

# Nationales Versorgungsforum Schmerz

---

Donnerstag, 12. November 2015, Berlin



# Dokumentation

# Impressum

---

## Nationales Versorgungsforum Schmerz 2015

Das Nationale Versorgungsforum Schmerz fand am 12. November 2015 in Berlin statt. Schmerzmediziner, Parlamentarier des Deutschen Bundestags, Vertreter von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, Wissenschaftler und Schmerzpatienten diskutierten dort über Konzepte für eine bessere Schmerzversorgung in Deutschland.

Ort:

Berlin, Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz

Teilnehmer:

Heike Baehrens (MdB, SPD), Dr. Eva Bartmann (BVSD), Prof. Dr. Henning Blume (SocraTec C&S GmbH), Thomas Bodmer (DAK-Gesundheit), Dipl.-Med. Ingrid Dänschel (DHÄV), San.-Rat Dr. Oliver Emrich (DGS), Dr. Johannes Fechner (KVBW, G-BA), Stephanie Funk (Apothekerin), Dr. Astrid Gendolla (DGS), Birgitta Gibson (DSL), Prof. Dr. Dipl.-Psych. Hartmann Göbel (DGS), Prof. Dr. Bertram Häussler (IGES Institut, DGIV), Jürgen Hohnl (IKK), Dr. Johannes Horlemann (DGS), Ingo Kailuweit (KKH), Maria Klein-Schmeink (MdB, Bündnis 90/Die Grünen), Harry Kletzko (IMC GmbH), Dr. Silvia Maurer (DGS), Maria Michalk (MdB, CDU), Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe (DGS), Dr. Axel Munte (BV ASV), Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Nadstawek (BVSD), Dr. Thomas Nolte (DGS), Dr. Ruppert Pfandzelter (KBV), Andrea Rädlein (ZVK), Klaus Rupp (TK), Dr. Michael Schenk (BVSD), PD Dr. Michael A. Überall (DSL), Boris von Maydell (vdek), Harald Weinberg (MdB, DIE LINKE), Arno Zurstraßen (Kanzlei Zurstraßen & Wellssow)

Moderation:

Dr. Albrecht Kloepfer, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation

Rudy C. Meidl, Moderation & Präsentation

Herausgeber:

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS), Adenauerallee 18, 61440 Oberursel; [www.dgschmerzmedizin.de](http://www.dgschmerzmedizin.de)  
Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), Alt-Moabit 101 b, 10559 Berlin; [www.bv-schmerz.de](http://www.bv-schmerz.de)  
Deutsche Schmerzliga e.V. (DSL), Adenauerallee 18, 61440 Oberursel; [www.schmerzliga.de](http://www.schmerzliga.de)

Redaktion:

Selinka/Schmitz Public Relations GmbH, Nicole Zeuner (V.i.S.d.P.), Weinsbergstr. 118a, 50823 Köln

Layout:

Selinka/Schmitz Kommunikation GmbH, Weinsbergstr. 118a, 50823 Köln

Fotos:

axentis.de, Georg Lopata

Diese Zusammenfassung steht zum Download bereit unter:



[www.nationales-versorgungsforum-schmerz.de](http://www.nationales-versorgungsforum-schmerz.de)

Das Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Herausgeber unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.

# Einleitung

---

Im November 2015 diskutierten beim „Nationalen Versorgungsforum Schmerz“ in Berlin Schmerzmediziner, Parlamentarier des Deutschen Bundestags, Vertreter von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen, Wissenschaftler und Patienten über Konzepte für eine bessere Schmerzversorgung in Deutschland. Initiatoren der Veranstaltung waren die Deutsche Schmerzliga e.V. (DSL), die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS) und der Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD). Die einhellige Meinung der Diskussionsteilnehmer: Die Versorgung in Deutschland ist aktuell unzureichend. Es besteht dringender Handlungsbedarf.

23 Millionen Menschen in Deutschland leiden an chronischen Schmerzen. Etwa 2,8 Millionen dieser schwerst betroffenen Patienten benötigen dringend eine spezielle schmerzmedizinische Behandlung. Es gibt aber nur etwa 400 Ärzte, die Schmerzpatienten in Vollzeit versorgen.



Nötig wären für eine flächendeckende Versorgung mindestens 10.000!

Für die nächsten Jahre erwarten die Experten ohne nachhaltige Änderung der Versorgungssituation weiterhin steigende Patientenzahlen und eine weitere Verschlechterung der schmerzmedizinischen Versorgung. DSL, DGS und BVSD fordern daher eine ambulante, freiberufliche und wohnnahahe Versorgung durch schmerzmedizinisch

qualifizierte Ärzte im Rahmen eines abgestuften Versorgungsmodells vom Hausarzt bis zum ausgewiesenen Schmerzmediziner: Maßnahmen wie die Berücksichtigung der Schmerzmedizin in der Bedarfsplanung, eine bessere schmerzmedizinische Ausbildung, die (flächendeckende) Umsetzung angemessener Vergütungsmodelle sowie die Einführung des Facharztes für Schmerzmedizin müssten dabei Hand in Hand gehen.



**Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe**, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS),  
**Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Nadstawek**, Vorsitzender des Berufsverbandes der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland (BVSD) und  
**PD Dr. Michael A. Überall**, Präsident der Deutschen Schmerzliga (DSL) (von links nach rechts) beim Nationalen Versorgungsforum Schmerz in Berlin

# „Versorgungslandschaft ist zu unterschiedlich“

Bei der Versorgung von Schmerzpatienten ist in der Vergangenheit bereits einiges passiert – gleichwohl zeigt sich, dass dies bei weitem nicht ausreichend ist, um den Versorgungsbedarf zu decken. Je nachdem, wo die Schmerzpatienten leben, sind die Strukturen vor Ort und die Zugangsmöglichkeiten zu unterschiedlich. Hierbei haben wir noch erheblichen Verbesserungsbedarf. Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz (VSG) stellen wir erhebliche Mittel für einen Innovationsfonds zur Verfügung.



**Heike Baehrens,**

MdB, SPD, Mitglied des Ausschuss für Gesundheit

Von den 300 Millionen Euro, die künftig jährlich für innovative Forschung ausgegeben werden, sind 75 Millionen Euro direkt für die Versorgungsforschung vorgesehen. Wir haben zudem gerade mit dem VSG II an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der dafür die fachliche Expertise hat, den Auftrag gegeben, bis 2017 eine Bedarfsplanung vorzulegen. Zum anderen kann der Bundesgesetzgeber auch mit darauf hinwirken, dass schon im Medizinstudium das Thema Schmerzmedizin einen höheren Stellenwert bekommt.

Immerhin wird Schmerzmedizin ab dem kommenden Jahr ein Prüfungsfach sein. Das ist ein ganz wichtiger Schritt, um schon in der Ausbildung Schmerzdiagnose und Schmerztherapie anders zu gewichten als in der Vergangenheit.

# „Hochintensive Maßnahmen verpuffen“

Die Frage, welcher Patient stationär oder ambulant versorgt werden soll, ist meiner Meinung nach falsch gestellt. Wichtiger ist doch: Wenn wir jemanden drei, vier oder auch sechs Wochen stationär behandeln – was machen wir danach? Dann fallen die Patienten in ein Loch, da sie vor Ort nicht weiter betreut werden können, und nach einem halben Jahr ist das Ergebnis gleich null, obwohl wir eine intensive und teure multimodale Therapie stationär angewendet haben. Das heißt, die Patienten müssen anschließend mindestens auf einem niedrigen Level kontinuierlich weiter begleitet werden. Genau dafür ist eine Integrierte Versorgung wichtig: um den Patienten stabil zu halten, sonst verpuffen hochintensive, teure Maßnahmen.



**Dr. Eva Bartmann,** Vorstandsmitglied Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD) (links im Bild)

## „Ein engerer Austausch zwischen Arzt und Apotheker wäre wünschenswert“

Es gibt den Dialog zwischen Arzt und Patient, und den Dialog zwischen Apotheker und Patient. Ebenfalls wünschenswert wäre ein engerer Austausch zwischen Arzt und Apotheker. Gerade wenn es um Pharmakotherapie geht. Wie ist das Medikament dosiert, wie wird es angewendet und wann? Die Therapieentscheidung des Arztes kann der Apotheker dem Patienten „übersetzen“ und so seine Compliance fördern. Letztlich geht es ja darum: Wie machen die Beteiligten gemeinsam eine Therapieentscheidung auch zu einem Therapieerfolg?



**Prof. Dr. Henning Blume,**  
Gesellschafter der SocraTec C&S GmbH (links im Bild)

## „Sektorenübergreifende Behandlung steckt in den Kinderschuhen“

Die Schmerzversorgung gleicht einem Flickenteppich, gerade bei chronischen Schmerzpatienten. Hier muss sich die sektorenübergreifende Kommunikation verbessern. Ich sehe hier auch in der Technik eine Chance, etwa um mit Hilfe einer entsprechenden Praxissoftware den Kollegen anderer Fachrichtungen bereits vor-



handene Befunde zu übermitteln. Das vermeidet Mehrfachuntersuchungen, unnötige Doppeldiagnosen sowie Mehrfachtherapien und spart Kosten. Ein weiteres Problem: Wie lässt sich die „Outcome-Qualität“ objektiv messen? Ob es dem Patienten besser geht, ist ja sein persönliches Empfinden und damit subjektiv. Unsere Erfahrung zeigt: Da, wo wir als DAK-Gesundheit mit den Beteiligten klare Ziele vereinbart und diese als Qualitätsmerkmale vorgegeben haben und diese dann auch klar evaluiert haben, erzielen wir ein besseres Outcome.

**Thomas Bodmer,**  
Vorstandsmitglied DAK-Gesundheit

## „Selektivverträge sind die Lösung“

Gerade bei chronifizierenden Schmerzen ist die zeitnahe Kooperation mit weiteren Fachärzten notwendig, etwa Orthopäde, Radiologe, Neurologe oder Schmerztherapeut. Doch gerade hier mangelt es an einer Schnittstellenbeschreibung: Wann überweise ich wohin? Hier funktioniert die bestehende Versorgungssteuerung nicht optimal. Für mich sind Selektivverträge die Lösung: Der Deutsche Hausärz-



teverbund hat eine Vorreiterrolle eingenommen und gemeinsam mit anderen Spezialisten die „Versorgungslandschaft Schmerz“ entwickelt.

In diesem sektoren-übergreifenden Konzept für eine Integrierte Versorgung sind Protokolle für Diagnostik, Therapie und Überweisung die Kernpunkte. Zudem sind gemeinsame Fortbildungen vorgeschrieben.

**Dipl.-Med. Ingrid Dänschel,**  
Vorsitzende des Sächsischen  
Hausärzteverbandes e.V. (SHÄV),  
Stellv. Bundesvorsitzende Deutscher  
Hausärzteverband e.V. (DHÄV)  
(links im Bild)

## „Wir brauchen einheitliche Qualitätssicherungsstandards“

Einer aktuellen Untersuchung zufolge klagen über 23 Millionen Deutsche (28 %) über chronische Schmerzen. Knapp 1.000 niedergelassene Schmerzmediziner versorgen derzeit circa ein bis zwei Millionen Patienten mit problematischen Schmerzen im Rücken, im Kopf, an den Nerven und mit anderen Nicht-Tumorschmerzen. Die Hauptlast der Versorgung tragen niedergelassene Ärzte. Die qualitätsgestützte schmerzmedizinische Versorgung durch anerkannte Schmerzpraxen und Schmerzambulanzen ist also weit davon entfernt, als „sichergestellt“ bezeichnet zu werden.

Es mangelt an ärztlichen Schmerztherapeuten, Schmerzambulanzen, fachkundigen Psychotherapeuten sowie an einer Vernetzung dieser Strukturen und an einem speziellen Qualitätsmanagement für Schmerztherapeuten. Dringend erforderlich wäre hier eine Vereinheitlichung der Qualitätssicherungsstandards, die alle Schmerztherapeuten zu erfüllen und auch regelmäßig zu rezertifizieren hätten.

Im Juli 2015 wurden deshalb neue überprüfbare Struktur- sowie Prozesskriterien als Konsens aller Fachgesellschaften in der Schmerzmedizin veröffentlicht. Damit können zukünftig schmerzmedizinische Einrichtungen in Deutschland klassifiziert werden, um letztendlich daraus einen Bedarf zu definieren und eine Sicherstellung zu gewährleisten oder anstreben zu können.



**San.-Rat Dr. Oliver Emrich,** Leiter des Schmerzzentrums DGS Ludwigshafen und Vizepräsident Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)

## „Ich setze sehr auf den interdisziplinären Ansatz“

Als KV-Vorstand höre ich keine Negativmeldungen bezüglich der schmerzmedizinischen Versorgung. Vielleicht vom Bundesverband, aber nicht von den Krankenkassen und auch nicht von den Patienten. Daraus schließe ich, dass die Versorgung ausreichend ist. Nach dem Sozialgesetzbuch müssen wir nicht „sehr gut“ und nicht

„gut“, sondern „ausreichend“ sein, und dem kommen wir nach. Dennoch bin ich überzeugt, dass die Schmerzmedizin ein Querschnittsfach ist.



**Dr. Johannes Fechner**, Stellv. Vorstandsvorsitzender Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) und Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)

Den Facharzt für Schmerzmedizin jedoch sehe ich kritisch. Es ist wichtiger, den Patienten interdisziplinär oder multiprofessionell zu betreuen. Daher müssen meines Erachtens alle Disziplinen die Schmerztherapie beherrschen. Ich setze sehr auf den interdisziplinären Ansatz, der die Psychosomatik in ganz anderem Umfang berücksichtigt. Gerade chronische Schmerzpatienten brauchen aus jeder Ecke Begleitung, am meisten wahrscheinlich psychosomatisch und psychiatrisch.

## „Der Apotheker hat eine wichtige Leitungsfunktion“

Die Apotheke vor Ort ist für Patienten mit Schmerzen nach dem Hausarzt in der Regel die erste Anlaufstelle. Viele Schmerzpatienten kaufen neben den verschriebenen Medikamenten auch OTC-Arzneimittel. Wir Apotheker sind Vertrauenspersonen für den Patienten und er wird durch uns optimal mit Medikamenten versorgt. Er kann an den Apotheker alle Fragen zu den Medikamenten stellen, zur Verträglichkeit, zu Wirkung und Wechselwirkungen.

also eine wichtige „Leitungsfunktion“. Aus diesem Grund sind wir auch eine von der DGS zertifizierte „NetzwerkApotheke“.



**Stephanie Funk**, Apothekerin (rechts im Bild)

## „Rechtzeitig gegensteuern, bevor die Chronifizierung einsetzt“

Ich kenne viele Kinder, die aus sogenannten Schmerzfamilien stammen, und plädiere für eine Gesundheitsbildung „an der Basis“, also bereits in der Grundschule und in weiterführenden Schulen, um rechtzeitig gegenzusteuern, bevor eine Chronifizierung einsetzt.



**Dr. Astrid Gendolla**, Neurologin im Schmerzzentrum DGS Essen  
(links im Bild)

## „Patientenautonomie funktioniert nur auf Augenhöhe mit dem Arzt“

Die Versorgung von chronischen Schmerzpatienten in Deutschland ist unzureichend. In manchen Gegenden herrscht fast „ein schwarzes Loch“, wenn es um eine adäquate Versorgung geht. Die Patienten haben ein Recht auf Schmerzmedizin! Und zwar auf kompetente Schmerzmedizin, die nicht in einer kurzen Zusatzausbildung erworben werden kann. Hier stellt sich die Forderung nach dem Facharzt für Schmerzmedizin.



Solange die Möglichkeit einer psychologischen Schmerztherapie im Gesamtkonzept einer multimodalen Behandlung so selten angeboten werden kann, ist für viele Schmerzkranken die Selbsthilfe ein wichtiger Baustein in der Schmerzbehandlung. Sie stellt darüber hinaus einen gewissen Ersatz dar. Sie unterstützt den Menschen in seinem Selbstmanagement des chronischen Schmerzes, was oft das Zurück in ein relativ „normales“ Leben bedeutet. Die gesetzlich festgeschriebene Patientenautonomie kann nur im partnerschaftlichen und kommunikativen Verhältnis von Arzt und Patient „auf Augenhöhe“ umgesetzt werden. Das braucht Gesprächszeit! Chronische Schmerzpatienten sollten in Sozialgerichtsverfahren nicht von fachfremden Gutachtern beurteilt und damit oft großer Pein ausgesetzt werden.

**Birgitta Gibson**, Vizepräsidentin Deutsche Schmerzliga e.V. (DSL)

# „Multimodale Schmerztherapie kommt oft zu spät“

Für den Einsatz der „Multimodalen Schmerztherapie“ gibt es fünf Kriterien. Das ist gut, weil klar definiert ist, wann sie zur Anwendung kommt. Gleichzeitig ist das aber auch prekär, denn sie kommt erst zum Einsatz, wenn schon nachhaltige Komplikationen aufgetreten sind; wenn es psychische Begleiterkrankungen gibt, die den Schmerz unterhalten, der Patient also psychopathologisch verändert ist; wenn Medikamentenfehlgebrauch oder -missbrauch vorliegt; wenn es schwerwiegende physische Begleiterkrankungen gegeben hat wie Herzinfarkt oder Gastritis.

Die multimodale Schmerztherapie kommt also zu spät zur Anwendung. Bei Selektivverträgen kann man früher eingreifen und nicht erst, wenn das Kind im Brunnen liegt. Daher müssen Selektivverträge meines Erachtens in die Regelversorgung.

**Prof. Dr. Dipl.-Psych. Hartmut Göbel,**  
Ärztlicher Direktor Schmerzklinik DGS Kiel  
(rechts im Bild)



# „Uns fehlt eine Versorgungssteuerung“

Angesichts der geringen Überweisungsraten und der großen Zahl der unbehandelten Patienten kann man nicht wirklich von einer Versorgungssteuerung sprechen: Die Überweisung von Hausärzten oder Fachärzten an die richtige Adresse hängt noch immer davon ab, ob sie überhaupt über schmerzmedizinische Angebote informiert sind bzw. diese ernst nehmen.

Angesichts sehr langer Wartezeiten scheint der Bedarf so hoch zu sein, dass bereits unter den gegenwärtigen Verhältnissen eine deutlich höhere Zahl von spezialisierten schmerzmedizinischen Praxen bestehen könnte. Die Planungssicherheit sollte in dieser Hinsicht gegeben sein.



**Prof. Dr. Bertram Häussler,**  
Vorsitzender der Geschäftsführung des  
IGES Instituts, Vorstandsmitglied Deutsche  
Gesellschaft für Integrierte Versorgung im  
Gesundheitswesen e.V. (DGIV)

# „Das Gesundheitssystem ist zu stark auf Heilung fokussiert“

Nach Expertenmeinungen gibt es bei der Schmerzversorgung erhebliche Defizite. Die Probleme sind hausgemacht. Es fehlt an der Verzahnung von ambulant und stationär. Und die Pflege bleibt

völlig außen vor. Machen wir uns nichts vor: Unser Gesundheitssystem ist zu stark auf Heilung fokussiert, dabei müssen wir doch auch mehr die Linderung von Erkrankungen – und hier nenne ich

explizit auch jene, die starke Schmerzen verursachen – im Blick haben.

Ich begrüße sehr, dass sich im stationären Bereich mit den zertifizierten schmerzfreien Krankenhäusern schon viel getan hat. Der ambulante Bereich hinkt hinterher. Die Leistungserbringer und auch die Krankenkassen sollten im Interesse der Versicherten neue Wege gehen, warum nicht auch mit Hilfe der Integrierten Versorgung. Die Evidenzlage ist in vielen Punkten aber nicht eindeutig. Perspektivisch müssen Wissenslücken geschlossen werden, damit neue Behandlungsmodule oder auch -methoden in die Regelversorgung überführt werden können.

Alle Akteure im Gesundheitssystem müssen sich fragen, was verbessert werden muss: in der Ausbildung, bei der Vergütung und in der Versorgung der Betroffenen.



**Jürgen Hohnl**, Geschäftsführer Gemeinsame Vertretung der Innungskrankenkassen e.V. (IKK) (links im Bild)

## „Patienten chronifizieren beim Hausarzt“

Ich kenne keine andere Fachgruppe, die so flächendeckend arbeitet wie die der Hausarztmedizin. Sie muss deshalb für die schmerzmedizinische Versorgung der erste Ansprechpartner sein. Denn hier chronifizieren die Patienten auch. Weil der Arzt zu wenig Zeit hatte, sich diesen aufwändigen Patienten umfassend zu widmen, weil das Schmerzsyndrom zu komplex war oder die Kompetenzen fehlen. Meines Erachtens muss die Hausarztmedizin gestärkt werden, etwa über entsprechende Module, wie wir sie aus der Inneren Medizin kennen. Nur so können wir flächendeckend prophylaktisch Chronifizierungen entgegenwirken. Der Hausarzt muss dafür sensibilisiert werden, zu erkennen, wann er nicht mehr helfen kann und ein Facharzt nötig ist.

Ein weiteres Problem ist die mangelnde Kommunikation: Meine Erfahrung aus 18 Jahren Schmerzkonferenz zeigt, dass in der Regel nur 15 Prozent der eingeladenen Ärzte teilnehmen. Gerade die Ärzte,

aus deren Praxen die „Problempatienten“ stammen, kommen nicht zu dem Termin, um gemeinsam mit anderen Kollegen aus anderen Disziplinen zur Verbesserung des Patientenwohls beizutragen. Es fehlt also die Bereitschaft für Kommunikation, nicht zuletzt auch deswegen, weil dieses ganze Engagement quasi „ehrenamtlich“ geschieht. Wer etwas verbessern will, wird bestraft. Hier sehe ich die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen in der Verantwortung.



**Dr. Johannes Horlemann**, Leiter des Regionalen Schmerzzentrums DGS Geldern Kevelaer und Vizepräsident Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)

## „Versicherte fühlen sich allein gelassen“

Wir stellen fest, dass sich Versicherte in einem erheblichen Umfang mit ihren Schmerzen allein gelassen fühlen, obwohl es eine Vielzahl von Therapieoptionen gibt. Die Betroffenen erleben eine Odyssee von Arzt zu Arzt ohne spürbaren Therapieerfolg.



Dieser kann sich nur einstellen, wenn die individuellen Bedürfnisse der Versicherten erkannt und eine koordinierte, aufeinander abgestimmte Behandlung unter Einbeziehung aller notwendigen Disziplinen durchgeführt wird. Dies ist umso wichtiger, als es durch die demografische Entwicklung immer mehr ältere Menschen geben wird, mehr chronifizierte, mehr multimorbide und damit immer mehr Schmerzpatienten.

Zurzeit haben wir 500 Schmerzkliniken, wir bräuchten aber 3.000. Es ist fünf vor zwölf und wir müssen uns intensiv damit auseinandersetzen, wie wir die Zukunft der Schmerzmedizin in den Griff bekommen.

**Ingo Kailuweit**, Vorstandsvorsitzender Kaufmännische Krankenkasse (KKH)

## „Fortschritt in Zehn-Jahres-Rhythmen findet keine Akzeptanz“

Die Diskussion auf dem Nationalen Versorgungsforum und andere Diskussionsrunden dieser Art zeigen, wie schwer es ist, die Versorgungslücke und das Versagen der Selbstverwaltung in den Griff zu bekommen. Der Gesetzgeber hat mit dem SGB V verschiedene Instrumente zur Verbesserung der Situation installiert. Aber es dauert viel zu lange, bis ordnungspolitische Maßnahmen umgesetzt werden. Siehe das Thema Integrierte Versorgung: Zehn Jahre sind hier nichts. Und in vielen Bereichen sind wir erst am Anfang einer Integrierten Versorgung oder eines Disease Management Programmes (DMP).

Wir brauchen so etwas wie eine Ombudsstelle für Versorgung, ein Gremium, das Ergebnisse einfordert. Fortschritt im Gesundheitswesen in Zehn-Jahres-Rhythmen findet weder bei Patienten noch bei den Versicherten Akzeptanz.



**Maria Klein-Schmeink**, MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin Bündnis 90/Die Grünen

## „Chronischer Schmerz ist systembedingt“

Mehrere Millionen Menschen in Deutschland leiden an chronischen Schmerzen. Die Schmerzen bestimmen den Alltag, zerstören die Lust auf Aktivitäten, isolieren die Betroffenen und schränken ihre Lebensqualität ein. Unverständlich ist, dass es bisher in unserem Gesundheitssystem noch nicht gelungen ist, diesen Betroffenen eine flächendeckende adäquate Behandlung zu gewährleisten. Oft müssen Betroffene monatelang auf einen Termin bei einem schmerztherapeutisch tätigen Arzt oder in einem Schmerzzentrum warten. Das Problem der Unterversorgung dieser Patienten ist seit



Jahren bekannt. Chronischer Schmerz kam nach meiner Kenntnis ja nicht plötzlich wie eine ansteckende Infektionskrankheit über uns, sondern entwickelt sich durch eine jahrelange systembedingte Fehl- und Unterversorgung.

Wir müssen also etwas am System ändern. „Schmerzmedizin“ muss im Studium obligat sein und den jungen Medizinstudenten stärker vermittelt werden mit dem Ziel, einen Facharzt für Schmerzmedizin einzuführen. Darüber hinaus muss die Versorgungsdichte den Millionen Betroffenen gerecht werden. Hier sind insbesondere die Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen gefordert. Kurzfristige Lösungen bis zum Aufbau einer fachlichen und flächendeckenden Versorgung könnten Integrierte Versorgungsverträge sein, die eine mögliche weitere Chronifizierung zumindest aus den häufigsten akuten Schmerzen (z. B. Rückenschmerzen) verhindern.

## „Wir brauchen mehr Schmerzpsychologen“

Schmerzpatienten benötigen auch eine gute psychologische Betreuung. Das Problem: Die Unterscheidung zwischen psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten ist schon schwer zu verstehen. Unter letzteren findet ein Patient nur schwer bis gar nicht heraus, wer mit Schmerzpatienten arbeitet, da es keine adäquate Bezeichnung dafür gibt. Anders ist es bei den psychologischen Psychotherapeuten, die eine Fortbildung von der Deutschen Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und Forschung (DGPSF) durchlaufen können. Diese Schmerzpsychologen wären zwar für den Patienten über die DGPSF zu finden – aber es gibt in ganz Deutschland nur 265 von ihnen.

Nur die Landesärztekammer in Rheinlandpfalz ist auf Schmerz fokussiert. Dort haben wir 26 Schmerzpsychologen, aber die dürfen ausschließlich erwachsene Patienten behandeln. Das reicht einfach nicht. Ich würde mich freuen, wenn es mehr wären.



**Dr. Silvia Maurer**, Leiterin des Regionalen Schmerzzentrums DGS Bad Bergzabern und Vizepräsidentin Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS) (links im Bild)

## „Egoismen beiseite lassen“

Schmerz ist eine übergreifende Erkrankung, die viele Disziplinen braucht. Mit den IV-Verträgen haben wir schon einen ersten richtigen Schritt gemacht, weil sich Experten und verschiedene Leistungserbringer zu einer vertraglichen Betreuung von Patienten zusammenschließen können. In der Politik ist es immer so, dass mit bestimmten Elementen versucht wird, ein Problem zu lösen. Es wird analysiert, ob es funktioniert, wenn nicht, folgt der nächste Schritte. Die Frage ist, wie es gelebt wird. Das Stichwort ist, eine vernetzte Versorgung zu organisieren und Egoismen beiseite zu lassen.



**Maria Michalk, MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin CDU/CSU**

## „Behandlung hängt vom Zufall ab“

Das Kernproblem ist: Die chronische Schmerzerkrankung ist keine Einorganerkrankung, sondern sie betrifft verschiedene Dimensionen des Menschen. Schmerz hat körperliche, psychische und soziale Aspekte, und um diesen gerecht zu werden, braucht es funktionell-orthopädische, physiotherapeutische, neurologische, psychiatrische und anästhesiologische Kompetenzen. Wir brauchen eine Bedarfsplanung, wie in anderen Bereichen des Gesundheitssystems auch. Solche Bedarfsplanungen erstellt die Kassenärztliche Vereinigung, indem sie berechnet, wie viele Ärzte einer Fachrichtung benötigt werden. Dabei richtet sie sich nach Fachgebieten. Da „Schmerzmedizin“ kein Fachgebiet ist, gibt es keinerlei Bedarfsplanung und keine Sicherstellung für eine schmerzmedizinische Versorgung. Es hängt also vom Zufall ab, ob Patienten behandelt werden oder nicht.

Einerseits braucht die Allgemeinmedizin eine Zusatzqualifikation, einen Fachkundenachweis, der die schmerzmedizinische Qualifikation beinhaltet, so dass die



**Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe, Präsident Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)**

Basisversorgung besser ist und nicht so viele Patienten chronische Patienten werden. Andererseits brauchen wir einen „Facharzt für Schmerzmedizin“, der in der Lage ist, umfassend chronische Schmerzerkrankungen zu diagnostizieren. Das Konzept der multimodalen und multidisziplinären Therapie, das heißt die Beteiligung vieler Fachgebiete für das Wohl des Patienten, wird wie eine Monstranz vor sich hergetragen. Aber in der Realität wird ein Patient von einem Neurologen, Orthopäden, Psychologen oder Psychotherapeuten, einem Anästhesisten und einem Physiotherapeuten gesehen, das sind fünf Disziplinen. Das ist vielleicht ein Konzept für eine Handvoll Patienten, aber nicht für drei Millionen.

Wir brauchen einen Facharzt für Schmerzmedizin, der umfassende Kompetenzen auf verschiedenen Gebieten hat – orthopädisch, neurologisch, anästhesiologisch und psychologisch/psychiatrisch. Er muss kein tiefgehender Spezialist sein, aber für die Bedürfnisse der Patienten geschult.

# „Wir haben nicht nur Stillstand, sondern eine Degression“

Im Juni 2015 haben wir ein Symposium durchgeführt zum Thema „Wo schmerzt es in der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV)?“ Und das hatte seinen Grund: Nach dreieinhalb Jahren Laufzeit der ASV gibt es lediglich 16 zugelassene und veröffentlichte Teams. Dies führen wir unter anderem zurück auf die zwischenzeitliche Handlungssicherheit aufgrund geplanter Änderungen im Rahmen des GKV (gesetzliche Krankenversicherung)-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG).

Wir wollen, dass künftig sowohl hochspezialisierte Fachärzte als auch Krankenhäuser die ambulante Versorgung bestimmter schwerer oder seltener Erkrankungen anbieten dürfen. Auch die Vergütung durch die Krankenkassen wird geändert: So sollen diese Leistungen künftig für niedergelassene Ärzte nicht mehr dem sogenannten „Praxis-

budget“ unterliegen. Darüber hinaus fordere ich eine Behandlung aus einem interdisziplinären Team, in dem – analog zur Zusatzweiterbildung Palliativmedizin – mindestens für ein Team-Mitglied eine Zusatzweiterbildung in der speziellen Schmerzmedizin vorgeschrieben ist. Egal auf welcher Teamebene. Damit hoffen wir, die Schmerzversorgung zu verbessern. Denn im Moment haben wir keinen Stillstand, sondern eine Degression.



**Dr. Axel Munte**, Vorstand Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. (BV ASV) (links im Bild)

# „Zu invasiven Leistungen gezwungen“

Die schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland ist mit einem Wort katastrophal. Wir haben 2,8 Millionen Patienten, die dringend einer speziellen Schmerzmedizin bedürfen. Wir haben aber nur etwa 1.100 Kolleginnen und Kollegen, die an der sogenannten Schmerztherapievereinbarung teilnehmen. Wir bräuchten eigentlich 10.000 Schmerzmediziner.



Auch die wirtschaftliche Situation der Schmerzmediziner ist nicht rosig. Je nach Bundesland ist die Bezahlung pro Patient und Quartal nur halb so hoch wie anderswo. Dann sind die Kolleginnen und Kollegen quasi dazu gezwungen, invasive Leistungen zu erbringen, die nicht bei jedem Schmerzpatienten indiziert sind.

**Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Nadstawek**, Vorsitzender Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD) (rechts im Bild)

# „Psychotherapeuten gehören von Anfang an dazu“

Psychotherapeuten sind in der Schmerzversorgung unterrepräsentiert. Dabei sind sie ein Muss im Therapieverbund. Zehn Jahre multimodale Schmerztherapie haben mir ihren hohen Stellenwert klar gemacht. Wir behandeln seit zehn Jahren nach einem bio-psychosozialen Konzept, statt nach dem überholten bio-mechanischen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen geben uns aber immer noch die Strukturen für ein bio-mechanisches Konzept vor.

Allerdings in der Qualitätsvereinbarung gibt es einen Vermerk, dass der Patient nach sechs Monaten mal zum Psychotherapeuten oder Psychiater sollte. Es gehört im Eingangs-Assessment bzw. im Screening des Patienten abgefragt,

ob eine psychische Komorbidität besteht. Solange wir das nicht einführen, können wir der Chronifizierung auch keinen Riegel vorschieben. Psychotherapeuten können dem Patienten zu einem Umlernen verhelfen und gehören meiner Meinung nach von Anfang an zu einem Behandlungskonzept dazu.



**Dr. Thomas Nolte,**  
Vorstandsmitglied IMC (Integrative Managed Care) GmbH und  
Leiter Regionales Schmerzzentrum DGS Wiesbaden

# „Wir brauchen definierte Struktur- und Qualitätskriterien“

Die kollektivvertragliche Grundlage für die schmerzmedizinische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten ist die „Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie“ nach § 135 SGB V („spezielle Schmerztherapie“) von 2005. Geregelt sind insbesondere der Zugang (fachliche Qualifikation) sowie organisatorische Voraussetzungen. Die Zahl der an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmenden Ärzte nimmt zwar stetig zu, ist aber nach wie vor zu gering und zudem in den Regionen unterschiedlich. Auch beschränken sich Qualitätsvorgaben derzeit auf Aspekte der Strukturqualität.



**Dr. Rupert Pfandzelter**, Dezernt Ambulante Qualitätsförderung und -darstellung, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) (2. v. l.)

Es gibt kaum Möglichkeiten, die hohe Qualität der Versorgung darzustellen.

Eine Überarbeitung der Qualitätssicherungsvereinbarung wird derzeit zwischen KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) und dem GKV-Spitzenverband verhandelt. Ziel muss sein, die Teilnahme zu fördern, aber ohne Abstriche bei der Qualität zu machen und regionale Spielräume unnötig einzuzgrenzen. Der flächendeckende Ausbau einer abgestuften schmerzmedizinischen Versorgung erfordert definierte Struktur- und Qualitätskriterien für schmerzmedizinische Einrichtungen. Dabei sind die jeweiligen Versorgungsinhalte darzustellen. So ist es z. B. möglich, dass im Zuge der Nachbesetzung darauf Wert gelegt wird, dass Bewerber mit der Zusatzweiterbildung Schmerztherapie bevorzugt berücksichtigt werden. Flankiert durch geeignete Selektivverträge nach § 140a SGB V kann daraus auch ein Förderprogramm werden, wie es insbesondere für strukturschwache und bislang nur ungenügend versorgte Regionen geeignet sein kann.

# „Bewegungstherapie ermöglicht Aktivierung der körpereigenen Ressourcen“

Der demographische Wandel mit zunehmender Alterung unserer Gesellschaft, Bewegungsmangel in unserer modernen Arbeitswelt und ungesunder Ernährung sind Faktoren, die die Prävalenz mus-

kuloskelettaler Erkrankungen erhöhen. Die Entstehung myofaszialer Schmerzzustände ist komplex. Komplexe Störungen erfordern komplexe Lösungen. Dazu zählt das konzeptionelle Vorgehen mit

integrativen, aufeinander abgestimmten Therapiemaßnahmen in Form eines multimodalen Therapiekonzepts.

Die Aufgabe der Physiotherapie besteht darin, eine Verbesserung der Bewegungs- und körperlichen Leistungsfähigkeit zu erzielen, die es dem Patienten weitestgehend ermöglicht, an den Aktivitäten des täglichen Lebens teilzunehmen. In der Schmerztherapie nimmt die Bewegungstherapie eine zentrale Rolle ein. Sie ist ein Faktor im multimodalen Behandlungskonzept, welches dem Patienten den Zugang zur Aktivierung der körpereigenen Ressourcen zur Überwindung seiner Schmerzzustände ermöglicht.



**Andrea Rädelein**, Vorsitzende Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK) (links im Bild)

# „Unnötige Diagnostik, Doppeluntersuchungen, vorschnelle operative Eingriffe“

Die Regelversorgung kennt für chronische Schmerzpatienten keine ganzheitliche und Integrierte Versorgung. Die Patienten starten oftmals eine Schmerz-Odyssee aus mehreren erfolglosen Behandlungsversuchen, um die optimale Therapie für sich und ihre Erkrankung zu finden. Dieses Defizit führt häufig zu unnötiger Diagnostik, Doppeluntersuchungen, einer Chronifizierung des Schmerzes oder etwa zu vorschnellen operativen Eingriffen. Die Techniker Krankenkasse (TK) hat deshalb bereits 2005 das Angebot „Integrierte Versorgung bei Rückenschmerzen“ ins Leben gerufen, bei dem ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Schmerz-, Physio- und Verhaltenstherapeuten, die Behandlung individuell auf den Patienten und das jeweilige Beschwerdebild abstimmt. Außerdem hat die TK das Angebot „Zweitmeinung vor Wirbelsäulen-OP“ geschaffen und damit große Erfolge bei der Vermeidung unnötiger Operationen erzielt.



**Klaus Rupp**, Leiter Versorgungsmanagement Techniker Krankenkasse (TK)

# „Komplementäre Medizin hilft, weil sie Beziehungsmedizin ist“

Ich arbeite seit neun Jahren in einem anthroposophischen Krankenhaus, in dem wir neben der klassischen evidenzbasierten „Schulmedizin“ auch die Anthroposophische Medizin als komplementäre Ergänzung anbieten.

Unsere 6-Monats-Katamnesen nach Entlassung zeigen, dass wir mit unserem Ansatz sehr erfolgreich sind. Warum? Weil wir vor allem auch Beziehungsmedizin betreiben. Wir bauen eine intensive Beziehung zum Patienten auf und er fühlt sich wahrgenommen. Die Kunst besteht darin, sich selbst zurückzunehmen und zu erkennen, welches komplexe Problem der Patient hat und was er genau

braucht. Hieraus kann man dann ein zentriertes interdisziplinäres Handeln entwickeln, welches genau auf die Bedürfnisse der Patienten abgestimmt ist. Dafür benötigt man interdisziplinäres Wissen, das deutlich über das eigene Fachgebiet hinausgeht und Schmerztherapeuten kennzeichnet.



**Dr. Michael Schenk**, Vorstandsmitglied Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)

# „Chronischer Schmerz wird zu sehr rationalisiert“

Die Ursachen für die steigende Zahl chronischer Schmerzpatienten liegen zum Großteil in der zunehmenden Ent-Individualisierung eines sich vor allem an Effizienzkriterien orientierenden Gesundheitswesens: Krankheiten werden analog zu industriellen Standards objektiv definiert und Behandlungsmöglichkeiten zunehmend als mechanistische Reparation eines bestehenden Defektes rationalisiert. Gleichzeitig formalisieren Leitlinien konkrete Behandlungsabläufe und definieren auf der Grund-

lage randomisiert kontrollierter Studien und populationsbezogener Analysen standardisierte Behandlungsnormen für den Regelfall. Verfahrenstechnisch konsequent wird nicht mehr der (sich meist der objektiven Quantifizierbarkeit entziehende) individuell erzielte Behandlungserfolg als medizinischer Behandlungsmaßstab herangezogen, sondern die (überprüf-/messbare) erbrachte Behandlungsleistung und schlussfolgernd unterstellt, dass sich mit Erbringung seltiger (d. h. nach erfolgter Reparatur) die Gesundheit zwangsläufig wieder einzustellen hat.



**PD Dr. Michael A. Überall**, Präsident Deutsche Schmerzliga e.V. (DSL) und Vizepräsident Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)

Dabei wird vernachlässigt, dass bei chronischen Schmerzen – wie bei vielen anderen chronischen Erkrankungen auch – die Kunst der Behandlung weder in der Reparatur noch der operationalen Vereinheitlichung liegt, sondern in der Adaptation an die bio-psycho-soziale Komplexität des individuellen Behandlungsfalles und dem Verständnis der Besonderheiten des Einzelfalles.

## „Wir brauchen kurzfristige Lösungen“

Wir brauchen kurzfristige Lösungen. Und das ist der Facharzt für Schmerzmedizin in meinen Augen nicht. Es würde Jahre bis Jahrzehnte dauern, bis die Facharzt-Zahl relevant steigt. Und wir bekämen eine noch weitere Facharzt-Zersiedelung, wie wir sie ja ohnehin schon haben. Aus diesem Grund gibt es die Integrierten Versorgungsverträge, damit die unterschiedlichen Fachdisziplinen vernetzt werden und noch enger zusammenarbeiten, als sie es normalerweise tun würden. Für mich liegt die Lösung eher dort.



**Boris von Maydell**, Leiter Abteilung Ambulante Versorgung  
Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) (links im Bild)

## „Flächendeckend gute Versorgung braucht bundeseinheitliche Kriterien“

Gesundheit heißt nach der Weltgesundheitsorganisation WHO Wohlbefinden, und kaum etwas schränkt das Wohlbefinden so stark ein wie Schmerz. Deshalb muss in der Ausbildung aller Fachrichtungen und in der Pflege noch stärker als bisher darauf geachtet werden, dass die gesundheitliche Lebensqualität, insbesondere der Schmerz, stärker in den Fokus tritt.

Schmerzmedizin als Fachrichtung ist aufzuwerten. Ob es eine eigene Facharztrichtung Schmerzmedizin ge-

ben soll, ist zunächst Sache der ärztlichen Selbstverwaltung. Allerdings sind wir dafür, die spezialisierte Schmerzmedizin als Planungskriterium in die kassenärztliche Bedarfsplanung aufzunehmen. Auch hier spielt aber die gemeinsame Selbstverwaltung die Hauptrolle.

Wir werden beobachten, ob die Festlegungen des G-BA in der Bedarfsplanungsrichtlinie und weiterer regionaler Festlegungen eine gute spezialisierte Schmerzbehandlung für die Versicherer

ten gewährleistet. Das grundsätzliche Problem, dass Subspezialisierungen insbesondere innerhalb der Inneren Medizin bei der Bedarfsplanung nicht ausreichend berücksichtigt werden, ist leider mit den letzten Gesetzen, wie das Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) und Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) nicht hinreichend gelöst worden. Zwar gibt es die Möglichkeit, auf regionaler Ebene Sonderbedarfe zu berücksichtigen. Es wäre aber besser, für eine flächendeckend gute Versorgung bundeseinheitliche Kriterien zu schaffen.



**Harald Weinberg**, MdB, Gesundheitspolitischer Sprecher DIE LINKE

# „Eine adäquate Versorgung von Schmerzpatienten ist ethisch, juristisch und ökonomisch geboten“

Nach § 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie, Stand 20. August 2015) ist die Voraussetzung dafür, Ärzte in die Bedarfsplanung aufzunehmen, die Zugehörigkeit zu einer Arztgruppe in Anlehnung an die (Muster-)Weiterbildungsordnung. Dies würde die Etablierung eines Facharztes für Schmerzmedizin erfordern. Da diese Voraussetzung derzeit nicht gegeben ist, entfällt die entsprechende Bedarfsplanung zur Gänze. Sie wird den speziellen Fachdisziplinen Allgemeinmedizin, Anästhesie, Orthopädie und Chirurgie zugeschrieben, die diese

aufgrund ihrer unterschiedlichen Umsetzung nur unzureichend umsetzen und realisieren. Neuerungen in der Bedarfsplanung gibt es regional, etwa für das Ruhrgebiet. Dies wird der besonderen Bevölkerungsdichte geschuldet und berücksichtigt die gegebenen geografischen Besonderheiten. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat sich vorgenommen, die Versorgungssituation dieser Region innerhalb der nächsten fünf Jahre zu prüfen.

Eine adäquate Versorgung von Schmerzpatienten ist nicht nur ethisch und juristisch geboten, sondern zeigt auch ökonomische Effekte. So haben etwa die integrierten Versorgungskonzepte gezeigt, dass eine Frühintervention zu einer signifikant geringeren Frühberentung und einer geringeren Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen führt. Somit kann die gesamte Versorgung aus einem Wurf durch Einsparung von Doppeluntersuchungen und gleichzeitig besserer Lebensqualität der Patienten verbessert werden.



**Arno Zurstraße**, Fachanwalt für Medizinrecht  
(rechts im Bild)



**Dr. Gerhard H. H. Müller-Schwefe, Maria Michalk, Harald Weinberg, Maria Klein-Schmeink, Heike Baehrens, PD Dr. Michael A. Überall, Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Nadstawek** (v.l.n.r.)



[www.nationales-versorgungsforum-schmerz.de](http://www.nationales-versorgungsforum-schmerz.de)

