

Dr. med. Dietrich Jungck

DIE LAGE DER SCHMERZTHERAPIE IN DEUTSCHLAND

Hamburg

Aktualisierte Fassung
(begonnen 1998)

Stand: September 2008



© Dr. med. Dietrich Jungck
Facharzt für Anästhesie - Spezielle Schmerztherapie
Schmerzzentrum Hamburg (E. S. Jungck und D. Jungck)
(gegründet 1982)

Präsident des
Verbandes Deutscher Ärzte für Algesiologie -
Berufsverband Deutscher Schmerztherapeuten e. V.
(gegründet 1988)

Leiter des SCHMERZtherapeutischen Kolloquiums Hamburg

Jakobikirchhof 9
20095 Hamburg

Tel. 040-330909, Fax 040-335744
E-Mail: jungck.hh@t-online.de
www.schmerzzentrum-hamburg.de
www.vdaea.de

Inhalt:

Fotos von Schmerzkranken	I – III
Unterschiede zwischen akuten und chronischen Schmerzen	1
Definition der Schmerzkrankheit	2
Epidemiologie chronischer Schmerzen – vorhandene Einrichtungen	2
Ende der Fortschreibung des Versorgungsmangels	5
Gründe für den bisherigen Versorgungsmangel	6
Praxisambulante Behandlung für Schmerzpatienten mit abgestufter Versorgung	13
Notwendige Aus- und Weiterbildung	14
Schmerztherapievereinbarungen (1991 bis 2005)	16
Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V	18
Merkmale der Schmerzkranken	19
Besonderheiten der Schmerztherapie	20
Entzugsbehandlung praxisambulant	21
Schmerz-Selbsthilfe-Gruppen	22
Organisatorischer Ablauf am Beispiel unserer Praxis	22
Schmerzsyndrome	23
Behandlungsziele	24
Psychosoziale Auswirkungen chronischer Schmerzen	25
Typischer Schmerzpatient und Problemschwere	26
Notwendige Behandlungsstrategien	26
Behandlungsverfahren und Therapiekonzepte	27
Schmerzkonferenzen	28
Opioidpflichtige Schmerzen	29
Internationaler Vergleich	30
Beispiel eines Verfahrens zur Selbstbehandlung	31
Akupunktur	31

Ethische Aspekte der Schmerzbehandlung	32
Ökonomische Aspekte der Schmerztherapie	33
Behandlungserfolge	35
Qualifikationserfordernisse	37
Schmerzzentren	37
Anforderungen an die Vergütung	38
Forderungen für die Zukunft	40
Literatur	43

Um welche Patientinnen und Patienten geht es bei der Versorgung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V:
Um chronisch **Schmerz**ranke! - Hier einige Bilder:







DIE LAGE DER SCHMERZTHERAPIE IN DEUTSCHLAND

STAND: SEPTEMBER 2008

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. Deren Umsetzung ist in den früheren Jahren wegen fehlender Aktivitäten der Krankenkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung und wegen des fehlenden politischen Willens nicht möglich gewesen. Die Versorgung chronisch Schmerzkranker ist deshalb nicht einmal ansatzweise gewährleistet gewesen. Diese Patienten wurden ausgegrenzt, obwohl Therapiemöglichkeiten vorhanden gewesen wären. Jetzt zeichnet sich mit der Neuordnung der Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung die von KBV und uns gewollte Wende ab.

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 eher kurzen Zeit verschwinden.

Schmerzen werden chronisch, wenn sie länger andauern, als wir für die Heilung erfahrungsgemäß 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.

Eine zeitliche Begrenzung, ab wann Schmerzen chronisch werden, ist nicht sinnvoll. Die verschiedenen veröffentlichten Angaben, z. B. 3

oder 6 Monate bestehende Schmerzen, sind nicht hilfreich; die Chronifizierung kann wesentlich früher beginnen, der Übergang in chronische Schmerzen wesentlich zeitiger einsetzen.

Eine Prävention der Chronifizierung, die erst nach Monaten einsetzt, kommt oft zu spät.

Definition der Schmerzkrankheit

Chronischer Schmerz kann zur eigenständigen Schmerzkrankheit werden, die neben den organischen auch durch die konsekutiven psychosozialen Veränderungen und weitere Folgeschäden definiert ist und das ganze Leben des Patienten mit seinen sozialen Beziehungen bestimmt. Die chronische Schmerzkrankheit behindert den Patienten erheblich. Sein Lebensvollzug ist in vielen oder allen Bereichen beeinträchtigt.

Beeinträchtigungen durch chronische Schmerzen:

Beruf/Haushalt	körperliche Unternehmungen
geistige Fähigkeiten	Mobilität
Lebensfreude	Antrieb
Sexualität	Schlaf
Soziale Beziehungen	Finanzen
Appetit	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 trotz mehrerer „Gesundheitsreformen“ erst seit 2008 langsam umgesetzt.. Auch die neueste „Reform“, die zum 1. April 2007 in Kraft getreten ist, das „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“, hat für Schmerzranke nichts gebracht. Wieder ist eine Chance ungenutzt geblieben.

Da dieses Gesetz hauptsächlich Einsparungen zum Ziel hat (2,1 Milliarden Euro/Jahr) und durch zusätzliche, immer weiter überbordende Bürokratie der unmittelbaren Patientenversorgung immer mehr Geld entzieht, ist auch nicht zu erwarten, daß un- bzw. unterversorgte Bereiche endlich berücksichtigt werden – mit nur wenigen Ausnahmen. Auch die weitere Öffnung der Patientenversorgung für gewinnorientierte Investoren erscheint bedenklich: Wie sollen Erwartungen an Gewinnmaximierung und Qualität der Betreuung in Einklang gebracht werden?

Epidemiologie chronischer Schmerzen – vorhandene Einrichtungen

In Deutschland gibt es nach den vorliegenden Erhebungen zahlreiche Patienten mit chronischen Schmerzen. Erste Untersuchungen

wurden 1984 im Auftrag der Bundesregierung durch H. Seemann und M. Zimmermann durchgeführt; 1991 wurden die Zahlen von E. S. und D. Jungck auf den nach der Wiedervereinigung aktuellen Stand gebracht.

Erhebungen und Umfragen der letzten Jahre (z. B. Gesundheitssurvey 1998) haben gezeigt, daß die Zahl der Patienten mit chronischen Schmerzen auf rund 11 Millionen angestiegen sein soll. 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 11 Millionen	mit problematischen chronischen Schmerzkrankheiten bis 960.000

Versorgungsstufe: Hausarzt	Algesiologe
Hausarzt/Facharzt mit schmerztherapeutischer Basisqualifikation	

Nach der europäischen Schmerzstudie (Oktober 2003) habe sogar jeder dritte deutsche Erwachsene chronische Schmerzen.

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.*“

Aber in anderen Verlautbarungen geht die Bundesregierung bzw. das Bundesgesundheitsministerium immer noch von den Zahlen von vor der Wiedervereinigung aus. So hat z. B. der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium noch am 12.10.2006 in seinem Festvortrag beim Deutschen Schmerzkongreß in Berlin von „ca. 5 Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen“ gesprochen. Das ist die längst überholte Zahl, die 1985 zutreffend war, als Zimmermann und Seemann ihre „Expertise zur Lage der Schmerzforschung und zur Versorgungslage chronischer Schmerzpatienten in der Bundesrepublik Deutschland“ veröffentlicht haben, die auf Erhebungen aus dem Jahr 1984 beruhte. In der Zwischenzeit hat es bekanntlich die Wiedervereinigung gegeben, außerdem einen kontinuierlichen Anstieg der Inzidenz chronischer Schmerzen.

„*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).

Das „Statistische Jahrbuch Gesundheit 2005“ des Bundesgesundheitsministeriums kennt chronische Schmerzen nicht; auch in der aktuellen „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ vom Juli 2006, für die das Bundesgesundheitsministerium die politische Verantwortung trägt, kommen chronische Schmerzkrankheiten wieder überhaupt nicht vor, obwohl sie ein zentrales gesundheitliches Problem darstellen.

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 – auch und besonders unter dem Gesichtspunkt der Prävention der Chronifizierung. 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 Schmerzkrankheiten leiden.

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

Im Jahr 2008 stehen in **Deutschland lediglich rund 450 solcher Einrichtungen** (laut „Schmerztherapieführer Deutschland 2008“) zur Verfügung, also nicht einmal 20 Prozent des Bedarfs (unter der Voraussetzung, daß in diesen Einrichtungen ausschließlich Schmerzkranken versorgt würden, was immer seltener der Fall ist). 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 in den letzten Jahren zwangsläufig umorientieren müssen

Auch klinikambulante und stationäre schmerztherapeutische Einrichtungen, die ausschließlich Schmerzkranken zur Verfügung stehen, finden sich nur sporadisch. Auch hier ist ein Abbau festzustellen.

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

Andere Erhebungen, die auf höhere Versorgungszahlen kommen, z. B. die aus diesem Jahr von Kayser et al., zählen als schmerzthera-

peutische Einrichtungen alle, die sich selbst als solche bezeichnen. Hier werden auch solche mitgezählt, die nur Monotherapien bieten, außerdem solche, die nur stundenweise zur Verfügung stehen, auch viele, die weder die gemeinsamen Vorgaben der Fachgesellschaften erfüllen, noch die der KBV bzw. der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten. Lediglich 33,1 % der bei dieser Umfrage antwortenden Ärzte nehmen an mindestens 10 Schmerzkonferenzen (mit Protokoll) pro Jahr teil. Mehr als ein Viertel der Befragten beschäftigten kein Assistenzpersonal. Nach Beschäftigung von Algesiologischen FachassistentInnen wurde nicht gefragt. So wird wieder eine Versorgung behauptet, die real nicht nachzuvollziehen ist. In die auf den ersten Blick hohe Zahl vom 443931 Schmerzpatienten pro Jahr, die in 526 Einrichtungen behandelt werden, gehen viele Patienten mit niederen Chronifizierungsstadien mit ein. Mitgezählt werden auch Patienten, die keine chronische Schmerzkrankheit haben, so daß von den angenommenen 900.000 in Wirklichkeit wesentlich weniger versorgt werden. Dennoch zeigt auch diese Arbeit deutlich, daß es viel zu wenig schmerztherapeutische Einrichtungen gibt, die die Qualitäts- und Qualifikationsvorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten einzuhalten in der Lage sind. In dieser Arbeit wird auf die auf der Hand liegenden Gründe der Unterversorgung und auf politisch gewollte unterschiedliche Möglichkeiten der Versorgung im Krankenhaus und in der Praxis nicht eingegangen. So wird z. B. Biofeedback als Behandlungsmethode am Krankenhaus genannt, aber nicht erwähnt, daß dieses Verfahren in der ärztlichen und psychologischen Praxis von den Kassen nicht anerkannt ist. Auch die Beschäftigung von z. B. Sozialarbeitern ist mangels Finanzierbarkeit in Praxen nicht möglich. Unsere eigenen Erfahrungen diesbezüglich sind negativ; wir konnten unsere Sozialarbeiterin vor Jahren nicht weiter beschäftigen, weil die von Kassen in Aussicht gestellte Bezahlung ausblieb. In dieser Arbeit fehlt auch das Eingehen auf fehlende oder unzureichende Abrechnungsmöglichkeiten, obwohl dies ein wesentlicher Grund für das Versorgungsdefizit ist. Eine der Erklärungsmöglichkeiten ist, daß die Autoren nicht von der ausschließlichen Arbeit mit chronisch Schmerzkranken leben müssen.

Ende der Fortschreibung des Versorgungsmangels

Seit der Feststellung des ungedeckten Bedarfs im Jahr 1984, also seit 24 Jahren, hat sich die Versorgung der chronisch Schmerzkranken wohl verbessert. Die Beteuerungen von Seiten der Politiker, der Ärztfunktionäre und der Krankenkassen, man werde sich für die vielen Schmerzkranken einsetzen, lassen nun langsam entsprechende Taten erkennen.

Die jüngsten Aktivitäten der KBV lassen erhoffen und erwarten, daß Schmerzkranken und Algesiologen endlich angemessen berücksichtigt werden.

Die Versorgung von Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen im Krankenhaus läßt ebenfalls noch sehr zu wünschen übrig. Beispielsweise liegt die perioperative Schmerzlinderung vielerorts in Argen, obwohl sich in diesem Bereich allmählich ein Bewußtseinswandel vollzieht. Vernünftige, physiologisch und pharmakologisch begründete Therapieschemata werden zunehmend angewandt – und wohl auch nur immer mehr gekannt bzw. gekonnt. Schmerzmessung ist im Krankenhaus heute noch die Ausnahme. Die Krankenhäuser, die sich neuerdings als „schmerzfrees Krankenhaus“ bezeichnen, müssen noch nachweisen, daß sie diese (irreführende) Bezeichnung auch verdienen.

Gründe für den bisherigen Versorgungsmangel

Die seit 1984 bekannten Defizite lassen sich nur zum Teil mit dem Mangel an qualifizierten Ärzten erklären. Die Allgemeinheit nimmt die Betroffenen kaum wahr. Schmerzen sind Privatsache, das Aushalten wird erwartet. Die Gesundheitspolitik hat Schmerzranke und Schmerzärzte bisher im Stich gelassen.

Neben der immer noch zu geringen Beachtung der Schmerztherapie in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung ist die fehlende wirtschaftliche Absicherung ein Hauptgrund für den Versorgungsmangel:

Für zeit- und zuwendungsintensive Behandlung und damit vergleichsweise geringe Patientenzahlen fehlt die materielle Existenzgrundlage. Maximale Problemschwere und minimale Bezahlung stehen in offensichtlichem Mißverhältnis zueinander.

Der vorige EBM (EBM 2000plus, gültig vom 1. April 2005 bis 31. Dezember 2007) hatte die Situation erheblich verschlechtert.

Der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene EBM (EBM 2008) ist demgegenüber ein deutlicher Fortschritt. Im Kapitel „30.7 Schmerztherapie“ wurden eine versorgungsspezifische Grundpauschale (EBM-Nr. 30700) und eine Zusatzpauschale (Nr. 30702) im Rahmen der Versorgung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V eingeführt. Dieses neue Kapitel geht erstmals auf die Spezialpraxen ein, die weit überwiegend oder ausschließlich chronisch Schmerzranke betreuen. Für solche Praxen gibt es einen geringen Zuschlag für den zusätzlichen Aufwand (Nr. 30704), der an die Erfüllung verschiedener Bedingungen geknüpft ist. Die ersten Rückmeldungen nach der Abrechnung für das 1. Quartal 2008 zeigen für reine Schmerzpraxen einen Honoraranstieg.

Es sind weitere Anstrengungen nötig, um essentielle Bestandteile der Schmerztherapie in den EBM aufzunehmen. Bisher sind nicht einmal Untersuchungen abrechnungsfähig. Die Schmerztherapie ist wohl der einzige Bereich der vertragsärztlichen Medizin, dem keine Abrechnungsmöglichkeiten zu notwendigen Untersuchungen zur Verfügung stehen.

Leider sind auch die Regelleistungsvolumina, die dem Arzt Höchstgrenzen der Abrechnung vorgeben, in den meisten KV-Bereichen nicht angepaßt worden, so daß die von der KBV beabsichtigten Ver-

besserungen nicht umgesetzt werden – aus welchen Gründen auch immer. In manchen KVen wurden sogar frühere Härtefallregelungen ausgesetzt, was zusammen für etliche Kollegen sehr nachteilige Auswirkungen hat.

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. Nach dem EBM sind sie auf 300 begrenzt. Sie können bei gewissenhafter Arbeit nicht höher sein. Schmerztherapie ist eine klassische Betreuungsmedizin. Es muß noch einmal betont werden, daß es hierbei ausschließlich um die chronisch Schmerzkranken mit hohen und höchsten Chronifizierungsstadien geht (s. auch Seiten I bis III).

Gründe für die Unterversorgung

- **Ausbildungslücken im Medizinstudium:** Schmerzdiagnostik und Therapie akuter und chronischer Schmerzen werden im Studium nicht gelehrt und damit nicht gelernt. Es gibt keine Pflichtveranstaltungen. Das Erteilen der Approbation wird nicht von solchen Kenntnissen abhängig gemacht. Die neue Initiative der DGSS für die Aufnahme ins Medizinstudium ist zu begrüßen.
- **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 der Schmerztherapie die Facharztprüfung.
- **Forschungsdefizite über chronischen Schmerz:** Obwohl die 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 zu Lasten von Zuhören, Zuhwendung und Gesprächen 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, besonders chronischer. Das wiederholte 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 Ärztefunktionären, 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. Die wenigen, die sich des Problems annehmen oder annehmen wollen, werden nicht angehört.

- **Mangel an ausreichend qualifizierten Ärzten:** Die Vernachlässigung durch Gesundheitspolitik, Kassen und Landesorganisationen 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 (wir hoffen, daß der EBM 2008 hier positive Veränderungen initiiert). Die derzeitige Misere hat dazu geführt, daß sich die Versorgungsdefizite weiter verschlimmert haben. Bestehende Lücken können nicht geschlossen werden. Für die durch Insolvenz, Frustration oder aus Altersgründen ausscheidenden Algesiologen gibt es keinen Nachwuchs. Die Lücken werden größer. Die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) verzeichnet immer weniger Mitglieder, die sich der Mühe unterziehen, ihre algesiologische Qualifikation nachzuweisen. Von 70 Ärztinnen und Ärzten im Jahr 2000 ist deren Zahl auf 28 im Jahr 2005 zurückgegangen. Danach sind keine Zahlen mehr veröffentlicht worden.
- **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 in den Grundpauschalen enthalten, die aber die Grundleistungen der Algesiologie nicht abbildet. Schmerzkongresse als institutionalisierte Organe der interdisziplinären Kooperation sind zwar gefordert, werden aber nicht vergütet. Nicht einmal die Kosten werden erstattet. Die Gebühr für „schmerztherapeutische Fallkongresse“ (Nr. 30706) ist für 5 Minuten kalkuliert, obwohl die Schmerzkongresse pro Patient um eine Stunde dauern (ohne Vor- und Nachbereitung).
- **Fehlende wirtschaftliche Basis algesiologischer Tätigkeit:** Alle Bemühungen, die Schmerztherapie auf eine wirtschaftliche Basis zu stellen, sind in den letzten 25 Jahren weitgehend gescheitert. Eine Grundpauschale für Schmerztherapeuten ist erst zum 1. Januar 2008 eingeführt worden. Es gibt bis heute 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 Schmerztherapievereinbarungen abgelöst hat, wurde trotz Warnungen vor den negativen Folgen nicht sachgerecht in den EBM umgesetzt; der EBM macht die sinnvolle Behandlung chronisch Schmerzkranker immer noch nicht möglich. Die Honorierung bleibt weit hinter den

wirtschaftlichen Erfordernissen und weit hinter den Honoraren anderer Fachgebiete und Spezialpraxen zurück. Zwangsläufige Folge ist: Die Versorgung chronisch Schmerzkranker kann nicht sichergestellt werden.

- **Unzureichende Abbildung der Schmerztherapie in den Leistungsverzeichnissen:** Im EBM 2000plus (2005) kamen schmerztherapeutische Leistungen lediglich als Anästhesieleistungen vor – und diese nicht einmal qualitätsgesichert und unverständlicherweise zu Honoraren weit unter denen für Anästhesien zu Eingriffen. Das ist im neuen EBM so geblieben. Immer noch wird Schmerztherapie fälschlicherweise mit dem Verabreichen von regionalen Anästhesien gleichgesetzt. Essentielle algesiologische Leistungen fehlen völlig. Jetzt gibt es allerdings endlich eine - ebenfalls unzureichend bewertete - Position für „Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie“ (EBM-Nr. 30708) als erste spezifische Gesprächsleistung, aber nicht einmal eine Untersuchung.
- **Vermischung von Patienten mit symptomatischen oder chronischen Schmerzen niedriger Chronifizierungsstadien mit Schmerzkranken:** In algesiologischen Spezialpraxen werden chronisch Schmerzkranker in hohen Chronifizierungsstadien betreut. Bei diesen Patienten liegt mehrheitlich der Chronifizierungsgrad III nach GERBERSHAGEN vor (in der eigenen Praxis über 85 %), die anderen sind dem Chronifizierungsstadium II zuzuordnen. Patienten im Chronifizierungsstadium I finden sich in Schmerzpraxen nicht. Es wurde und wird von einzelnen KVen und Kassen toleriert, daß auch Patientinnen und Patienten, die nicht als chronisch Schmerzkranker im Sinne der Schmerztherapievereinbarung bzw. Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V anzusehen sind, nach den Regularien dieser Verträge abgerechnet werden, obwohl der erhöhte Betreuungsaufwand nicht anfällt und deren Inhalte nicht erfüllt werden. Begründet wird dies vielfach damit, daß sich sonst die Praxis nicht trage... Auch die in manchen Regionen abgeschlossenen Verträge zur Integrierten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen vermischen Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen, wenden sich an Kranke mit 3- bis 6-monatiger Anamnese. Sie lassen Schmerzkranker mit hohen Chronifizierungsstadien unberücksichtigt, beeinflussen deren Versorgung aber dadurch negativ, daß sie auf Grund der deutlich besseren Vergütung Ressourcen für die Bedienung dieser Verträge abziehen.
- **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. Die Ablösung (bzw. Umetikettierung) der Budgets durch Richtgrößen oder ähnliche, rein fiskalisch begründete Rationierungsmaßnahmen hat an dieser Problematik prinzipiell nichts ge-

ändert, dem einzelnen Arzt jedoch einen enormen Rechtfertigungszwang, Kosten und bürokratische Belastungen auferlegt. Die Reglementierung von anderen Leistungen im Heilmittelverzeichnis ab Juli 2004 berücksichtigt die besonderen Erfordernisse der Schmerztherapie ebenfalls nicht ausreichend. Vermehrte Zahlungen und Übernahme der Kosten für nicht verschreibungspflichtige Arzneien treffen Chronischkranke besonders. So werden notwendige Beitragserhöhungen ausschließlich auf Kranke verschoben. Immer mehr Geld wird zugunsten einer überbordenden Bürokratie und Kontrollsucht von der Patientenversorgung abgezogen. Immer mehr kostenzehrende Gremien, die die Ärzte drangsalieren, werden geschaffen.

- **Rabattverträge:** Diese Geheimverträge zwischen jeder einzelnen Kasse und Arzneimittelfirmen haben zur Folge, daß wir Ärzte keinen Einfluß mehr darauf haben, von welcher Firma unsere Patienten ihr verordnetes Medikament bekommen. Es kann also passieren, daß Patienten, die z. B. auf retardierte Opioidanalgetika eingestellt sind, solche mit unretardierten Bestandteilen erhalten und/oder solche, deren Wirkdauer und analgetische Wirkung nicht dem Präparat entspricht, mit dem die Einstellung erfolgt ist, so daß wegen Verschlechterung der Situation eine - meist aufwendige - Neueinstellung bei jedem Rezept notwendig wird. So soll „gespart“ werden, „koste es, was es wolle“. Nach welchen Kriterien und zu wessen Nutzen die Aufnahme von Schmerzmitteln in den Rabattkatalog erfolgt, ist nicht bekannt; algesiologischer Sachverstand ist nicht vertreten.
- **Nicht zutreffende Regelleistungsvolumina:** An den Fachgebieten, nicht an der Versorgungsnotwendigkeit orientierte Regelleistungsvolumina, die nicht einmal für den Erstkontakt reichen, machen jede Neuaufnahme eines Schmerzkranken zum wirtschaftlichen Fehlgriff. Komplexe Behandlungen werden dadurch wirtschaftlich unmöglich gemacht. Die zugestandenen Punktzahlen, die vielerorts gerade einmal die erste halbe Stunde abdecken, verhindern die notwendige komplexe Behandlung von Schmerzkranken - es sei denn, sie wird verschenkt. Intensive Gespräche, die Vermittlung von Entspannungstechniken (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson), Entzugsbehandlung, Anästhesieverfahren beispielsweise sind so nicht möglich. Der EBM 2008 mit der neu eingeführten Grundpauschale erfordert zwingend die Änderung der Regelleistungsvolumina.
- **Oft fehlende Unabhängigkeit:** Viele Fachgesellschaften und Berufsverbände sind von Sponsoren abhängig, die oftmals Pharmaunternehmen sind. Interessenkonflikte sind so kaum zu vermeiden, werden aber selten oder nie offengelegt. Daß ein Berufsverband – so unser Verband Deutscher Ärzte für Algesiologie - Berufsverband Deutscher Schmerztherapeuten e. V. – unabhängig ist, völlig ohne Spenden oder andere Arten von Fremdfinanzierung auskommt und sich ausschließlich über die Beiträge der Mitglieder finanziert, ist die Ausnahme.

- Aber auch einige ärztliche Funktionäre, die vorgeben, die Interessen der Schmerzkranken und der Schmerzärzte zu vertreten, kennen die betroffenen Patientinnen und Patienten nur ausnahmsweise aus ihrer täglichen Arbeit. Manche sind Chefärzte von Anästhesieabteilungen, deren Aufgaben vielfältig sind (Anästhesien zu operativen und diagnostischen Eingriffen, Intensivmedizin, Rettungswesen, Organisation etc., manchmal auch Forschung und Lehre). So dürften sie wenig Gelegenheit haben, chronisch Schmerzkranken selbst zu behandeln und über längere Zeit kontinuierlich zu betreuen.
- Auch manche niedergelassene Ärzte als Verfechter der Schmerztherapie müssen sich fragen lassen, ob sie die Versorgung Schmerzkranker neben ihren anderen Aufgaben (z. B. hausärztliche Tätigkeit, Reisemedizin, i-V-Verträge, IGeL-Medizin, Anti-Aging etc.) im nötigen Ausmaß noch leisten können.
- Dazu kommen Vortragsveranstaltungen, Reiseverpflichtungen usw., die nicht immer von unabhängigen Veranstaltern vergütet werden, so daß die Frage nach der Unabhängigkeit berechtigt ist.
- Auch Kongresse leiden gelegentlich darunter, daß von der Industrie geförderte Vorträge, Sitzungen und Workshops nicht immer als solche gekennzeichnet sind. Den Teilnehmern wird es zunehmend schwerer gemacht, unabhängige und interessenbeeinflusste Kongreßbeiträge zu unterscheiden.
- **Interessenverquickungen:** An der Medizin wollen immer mehr mitverdienen. Es ist zu beobachten, daß immer mehr Berater, Juristen, Betriebswirte, Firmen und Gesellschaften im „Gesundheitsmarkt“ und im „Schmerz-Kommerz“ mitmischen und uns vorschreiben wollen, wie denn Schmerzpatienten richtig zu behandeln seien. Kongresse und Workshops zur Zukunft der Schmerztherapie werden von Firmen veranstaltet, die sich so unentbehrlich machen wollen. Daß sich Funktionäre der KBV und auch hochrangige Politiker und Minister daran beteiligen, die sich der Sache der Schmerzkranken sonst nicht genügend annehmen, stimmt bedenklich.
- **Fehlende Solidarität in der Gesellschaft:** Eine Politik, die sich primär um das finanzielle Wohlergehen gesunder Beitragszahler und um die Prosperität von Anteilseignern kümmert und Kranke oftmals nur als Belastung 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 einkalkuliert.

Immer wieder ist festzustellen, daß sogar Ärzte kaum realistische Vorstellungen über die Behandlung chronischer Schmerzen und Schmerzkrankheiten haben. Realistische Behandlungsziele sind nicht immer vorhanden. Daß chronische Schmerzkrankheiten genauso nicht „heilbar“ sind wie andere chronische Krankheiten (z. B. Diabetes, Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Asthma, COPD, Psoriasis etc.), muß auch Ärzten mitunter erst vermittelt werden.

Vorurteile gegenüber Medikamenten, insbesondere Opioidanalgetika, sind nicht nur unter Patienten verbreitet. Diese Vorurteile finden sich leider auch unter Ärzten, Apothekern und Psychologen, auf deren Verständnis und Mitbetreuung die Schmerzkranken angewiesen sind. Da diese Berufsgruppen weder im Studium noch in der Weiterbildung fundierte Kenntnisse und Erfahrungen über Opioidanalgetika erworben haben, sind sie mit der rationalen Anwendung und Einschätzung der Wirkungen und Gefahren gelegentlich überfordert.

Andererseits fühlen sich auch kundige Hausärzte immer wieder außerstande, ein als wirksam und verträglich ermitteltes Behandlungskonzept weiter anzuwenden, weil es ihr Budget (eigentlich das Budget der Patienten) nicht hergibt. So müssen Patientinnen und Patienten in der Behandlung von Algesiologen verbleiben, obwohl die Fortführung beim Hausarzt möglich wäre. Daß Algesiologen sich ebenfalls für die Verordnungen verantworten müssen und auch kein entsprechendes Budget haben, sei nur am Rande erwähnt.

Es gehört ohnehin zu den unwürdigen Begleiterscheinungen unserer Gesundheitspolitik, daß sich nur die Ärzte rechtfertigen müssen, die ihre Patienten nach deren Notwendigkeiten und nach den Empfehlungen der algesiologischen Fachgesellschaften behandeln. Wer seine Patienten bezüglich der Schmerzen unzureichend oder gar nicht behandelt, muß sich bisher nicht rechtfertigen.

Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten sind, wenn es um die Durchsetzung ihrer Behandlung geht, oftmals mit Unverständnis und Abwiegung konfrontiert. Daß eine verfügbare Behandlung rasch beginnen kann, ist die Ausnahme - sogar dann, wenn noch Möglichkeiten zur Prävention weiterer Chronifizierung vorhanden sind.

Auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, in dem bis heute kein 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.

Weder die Gesundheitspolitiker, noch die Verantwortlichen in Krankenkassen haben eine Vorstellung davon, um welche Patientinnen und Patienten es in der Algesiologie geht – und sie lassen sich auch nicht informieren – bis auf wenige rühmliche Ausnahmen. Das Leid der chronisch Schmerzkranken wird aus der Wahrnehmung der Verantwortlichen völlig ausgeblendet. Schmerzen werden bagatellisiert und auf die eigenen Erlebnisse akuter Schmerzen reduziert, die man ja aushalten kann. Wenn Schmerzen länger bleiben, muß es ja an eigenen Defiziten liegen...

Der Verhandlungsführer der Krankenkassen in den Verhandlungen um den EBM 2000 plus hat noch am 23. März 2005, 9 Tage vor Inkrafttreten des neuen EBM, die Existenz chronisch Schmerzkranker bestritten: „Diese Patienten werden von den Ärzten selbst deklariert.“ Auch der Betreuungsaufwand wurde von ihm geleugnet, man könne doch Praxen mit 300 Patienten „nicht mit voll ausgelasteten Praxen vergleichen“. Ihm war die Problemschwere der Patienten völlig unbekannt. Und solchen Personen ist die Gestaltung der Versorgung anvertraut!

Auch bei der Erarbeitung des EBM 2008 mußten wir Ähnliches erleben. Noch wenige Tage vor den abschließenden Beratungen zum EBM 2008 war den Verhandlungsführern der Kassen die Problematik nicht gegenwärtig, so daß noch einmal eingehende Informationen notwendig waren.

Dabei mußten wir immer wieder klarstellen: Es geht um Schmerzkranker, nicht um Patientinnen und Patienten mit „banalen“ oder symptomatischen Schmerzen. Beispiele (Fotos) hierfür sind auf den Seiten I bis III aufgeführt.

Inzwischen wurde von den Verantwortlichen in der KBV erkannt, wie gravierend die Beeinträchtigungen sind, die Schmerzkranker hinnehmen müssen und wie groß deren Leid ist. Damit ist der wichtigste Schritt zur Verbesserung der Versorgung getan.

Praxisambulante Behandlung für Schmerzpatienten mit abgestufter Versorgung

Wir wissen, daß weit über 90 Prozent der Schmerzkranken ambulant behandelt werden könnten. Diese Patienten stationär zu behandeln, ist eine nicht zu verantwortende Verschwendung von Mitteln. 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 DM (entspr. 500.000 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, die von den Kostenträgern jedoch manchmal nur widerwillig genutzt werden.

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 nur ausnahmsweise möglich (z. B. I.-V-Vertrag der Techniker Krankenkasse mit der Schmerzlinik Kiel). Immerhin sind unsere (immer noch unbezahlten) Schmerzkonferenzen seit 26 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

tig 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 bisher kein Pflichtfach. Immer noch beginnen Ärzte ihre Arbeit an Kranken mit Schmerzen ohne eine diesbezüglich fachlich gesicherte Vorbereitung. Auch in der anschließenden Facharztweiterbildung ist eine fundierte Vermittlung schmerztherapeutischer Kenntnisse und Erfahrungen noch die Ausnahme.

Schmerztherapeuten fordern seit 1982 eine zusätzliche algesiologische Qualifikation für Ärzte, die Patienten mit problematischen Schmerzkrankheiten behandeln - neben einer 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 (leider nur theoretische) 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 gültigen Vorgaben der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer nur eine Tätigkeit innerhalb der Grenzen des jeweiligen Fachgebietes erlaubt, ist sie lediglich für die Behandlung der 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.

Faktisch ist eine solche Abhilfe im Bereich der kassen- bzw. vertragsärztlichen Versorgung längst durch die Einführung der Hamburger Schmerztherapievereinbarung 1991, der bundesweiten Ersatzkassen-Schmerztherapievereinbarung 1994 und der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V 2005 geschaffen worden. Hier ist den teilnehmenden Ärzten die fachübergreifende Tätigkeit zur Pflicht gemacht. Die beschämenden Versuche der Bundesärztekammer, dies im Jahr 1997 als standeswidrig zu unterbinden, waren zum Glück für die Patienten erfolglos.

Unstreitig sollte sein: Der chronische Schmerzpatient „gehört“ nicht einem bestimmten Organ-Facharzt, sondern er gehört in die Behand-

lung des kompetenten Arztes, der sich speziell auf die Behandlung chronisch Schmerzkranker vorbereitet und eingerichtet hat. Da chronische Schmerzen sich an kein einzelnes Fachgebiet halten, sondern die Fachbegrenzen überschritten haben, muß deren Behandlung fächerübergreifend sein. Die Weiterbildungsordnung muß auch auf die Bedürfnisse solcher Patienten zugeschnitten werden. Die algesiologischen Fachgesellschaften haben deshalb 2001 den Antrag auf Einführung des „Facharztes für Algesiologie“ gestellt. Leider steht die Bundesärztekammer diesem Antrag ablehnend gegenüber. Die Beschlüßvorlagen für folgende Deutsche Ärztetage haben ihn völlig ignoriert. Ein Bescheid ist bis heute, 7 Jahre nach Antragstellung, nicht ergangen.

Schmerztherapie wird mangels ausreichender Kenntnisse immer noch viel zu spät in Betracht gezogen. Schmerztherapeuten werden bisher erst dann zugezogen, wenn die anderen Ärzte mit ihrem „Latein am Ende sind“; so finden sich auch befremdliche Empfehlungen in Leitlinien (z. B. zur Behandlung zosterassoziierter Schmerzen). Besser wäre die frühe und rechtzeitige Kooperation. 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.

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 kein 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 hatte dazu geführt, daß Schmerztherapie nicht bzw. nicht angemessen berücksichtigt werden kann. Die Fachbezogenheit der Zu-

satzbezeichnung macht eine sinnvolle Tätigkeit bei chronisch Schmerzkranken oftmals unmöglich. Die Leistungsverzeichnisse kannten so gut wie keine algesiologischen Leistungen, somit hatten Patienten keinen faktisch durchsetzbaren Anspruch auf Schmerztherapie und Ärzte keinen Anspruch auf angemessene Vergütung.

Allerdings ist hier mit dem EBM 2008 ein erster Schritt in die richtige Richtung getan worden: Ein eigenes Kapitel für die Behandlung chronisch Schmerzkranker und eine eigene Grundpauschale lassen hoffen, daß die Zukunft sachbezogene Verbesserungen bringt. Mit dieser Neuerung ist festgeschrieben, daß die Betreuung chronisch Schmerzkranker nach der Qualitätssicherungsvereinbarung ein eigenständiger Versorgungsbereich geworden ist.

Die bei Privatversicherten anzuwendende Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) kennt bisher keine algesiologischen Leistungen. Die gemeinsam mit der Bundesärztekammer 1994/95 erarbeiteten algesiologischen Positionen sind nicht in die GOÄ eingegangen, weil damals lediglich der erste Teil dieser Gebührenordnung novelliert wurde, der zweite Teil nicht – wieder einmal aus ausschließlich fiskalischen Gründen. Ob die anstehende Novellierung der GOÄ die Belange der Schmerztherapie im Vergleich mit anderen Tätigkeitsbereichen angemessen berücksichtigen kann, wird abzuwarten sein.

Die Gebührenordnung der Berufsgenossenschaften/Unfallversicherungsträger (UV-GOÄ) von 2001 kennt keine chronischen Schmerzerkrankungen, obwohl solche nach Arbeitsunfällen oder durch Berufserkrankungen vorkommen.

Entsprechend gering ist die Zahl der Ärzte, die sich algesiologisch weiterbilden. Die wenigen Ärzte, die Neigung zur Weiterbildung in Algesiologie verspüren, werden von den fehlenden Zukunftsperspektiven hiervon abgehalten. Nachwuchs ist nicht vorhanden; die Ärzte, die aus der Schmerztherapie ausscheiden, finden keine Nachfolger.

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 Schmerzerkrankungen.

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.

Schmerztherapievereinbarungen (1991 bis 2005)

Schmerzpraxen, also spezialisierte Einrichtungen zur ausschließlichen Behandlung von Patienten mit problematischen Schmerzerkrankungen, werden von Ärzten betrieben, die im vertragsärztlichen Be-

reich 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 zusätzlich zu wenigstens 20 bis 30 Stunden (je nach Kassenart) algesiologischer Fortbildung pro Jahr zur Aufrechterhaltung ihrer algesiologischen Qualifikation verpflichtet. Diese Regelungen der Schmerztherapievereinbarung wurden 2005 durch die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V abgelöst (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.

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 und 1994 novelliert 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 Vertragswerk überhaupt, das das Verbleiben in diesem Vertrag an den jährlichen Nachweis der kontinuierlichen Weiterbildung und die Qualität der ärztlichen Arbeit geknüpft hat.

Es finden sich die Definitionen

- der Schmerzpatienten (chronisch Schmerzkranke),
- 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.

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

Diese vielfach - sogar von der Bundesärztekammer - angefeindete Schmerztherapievereinbarung, die vom Bundessozialgericht bestä-

tigt 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. Nach der Schmerztherapievereinbarung wurde auch die Qualität der Arbeit regelmäßig überprüft, in Hamburg z. B. jedes Jahr.

Diese vertragsärztliche Schmerztherapie war der erste 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 persönlicher 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, personellen und organisatorischen Strukturen gegenüber den Krankenhausträgern einzufordern.

Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V

Diese Schmerztherapievereinbarung ist seit dem 1. April 2005 Geschichte. Sie wurde von der neuen 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 – zumindest theoretisch.

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 schmerzkrank 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 Schmerzkranken gegenüber allen anderen Chronischkranken ohne jeden Grund.

Die falsche Auslegung der früheren Schmerztherapievereinbarungen und der jetzigen Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie durch KVen und Ärzte hat zur Diskriminierung der Schmerztherapie beigetragen und zur Abwertung der Vergütung geführt. Es war und ist festzustellen, daß auch Patientinnen und Patienten, die nicht chronisch schmerzkrank sind, nach den Regularien dieser Verträge – auch ohne Beanstandung durch die jeweilige KV - abgerechnet wurden und werden. Außerdem lassen die oftmals recht hohen Patientenzahlen eine nach den Vertragsinhalten gestaltete Betreuung und Versorgung nicht immer glaubhaft erscheinen.

Hier sind Regelungen nötig, die die Rückführung der Verträge auf die beabsichtigten Inhalte und Zielgruppen ermöglichen.

Gleichzeitig sind endlich Regelungen in den EBM einzuführen, die auch die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit akuten Schmerzen und mit Schmerzen in niedrigeren Chronifizierungsstadien und damit die Prävention der weiteren Chronifizierung ermöglichen.

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 Heil- bzw. Reha-Verfahren, 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 Laparaskopien bzw. -tomien, Bandscheibenoperationen, Nachoperationen, Nervendurchtrennungen oder Amputationen, auch mehrfach, berichtet. Auch die Verfahren der interventionellen Radiologie haben viele Patienten schon „durch“, auch vielfach.

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. Die allermeisten dieser Patienten sind dem höchsten Chronifizierungsgrad (III) nach GERBERSHAGEN zuzuordnen.

Daß die Kostenträger anstandslos immense Kosten für Behandlungen zahlen, von denen längst 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/Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie ist eine typische Betreuungsmedizin. Mit dieser Schmerztherapie ist - und das muß immer wieder betont werden - 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 oder wenn das Therapiekonzept anderswo nicht umgesetzt werden kann.

Schmerztherapie bedeutet zu über 50 % differenzierte Gesprächsleistungen, die neben Empathie 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 ebenfalls eine besondere Qualifikation (hierzu haben wir 1989 die Weiterqualifikation „Algesiologische Fachassistenz“ vorgeschlagen und gemeinsam mit anderen Schmerzgesellschaften umgesetzt).

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 Krankenkassen sogar in dem Kapitel Schmerztherapie fast nur „Stechleistungen“ zu finden. Änderungen sind seit Jahren angemahnt, scheiterten bisher jedoch an Ignoranz und Besserwisseri.

Schmerzpraxen bestehen seit 1982. Die verschiedenen notwendigen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren werden seit über 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 Bewegungssystems überwiesen werden, müssen vor Beginn der Behandlung von Medikamenten mit Abhängigkeits- und chronifizierungsförderndem Potential entzogen werden, ganz besonders von freiverkäuflichen Mischschmerzmitteln der Selbstmedikation und von Benzodiazepinen.

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 unzureichende MDK-Gutachten - auf den Standpunkt, daß eine solche Entzugsbehandlung stationär zu erfolgen habe. Dabei ist bekannt, daß stationäre Entzugsbehandlungen viel teurer sind und eher ungünsti-

gere 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 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 nur selten gezielte Ergänzungsuntersuchungen notwendig sind. Deren Ergebnisse sollen zum nächsten Arzttermin ausgewertet sein.

Ein standardisiertes Schmerztagebuch wird für 2 Wochen ausgehändigt. Die ausgefüllten Schmerztagebücher sollen vor dem Folgetermin vorliegen und ausgewertet sein.

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 berücksichtigt wird. Daß auch die Zeit ohne Patientenkontakt notwendig ist und vergütet werden muß, ist in den neuen EBM immer noch nicht eingegangen. Der große zeitliche 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 10 Patienten nach den Inhalten des EBM („Grundpauschalen“) 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.

Schmerzambulanzen an Krankenhäusern haben ähnliche Probleme wie niedergelassene Algesiologen:

Da die Honorare der Krankenkassen die Kosten der Behandlungen oftmals nicht decken, sehen sich Krankenhausverwaltungen oft gezwungen, die Tätigkeiten der Schmerzambulanzen zurückzufahren oder aufzugeben – es sei denn, es gibt andere Finanzierungsquellen.

Schmerzsyndrome

Die Schmerzsyndrome, unter denen unsere chronisch schmerzkranken 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 Übersichtsdiagnosen sind (meist in Kombination verschiedener oder mehrerer Schmerzarten):

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

Daß Behandlungserfolge bei chronisch Schmerzkranken mit Monotherapien nur zufällig zu erzielen sind, liegt auf der Hand. Dennoch

werden solche Verfahren oder Wundermittel oder andere lukrative Methoden des Schmerz-Kommerz leider nicht nur ausnahmsweise angewandt. Viele Empfehlungen der IGeL-Medizin richten sich an chronisch schmerzkrankte „Kunden“.

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
vorzeitige oder verweigerte Berentung
finanzielle Einbußen
sozialer Abstieg
gefährdetes oder verlorengangenes Selbstwertgefühl
Suizidalität (zumindest zeitweilig)

Es ist seit rund 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.

Die Problemvielfalt bedingt auch die Notwendigkeit einer zuwendungs- und zeitintensiven Betreuung.

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

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
Ärzte zusammen	29,5	52,5	17,9
			(EVaS' 1981/82)
Schmerzpraxis	0	4,8	95,2
			(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.

Behandlungsverfahren und Therapiekonzepte

In der Behandlung und Betreuung gilt es - 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.

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 CO₂-Insufflation*
- Naturheilverfahren
- Biofeedback*
- Verhaltensmodifikation
- Hypnose
- Lokal- und Leitungsanästhesie
- Sympathicusblockaden
- Intravenöse Sympathicusblockaden
- Rückenmarksnahe Opiatapplikation
- Neurolytische Nervenblockaden
- Manuelle Therapie
- Homöopathie
- Interventionelle Verfahren
- Operative Verfahren

Bei ambulanter Behandlung sind die mit * bezeichneten nicht oder nur ausnahmsweise 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.

Diese Verfahren (und weitere nicht schulmedizinische oder Außen-seiterverfahren) sind jedoch bei stationärer Behandlung im Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung im Pflegesatz enthalten und damit für Patienten selbstverständlich verfügbar – auch dann, wenn es sich nicht um allgemein anerkannte Methoden handelt.

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 deshalb 1999 auf unseren Vorschlag die Weiterbildung zur „Algesiologischen Fachassistentin“ 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, Schulungen, Vorträge, 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 26. August 2008 war unsere 479. 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 erfolg-

reicher Vorleistungen bis heute nicht (Ausnahme s. u.). Auch der neue EBM sieht noch keine Vergütung der Schmerzkongressen vor, nicht einmal eine Erstattung von Raum- und Organisationskosten, obwohl die Teilnahme an Schmerzkongressen für Teilnehmer an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie und Ärzte, die die im EBM 2008 neu aufgenommene Grund- und Zusatzpauschale abrechnen, obligatorisch ist.

Die neu eingeführte Gebührenordnungsposition 30706 (Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkongress) ist mit 130 Punkten „bewertet“ und mit 5 Minuten Kalkulationszeit bemessen. Mit ihr kann aus sachlichen Erwägungen nicht die Schmerzkongress gemeint sein, die pro Patient ca. 60 Minuten erfordert.

Leider ist zu konstatieren, daß die Inhalte der Schmerzkongressen, so wie sie von den algesiologischen Fachgesellschaften definiert und auch in der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (§ 5, Abs. 3) beschrieben sind, nicht immer erfüllt werden. Die Verpflichtung, daß die besprochenen Patienten persönlich anwesend sein sollen („...ausgewählte Patienten sollen in den Sitzungen vorgestellt werden und anwesend sein...“), wird nicht überall beachtet; mancherorts werden einfach nur Fallbesprechungen als Schmerzkongressen deklariert. Auch kommt es vor, daß Fortbildungsveranstaltungen zu Schmerzkongressen umetikettiert werden.

Seit 2004 gibt es den „Vertrag zur Etablierung und Erprobung Interdisziplinärer Schmerzkongressen (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 SGB 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 der Schmerzkongressen, die diesen Namen auch verdienen, in den EBM haben sich die Krankenkassen bis heute 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 Opioidanalgetika 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 er-

möglichen sollen, Linderung zu erfahren und am normalen Leben soweit wie möglich teilzunehmen.

Lange 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 unverständlich teuren - Opioidanalgetika 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 und zum Abbau von Vorurteilen 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 waren 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.

Der ebenfalls zu beobachtende Fehlgebrauch von Opioidanalgetika ist oftmals darauf zurückzuführen, daß die verordnenden Ärzte sich nicht ausreichend über die sinnvolle Anwendung fortgebildet haben.

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 (nach Erfahrungen der letzten Jahre allerdings modifiziert, oft sind Opioidanalgetika die erste Wahl). 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 Antikonvulsiva und Antidepressiva), 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 etablierte ärztliche Behandlungsmethode. Die Hauptindikationen (Schmerzlinderung und Durchblutungsförderung) wurden von den Krankenkassen bereits 1982/83 anerkannt. Die schmerzlindernde Wirkung der TENS-Behandlung ist gut untersucht. 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.

Akupunktur ist für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung seit dem 1. Januar 2007 lediglich für die Indikationen „chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule“ und „chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose“ (jeweils mindestens 6 Monate Anamnese) verfügbar. Es bestehen folgende einschränkende Bestimmungen:

Bei den LWS-Schmerzen

- darf es sich nicht um radikuläre Schmerzen handeln, sie dürfen gegebenenfalls nichtsegmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen,
- sie sind mit jeweils bis zu zehn Sitzungen innerhalb von maximal sechs Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal zwölf Wochen, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 14–20 Nadeln zu behandeln.

Die Knieschmerzen

- sind ebenfalls mit jeweils bis zu zehn Sitzungen innerhalb von maximal sechs Wochen und in begründeten Ausnahmefällen bis zu 15 Sitzungen innerhalb von maximal zwölf Wochen zu behandeln, jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, mit jeweils 7–15 Nadeln je behandeltes Knie.

Alle anderen Schmerzen sind von der Akupunkturbehandlung auf Kassenkosten ausgeschlossen.

Die Anforderungen an Ärzte, die zu dieser Behandlung zugelassen werden möchten, sind:

Zusätzlich zur Akupunkturausbildung sind nachzuweisen:

Ableistung der Kurse (jeweils 80 Stunden)

„Psychosomatische Grundversorgung“ und
„Spezielle Schmerztherapie“.

Die GKV-Akupunktur wendet sich ausschließlich an Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen. Deshalb ist die Forderung nach Grundkenntnissen der Schmerztherapie und Psychosomatik und der Einbindung in ein Gesamtkonzept der Behandlung zu begrüßen. Bei den früheren Modellversuchen war das leider nicht so.

Wie sich die neuen Einstufungen der Akupunktur durch den Gemeinsamen Bundesausschuß als Regelleistung bei bestimmten chronischen Schmerzen und die Anforderungen an Vertragsärzte auswirken, muß abgewartet werden. Bereits jetzt ist festzustellen, daß die anatomischen Grenzen der zu behandelnden Regionen gelegentlich sehr „großzügig“ ausgeweitet werden. Das geforderte Gesamtkonzept der Behandlung ist nicht immer zu erkennen.

Nachteilig bei den neuen Regelungen sind die genauen Vorschriften, mit wieviel Nadeln die Patienten zu behandeln sind und – ganz besonders – der erzwungene geringe Abstand der Behandlungen. So sind Nebenwirkungen, insbesondere das Hyperstimulationssyndrom, zu provozieren, die bei rationalen Abständen der einzelnen Sitzungen vermeidbar wären.

Die Vergütung der Akupunktur nach dem EBM wird vielfach als unzureichend angesehen, obwohl sie (sogar außerbudgetär) nach dem EBM deutlich höher ist als die der Schmerztherapie, obwohl die Anforderungen wesentlich geringer sind...

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 Fortschritt-

te 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 sind 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 Empathie, 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 Palliativ- und Hospiz-Einrichtungen profitieren, von denen es jetzt langsam immer mehr gibt.

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

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

Die neue gesetzliche Situation sieht ab dem 1. April 2007 einen Anspruch auf Palliativmedizin vor. Allerdings ist deren Finanzierung bisher ebenso wenig gesichert wie die erforderliche Weiterqualifizierung der Ärzte, die diese Versorgung übernehmen sollen.

Auch hier besteht die Gefahr, daß Investoren diesen für manche offenbar lukrativen Markt an sich ziehen und Gewinne abschöpfen, die das für die ärztliche Betreuung und Pflege zur Verfügung stehende Geld zum großen Teil aufzehren werden.

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

Ökonomische Aspekte der Schmerztherapie

Nicht nur aus humanitären, sondern auch aus ökonomischen Gründen ist bei Akutschmerzen die Prävention der Chronifizierung und der Entwicklung der Schmerzkrankheit wichtig. Sinnvoll ist sie z. B. bei perioperativen Schmerzen, bei denen die rechtzeitige prae-, intra- und postoperative Anwendung von Opioidanalgetika und der Einsatz

von Regionalanästhesie-Verfahren Chronifizierungsprozesse verhindern kann.

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

Dieser wichtige Bereich der Vorbeugung der Chronifizierung ist von den Vertragspartnern der Selbstverwaltung bisher nicht in den EBM aufgenommen. Entsprechende Vorschläge, die die KBV 2002 in den Entwurf des EBM 2000 plus eingearbeitet hatte („3070 Komplex für die allgemeine schmerztherapeutische Betreuung eines Patienten“), wurden von den Kassen zurückgewiesen.

Bei der Behandlung von Kopfschmerzen jeglicher Art würde der Verzicht auf Mischanalgetika viele medikamenteninduzierte Chronifizierungen verhindern, ebenso die Aufgabe der längeren Verordnung von Benzodiazepinen in der Schmerzbehandlung.

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.

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 Algeiologen 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 Schmerzranke 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 "therapie-resistent" 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 unselektierte 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 Mischanalgetikaentzuges bei chronischen medikamen-

teninduzierten Dauerkopfschmerzen - sind die Ergebnisse seit über 25 Jahren positiv.

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 seit einiger Zeit 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.

Bei stationärer Behandlung, auch bei stationärer Rehabilitation, könnte die sorgfältige Medikamentenanamnese den irrationalen Gebrauch von Mischanalgetika (und auch von Opioidanalgetika) aufdecken und helfen, die entsprechenden Behandlungsschritte einzuleiten.

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 wären. Es handelt sich also nicht um Suchtkranke, die einer suchtmmedizinischen Betreuung bedürften.

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

Kosten der Entzugsbehandlung

stationär	praxisambulant
(5.897,00 DM/Fall)*	(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, 19.09.1997

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, auch in die Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V

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

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

Schmerzzentren

Zentrale algesiologische 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 gesichert ist, daß diese - bisher nicht geschützte - Bezeichnung tatsächlich angebracht ist (über 35000 Einträge in Google).

Es gibt sogar „Schmerzzentren“, in denen kein einziger Arzt mit einer anerkannten Weiterbildung in Schmerztherapie tätig ist.

Daß der Verdacht auf Schmerz-Kommerz aufkommen kann, ist verständlich. Weder Ärztekammern noch die Fachgesellschaften können bzw. wollen 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**,
beschäftigen **algesiologische FachassistentInnen**,
organisieren **Schmerzkonferenzen**,
organisieren **Qualitätszirkel**,
veranstalten **Fortbildungsveranstaltungen**,
unterstützen **Selbsthilfegruppen**.

Anforderungen an die Vergütung

Bisher standen Anforderungen an Schmerztherapeuten, Problemschwere der Patienten und Honorierung in einem offensichtlichen Mißverhältnis zueinander - mehr als in jedem anderen Bereich der Medizin.

Schmerztherapeuten standen 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.

Schon seit 1982 gibt es Schmerzpraxen in Deutschland. Die der Dres. Flöter in Frankfurt/M. und Dres. Jungck in Hamburg waren die ersten. Da hier jeweils 2 Personen in eine Familienkasse arbeiteten, konnten diese Praxen mit ausschließlicher Schmerztherapie bestehen.

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 anderen, 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. In der Großstadt München beispielsweise

gibt es keinen einzigen niedergelassenen Arzt mehr, der ausschließlich algesiologisch tätig wäre.

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 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 vielen Jahren gemacht. Sie wurden in der letzten EBM-Version jetzt ansatzweise umgesetzt, leider noch nicht so, daß damit eine wirtschaftliche Praxisführung möglich wäre.

In Schmerzpraxen sind durch den vorigen EBM („EBM 2000 plus“) von uns vorausgesagte Umsatzrückgänge von 30 bis 50 % eingetreten, die nach Bekundungen der KBV nicht beabsichtigt gewesen sein sollen. Erhebungen der KBV haben ergeben, daß Ärztinnen und Ärzte, die echte algesiologische Zentren betreiben, die Verlierer der letzten EBM-Reform waren – wie vorausgesagt. Gewinner sind die Praxen, die die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie und den EBM mit Unterstützung oder Duldung ihrer KV großzügig auslegen.

Mit dem EBM 2008 sollen diese Verluste wieder ausgeglichen und algesiologische Zentren zusätzlich gefördert werden – so der KBV-Vorstand. Die Auswirkungen dieser neuen Gebührenordnung sind noch nicht bekannt. Erste Mitteilungen aus den Praxen sprechen dafür, daß Verbesserungen eingetreten sind.

Es ist bekundete Absicht, daß chronisch Schmerzkranken ambulant in Spezialpraxen behandelt und betreut werden sollen. Da Schmerzpatienten viel 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 – abgesehen von solchen, die ganz definierte Behandlungsziele haben. So gibt es Verträge zur Behandlung von Rückenschmerzen, die sich aber an Patienten im Anfang der Chronifizierung bzw. in niedrigeren Chronifizierungsstadien richten, die mit den chronisch Schmerzkranken nicht vergleichbar sind.

Vielfach wird immer noch die Existenz von chronischen Schmerzerkrankungen 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. Die Einführung von schweregradbezogenen Codes zur Dokumentation von chronischem Schmerz durch das DIMDI für 2007 ist zunächst am Widerstand der Deutschen Rentenversicherung gescheitert.

Eine erste positive Änderung hat es „schon“ im Jahr 2004 im Bereich der DRGs gegeben. Hier sind 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

Um chronisch Schmerzkranken kümmert sich keine Kirche, keine Gewerkschaft, keine Partei. Alle „gesellschaftlich relevanten Gruppen“ sind auf die schwerwiegenden Probleme dieser Patientinnen und Patienten hingewiesen worden und auf die fehlende Versorgung und um Mithilfe gebeten worden. Keiner hat sich angesprochen gefühlt.

Bei manchen ärztlichen Gesellschaften oder Berufsverbänden kann man nicht sicher sein, für wen sie sich einsetzen: Für sich selbst, für die Interessen ihrer Sponsoren oder für die Belange der Schmerzkranken. Interessenkonflikte sollten selbstverständlich öffentlich gemacht werden. Uneigennützigkeit sollte erkennbar sein.

Sogenannte Experten, die sich öffentlich über die Schmerztherapie äußern, sind oftmals Mediziner, die neben ihren vielfältigen Dienst-

und sonstigen Aufgaben keinen oder nur wenig Kontakt zu chronisch Schmerzkranken haben und die deren Schicksale manchmal nur aus zweiter oder dritter Hand kennen.

Schmerzpatienten müssen besser in unser Gesundheitswesen eingebunden werden. Zur bisher praktizierten - und jetzt hoffentlich beendeten - Ausgrenzung fehlt jegliche ethische und rechtliche Grundlage. Das Bekenntnis zur Versorgung chronisch Schmerzkranker als gemeinsame Aufgabe von Ärzten und Krankenkassen ist längst überfällig. Die KBV hat dieses Bekenntnis öffentlich in einer Pressemitteilung am 10.10.2003 abgegeben, von den Kassen steht es noch aus. 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 der Schmerztherapie bisher nicht genügend Beachtung geschenkt haben, sind dabei, ihre Positionen zu revidieren, um auch chronisch Schmerzkranken angemessene Versorgung zukommen zu lassen.

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

Die Gesundheitspolitik hat noch erheblichen Nachholbedarf. Es ist bezeichnend, daß in den neuen Gesetzen zur „Gesundheitsreform“ Schmerztherapie nur im Zusammenhang mit der Palliativmedizin vorkommt (Änderung des § 37 b des SGB V). 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. Zunehmende Morbidität und weiterer Fortschritt der Medizin erfordern Voraussicht und entsprechende Vorkehrungen. Daß wachsende Aufgaben nicht mit weniger Geld zu bewältigen sind, liegt auf der Hand.

Von uns wird seit vielen Jahren gefordert, daß die Versorgung von chronisch Schmerzkranken in Zukunft genauso selbstverständlich wird, wie sie bisher für alle anderen Chronischkranken war. Die ersten Erfolge der letzten Monate lassen hoffen, daß dieses Ziel erreichbar sein kann.

Aber: Alles Geld, was jetzt in wieder neu zu schaffende Strukturen mit neuen Institutionen, Ausschüssen, Verwaltungs- und Rechtsabteilungen fließt, steht der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung. Anteilshaber denken an ihren Profit, den es zu mehren gilt. Auch so wird der Patientenversorgung immer mehr Geld entzogen.

Auch hier gilt: Je mehr Geld wir ausgeben, desto leichter fällt uns der Nachweis, daß wir keins mehr haben (nach Manfred Rommel, 1974 bis 1996 Oberbürgermeister von Stuttgart).

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.

Die Gesundheitspolitik hat dem Versagen der Selbstverwaltung in diesem Bereich seit mehr als 2 ½ Jahrzehnten weitgehend untätig zugesehen.

Seit 3 Jahren drängen jetzt auch die Verantwortlichen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam mit uns auf eine Verbesserung der Versorgung. Der Spitzenverband der Krankenversicherung ist seiner Pflicht zur Schaffung der finanziellen Voraussetzungen der Versorgung Schmerzkranker gerade erst ansatzweise nachgekommen.

Die qualifizierte algesiologische Versorgung wird jetzt mit dem EBM 2008 erstmals gestützt. Diese Stützung reicht jedoch noch nicht, um die algesiologischen Spezialpraxen auf eine gesunde wirtschaftliche Basis zu stellen und den ärztlichen Nachwuchs zu animieren, zur Verbesserung der Versorgungssituation chronisch Schmerzkranker beizutragen.

Hier sind weitere Schritte in die soeben eingeschlagene Richtung nötig – und auch angekündigt.

Literatur

AOK Baden-Württemberg (2004): Vertrag zur Integrierten hausarztbasierten Versorgung für Patientinnen und Patienten mit Rückenschmerzen. <http://www.aok.de/bawue/rd/media/IV-Vertrag.Pdf>

AWMF online (2000): Leitlinien der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft, Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Infektiologie. Zoster und Zosterschmerzen. <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/013-023.htm>

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

Bundesärztekammer in Zusammenarbeit mit der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, Hrsg. (2007): Leitfaden Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit. Online-Vorabfassung. http://baek.de/downloads/leitfaden_medikamente_vorabfassung.pdf

Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg. (2005): Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2005

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

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes – DGSS (2008): Algesiologiezertifikat der DGSS. <http://www.dgss.org/index.php?id=95L=0>

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes – DGSS (2008): Kerncurriculum Schmerztherapie für die Lehre für ein Querschnittsfach Schmerztherapie nach der neuen AO. <http://www.dgss.org/index.php?id=253>

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

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

Gerbershagen, U. (1986): Organisierte Schmerzbehandlung. Eine Standortbestimmung. Internist 27, 459 - 469

Göbel, H. u. P. Buschmann (Hrsg., 1999): Schmerztherapie in Deutschland: Status und Perspektiven. AOK Schleswig-Holstein

Göbel, H. (2006): Weil ich mit Schmerzen leben muß. Interviews mit Schmerzpatienten. Südwest-Verlag München

Güttler, K. (2008): Opiode auf dem Prüfstand. Interview. Deutsche Apotheker Zeitung, 148, 69 - 73

Ingenhag, W. (1999): Chronische Schmerzen. Die BKK 11/99, 477

Jankovic, D. (2004): Regionalblockaden und Infiltrationstherapie. Lehrbuch und Atlas. 3. Aufl. ABW Wissenschaftsverlag Berlin

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
- Jungck, D. (2008): EBM 2008 – ein „Meilenstein für die Zukunft“ auch für Algesiologen. Schmerztherapie 24, 1-2008, 21 - 24.
- 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 (2003): KBV für Flächendeckende Schmerztherapie. Pressemitteilung 10. Oktober 2003
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2005): Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) <http://daris.kbv.de/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=4483cef3e7218cccf38e4dca10dfda2d&DocId=003747287&Page=1>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2005): Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2007): Liste der Zeitprofile für ärztliche Leistungen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), Stand 01.04.2007. www.kbv.de
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Geschäftsführung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V (2007): Vollständige Fassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Stand 28.02.2007
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2008) Einheitlicher Bewertungsmaßstab – aktualisierte Fassung (EBM 2008)
- Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (1997): Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten vom 10. Mai 1994 in der Fassung des 1. Nachtrages vom 20. Oktober 1997. http://www.kvhh.net/public/47/48/57/12_schmerzkrank.php
- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (2006): Punktzahlgrenzvolumen. HVM_290303_03-05-21_SI_Internet.doc.

http://kvmv.arzt.de/aerzte/20/30/Punktzahlgrenzvolumen_HVM29032003.pdf

Kayser, H. et al. (2008) Struktur der ambulanten Schmerztherapie in Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage. Der Schmerz 2008, 424 - 432

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

Müller-Schwefe, G. H. H. (Hrsg., 2008): Schmerztherapieführer Deutschland 2008. Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie, Oberursel

Robert Koch Institut (Hrsg., 2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin

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

Specke, H. K. ((2001): Gesundheitsmarkt 2001. Daten, Fakten, Akteure. 2. Aufl. Verlag R. S. Schulz, Starnberg

WHO (1996): Cancer pain relief: with a guide to opioid availability - 2nd ed. World Health Organisation Geneva

Wörz, R. (Hrsg., 2001): Differenzierte medikamentöse Schmerztherapie. Urban & Fischer München und Jena

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



© Dr. med. Dietrich Jungck
Facharzt für Anästhesie - Spezielle Schmerztherapie
Schmerzzentrum Hamburg (E. S. Jungck und Dr. D. Jungck)
Präsident des Verbandes Deutscher Ärzte für Algesiologie -
Berufsverband Deutscher Schmerztherapeuten
Leiter des SCHMERZtherapeutischen Kolloquiums Hamburg
Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg
Tel. 040-330909, Fax 040-335744, E-Mail: jungck.hh@t-online.de
www.schmerzzentrum-hamburg.de - www.vdaea.de