

**Dr. med. Dietrich Jungck**

# **DIE LAGE DER SCHMERZTHERAPIE IN DEUTSCHLAND**

**Hamburg**

Aktualisierte Fassung

**Stand: Dezember 2006**

© Dr. med. Dietrich Jungck  
Facharzt für Anästhesie - Spezielle Schmerztherapie  
Schmerzzentrum Hamburg

Präsident des Verbandes Deutscher Ärzte für Algesiologie -  
Berufsverband Deutscher Schmerztherapeuten e. V.

Leiter des SCHMERZtherapeutischen Kolloquiums Hamburg

Jakobikirchhof 9  
20095 Hamburg

Tel. 040-330909, Fax 040-335744  
E-Mail: [jungck.hh@t-online.de](mailto:jungck.hh@t-online.de)  
[www.schmerzzentrum-hamburg.de](http://www.schmerzzentrum-hamburg.de)  
[www.vdaea.de](http://www.vdaea.de)



## **DIE LAGE DER SCHMERZTHERAPIE IN DEUTSCHLAND**

**STAND: DEZEMBER 2006**

Dr. med. Dietrich Jungck,  
Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

**Seit über 2 Jahrzehnten haben alle bisherigen Untersuchungen massive Defizite der Schmerztherapie in Deutschland aufgezeigt. Fortschritte im Bereich der Schmerzforschung gibt es zahlreiche; in diesem Bereich gehört Deutschland zur Weltspitze. Im Bereich von Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie wurden Konzepte entwickelt, die fast allen Schmerzpatienten helfen könnten, ihr Leben besser zu ertragen und die Lebensqualität zu verbessern. Es fehlt für deren Umsetzung immer noch an den notwendigen Versorgungsstrukturen. Die Versorgung chronisch Schmerzkranker ist nicht einmal ansatzweise gewährleistet; das Versorgungsdefizit nimmt weiter zu. Diese Patienten bleiben ausgegrenzt, obwohl Therapiemöglichkeiten vorhanden wären. Ausgrenzung, Budgetierung, Rationierung und Nullrunden sind auch im Bereich der Schmerztherapie völlig ungeeignete politische Instrumente, um die eklatante Unterversorgung zu beenden. Auch Leistungsverzeichnisse und Gebührenordnungen, die chronisch Schmerzkranken nicht angemessen berücksichtigen, können die Unterversorgung nicht positiv beeinflussen; sie führen zu noch weiterer Ausgrenzung.**

### **Unterschiede zwischen akuten und chronischen Schmerzen**

Schmerzen kennt jeder. Im Akutfall sind Sie als Warner und Hinweis zur Diagnose der zugrundeliegenden Krankheit sinnvoll. Sie besitzen somit eine (über-) lebenswichtige biologische Funktion. Sie haben so gut wie immer eine eindeutige Ursache, deren Behandlung meist dazu führt, daß die Schmerzen nachlassen und nach einer erfahrungsgemäß eher kurzen Zeit verschwinden.

Anders ist es, wenn Schmerzen länger andauern, als wir für die Heilung erwarten. Für diese Chronifizierung der Schmerzen gibt es mehrere ursächliche und aufrechterhaltende Faktoren, die sich immer im somatischen, psychischen und sozialen Bereich finden. Eine sinnvolle biologische Funktion ist nicht mehr erkennbar. Die Behandlung muß, wenn sie ausreichend und zweckmäßig sein soll, zusätzlich zur kausalen Therapie auch die Beseitigung oder Linderung der Schmerzen und der anderen Folgen mitberücksichtigen. Nur so kann sie die durch die Schmerzen induzierte körperliche, seelische und soziale Not vom Patienten abwenden.

### **Definition der Schmerzkrankheit**

Chronischer Schmerz kann zu einer eigenständigen Schmerzkrankheit werden, die neben den organischen auch durch die konsekutiven psychosozialen Veränderungen und weitere Folgeschäden defi-

niert 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.

**Beeinträchtigungen durch chronische Schmerzen:**

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

Noch am 20. November 1996 hat die Bundesregierung in der Antwort auf eine Kleine Anfrage die Existenz der Schmerzkrankheit bestritten. Allerdings war die nachfolgende Regierung in der Beantwortung einer aktuellen Anfrage zur Versorgung von Schmerzpatienten vom 22.12.2003 durchaus in der Lage, die Defizite zum größten Teil zu nennen. Einige Lösungsmöglichkeiten wurden aufgezeigt, aber immer noch nicht umgesetzt.

**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.

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 Zahlen über Epidemiologie und Versorgungsbedarf mußten also gegenüber den bisher verfügbaren insgesamt um mindestens ein Drittel nach oben korrigiert werden:

**Chronische Schmerzen in Deutschland**

Patienten mit chronischen Schmerzen <b>11 Millionen</b>	mit problematischen chronischen Schmerzkrankheiten <b>bis 960.000</b>
--	---

-----  
Versorgungsstufe:

Hausarzt	Algesiologe
Hausarzt/Facharzt mit schmerztherapeutischer Basisqualifikation	

Die europäische Schmerzstudie (Oktober 2003) hat ergeben, daß sogar jeder dritte deutsche Erwachsene chronische Schmerzen hat. Auch die Bundesregierung hat eigene Zahlen veröffentlicht: „Schätzungen geben die Zahl an Erwachsenen, die in Deutschland unter behandlungsbedürftigen chronischen Schmerzen leiden, mit 5 bis 8 Millionen an. Von diesen benötigen je nach Lokalisation wiederum bis zu 20 %, nach anderen Angaben absolut etwa 600.000 bis 700.000 Personen, eine spezielle Schmerztherapie. Von den 1998 im Bundesgesundheits-Survey befragten Personen gaben nur 9 % an, im zurückliegenden Jahr keine Schmerzen gehabt zu haben.“

Schmerzerkrankungen verursachten der Volkswirtschaft jährliche Kosten in Höhe von 20,5 bis 28,7 Milliarden Euro, heißt es – je nach Rechenmodell (Antwort auf eine kleine Anfrage der FDP, ausgelöst durch Veröffentlichungen des VDÄA, - Drucksache 15/2295 v 22. 12. 2003).

Die allermeisten der Patienten mit chronischen Schmerzen sollen beim Hausarzt und beim jeweils zuständigen Facharzt angemessen versorgt werden.

Die zur Behandlung von akuten und weniger problematischen chronischen Schmerzen notwendigen Basiskenntnisse in der fachbezogenen Schmerztherapie sollten in Zukunft während des Studiums und der Facharztweiterbildung erworben werden. Unter diesen Bedingungen bedürfen nach vorsichtigen Schätzungen über 900.000 der rund 11 Millionen Patienten mit chronischen Schmerzen einer algesiologischen Behandlung und Betreuung in einer speziellen schmerztherapeutischen Einrichtung, weil sie unter problematischen chronischen Schmerzerkrankungen leiden.

Für diese besonders "schwierigen" Patienten ist, weil ein Algesiologe maximal bis zu 300 Patienten pro Quartal (ideal wären 150) versorgen kann, von einem Bedarf von über 3.000 Einrichtungen mit algesiologischer Qualifikation auszugehen.

Im Jahr 2006 standen in **Deutschland lediglich rund 450 solcher Einrichtungen** zur Verfügung, also nicht einmal 20 Prozent des Bedarfs. Weniger als die Hälfte davon sind Praxen niedergelassener Ärzte. Hiervon sind es nicht einmal 60 Praxen, die ursprünglich ausschließlich auf die Behandlung Schmerzkranker ausgerichtet waren. Einige von diesen haben sich im letzten Jahr zwangsläufig umorientieren müssen.

Auch klinikambulante und stationäre schmerztherapeutische Einrichtungen, die ausschließlich Schmerzkranken zur Verfügung stehen, finden sich nur sporadisch.

Die ambulante und stationäre Behandlung chronisch Schmerzkranker ist noch nicht einmal ansatzweise sichergestellt, wobei es regionale Unterschiede gibt. Hieraus resultieren lange Wartezeiten auf Untersuchungs- und Behandlungstermine für die Patienten, die überhaupt einen Behandlungsplatz finden.

Seit der Feststellung des ungedeckten Bedarfs im Jahr 1984, also vor 22 Jahren, hat sich die Versorgung der chronisch Schmerzkranken

ken nur wenig gebessert, obwohl es an Beteuerungen, man werde sich für die vielen Schmerzkranken einsetzen, von Seiten der Politiker, der Ärztefunktionäre und der Krankenkassen nie gefehlt hat.

### **Gründe für den Versorgungsmangel**

Die seit 1984 bekannten Defizite lassen sich nur zum Teil mit dem Mangel an qualifizierten Ärzten erklären. Die Allgemeinheit läßt die Betroffenen weitgehend im Stich. Schmerzen sind Privatsache, das Aushalten wird erwartet. Neben der immer noch zu geringen Beachtung der Schmerztherapie in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist die fehlende wirtschaftliche Absicherung ein Hauptgrund:

Für zeit- und zuwendungsintensive Behandlung und damit vergleichsweise geringe Patientenzahlen fehlt die materielle Existenzgrundlage. Der neue EBM 2000plus, gültig seit April 2005, hat die Situation noch verschlechtert. Die Fallzahlen liegen in maximal ausgelasteten Schmerzpraxen mit 200 bis 300 Patienten (davon ca. 10 - 15 Prozent Neupatienten) pro Quartal deutlich unter denen der meisten anderen Praxen. Sie können bei gewissenhafter Arbeit nicht höher sein. Schmerztherapie ist eine klassische Betreuungsmedizin.

### **Gründe für die Unterversorgung**

- **Ausbildungslücken im Medizinstudium:** Immer noch werden Schmerzdiagnostik und die Therapie akuter und chronischer Schmerzen im Studium nicht gelehrt und damit nicht gelernt. Es gibt keine Pflichtveranstaltungen. Das Erteilen der Approbation wird nicht von solchen Kenntnissen abhängig gemacht.
- **Lücken in der Facharztweiterbildung:** Es gibt nur einzelne Fachgebiete, bei denen die fachbezogene Schmerztherapie zum Weiterbildungsinhalt gehört, so die Anästhesiologie und - in einzelnen Kammerbereichen - die Allgemeinmedizin. Immer noch bestehen Ärzte ohne Basiskenntnisse die Facharztprüfung.
- **Forschungsdefizite über chronischen Schmerz:** Obwohl vergangenen drei Jahrzehnte viele Erkenntnisse gebracht haben, fehlt es noch z. B. an epidemiologischen Forschungsvorhaben über verschiedenste Schmerzarten, ganz besonders fehlt bis heute jegliche Forschung über multimorbide Schmerzpatienten.
- **Unzureichende Anwendung vorhandener Erkenntnisse:** Altes Denken, Beharren auf überholten Ansichten, die aktuelle Gesundheitspolitik und die Förderung kostenintensiver Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verhindern, daß die bisherigen Erkenntnisse der Schmerzforschung umgesetzt werden. Somit werden in Klinik und Praxis immer noch Möglichkeiten der Prävention der Chronifizierung von Schmerzen unzureichend genutzt, sinnvolle Strategien zur Schmerzlinderung nicht gekannt und damit nicht angewandt.
- **Fehlende Einsicht bei Politik, Krankenkassen und Landesorganisationen:** Schmerz anderer ist leicht zu ertragen; das Klagen über Schmerzen wird immer noch als persönliche Schwäche und

damit als Persönlichkeitsmangel angesehen. Weder das persönliche, vermeidbare Leid, noch die volkswirtschaftliche Belastung durch chronische Schmerzen werden als Aufforderung zum Handeln akzeptiert. Interesse und Aktivitäten von Ärztesfunktionären, Kassenvertretern und Gesundheitspolitikern verhalten sich gegenüber dem menschlichen Leid der Betroffenen und dem ökonomischen Aspekt umgekehrt proportional. Die ethisch-moralische Verpflichtung, den betroffenen Schmerzkranken beizustehen, wird nicht wahrgenommen.

- **Mangel an ausreichend qualifizierten Ärzten:** Die Vernachlässigung durch Gesundheitspolitik, Kassen und Standesorganisationen konserviert den Status, daß Schmerztherapie weder vom Ansehen, noch von der Vergütung her attraktiv ist. Keinem jungen Arzt kann mit gutem Gewissen geraten werden, sich auf Schmerztherapie zu spezialisieren. Die derzeitige Misere wird, wenn sie nicht behoben wird, dazu führen, daß sich die Versorgungsdefizite verschlimmern. Bestehende Lücken können nicht geschlossen werden; für die durch Insolvenz, Frustration oder aus Altersgründen ausscheidenden Algesiologen gibt es keinen Nachwuchs.
- **Mangel an Investition von Zeit und Zuwendung:** Sie werden in unserem Gemeinwesen zwar immer mehr gefordert, aber die notwendige Bezahlung im Gegenzug wird verweigert.
- **Mangel an interdisziplinärer Kooperation:** Schmerztherapie ist ohne Interdisziplinarität nicht durchführbar. Hierfür fehlen jedoch alle organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten. Kooperation wird gefordert, aber nicht vergütet - weder in der Praxis, noch in der Klinik. Im neuen EBM sind Konsile im Ordinationskomplex enthalten, der aber die Grundleistungen der Algesiologie nicht abbildet. Schmerzkonferenzen sind zwar gefordert, werden aber nicht vergütet.
- **Fehlende wirtschaftliche Basis algesiologischer Tätigkeit:** Alle Bemühungen, die Schmerztherapie auf eine wirtschaftliche Basis zu stellen, sind weitgehend gescheitert. Es gibt keine Ordinationskomplexe für Schmerztherapeuten, keine der Problemschwere angepaßte Budgets bzw. Regelleistungsvolumina, für viele Leistungen keine Abrechnungsmöglichkeiten. Einige früher vorhandene Leistungspositionen wurden beschnitten bzw. beseitigt. Die neue Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V, die die alten Schmerztherapie-Vereinbarungen abgelöst hat, wurde trotz Warnungen vor den negativen Folgen nicht sachgerecht in den EBM umgesetzt; der EBM macht die sinnvolle Behandlung chronisch Schmerzkranker unmöglich. Die Honorierung bleibt weit hinter den wirtschaftlichen Erfordernissen und weit hinter den Honoraren anderer Fachgebiete zurück.
- **Fehlen der Schmerztherapie in den Leistungsverzeichnissen:** Im EBM 2000plus kommen schmerztherapeutische Leistungen lediglich als Anästhesieleistungen vor – und diese nicht einmal

qualitätsgesichert. Immer noch wird Schmerztherapie fälschlicherweise mit dem Verabreichen von regionalen Anästhesien gleichgesetzt. Eine Ordinationsgebühr für Schmerztherapeuten und essentielle Leistungen fehlen völlig. Hier sind dringend Änderungen nötig; dieser EBM muß dringend nachgebessert werden.

- **Budgetierungen/Rationierungen von Behandlungsmaßnahmen:** Die Budgetierung von Medikamenten führt dazu, daß Patienten die für ihre notwendige Behandlung erforderlichen Medikamente entweder gar nicht oder unzureichend verfügbar gemacht werden. Das gilt ganz besonders für Innovationen, die bei der Berechnung der Budgets noch nicht verfügbar waren, so z. B. Opioidanalgetika in Retard-Galenik und als transdermale Systeme, Triptane, COX-2-Hemmer. Die Ablösung der Budgets (bzw. Umbenennung) durch Richtgrößen oder ähnliche, rein fiskalisch begründet Rationierungsmaßnahmen hat an dieser Problematik prinzipiell nichts geändert, dem einzelnen Arzt jedoch einen enormen Rechtfertigungszwang auferlegt. Die Reglementierung von anderen Leistungen im Heilmittelverzeichnis ab Juli 2004 berücksichtigt die Erfordernisse der Schmerztherapie ebenfalls nicht. Vermehrte Zuzahlungen und Übernahme der Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneien treffen Chronischkranke besonders.
- **Fehlende Solidarität in der Gesellschaft:** Eine Politik, die sich primär um das finanzielle Wohlergehen gesunder Beitragszahler und die Prosperität von Anteilseignern kümmert und Kranke oftmals als Schmarotzer des Gemeinwesens hingestellt hat, mußte zu deren Ausgrenzung führen. Daß die chronisch Schmerzkranken keine Energien mehr übrig haben, um ihre Rechte zu erstreiten, wird dabei offenbar billigend in Kauf genommen.

Auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, in dem bis heute kein einziger Arzt mit nachgewiesener algesiologischer Qualifikation verfügbar ist, und Gerichte sehen manchmal nicht die Dringlichkeit, mit der anstehende Probleme einer für die Betroffenen akzeptablen Lösung zugeführt werden müßten. Die Geschichte der Schmerztherapie in Deutschland ist neben der Pioniertätigkeit engagierter Ärzte, Wissenschaftler und einzelner weniger Standesvertreter leider auch die Geschichte von beispielloser Ignoranz und Hartherzigkeit. Es hat sich gezeigt, daß das Leiden anderer sehr leicht zu ertragen ist.

### **Praxisambulante Behandlung für Schmerzpatienten mit abgestufter Versorgung**

Wir wissen, daß weit über 90 Prozent der Schmerzkranken ambulant behandelt werden könnten. Diese Patienten stationär behandeln zu wollen, würde eine nicht zu verantwortende Verschwendung von Mitteln bedeuten. Untersuchungen der AOK Hessen (Kraushaar) aus dem Jahr 1985 und eigene Erhebungen von 1999 haben gezeigt, daß ein niedergelassener Schmerztherapeut den Kostenträgern im



Jahr bis 1 Million Euro alleine durch die Vermeidung stationärer Behandlung einspart. Aber auch wenn Patienten einer stationären Schmerztherapie bedürfen, stehen bisher nur sehr wenige geeignete klinische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung.

Von einer sinnvoll abgestuften Versorgung (Hausarzt -> Schmerzarzt -> Schmerzambulanz -> Schmerzabteilung -> Schmerzkrankenhaus), wie sie in den anderen Bereichen der Medizin selbstverständlich ist, sind wir noch weit entfernt. Eine sektorenübergreifende Versorgung ist noch nicht möglich. Immerhin sind unsere (immer noch unbezahlten) Schmerzkonferenzen seit über 25 Jahren gemeinsame Konferenzen von Ärzten in Praxis und Krankenhaus

Da die überwiegende Mehrzahl der Schmerzkranken ambulante Patienten sind, die über Jahre oder gar lebenslang behandlungsbedürftig bleiben, ist deren Behandlung primär Aufgabe des niedergelassenen Arztes. Selbstverständlich sollte auch die Behandlung Schmerzkranker wohnortnah in der Praxis stattfinden. Der gut ausgebildete und informierte Hausarzt sollte sich im Bedarfsfall an niedergelassene Schmerztherapeuten zur Zusammenarbeit wenden können.

### **Notwendige Aus- und Weiterbildung**

In der Ausbildung des angehenden Arztes ist Schmerztherapie immer noch kein Pflichtfach. Immer noch beginnen Ärzte ihre Arbeit mit und an Kranken mit Schmerzen ohne eine diesbezüglich fachlich gesicherte Vorbereitung.

Schmerztherapeuten fordern seit 1982 eine zusätzliche algesiologische Qualifikation für Ärzte, die Patienten mit problematischen Schmerzkrankheiten behandeln - neben einer verbesserten Basisausbildung in Schmerztherapie für alle Ärzte. Entsprechende Vorschläge der algesiologischen Fachgesellschaften haben Eingang in die 1996 neugeschaffene Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" gefunden. Gleichzeitig wurde für jeden Facharzt die Verpflichtung zur fachbezogenen Schmerztherapie festgelegt. So wäre zu erwarten gewesen, daß Patienten mit mono- und oligosymptomatischen chronischen Schmerzen beim Haus- und Facharzt in Zukunft besser versorgt werden können. Auch die Entwicklung von Chronifizierungsprozessen könnte in vielen Fällen durch effektive Behandlung von Akutschmerzen verhindert werden. Daß dadurch erhebliche Kosten eingespart werden könnten, ist bekannt.

Da die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ nach den Vorgaben der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer nur Tätigkeit innerhalb der Grenzen des jeweiligen Fachgebietes erlaubt, ist sie nur für die Behandlung der wenigen Schmerzpatienten geeignet, deren Schmerzen sich an die Fachgebietsgrenzen halten.

Abhilfe aus dieser fachlichen Misere kann nur eine eigene Facharztbezeichnung Algesiologie schaffen, die die notwendigen komplexen Untersuchungen und Behandlungen erlaubt, die dann nicht mehr "fachfremd" wären. Unstreitig sollte sein: Der Schmerzpatient "gehört" nicht einem bestimmten Facharzt, sondern er gehört in die Be-

handlung des kompetenten Arztes, der sich speziell auf die Behandlung chronisch Schmerzkranker vorbereitet und eingerichtet hat. Da chronische Schmerzen sich an kein einziges Fachgebiet halten, sondern die Fachgebietsgrenzen überschritten haben, muß deren Behandlung fächerübergreifend sein. Die Weiterbildungsordnung muß auch auf die Bedürfnisse solcher Patienten zugeschnitten sein. Die algesiologischen Fachgesellschaften haben deshalb 2001 den Antrag auf Einführung des „Facharztes für Algesiologie“ gestellt. Leider steht die Bundesärztekammer diesem Antrag auf ablehnend gegenüber. Die Beschlußvorlage für folgende Deutsche Ärztetage hat ihn völlig ignoriert. Ein Bescheid ist bis heute nicht ergangen.

Schmerztherapie wird immer noch viel zu spät in Betracht gezogen. Schmerztherapeuten werden bisher erst dann zugezogen, wenn die anderen Ärzte mit ihrem „Latein am Ende sind“, besser wäre die Kooperation vorher. Der Prophylaxe der Chronifizierung wird immer noch nicht die ausreichende Beachtung geschenkt.

Krankenhausabteilungen für Schmerzbehandlung, die erforderlich sind, kranken 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. Entsprechend gering ist die Zahl derer, die sich weiterbilden.

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 Abteilungsleiter.

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 und Schmerzkrankheiten.

Es muß ein Modus der algesiologischen Berufsausübung gefunden werden, der fachlich eigenständige Patientenversorgung mit beruflicher Unabhängigkeit ermöglicht. Das heißt, daß ein eigenständiges Fachgebiet Algesiologie etabliert werden muß. Dennoch weigert sich die Bundesärztekammer bisher, die notwendigen Konsequenzen zu ziehen und das Berufsrecht an Patientenbedürfnisse anzupassen.

### **Schmerztherapievereinbarung**

Schmerzpraxen, also Einrichtungen zur ausschließlichen Behandlung von Patienten mit problematischen Schmerzkrankheiten, werden von Ärzten betrieben, die im vertragsärztlichen Bereich gegenüber ihrer Kassenärztlichen Vereinigung ihre spezielle algesiologische Qualifikation dargelegt haben und darüber hinaus besondere Bedingungen an die personelle, räumliche und apparative Ausstattung ihrer Praxen erfüllen. Sie veranstalten mindestens monatliche Schmerzkonferenzen oder nehmen an solchen teil. Außerdem haben sie sich zu wenigstens 20 bis 30 Stunden (je nach Kassenart) algesiologischer Fortbildung pro Jahr zur Aufrechterhaltung ihrer algesiologischen Qualifikation verpflichtet. Diese Regelungen der Schmerztherapievereinbarung galten bis 1995; sie wurden durch die neue Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V abgelöst, deren Anforderungen deutlich geringer sind (s. u.).

Seit 1991 (in Hamburg für Primär- und Ersatzkassen) bzw. 1994 (bundesweit, für Ersatzkassen und nur einige Primärkassen) gab es diese „Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten“ (Schmerztherapievereinbarung), die bei Erfüllung der dargelegten Bedingungen eine pauschale Kostenerstattung für die Leistungen vorsah, die nicht in den Leistungs- und Gebührenverzeichnissen enthalten waren. Die Berechnung dieser Pauschalen erfolgte auf der Grundlage der Verhältnisse von 1987, sie hätte laufend den sich ändernden Gegebenheiten Gebührenordnungen angepaßt werden müssen. Eine Überführung in den EBM, das Leistungsverzeichnis der Krankenkassen, war längst überfällig, weil von Anfang an eine bundeseinheitliche Regelung angestrebt war.

Die Schmerztherapievereinbarung, die 1991 zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und den Hamburger Primärkassen abgeschlossen wurde, war das inzwischen historische Dokument, in dem erstmals die wichtigsten Grundlagen und Anforderungen an Schmerztherapie und Schmerztherapeuten offiziell festgeschrieben

wurden. Außerdem war es das erste (und bis heute einzige) Vertragswerk, das das Verbleiben in diesem Vertrag an den jährlichen Nachweis der kontinuierlichen Weiterbildung und die Qualität der ärztlichen Arbeit geknüpft hat (diese qualitätssichernde Bestandteile fehlen in der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie).

Daß die Definitionen der Schmerztherapievereinbarung auch außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung – also auch im Krankenhaus und in der Lehre – anwendbar waren und sind, war den Urhebern bewußt.

#### **Es finden sich die Definitionen**

- der Schmerzpatienten,
- des Umfangs der notwendigen Behandlung,
- des Weiterbildungscurriculums für Schmerztherapeuten,
- der organisatorischen Anforderungen an Schmerzpraxen,
- des interdisziplinären Ansatzes in Diagnostik und Therapie,
- der notwendigen Schmerzkonferenzen,
- der kontinuierlichen Weiterqualifikation,
- der Bedingungen an die weitere Teilnahme an dieser Versorgungsstruktur.

Diese vielfach angefeindete Schmerztherapievereinbarung, die vom Bundessozialgericht bestätigt wurde (Urteil vom 09.09.04 - AZ B6 KA 18/05 R), war ein Angebot an Schmerztherapeuten (auch in Klinikambulanzen), gegen die Erstattung des Mehraufwandes die qualifizierte Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten verantwortlich zu übernehmen. An Schmerztherapeuten wurden in diesem Vertrag hohe Anforderungen bezüglich ihrer persönlichen Qualifikation, der Praxisorganisation und der kontinuierlichen Weiterqualifikation gestellt, die weit über die Facharztweiterbildung hinausgehen. Nach der Schmerztherapievereinbarung wurde auch die Qualität der Arbeit regelmäßig überprüft, in Hamburg z. B. jedes Jahr.

Diese vertragsärztliche Schmerztherapie war der erste und bisher einzige Bereich der Medizin, in dem anhand konkreter Fälle eine Qualitätsprüfung erfolgte, nicht nur die Überprüfung formaler Kriterien oder einzelner technischer Leistungen. Außerdem gibt es bisher keinen anderen ärztlichen Bereich, in dem interdisziplinäre Konferenzen mit Patientenvorstellung und kontinuierliche Fortbildung zur Pflicht gemacht worden sind.

Schmerztherapie ist für die Ärzte wegen der Problemschwere und -vielfalt der Patienten auch emotional extrem belastend. Rund 30 % der Schmerzpatienten sind zeitweise suizidal. Es gibt keine Patienten mit geringfügigen oder Bagatellerkrankungen. Auch insoweit bestehen große Unterschiede zu anderen ärztlichen Tätigkeitsbereichen.

Für Schmerztherapeuten an Krankenhäusern wurde die Möglichkeit eröffnet, anhand dieses Vertrages die notwendigen fachlichen, per-

sonellen und organisatorischen Strukturen gegenüber den Krankenhausträgern einzufordern.

Diese Schmerztherapievereinbarung ist seit dem 1. April 2005 Geschichte. Sie wurde an diesem Datum von der

**Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie**

nach § 135 Abs. 2 SGB V abgelöst, die für alle Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten – egal, welcher Krankenkasse sie angehören und wo sie wohnen – qualifizierte Schmerztherapie regeln soll. Damit sind endlich die Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten und deren Behandlung im Leistungskatalog für Angehörige der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten.

Die Definition der Patientinnen und Patienten, an die sich diese Regelung wendet, entspricht der aus den bisherigen Schmerztherapievereinbarungen von 1991 und 1994:

„(1) Diese Vereinbarung dient der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch Schmerzkranker im Rahmen der vertragsärztlichen Leistungserbringung. Die Vereinbarung regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Schmerztherapie folgender Patientengruppen:

1. Chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt hat. Diese Verselbständigung des Schmerzleidens führt zu psychopathologischen Veränderungen. Der Schmerz wird für diese Patienten zum Mittelpunkt ihres Denkens und Verhaltens.
2. Chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden ist (z. B. bei einem inkurablen Grundleiden).

(2) Die Vereinbarung regelt die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die Organisation sowie die räumliche und apparative Ausstattung als Voraussetzung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach den Nrn. 30700 und 30701 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM).“

Die Anforderungen an Schmerzärzte und Schmerzpraxen sind – mit einigen Einschränkungen – gut beschrieben. Ein sinnvoller Anfang ist mit dieser Qualitätssicherungsvereinbarung gemacht, aber Änderungen sind noch notwendig, um die Nachteile gegenüber den bisherigen Schmerztherapievereinbarungen zu beseitigen.

Es ist z. T. ein Rückgang der Anforderungen festzustellen: Im Gegensatz zu den früheren Vereinbarungen fehlen jetzt z. B. die Forderungen nach qualifiziertem Personal und nach 20 bis 30 Stunden algesiologischer Fortbildung pro Jahr. Auch sind die Bestimmungen über die Zuziehung von Psychiatern bzw. Psychotherapeuten unglücklich bzw. diskriminierend für Schmerzärzte und Schmerzkranken formuliert. Die regelhafte Begrenzung der Behandlung in algesiologischen Spezialpraxen auf 2 Jahre ist sachfremd und benachteiligt

chronisch Schmerzkrankte gegenüber allen anderen Chronischkranken ohne jeden Grund.

### **Merkmale der Schmerzkranken**

Unsere Patienten weisen eine Schmerzanamnese von durchschnittlich 10 Jahren auf und waren bei 11 vorbehandelnden Ärzten. Viele von ihnen waren auch bei nichtärztlichen Heilbehandlern. Rund 60 Prozent der Patienten haben wegen ihrer Schmerzkrankheit ein oder mehrere stationäre Heilverfahren, ca. 65 Prozent einen oder mehrere Krankenhausaufenthalte hinter sich. Etwas mehr als ein Drittel der Patienten ist wegen chronischer Schmerzen ein- oder mehrmals erfolglos operiert worden. So wird z. B. über schmerzbedingte Laparoskopien bzw. -tomien, Bandscheibenoperationen, Nachoperationen, Nervendurchtrennungen oder Amputationen, auch mehrfach, berichtet.

Schon aus dieser kurzen Schilderung wird deutlich, daß solche Patienten nicht nur zu den schwierigsten, sondern auch zu den teuersten unseres Gesundheitssystems zählen, wobei die wesentlichsten Kosten lange vor der Schmerztherapie während des Chronifizierungsprozesses angefallen sind. Daß die Kostenträger anstandslos immense Kosten für Behandlungen zahlen, von denen bekannt ist, daß sie die Chronifizierung fördern, aber sinnvolle Schmerztherapie nicht oder nur unzureichend, ist seit vielen Jahren nicht verständlich. Die volkswirtschaftlichen Auswirkungen sind auch dann von Bedeutung, wenn wegen angeblicher „Unbehandelbarkeit“ der Schmerzen Patienten in die vorzeitige Berentung geschickt werden. Stationäre Rehabilitationsversuche, die meist solchen Berentungen vorausgehen, werden immer noch nur ausnahmsweise mit kompetenter algesiologischer Behandlung kombiniert.

### **Besonderheiten der Schmerztherapie**

Schmerztherapie im Sinne algesiologischer Standards und der erwähnten Schmerztherapievereinbarung ist eine typische Betreuungsmedizin. Mit dieser Schmerztherapie ist die interdisziplinäre, spezielle Behandlung von chronisch Schmerzkranken und nicht die allgemeine oder fachbezogene Schmerztherapie gemeint!

Ein großer Teil der Schmerzpatienten benötigt eine algesiologische Behandlung und Betreuung über mehrere Quartale oder gar jahre- bis lebenslang, wenn die Ursache der Schmerzkrankheit nicht mehr behandelbar und/oder nicht (mehr) erkennbar ist.

Schmerztherapie bedeutet zu über 50 % differenzierte Gesprächsleistungen, die besondere Fort- und Weiterbildung und Erfahrung erfordern: Über den Umgang mit der Krankheit, über Integration der Krankheit in den Alltag, Auswirkungen der Krankheit auf Aktivitäten, Wohlbefinden, Stimmung - und umgekehrt. Es handelt sich um Erörterungen, konfliktzentrierte, motivationsfördernde, psychotherapeutische und psychiatrische Gespräche, Zuhören, Erkennen und Abfangen belastender Situationen und Krisen, Koordination verschiedener Behandlungsmaßnahmen, Anleitung zu Entspannungsübungen und

zu körperlicher Betätigung, Ernährungsberatung, Rückführen zum Wohlfühlen - kurz, zum Wiederfinden von Lebensqualität.

Praktisch alle Untersuchungs- und Behandlungsleistungen sind persönlich zu erbringen; auch das unterscheidet Schmerztherapeuten von vielen anderen Ärzten. Apparative Diagnostik und Therapie kommt kaum vor. Delegierbar sind neben Verwaltungs- und Dokumentationsarbeiten Überwachungstätigkeiten und Anteile der Patientenedukation. Das Assistenzpersonal benötigt für diese Aufgaben eine besondere Qualifikation.

Die Frequenz der Patienten-Arzt-Kontakte liegt bei ca. 5 pro Quartal und damit wesentlich höher als die bei den meisten anderen Fachgruppen. Die Dauer der Behandlungszeiten liegt mit 55 bis 60 Minuten ebenfalls deutlich über der in anderen Praxen.

Anästhesiologische Verfahren (z. B. Lokal- und Leitungsanästhesien) können - müssen aber nur in Einzelfällen - Bestandteil des Behandlungskonzeptes sein, das verschiedene Verfahren einschließen muß. Therapiepläne sollten neben den somatischen auch aktivitätsfördernde und psychotherapeutische Bestandteile enthalten. Schmerztherapie mit Anästhesie gleichzusetzen ist falsch! Dennoch sind in den Leistungsverzeichnissen bzw. Gebührenordnungen der gesetzlichen Krankenversicherungen sogar in dem Kapitel Schmerztherapie nur „Stechleistungen“ zu finden. Änderungen sind seit Jahren angemahnt, scheiterten bisher jedoch an Ignoranz und Besserwisserei.

Schmerzpraxen bestehen seit 1982. Die verschiedenen notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren werden seit 25 Jahren praxisambulant und kassen- bzw. vertragsärztlich erbracht, bisher vielfach ohne Vergütung.

### **Entzugsbehandlung praxisambulant**

Viele Patienten, die mit chronischen Kopfschmerzen oder mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates überwiesen werden, müssen vor Beginn der Behandlung von Medikamenten mit Abhängigkeits- und chronifizierungsförderndem Potential entzogen werden, ganz besonders von freiverkäuflichen Mischschmerzmitteln der Selbstmedikation.

Auch Patienten, deren Schmerzkrankheit durch irrationale Opioidanwendung gefördert wurde, benötigen eine Entzugs- und Umstellungsphase vor oder parallel zur Entwicklung eines sinnvolleren Behandlungskonzeptes.

Solche Entzugsbehandlungen sind in den allermeisten Fällen praxisambulant und so ausgesprochen kostengünstig (allerdings nur für die Krankenkassen) möglich. Leider stellen sich gelegentlich unzureichend informierte Krankenkassen - gestützt auf fachlich unzureichend MDK-Gutachten - auf den Standpunkt, daß eine solche Entzugsbehandlung stationär zu erfolgen habe. Dabei ist bekannt, daß stationäre Entzugsbehandlungen viel teurer sind und eher ungünstigere Erfolgsaussichten zeigen. Obwohl die algesiologischen Fachgesellschaften die Aufnahme dieser Entzugsbehandlung in den Leistungskatalog der Krankenkassen fordern, ist deren Aufnahme in

den EBM bisher unterblieben. Das bedeutet, daß Patientinnen und Patienten, die praxisambulant entzogen werden, diese Behandlung zum größten Teil geschenkt bekommen (müssen) – oder, wenn das wirtschaftlich nicht möglich ist, auf stationäre Behandlungen verwiesen werden müssen..

### **Schmerz-Selbsthilfe-Gruppen**

Eines der Ziele der Schmerztherapie ist es, die Patienten aus ihrer Hilflosigkeit herauszuführen und soweit wie möglich in die Lage zu versetzen, ihren Alltag selbst zu bestimmen.

Selbsthilfe-Gruppen, z. B. der Deutschen Schmerzliga, wurden und werden auch deshalb von Schmerztherapeuten angeregt, betreut und in ihren Aktivitäten unterstützt. Die Schmerz-Selbsthilfegruppe am Schmerzzentrum Hamburg ist sehr aktiv. Sie trifft sich mindestens monatlich in unserem Seminarraum, außerdem außerhalb zu verschiedenen gemeinsamen Unternehmungen. Sie versucht auch, ihre berechtigten Forderungen bei Gesundheitspolitikern durchzusetzen.

### **Organisatorischer Ablauf am Beispiel unserer Praxis**

Patienten, die zur Schmerztherapie überwiesen werden, füllen vor Behandlungsbeginn einen standardisierten Schmerzfragebogen aus, den sie uns zusammen mit allen ihnen und den mitbehandelnden Kollegen verfügbaren Vorbefunden und Röntgenbildern zuleiten. Deren Sichtung und Auswertung aller Unterlagen erfolgt – ebenso wie die Auswertung des Schmerzfragebogens - vor dem Ersttermin, für den mindestens 60 Minuten Zeit eingeplant sind. Bei diesem Erstgespräch wird die Anamnese vervollständigt. Es schließen sich biographische, psychosoziale und psychiatrische Anamnese an. Die Erwartungen des Patienten werden erfragt.

Eventuell noch fehlende Untersuchungen werden veranlaßt, ausstehende Unterlagen angefordert. "Technische" Untersuchungsbefunde liegen meistens überreichlich vor, so daß selten gezielte Ergänzungsuntersuchungen notwendig sind. Deren Ergebnisse sollen zum nächsten Arzttermin ausgewertet sein.

Ein standardisiertes Schmerztagebuch wird für 2 Wochen ausgehändigt.

Beim zweiten Termin wird die körperliche Untersuchung durchgeführt, die nicht nur den allgemeinen und neurologischen Status erfaßt, sondern sich auch auf die orthopädisch-funktionellen Befunde erstreckt. Anschließend werden mit dem Patienten die Diagnose und das Therapiekonzept besprochen und ein realistisches Behandlungsziel erarbeitet. Auch dieser Termin erfordert bis zu einer Stunde Zeit.

Aus der Skizzierung des Vorgehens vor Behandlungsbeginn wird der erhebliche Arbeitsaufwand klar, der bisher in keiner Gebührenordnung vorgesehen ist. Daß auch die Zeit ohne Patientenkontakt notwendig ist und vergütet werden muß, ist in den neuen EBM immer noch nicht eingegangen. Der große zeitlichen Aufwand erklärt auch,



weshalb Algesiologen - im Gegensatz zu anderen Ärzten - nur eine kleine Patientenzahl betreuen können - maximal ca. 300 pro Quartal.

Der durchschnittliche **Zeitbedarf für die Schmerzanalyse** beträgt ca. 2 1/2 Stunden (Durchsicht der Vorbefunde 45 Min., Fragebogen- u. Testauswertung 15 Min., Erstgespräch und Erstuntersuchung zusammen mindestens 90 Min.) - zusätzlich zum organisatorischen Aufwand.

Auch hier ist der Unterschied zu anderen Praxen offensichtlich:

In dieser Zeit können in anderen Praxen (so die Kassenärztliche Bundesvereinigung in ihren Zeitvorgaben) mindestens 18 Patienten nach den Inhalten des EBM („Ordinationskomplex“) gesehen werden – mit den entsprechenden Umsätzen, die mit keiner Pauschale der Schmerztherapievereinbarung jemals erreicht werden können.

Auch im Krankenhaus ist die Behandlung von Schmerzpatienten immer noch defizitär.

So beschreibt ein in einem großen Schwerpunktkrankenhaus, akademisches Lehrkrankenhaus, für Schmerztherapie verantwortlicher Kollege in einem Brief seine Misere:

„...von niemandem kann erwartet werden, seine Stellung durch die Konzentration auf einen ökonomisch defizitären Bereich zu gefährden...“.

Ein resignierter Offenbarungseid.

### **Schmerzsyndrome**

Die Schmerzsyndrome, unter denen unsere Patienten leiden, sind vielfältig. So gut wie nie kommen auf eine einzige Körperregion begrenzte Schmerzen vor. So gut wie alle Patienten sind bezüglich ihrer Schmerzsyndrome multimorbide Patienten.

Viele unserer Patienten sind von den vorbehandelnden Kolleginnen und Kollegen als therapieresistent oder gar als „eingebildete Kranke“ angesehen worden.

Sehr viele leiden zusätzlich oder auch mitursächlich unter weiteren, oft auch gravierenden Krankheiten (z. B. Asthma, KHK, Hypertonie, Diabetes, psychischen oder psychiatrischen Krankheiten).

Zwischen allen Patienten gibt es erhebliche Unterschiede, die lediglich manchmal eine grobe Gruppenzuordnung erlauben.

Praktisch alle Patienten weisen Polyalgien, einige Panalgesien auf, also Schmerzen an mehreren Körperstellen oder überall.

**Die hauptsächlichen Übersichtsdagnosen sind (meist in Kombination verschiedener oder mehrerer Schmerzarten):**

Kopfschmerzen	Medikamenteninduzierte Schmerzen
Gesichtsschmerzen	Schmerzen durch und nach Zoster
Kreuz- und Rückenschmerzen	Amputationsbedingte Schmerzen (Phantom- und Stumpfschmerzen)
Muskuloskelettale Schmerzen	Andere Deafferenzierungsschmerzen
Sympathisch mitunterhaltene Schmerzen	Neuropathische Schmerzen
Schmerzen bei Durchblutungsstörungen	Krebsschmerzen
Viszerale Schmerzen	Psychogene Schmerzen
Posttraumatische und postoperative Schmerzen	
Radiogene Schmerzen	

**Behandlungsziele**

Oft ist es schwer, mit den Patienten ein realistisches Behandlungsziel zu erarbeiten. Schmerzfreiheit zu versprechen, wäre unseriös. Wir versuchen, die Schmerzen auf ein solches Maß zu reduzieren, daß sie nicht mehr lebensbestimmend sind. Unsere Bemühungen gehen dahin, den Schmerz aus dem Zentrum der Wahrnehmung weiter in die Peripherie zu verlagern - nicht nur dann, wenn sich die Schmerzen in der Intensität nicht oder nicht wesentlich vermindern lassen. Es ist wesentlich, daß lebenswerte Inhalte (wieder) gefunden werden können. Der Schmerz wird zwar weiterhin einen Teil der Gesamtpersönlichkeit des Patienten ausmachen, aber nicht mehr den vorherrschenden. Unter diesen Zielvorstellungen, die von den Patienten in Kenntnis der eigenen jahre- und jahrzehntelangen Vorgeschichte in aller Regel akzeptiert werden, und gestützt auf die regelmäßigen Schmerzkonferenzen und konsequente interdisziplinäre Zusammenarbeit sind Behandlungserfolge (s. u.) sogar dann zu erzielen, wenn die Patienten schon "überall" waren und als „austherapiert“ gelten oder "abgeschrieben" wurden.

**Psychosoziale Auswirkungen chronischer Schmerzen**

Bei so gut wie allen Patienten finden sich erklärbare und meist auch nachfühlbare reaktive und schmerzbedingte Depressionen - bis hin zum algogenen Psychosyndrom (entspricht „Persönlichkeitsveränderung durch chronische Schmerzen“, ICD-10-GM: F62.80), bei dem alle sozialen Beziehungen und der gesamte Tagesablauf von den Schmerzen diktiert werden.

Die psychosozialen Auswirkungen bei diesen Patienten sind offensichtlich und nachfühlbar:

Familiäre Probleme, sozialer Rückzug, Probleme am Arbeitsplatz, drohende oder eingetretene Arbeitslosigkeit bzw. vorzeitige oder verweigerter Berentung mit finanziellen Einbußen und

sozialem Abstieg, gefährdetes oder verlorengegangenes Selbstwertgefühl, zumindest zeitweilige Suizidalität.

Es ist seit fast 20 Jahren bekannt, daß in Deutschland jeder sechste Suizid begangen wird, weil die Leidenden ihre Schmerzen nicht mehr aushalten können.

Eigene Untersuchungen haben gezeigt, daß vor Beginn der Behandlung ein Drittel unserer Patienten Suizidgedanken hatte.

Bei vielen Patienten ist festzustellen, daß sie durch unzutreffende Gutachten zusätzlich iatrogen geschädigt sind (sog. „Gutachtenbedingtes Psychosyndrom“).

### Typischer Schmerzpatient und Problemschwere

Zusammenfassend kann der typische Schmerzpatient so beschrieben werden:

- lange Schmerzanamnese
- häufige Arztwechsel
- evtl. Operation(en)
- zahlreiche Therapieversuche
- Medikamentenprobleme
- algogenes Psychosyndrom
- häufige Reha- und/oder Krankenhausaufenthalte
- sozialer Abstieg

Die Vielzahl der Probleme erklärt noch einmal, warum diese Patienten besonders "schwierig" und weshalb die Chronifizierungsstadien so hoch sind.

Nach Untersuchungen des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung wird von allen Ärzten bei nur knapp 18 Prozent aller Patienten das Anliegen als "gravierend" angesehen.

Die Einschätzung des Schwierigkeitsgrades unserer Patienten als "gravierend" erfolgte durch die überweisenden Kollegen in 95,5 Prozent der Fälle (eigene Erhebung, 1985). Eine solche Konzentration von Problemfällen ist sehr selten, aber in Schmerzpraxen die Regel.

Nicht nur die Problemvielfalt, sondern auch diese Problemschwere kennzeichnet den Arbeitsalltag von algesiologischen Spezialpraxen und erklärt noch einmal die Unterschiede gegenüber „normalen“ Praxen.

### Problemschwere aus Arztsicht:

Aufgesuchter Arzt	in ... % der Fälle hält der Arzt das Anliegen für		
	geringfügig	mittel	gravierend
Allgemeinärzte und Praktiker	26,1	54,0	19,8
Gynäkologen, Internisten Pädiater	34,1	49,6	16,3
Sonstige Fachärzte	30,9	53,0	16,1
<b>Ärzte zusammen</b>	<b>29,5</b>	<b>52,5</b>	<b>17,9</b>
			(EVaS' 1981/82)
<b>Schmerzpraxis</b>	<b>0</b>	<b>4,8</b>	<b>95,2</b>
			(E.S. u. D. Jungck, 1985)

### **Notwendige Behandlungsstrategien**

Patienten mit multifaktoriellen und bisher therapieresistenten chronischen Schmerzkrankheiten erfordern zwingend interdisziplinäre Behandlungsstrategien, die verschiedene körperliche und psychische Verfahren sinnvoll miteinander kombinieren. Monotherapien sind bei diesen Patienten nicht mehr indiziert. Zusammenarbeit mit psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten ist erforderlich.

Die Vielschichtigkeit der Krankheitsbilder erklärt auch, daß und warum für Patienten mit problematischen chronischen Schmerzkrankheiten keine wissenschaftlich anerkannten Therapiestandards existieren. Die Standards (besser: Empfehlungen), die für einzelne Krankheitsbilder existieren, beziehen sich ausschließlich auf monosymptomatische Schmerzsyndrome und befassen sich aus naheliegenden Gründen hauptsächlich mit der Pharmakotherapie. Sie sind bei Vorliegen verschiedener Schmerzsyndrome nicht beliebig zu addieren und können gerade bei diesen Patienten individuelle Therapiekonzepte nicht ersetzen.

Schwer Schmerzranke wurden noch bis vor kurzer Zeit von der universitären Betrachtungsweise praktisch ausgeschlossen. Therapiestandards (auch die evidenzbasierte Medizin, EbM) haben außerdem den bekannten Nachteil, daß höchstens 70 bis 80 Prozent der Betroffenen von ihnen profitieren können; das gilt auch bei "einfachen", monosymptomatischen chronischen Schmerzen. Für 20 bis 30 Prozent der Patienten müssen Wege gefunden werden, die von Empfehlungen abweichen. Erst recht bei Patienten mit problematischen chronischen Schmerzkrankheiten, die untereinander kaum vergleichbar sind und bei denen kaum homogene Gruppen für wissenschaftliche Vergleiche gebildet werden können, müssen individuelle Konzepte erarbeitet werden. Die Forderungen, daß Angehörige der Gesetzlichen Krankenversicherung nur Anspruch auf EbM-begründete Therapie haben sollten, würde viele Chronischranke, darunter viele mit chronischen Schmerzkrankheiten, außen vor lassen.

Es gilt - entsprechend den Ursachen und perpetuierenden Faktoren der jeweiligen Schmerzkrankheit - individuell eine sinnvolle Kombination der zur Verfügung stehenden Verfahren zu erarbeiten. Bei den wenig oder nicht invasiven und aktivierenden Verfahren sind besonders die Akupunktur, die transcutane elektrische Nervenstimulation (eigenverantwortlich zu Hause anwendbar), die Psycho- und die Physiotherapie zu nennen. Patienten sollen soweit wie möglich Eigenverantwortlichkeit und Einflußnahme auf die Schmerzen und deren Auswirkungen zurückgewinnen.

### **Behandlungsverfahren und Therapiekonzepte**

Die meisten der in der Schmerztherapie zur Verfügung stehenden Verfahren sind bei Monotherapie (weitgehend) wissenschaftlich anerkannt, bei der Kombination nur, soweit das überhaupt möglich bzw. untersuchbar ist. Praktisch alle algesiologischen Verfahren wären praxisambulant durchführbar, wenn das politisch gewollt wäre.

Folgende Verfahren der Schmerztherapie werden in schmerztherapeutischen Einrichtungen angewandt:

### Therapieverfahren:

- Medikamentenentzug
- Pharmakotherapie
- Infusionstherapie
- TENS
- Akupunktur\*
- LASER\*
- Physikalische Therapie
- Psychotherapie
- Entspannungsverfahren
- subcutane CO<sub>2</sub>-Insufflation\*
- Naturheilverfahren
- Biofeedback\*
- Verhaltensmodifikation
- Hypnose
- Lokal- und Leitungsanästhesie
- Sympathicusblockaden
- Intravenöse Sympathicusblockaden
- Rückenmarksnahe Opiatapplikation
- Neurolytische Nervenblockaden
- Manuelle Therapie
- Homöopathie
- Interventionelle Verfahren
- Operative Verfahren

Alle diese Verfahren sind bei stationärer Behandlung im Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung im Pflegesatz enthalten und damit für Patienten selbstverständlich verfügbar. Bei ambulanter Behandlung sind die mit \* bezeichneten nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung, müssen also entweder vom Patienten selbst bezahlt oder vom Arzt unentgeltlich erbracht werden, wozu für beide die Möglichkeiten begrenzt sind. Viele der notwendigen vertragsärztlichen Behandlungen sind seit den verschiedenen Änderungen der Gebührenordnungen und durch Budgetierungen nicht mehr wirtschaftlich zu erbringen.

Der Zeitplanung kommt in einer Schmerzpraxis besondere Bedeutung zu. Weil aufwendige Behandlungen nur mit aufeinander abgestimmten Terminen sinnvoll möglich sind, ist eine Bestellpraxis notwendig. Die Praxis muß rollstuhlgeeignet sein und über ausreichend Überwachungs- und Liegeplätze verfügen. Das Personal muß für die Assistenz bei invasiven Verfahren, für die Patientenüberwachung, für die Zwischenfallsbehandlung und die fachspezifische Dokumentation trainiert sein. Wichtig ist Schulung in angemessener Gesprächsführung. Algesiologische Fachassistentinnen sind hierzu notwendig. Die algesiologischen Fachgesellschaften haben hierzu 1999 die Weiterbildung zur „Algesiologischen Fachassistenz“ etabliert.

Für konfliktzentrierte, schmerzdistanzierende und andere psychotherapeutische Gespräche - auch mit Bezugspersonen - sind Räume notwendig, die eine ungestörte und vertrauliche Atmosphäre ermöglichen.

Seminarräume können für Schmerzkonferenzen, Selbsthilfegruppen und Fortbildungsveranstaltungen genutzt werden.

### Schmerzkonferenzen

Schmerzkonferenzen sind ein essentielles Organ der interdisziplinären Zusammenarbeit für jeden Schmerztherapeuten. Sie sind

regelmäßig tagende Konsiliarkonferenzen, die primär der konkreten Patientenbehandlung dienen. An ihnen nehmen Ärzte (aus Praxis und Klinik) der tangierten Fachgebiete, klinische Psychologen und Physiotherapeuten teil. Sie tagen mindestens monatlich (bei uns 14-tägig, am 12. Dezember 2006 war unsere 453. Schmerzkonferenz). Sie beginnen bei niedergelassenen Algesiologen abends, nach den üblichen Sprechstundenzeiten, damit alle in der Schmerztherapie Engagierten teilnehmen können. Hier werden besonders problematische Patienten - pro Konferenz 2 bis 3 - persönlich vorgestellt. Gemeinsam werden diagnostische Maßnahmen und das therapeutische Vorgehen besprochen. Bezahlt werden solche Schmerzkonferenzen, die pro Patient (die Patienten sind anwesend) um eine Stunde dauern, Vor- und Nacharbeit erfordern, auch nach über 25 Jahren erfolgreicher Vorleistungen immer noch nicht (Ausnahme s. u.). Auch der neue EBM sieht eine Vergütung immer noch nicht vor, nicht einmal eine Erstattung von Raum- und Organisationskosten.

Seit 1994 gibt es den „Vertrag zur Etablierung und Erprobung Interdisziplinärer Schmerzkonferenzen (ISK)“, den die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie mit einzelnen Krankenkassen (der Techniker Krankenkasse, der Gmünder Ersatzkasse und einzelnen Betriebskrankenkassen abgeschlossen hat. Dieser Vertrag nach § 140a ff 8GB V klärt – außerhalb des EBM – neben der Anspruchsberechtigung (nur gültig für Angehörige dieser Krankenkassen) – die Anforderungen an die moderierenden und teilnehmenden Ärzte. Erstmals wird auch die Honorierung für die Vertragspartner annähernd zufriedenstellend geregelt, wobei der zusätzlich administrative Aufwand jedoch bedeutend ist.

Leider steht dieser Teil der schmerztherapeutischen Versorgung auch wieder nur einem Teil der betroffenen Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Einer Aufnahme in den EBM haben sich die Vertragspartner der Selbstverwaltung auch hier widersetzt.

### **Opioidpflichtige Schmerzen**

Viele Patienten leiden unter opioidpflichtigen Schmerzen (Jungck 1991). Bei ihnen ist Linderung also nur durch den Einsatz stark wirkender Schmerzmittel möglich.

Die Gesetz- und Verordnungsgebung zu Opioid-Analgetika krankt daran, daß die Versorgung von Patienten mit starken Schmerzen mit den für sie notwendigen Schmerzmitteln nicht von der Betrachtung Suchtkranker getrennt wird. Schmerzranke brauchen keine "Betäubungsmittel" auf diskriminierenden, bei der „Bundesopiumstelle“ anzufordernden "Betäubungsmittelrezepten", sondern in ein Behandlungskonzept eingebettete Schmerzmittel, die es ihnen wieder ermöglichen sollen, Linderung zu erfahren und am normalen Leben soweit wie möglich teilzunehmen.

Leider ist die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) ein Haupthindernis gegen die rationale Anwendung stark wirkender Analgetika gewesen. Die letzten Änderungen haben bereits erhebliche Abhilfe geschaffen. Leider wird bei den stark wirkenden Analgetika immer noch hauptsächlich an Krebspatienten gedacht, die aber

unter dem großen Heer der Patienten, denen durch Opioide geholfen werden muß, nur eine Minderheit darstellen.

Die für die Versorgung solcher Patienten zu niedrigen Arzneimittelbudgets bzw. Richtgrößen bzw. DDD verhindern ebenfalls durch ihre Regreßdrohung, daß die - leider sehr teuren - Opioid-Analgetika ausreichend verordnet bzw. nach erfolgreicher Einstellung beim Schmerztherapeuten vom Hausarzt weiterverordnet werden können.

Auch die Rationierung der notwendigen „Betäubungsmittelrezepte“ – es werden höchstens 250 Stück je Bestellung abgegeben – trägt nicht zur Erleichterung der Arbeit bei.

So ist kaum verwunderlich, daß in Deutschland im Jahr 2003 nur rund 40 % der Patienten, die nach Stufe III versorgt werden sollten - unter Einschluß der Krebspatienten! - mit Medikamenten behandelt werden, die der BtMVV unterliegen. Also sind 60 % Patienten in dieser Hinsicht unter- oder unversorgt. Gegenüber den Vorjahren ist jedoch eine langsame Besserung festzustellen:

Der Versorgungsgrad ist von 9,6 % (im Jahr 1998) über 13,9 % (im Jahr 1999), 20,2 % (im Jahr 2000), 25,8 % (im Jahr 2001), 32,4 % (im Jahr 2002) auf 40,1 % (im Jahr 2003) gestiegen.

Dennoch werden wir Ärzte wegen der damit verbundenen gestiegenen Arzneikosten gerügt und mit „Geldstrafen“ in Form von Einzel- oder Kollektivregressen bedroht.

Die aktuellen Versuche bestimmter Kreise, Schmerzpatienten ohne Krebserkrankung Opioide vorenthalten zu wollen, sind zutiefst unmenschlich. Diese Theoretiker haben aus den Augen verloren, daß medizinische Wissenschaft dem leidenden Menschen zu dienen hat. Wenn diese Kolleginnen und Kollegen die Patienten mit opioidpflichtigen Schmerzen persönlich kennen würden, kämen sie (hoffentlich) zu anderen Anschauungen.

### **Internationaler Vergleich**

Im internationalen Vergleich ist die Bundesrepublik im Bereich der Schmerztherapie und auch in Bezug auf die verordneten Mengen an Opiaten Entwicklungsland. Es gibt in Europa ein deutliches Nord-Süd-Gefälle: In den skandinavischen Ländern und in England gehört die Schmerztherapie selbstverständlich zur allgemeinen Krankenversorgung; hier wird auch die Verordnung von stark wirksamen Schmerzmitteln den Ärzten überlassen, die diesbezüglich keinen Einschränkungen unterliegen.

Das weltweit empfohlene Stufenschema der WHO zur (medikamentösen) Behandlung chronischer Schmerzen, das ursprünglich als Anleitung zur Tumorschmerz-Behandlung gedacht war, ist auf alle chronischen Schmerzen anzuwenden. Es ist zwar seit über 2 Jahrzehnten etabliert und basiert auf den Erfahrungen von Ärzten aus vielen Ländern, wird aber noch nicht allgemein gekannt bzw. angewandt.

Bei der Anwendung dieses Stufenplanes sind in allen 3 Stufen neben der Pharmakotherapie ergänzende Maßnahmen zu treffen, so z. B. Therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesie, Akupunktur, TENS, Physiotherapie, Co-Medikation (auch und besonders mit Antidepress-

siva, von denen besonders die Trizyklika eigene analgetische Wirkung aufweisen), Gesprächs- und Psychotherapie, - neben der evtl. noch möglichen ursächlichen Behandlung der zugrundeliegenden Erkrankung(en).

Als weitere Stufen können die transdermalen Systeme (zur Zeit für Buprenorphin und Fentanyl) und die Verfahren der rückenmarksnahen Opioidapplikation angefügt werden. Diese Stufenleiter der Pharmakotherapie, nach der sich die Auswahl der Schmerzmittel primär an der Schmerzintensität orientieren muß, ist von einer breiten Anwendung immer noch weit entfernt.

### **Beispiel eines Verfahrens zur Selbstbehandlung:**

Die **transcutane elektrische Nervenstimulation** (abgekürzt TENS oder TNS) als wenig invasives Verfahren ist eine anerkannte ärztliche Behandlungsmethode. Die Hauptindikationen (Schmerzlinderung und Durchblutungsförderung) wurden von den Krankenkassen bereits 1982/83 anerkannt. Die schmerzlindernde Wirkung der TENS-Behandlung ist gut untersucht und anerkannt. Leider ist in den letzten Jahren festzustellen, daß einzelne Krankenkassen aus falsch verstandener Sparsamkeit nur noch Billigstgeräte bewilligen wollen, wobei grundlegende Kenntnisse über Wesen und Art der Behandlung und die notwendigen elektrischen und elektronischen Qualitätsunterschiede der Geräte nicht zur Kenntnis genommen werden. So wird ein Verfahren in Mißkredit gebracht, das in der Schmerztherapie eigentlich unverzichtbar ist.

### **Akupunktur**

Die Akupunktur gehört ebenfalls zu den wichtigen schmerztherapeutischen Verfahren. Die Anwendung erfordert neben einer Akupunkturausbildung zumindest Basiskenntnisse der Algesiologie. Leider ist die Akupunktur für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Zeit nur im Rahmen sog. „Modellversuche“ verfügbar, die bedenklich und sogar kontraproduktiv sind, u. a. weil

- sie sich zwar so gut wie ausschließlich an Patienten mit chronischen Schmerzen wenden, jedoch vom anwendenden Arzt keinerlei schmerztherapeutische Vorkenntnisse nachgewiesen werden müssen (algesiologische Gesellschaften wurden nicht beteiligt),
- viele der Patienten, die zur algesiologischen Mitbehandlung überwiesen werden, bereits mit Akupunktur im Rahmen dieser Modellversuche vorbehandelt und - neben der vermeidbaren Enttäuschung - große Summen, die bekannterweise nur einmal ausgegeben werden können, der weiteren Behandlung entzogen worden sind,
- bei den Patientinnen und Patienten, die Algesiologen auf Empfehlung einer am Modellversuch teilnehmenden Krankenkasse aufgesucht haben, nicht ein Fall war, bei dem die Akupunktur - zumindest als alleinige therapeutische Maßnahme - indiziert gewesen wäre,



- bei Patienten mit chronischen Schmerzen und Schmerzkrankheiten nur mit einem einzigen Therapieverfahren zu behandeln, als Fehler gilt (das gilt auch für die Akupunktur),
- dieses Verfahren durch die Einschränkung der Indikationen ausgerechnet für multimorbide Schmerzpatienten, die besonders profitieren könnten, nicht zur Verfügung steht,
- bei vielen Patientinnen und Patienten durch diese Behandlung die Chronifizierung eher gefördert wurde,
- die Vergütung nicht in Einklang mit § 1, 1 der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) steht.

Wir haben aus diesen Gründen die Beteiligung an den Modellversuchen wieder aufgegeben.

Durch diese Modellversuche werden der GKV immense Summen (pro Kalendertag bis zu 1 Mio. Euro) entzogen, die für sinnvolle Therapie nicht mehr zur Verfügung stehen. Wir sehen kaum noch einen Schmerzpatienten, der nicht bereits mit Akupunktur behandelt worden wäre – häufig sogar in mehrfachen Serien. Eine entscheidende Wende ist jedoch dadurch nicht eingetreten. Warum wäre sonst eine Überweisung zur Schmerztherapie notwendig gewesen?!

Wie sich die neuen Einstufungen der Akupunktur durch dem Gemeinsamen Bundesausschuß als Regelleistung bei bestimmten chronischen Schmerzen und die Anforderungen an Vertragsärzte auswirken, muß abgewartet werden.

### **Ethische Aspekte der Schmerzbehandlung**

Erste und vornehmste Aufgabe des Arztes war und ist es, Leid zu lindern. Es scheint jedoch, als ob diese Aufgabe in Vergessenheit geraten ist, seit es möglich ist, einige Krankheiten zu heilen. Wir sollten uns trotz aller unbestreitbarer und meist segensreicher Fortschritte der modernen und technisierten Medizin dieses Auftrages (Galen: divinum opus est sedare dolorem = es ist göttlicher Auftrag, den Schmerz zu lindern) immer bewußt sein.

Es ist kaum verständlich, daß wir so stolz sind auf unsere Spitzenmedizin und dabei die Patienten ausgrenzen, die unnötig unter Schmerzen leiden müssen.

Wir müssen beschämt zur Kenntnis nehmen, daß über 80 Prozent der Patienten mit problematischen Schmerzkrankheiten nicht bzw. unzureichend versorgt sind. Selbst in der Terminalphase ihrer Krebserkrankung bekommt nur eine Minderheit der betroffenen Patienten Opiate in angemessener Dosierung.

Ausreichende Schmerzlinderung ist nur zum Teil mit Medikamenten zu erreichen. Wir wissen, daß Verständnis, Zuwendung, soziale Kontakte, Hoffnung, Aktivität und Wahren der Würde zur Linderung beitragen, außerdem, daß Einsamkeit, Depression, Hoffnungslosigkeit und Angst Schmerzen verstärken können.

Viele Menschen könnten bei Krebs- und anderen Krankheiten, die mit Schmerzen einhergehen, in der Terminalphase von Hospiz-Einrichtungen profitieren, von denen es leider auch nur einige wenige

Vorzeigeeinrichtungen gibt. Zum Glück ist hier jedoch ein leichter Anstieg zu verzeichnen.

Allerdings gibt es qualitätsgesicherte Palliativmedizin immer noch nicht in den Leistungsverzeichnissen der Krankenkassen; sie ist auch im EBM 2000 plus nur als fakultative Leistung der Hausärzte enthalten, obwohl sie zu allen Fachgebieten gehört und obwohl die neue Zusatzbezeichnung Palliativmedizin ebenfalls allen Gebieten zugänglich ist.

Daß einige solcher Hospize mangels Finanzierbarkeit wieder schließen mußten, wurde von der Öffentlichkeit kaum zur Kenntnis genommen, von den Initiatoren jedoch als verletzende Demotivation empfunden.

Die Diskussion um die Sterbehilfe, aktuell besonders durch die in Holland und Belgien legalisierte Tötung auf Verlangen („Euthanasie“) angeregt, zeigt, wie wichtig es ist, Schmerztherapie und Palliativmedizin allen den selbstverständlich verfügbar zu machen, die ihrer bedürfen, nicht nur einer kleinen Minderheit.

### **Ökonomische Aspekte der Schmerztherapie**

Nicht nur aus humanitären, sondern auch ökonomischen Gründen ist bei Akutschmerzen die Prävention der Chronifizierung und der Schmerzkrankheit wichtig. Sinnvoll ist sie z. B. bei perioperativen Schmerzen, bei denen die rechtzeitige Anwendung von Opioid-Analgetika und der Einsatz von Regionalanästhesie-Verfahren Chronifizierungsprozesse verhindert.

Besonders bei Amputationen muß an die Vorbeugung von Stumpf- und Phantomschmerzen gedacht werden.

Nicht einmal diesen wichtigen Bereich der Vorbeugung der Chronifizierung haben die Vertragspartner der Selbstverwaltung im vergangenen Jahr in den neuen EBM aufgenommen. Entsprechende Vorschläge wurden ignoriert.

Bei der Behandlung von Kopfschmerzen jeglicher Art wird der Verzicht auf Mischanalgetika häufig die medikamenteninduzierte Chronifizierungen verhindern.

Es ist bekannt, daß die Gürtelrose sogar bei Einsatz antiviraler Substanzen in einer Häufigkeit von 19 bis 26 Prozent die gefürchtete postzosterische Neuralgie zur Folge hat, die die Betroffenen in der Regel bis zum Lebensende quält. Dieser chronische Schmerz läßt sich in den meisten Fällen durch die Anwendung von Regionalanästhesien in der Akutphase des Zoster verhüten.

Die durch chronische Schmerzen verursachten Kosten für unser Sozialwesen sind beträchtlich. Schmerzpatienten gehören zu den kostenintensivsten unseres Gesundheitssystems. Nach verschiedenen Schätzungen entstehen durch direkte und indirekte Kosten Belastungen von 15 bis 30 Mrd. Euro pro Jahr. Ein großer Teil hiervon könnte durch Präventionsmaßnahmen bei Akutschmerzen und durch effektive Behandlung von chronischen Schmerzen eingespart werden.

Dennoch wird die Basis-Schmerztherapie, die für die Prävention der Chronifizierung immens wichtig ist, von den Krankenkassen nicht gefördert; auch bei den operativen Leistungen ist die perioperative

Schmerztherapie immer noch nicht obligater Bestandteil der Versorgung.

Daß die Behandlung chronisch Schmerzkranker nicht zum gerne gewährten Nulltarif möglich ist oder zu "Honoraren", die nicht oder kaum die Kosten decken, versteht sich von selbst.

Die Pionierzeiten, in denen die Protagonisten der Algesiologie weitgehend auf Vergütung verzichtet haben, sind längst vorbei.

Schmerzpraxen sparen den Kassen erhebliche Summen ein. Allein am Beispiel von vier Behandlungsbereichen, die seit über 2 Jahrzehnten ambulant in Schmerzpraxen durchgeführt werden (Entzugsbehandlung, Zosterbehandlung, erschwerte Einstellung auf Opioid-Analgetika, Regionalanästhesien unter intensivmedizinischen Sicherheitsvorkehrungen), wurde nachgewiesen, daß ein Schmerztherapeut die Krankenkassen um erhebliche Summen entlastet.

Andere Therapiebereiche sparen zusätzlich.

Vielen Kostenträgern ist klar geworden, daß die Kosten der ambulanten Behandlung in keinem Verhältnis zu denen eines Klinikaufenthaltes stehen.

Die Behandlung eines Patienten in der Schmerzpraxis kostet pro Quartal weit weniger als ein einziger Tag im Krankenhaus!

Dennoch werden unzählige Betten in Krankenhäusern heute immer noch mit Patienten belegt, die bei Anwendung aktueller Kenntnisse und Erfahrungen ebenso gut oder besser ambulant behandelt werden könnten.

Ganze Kliniken und Reha-Einrichtungen leben von solchen Mißständen. Hier wird Geld verschwendet, das in anderen Bereichen nicht mehr ausgegeben werden kann.

Auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, dem Algesiologen überall fehlen, stellt hier aus Unkenntnis gelegentlich Weichen in die falsche Richtung.

### **Behandlungserfolge**

Zur Schmerztherapie gehört auch die Erfassung der Ergebnisse. Hierbei muß bedacht werden, daß es sich bei den in Schmerzpraxen behandelten Patienten meist um chronisch Schmerzkranker mit einem Chronifizierungsgrad II bis III (nach Gerbershagen) handelt (bei uns über 70 % mit Grad III). Bei der Auswertung der Patientenangaben zum Behandlungserfolg bei 1569 eigenen Patienten, deren Schmerzen bisher als "therapieresistent" galten, ist die erfreuliche Feststellung zu machen, daß bezüglich der Schmerzlinderung zwei Drittel der Patienten von der Behandlung profitiert haben.

Von den 1569 Patienten bezeichneten die **Schmerzlinderung** als

"gut":	549 Patienten (35%),
"ausreichend":	502 Patienten (32%)
"schlecht":	518 Patienten (33%).

Wenn wir nach der **Lebensqualität** als mindestens ebenso wichtige Aussage gefragt haben, zeigte sich, daß wesentlich mehr Patienten Nutzen aus der Behandlung und Betreuung gezogen haben.

Von den gleichen Patienten bezeichneten die **Lebensqualität** als

"verbessert":	1396 Patienten (89 %)
"unverändert":	173 Patienten (11 %)

Diese Angaben beruhen auf Selbsteinschätzung der Patienten 6 Monate nach Behandlungsbeginn.

Es handelt sich hierbei um unselektionierte Patienten mit verschiedensten Krankheitsbildern.

Es würde nicht unserem Versorgungsauftrag entsprechen, "besonders schwierige" Patienten abzuweisen oder deren Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig zu machen.

Es darf aber nicht verschwiegen werden, daß uns Ärzten diese Vorgehensweise aus wirtschaftlichen Gründen immer schwerer, inzwischen in weiten Bereichen unmöglich gemacht wird.

Auch im Bereich der praxisambulanten Entzugsbehandlung - am Beispiel des Mischanalgetiakentzuges bei chronischen medikamenteninduzierten Dauerkopfschmerzen - sind die Ergebnisse ermutigend.

Ähnliche Ergebnisse gibt es bei Patienten mit z. B. neuropathischen Schmerzen, muskuloskelettalen Schmerzen, aber auch mit Krebschmerzen, bei denen das Absetzen bzw. der Entzug von Medikamenten, die chronifizierungs- und schmerzfördernd wirken, den ersten sinnvollen Behandlungsschritt darstellt.

Auch wenn heute sogar unter mißbräuchlicher Berufung auf Fachgesellschaften versucht wird, die Mischanalgetika wieder „salonfähig“ zu machen, sollte aus algesiologischer Sicht hierauf verzichtet werden, um Patienten die Folgen zu ersparen und das Gesundheitswesen vor den Folgekosten zu schützen.

### **Erfolge der ambulanten Entzugsbehandlung:**

Bei 2091 Patienten, die bei uns zwischen 1982 und 1999 eine solche Entzugsbehandlung durchliefen, waren anschließend

ohne Dauerschmerzen	1485 Patienten (71 %)
deutlich gebessert	397 Patienten (19 %)
unzureichend gebessert	209 Patienten (10 %)
davon 75 Patienten (3,5 %) nicht "drogenfrei", also nicht entzogen.	

Es muß ausdrücklich betont werden, daß es sich um primär schmerzkrankte Patienten handelt, bei denen bestimmte Medikamente die Chronifizierung der Schmerzen begünstigt haben und bei denen ohne erfolgreiche Entzugsbehandlung alle anderen evtl. erfolgversprechenden Behandlungsversuche zum Scheitern verurteilt wä-

ren. Es handelt sich also nicht um Suchtkranke, die einer suchtmittelmedizinischen Betreuung bedürften.

Der Kostenvergleich ambulante – stationäre Entzugsbehandlung fällt eindeutig zugunsten der praxisambulanten aus:

**Kosten der Entzugsbehandlung**

stationär (5.897,00 DM/Fall)*	praxisambulant (300,00 DM/Fall)
12.330.627 DM	637.300 DM

**Ersparnis 1982 - 1999:  
11.693.328 DM,  
entsprechend rund 5,9 Millionen €**

\* Quelle: Angaben der AOK Schleswig-Holstein, 19.9.97

**Erfolge der ambulanten Zoster-Behandlung:**

Bei der Behandlung der Gürtelrose kommt es wegen der hohen Inzidenz der postzosterischen Neuralgie darauf an, in der Akutphase mit Regionalanästhesien unter Einschluß des Sympathicus diese die Patienten oft für den Rest des Lebens belastende primär chronische Schmerzkrankheit zu verhüten.

Die Ergebnisse dieser Behandlung zeigen eine deutliche Verbesserung der Prognose für die Patienten, bei denen diese Behandlung innerhalb der ersten Tage der Akuterkrankung beginnen konnte:

Von 1026 Patienten,  
bei denen die Behandlung innerhalb der ersten 14 Tage der  
akuten Zoster-Erkrankung beginnen konnte,  
behielten lediglich 11 Patienten eine behandlungsbedürftige  
postzosterische Neuralgie

Ohne diese Behandlung hätten mindestens 400 Patienten Schmerzen lange Zeit, wahrscheinlich lebenslang, behalten.

**Qualifikationserfordernisse**

Für die Versorgung Schmerzkranker hat zuerst die Arbeitsgemeinschaft der Schmerztherapeuten 1982 Grundlagen von Qualifikations- und Qualitätsrichtlinien erarbeitet. Diese wurden von den algesiologischen Fachgesellschaften aufgenommen und kontinuierlich weiterentwickelt. Sie haben Eingang in die Schmerztherapievereinbarung (und zum Teil in die 1996 geschaffene Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie") gefunden.

Nur durch gesicherte Qualifikation kann verhindert werden, daß Schmerzpatienten wieder an monodisziplinäre Monotherapien unter falschem Etikett geraten.

Die Qualitätsanforderungen an die Schmerzpraxis sind einmal der Qualifikationsnachweis der Ärzte, der kontinuierlich aufgefrischt wer-

den muß im Sinne der "Continuous Medical Education", außerdem der interdisziplinäre Ansatz in Diagnostik und Therapie.

In der Schmerzpraxis sollten vollzeitlich und ausschließlich Schmerzpatienten behandelt werden. Hierauf müssen Organisation, personelle Ausstattung und Einrichtung ausgerichtet sein.

### **Schmerzzentren**

Zentrale schmerztherapeutische Einrichtungen sollten als Schmerzzentren neben Fort- und Weiterbildung und der Unterstützung von Selbsthilfegruppen regelmäßige Schmerzkonferenzen als Konsiliarorgane der interdisziplinären Kooperation organisieren, die nach außen offen sein müssen.

Die Forderung der zumindest monatlichen Teilnahme an solchen Konferenzen gilt für alle tätigen Schmerztherapeuten.

Immer häufiger bezeichnen sich Praxen oder Ambulanzen als Schmerzzentren, ohne daß hinterfragt wird, ob diese – bisher nicht geschützte – Bezeichnung tatsächlich angebracht ist (rund 850000 Einträge in google). Weder Ärztekammern noch die Fachgesellschaften können die manchmal festzustellende Irreführung der Öffentlichkeit verhindern.

**Einrichtungen, die sich als Schmerzzentrum bezeichnen, müssen diese Kriterien erfüllen:**

#### **Schmerzzentren**

behandeln **ausschließlich** Schmerzkranken,  
wenden **algesiologische Definitionen und Standards** an,  
arbeiten **interdisziplinär**,  
organisieren **Schmerzkonferenzen**,  
organisieren **Qualitätszirkel**,  
veranstalten **Fortbildungsveranstaltungen**,  
unterstützen **Selbsthilfegruppen**.

### **Anforderungen an die Vergütung**

Bisher stehen Anforderungen an Schmerztherapeuten, Problem-schwere der Patienten und Honorierung in einem offensichtlichen Mißverhältnis zueinander - mehr als in jedem anderen Bereich der Medizin. Schmerztherapeuten stehen an der unteren Grenze der Ärzte-Einkommen – unter denen der Hausärzte und der Kinderärzte. Wegen der hohen Investition an Zeit können die Patientenzahlen nur sehr niedrig sein, bis um 300 pro Quartal. Entsprechend niedrig war bisher das Einkommen. Seit 1982 gibt es Schmerzpraxen in Deutschland. Die der Dres. Flöter und Dres. Jungck waren die ersten. Da hier jeweils 2 Personen in eine Familienkasse arbeiteten und arbeiten, bestehen diese Praxen immer noch und betreiben ausschließlich Schmerztherapie.

Es gibt jedoch viele Ärzte, die - gezwungen durch die Verschlechterungen der gesetzlichen Vorgaben und der Gebührenordnungen - den Schwerpunkt ihrer Arbeit von der Schmerztherapie weg- und an-

deren, lukrativeren Aufgaben zugewendet haben, z. B. der Allgemeinmedizin, der Neurologie oder der Anästhesie im operativen Bereich; einige Ärzte haben ihre Schmerzpraxen aus finanziellen Gründen schließen müssen.

Die Kenntnisse dieser Ärzte stehen den Patienten nur noch vermindert oder gar nicht mehr zur Verfügung, weil Schmerztherapie sich nicht trägt. Entsprechend werden auch die Schwerpunkte der persönlichen Weiterbildung anders gewichtet.

Notwendig ist eine pauschalierte Vergütungsform, die sich nach dem Schwere- bzw. Chronifizierungsgrad der Schmerzkrankheit richtet – verknüpft mit Anforderungen an die ärztliche Qualifikation, die personellen und strukturellen Gegebenheiten der Praxis und Qualitätskontrolle. Wir haben solche Vorschläge bereits vor Jahren gemacht. Sie wurden jedoch bisher nicht umgesetzt, obwohl sie den Forderungen nach Gesamtpauschalen entsprechen.

Wir haben seit drei Jahrzehnten den Eindruck, der sich immer mehr zu bestätigen scheint, daß Schmerztherapie, wie sie sich als richtig und nötig erwiesen hat, weder von den Verantwortlichen in der Gesundheitspolitik noch von den Krankenkassen ernsthaft gewollt wird.

Der neue EBM bestätigt diesen negativen Eindruck: Die Umsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V ist mit dem EBM nicht möglich. Einige KVen haben deshalb die alten Regelungen der Schmerztherapievereinbarungen beibehalten, um für Schmerztherapeuten die sonst zu erwartenden Umsatzrückgänge von 30 bis 50 % zu vermeiden. In den Bereichen, in denen solche Lösungen nicht vereinbart wurden, sind die vorausgesagten und dann eingetretenen finanziellen Einbußen existenzgefährdend, so daß einige Kolleginnen und Kollegen ihre Praxen bzw. die Schmerztherapie ganz aufgegeben oder erheblich reduziert haben.

Bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hatte unter dem früheren Vorsitzenden zunächst ein erfreulicher Sinneswandel stattgefunden. Sie hatte sich öffentlich zur Integration der Schmerztherapie in die vertragsärztliche Versorgung bekannt („Zitat der Woche“ vom 11.10.2003: *„Schmerzranke Patienten müssen ausreichend versorgt werden und zwar flächendeckend in ganz Deutschland.“* Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Erster Vorsitzender der KBV). Sie hat die Kassen am 10.10.2003 öffentlich aufgefordert, *„die weiterentwickelte schmerztherapeutische Versorgung allen gesetzlich Versicherten zugänglich zu machen“*. Die Krankenkassen sind der Aufforderung, hierzu *„endlich die Voraussetzungen zu schaffen“*, bisher leider immer noch nicht nachgekommen. Den Nachteil haben weiterhin die Patientinnen und Patienten, die unter chronischen Schmerzen leiden. Der jetzige Vorstand der KBV hat – aus welchen Gründen auch immer – die Schmerztherapie weitgehend aus dem EBM herausgehalten. Schmerzpraxen wurde die ohnehin schmale wirtschaftliche Basis entzogen. Die Hilfsaktionen regionaler KVen sind leider nur auf wenige KVen begrenzt. Für chronisch schmerzranke Patientinnen und Patienten zeichnet sich seit dem 2. Quartal 2005 eine noch schlech-

tere Versorgungssituation als bisher ab. Alternativen sind kaum in Sicht.

Da Schmerzpatienten persönliche Zuwendung benötigen und ihr Vertrauen schwierig zu gewinnen und zu erhalten ist, wäre die Betreuung in Krankenhausambulanzen mit dem nicht zu vermeidenden ständigen Wechsel der betreuenden Ärzte die schlechtere (und sicher wesentlich teurere) Versorgungslösung. Auch wenn Polikliniken mit ihren niedrigen, aber ebenfalls die Kosten nicht deckenden Behandlungspauschalen auf den ersten Blick als die „billigste“ Lösung erscheinen, muß doch bedacht werden, daß die Personal-, Investitions- und laufenden Kosten irgendwie aufgebracht werden müssen. Eine Subventionierung durch lukrativere Abteilungen ist nach den geltenden rechtlichen Vorgaben nicht mehr möglich.

Versuche, Verträge mit Krankenkassen zur Integrierten Versorgung von chronisch Schmerzkranken abzuschließen, sind fast ausnahmslos am fehlenden Interesse der Kassen gescheitert.

Vielfach wird immer noch die Existenz von chronischen Schmerzkrankheiten abgestritten, damit auch die Notwendigkeit der Förderung existierender bzw. zu schaffender Versorgungseinrichtungen.

Die geforderte Verschlüsselung aller Diagnosen nach ICD krankt daran, daß in den Verzeichnissen viele Schmerzsyndrome nicht vorkommen, auch die unterschiedlichen Chronifizierungsstadien können nicht abgebildet werden. Die Morbiditätsstatistik, die aus den ICD-Ziffern erstellt werden soll, wird deshalb ein völlig unzutreffendes Bild über die Epidemiologie geben. Die bereits zitierte Antwort der Bundesregierung (1996) auf eine Kleine Anfrage sagt deutlich „Die Internationale Klassifikation der Krankheiten kennt den Begriff ‚Schmerzkrankheit‘ nicht.“ Deshalb kommt er in den offiziellen Morbiditätsstatistiken nicht vor. Bei den ICD-Kodierungen hat es einen ersten bescheidenen Erfolg der Bemühungen um Aktualisierung gegeben. Mit der 10. Revision des Verzeichnisses wurde die Kodierung F62.80 – „Persönlichkeitsveränderungen bei chronischem Schmerzsyndrom“ - aufgenommen. Der Begriff der Schmerzkrankheit fehlt aber immer noch.

Eine positive Änderung hat es auch im Bereich der DRGs gegeben. Hier sind im Jahr 2004 – als guter erster Schritt – 4 schmerzbezogene DRGs eingeführt worden, die

multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen

- des Nervensystems,
- des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes,
- bei psychischen Störungen und
- bei Störungen, die den Gesundheitszustand beeinflussen

enthalten. Nach Ansicht der zuständigen DGSS-Kommission sind hiermit „erfahrungsgemäß ca. 80 % der Patienten in der stationären (und später auch der teilstationären) Schmerztherapie abzubilden... Für diese DRGs müssen die Kriterien der Diagnose F62.80 (s. o.) als Nebendiagnose und/oder die Kriterien der multimodalen Schmerztherapie 8-918 zutreffen“. Aber auch hier sucht man den Begriff der chronischen Schmerzkrankheit vergebens.



### **Forderungen für die Zukunft**

Schmerzpatienten müssen endlich in unser Gesundheitswesen integriert werden. Zur praktizierten Ausgrenzung fehlen jegliche ethischen und rechtlichen Grundlagen. Das Bekenntnis zur Versorgung chronisch Schmerzkranker als gemeinsame Aufgabe von Ärzten und Krankenkassen ist längst überfällig. Die Gesundheitspolitik, die Kostenträger, die Landesorganisationen und die Organe der Selbstverwaltung sind aufgefordert, die Schmerztherapie in das bestehende Gesundheitswesen zu integrieren. Die KBV und die Krankenkassen, die sich der Schmerztherapie immer noch verweigern, sollten ihre Positionen revidieren, um auch chronisch Schmerzkranken angemessene Versorgung zukommen zu lassen.

Die Vergütung der ambulanten und stationären Behandlung chronisch Schmerzkranker muß dem Schweregrad der Krankheiten und den Anforderungen an Schmerztherapeuten angepaßt werden.

Die Gefahr, daß bei den anstehenden Reformen Schmerzpatienten nicht nur ausgegrenzt bleiben, sondern noch weiter benachteiligt werden, muß energisch abgewendet werden.

Es ist bezeichnend, daß in den Gesetzentwürfen zur „Gesundheitsreform“ Schmerztherapie nur im Zusammenhang mit der Palliativmedizin vorkommt (Entwurf zur Änderung des § 37 b des SGB V im Gesetzentwurf). Daß es Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen gibt, deren Lebenserwartung nicht oder ausschließlich durch die Suizidalität eingeschränkt ist, ist zumindest nicht bis in Gesetzesvorlagen vorgedrungen. Ob es als Fortschritt zu werten ist, daß zumindest die „allgemeine Schmerztherapie“ als Aufgabe (nur) des Hausarztes festgeschrieben werden soll, wenn alle anderen brennenden Fragen der Versorgung von Schmerzkranken offen bleiben?

Das goldene Kalb „Beitragssatzstabilität“ bzw. die Forderung nach Senkung der Kosten im Gesundheitswesen darf nicht bedeuten, daß die Unterversorgung von Schmerzpatienten festgeschrieben wird. Hier sind intelligentere Lösungen gefragt.

Es ist zu hoffen und zu wünschen, aber auch zu fordern, daß die Versorgung von chronisch Schmerzkranken in Zukunft genauso selbstverständlich wird, wie sie bisher für alle anderen Chronischkranken war.

**Schmerzkranken haben ein Recht auf angemessene Behandlung. Die Gesundheitspolitik ist dazu da, ihnen dieses Recht nicht nur zu versprechen, sondern auch zu verschaffen. Sie hat dafür zu sorgen, daß algesiologische Versorgung nicht nur für einen Teil der Schmerzkranken verfügbar ist.**

**Daß die Gesundheitspolitik dem Versagen der Selbstverwaltung in diesem Bereich seit mehr als 2 Jahrzehnten untätig zuschaut, darf nicht so bleiben. Die Gesundheitspolitik hat dafür zu sorgen, daß diese Patientinnen und Patienten versorgt werden können.**

**Die Verantwortlichen in KBV und Spitzenverbänden der Krankenversicherung und die Bundesregierung müssen endlich ihrer Pflicht zur Versorgung der Schmerzkranken nachkommen.**

## Literatur

Bellach, B.M., U. Ellert u. M. Radoschewski (2000): Epidemiologie des Schmerzes - Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 43, 424

Bundesärztekammer (Bekanntmachung, 1996): Einführung von Bereich und Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie. Dt. Ärzteblatt (A) 93, 25, 1709

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung und Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg., 2000): Ärztliche Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement, 2. Aufl.. [www.baek.de](http://www.baek.de)

Bundesministerium für Forschung und Technologie (2001): Chronischer Schmerz. Ergebnisse der Forschung verbessern die Versorgung der Patienten. BMBF, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Bonn

Bundesregierung (1996): Antwort auf die Kleine Anfrage der Abg. Manfred Schmidbauer u. a. und der Fraktion der SPD betr. „Schmerztherapeutische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland“. Bundestags-Drucksache 13/5867

Bundesregierung (2003): Antwort auf die Kleine Anfrage der Abg. Dr. Dieter Thomae u. a. und der Fraktion der FDP betr. „Adäquate Versorgung von Schmerzpatienten“ . Bundestags-Drucksache 15/2295

Buschmann, P. (2001): Kostenanalyse von Schmerzerkrankungen in Schleswig-Holstein. Schmerz 15, 99

Deutscher Bundestag - Drucksache 15/5858, 22. 06. 2005 - Zwischenbericht der Enquete-Kommission Ethik und Recht der modernen Medizin: Verbesserung der Versorgung Schwerstkranker und Sterbender in Deutschland durch Palliativmedizin und Hospizarbeit

Eckmann, A. (1999): Die Schmerztherapie aus der Sicht einer BKK. Die BKK 11/99, 501

Eckpunkte zu einer Gesundheitsreform 2006, Bundesregierung, Stand 04.07.2006

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV. Arbeitsentwurf des Bundesministerium für Gesundheit, Stand 25.09.2006

Europäische Schmerzstudie 2003: [http://www.napsonline.de/Downloads/OrigDoku/031016\\_Schmerz.pdf](http://www.napsonline.de/Downloads/OrigDoku/031016_Schmerz.pdf)

Flöter, T. (1985): Therapie chronischer Schmerzzustände. MMW 127, 812

Flöter, T. (1986): Volkswirtschaftliche Aspekte chronischen Schmerzes. Vortrag Ärztliche Akademie Bad Nauheim.

Flöter, T. und Zimmermann, M. (Hrsg., 2003): Der multimorbide Schmerzpatient. Thieme-Verlag, Stuttgart und New York

- Göbel, H. u. P. Buschmann (Hrsg., 1999): Schmerztherapie in Deutschland: Status und Perspektiven. AOK Schleswig-Holstein
- Ingenhag, W. (1999): Chronische Schmerzen. Die BKK 11/99, 477
- Jungck D. u. E. S. Jungck (1991); Chronisch Schmerzkrankte in der kassenärztlichen Schmerzpraxis. Rheuma, Schmerz und Entzündung 11, 41
- Jungck, E. S. u. D. Jungck (1991): Ambulante Behandlung von chronischen Schmerzpatienten. Z. Allg. Med. 67, 1822
- Jungck, D. (1996): Aktueller Stand der Algesiologie. Therapiewoche 12, 638
- Jungck, D. (1998): Algesiologie. In: T. Flöter (Hrsg.): Grundlagen der Schmerztherapie. Urban und Vogel, München
- Jungck, D. et al. (1992): Empfehlungen zur Anwendung zentral wirksamer Analgetika. SCHMERZtherapeutisches Kolloquium 8, Sonderausgabe 1/1992, 9
- Jungck, D. (1991): Versorgungsdefizite bei Patienten mit opioidpflichtigen Schmerzen. Deutsche Apotheker Zeitung 132, 25
- Jungck, E. S. u. D. Jungck (1999): Qualifizierte Schmerzpraxen sparen Kosten. StK 15, 2, 9
- Jungck, D. (1999): Selbstmordgefahr von Schmerzkranken unterschätzt. StK 15, 2, 12
- Jungck, D. (2003): Der multimorbide Schmerzpatient. In: Der multimorbide Schmerzpatient, Hrsg. Flöter, T. und Zimmermann, M. Thieme-Verlag, Stuttgart und New York
- Jungck, D. (2003): Das gutachtenbedingte Psychosyndrom. In: Der multimorbide Schmerzpatient, Hrsg. Flöter, T. und Zimmermann, M. Thieme-Verlag, Stuttgart und New York
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997): Anlage 12 zum Arzt-/Ersatzkassenvertrag: Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten. Neufassung zum 1.7.1997
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2001): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Oktober 2001
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2001): Liste der Zeitprofile für ärztliche Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). [www.kbv.de](http://www.kbv.de)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2005): EBM 2000 plus. Stand 07.10.2005. [www.ebm2000plus.de](http://www.ebm2000plus.de)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2005): Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)
- Kellermann, D. (1999): Schmerz: Betroffenheit und Informationsdefizite. Die BKK 11/99, 481
- Kraushaar, H.-G. (1986): Stichprobe Schmerztherapie der AOK Frankfurt, Einsparungen durch kassenärztliche Schmerztherapie. Vortrag Ärztliche Akademie Bad Nauheim
- Kutzer, K. (1991) Recht auf Schmerzbehandlung. Schmerz 5, 53

Pongratz, W., Hrsg. (1985): Therapie chronischer Schmerzzustände in der Praxis. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo

Saller, R. u. D. Hellenbrecht (1991): Schmerzen - Therapie in Praxis und Klinik, Pharmakotherapie, Physikalische Therapie. Marseille Verlag, München

Schach, H., F. W., Schwartz u. H. E. Kerek-Bodden (1989): Die EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Dt. Ärzte-Verlag Köln

Schwartz, F. W. et al. (2000/2001): Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über- Unter- und Fehlversorgung.. [www.svr.de](http://www.svr.de)

Müller-Schwefe. G. (Hrsg., 2001): Schmerztherapieführer Deutschland. SCHMERZtherapeutisches Kolloquium, Kronberg

Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin, Hrsg. Autoren: U. Fuhr, H. Göbel, U. Hankemeier, D. Jungck, L. Radbruch, L. Sause, M. Schwalb. 1991): Leitlinien-Clearing-Bericht „Schmerztherapie bei Tumorpatienten“. W. Zuckschwerdt Verlag, München, Bern, Wien, New York

Zimmermann, M. u. H. Seemann (1985): Expertise zur Lage der Schmerzforschung und zur Versorgungslage chronischer Schmerzpatienten in der Bundesrepublik Deutschland. Universität Heidelberg

Zimmermann, M. u. H. Seemann (1986): Der Schmerz. Ein vernachlässigtes Gebiet der Medizin. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo

Zimmermann, M. (1994): Epidemiologie des Schmerzes. Internist 35, 2

Zimmermann, M. (2000): Epidemiologie des Schmerzes. Schmerz 14, 67

Zimmermann, M. (2001): Die Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen. Defizite und Zukunftsperspektiven. Schmerz 15, 85