung stattfindet. „Das heißt, wir sehen pflegerisches Handeln dort, wo es stattfindet – in Krankenhäusern, in Pflegeheimen und in ambulanten Pflegediensten“, sagt er. Büscher betont, die Entwicklung dieses Expertenstandards und auch die Aktualisierung des Akutschmerzstandards sei bisher ohne einen Cent irgendeiner Förderung vorstattengegangen. Büscher macht unter anderem auf die beiden Expertenstandards „Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen“ aufmerksam, die das DNQP herausgebracht hat.

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

*Vizepräsident der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinische Fachgesellschaften (AWMF) und künftiger Präsident der Schmerz-Weltgesellschaft IASP*

Aus Sicht von Treede ist die Interdisziplinarität und Multimodalität „sehr schwierig herzustellen“ aber das nötige Maß der Dinge für eine erfolgreiche multimodale Schmerztherapie. Eine Person kann nicht die Expertise haben, die mehrere Personen zusammen einbringen, sagt er und weist auch auf entsprechende internationale Arbeitszusammenhänge hin.



## 4. Aktionstag gegen den Schmerz

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



Also: Machen Sie mit am 2. Juni 2015, dem vierten bundesweiten „Aktionstag gegen den Schmerz“. Wir knüpfen an den großen Erfolg der ersten drei 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 mitwirkenden Praxen, Kliniken, Pflegeeinrichtungen und Apotheken stellen mit Unterstützung der bundesweiten Schmerzorganisationen Informationsmaterialien u.a. für Patientinnen und Patienten zu aktuellen Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten vor.
- Hotline für Schmerzpatienten: Unter der kostenfreien Rufnummer 0800 – 18 18 120 stehen am 2. Juni 2015 erneut zwischen 9:00 und 18:00 Uhr mehrere Dutzend renommierte Schmerzexperten aus ganz Deutschland für Fragen zur Verfügung.

**Bitte  
vormerken:**

Das  
**2. Nationale Schmerzforum**

findet am Donnerstag  
**17. September 2015**  
in Berlin statt.