



## Hintergründe und Empfehlungen/Prioritäten der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. zur Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung in der kommenden Legislaturperiode in Deutschland

### I. Ausgangslage chronischer Schmerz:

- Chronische Schmerzen sind mit bis zu 27 % Betroffener in der Bevölkerung sehr häufig. 7,4 % der Bevölkerung berichten über eine schwere körperliche und weitere 2,3 % über eine kombinierte körperliche und psychosoziale Beeinträchtigung durch diese Schmerzen. Sie stellen ein eigenständiges, komplexes, biopsychosoziales Krankheitsbild dar, bei dem die ursprünglich auslösende Ursache häufig nicht mehr nachweisbar ist.
- Die häufigsten Diagnosen sind Rückenschmerzen, Bauch- und Beckenschmerzen, Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen und Migräne. Chronische Schmerzerkrankungen mit den Diagnosen „Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz“ und „Sonstiger chronischer Schmerz“ nahmen auch nach Bereinigung demografischer Effekte um 122 % auf 3,500 Betroffene je 100.000 Barmer Versicherte zu.
- 2009 wurde in Deutschland der ICD-Code F45.41 „Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ eingeführt, um den komplexen biopsychosozialen Interaktionen bei chronischen Schmerzen Rechnung zu tragen. Es zeigt sich ein Zusammenhang der Diagnosen mit Geschlecht und Alter und deutliche regionale Unterschiede. Mit dem Beeinträchtigungsgrad (Schmerzgrade I–IV von Korff, zusammengefasst aus Schmerzstärke und Beeinträchtigung) sinkt die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen. 16 % der Befragten mit Rückenschmerzen befanden sich im Schweregrad III oder IV, verursachten aber 62 % der Kosten. Patienten mit chronischen Schmerzen zeigen häufig eine psychologisch-psychiatrische Komorbidität sowie eine erhöhte Mortalität. 28 % der Patienten mit geringem Schmerzchronifizierungsstadium (Stadium I nach Gerbershagen) leiden unter klinisch relevanter Depressivität, im mittleren Chronifizierungsstadium (Stadium II) sind es 43 % und im höchsten Stadium III sind es sogar 62 %. Mehr als 50 % der Patienten, die eine schmerztherapeutische Einrichtung zur Behandlung aufsuchen, sind im Stadium III (Quelle: Auswertung KEDOQ-Schmerz).
- Die Therapie chronischer Schmerzen ist sowohl von einer Über-, Unter- als auch einer Fehlversorgung gekennzeichnet, deren Ursachen in der Abgrenzung von Zuständigkeitsbereichen, dem Mangel an interdisziplinären Versorgungsstrukturen sowie der unzureichenden Information, Schulung und Partizipation der Patienten beschrieben werden. Die Über- und Fehlversorgung betrifft sowohl Diagnostik als auch Therapie. Psychosoziale und funktionelle Risikofaktoren für eine Chronifizierung (yellow flags) werden zu wenig beachtet; ein somatisches Vorgehen resultiert in Überdiagnostik (insbesondere durch Bildgebung), medikamentöser Fehlversorgung (nicht indizierte Verordnung von Opioiden) und invasiven Therapiemaßnahmen. Es wird über große Unterschiede zwischen der empfohlenen Behandlung (Leitlinien) und der tatsächlichen angewandten Therapie berichtet. In Folge kommt es häufig zu ineffektiver Therapieeskalation bis hin zu Mehrfachoperationen und Frühverrentung.
- Die Qualität der „multimodalen Schmerztherapie“ an den derzeit diesbezüglich rund 600 tätigen Kliniken/Zentren in Deutschland ist uneinheitlich.
- Im ambulanten Bereich: Zu wenig Behandler mit Zusatzqualifikationen in der speziellen Schmerztherapie sowie Probleme der Nachbesetzung im Rahmen der ambulanten



Bedarfsplanung. Es fehlen interdisziplinäre Behandlungsteams mit den Berufsgruppen Medizin, Psychologie, Physiotherapie und Pflege.

## II. Ausgangslage der akuten Schmerzversorgung im Krankenhaus:

- Der offizielle HTA-Bericht Nr. 126 „Akutschmerztherapie auf operativen und konservativen Stationen“ des DIMDI im Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums zeigt auf: „Die Akutschmerztherapie ist in deutschen Krankenhäusern nach wie vor unzureichend, dies kann zu gravierenden Folgeerscheinungen, wie z. B: Schmerzchronifizierung, führen“.
- „Die Anzahl der unzureichend therapierten Schmerzpatienten ist hoch: 56 % aller Patienten leiden unter nicht akzeptablen Schmerzen, das heißt entweder Ruhe-, Belastungs- und/oder Maximalschmerz liegen über den definierten Grenzwerten für ein akzeptables Erträglichkeitsniveau. Schmerzpatienten auf konservativen Stationen werden unterversorgt, 41 % der Patienten (ohne Krebserkrankung) mit nicht akzeptablen Schmerzen erhalten keine analgetische Behandlung.“, so der HTA-Bericht Nr. 126.
- Die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“ werden oft nur unzureichend umgesetzt.
- Variabilität der „Versorgungsrealität“ zwischen Kliniken in Deutschland ist dabei extrem groß: Die Zahl der Patienten, die postoperativ starke Schmerzen (NRS  $\geq 5$ ) angaben, variierte in einer aktuellen Studie nach identischen Operationen im Vergleich der einzelnen Kliniken zwischen 10 % und 88 % (Meissner W et al. Deutsches Ärzteblatt 2017;114: 161-7). Gute Schmerztherapie ist also möglich!
- Die Akutschmerztherapie auf den postoperativen und konservativen Stationen ist wirksam und kosteneffektiv (durch Verkürzung der Liegezeiten), muss aber weiter verbessert werden. Nötig sind: verbindliche Einführung von interprofessionell besetzten Akutschmerzdiensten, regelmäßige Schulungen des Personals zur Akutschmerztherapie, eine umfassende und regelmäßige Dokumentation der durchgeführten Schmerzerfassung sowie der medikamentösen und nicht medikamentösen Behandlung einschließlich Nebenwirkungen, schriftlich fixierte Richtlinien zur standardisierten Schmerztherapie, Lösungen für die Schnittstellenproblematik zwischen den Leistungserbringern sowie einer leistungsgerechten Kosten- und Mittelzuweisung. Psychologische Aspekte (z. B. Ängste) werden nur unzureichend beachtet. Forschungslücken in der ambulanten postoperativen Akutschmerztherapie müssen geschlossen werden. Die Behandlung von akuten Schmerzen auf konservativen Stationen muss dringend verbessert werden.
- Wie gut bzw. wie schlecht die Schmerzversorgung einer Klinik ist, ist oftmals auch eine Frage der einrichtungsinternen Qualitätsstrategie. Leider nehmen derzeit nur ca. 10 % der Kliniken an Zertifizierungs- oder qualitätsvergleichenden Maßnahmen teil, obwohl geeignete Initiativen zur Verfügung stehen, wie z. B. durch die Angebote der Gesellschaft für Qualifizierte Schmerztherapie - CERTKOM e. V. oder des vom Gesundheitsministerium geförderten QUIPS-Projektes.

## III. Gesundheitspolitische Empfehlungen:

### a) Handlungsfeld „Akutschmerz“ / „Schmerz im Krankenhaus“

Über die Bundesebene (Krankenhausgesetzgebung) sollten die Kliniken Anreize erhalten, ihr Schmerzmanagement zu verbessern und Strukturen analog zum Hygienemanagement aufzubauen. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. bittet den Bundesgesetzgeber:



- Die Teilnahme an Qualitätssicherungsinitiativen für Kliniken im Bereich der Schmerztherapie verpflichtend vorzusehen oder zumindest durch Vergütungsanreize zu unterstützen.
- Die Transparenz über entsprechende Zertifikate, aber auch Ergebnisqualitäten in den Routinedaten, vorzunehmen und entsprechend in der Qualitätsberichterstattung abzubilden.
- Struktur- und Prozesselemente, die wissenschaftlich nachweisbar zu einer Verbesserung der schmerztherapeutischen Versorgungsqualität beitragen, verbindlich festzulegen (z. B. Vorhandensein und Mindestmerkmale von interprofessionellen Akutschmerzdiensten).
- Den G-BA explizit gesetzlich zu beauftragen, Qualitätskriterien für ein strukturiertes Akutschmerzmanagement inkl. geeigneter Indikatoren zu entwickeln.
- Ergänzend systematische Patientenbefragungen, auch in der Qualitätsmessung der Schmerztherapie, einzuführen.

Die Landeskrankenhausplanung der Länder muss konkrete Vorgaben für den systematischen Ausbau der Akutschmerzdienste der Kliniken machen. Auch sollten die Länder Kliniken verpflichten, an Benchmarking-Projekten zur vergleichenden Darstellung der Qualität teilzunehmen.

## **b) Handlungsfeld „Chronischer Schmerz“**

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. hat als medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft in den letzten Jahren ein Instrument (KEDOQ-Schmerz) zur Qualitätssicherung in der multimodalen Schmerztherapie fachlich entwickelt und sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich mit der Einführung begonnen. Mit diesem Instrument startet die Etablierung einer bundesweiten Datenbank zur schmerztherapeutischen Versorgung. Die mitwirkenden Einrichtungen nutzen dabei einen validierten Kerndatensatz, der sich aus dem wissenschaftlich etablierten Deutschen Schmerzfragebogen, dem Chronifizierungsgrad, den Diagnosen und relevanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zusammensetzt. Dies ermöglicht einerseits die Dokumentation der jeweiligen Patientenfälle, andererseits den Vergleich der Einrichtungen untereinander sowie Auswertungen zum Zwecke der Qualitätssicherung und Versorgungsforschung.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. bittet den Bundesgesetzgeber sicherzustellen:

- Dass der G-BA bei einer schmerztherapeutischen Behandlung eine Beteiligung an KEDOQ-Schmerz oder einem vergleichbaren und mit diesem kompatiblen Instrument der Qualitätssicherung vorsieht und fördert.
- Dass die Qualität der schmerztherapeutischen Versorgung auch für Bürgerinnen und Bürger transparent und nachvollziehbar wird. Dazu könnte der Bundesgesetzgeber sicherstellen, dass ein „Schmerz-Indikator“ erarbeitet und verpflichtend sowohl in der akuten, aber auch der chronischen Schmerzbehandlung eingeführt wird.

Im Rahmen der Landeskrankenhausplanung sollten zudem

- Schmerzbetten auch der teil-stationären Versorgung explizit ausgewiesen werden,
- sichergestellt werden, dass in den Kliniken eine interdisziplinäre, multimodale Versorgung stattfindet und diese mit der ambulanten Nachbehandlung verschränkt ist.

Im Rahmen einer Bund-/Länderinitiative empfehlen wir, das Problem der regionalen Unterversorgung mit spezialisierten Behandlern für Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten



zu thematisieren. Wir bitten den Deutschen Bundestag, an die Bundesregierung zu appellieren, einen entsprechenden „Runden Tisch Schmerzversorgung“ einzuberufen.

Die Vertragspartner könnten von den an der Schmerzversorgung beteiligten Fachgesellschaften entwickelte Strukturkriterien zur Versorgungsplanung bzw. deren Ausgestaltung nutzen. Zudem sollte der regionale Versorgungsbedarf auch im ambulanten Bereich berücksichtigt werden, beispielsweise u. a. durch Thematisierung im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V. Zudem sollte auf Bundesebene eine Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie im SGB V sicherstellen, dass bei der Nachbesetzung von Arztsitzen das Kriterium der „Schmerzversorgung“ einen besonderen Stellenwert erhält.

### c) ergänzender Gestaltungsbedarf

- Im laufenden Koalitionsvertrag hat die Koalition versprochen, ein DMP-Rückenschmerz einzuführen. Dies ist leider derzeit noch nicht umgesetzt, die Beratungen im G-BA sind äußerst zäh. Wir empfehlen den Bundestagsabgeordneten, hier durch parlamentarische Initiativen ein verstärktes Augenmerk auf die Umsetzung zu legen.
- Wir bitten den Bundesgesetzgeber, die Versorgungsforschung im Bereich Schmerz auszubauen, beispielsweise durch Implementierung eines entsprechenden „Schmerz-Registers“.
- Wir bitten den Bundesgesetzgeber, den Aufbau eines Schmerz-Pflege-Förderprogramms zu prüfen: Wichtig ist, dass die Schmerztherapie in den Einrichtungen des Gesundheitswesens multimodal und interdisziplinär erfolgt. Dazu ist es nötig, dass diese auch hinreichend spezialisierte Pflegenden, Physiotherapeuten, Psychologen und Ärzte haben. Entsprechende Curricula wie z. B. Pain-Nurse/Algesiologische Fachassistenz oder aber Zusatzqualifikationen für Physiotherapeuten oder aber spezielle Fort- und Weiterbildungen bei Ärzten und Psychologen existieren und werden bundesweit u. a. von den Fachgesellschaften organisiert bzw. geprüft. Die Effekte einer spezialisierten Fort- und Weiterbildung, etwa im Bereich der Pflege, sind wissenschaftlich dokumentiert. Diesbezüglich verweisen wir u. a. auf die erfolgreiche Arbeit des DNQP (Deutsches Netzwerk Qualitätsentwicklung in der Pflege) beispielsweise mit deren Expertenstandards zu Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten bzw. chronischen Schmerzen (DNQP 2011, 2015).
- Ergänzend bitten wir den Bundesgesetzgeber, die Anerkennungsmöglichkeiten von „Schmerz“ bei der Feststellung des Grads der Behinderung (vgl. Versorgungsmedizinverordnung) im Dialog mit den Patientenorganisationen zu stärken.

**Zudem weisen wir mit der Bitte um Umsetzung auf den nachfolgend aufgeführten einstimmigen Beschluss der 88. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 24./25. Juni 2015, TOP 9.1, „Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung“ hin:**

Die GMK beschließt einstimmig:

1. Die Konferenz der Gesundheitsministerinnen und -minister, Senatorinnen und Senatoren (GMK) begrüßt, dass eine Reihe von Krankenhausträgern Strukturen geschaffen haben, eine interdisziplinäre und interprofessionelle Schmerztherapie in ihren Krankenhäusern zu etablieren und dass im ambulanten Bereich die Zahl der niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten zugenommen hat. Sie erkennt zugleich, dass die bisherigen Bemühungen nicht ausreichen, ein adäquates Schmerzmanagement flächendeckend im ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten.
2. Die GMK erwartet von den in den Krankenhäusern Verantwortlichen, dass sie eine qualifizierte Versorgung und Begleitung schmerzkranker Menschen sowohl während eines stationären



Aufenthaltes als auch beim Übergang in die ambulante oder rehabilitative Nach- und Weiterbehandlung interdisziplinär und intersektoral gewährleisten.

3. Die GMK stellt fest, dass die Qualität der stationären Versorgung bestimmende Faktoren zunehmend in der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden. Sie begrüßt, dass der Koalitionsvertrag zwischen den die Bundesregierung tragenden Fraktionen vorsieht, „Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich einzuführen“. Die GMK bittet den G-BA für ein strukturiertes Akutschmerzmanagement der Krankenhäuser Qualitätskriterien zu entwickeln.

Wir laden die Akteure des Gesundheitswesens und der Gesundheitspolitik ein, die jeweiligen Handlungsfelder u. a. im Rahmen des jährlich tagenden Nationalen Schmerzforums (vgl. [www.nationales-schmerzforum.de](http://www.nationales-schmerzforum.de)) zu vertiefen. Ergänzende Fragestellungen ergeben sich auch aus der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage (Drucksache 17/14631) zum Thema Versorgungslage chronisch schmerzkranker Menschen.

**SERVICE & TIPPS – Jährlich: der bundesweite Aktionstag gegen den Schmerz am ersten Dienstag jeden Junis. In diesem Jahr am 6. Juni 2017**

**Das Aktionstag-Logo und sämtliche Servicematerialien können Sie bei Meldungen nutzen.**

Weisen Sie gerne auch auf die für Patienten kostenlose **Patientenhotline – Tel.: 0800-18 18 120** am 6. Juni 2017, 9:00–18:00 Uhr, hin. Speziell für Pflegefachkräfte ist zudem rund um das Thema Pflege & Schmerz über die Info-Hotlines-für-Pflegekräfte-Nummer 0800- 18 18 129 im gleichen Zeitraum eine Sonderhotline geschaltet, die sich an diese Zielgruppe richtet. Alle Materialien präsentieren wir auf der Pressekonferenz, Sie finden diese zudem unter [www.aktionstag-gegen-den-schmerz.de](http://www.aktionstag-gegen-den-schmerz.de)

- **schmerzApp:** Erste deutschsprachige App für das Medium Smartphone zu allen relevanten Schnell-Informationen und Kurztitel rund um das Thema Schmerz, u. a. zu vielen verschiedenen Aspekten von Schmerz, Schmerzerkrankungen und -therapien etc. Downloadlinks unter [www.dgss.org/schmerzapp/](http://www.dgss.org/schmerzapp/)
- **Online-Übersicht über die regionalen Selbsthilfegruppen** und Ansprechpartner von SchmerzLOS e. V. <http://www.dgss.org/patienteninformationen/selbsthilfegruppen-schmerzlos-e-v/>
- **Patienteninformation** der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. mit ausführlichen Texten sowie Link zu einem gedruckten Patientenratgeber <http://www.dgss.org/patienteninformationen-start/>
- **Patientenratgeber: „Schmerz – eine Herausforderung“** Informationen für Betroffene und Angehörige, ISBN 978-3-662-48973-4 <http://www.springer.com/de/book/9783662489734>
- **Faltblatt „Kopfschmerzen verstehen: Migräne, Spannungs-, Medikamentenkopfschmerz“** [http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Flyer\\_Kopfschmerzen\\_verstehen\\_akt.Version2017.pdf](http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Flyer_Kopfschmerzen_verstehen_akt.Version2017.pdf)
- **Faltblatt „Schmerzen verstehen: Akuter Schmerz – chronischer Schmerz“,** [http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Flyer\\_Schmerzen\\_verstehen\\_Version2017\\_final.pdf](http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Flyer_Schmerzen_verstehen_Version2017_final.pdf)
- **NATIONALES SCHMERZFORUM** <http://www.nationales-schmerzforum.de>

Ansprechpartner

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.

Präsident: Prof. Martin Schmelz

Geschäftsführer: Thomas Isenberg

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., Bundesgeschäftsstelle,

Alt-Moabit 101b, 10559 Berlin

[presse@dgss.org](mailto:presse@dgss.org), [www.dgss.org](http://www.dgss.org) sowie Telefon: 030-39409689-1, Fax: 030-39409689-9