

Schmerz 2006 · 20:83–86
 DOI 10.1007/s00482-006-0468-5
 © Springer Medizin Verlag 2006

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!



Ein neues Jahr fängt an, und ein neues Präsidium nimmt seine Arbeit auf. Dem neuen Präsidium gehören wieder zwei Anästhesisten an (Strumpf, Zenz), ein Grundlagenwissenschaftler (Treede), ein Psychologe (Traue) und ein Orthopäde (Casser). Die Zusammensetzung spiegelt die Interdisziplinarität unserer Gesellschaft wieder.

Die Anästhesisten stellen immer noch mehr als die Hälfte unserer Mitglieder. Das wird sich wahrscheinlich auch nicht wesentlich verschieben. Die Repräsentanz der anderen Fachgruppen ist allerdings sehr unterschiedlich. Unser neuer Schatzmeister ist Orthopäde und gleichzeitig auch im Vorstand der IGOST (Internationale Gesellschaft für Orthopädische und Unfallchirurgische Schmerztherapie). Auf der Homepage der IGOST kann man lesen, dass von den 1000 Mitgliedern mehr als 200 Mitglieder der IGOST als Schmerztherapeuten zertifiziert sind. In der DGSS sind aber nur etwa 150 Orthopäden Mitglieder. Vielleicht kann Professor Casser dazu beitragen, dass hier eine größere Annäherung – sowohl in der Mitgliederzahl als auch „ideologisch“ – vollzogen wird. Wünschen darf man sich das, wenn man die Worte eines der Kongresspräsidenten des letzten Orthopädenkongresses in Erinnerung hat.

Überhaupt sollten sich die verschiedenen Gesellschaften verstärkt Gedanken über gemeinsame Aktivitäten, gemeinsame Sprache und gemeinsame Maxime machen. Ich selbst habe mit meiner eigenen Fachgesellschaft DGAI ein sehr ernstes und hoffentlich auch zukunftsorientiertes Gespräch am Ende des letzten Jahres geführt. Diese Diskussion wird auf der Ordinarienkonferenz im Januar fortgesetzt. Auch hier ging es um mehr Gemeinsamkeiten und Abstimmungen untereinander.

Nur gemeinsam – mit allen, und wirklich allen Gruppen in der Schmerzmedizin – sind wir stark. Man stelle sich einmal alle an der Schmerztherapie interessierten Anästhesisten, Chirurgen, Kinderärzte, Neurologen, Neurochirurgen, Pflegeberufe, Grundlagenwissenschaftler in einer Front vor! Das würde dann zu den immer apostrophierten enormen Auswirkungen von chronischem Schmerz passen und wirklich eine Lobby darstellen, an der niemand vorbeischaun kann. Nicht die Mauer des Schweigens, sondern die Mauer der Engagierten, der Anwälte unserer Patienten! Und Ähnliches gilt für eine stärkere Allianz aus Schmerz- und Palliativmedizin, die unbedingt vonnöten ist. Keine Einzelwege, sondern gemeinsame Schritte! Wir stolpern sonst übereinander, statt gemeinsam Fortschritte zu machen.

Auch ein neuer Beirat, neue Kommissionen, neue Ad-hoc-Kommissionen und Arbeitskreise sind im Amt. Ich wünsche allen eine glückliche, fleißige und erfolgreiche Hand. Jede Gesellschaft ist nur durch die machtvolle Vertretung ihrer Interessen stark. Diese Interessen bilden sich in den Kommissionen und Arbeitskreisen ab. Arbeiten Sie alle mit, bringen Sie Ideen ein, fordern Sie uns im Vorstand heraus. Wir können eine wirkliche Macht sein, wenn wir einig und kreativ sind.

„Gemeinsam sind wir eine Macht“

Dies war auch das Motto des Tages der Ärzte am 18.01.2006 in Berlin, zu dem der Hartmannbund und zahlreiche Berufverbände aufgerufen haben. Das letzte Jahr war für die Schmerztherapie ein schwieriges Jahr. Einige KV-Bereiche haben mit Phantasie und Weitsicht Wege neben dem neuen EBM 200oplus gefunden, aber ande-

DGSS-Mitteilungen
DGSS-Geschäftsstelle
<p>Beate Schlag Obere Rheingasse 3 D-56154 Boppard Tel: 06742/800 121 Fax: 06742/800 122 E-Mail: info@dgss.org Internet: www.dgss.org</p>
Pressestelle
<p>Meike Driessen presse@dgss.org</p>

Aus der IASP

Im Sommer 2005 gab es bei der IASP 2 wichtige Ereignisse: den 11. Welt-Schmerzkongress und die Wahlen zum Präsidium und zum Beirat.

Der 11. Weltkongress in Sydney (21.-26. August 2005) wurde von über 4400 Teilnehmern besucht, deutlich über der erwarteten Zahl. Neben den Plenarsitzungen und Workshops wurden 1725 Poster gezeigt.

Aufgrund der guten Finanzlage hatte die IASP kurzfristig ihr Reisetstipendienprogramm verdoppelt und konnte 172 junge Posterautoren unterstützen: 10 dieser Stipendien gingen an Autoren aus Deutschland (bei 11 Anträgen). Das klingt zwar recht erfolgreich, aber in folgende Länder gingen mehr Reisetstipendien, weil von dort auch mehr Anträge kamen: USA (30), UK (29), Kanada (15), Australien (13), Brasilien (13) und Dänemark (11). Die geringe Zahl der Anträge aus Deutschland könnte daran liegen, dass dieses Förderprogramm zu wenig bekannt war, was wiederum mit dem geringen Mitgliederstand in der IASP zusammenhängt: von den 2963 DGSS-Mitgliedern sind nur 295 auch Mitglied der IASP. Andere nationale Schmerzgesellschaften haben einen deutlich höheren Organisationsgrad. Daher nochmals ein Appell seitens des DGSS-Präsidiums an alle Mitglieder:

Werden Sie Mitglied in der IASP und beteiligen Sie sich aktiv an den Programmen der IASP! (<http://www.iasp-pain.org>)

Mit dem Kongress in Sydney begann die Amtszeit des neuen IASP-Präsidenten, Troels S. Jensen. Sir Michael Bond gehört dem Präsidium weiter als Past-President an. Neuer President-Elect ist Gerald F. Gebhart, den manche von Ihnen noch aus seiner Heidelberger Zeit kennen. Fernando Cervero wurde als Schatzmeister wiedergewählt. Neuer Sekretär ist der ehemalige EFIC-Präsident Harald Breivik. Bei der Wahl zum Beirat der IASP (Council) für die Jahre 2005-2011 konnte sich das DGSS-Mitglied Ralf Baron leider nicht gegen seinen Gegenkandidaten aus Dänemark durchsetzen. Die Wahlbeteiligung lag bei 20%, was etwa 1400 abgegebenen Stimmen entspricht.

Die Arbeitsgruppen der IASP (Special Interest Groups: SIG) behandeln viele Themen, die auch in der DGSS diskutiert werden. In einigen SIG sind DGSS-Mitglieder im Vorstand vertreten (Namen in Klammern genannt). Bei anderen SIG würde sich das DGSS-Präsidium eine regere Beteiligung der DGSS-Mitglieder wünschen, da man über diese internationalen SIG sowohl gute Informationen aus anderen Ländern beziehen als auch beispielhafte Programme an andere Länder weitergeben kann.

- SIG on Acute Pain (Diemer, Meissner, Neugebauer, Pogatzki-Zahn, Treede)
- SIG on Pain in Childhood
- SIG on Clinical and Legal Issues
- SIG on Pain and Movement
- SIG on Neuropathic Pain (Baron, Treede)
- SIG on Orofacial Pain
- SIG on Placebo (Kiss)
- SIG on Sex, Gender and Pain (Lautenbacher)
- SIG on Pain and the Sympathetic Nervous System (Baron)
- SIG on Systematic Reviews
- SIG on Pain from Torture, Organized Violence and War
- SIG on Pain of Urogenital Origin
- SIG on Pain in Older Persons (Flor)

Rolf-Detlef Treede

re Bereiche in Deutschland sind wegen des neuen EBM tatsächlich schmerztherapeutisch gefährdet und werden schmerztherapeutische Diaspora. Da hilft es auch nicht, für bestimmte Leistungen verstärkt Kran-

kenhausärzte heranzuziehen. Auch hier müssen die Träger wirtschaftlich denken. Auch hier ist Schmerztherapie ein Zusatzgeschäft und daher vital gefährdet. Hoffnung machen da Modelle aus dem Aus-

land, einem Krankenhaus die Weiterbildungsberechtigung nur dann zu erteilen, wenn Schmerztherapie vorgehalten wird.

EFIC

Die European Federation of IASP Chapters (EFIC) möchte sich in Zukunft stärker um die Einzelmitglieder bemühen. Dieser Zusammenschluss ist ja eigentlich eine Vereinigung der IASP-Gesellschaften. Damit sind eigentlich nur etwas mehr als 200 DGSS-Mitglieder in der EFIC repräsentiert. Nun möchte die EFIC einen Weg finden, als europäische Gesellschaft alle nationalen Mitglieder – unabhängig von ihrer Mitgliedschaft in der IASP – anzusprechen. Auch über ein kostenloses Abonnement der Zeitschrift *European Journal of Pain* wird nachgedacht. Die EFIC möchte dazu alle Adressen der DGSS-Mitglieder, um ihnen die Zeitschrift zentral zuschicken zu können. Wir werden im Präsidium darüber sprechen, wie man hier verfahren kann, um Datenschutzaspekte nicht zu verletzen. Wir werden in Kürze alle Mitglieder informieren.

Deutscher Schmerzfragebogen

Etwas Verunsicherung ist in letzter Zeit über die Zukunft des gemeinsamen deutschen Schmerzfragebogens entstanden. Daher hier noch einmal die aktuelle Situation:

Die Validierung ist weitgehend abgeschlossen. Mehr als 1000 Fragebögen und mehr als 500 Verlaufsfragebögen sind in der Auswertung. Ein Ergebnis wird im Frühsommer vorliegen. Dann kann entschieden werden, welche Fragen wirklich verständlich, wichtig und unverzichtbar, welche andererseits verzichtbar und missverständlich sind. Einen gemeinsamen deutschen Schmerzfragebogen wird es erst nach dieser abgeschlossenen Validierung geben. Dann sind wir allerdings auch das erste Land, das ein solches validiertes und gemeinsames Instrument vorweisen kann. Das darf durch keinerlei voreilige Aktion oder Aktionismus gefährdet werden.

F62.80 Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom

Die Codierung der Diagnose „chronischer Schmerz“ ist über die F62.80 möglich. Ein

Stellungnahme des Sprechers der DRG-Kommission

Die DGSS hat im Rahmen des „Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006“ 65 Änderungsanträge beim DRG-Institut InEK gestellt.

Insgesamt gingen 228 Vorschlagssendungen von Fachgesellschaften und Verbänden sowie von Einzelpersonen bzw. -institutionen ein. Diese Sendungen wiederum bestanden aus bis zu 65 Einzelvorschlägen. Jeder dieser ca. 1670 Vorschläge wurde von InEK gesichtet und ausgewertet. Aus der Gesamtzahl dieser Einzelvorschläge ergaben sich über 1000 direkt berechenbare Vorschläge. Viele Vorschläge waren also auf der Basis der Kalkulationsdaten nicht simulierbar. Dies trifft auch für die Vorschläge der DGSS zu: zu wenig Fälle waren mit den entsprechenden Kriterien in der Kalkulationsstichprobe (ca. 2,9 Mio. Fälle) zu finden. Eine Kostenanalyse war somit nicht möglich.

Im Einzelnen wurden unsere Vorschläge folgendermaßen beurteilt:

Die Splitting der DRGs B47Z, I42Z, U42Z und Z44Z anhand der Prozeduren 8-918.0 bis 8-918.2 war nicht möglich, da die Codes 8-918.0-2 erst seit 2005 kodierbar waren und deshalb erst in den Kalkulationsdaten des Jahres 2006 zur Verfügung stehen. Eine Berücksichtigung ist erst im Jahre 2007 möglich. InEK hat unseren Vorschlag für eine erneute Analyse im Jahr 2006 vorgemerkt. Voraussetzung für eine Berücksichtigung ist allerdings, dass Einrichtungen, die hochintensive multimodale Langzeitprogramme durchführen (8-918.2) an der Kalkulationsstichprobe teilnehmen.

Die Änderung der Splitbedingung für die Gruppierung in die nichtoperativen Tumor-DRGs B66A, C67Z, D60A, E71A, G60A, I65A, J62A, L62Z, M60A, N60A, R60A-C, R60D, H61A, S62Z, S63 anhand der Kodeaufnahme der Prozeduren 8-918 und 8-919 wurde von InEK berechnet, aber nicht umgesetzt, da in den Kalkulationsdaten kein Fall betroffen war. Das Ergebnis konnte dementsprechend nicht bewertet werden.

Die Kodeaufnahme von OPS-Kodes für permanent implantierbare Spinalkatheter und implantierbare Medikamentenpumpen zur intrathekalen Anästhesie in mehrere operative DRGs wurde analysiert, aber ebenfalls nicht umgesetzt, da aufgrund einer sehr geringen Anzahl betroffener Fälle in den Kalkulationsdaten das Ergebnis nicht bewertet werden konnte.

Aus den Rückmeldungen des InEK lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

Unsere Vorschläge können nur umgesetzt werden, wenn die genannten Codes ab 01.01.2006 umfassend von möglichst vielen Mitgliedern dokumentiert werden. Dies betrifft insbesondere folgende Prozeduren:

- OPS 8-918.2: multimodale Schmerztherapie länger als 20 Tage
- OPS 8-91b: multimodale Kurzzeitbehandlung
- OPS 8-918.0, 8-918.1, 8-918.2, wenn multimodale Schmerztherapie bei Tumorpatienten durchgeführt wird
- OPS 8-919: komplexe Akutschmerztherapie bei Tumorschmerzen

Bitte beachten Sie die Bedingungen für die Anwendung der Codes!

Auch teilstationäre Einheiten müssen Ihre Leistungen vollständig dokumentieren. Es ist zu erwarten, dass auch die teilstationären Leistungen in Kürze im DRG-System abgebildet werden.

Nur wenn die Datenbasis in der Kalkulationsstichprobe breiter wird, können unsere Vorschläge auch gerechnet werden. Bitte überzeugen Sie das Management Ihres Hauses, dass es in 2005 und in 2006 entscheidend ist, dass auch Ihr Haus an der Kalkulationsstichprobe teilnimmt! Nur so können wir die ökonomische Basis der stationären und teilstationären Schmerztherapie auch in Zukunft sicher stellen. Werden Sie Kalkulationskrankenhäuser! Die Änderungsvorschläge der DGSS sowie den Text des Antwortschreibens finden Sie auf der Homepage der DGSS unter folgender Adresse:
<http://www.dgss.org/neu/drgaepkomm.asp>

R. Thoma
Sprecher der DRG-Kommission

Erfolg zunächst. Aber wie schon mehrfach hervorgehoben: Die Reihenfolge kann Schmerztherapeuten nicht gefallen. Seit vielen Wochen bestehen Diskussionen mit den primär für die F-Diagnosen zuständigen Fächern. Wir hoffen, eine Einigung finden zu können, die Schmerz nicht allein als Untergruppe einer Persönlichkeitsstörung versteht. Vielleicht gibt es dazu eine Lösung. Vielleicht ist aber die beste Lösung, endlich den chronischen Schmerz als eigenständige Diagnose zu verstehen und sich nicht an andere Fachgebiete anzulehnen. Schmerz ist doch keine Unterdiagnose von welchem Fach auch immer. Bis zum 28.02.2006 muss eine Lösung gefunden werden.

Bitte beachten Sie auch die Stellungnahme des Sprechers der DRG-Kommission: Unsere zukünftige „Bezahlung“ der Schmerztherapie ist demnach so gut – oder so schlecht – wie unsere Kodierung. Es liegt in unserer eigenen Hand! Ohne Kodierung keine Bezahlung, ohne Kodierung offensichtlich kein Bedarf.

Schmerz und Ethik

Der AK „Schmerz und Ethik“ teilt mit, dass er sich aufgelöst hat. Wir danken für die phantasievolle Arbeit der letzten 6 Jahre. Erfolge für Fragen der Ethik lassen sich daran ablesen, dass Medizinische Ethik (im Gegensatz zu Schmerztherapie) Pflichtfach der neuen Approbationsordnung geworden ist. Ich werde dem Präsidium vorschlagen, eine Ad-hoc-Kommission Ethik einzusetzen mit dem Auftrag, eine Ethik-Charta ähnlich wie die der American Academy of Pain Medicine zu entwickeln. Ich glaube, dass eine solche Charta ein gutes Werkzeug zur Diskussion mit offiziellen Stellen darstellt.

Schmerz und Alter

Der AK Schmerz und Alter hat ein neues Instrument vorgestellt: „Beobachtung des Schmerzverhaltens bei Demenz – BESD“. Dieses Instrument kann auf der Homepage eingesehen und heruntergeladen werden und wird im Rahmen von Studien und klinisch bereits in mehreren Zentren eingesetzt. Bei zunehmender Alterspyramide handelt es sich hier um ein ganz wichtiges Hilfsmittel, um Leiden bei Patienten zu lindern, die in ihrer Meinungsäußerung behindert sind.

Tumorschmerz

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat uns die neue Version der Leitlinie zur Tumorschmerztherapie vorgelegt. Der Abstimmungsprozess dazu war sicher nicht so, wie wir uns das gewünscht haben. Aber um der gemeinsamen Zielrichtung willen hat das Präsidium diesem neuen Entwurf zugestimmt. Zu Korrekturen war kein zeitlicher Rahmen mehr gegeben. Wir haben allerdings an die Zustimmung der DGSS eine Bedingung geknüpft. Die nächste Version wird von Anfang an zusammen mit der DGSS abgestimmt und soll dann auf dem Niveau einer SIII-Leitlinie erarbeitet werden. Dabei sollte man aber auch gleich erwähnen, was schon mehrfach gesagt worden ist, dass viel mehr Leitlinien notwendig sind, um qualifizierte Schmerztherapie nach vorne zu bringen.

Projekt „Schmerzfreies Krankenhaus“

Ein beispielhaftes Projekt, an dem auch die DGSS beteiligt ist, stellt das Vorhaben „Schmerzfreies Krankenhaus“ dar. Eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Dennoch zeigt dieses Projekt, wie weit wir in der Medizin – insbesondere in der Schmerztherapie von Selbstverständlichkeiten entfernt sind. Zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Klinische Interdisziplinäre Medizin und dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe soll jetzt eine Zertifizierung von Krankenhäusern auf dem Gebiet der Schmerztherapie eingerichtet werden. Diese Zertifizierung soll – im Gegensatz zu manchen anderen Modellen – nicht prozessorientiert, sondern ergebnisorientiert durchgeführt werden. Wir hätten dadurch ein hervorragendes Instrument, um die Qualität der Schmerztherapie wirklich in Richtung „Schmerzfreies Krankenhaus“ voranzutreiben.

In diesem Sinne grüßt Sie herzlich

Ihr



Michael Zenz
Präsident der DGSS

D. Rosenow, V. Tronnier, H. Göbel Neurogener Schmerz Management von Diagnostik und Therapie

Heidelberg: Springer Verlag GmbH 2005, 379 S., 158 Abb., 56 Tab., (ISBN 3-540-21482-8), mit CD-ROM, 79.95 EUR

Dieses Buch mit 365 Textseiten ist ein wirklich interdisziplinäres Werk von 29 Autoren unterschiedlicher Provenienz. Sie kommen ebenso aus der Anatomie, Physiologie und klinischen Neuropharmakologie wie aus der Neurologie, Neurochirurgie, Neuropsychologie, Anästhesie und selbst der Industrie. Zunächst werden Anatomie und Physiologie der neuropathischen Schmerzen sowie pharmakologische Grundlagen behandelt. Es folgen Klassifikation und Terminologie des Schmerzes, die Schmerzmessung mit ihren unterschiedlichen Methoden, bevor es dann zur klinischen und bildgebenden Untersuchung und schließlich zur Behandlung übergeht. Alle Kapitel sind didaktisch sehr klar. Dies gilt auch für die Abbildungen und die Tabellen. Wichtige Feststellungen und Tipps für die Praxis sind optisch besonders hervorgehoben. Beispielhaft seien die medikamentösen Empfehlungen genannt. Einzigartig ist auch ein immerhin 38 Seiten langes Kapitel über die Bildgebung mit vielen klar beschrifteten Abbildungen hoher Druckqualität.

Der breite Raum, welcher der Bildgebung beigemessen wird, steht nicht in Widerspruch zum Prinzip des Primats der Schmerzanamnese und klinischen Untersuchung. In dem sehr kompakten Kapitel über die neurologische Untersuchung hat mir die Aufforderung gefallen, bei der Erhebung der Eigenanamnese auch auf vorangegangene Operationen zu achten und deren genaue medizinische Begründung zu erforschen, weil sich hinter solchen Operationen nämlich „häufig Versuche einer frustranen Schmerztherapie verbergen“.

Dem Buch ist eine CD beigefügt. Sie enthält zwei Videofilme mit einem vorgeschalteten kurzen einführenden Text. Der eine Film hat die Implantation einer Schmerzpumpe, der andere die Implantation einer SCS-Elektrode zur Teststimulation zum Inhalt.

Bei diesem Buch handelt es sich um ein ebenso wissenschaftliches wie pragmatisches Werk, welches alle Aspekte der Diagnostik und Therapie vor allem chronischer Schmerzsyndrome behandelt. Für die medikamentöse Therapie finden sich sehr konkrete Dosierungsrichtlinien und Diskussionen von Alternativen. Und auch die operativen Behandlungsmöglichkeiten werden von wirklichen Fachleuten differenziert dargestellt.

Es ist durchgehend zu erkennen, dass alle Autoren auf ihrem Gebiet nicht nur hohe theoretische, sondern auch praktische Erfahrungen besitzen.

Ich wünsche dem Buch, dass es jeder Arzt zur Hand nehmen und nutzen möge, der mit Schmerzpatienten zu tun hat.

Hans-Peter Richter (Ulm)