



Mitglied im Fachverband SCHMERZ

Home

Aktuelles

Archivierte Informationen

Links

EBM

Vorstand des VDÄA

Presse

Mitgliederzugang

PROTOKOLL

Zusammenfassung des Gesprächs mit Frau Andrea Fischer, Bundesministerin für Gesundheit, am 8.12.2000 in Berlin von 14.00 Uhr bis 15.30 Uhr

Teilnehmer:

Frau Fischer (BMG)
Frau Dr. Ransch (BMG)
Herr Dr. Behles (BMG)
Herr Dr. Jungck (VDÄA)
Herr Dr. Flöter (VDÄA)



Im Gespräch mit Frau Fischer: Dr. Jungck (links) und Dr. Flöter vom VDÄA

Frau Fischer begrüßt die Gelegenheit, in diesem Gespräch weitere Informationen über die Schmerztherapie in Deutschland zu bekommen. Sie habe in der Vorbereitung zum und am Deutschen Schmerztag 2000 erstmals von den Problemen der Schmerzpatienten gehört und würde sich seither regelmäßig darüber äußern. Die Verbesserung der Schmerztherapie sei ihr ein wichtiges Anliegen geworden.

Dr. Jungck bedankt sich für das Zustandekommen des Gesprächs. Er überreicht eine Themenliste für das Gespräch mit ausführlichen Begründungen (siehe Anlage), die zur Vorbereitung des Gesprächs bereits am 15.10.2000 Frau Dr. Ransch zugeleitet worden war. Er stellt die Situation der Schmerzpatienten in Deutschland dar, deren Versorgung zu höchstens 20 % sichergestellt ist. Auch die Lage der Schmerztherapeuten wird besprochen und deren wirtschaftliche Situation, die einer der Hauptgründe für die fehlende Versorgung der Patienten ist.

Die Unzulänglichkeiten der BtMVV werden ebenfalls erwähnt, wobei hervorgehoben wird, daß nach der letzten Änderung der BtMVV die administrativen Hindernisse in den Hintergrund getreten sind. Die offizielle Ächtung der Substanzen ist leider geblieben, auch der unzutreffende Name "Betäubungsmittel".

Die Gründe der Unterversorgung werden eingehend erörtert. Die Möglichkeiten der direkten Abhilfe sind begrenzt, weil die Zuständigkeiten bei den verschiedensten Organen liegen, bei den Krankenkassen, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesärztekammern, aber auch im Bewußtsein der Verantwortlichen. Frau Fischer wird jedoch immer wieder auf diese Mißstände hinweisen und alle Beteiligten an ihre diesbezüglichen Verpflichtungen erinnern. Sie ist wie wir der Überzeugung, daß die Schmerztherapie zum Versorgungsauftrag der Vertragsärzte gehört.

Frau Fischer äußert sich zur BtMVV und erklärt, daß grundsätzliche Änderung gegen ihre eigene Überzeugung wäre, da es gerade erst gelungen sei, Drogensucht als Krankheit und Drogensüchtige als Drogenkranke analog den Alkoholkranken zu definieren, die staatlicher Hilfe bedürften. Eine Trennung der Drogengesetzgebung von der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung für Schmerzpatienten könne sie daher in keinem Fall befürworten. Dies wäre auch gegen den erklärten Willen aller politischen Parteien und daher ohnehin nicht durchsetzbar. Der Vorschlag, Schmerzpatienten in einem eigenen Abschnitt innerhalb der BtMVV gesondert zu berücksichtigen, wird geprüft, auch, ob der Begriff "Betäubungsmittel" durch "stark wirkende Schmerzmittel" ersetzt werden könnte. Unnötige bürokratische Hürden der BtMVV sollten aber weiter abgebaut werden, ebenso wie praktische und organisatorische Probleme wie z.B. die unpraktischen Formulare für die Druckerbeschriftung. Sie erwarte hierzu detaillierte Vorschläge von uns.

Dr. Flöter übergibt Frau Fischer das Buch "Grundlagen der Schmerztherapie" und das Patientenbuch "Gemeinsam gegen den Schmerz". Er stellt fest, daß die Lage der Schmerztherapie in Deutschland dank der Vorarbeiten und der guten Schmerzforschung gut sein könnte, die Lage der Schmerzpatienten aber trotzdem katastrophal sei. Wir haben vor knapp 20 Jahren das SCHMERZtherapeutische Kolloquium als inzwischen größten ärztlichen schmerzbezogenen Verein Europas gegründet. Wir haben in Eigeninitiative für die Fortbildung unserer Kollegen gesorgt, wir haben das Krankheitsbild "chronischer Schmerz" und die Regeln der Schmerztherapie sowie den Ausbildungsgang definiert. Wir haben dabei mitgewirkt, daß Schmerzmedizin im Studium gelehrt wird und daß sie in der Facharztweiterbildung berücksichtigt werden soll. Wir haben dafür gesorgt, daß die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" eingeführt wurde, und wir haben die Schmerztherapie in den EBM und die GOÄ eingebracht. Wir haben die Schmerztherapie-Vereinbarungen mit den KV und den Krankenkassen erarbeitet und abgeschlossen und haben für eine kontinuierliche Qualitätssicherung der Schmerztherapie gesorgt. Dies ist bisher in keinem anderen Fachgebiet der Medizin geschehen. Mit der ebenfalls von uns gegründeten Deutschen Schmerzliga fördern wir Patientenaufklärung, Schmerzprävention und die Gründung von Selbsthilfegruppen. Auch die theoretische und klinische Forschung über den Schmerz in Deutschland hat in den letzten Jahren einen großen Aufschwung genommen. Alle Voraussetzungen für eine Verbesserung der Versorgung chronisch Schmerzkranker sind vorhanden, die tatsächliche Entwicklung ist aber rückläufig.

Die Entwicklung der Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" stellt nach Angaben von Dr. Jungck einen gewissen Fortschritt dar. Einige Landesärztekammern, z.B. in Hessen, Brandenburg und Bayern, verweigern jedoch die Einführung der Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie", wobei sie sich auf einen Kenntnisstand berufen, der seit 2 Jahrzehnten überholt ist. Leider haben die Ärztekammern bisher nur wenig getan, um den allgemeinen Wissenstand der Ärzte über fachbezogene Schmerztherapie zu verbessern.

Die unsichere wirtschaftliche Zukunft der Schmerzpraxis verhindert die Versorgung. In den letzten Jahren wenden sich viele Kollegen anderen Tätigkeitsfeldern wie z.B. der ambulanten Anästhesie zu und schränken die Versorgung Schmerzkranker ein. Junge Kollegen wagen nicht, neue Schmerzpraxen zu gründen, obwohl sie sich jahrelang fortgebildet haben, weil die wirtschaftliche Entwicklung nicht kalkulierbar ist und die zuwendungsintensive Schmerztherapie keine wirtschaftliche Basis besitzt..

Schmerzpatienten und Schmerztherapeuten brauchen eines klaren Votum der Gesundheitsministerin für eine flächendeckende schmerztherapeutische Versorgung, die wohnortnah in Schmerzpraxen stattfindet. Klinikambulanzen können diesen Bedarf nicht decken, sie sollten aber für spezielle Fälle zur Verfügung stehen - als spezialisierte Einrichtungen mit geringer Versorgungskapazität. Schmerzstationen oder Schmerzkliniken können nur für ganz besonders problematisch gelagerte Fälle und für eine beschränkte Zeit in Anspruch genommen werden. Es ist eine nach Wissen, Können, Erfahrung und therapeutischen Möglichkeiten abgestufte schmerztherapeutische Versorgung zu etablieren, die bisher noch nicht einmal ansatzweise vorhanden ist.

Wir brauchen Fördermaßnahmen außerhalb aller Budgets, da von den KVen nicht verlangt werden kann, alle neuen Fachgebiete und neuen Methoden aus den begrenzten Budgets, die noch ohne Berücksichtigung der Schmerztherapie errechnet wurden, zu finanzieren.

Frau Fischer empfiehlt, mit dem BDA in Modellprojekten zusammen zu arbeiten. Dr. Jungck schränkt ein, daß der BDA ganz andere Interessen als die Schmerztherapie habe und daher eine Zusammenarbeit mit den Hausärzten auf Verbandsebene - im Gegensatz zum ärztlichen Alltag - wahrscheinlich nur sehr zögerlich zustande kommen könne.

Zum Thema Euthanasie ist man sich einig, daß einerseits für Regelungen der aktiven und passiven Sterbehilfe die Ärztekammern zuständig sind, andererseits eine intensiver Förderung der Palliativmedizin und Schmerztherapie die meisten Gründe für den Wunsch nach aktiver Sterbehilfe überflüssig machen kann. Die Befürwortung der aktiven Sterbehilfe durch große Teile der Bevölkerung ist erschreckend. Sie ist Indiz für die geringe Verfügbarkeit von Schmerztherapie und Palliativmedizin.

Frau Fischer sagt, daß zur Zeit Modellprojekte nicht gefördert werden können, aber automatisch mehr Geld im System frei würde, wenn die vielen jahrelangen Fehlbehandlungen von Schmerzpatienten unterblieben und diese Patienten rechtzeitig zum Schmerzspezialisten überwiesen würden. Sie sagt auch zu, das Thema Schmerz weiterhin bei allen passenden Zusammenhängen zu erwähnen sowie auf die bisherige problematische Versorgungslage chronischer Schmerzpatienten hinzuweisen. Ein Ceterum censeo zur Schmerztherapie bei jeder öffentlichen Äußerung sei nicht möglich, da sich dann alle anderen medizinischen Gebiete benachteiligt fühlen würden.

Dr. Jungck regt an, die Möglichkeiten zur Darstellung auf den Internetseiten des Bundesgesundheitsministeriums wahrzunehmen. Dieses wäre eine sofort umzusetzende Bekundung von Solidarität, die nicht einmal mit Kosten verbunden sei. Es wird vereinbart, Links zu den Internet-Seiten des SCHMERZtherapeutischen Kolloquiums, der Deutschen Schmerzliga und des VDÄA herzustellen.

Frau Fischer regt an, bei der Information und Motivation von Studenten mitzuwirken. Sie habe regelmäßig an mehreren Universitäten Gespräche mit Medizinstudenten. Sie sehe hier neben Zukunftsängsten aber auch viel medizinisches Engagement, das zur Förderung der Schmerztherapie genutzt werden könne. Jungck weist auf unsere bisherigen Erfahrungen mit der Studentenarbeit hin (z. B. Seminare für besonders Interessierte, Teilnahme an Schmerzkonferenzen, Übernahme von Patenschaften bei Mitgliedschaften, ermäßigte Seminargebühren oder Verzicht darauf) und bietet unsere Mitwirkung an.

Die GOÄ ist auch nach Meinung der Ministerin dringend reformbedürftig, eine Weiterentwicklung würde jedoch bisher an den Ländern (Beihilfe) und der schwierigen Meinungsbildung mit vielen Interessengruppen scheitern.

Dr. Jungck beklagt, daß bisher in Sachen Schmerz nur Klinikprofessoren und keine niedergelassenen Schmerzärzte um ihre Meinung gebeten wurden und stellt dar, daß Klinikärzte den Versorgungsauftrag, dem Niedergelassene verpflichtet sind, in aller Regel nur unzureichend berücksichtigen können. Schmerztherapie sei für sie - wenn überhaupt - nur ein Nebenthema neben ihren vielfältigen anderen Aufgaben. Zu Fragen der Schmerztherapie seien bisher "Vollblut- und Vollzeit"-Schmerztherapeuten noch nie gehört worden.

Frau Fischer stellt in all diesen Angelegenheiten Kontakt mit dem eingerichteten Sachverständigenrat des Ministeriums her, der sich im Regierungsauftrag zu Über-, Fehl- und Unterversorgungen im Gesundheitswesen äußern wird.

Abschließend kommt man überein, weiter zusammen zu arbeiten, aktuell in folgenden Bereichen:
Internetseiten des Gesundheitsministeriums (ggf. mit Links auf die Internetseiten von STK, DSL und VDÄA),
Studenteninformation,
Mitarbeit beim Sachverständigenrat,
Entbürokratisierung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung.

Dr. med. Dietrich Jungck, Präsident
Dr. med. Thomas Flöter, Vizepräsident