



VDÄA

Präsident: Dr. Dietrich Jungck  
Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg  
Tel. 040-330909, Fax - 335744

STK

Präsident: Dr. Gerhard Müller-Schwefe  
Adenauerallee 18, 61440 Oberursel  
Tel. 06171-286020, Fax - 28602

DGfA

Präsident: Dr. Oliver Emrich  
Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin  
Tel. 030-28387097, Fax -28387099

VDÄA, Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

An die  
Bundesärztekammer  
Herrn Dr. med. Hellmut Koch  
Vorsitzender der Weiterbildungsstellen  
Herbert-Lewin-Str. 1

**50931 Köln (Lindenthal)**

Korrespondenzadressen:

Für die Schmerztherapie:

Verband Deutscher Ärzte für Algesiologie -  
Berufsverband Deutscher Schmerzthera-  
peuten e. V.,  
Dr. med. Dietrich Jungck, Präsident  
Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg  
Tel. 0 40-330909, Fax 0 40-33 57 44  
E-Mail: jungck.hh@t-online.de

Für die Palliativmedizin:

SCHMERZtherapeutisches Kolloquium -  
Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.,  
Dr. med. Thomas Nolte, Vizepräsident  
Blücherplatz 2, 65195 Wiesbaden  
Tel:0611/9451808 Fax: 0611/9450849  
E-Mail: nolte@stk-ev.de

**Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung  
Ihr Schreiben vom 19. September 2001, Az.: 657**

17. Dezember 2001

Sehr geehrter Herr Kollege Koch,

gemeinsam, als im Fachverband Schmerz kooperierende algesiologische Gesellschaften,  
halten wir

bezüglich der Schmerztherapie

- die Facharztbezeichnung „**Algesiologie**“,
- den Bereich „**Spezielle Schmerztherapie**“ (bereits eingeführt) und
- den Befähigungsnachweis „**Schmerztherapie**“,

bezüglich der Palliativmedizin

- die Schwerpunktkompetenz „**Palliativmedizin**“,
- den Befähigungsnachweis „**Palliativmedizin**“

für notwendig. Wir beantragen deren Einführung (soweit nicht bereits eingeführt).

Die Begründung, die Definitionen und die notwendigen Inhalte zur jeweiligen Weiterbil-  
dung finden Sie auf den folgenden Seiten.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen  
im Auftrag der genannten Gesellschaften

Dr. med. Dietrich Jungck  
Präsident VDÄA

## **SCHMERZTHERAPIE**

### **Begründung für die Einführung des Facharztes für Algesiologie**

Bisher hat sich die Einführung neuer Gebiete an den Bedürfnissen von Patienten bzw. Patientengruppen orientiert. Die wissenschaftliche Entwicklung der vergangenen drei Jahrzehnte hat gezeigt, daß sich akuter Schmerz zum chronischen Schmerz und zur chronischen Schmerzkrankheit entwickeln kann.

Die Erkenntnis, daß rezidivierende oder dauernde Schmerzen zur eigenständigen Krankheit werden können, führte zur Notwendigkeit des Umdenkens: Chronischer Schmerz als Grundlage einer eigenständigen Krankheit erfordert andere Behandlungsstrategien als der akute Schmerz, der meist eines unter verschiedenen Symptomen einer Grundkrankheit ist.

Die Konzepte der Schmerzforschung haben zum zur Zeit allgemein anerkannten biopsychosozialen Konzept der Erklärung der Chronifizierung geführt. Es wurden in enger Zusammenarbeit von Schmerzforschern und Schmerztherapeuten Konzepte zur Behandlung entwickelt, die es ermöglichen, chronische Schmerzen zu lindern oder gar zu beseitigen, bzw. den betroffenen Patienten mit den oder trotz der chronischen Schmerzen Lebensqualität und Lebensfreude zurück zu gewinnen.

Ärzte, die chronisch schmerzkranken Patienten behandeln, müssen auf diese Aufgabe durch eine eingehende Weiterbildung vorbereitet sein, die den Chronifizierungsfaktoren und denen der Perpetuierung der Krankheit gerecht wird.

Nachdem der 99. Deutsche Ärztetag die fachbezogene Bereichsbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" eingeführt hat, ist deutlich geworden, daß die Beschränkung auf das jeweilige Fachgebiet und die für die Behandlung von Patienten mit problematischen chronischen Schmerzkrankheiten unzureichenden Anforderungen an die Weiterbildung den Ansprüchen an die Versorgung dieser kontinuierlich zunehmenden Gruppe von Patienten nicht gerecht werden. In Deutschland rechnen wir mit über 11 Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen, davon fast 1 Million mit problematischen chronischen Schmerzkrankheiten. Bei solchen Patienten hat die Schmerzkrankheit längst die Grenzen eines einzelnen Fachgebietes überschritten. Die Weiterbildungsordnung muß deshalb an die Bedürfnisse dieser Patientengruppe angepaßt und weiterentwickelt werden. Auch die zunehmende Bedeutung der Palliativmedizin ist bisher in der Weiterbildungsordnung völlig unberücksichtigt geblieben. Heute sind bereits über 1 Million Menschen pflegebedürftig, in 10 Jahren werden es über 3 Millionen sein. Bei vielen dieser Patienten, die von allen medizinischen Gebieten betreut werden (z. B. Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Onkologie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie), bestehen gravierende algesiologische Probleme.

Die Erfahrungen seit der Einführung der Zusatzbezeichnung haben gezeigt, daß hierdurch eine Verbesserung der fachbezogenen Versorgung erreicht werden kann. Der Wunsch nach einer Verbesserung der Versorgung durch vermehrte Etablierung von Einrichtungen, in denen ausschließlich chronische Schmerzpatienten behandelt werden, hat sich nicht verwirklichen können. Da die Zusatzbezeichnung in den meisten Kammerbereichen nur innerhalb der Fachgrenzen anwendbar ist, war voraussehbar, daß die Auswirkungen auf den ärztlichen Alltag gering bleiben würden.

Die vorbestehenden berufsrechtlichen Hindernisse für die Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten konnten deshalb nur insoweit beseitigt werden, als sie durch fachbezogene Schmerztherapie zu lösen sind.

Die verbliebenen berufsrechtlichen Fragen bedürfen weiterhin einer befriedigenden Lösung. Immer noch würde sonst vorausgesetzt, daß die Patienten sich den berufsrechtlichen Vorgaben anpassen, anstatt daß das Berufsrecht auf die Probleme von Patienten mit problematischen Krankheiten ausgerichtet wird.

Die Gebührenordnungen (GOÄ, UV-GOÄ und EBM) sind nach Fachgebieten geordnet. Auch das ist ein Grund dafür, daß sich algesiologische Leistungen so gut wie gar nicht finden, wenn, dann so gut wie ausschließlich als Anästhesieleistungen. Auch dieses Dilemma ist durch ein eigenständiges Fachgebiet zu lösen.

Der Entwurf der neuen Gebührenordnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung berücksichtigt die Bedürfnisse von Schmerzkranken und Schmerztherapeuten nur marginal. Da es den Facharzt für Algesiologie bisher nicht gibt, kann es nach der Systematik des EBM bisher auch keine eigene Ordinationsgebühr für ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte geben.

Krankenhausabteilungen für Schmerzbehandlung, die erforderlich sind, kränken selbst daran, daß sie einer eigentlich fachlich nicht ausreichend kompetenten Abteilung zugeordnet sind (z. B. Anästhesie, Orthopädie, Neurologie), so daß hier eingesetzte Ärzte nur einen Teil ihre Arbeitskraft und -zeit den Schmerzpatienten widmen können. Ähnlich sieht es mit der notwendigen kontinuierlichen Fortbildung aus: Da die Schmerztherapie nur einen Teil der ärztlichen Tätigkeit ausmacht, steht auch für die Fortbildung nur eingeschränkt Zeit zur Verfügung. Keinem Arzt ist zuzumuten, sich der Schmerztherapie hauptamtlich und ausschließlich zuzuwenden, wenn sich in diesem Teil der Medizin keine eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiche zeigen und wenn damit keine wirtschaftliche Tätigkeit verbunden werden kann.

Aus dem gleichen Grund gibt es auch kaum Weiterbildungsstätten, in denen Kenntnisse über eine Schmerztherapie erworben werden können, die den Bedürfnissen chronisch Schmerzkranker gerecht werden.

Fachlich selbständige algesiologische Tätigkeit mit entsprechender Weisungsbefugnis ist so nicht möglich. Die Situation, daß Schmerztherapeuten als Leiter von Funktionsbereichen oder Funktionsoberärzte dem Weisungsrecht anderer Ärzte ohne algesiologische Kompetenz unterstehen, ist nicht sachgerecht. Sie verfügen in der Regel nicht über eigene Planstellen und über ein eigenes Budget. Das Liquidationsrecht liegt meist bei dem nicht algesiologisch weitergebildeten Leiter einer Fachabteilung.

Ähnlich ist es im Bereich der ambulanten und vertragsärztlichen Medizin: Die Strukturierung der Leistungsverzeichnisse nach Fachgebieten führt dazu, daß Schmerztherapie nicht bzw. nicht angemessen berücksichtigt werden kann. Die Fachbezogenheit der Zusatzbezeichnung macht eine sinnvolle Tätigkeit bei chronisch Schmerzkranken oftmals unmöglich. Die Leistungsverzeichnisse kennen so gut wie keine algesiologischen Leistungen, somit haben Patienten keinen Anspruch auf Schmerztherapie und Ärzte keinen Anspruch auf angemessene Vergütung.

Beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, beim Versorgungsamt, bei Versicherungen und vor Gericht haben chronische Schmerzpatienten kaum Chancen, ein algesiologisches Gutachten durchzusetzen, weil es das Fachgebiet bisher nicht gibt. Sie müssen sich gefallen lassen, daß jedem Arzt Kompetenz für Schmerzen zugesprochen wird, auch für die Begutachtung problematischer chronischer Schmerzen.

Es ist eine Möglichkeit der algesiologischen Berufsausübung notwendig, der fachlich eigenständige Patientenversorgung mit beruflicher Unabhängigkeit ermöglicht. Das heißt, daß ein eigenständiges Fachgebiet Algesiologie etabliert werden muß.

### **Facharztbezeichnung**

Die Bezeichnung "Facharzt für Algesiologie" ist absichtlich so gewählt, daß sie sich primär an Ärzte richtet, die eine Orientierungshilfe zur weiteren (Mit-)Behandlung ihrer Patienten mit problematischen chronischen Schmerzkrankheiten benötigen. Patienten sind oft nicht in der Lage, die notwendige Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Schmerzen oder gar der Schmerzkrankheit zu treffen. Die an Ärzte gerichtete Bezeichnung soll zum Einen die Notwendigkeit der ärztlichen Entscheidung zur Weiterleitung an Algesiologen betonen, zum Anderen die Notwendigkeit der interdisziplinären Kooperation hervorheben. Ähnliche Facharzt- und Bereichsbezeichnungen mit der ursprünglichen Ausrichtung des Namens auf Fachkreise gibt es bereits: Allergologie, Anatomie, Anästhesiologie, Chirotherapie, Chirurgie, Geriatrie, Hygiene, Neurochirurgie, Pathologie, Phlebologie, Proktologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Radiologie, Transfusionsmedizin, Urologie... Daß sich die Definitionen der Gebiete mit der Zeit auch dem medizinischen Laien erschließen, haben die genannten Bezeichnungen bewiesen.

### **Definition der Schmerzkrankheit**

Chronischer Schmerz wird zu einer eigenständigen Krankheit, wenn der Schmerz seine Schutz- und Warnfunktion verloren hat. Er kann zu einer eigenständigen Schmerzkrankheit werden, die neben den organischen auch durch konsekutive psychosozialen Veränderungen und weitere Folgeschäden definiert ist und das ganze Leben des Patienten mit seinen sozialen Beziehungen bestimmt. Die chronische Schmerzkrankheit behindert den Patienten erheblich. Sein Lebensvollzug ist in vielen oder allen Bereichen beeinträchtigt. Die ökonomischen Auswirkungen chronischer Schmerzen und Schmerzkrankheiten sind ein immenses und ständig zunehmendes volkswirtschaftliches Problem.

#### **Beeinträchtigungen durch chronische Schmerzen:**

Beruf/Haushalt	körperliche Unternehmungen
geistige Fähigkeiten	Lebensfreude
Antrieb	Sexualität
Schlaf	Soziale Beziehungen
Finanzen	Ansehen

### **Epidemiologie chronischer Schmerzen – vorhandene Einrichtungen**

In Deutschland gibt es nach den vorliegenden Erhebungen zahlreiche Patienten mit chronischen Schmerzen. Erste Untersuchungen wurden 1984 durch H. Seemann und M. Zimmermann durchgeführt, 1991 wurden die Zahlen von E. S. u. D. Jungck auf den nach der Wiedervereinigung aktuellen Stand gebracht. Die weitere Entwicklung hat jedoch gezeigt, daß die seinerzeit ermittelten und veröffentlichten Zahlen die aktuelle Situation nicht mehr widerspiegeln.

Erhebungen und Umfragen der letzten Jahre (Gesundheitssurvey 1998) haben gezeigt, daß die Zahl der Patienten mit chronischen Schmerzen auf rund 11 Millionen angestiegen ist. Die Zahl der Patienten mit problematischen chronischen Schmerzkrankheiten hat sich der Million genähert.

Die bisherigen Zahlen über Epidemiologie und Versorgungsbedarf mußten also insgesamt erheblich nach oben korrigiert werden, wobei die Dunkelziffer immer noch sehr hoch ist.

Der Versorgungsbedarf, der erstmals 1984 belegt wurde, hat sich seitdem erheblich vergrößert. Er hat – auch aus den oben genannten Gründen – bis heute nur in einzelnen Regionen Eingang in Bedarfsermittlungen für die ambulante und stationäre Versorgung gefunden.

### **Chronische Schmerzen in Deutschland - Versorgungsbedarf**

Pro Quartal zu versorgende Patienten

-----  
mit chronischen Schmerzen **11 Mio.** mit problematischen Schmerzkrankheiten **bis 960.000**  
-----

Versorgungsstufe:

Hausarzt/Facharzt mit Basis- Aus- und Weiterbildung in Schmerztherapie Algesiologe

bei fachbezogenen chronischen Schmerzen:

Arzt mit Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie"

-----

Die zur Behandlung von akuten und weniger problematischen chronischen Schmerzen notwendigen Basiskenntnisse in der fachbezogenen Schmerztherapie sollen in Zukunft während des Studiums und der jeweiligen Facharztweiterbildung erworben werden. Hierzu sollten die Approbationsordnung und die jeweiligen Weiterbildungsinhalte angepaßt werden. Bis zur Umsetzung ist für Ärzte, die sich die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten aneignen, ein gesonderter Befähigungsnachweis Schmerztherapie notwendig. So können dann die allermeisten der Patienten mit "einfachen" und monosymptomatischen chronischen Schmerzen beim Hausarzt und beim jeweils zuständigen Facharzt ambulant und stationär angemessen versorgt werden.

Für schwierigere Problemstellungen, die innerhalb eines Fachgebietes gelöst werden können, sind Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" zuständig.

Unter diesen Bedingungen bedürfen nach vorsichtigen Schätzungen "nur" ca. 960.000 der rund 11 Millionen Patienten mit chronischen Schmerzen einer Behandlung in einer fachärztlichen algesiologischen Einrichtung, weil sie unter problematischen chronischen Schmerzkrankheiten leiden.

Für diese besonders "schwierigen" Patienten ist, weil ein Schmerztherapeut maximal bis zu 300 Patienten pro Quartal versorgen kann, von einem Bedarf von über 3.000 algesiologischen Einrichtungen auszugehen.

### **Definition des Fachgebietes**

**Die Algesiologie umfaßt die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen und Schmerzkrankheiten mit allen schmerzbedingten organischen, psychischen und sozialen Folgeerscheinungen. Hierzu gehört**

**auch die Führung und Betreuung dieser Patienten - auch mit dem Ziel, die Chronifizierung aufzuhalten, schädliche Patientenkarrieren zu vermeiden und sinnvollen Ressourceneinsatz zu fördern.**

**Chronisch schmerzkrank sind Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert bekommen hat.**

**Chronisch schmerzkrank sind auch solche Patienten, bei denen der Schmerz im Rahmen einer inkurablen Grunderkrankung zu beherrschenden Symptom geworden sind.**

### **1. Ziel der Weiterbildung**

Die Algesiologie umfaßt die Vorbeugung und Erkennung von chronischen Schmerzen und Schmerzkrankheiten, sowie die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen und Schmerzkrankheiten mit allen schmerzbedingten organischen, psychischen und sozialen Folgeerscheinungen. Hierzu gehört auch die Führung und Betreuung dieser Patienten - auch mit dem Ziel, die Chronifizierung aufzuhalten und schädliche Patientenkarrieren zu vermeiden - sowohl in ihrem alltäglichen Umfeld als auch während stationärer und rehabilitativer Behandlung

### **2. Weiterbildungszeit**

5 Jahre praktisch-klinische Weiterbildung, davon

- 3 Jahre Algesiologie, davon
  - 2 Jahre in einer Schmerzambulanz oder Schmerzpraxis,
  - 1 Jahr in einer Schmerzabteilung, anrechenbar ist bis zu 1 Jahr in einer Palliativ- bzw. Hospizeinrichtung
- 1 Jahr Anästhesiologie
- 1 Jahr Allgemeinmedizin in einer hausärztlichen Praxis
- anrechenbar für Anästhesiologie und/oder Allgemeinmedizin sind bis zu je ½ Jahr in einem weiteren klinischen Fach (Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Neurochirurgie, Kinderheilkunde, Psychotherapie, Psychosomatik oder Psychiatrie, Neurologie, Chirurgie oder Orthopädie)
- Teilnahme an mindestens monatlich stattfindenden Schmerzkonferenzen über die 5 Jahre der Weiterbildung

### **3. Inhalt der Weiterbildung**

Ethische Aspekte der Schmerztherapie  
Sozioökonomische Aspekte von chronischen Schmerzen  
Vertiefte Anatomie des Schmerzes  
Vertiefte Neurophysiologie des Schmerzes  
Molekularbiologische Mechanismen der Chronifizierung  
Vertiefte Pharmakologie des Schmerzes  
Differenzierung des akuten und chronischen Schmerzes  
Biopsychosoziale Aspekte des chronischen Schmerzes  
Psychologische Grundlagen der Chronifizierung von Schmerzen  
Stadieneinteilung der Chronifizierung von Schmerzen  
Risikofaktoren für die Chronifizierung von Schmerzen



Prävention der Chronifizierung von Schmerzen  
Merkmale der Schmerzkrankheit  
Psychodynamische Schmerzkonzepte  
Verbale Interventionstechniken  
Beziehungsdiagnostik  
Definition und Messung des Behandlungserfolges  
Interdisziplinäre Verfahren der Schmerz-Rehabilitation  
Interdisziplinäre Schmerzanalyse  
Schmerzdokumentationssysteme  
Schmerzklassifikationssysteme  
Methoden der Schmerzmessung  
Schmerztherapie bei Multimorbiden  
Schmerztherapie bei Risiko- und Hochrisikopatienten  
Schmerztherapie in extremen Altersklassen  
Besondere Verlaufs- und Therapieprobleme gebietsbezogener Schmerzsyndrome  
Besondere Verlaufs- und Therapieprobleme gebietsübergreifender Schmerzsyndrome  
Komplexe Schmerzsyndrome  
Erweiterte Verfahren zur Schmerzdiagnostik  
Erweiterte Verfahren der Schmerztherapie  
Spezielle, fallbezogene und vertiefte Pharmakotherapie des Schmerzkranken  
Abhängigkeitsproblematik und therapeutische Konsequenzen  
Grundlagen der psychologischen Diagnostik und Therapie  
Gesprächsführung bei chronisch Schmerzkranken  
Schmerzbezogene psychologische Interventionsverfahren  
Indikationsstellung zur psychologischer Schmerztherapie  
Schmerzpsychologische Therapieverfahren und deren Evaluation  
Schmerzbezogene Psychotherapie und ihre Anwendung  
Psychodynamische Therapieverfahren und deren Evaluation  
Interdisziplinäre Organisation der Schmerztherapie

Kooperation mit algesiologisch ausgebildeten Psychologen  
Dokumentation und Verlaufskontrolle  
Gütekriterien der Schmerztherapie (Validität, Praktikabilität, Reliabilität)  
Vorbereitung, Organisation und Durchführung von interdisziplinären Schmerzkongressen

#### **4. Kursweiterbildung**

240 Stunden theoretischer Weiterbildung mit folgenden Inhalten:

##### **40 Stunden Grundlagenseminare:**

- theoretische Grundlagen, Definition und Konzeption des Begriffes Schmerz,

- historische Gesichtspunkte, Schmerztheorien, phänomenologische Aspekte des Schmerzes,
- Anatomie und Pathologie des Schmerzes, Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzes
- psychologische und sozialpsychologische Aspekte des Schmerzes, psychologisch fundierte Schmerztherapien
- psychologische Testverfahren, standardisierte Anamnesebögen, Tagebücher, Verlaufskontrollen, Dokumentation
- Schmerzanalyse, neurologische und orthopädische Diagnostik chronischer Schmerzzustände
- allgemeine schmerztherapeutische Techniken in der Praxis, Möglichkeiten, Grenzen und Zukunftsaspekte, neue Entwicklungen
- psychosomatische Grundversorgung
- operative neurochirurgische Verfahren
- allgemeine operative Verfahren
- Biochemie und Pharmakologie des Schmerzes, Grundlagen der medikamentösen Schmerztherapie, Prüfung und Beurteilung von Analgetika
- medikamentöse Schmerzbehandlung: antipyretisch-antiphlogistische Analgetika, Lokalanästhetika, Adjuvantien
- medikamentöse Schmerzbehandlung: Opioide, Nichtopioide, Psychopharmaka
- Abhängigkeit, Gewöhnung und Sucht, Entzugsbehandlung, Prävention des Analgetikamißbrauchs

#### **40 Stunden syndromorientierte Seminare**

- Kopfschmerz
- Gesichtsschmerz
- Nacken-Schulter-Arm-Schmerz
- Brustschmerz
- Bauchschmerz
- Extremitätenschmerz
- Rücken- und Kreuzschmerz
- Nervenschmerz
- Krebsschmerz
- Rheumaschmerz
- Sacro-Coccygeal-, Ano-Genitalschmerz, Unterleibsschmerz

#### **40 Stunden fachorientierte Seminare**

- Schmerz in der Gynäkologie
- Schmerz in der HNO-Heilkunde
- Schmerz in der Inneren Medizin
- Schmerz in der Neurochirurgie
- Schmerz in der Neurologie
- Schmerz in der Orthopädie
- Schmerz in der Pädiatrie



- Schmerz in der Psychiatrie
- Schmerz in der Psychosomatik
- Schmerz in der Urologie
- Schmerz in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

### **120 Stunden methodenorientierte Seminare**

- therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie
- Akupunktur
- Naturheilverfahren
- Homöopathie
- transkutane elektrische Nervenstimulation
- Psychotherapie in der Schmerztherapie
- physikalische Therapie
- Strahlen- und Lasertherapie
- manuelle Therapie
- neuroorthopädische Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- Entspannungsverfahren, Übende Verfahren (AT, PME)

## **Begründung für Beibehaltung der Bereichsbezeichnung Spezielle Schmerztherapie**

Für die Behandlung und Betreuung von Patienten mit chronischen Schmerzen und Schmerzkrankheiten, die sich einem Fachgebiet zuordnen lassen, ist die Bereichsbezeichnung Spezielle Schmerztherapie bereits eingeführt. Diese besondere Qualifikation ist im Rahmen einer abgestuften Versorgung weiterhin notwendig sollte deshalb beibehalten werden.

## **Begründung für Einführung des Befähigungsnachweises Schmerztherapie**

Da es im Medizinstudium und in der Facharztweiterbildung bisher - bis auf wenige Ausnahmen - keine für die praktische Stations- und Praxisarbeit ausreichende Vorbereitung auf die Anforderungen im ärztlichen Alltag gibt, ist die Notwendigkeit gegeben, die ärztliche Kompetenz zur Behandlung akuter Schmerzen und zur Erkennung von drohender Chronifizierung zusätzlich berufsbegleitend zu erwerben und zu erhalten.

### **1. Ziel der Weiterbildung**

Der Befähigungsnachweis Schmerztherapie soll den Arzt in die Lage versetzen, Patienten mit Akutschmerzen und mit drohender bzw. beginnender Chronifizierung angemessen schmerztherapeutisch versorgen zu können. Ziel einer solchen Behandlung ist, Akutschmerzen so schnell wie möglich zu verringern bzw. zu beseitigen und die Chronifizierung zu verhindern. Bei Anzeichen für sich entwickelnde Schmerzchronifizierung ist durch Kooperation mit Ärzten der weiteren Stufen der Qualifikation möglichst rasch die entsprechende Mitbehandlung einzuleiten.

### **2. Weiterbildungszeit**

1 Jahr berufsbegleitende praktische und Kursweiterbildung, während dieser Zeit

- Ganztägige Hospitation in einer anerkannten schmerztherapeutischen Einrichtung über 2 Wochen (Schmerzpraxis, Schmerzambulanz, Schmerzabteilung, Schmerzkrankenhaus) - auch in zwei Abschnitten zu einer Woche möglich
- Beteiligung an interdisziplinären Schmerzkonferenzen über ein Jahr (mindestens acht bescheinigte Teilnahmen)

### **3. Inhalte der Weiterbildung**

- Anatomie und Physiologie akuter und chronischer Schmerzen
- Kenntnisse über vorhandene Diagnose- und Behandlungsempfehlungen
- Kenntnisse über Instrumente zur Schmerzmessung (visuelle Analogskalen) und Erfassung der Schmerzlokalisierung (Körperschemata) - auch im Verlauf
- Kenntnisse über Fragebögen und Dokumentationsinstrumente
- Kenntnisse über die Pharmakotherapie von Schmerzen
- Kenntnisse über das bio-psycho-soziale Konzept chronischer Schmerzen
- Kenntnisse

### **4. Kursinhalte**

80 Stunden theoretischer Weiterbildung mit folgenden Inhalten:

#### **40 Stunden Grundlagenseminare:**

- theoretische Grundlagen, Definition und Konzeption des Begriffes Schmerz,
- historische Gesichtspunkte, Schmerztheorien, phänomenologische Aspekte des Schmerzes,
- Anatomie und Pathologie des Schmerzes, Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzes
- psychologische und sozialpsychologische Aspekte des Schmerzes, psychologisch fundierte Schmerztherapien
- psychologische Testverfahren, standardisierte Anamnesebögen, Tagebücher, Verlaufskontrollen, Dokumentation
- Schmerzanalyse, neurologische und orthopädische Diagnostik chronischer Schmerzzustände
- allgemeine schmerztherapeutische Techniken in der Praxis, Möglichkeiten, Grenzen und Zukunftsaspekte, neue Entwicklungen
- psychosomatische Grundversorgung
- operative neurochirurgische Verfahren
- allgemeine operative Verfahren
- Biochemie und Pharmakologie des Schmerzes, Grundlagen der medikamentösen Schmerztherapie, Prüfung und Beurteilung von Analgetika
- medikamentöse Schmerzbehandlung: antipyretisch-antiphlogistische Analgetika, Lokalanästhetika, Adjuvantien
- medikamentöse Schmerzbehandlung: Opioide, Nichtopioide, Psychopharmaka
- Abhängigkeit, Gewöhnung und Sucht, Entzugsbehandlung, Prävention des Analgetikamißbrauchs

## **40 Stunden syndrom- und methodenorientierte Seminare (Auswahl je nach Fachgebiet)**

### **syndromorientiert:**

- Kopfschmerz
- Gesichtsschmerz
- Nacken-Schulter-Arm-Schmerz
- Brustschmerz
- Bauchschmerz
- Extremitätenschmerz
- Rücken- und Kreuzschmerz
- Nervenschmerz
- Krebsschmerz
- Rheumaschmerz
- Sacro-Coccygeal-, Ano-Genitalschmerz, Unterleibsschmerz

### **fachorientiert:**

- therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie
- Akupunktur
- Naturheilverfahren
- Homöopathie
- transkutane elektrische Nervenstimulation
- Psychotherapie in der Schmerztherapie
- physikalische Therapie
- Strahlen- und Lasertherapie
- manuelle Therapie
- neuroorthopädische Untersuchungs- und Behandlungsverfahren
- Entspannungsverfahren, Übende Verfahren (AT, PME)

## **PALLIATIVMEDIZIN**

### **Begründung für die Einführung der Schwerpunktkompetenz Palliativmedizin**

Deutschland steht in den nächsten drei Jahrzehnten vor einschneidenden demographischen Veränderungen mit einer Zunahme der mehr als 65jährigen auf über 30 Mill. in der Gesamtbevölkerung bei insgesamt fallenden Bevölkerungszahlen. Darüber hinaus wird in den nächsten 15 Jahren die Krebsinzidenz von zur Zeit 25% auf bis zu 40% ansteigen. Chronische Erkrankungen ohne Hoffnung auf Heilung werden dramatisch zunehmen. Die steigende Lebenserwartung, die Zunahme der Singlehaushalte und der aktuelle Rück-

gang der Geburten wird die medizinische und pflegerische Betreuung Schwerstkranker mit weit vorgeschrittener Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung noch weiter verschlechtern.

Jede erdenkliche Form der Unterstützung wäre für einen Menschen in dieser Lebensphase notwendig. Bis heute fehlt es noch an gesicherter Qualifikation der Ärzte wie auch geeigneten Versorgungsstrukturen: So sterben über 80% der Betroffenen in Deutschland in Krankenhäusern und Pflegeheimen, obwohl nach statistischen Untersuchungen die überwiegende Zahl der Befragten in der Terminalphase ihrer Erkrankung zu Hause bleiben und dort sterben möchten; sie sind jedoch medizinisch weitgehend unversorgt und allein gelassen. Dabei ist die Palliativmedizin auf alle diese Probleme vorbereitet und nicht allein auf die Behandlung von unheilbaren Tumorerkrankungen beschränkt. Sie widmet sich auch und gerade Patienten mit schweren chronischen internistischen und neurologischen Erkrankungen in der Lebensendphase, denn diese leiden ebenso wie Tumorkranken an Schwäche, Schmerzen, Atemnot und Ängsten.

In Ländern mit einer gut entwickelten Palliativmedizin sterben über 50% der Patienten, die nicht nur an Tumorerkrankungen leiden, zu Hause, wenn sie von spezialisierten ambulanten Palliativteams versorgt und mitbetreut werden. Diese kooperieren mit Hausärzten, Palliativstationen, schmerztherapeutischen Einrichtungen, Hospizen und Krankenhäusern und koordinieren mit Patienten und ihren Angehörigen die Betreuung zu Hause. Bis heute fehlt in Deutschland ein abgestuftes multidisziplinäres palliativmedizinisches Versorgungskonzept, um den Sterbenden in der Terminalphase ihrer Erkrankung einen würdevollen Tod in ihrer vertrauten Umgebung ermöglichen.

Zu diesem abgestuften palliativmedizinischen Behandlungskonzept gehören eine neu definierte **Schwerpunktqualifikation** wie auch ein bisher nicht etablierter **Befähigungsnachweis**.

## **Strukturierung der Schwerpunktkompetenz Palliativmedizin**

### **1. Ziel der Weiterbildung**

Ziel der Weiterbildung im Schwerpunkt Palliativmedizin ist die auf die Facharztweiterbildung Algesiologie, Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Chirurgie und Innere Medizin aufbauende vertiefende Spezialisierung im Gebiet der Palliativmedizin zur ganzheitlichen Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit vorgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu einem Zeitpunkt, an dem kurative Gesichtspunkte der Behandlung in den Hintergrund treten und die Symptomkontrolle, Beherrschung von Schmerzen sowie anderer Krankheitsbeschwerden im Vordergrund stehen. Hauptziel der Behandlung dieser Patienten ist nicht die Verlängerung der biologischen Überlebenszeit, sondern die Erhaltung der Lebensqualität unter Einbindung der psychologischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten am Ende einer nicht heilbaren, progredienten und weit vorgeschrittenen Erkrankung.

### **2. Weiterbildungszeit**

3 Jahre praktisch-klinische Weiterbildung, davon

- 2 Jahre im Rahmen der Mitarbeit auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz
- davon kann bis zu 1 Jahr im Rahmen der Facharztweiterbildung im Be-

reich der Algesiologie, Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin abgeleistet werden.

- 2 Jahre Weiterbildung müssen nach Beendigung der Facharztweiterbildung erfolgen

### **3. Inhalt der Weiterbildung**

Praktische Vermittlung, Erwerb und Nachweis von Kenntnissen und Erfahrung in

- der Anatomie des Schmerzes, der Neurophysiologie des Schmerzes, den molekularbiologischen Mechanismen der Schmerzchronifizierung, vertieften Pharmakologie und Pharmakotherapie des Schmerzes, Differenzierung des akuten und chronischen Schmerzes
- den verschiedenen Schmerzursachen bei Tumor- und anderen Erkrankungen
- Erkennung und Behandlung der verschiedenen Schmerzursachen bei Patienten in der Lebensendphase
- der Wahrnehmung der physischen Aspekte in der Lebensendphase insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Symptomkontrolle
- der Kenntnis der pflegerischen Möglichkeiten zur Koordination einer interdisziplinären Betreuung des Patienten
- der psychischen Einschätzung des Patienten unter den besonderen Umständen in der Lebensendphase
- den psychosozialen Gesichtspunkten im Hinblick auf die Reaktionen des familiären Umfeldes, der Begleitung der Angehörigen in ihrer Trauer
- der ethischen Aspekte wie Aufklärung, Wahrheit am Krankenbett
- den Problemen von Sterbehilfe und Euthanasie

### **4. Kursweiterbildung**

240 Stunden theoretischer Weiterbildung mit folgenden Inhalten:

#### **a) 40 Stunden Grundlagenseminare zur Schmerztherapie:**

- theoretische Grundlagen, Definition und Konzeption des Begriffes Schmerz,
- historische Gesichtspunkte, Schmerztheorien, phänomenologische Aspekte des Schmerzes,
- Anatomie und Pathologie des Schmerzes, Physiologie und Pathophysiologie des Schmerzes
- Psychologische und sozialpsychologische Aspekte des Schmerzes, psychologisch fundierte Schmerztherapien
- psychologische Testverfahren, standardisierte Anamnesebögen, Tagebücher, Verlaufskontrollen, Dokumentation
- Schmerzanalyse, neurologische und orthopädische Diagnostik chronischer Schmerzzustände
- allgemeine schmerztherapeutische Techniken in der Praxis, Möglichkeiten, Grenzen und Zukunftsaspekte, neue Entwicklungen
- operative neurochirurgische Verfahren

- allgemeine operative Verfahren
- Biochemie und Pharmakologie des Schmerzes, Grundlagen der medikamentösen Schmerztherapie, Prüfung und Beurteilung von Analgetika
- medikamentöse Schmerzbehandlung: antipyretisch-antiphlogistische Analgetika, Lokalanästhetika, Adjuvantien
- medikamentöse Schmerzbehandlung: Opiode, Nichtopioide, Psychopharmaka
- Abhängigkeit, Gewöhnung und Sucht, Entzugsbehandlung, Prävention des Analgetikamißbrauchs

**b) 40 Stunden syndromorientierte Seminare**

- Tumorschmerz
- Kopfschmerz
- Gesichtsschmerz
- Nacken-Schulter-Arm-Schmerz
- Brustschmerz
- Bauchschmerz
- Extremitätenschmerz
- Rücken- und Kreuzschmerz
- Nervenschmerz
- Rheumaschmerz
- Sacro-Coccygeal-, Ano-Genitalschmerz, Unterleibsschmerz

**c) 160 Stunden Curriculum „Palliativmedizin“ nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin**

Theoretische Vermittlung von Kenntnissen in

- der Anatomie des Schmerzes, der Neurophysiologie des Schmerzes, den molekularbiologischen Mechanismen der Schmerzchronifizierung, vertieften Pharmakologie und Pharmakotherapie des Schmerzes, Differenzierung des akuten und chronischen Schmerzes
- den verschiedenen Schmerzursachen bei Tumor- und anderen Erkrankungen
- Erkennung und Behandlung der verschiedenen Schmerzursachen bei Patienten in der Lebensendphase
- der Wahrnehmung und Behandlung der physischen Symptome in der Lebensendphase, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Symptomkontrolle
- der psychischen Einschätzung des Patienten unter den besonderen Umständen in der Lebensendphase
- in der Kommunikation mit Patienten in der Lebensendphase
- der ethischen Gesichtspunkte wie Aufklärung, Wahrheit am Krankenbett
- der psychosozialen Gesichtspunkte im Hinblick auf die Reaktionen des familiären Umfeldes, der Begleitung der Angehörigen in ihrer Trauer
- den Problemen von Sterbehilfe und Euthanasie



## **Begründung für Einführung des Befähigungsnachweises Palliativmedizin**

Auf Grund der wachsenden Bedeutung palliativmedizinischer Kompetenz bei bereits heute absolut unzureichender Versorgungslage von Patienten in ihrer Lebensendphase wie auch der zu erwartenden weiteren dramatischen Zuspitzung durch die demographischen Veränderungen in den nächsten Jahrzehnten ist die Einführung eines **Befähigungsnachweises** als Basisqualifikation eine absolute medizinische und ethische Notwendigkeit, um in einem abgestuften Versorgungskonzept durch das Zusammenwirken eines ambulanten professionellen Palliativteams aus Pflegekräften, palliativmedizinischen Ärzten/innen, Krankenhaus, Palliativstation, Hospiz und Hospizdiensten supportiv eine wohnortnahe ganzheitliche Betreuung von Schwerstkranken in ihrer Lebensendphase zu strukturieren.

1. **Voraussetzung** für das Führen eines **Befähigungsnachweises Palliativmedizin** ist die Anerkennung zum Führen einer Facharztbezeichnung mit klinischem Bezug. Die Inhalte des Befähigungsnachweises können während oder nach der Weiterbildung zum Facharzt erworben werden.
  
2. **Ziel der Weiterbildung:** Der Befähigungsnachweis bestätigt Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich der Palliativmedizin, die nicht obligat in der Facharztweiterbildung vermittelt werden. Dazu gehören Grundkenntnisse in der Schmerztherapie, der Symptomkontrolle wie auch eine besondere psychologische und auch soziale Kompetenz
  
3. **Inhalt der Weiterbildung:**
  - Vermittlung, Erwerb und Nachweis von Kenntnissen, Erfahrungen in der Palliativmedizin durch Besuch Curriculums „Palliativmedizin“ über 160 Stunden nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin oder übergangsweise
  - Nachweis einer Tätigkeit über 2 Jahre auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz, zwei Wochen Hospitation auf einer Palliativstation oder in einem Hospiz
  - den Nachweis der Qualifikation einer psychosomatischen Grundversorgung
  - die regelmäßige Teilnahme mindestens 4 mal im Jahr an einem Qualitätszirkel Palliativmedizin über 2 Jahre