

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Bärbel Bas, Elke Ferner, Petra Ernstberger, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD
– Drucksache 17/14357 –

Versorgungslage chronisch schmerzkranker Menschen

Vorbemerkung der Fragesteller

In Deutschland leiden mehrere Millionen Menschen an chronischen Schmerzen. Gleichzeitig fehlt es an einer ausdifferenzierten, flächendeckenden Versorgung. Die Wartezeiten bis zur richtigen Diagnose sind lang, oftmals weit über ein Jahr, teilweise sogar sechs Jahre. Neben den speziellen Problemen einer adäquaten Versorgung im Bereich Akutschmerz stellt die chronische Schmerzerkrankung für Patientinnen und Patienten eine große individuelle Belastung dar. Schmerz tritt hier neben der Grunderkrankung als eigenständiges Krankheitsbild in den Vordergrund und bedarf dringend einer spezialisierten Therapie. Die Versorgungslage hingegen ist noch immer extrem lückenhaft.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Schmerzen stellen ein sehr komplexes, auch mit starken psychischen Komponenten verbundenes Phänomen mit unterschiedlichen Qualitäten, Stärken und Formen dar, das von kurzzeitigen und begrenzten Schmerzen (akuter Schmerz) über länger anhaltende Schmerzzustände bis hin zu chronischen Schmerzen und chronischen Schmerzsyndromen im Sinne eigenständiger Krankheitsbilder reichen kann. Eine einheitliche Definition des chronischen Schmerzes gibt es aber nicht.

Chronische Schmerzen führen nicht nur zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität des Betroffenen, sie sind auch volkswirtschaftlich relevant, da sie nicht selten zu Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung führen.

Eine besondere Aufgabe unseres Gesundheitswesens ist es daher, Patientinnen und Patienten durch eine bestmögliche medizinische Versorgung unnötige Schmerzen zu ersparen. Es gehört nach der Berufsordnung zu den Pflichten der Ärztinnen und Ärzte, Leiden der Patientinnen und Patienten zu lindern. Daher gehört es auch zu ihren Aufgaben, Schmerzen zu erkennen und angemessen zu behandeln. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften hat für verschiedene Bereiche der schmerztherapeutischen

*** Wird nach Vorliegen der lektorierten Druckfassung durch diese ersetzt.**

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 22. August 2013 übermittelt.

Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

Versorgung hochwertige Leitlinien veröffentlicht, die den aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse auch im Bereich der Schmerztherapie darstellen. An diesen Leitlinien können sich die Ärztinnen und Ärzte bei der jeweiligen Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten orientieren.

Die Bundesregierung setzt sich für die Stärkung der Schmerztherapie bzw. der Schmerz- und Palliativmedizin auf unterschiedliche Weise ein. Um bereits die angehenden Ärztinnen und Ärzte besser in der Schmerzmedizin auszubilden, ist Schmerzmedizin künftig ausdrücklich als Pflichtlehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium vorgegeben. Chronische Schmerzen und Schmerzmedizin stellen Querschnittsbereiche der Medizin dar, sodass auch diese Aspekte bei der gesundheitspolitischen Gesetzgebung der vergangenen Jahre, beispielsweise durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, mit berücksichtigt sind (unter anderem bei den Neuregelungen zur Vergütung, Bedarfsplanung, Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung).

Initiativen und Projekte zum Ausbau der Schmerztherapie in Deutschland werden finanziell gefördert. So enthält beispielsweise die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützte Plattform Nationale Gesundheitsziele mit dem neuen Gesundheitsziel „Gesund älter werden“ einen wichtigen Baustein zur Verbesserung der Schmerzsituation im Alter. Die Bundesregierung fördert unter dem Dach des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung verschiedene Forschungsvorhaben im Bereich Schmerz. Die Schmerzforschung wird dabei querschnittsartig in unterschiedlichen Fördermaßnahmen unterstützt. Es ist beabsichtigt, Forschung zu Ursachen und Therapiemöglichkeiten von Schmerzerkrankungen auch zukünftig über das Rahmenprogramm Gesundheitsforschung zu fördern.

Das Thema „Schmerz und chronische (Schmerz-)Erkrankungen“ muss im Versorgungskontext gesehen werden. Dabei spielen verschiedene Bereiche wie z. B. die Facharztversorgung, die Arzneimittelversorgung, die Palliativversorgung oder die Selbsthilfe eine Rolle. In diesem Kontext ist das angesprochene Themenfeld seit langem regelmäßiger Bestandteil der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des BMG.

1. Wie viele Menschen leiden nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland an chronischen Schmerzen?

Auf welche Diagnosegruppen verteilen sich die Leiden der chronischen Schmerzkranken?

Bei welchen Erkrankungen spielt Schmerz eine große Rolle?

Wie hoch ist die Zahl chronisch schmerzkranker Kinder und Jugendlicher bzw. Seniorinnen und Senioren?

Die exakte Ermittlung der Prävalenz von chronischen Schmerzen, also der Häufigkeit und Verbreitung in der Bevölkerung, ist aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsmethoden, der angewandten diagnostischen Instrumente, der unterschiedlichen Schmerzdefinitionen und einer nicht verbindlich abgestimmten Einteilung der Schweregrade schwierig. Die Prävalenz chronischer Schmerzen liegt in Deutschland laut Europäischem Weißbuch Schmerz zwischen 10 und 20 Prozent; betroffen wären damit etwa zwischen 6,7 und 13 Millionen Personen im Alter über 18 Jahren. Eine Übersichtsarbeit aus dem Jahre 2011 nennt ebenfalls Prävalenzen in diesem Bereich, verweist aber auch auf Studien wo die Prävalenz deutlich niedriger oder höher lag. Eine internationale, 2003 durchgeführte Befragungsstudie zu chronischen Schmerzen ergab für Deutschland eine Prävalenz chronischer Schmerzen von 17 Prozent. Die Prävalenz lag damit niedriger als im Durchschnitt der 16 untersuchten europäischen Länder (19 Prozent)

und niedriger als in vergleichbaren Ländern wie den Niederlanden, Schweden oder Österreich.

Häufigste Ursache für chronische Schmerzen sind Erkrankungen des Bewegungsapparates, Schmerzen durch Gefäß- und Nervenerkrankungen sowie Tumorschmerzen. In einer auf Grundlage von Sekundärdaten (Versichertendaten der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK)) durchgeführten quantitativen Analyse zum Zusammenhang zwischen bestimmten Krankheitsdiagnosen und chronischen Schmerzzuständen konnten 77 Prozent der Schmerzpatientinnen und -patienten insgesamt neun Hauptgruppen von Krankheitsdiagnosen zugeordnet werden. Der höchste Anteil entfiel mit 26 Prozent auf arthrosebedingte Schmerzen, gefolgt von Schmerzen bei Bandscheibenleiden zu 18 Prozent, andere spezifische Rückenschmerzen zu 13 Prozent, neuropathische Schmerzen zu 7 Prozent, nichtspezifische Rückenschmerzen zu 5 Prozent und Kopfschmerzen zu 4 Prozent.

Repräsentative Daten zu chronischen Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegen nicht vor. Laut Deutscher Schmerzgesellschaft (DGGS) leiden in Deutschland 300 000 bis 350 000 Kinder und Jugendliche im Alter von 8 bis 18 Jahren unter chronischen Schmerzen.

Zur Anzahl chronisch schmerzkranker Seniorinnen und Senioren in Deutschland liegen keine exakten Zahlen vor. Ältere Gesamtschätzungen von mindestens 5 Millionen Menschen mit chronischen Schmerzen beruhen auf Extrapolationen von Daten aus den USA.

2. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung zur Versorgungslage im Bereich Akutschmerz?

Welche Daten zur Versorgungssituation bestehen?

Welche Erkenntnisse über Qualitätsunterschiede in der Versorgung zwischen den Krankenhäusern sind der Bundesregierung bekannt?

Eine Studie in deutschen Facharztpraxen aus den Jahren 2005/2006 kommt zu dem Ergebnis, dass 42 Prozent der Patienten am Untersuchungstag akute oder chronische Schmerzen als Grund für den Arztbesuch angaben. 40 Prozent der Befragten litten seit mehr als sechs Monaten unter chronischen Schmerzen. 14 Prozent der Berufstätigen fielen wegen der Schmerzen tageweise aus.

Im Jahr 2011 veröffentlichten Auswertungen von Daten der gesetzlichen Krankenkassen zufolge liegt die mittlere Anzahl der Arztkontakte pro Jahr für chronische Schmerzpatienten in allen Altersgruppen und für beide Geschlechter deutlich höher als in der Vergleichsgruppe der Versicherten (insgesamt 44 Arztkontakte im Vergleich zu 16,4 Arztkontakten im Durchschnitt für das Jahr 2004). Valide Daten über die stationäre Versorgungssituation liegen der Bundesregierung nicht vor (siehe hierzu auch die Antwort zu Frage 17).

Nach dem vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Health-Technology-Assessment (HTA)-Bericht „Akutschmerztherapie auf operativen und konservativen Stationen“ aus dem Jahr 2013 (http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta346_bericht_de.pdf) konnte – auf Grundlage von Daten aus Studien von 2005 bis 2012 – unter einer Akutschmerztherapie die Anzahl der Patienten mit moderaten oder schweren Schmerzen gegenüber dem Jahre 2000 reduziert werden. Allerdings fanden die Autoren heraus, dass häufig noch keine optimale Akutschmerztherapie in die Routineversorgung integriert sei.

Die Autoren des HTA-Berichts haben daraus geschlussfolgert, dass die Akutschmerztherapie auf den postoperativen und konservativen Stationen wirksam und kosteneffektiv ist (durch Verkürzung der Liegezeiten), aber noch weiter

verbessert werden könnte. Dazu empfehlen sie unter anderem den weiteren systematischen Ausbau der Akutschmerzdienste, regelmäßige Schulungen des Personals zur Akutschmerztherapie sowie eine umfassende und regelmäßige Dokumentation der durchgeführten Schmerzerfassung sowie der medikamentösen Behandlung einschließlich Nebenwirkungen.

Spezifische Erkenntnisse über Qualitätsunterschiede in der akutschmerztherapeutischen Versorgung zwischen den Krankenhäusern liegen der Bundesregierung nicht vor. Allgemein kann davon ausgegangen werden, dass Krankenhäuser, die das gesetzlich geforderte systematische Qualitätsmanagement sachgerecht eingeführt haben, ihr internes Behandlungsmanagement so gestalten, dass auch Schmerzpatienten adäquat erkannt und deren Behandlung fachlich kompetent gesichert wird.

3. Welche Informationen besitzt die Bundesregierung über die Dimension der Schmerzbelastung der Bevölkerung, das heißt vor allem zur schmerzbedingten Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Einrichtungen, zur schmerzbedingten Arbeitsunfähigkeit, zur schmerzbedingten Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit und Frühverrentung?

Zu den der Bundesregierung zur Verfügung stehenden Informationen über die Dimension der Schmerzbelastung der Bevölkerung und der schmerzbedingten Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Einrichtungen wird auf die Antwort zu Frage 2 verwiesen.

Mit Schmerzen einhergehende Beschwerdebilder sind für die Deutsche Rentenversicherung (DRV) vermutlich die häufigste Ursache für Rehabilitationen und Berentungen wegen Erwerbsminderung, wobei sich die tatsächliche Zahl der Betroffenen im Versorgungsbereich der DRV nicht genau beziffern lässt. In der Mehrzahl der Fälle liegt bereits eine Chronifizierung der Beschwerden vor, so dass im Falle von Begutachtungen wegen Schmerzen meist von einem „chronischen Schmerzsyndrom“ auszugehen ist. Mit chronischen Schmerzen assoziierte Krankheitsbilder finden sich in der ICD-10-Klassifikation an diversen Stellen. Sie müssen aber nicht zwangsläufig als renten- oder rehabilitationsbegründende Diagnose genannt werden. In den Reha- und Renten-Statistiken der Rentenversicherung können anstatt dessen die ursächlichen somatischen oder psychischen Grunderkrankungen vor den „Schmerzdiagnosen“ genannt werden. Die Angaben konzentrieren sich auf die in der Tabelle 1 (siehe unten) genannten Erstdiagnosen („Schmerzdiagnosen“), wohl wissend, dass hierdurch die tatsächliche Anzahl der „Schmerzpatienten“ in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderungsrente nicht adäquat abgebildet werden kann.

Im Jahr 2012 erfolgten knapp 100 000 medizinische Rehabilitationen (ca. 10 Prozent aller Rehabilitationen) mit einer unmittelbar schmerzbezogenen Erstdiagnose. Die überwiegende Mehrheit (87 Prozent) dieser Rehabilitanden litt an chronischen „Rückenschmerzen“ (ICD-10 M54, siehe Tabelle 1).

Des Weiteren finden sich 7 600 Rehabilitanden mit der Erstdiagnose „anhaltende Schmerzstörung“ (ICD-10 F45.4) und knapp 2 900 Rehabilitanden mit einem sogenannten „Fibromyalgiesyndrom“ (ICD-10 M79.7).

| ICD-10 Code | Diagnose | Männer und Frauen |
|-------------|--------------------------------------------------------|-------------------|
| F45.4 | Anhaltende Schmerzstörung | 7 610 |
| F62.80 | Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom | 62 |
| G44 | Sonstige Kopfschmerzsyndrome | 335 |
| G50 | Trigeminusneuralgie | 160 |
| G54.6 | Phantomschmerz | 3 |
| G56.4 | Kausalgie | 22 |
| G57.8 | Neuropathie untere Extremität | 19 |
| M54 | Rückenschmerz | 87 103 |
| M79.7 | Fibromyalgie | 2 878 |
| M89.0 | Neurodystrophie [Algodystrophie] | 532 |
| R52.1 | Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz | 80 |
| R52.2 | Sonstiger chronischer Schmerz | 1 020 |
| Gesamt | | 99 824 |

Bezüglich des Reha-Zugangs wird von den Trägern der Rentenversicherung stets geprüft, in welchem Umfang und in welcher Einrichtung die Leistung für chronisch schmerzkrank Menschen am sinnvollsten und umfassendsten erbracht werden kann. Hierfür ist es erforderlich, dass der behandelnde Arzt im Befundbericht auf den Grund und Verlauf der Beschwerden des Patienten detailliert eingeht. Demnach entscheidet der sozialmedizinische Dienst des Rentenversicherungsträgers, ob vorrangig eine somatische oder psychosomatische Rehabilitation des Versicherten notwendig ist. Während eine Rehabilitation mit Fokus auf die somatische Grunderkrankung im Schnitt für drei bis vier Wochen bewilligt wird, kann eine Rehabilitation mit psychosomatischem Schwerpunkt für fünf bis sechs Wochen bewilligt werden. Bei medizinischer Erfordernis können beide Maßnahmen durch den Träger auch verlängert werden. Die DRV kann auf viele Reha-Zentren mit entsprechender Expertise zurückgreifen (siehe Tabelle 2). Im Rahmen der Zuweisung wird durch die Sonderanforderung „Spezielle Schmerztherapie“ und „psychologische Schmerztherapie“, die bei gegebener Qualifikation und konzeptioneller Einbindung für die jeweilige Einrichtung hinterlegt ist, sichergestellt, dass der Versicherte in eine für sein Krankheitsbild adäquate Einrichtung eingewiesen wird.

| Indikation | Anzahl der Einrichtungen |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Orthopädie + spezielle Schmerztherapie | 130 |
| Orthopädie + psychologische Schmerztherapie | 8 |
| Psychosomatik + spezielle Schmerztherapie | 32 |
| Psychosomatik + psychologische Schmerztherapie | 14 |
| andere Indikationen + spezielle Schmerztherapie (überwiegend Neurologie) | ca. 100 |
| andere Indikationen + psychologische Schmerztherapie | 4 |

Alle genannten Einrichtungen sind auf die Behandlung von chronisch schmerzkranken Menschen vorbereitet, sie verfügen über entsprechend qualifiziertes therapeutisches Personal und die geeignete räumliche Ausstattung. Die Zentren sind durch ihre multimodalen Therapiekonzepte gut geeignet, die Grunderkrankung zu behandeln bzw. deren Voranschreiten zu verzögern und resultierende somatische und seelische Beeinträchtigungen zu mindern. Durch diverse Nachsorgeleistungen soll unter anderem der Rehabilitationserfolg verstetigt oder ausgebaut werden. Neben Funktionstraining und Rehabilitationssport kann die Rehabilitation ambulant am Heimatort fortgesetzt werden. Hierzu kann beispielsweise IRENA (Intensivierte Reha-Nachsorge) verordnet werden.

Bezüglich der Erhaltung der Mobilität und Erwerbsfähigkeit wurden in den letzten Jahrzehnten für die Betroffenen vielfältige Leistungen zur beruflichen Rehabilitation bewilligt. Vor allem für Versicherte mit chronischen Rückenschmerzen wurden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) verordnet und bewilligt. Insgesamt wurden für die in Tabelle 1 genannten Rehabilitanden knapp 23 000 Leistungen bewilligt. Das waren 18 Prozent aller durchgeführten LTA im genannten Jahr.

Soweit chronische Schmerzen als Folge anerkannter Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten auftreten, sind in der Dokumentation der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V., dem Spitzenverband der gesetzlichen Unfallversicherungsträger, die Rentenfälle ausgewiesen, bei denen als Verletzungsfolge Schmerzen angegeben sind. Die Unterteilung nach bestimmten „Schmerzformen“ ist in der nachstehenden Tabelle ersichtlich.

| Verletzungsfolge | Rentenfälle mit Schmerzen als Verletzungsfolge einer Verletzung | davon Fälle mit Schmerzen als Verletzungsfolge der schwersten Verletzung und keine weiteren Verletzungsfolgen |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Schmerzzustand an Stümpfen | 611 | 86 |
| Phantomschmerz | 407 | 21 |
| Neuralgie | 489 | 77 |
| Neurombildung | 92 | 8 |
| Gelenkschmerzen | 1 526 | 151 |
| chronisches Kopfschmerzsyndrom | 1 159 | 137 |
| sonstige Schmerzzustände | 4 487 | 729 |
| Gesamt | 8 771 | 1 209 |

Ob und inwieweit die Schmerzen im Einzelfall für den Grad der Erwerbsminderung (mit)relevant waren, ist nicht gesondert erfasst.

Zu Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten, die nicht zu einem Rentenanspruch geführt haben, liegen keine statistischen Daten vor.

4. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über besonders erfolgreiche Programme der Integration von Schmerzpatienten in den Arbeitsmarkt vor?

Gibt es hierzu einen koordinierten Fachdialog zwischen dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, dem Bundesministerium für Gesundheit und den Behörden in den Geschäftsbereichen der beiden Häuser?

Wie sehen die Maßnahmen und Ergebnisse dieser Zusammenarbeit aus?

Die zur Qualitätssicherung und aus epidemiologischen Gründen durchgeführte Auswertung von Rehabilitationsverläufen erlaubt eine ungefähre Abschätzung des sozialmedizinischen Verbleibs der Versicherten zwei Jahre nach der Leistung zur Teilhabe. Die Auswertung der Daten von 2010 (Rehabilitanden aus 2008) ergab die folgende Tabelle 4.

| Tabelle 4: Sozialmedizinischer Verlauf 24 Monate nach Reha-Ende 2008 | | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------|-----|
| Spaltennummer 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Diagnose | ICD-10 Code | Rehabilitanden 2008 | Status des Versichertenkontos im Zwei-Jahres-Verlauf nach Reha in 2008. Anteil in Prozent von Spalte 3 | | | | |
| | | | Lückenloser Beitrags-eingang (inklusive Beiträge aus AU, AL und AG) | Lückenhafter Beitrags-eingang | Erwerbsminderungs-rente | Alters-rente | Tod |
| Anhaltende Schmerzstörung | F45.4 | 4 483 | 56 | 18 | 23 | 2 | 0,2 |
| Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom | F62.80 | 88 | 44 | 19 | 32 | 5 | 0,0 |
| Sonstige Kopfschmerzsyndrome | G44 | 275 | 71 | 16 | 12 | 1 | 0,4 |
| Trigeminusneuralgie | G50 | 120 | 68 | 17 | 14 | 2 | 0,0 |
| Phantomschmerz | G54.6 | 6 | 83 | 17 | 0 | 0 | 0,0 |
| Kausalgie | G56.4 | 8 | 75 | 0 | 25 | 0 | 0,0 |
| Neuropathie untere Extremität | G57.8 | 9 | 78 | 22 | 0 | 0 | 0,0 |
| Rückenschmerz | M54 | 84 255 | 81 | 11 | 4 | 4 | 0,3 |
| Fibromyalgie | M79.7 | 2 222 | 71 | 14 | 12 | 4 | 0,0 |
| Neurodystrophie (Algodystrophie) | M89.0 | 352 | 59 | 17 | 20 | 3 | 0,9 |
| Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz | R52.1 | 89 | 58 | 15 | 22 | 3 | 1,1 |
| Sonstiger chronischer Schmerz | R52.2 | 875 | 64 | 17 | 16 | 2 | 0,3 |
| | Gesamt | 92 782 | 79 | 12 | 5 | 4 | 0,3 |

AU = Arbeitsunfähigkeit (Beiträge von Krankenkasse), AL = Arbeitslosigkeit (Beiträge von Arbeitsagentur), AG = Beitragszahlungen von Arbeitgeber und anderen

Tabelle 4 zeigt, dass die überwiegende Mehrheit (79 Prozent der Rehabilitanden mit einer „Schmerzdiagnose“) nach einer Rehabilitation erwerbsfähig blieb beziehungsweise wieder in das Erwerbsleben integriert werden konnte. Dabei ist zu bedenken, dass die Beitragszahlungen zum Teil und zeitlich begrenzt beispielsweise auch von anderen Trägern der Sozialversicherung stammen können.

Nur bei 5 Prozent der Rehabilitanden wurde eine Berentung wegen Erwerbsminderung nötig. 4 Prozent erreichten im Zwei-Jahres-Verlauf die reguläre Altersrente. Die Rehabilitanden mit einer somatoformen Störung (F-Diagnosen) hatten – bezogen auf den sozialmedizinischen Verlauf – die ungünstigste Prognose.

Im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung werden chronische Schmerzpatienten, insbesondere Personen mit einem komplexen regionalen Schmerzsyndrom, im Reha-Management der Unfallversicherungsträger betreut. Eine große Rolle bei der Steuerung dieser Fälle spielen die schmerzmedizinischen und schmerztherapeutischen Angebote der speziellen berufsgenossenschaftlichen Unfallkliniken. Diese Kliniken verfügen über spezialisierte Schmerzbilanzen mit entsprechenden Sprechstunden sowie über stationäre schmerztherapeutische Angebote. Aufgrund der großen versorgungspolitischen Bedeutung des Themas plant die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung noch in diesem Jahr mit dem Klinikverbund die Anforderungen an eine schmerztherapeutische Versorgung in der gesetzlichen Unfallversicherung zu definieren und gemeinsame Behandlungsstandards abzustimmen.

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) hat bereits im Februar 2012 mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung eine Kooperationsvereinbarung zum Thema „Arbeitslosigkeit und Gesundheit“ abgeschlossen. Schwerpunktthema der Kooperation in 2013 ist die Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsprävention mit dem Ziel, erleichterte Zugangsvoraussetzungen für sozial Benachteiligte zu Präventionskursen der gesetzlichen Krankenkassen zu vereinbaren.

Soweit die BA als Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständig ist, ist darauf hinzuweisen, dass auf die konkreten Auswirkungen einer Behinderung im Einzelfall und den daraus resultierenden individuellen Förder- und Unterstützungsbedarf abzustellen ist. Im Hinblick auf diese individuelle Ausrichtung der Integrationsstrategie sind zielgruppenspezifische Programme nicht vorgesehen.

5. Welche epidemiologischen Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Themenzusammenhänge „Kinder und Schmerz“ sowie „Senioren und Schmerz“ vor?

Bereits Kinder und Jugendliche sind häufig von Schmerzen betroffen. Nach Daten der KiGGS-Studie, erhoben in den Jahren 2003 bis 2006, haben 71 Prozent der drei- bis 17-Jährigen innerhalb von drei Monaten mindestens einmal Schmerzen, 47 Prozent sogar wiederkehrende Schmerzen, 55 Prozent Schmerzen an mindestens zwei Lokalisationen und 27 Prozent wiederkehrende Schmerzen an mindestens zwei Lokalisationen. Kopf- und Bauchschmerzen wurden am häufigsten berichtet. Mit zunehmendem Alter werden häufiger Schmerzen angegeben. In allen Altersgruppen berichten Mädchen häufiger über wiederkehrende Schmerzen als gleichaltrige Jungen. Die Arztinanspruchnahme wegen Schmerzen nimmt mit steigendem Alter ab, dagegen nimmt die Medikamenteneinnahme wegen Schmerzen mit dem Alter zu.

In der ersten Erhebungswelle der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) 2008 bis 2011 des Robert Koch-Instituts (RKI) gaben etwa ein Drittel (Männer: 31 Prozent; Frauen 30 Prozent) im Alter von 18 bis 79 Jahre sehr leichte und leichte Schmerzen in den letzten vier Wochen an. Stärkere Schmerzen wurden häufiger von Frauen als von Männern angegeben.

Die Prävalenz von Schmerzen, insbesondere von mäßigen und starken oder sehr starken Schmerzen, steigt bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Lebensalter bis zum 60. Lebensjahr an.

In der bundesweiten, vom RKI regelmäßig durchgeführten Befragungsstudie „Gesundheit in Deutschland Aktuell“ (GEDA) 2009 und 2010 wurde die Häufigkeit chronischer Rückenschmerzen erhoben. Die so erfasste Lebenszeitprävalenz chronischer Rückenschmerzen stieg im Altersverlauf bei Frauen signifikant und kontinuierlich von 15 Prozent in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre auf 35 Prozent in der Altersgruppe 65 bis 74 Jahre an, um bei Frauen ab 75 Jahren mit 35 Prozent stabil auf diesem Niveau zu bleiben. Bei Männern wurde ein signifikanter Anstieg bis zur Altersgruppe 50 bis 64 Jahre mit einem Anteil von 22 Prozent beobachtet. In den höheren Altersgruppen fand sich keine weitere Zunahme. In allen Altersgruppen lag die Prävalenz bei Frauen signifikant höher als bei Männern.

Die Schmerzprävalenz bei älteren Menschen in Pflegeheimen wird mit 49 bis 86 Prozent als besonders hoch eingeschätzt; gleichzeitig gibt es Hinweise auf eine unzureichende Schmerzbehandlung in dieser vulnerablen Seniorenpopulation. Die Datenlage für Deutschland ist in einem jüngst vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Rahmen des Forschungsschwerpunkts „Gesundheit im Alter“ geförderten Forschungsvorhabens (siehe dazu Antwort auf Frage 30) näher beleuchtet worden. Erste Ergebnisse in einer Stichprobe von 217 Personen, die umfassend befragt und untersucht werden konnten, ergaben, dass 65 Prozent von Schmerzen betroffen waren und 31 Prozent sowohl Schmerzen angaben als auch eine Schmerzdauermedikation erhielten. Detaillierte Bewertungen der Qualität der Schmerzbehandlung von Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohnern wurden sowohl in direkter Befragung und Analyse von Krankenakten als auch auf der Basis von Sekundärdatenanalysen (Daten der Deutschen Betriebskrankenkasse) durchgeführt und zeigten erhebliche Defizite auf. Vor diesem Hintergrund ist von den Autoren eine interdisziplinäre Handlungsempfehlung zum Management von Schmerzen bei älteren Menschen in Pflegeheimen erarbeitet worden.

6. Welche epidemiologischen Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über die Themenzusammenhänge „Gender und Schmerz“ sowie „Migranten und Schmerz“ vor?

Über alle Schmerzlokalisationen und Altersgruppen hinweg zeigen Frauen durchgängig die größere Prävalenz von Schmerzen. Während bei jüngeren Frauen über eine längere Zeit bis etwa zu dem Alter von 40 Jahren Kopfschmerzen die am häufigsten genannten Schmerzen darstellen, sind bei Männern Rückenschmerzen dominierend. Die höhere Schmerzprävalenz von Frauen im Vergleich zu Männern zeigt sich auch bei chronischen Rückenschmerzen, die in GEDA 2009 und 2010 detailliert erfasst wurden.

Zur Gesundheit von Erwachsenen mit Migrationshintergrund sind nur wenige Daten verfügbar. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund waren in der KiGGS-Studie entsprechend ihres Anteils an der Bevölkerung vertreten. Insgesamt scheinen sich sowohl die Prävalenz von Schmerzen als auch die Medikamenteneinnahme und Arztbesuche aufgrund von Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund nicht von Gleichaltrigen ohne Migrationshintergrund zu unterscheiden. Auch eine Differenzierung nach Herkunftsland ergibt so gut wie keine Unterschiede. Allerdings war die Anzahl der Arztbesuche und in der Tendenz auch Medikamenteneinnahmen wegen Schmerzen etwas häufiger bei Kindern mit Migrationshintergrund, trotz gleich hoher oder sogar etwas niedrigerer Schmerzprävalenzen und zwar auch, wenn noch weitere Parameter wie Alter, Geschlecht und Sozialstatus gleichzeitig berücksichtigt werden.

7. Welche Bedeutung kommt nach Auffassung der Bundesregierung den verschiedenen Formen der Schmerzprävention zu?

Welchen Stellenwert misst die Bundesregierung der Prävention im Vorfeld der Schmerzkrankheit zur Vermeidung von Chronifizierung und zur erfolgreichen Rehabilitation bei?

Die Prävention zur Vermeidung der Entwicklung einer Schmerzkrankheit hat zweifellos eine hohe Bedeutung im Rahmen der Schmerztherapie. Neue Therapieansätze stellen dabei auf die Problematik des „Schmerzlernens“ ab. Es gibt Hinweise, dass z. B. eine suboptimale Schmerzversorgung in der unmittelbaren Nachsorge von Operationen zur Entwicklung chronischer Schmerzen, zum „Schmerzlernen“ führen kann. Dies soll durch einen verbesserten und konsequenten Einsatz von Schmerzmitteln im Anschluss an operative Eingriffe verhindert werden.

8. Welchen Stellenwert hat nach Auffassung der Bundesregierung die Schmerztherapie bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, und wie bewertet sie diesen im Vergleich zu dem Rang, den diese in Staaten der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung bzw. EU-Mitgliedsländern einnimmt?

Die Schmerztherapie hat in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung einen hohen Stellenwert. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Therapie chronischer Schmerzen und die Schmerzmedizin Querschnittsbereiche der Medizin darstellen, die in allen medizinischen Disziplinen mitberücksichtigt werden und somit auch in der Erforschung unterschiedlicher Krankheitsbilder relevant sind.

Eine internationale, 2006 publizierte Studie, die in 13 EU-Mitgliedstaaten (darunter Dänemark, Deutschland, Schweden, Finnland, Niederlande, Österreich und Frankreich) sowie in den OECD Mitgliedsstaaten Norwegen, Schweiz und Israel mittels Telefoninterviews durchgeführt wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass in Deutschland die Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung vergleichsweise hoch ist. Während im Durchschnitt etwa 40 Prozent der Befragten von einer unzureichenden Schmerzbehandlung berichten sind es in Deutschland nur 29 Prozent.

9. Welche Maßnahmen, Programme und Initiativen werden auf EU-Ebene unter Beteiligung der Bundesregierung durchgeführt?

In welchem Maß wird die Bundesregierung das Thema Schmerz zum Gegenstand der EU-Gesundheitspolitik sowie EU-Forschungspolitik machen?

Welche nationalen Initiativen der EU-Mitgliedsländer sind der Bundesregierung bezüglich des Themas Schmerz bekannt?

Die Bundesregierung ist durch das BMBF an zwei europäischen Maßnahmen beteiligt, die das Thema Schmerz aufgreifen: an der Gemeinsamen Technologieinitiative „Innovative Medicines Initiative (IMI)“ sowie an der Europäischen Innovationspartnerschaft „Active and Healthy Ageing (EIP AHA)“. Weiterhin hat die Bundesregierung an der inhaltlichen Ausgestaltung des siebten EU-Forschungsrahmenprogramms mitgewirkt, durch das auch Vorhaben zum Thema Schmerz gefördert wurden. Im Spezifischen Programm des achten EU-Forschungsrahmenprogramms (Horizon 2020) ist das Thema chronischer Schmerz innerhalb der so genannten Challenge 1 („Health, Demographic Change and Well-Being“) angesiedelt. Das Spezifische Programm wird durch Arbeitsprogramme umgesetzt werden, an deren inhaltlicher Gestaltung die Bundesregierung mitwirkt.

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis über nationale Initiativen in anderen EU-Mitgliedsländern.

10. Von welchen, durch die Schmerzkrankheit verursachten, volkswirtschaftlichen Kosten geht die Bundesregierung aus?

Auf welche Quellen stützt sie sich dabei?

Die durch chronische Schmerzen entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten in Deutschland sind hoch, verlässliche Angaben zur genauen Höhe sind aber schwierig. Die Angaben bewegen sich zwischen 20,5 und knapp 29 Mrd. Euro, bestehend aus direkten Kosten wie etwa für Behandlung, Rehabilitation oder Medikamente und indirekten Kosten durch vorzeitige Verrentung oder Arbeitsunfähigkeit. Es gibt auch höhere Schätzungen bis zu 38 Mrd Euro. Die Angaben sind dem HTA-Bericht des DIMDI zur „Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung“ entnommen sowie einer Publikation von Nobis, Rolke & Baumann 2012.

11. Wie viele schmerztherapeutische Einrichtungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland?

Wie beurteilt die Bundesregierung die Qualität dieser Einrichtungen?

Welche Kriterien sind der Bundesregierung bekannt, um Verbrauchern und Patienten eine Wahlentscheidung bei ihrer Suche nach einer besonders qualifizierten Einrichtung zur Schmerzbehandlung zu unterstützen?

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis von der Zahl der stationären schmerztherapeutischen Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland. Die Krankenhauspläne weisen in der Regel keine rein schmerzmedizinisch ausgerichteten Einrichtungen aus.

Laut der Deutschen Schmerzgesellschaft, die im Rahmen der Erstellung des HTA-Berichts zur „Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung“ vom DIMDI angefragt wurde, gab es 2010 in Deutschland 1479 niedergelassene Schmerztherapeuten. Eine Erfassung aller auf Schmerztherapie spezialisierten Ärztinnen und Ärzte oder Einrichtungen in der vertragsärztlichen Versorgung liegt der Bundesregierung nicht vor.

Nach Angaben des Qualitätsberichts 2012 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nehmen insgesamt 1043 Ärztinnen und Ärzte an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Grundlage des § 135 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) teil. In dem Bericht ist auch dargelegt, welche Qualitätssicherungsmaßnahmen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) durchgeführt haben.

Patientinnen und Patienten können bei ihrer Suche nach einer stationären Einrichtung in der Schmerzbehandlung auch auf die Qualitätsberichte der Krankenhäuser zurückgreifen, da OPS-Kodes auch in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zu veröffentlichen sind. Hier ist jedoch darauf hinzuweisen, dass nicht jede Schmerztherapie kodierbar und in den Qualitätsberichten auffindbar ist. Die Schmerztherapie gehört grundsätzlich zur allgemeinen Krankenhausbehandlung und wird nur dann gesondert kodiert, wenn es sich um eine darüber hinausgehende spezielle Behandlungsform handelt, wie z. B. die direkte Injektion von Schmerztherapeutika im Bereich der Nervenbahnen. In der amtlichen Klassifikation des DIMDI für Operationen und Prozeduren (OPS 2013) werden verschiedene dieser Behandlungsformen (= unter anderem multimodale Schmerztherapie, komplexe Akutschmerzbehandlung, multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung, teilstationäre multimodale Schmerztherapie ...) in einem eigenen Codebereich aufgeführt, zusammen mit Hinweisen und

Mindestmerkmalen (z. B. mindestens drei Fachdisziplinen bei der multimodalen schmerztherapeutischen Kurzzeitbehandlung), die für eine Kodierung zu erfüllen sind.

Darüber hinaus wird in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser zur besseren Transparenz für die Patientinnen und Patienten angegeben, welche speziellen Leistungsangebote z. B. zur Schmerztherapie und zum Schmerzmanagement sowie welche Zusatz-Weiterbildungsqualifikationen vorliegen.

Im Übrigen werden den Patientinnen und Patienten teilweise in den Ländern spezifische „Schmerztherapie-Ratgeber“ zur Verfügung gestellt, in denen Adressen von therapeutischen Einrichtungen und Selbsthilfegruppen im Land sowie Informationen über Schmerzarten und Behandlungsmöglichkeiten aufgeführt werden. Zudem unterliegen die Kostenträger auch gegenüber den Schmerzpatienten einer Beratung- und Auskunftspflicht im Hinblick auf die Suche nach einer geeigneten schmerztherapeutischen Behandlung.

12. Wie beurteilt die Bundesregierung den Stand der Qualitätssicherung in der Schmerztherapie?

Welche Handlungsfelder der Qualitätssicherung im Bereich Schmerztherapie sind nach Ansicht der Bundesregierung prioritär?

Welche Instrumente und Maßnahmen stehen dabei derzeit den Vertragspartnern und dem System der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) zur Verfügung?

13. Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung einleiten, um die Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung in der Schmerztherapie in Deutschland zu verbessern?

Welche Empfehlungen gibt die Bundesregierung zur Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung in der Schmerztherapie an die jeweiligen Akteure?

Die Fragen 12 und 13 werden wegen des engen Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Die Qualitätssicherung hat in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung einen hohen Stellenwert. Für alle Leistungserbringer in der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung besteht nach §135a des SGB V ein gesetzliches Gebot zur Qualitätssicherung, das ihnen die Verantwortung für die Qualität ihrer Leistungen ausdrücklich überträgt. Vertragsärzte, Krankenhäuser sowie die ambulanten und stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sind gesetzlich zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements verpflichtet. Dazu gehört auch, die interne Organisation in einer Einrichtung so zu gestalten, dass Schmerzpatienten adäquat erkannt und deren Behandlung fachlich kompetent gesichert wird. Durch das Instrument der Patientenbefragung können sich die Einrichtungen darüber informieren, ob und welcher Verbesserungsbedarf bei der Versorgung der Patienten besteht. Alle Qualitätssicherungsmaßnahmen betreffen auch die schmerztherapeutischen Behandlungen in den jeweiligen Einrichtungen.

Es gehört nach den Vorgaben des SGB V zu den Aufgaben der gemeinsamen Selbstverwaltung, insbesondere des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und der Bundesmantelvertragspartner (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband), die spezifischen Anforderungen an die Leistungserbringer zur Qualitätssicherung festzulegen. Der G-BA legt nach einem strukturierten Verfahren fest, in welchen Bereichen der Versorgung spezifische Maßnahmen der Qualitätssicherung entwickelt werden müssen und bestimmt das Nähere hierzu.

Eine Reihe von Richtlinien des G-BA berücksichtigen schmerztherapeutische Aspekte und treffen Vorgaben zur Qualitätssicherung. So beinhalten beispielsweise die Regelungen zur externen stationären Qualitätssicherung in mehreren Leistungsbereichen auch die Erhebung präoperativer Schmerzen. Neben den Richtlinien des G-BA haben die Bundesmantelvertragspartner in Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Absatz 2 SGB V, insbesondere in der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Schmerztherapie-Vereinbarung) nähere Vorgaben zur Qualitätssicherung geregelt.

Die Entscheidung darüber, ob und wie in einer stationären Einrichtung schmerztherapeutische Maßnahmen angeboten sowie gegebenenfalls spezifisch weitergebildete Ärzte für Schmerztherapie eingesetzt werden, obliegt dem jeweiligen Träger einer Einrichtung. Er hat auch die Verantwortung dafür, dass die Voraussetzungen dafür vorliegen um eine gute Therapie zu ermöglichen.

Darüber hinaus tragen etablierte freiwillige Maßnahmen der Qualitätssicherung z. B. durch eine Zertifizierung dazu bei, die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Schmerzen zu verbessern.

Die Bundesregierung setzt sich aktiv für die Verbesserung der Schmerztherapie in Deutschland ein und fördert Initiativen und Forschungsprojekte zur Verbesserung der Schmerztherapie. Beispielhaft sei hier auf ein Modellvorhaben zur Verbesserung der Ergebnisqualität der postoperativen Schmerztherapie hingewiesen sowie auf die Forschungsförderung, durch die Forschungsverbände zu Kopfschmerz, Rückenschmerz und neuropathischem Schmerz.

14. Welche Initiativen zur Einführung standardisierter Methoden zur Dokumentation und Wirksamkeitskontrolle von Schmerzdiagnostik und -therapie sind der Bundesregierung bekannt und werden von ihr unterstützt?
15. In welchem Ausmaß werden nach Kenntnis der Bundesregierung standardisierte Instrumente der Dokumentation, Qualität und insbesondere Therapieergebniskontrolle in schmerztherapeutischen Einrichtungen routinemäßig eingesetzt, und welchen gesetzgeberischen Handlungsbedarf bzw. Handlungsbedarf der Selbstverwaltungspartner sieht die Bundesregierung?

Die Fragen 14 und 15 werden wegen des Sachzusammenhanges gemeinsam beantwortet.

Das Aktionsbündnis „Schmerzfreie Stadt Münster“ analysiert in einem auf drei Jahre angelegten Projekt die komplexen Zusammenhänge in der Versorgung von Schmerzpatienten innerhalb eines städtischen Gesundheitssystems. Dabei wird eine Überprüfung des Schmerzmanagements insbesondere in Palliativstationen, Hospizen und Pflegeeinrichtungen der Stadt Münster durchgeführt. Ziel ist es, diesbezügliche Wissens- und Versorgungslücken an den Schnittstellen von Krankenhäusern, Alten- und Pflegeeinrichtungen, Schmerzpraxen und Hospizen zu erkennen und zu schließen. Auf der Basis dieser Ergebnisse sollen Verbesserungsvorschläge für eine vernetzte Schmerzbetreuung erarbeitet werden.

In dem vom DIMDI herausgegebenen HTA-Bericht „Akutschmerztherapie auf operativen und konservativen Stationen“ wurde dargelegt, dass in Deutschland die Initiativen des Technischen Überwachungs-Vereins (TÜV) Rheinland zur Zertifizierung zur „Schmerzfreien Klinik“, das Benchmarking-System QUIPS sowie die Zertifizierung durch das Unternehmen PainCert bestehen. Alle drei Ansätze zielen auf ein verbessertes Schmerzmanagement, indem systematisch ausgewählte Qualitätsindikatoren zur Bewertung herangezogen werden.

Als ein Beispiel zur Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch Schmerzkranker im Rahmen der vertragsärztlichen Leis-

tungserbringung ist darüber hinaus die „Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Absatz 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)“ zu nennen. In § 7 dieser Vereinbarung finden sich Vorgaben zur standardisierten Dokumentation, die der KV auf Verlangen vorzulegen ist.

Die bestehenden gesetzlichen Regelungen, die den Selbstverwaltungspartnern bzw. dem G-BA die Gestaltungsverantwortung übertragen, sind geeignet, eine gute Qualität der Schmerztherapie sicherzustellen.

16. Wie beurteilt die Bundesregierung die Deckung des schmerztherapeutischen Bedarfs im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)?

Was wird sie unternehmen, um den schmerztherapeutischen Bedarf im Rahmen der ambulanten Bedarfsplanung zu decken?

Schmerztherapeutische Leistungen fallen in das Leistungsspektrum unterschiedlicher Arztgruppen. Im Rahmen der Bedarfsplanung werden auf Schmerztherapie spezialisierte Ärztinnen und Ärzte daher nicht gesondert beplant, sondern werden bei dem Versorgungsbedarf der jeweiligen Arztgruppen berücksichtigt. Der G-BA hat zudem im Rahmen seiner am 1. Januar 2013 in Kraft getretenen Neufassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie (BPL-RL) ausdrücklich geregelt, dass bei der Neubesetzung von Arztsitzen für Anästhesie insbesondere Bewerber Berücksichtigung finden sollen, deren Versorgungsschwerpunkte in Schmerztherapie oder Palliativmedizin liegen.

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und damit auch der schmerztherapeutischen Versorgung obliegt den KVen und der KBV. Die jeweilige KV hat entsprechend den Bedarfsplänen alle geeigneten finanziellen und sonstigen Maßnahmen zu ergreifen, um die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten, zu verbessern oder zu fördern (vergleiche § 105 SGB V). § 99 Absatz 1 Satz 3 SGB V sieht zudem die Möglichkeit vor, bei Vorliegen regionaler Besonderheiten, insbesondere der regionalen Demografie und Morbidität, bei der Aufstellung des Bedarfsplans auf Landesebene von der BPL-RL abzuweichen, wenn dies für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Darüber hinaus besteht bei Vorliegen eines entsprechenden Versorgungsbedarfs auch die Möglichkeit, unbeschadet der Anordnung von Zulassungsbeschränkungen so genannte Sonderbedarfszulassungen zu erteilen.

17. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung über den Grad der Spezifizierung der Landeskrankenhauspläne im Bereich der Schmerzversorgung der Kliniken bezüglich der Akutschmerztherapie und bezüglich einer multimodalen Schmerztherapie?

Wie ist die Versorgungslage im Detail?

Plant die Bundesregierung eine versorgungsorientierte Darstellung der Versorgungslage?

Das BMG hat im Juli 2013 eine Umfrage bei den Ländern zur Spezifizierung der Krankenhauspläne im Hinblick auf die Schmerztherapie durchgeführt. Die Krankenhausplanung in den Ländern orientiert sich hier an den Fachgebetsbezeichnungen der Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammer und nicht an Therapieangeboten. Da die Schmerztherapie kein solches Fachgebiet darstellt, wird sie als solche auch nicht ausdrücklich beplant. Die Krankenhauspläne weisen demnach in der Regel keine rein schmerzmedizinisch ausgerichteten Einrichtungen aus.

Die Behandlung akuter und chronischer Schmerzen ist jedoch im Ergebnis regelmäßig in die stationäre Krankenhausversorgung in den Ländern eingebettet. Eine dezidierte Darstellung der schmerztherapeutischen Kapazitäten der Krankenhäuser in den Ländern ist hingegen auf der Grundlage der Landeskrankenhauspläne insgesamt nicht möglich. Die Versorgung in der Schmerztherapie ist durch eine ausgeprägte Interdisziplinarität gekennzeichnet sowie in hohem Maß sektorübergreifend ausgestaltet. Soweit gleichwohl in den Ländern Defizite bestehen könnten, kann dies in dem gemeinsamen Landesgremium nach § 90a SGB V auch unter Berücksichtigung regionaler Aspekte sachlich aufgegriffen werden. Hier können gegebenenfalls auch Empfehlungen zu diesem sektorenübergreifenden Aspekt abgegeben werden.

18. Gibt es aus Sicht der Bundesregierung eine schmerztherapeutische Unter- oder Fehlversorgung akut und chronisch Schmerzkranker, und wie beabsichtigt die Bundesregierung diese gegebenenfalls zu beheben?

Es wird auf die Antworten zu den Fragen 2, 13 und 15 verwiesen.

19. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung seit 2009 unternommen, um die Versorgung von Schmerzpatienten zu verbessern?

Wo und wann hat sie dazu mit den Bundesländern, den Krankenkassen oder anderen beteiligten Akteuren gesprochen?

Die gesundheitspolitische Gesetzgebung der Bundesregierung in den vergangenen Jahren war auf die Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung – einschließlich der Versorgung der Schmerzpatienten – ausgerichtet.

Exemplarisch kann im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgung von chronischen Schmerzpatienten auch auf die mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz erfolgte Einführung des Versorgungsbereichs der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung verwiesen werden. Die im § 116b SGB V enthaltene Auflistung von Krankheiten und hochspezialisierten Leistungen umfasst das bisherige gesetzliche Spektrum des § 116b SGB V und die vom G-BA in seiner Richtlinie vorgenommenen Erweiterungen. Soweit es um spezifische Leistungen der Schmerztherapie geht, können diese auch als hochspezialisierte Leistungen aufgenommen werden. Derzeit sind bereits z. B. CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen im gesetzlichen Katalog des § 116b SGB V als hochspezialisierte Leistungen enthalten. Hierzu hat der G-BA mit Beschluss vom 19. Mai 2011 bereits in seiner Richtlinie gemäß der alten Fassung des § 116b SGB V die Konkretisierung der hochspezialisierten Leistungen einschließlich der diagnostischen und therapeutischen Begleitmaßnahmen, der sächlichen sowie der personellen Anforderungen und des Überweisungserfordernisses ergänzt, auf deren Grundlage er die zukünftige Ausgestaltung gemäß den Neuregelungen des § 116b SGB V neue Fassung vornehmen kann.

Zudem wurde die Fortentwicklung des § 116b-Katalogs dem G-BA übertragen, der auf Antrag das Leistungs- und Krankheitsspektrum erweitern und gleichzeitig den Behandlungsumfang konkretisieren und die nötigen Qualitätsanforderungen festlegen kann. Dies bedeutet, dass auch hinsichtlich der chronischen Schmerztherapie der G-BA im Rahmen der Weiterentwicklung des Versorgungsbereichs entsprechende Regelungen aufnehmen kann, entweder unter den jeweiligen Grundkrankheiten und Krankheitsbildern (z. B. Rheuma, Onkologie) oder als eine eigenständige Ergänzung seiner Richtlinie für chronisch schmerzkranken Patienten.

Im Bereich der ärztlichen Ausbildung ist durch die Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte vom 17. Juli 2013 Schmerzmedizin ausdrücklich als Pflichtlehr- und Prüfungsfach vorgegeben worden.

In einem dreistufigen Konzept wurde die Versorgung ambulanter Palliativpatienten mit Betäubungsmitteln – also vor allem mit starken Schmerzmitteln – seit 2009 entscheidend verbessert.

Zunächst wurde mit der 25. Betäubungsmittelrechts-Änderungsverordnung vom 11. Mai 2011 die Möglichkeit geschaffen, in Hospizen und Einrichtungen der SAPV Betäubungsmittel-Notfallvorräte bereitzuhalten und somit die Voraussetzungen für eine unverzügliche Schmerzmittelbehandlung in Akutsituationen verbessert. Daneben wurden die in Alten- und Pflegeheimen sowie Hospizen bestehenden Möglichkeiten zur Weiterverwendung nicht mehr benötigter, aber weiterverwendungsfähiger Betäubungsmittel auf die Einrichtungen der SAPV ausgedehnt. Hierdurch wurde ein Beitrag zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung mit Betäubungsmitteln geleistet.

In einem nächsten Schritt wurde mit der Vierten Verordnung zur Änderung der Apothekenbetriebsordnung vom 5. Juni 2012 die Betäubungsmittel-Vorratshaltung in Apotheken ergänzt, so dass zur Schmerztherapie benötigte Betäubungsmittel jederzeit bereit stehen beziehungsweise kurzfristig beschafft werden können.

Im Rahmen des Zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 19. Oktober 2012 wurde das Betäubungsmittelgesetz geändert. Danach darf der Arzt einem ambulant versorgten Palliativpatienten in eng begrenzten Ausnahmefällen Betäubungsmittel zur Überbrückung einer absehbaren palliativmedizinischen Krisensituation überlassen, wenn das Betäubungsmittel aus der Apotheke nicht rechtzeitig besorgt werden kann.

20. Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung im Bereich Schmerz im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) angeregt?

Plant die Bundesregierung, das Thema Unter-/Fehlversorgung bei Schmerzen im Rahmen eines Gutachtens des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen behandeln zu lassen?

Falls nein, warum nicht?

Das Thema „Schmerz“ ist als gesonderter Tagesordnungspunkt in den letzten Jahren nicht auf der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) behandelt worden. Allerdings haben die von der GMK gefassten Beschlüsse zur Verbesserung der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung in den Jahren 2006 und 2008 Aspekte der Schmerzversorgung berührt.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat sich zuletzt in seinem Gutachten 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ im Kontext spezieller Versorgungsanforderungen bei älteren und alten Menschen mit dem Thema „Chronischer Schmerz“ beschäftigt. Dabei standen die Bedeutung chronischer Schmerzzustände bei Mehrfacherkrankungen, die Spezifik der Arzneimitteltherapie im Alter, sowie die Vermeidung der Chronifizierung von Schmerz zur Prävention von Pflegebedürftigkeit und auch die Berücksichtigung von Schmerzen in entsprechenden Leitlinien im Mittelpunkt. Auch in künftigen Gutachten dürfte die Versorgung bei Schmerzen eine Rolle spielen, weil eine bestmöglich koordinierte, integrierte und ganzheitliche Versorgung gerade auch bei Mehrfacherkrankungen ein Grundanliegen des Sachverständigenrates ist.

21. Welche besonderen Initiativen oder Verträge der Krankenkassen im Bereich der multimodalen Schmerztherapie sind der Bundesregierung bekannt?

Es existieren mehrere zum Teil bundesweite Verträge zur schmerztherapeutischen Versorgung. Zudem haben die Krankenkassen zur Umsetzung des auch die Schmerzbehandlung umfassenden Anspruchs der Versicherten auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§ 37b SGB V) bundesweit 224 Verträge abgeschlossen.

22. Welche Modellprogramme zur multimodalen Schmerztherapie fördert die Bundesregierung in welchem Umfang, und welche Modellprogramme beabsichtigt sie zu fördern?

Eine Förderung von Modellprogrammen zur multimodalen Schmerztherapie findet nicht statt und ist derzeit auch nicht geplant.

23. Wie beurteilt die Bundesregierung die spezielle Schmerztherapie im Bereich der kassenärztlichen Versorgung?

Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung darüber vor, wie lange es dauert, bis Patientinnen und Patienten erstmals einem Schmerzspezialisten vorgestellt werden?

Die spezielle Schmerztherapie im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung ist in der Qualitätssicherungsvereinbarung der Bundesmantelvertragspartner zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Absatz 2 SGB V (Schmerztherapie-Vereinbarung) geregelt. Diese Vereinbarung dient der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch Schmerzkranker im Rahmen der vertragsärztlichen Leistungserbringung. 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 dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Ziel ist es die Behandlung von Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen leitliniengerecht und evidenzbasiert zu gestalten. Vor diesem Hintergrund begrüßt die Bundesregierung die Qualitätssicherungsvereinbarung.

Es obliegt dabei den Bundesmantelvertragspartnern zu prüfen, inwieweit Veränderungen im Versorgungsgeschehen Anlass für eine Anpassung der Qualitätsvereinbarung geben.

Valide Daten über die Wartezeiten in der schmerztherapeutischen Versorgung liegen dem BMG nicht vor.

24. Welche Anreize bestehen aus Sicht der Bundesregierung im Gesundheitswesen, um ein umfassendes ambulantes und stationäres Angebot einer multimodalen schmerztherapeutischen Versorgung aufzubauen?

In der ambulanten Versorgung bestehen auf Bundes-, Landes- und Krankenkasenebene diverse Fördermöglichkeiten auch zum Aufbau einer multimodalen schmerztherapeutischen Versorgung. Auf Bundesebene ist hier insbesondere die bereits in der Antwort zu Frage 23 erwähnte Schmerztherapie-Vereinbarung gemäß § 135 Absatz 2 SGB V sowie die Bestimmung und Bewertung abrechnungsfähiger Leistungen im EBM, der im so genannten Bewertungsausschuss von Vertretern der KBV und Vertretern des Spitzenverbandes Bund der Kran-

kenkassen beschlossen wird, zu nennen. Der EBM sieht neben der Zusatzpauschale für die Einleitung oder Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten, die auch eine konsiliarische Beratung der kooperierenden Ärzte umfasst, insbesondere eine Zuschlagsposition für die Leistungserbringung in hochspezialisierten schmerztherapeutischen Zentren vor. Auch für die Durchführung multidisziplinärer Fallkonferenzen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung können die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine gesonderte EBM-Ziffer berechnen. Nach dem EBM dürfen zudem CT-gesteuerte schmerztherapeutische Interventionen bei akutem oder chronischem Schmerz im Rahmen eines multimodalen Schmerztherapiekonzeptes erbracht werden. Die Gesamtvertragspartner entscheiden darüber hinaus im Rahmen von § 87a SGB V gemeinsam und einheitlich über die Notwendigkeit weiterer Fördermaßnahmen zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten der Versorgungsstrukturen und zur Verbesserung der regionalen Versorgung der Versicherten. Dies gilt insbesondere auch für die Möglichkeit zur extrabudgetären Vergütung qualitätsgesichert erbrachter besonders förderungswürdiger vertragsärztlicher Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung auf Grundlage der vom Bewertungsausschuss hierzu zu beschließenden Empfehlungen. Zusätzlich zum Kollektivvertragsrecht hat der Gesetzgeber den Krankenkassen die Kompetenz übertragen, auch einzelne Bereiche der ambulanten ärztlichen Versorgung zum Gegenstand von Versorgungsaufträgen nach §§ 73c, 140a SGB V zu machen.

Auch im stationären Bereich besteht die Möglichkeit, zur Abrechnung der multimodalen Schmerztherapie. Der Entgeltkatalog für das Jahr 2013 sieht hierfür verschiedene Fallpauschalen vor.

25. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über das Entlassungsmanagement von Schmerzpatienten vor, und wie beurteilt sie diese?

Welche Kosten entstehen den Leistungsträgern der Sozialversicherung durch abgerochene oder falsch fortgesetzte Schmerzbehandlungen nach stationären Behandlungen oder Reha-Behandlungen oder auf Grund von fehlenden Strukturen zur ambulanten Weiterbehandlung?

Im Rahmen des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-VStG) wurden die Regelungen zum Entlassmanagement effektiver ausgestaltet. § 39 Absatz 1 Satz 4 SGB V regelt ausdrücklich, dass die Krankenhausbehandlung auch ein Entlassmanagement zur Lösung von Problemen beim Übergang in die Versorgung nach der Krankenhausbehandlung enthalten muss. In den zweiseitigen Verträgen über Krankenhausbehandlung, die zwischen den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene und den Vertretern der Krankenhäuser auf Landesebene abzuschließen sind, sind die Einzelheiten des Entlassmanagements zu regeln (§ 112 SGB V). Gesonderte Erkenntnisse über ein Entlassmanagement von Schmerzpatienten liegen der Bundesregierung nicht vor. Ausgaben, die der gesetzlichen Krankenversicherung durch abgebrochene oder falsch fortgesetzte Therapien entstehen, sind in der amtlichen Statistik der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gesondert erfasst.

26. Welche Bedeutung hat nach Auffassung der Bundesregierung die Schmerztherapie für die unterschiedlichen Formen der Hospizversorgung, und in welchem Umfang wird sie dort nach Kenntnis der Bundesregierung im ambulanten und stationären Bereich praktiziert?

Die Schmerztherapie ist für die ambulante und stationäre Hospiz- und Palliativversorgung, unabhängig davon, wie diese regional gestaltet ist, von hoher Bedeutung.

Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung bedürfen, haben nach § 39a Absatz 1 SGB V Anspruch auf einen Zuschuss zu stationärer oder teilstationärer Versorgung in Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird. Zu der palliativmedizinischen Versorgung gehört auch eine schmerztherapeutische Behandlung.

Die Krankenkasse hat nach § 39a Absatz 2 SGB V ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner stationären oder teilstationären Versorgung an einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbegleitung erbringen. Voraussetzung der Förderung ambulanter Hospizdienste ist nach § 39a Absatz 2 SGB V unter anderem, dass der ambulante Hospizdienst mit palliativmedizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeitet. Es ist davon auszugehen, dass die genannten Partner der Zusammenarbeit auch eine schmerztherapeutische Behandlung erbringen.

27. Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dem Stand der Vorbereitungen der Medizinischen Fakultäten auf die Anforderungen der Ausbildung im Bereich des bei der letzten Novelle der Ärztlichen Approbationsordnung neu eingeführten Querschnittsbereichs Schmerzmedizin Q14?

Wie will die Bundesregierung die Bundesländer bei der Einführung eines entsprechenden innovativen Lehrangebots und dem Erfahrungsaustausch unterstützen?

Die Bundesregierung hat mit der Änderung der Approbationsordnung für Ärzte im Bundesrecht die Grundlagen dafür geschaffen, das Lehrangebot im Bereich der Schmerzmedizin zu verstärken. Es ist nun die Aufgabe der Hochschulen, diese Vorgaben umzusetzen und ihre Curricula entsprechend auszugestalten. Hierzu liegt z. B. ein von den Fachgesellschaften empfohlenes Curriculum Schmerztherapie vor, das von verschiedenen medizinischen Fakultäten auch schon implementiert wurde.

28. Wie beabsichtigt die Bundesregierung die Bundesländer dabei zu unterstützen, das Problemfeld Schmerz in der universitären und nach-universitären Ausbildung zum Psychologen entsprechend seiner Bedeutung für die Schmerztherapie im Curriculum zu verankern bzw. zu verstärken?

Psychologen werden aufgrund eines Hochschulstudiums der Psychologie qualifiziert. Eine Reglementierung der Ausbildung gibt es nicht. Vielmehr sind die Hochschulen aufgrund der Kultushoheit der Länder und der Freiheit von Forschung und Lehre für die Inhalte zuständig. Der Bund hat hierauf keinen Einfluss.

Soweit die Frage auf eine Verankerung des Problemfeldes Schmerztherapie in der bundesrechtlich geregelten Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten abzielt, wird darauf verwiesen, dass bereits heute die Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in der Psychotherapeutenausbildung zu vermitteln sind, die erforderlich sind, um unter anderem „bei der Therapie psychischer Ursachen, Begleiterscheinungen

und Folgen von körperlichen Erkrankungen unter Berücksichtigung der ärztlich erhobenen Befunde zum körperlichen Status und der sozialen Lage des Patienten auf den wissenschaftlichen, geistigen und ethischen Grundlagen der Psychotherapie eigenverantwortlich und selbständig handeln zu können“. Damit ist auch das Problemfeld Schmerz, soweit ausbildungsrelevant, bereits erfasst. Für die Gestaltung der curricularen Inhalte der Ausbildung sind die Länder bzw. die Ausbildungsinstitute verantwortlich.

Die Bundesregierung wird bei der vorgesehenen Überarbeitung der Psychotherapeutenausbildung sicherstellen, dass das Problemfeld Schmerz weiterhin inhaltlich berücksichtigt wird.

29. Wird sich die Bundesregierung bei den Bundesländern für die Schaffung von zusätzlichen Lehrstühlen für Schmerztherapie einsetzen?

Die Entscheidung über die Einrichtung von Lehrstühlen bestimmter Fachrichtung obliegt den Ländern bzw. Hochschulen, die dann auch für die finanzielle Ausstattung zu sorgen haben.

30. Mit welchen Programmen fördert die Bundesregierung derzeit
- a) die experimentelle Forschung,
 - b) die klinische Forschung,
 - c) die sozialwissenschaftliche Forschung,
 - d) die Versorgungsforschung und
 - e) die epidemiologische Forschung im Bereich Schmerz?

Die Bundesregierung fördert Schmerzforschung unter dem Dach des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung. Es ist thematisch in Aktionsfelder gegliedert, die nicht einzelnen Krankheitsbildern zuzuordnen sind. Die Schmerzforschung wird daher querschnitthaft in unterschiedlichen Maßnahmen gefördert. Je nach Fragestellung der jeweiligen Fördermaßnahme können die einzelnen Forschungsvorhaben ihren Schwerpunkt in den unter Frage 30a bis 30e genannten Bereichen haben.

Daneben erfolgen epidemiologische Erhebungen zu Schmerz regelmäßig im Rahmen des kontinuierlichen Gesundheitsmonitorings am RKI, das aus jährlichen Befragungen (GEDA) und den abwechselnd durchgeführten Untersuchungssurvey an Erwachsenen (DEGS) und an Kindern und Jugendlichen (KiGGS) besteht.

31. Wie verhält sich der Umfang der von der Bundesregierung geförderten Programme im Vergleich zu anderen Förderprogrammen der Bundesregierung mit Medizinbezug?

Die Bundesregierung fördert unter dem Dach des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung derzeit laufende Forschungsvorhaben im Bereich Schmerz in Höhe von rund 12 Mio. Euro. Im Zeitraum von 2002 bis 2013 durchgeführte oder begonnene Forschungsvorhaben zum Thema Schmerz wurden mit insgesamt 44 Mio. Euro unterstützt. Im gleichen Zeitraum wurde etwa die Depressionsforschung ebenfalls mit 44 Mio. Euro gefördert.

32. In welchem Umfang wird die Bundesregierung ihre Forschungsförderung im Bereich Schmerztherapie und Ursachen von Schmerz ausbauen?

Die Bundesregierung beabsichtigt, Forschung zu Ursachen und Therapiemöglichkeiten von Schmerzerkrankungen auch zukünftig über das Rahmenprogramm Gesundheitsforschung zu fördern. Forschungsvorhaben zum Thema Schmerz stehen hier in direktem Wettbewerb mit Forschungsvorhaben zu anderen Krankheitsbildern. Da für eine Förderung die wissenschaftliche Exzellenz der Vorhaben ausschlaggebend ist, ist eine Abschätzung der zukünftigen Forschungsförderung im gesamten Bereich der Ursachen und Therapien von Schmerzerkrankungen nicht möglich.

Derzeit befindet sich eine Fördermaßnahme des BMBF („Forschungsnetz muskuloskeletale Erkrankungen“), zu der explizit auch Anträge zur Schmerzforschung eingereicht werden konnten, in der Begutachtungsphase.

Ferner werden Fragen der Schmerzforschung auch im wissenschaftlichen Konzept der Langzeit-Gesundheitsstudie „Nationale Kohorte“ aufgegriffen. Das BMBF fördert das Forschungsvorhaben „Gemeinsam forschen für eine gesündere Zukunft – die Nationale Kohorte“ in der ersten Hauptphase 2013 bis 2018 gemeinsam mit den Ländern mit Fördermitteln in Höhe von ca. 84 Mio. Euro.

33. Wann wird die Bundesregierung ein „Nationales Aktionsprogramm Schmerz“ auflegen, um Maßnahmen ressort- und akteursübergreifend zu bündeln und zu verstärken?

Die Bundesregierung plant gegenwärtig kein Nationales Aktionsprogramm Schmerz.

34. Welche Bedeutung kommt im schmerztherapeutischen Kontext nach Auffassung der Bundesregierung der Selbsthilfe der Betroffenen zu?

Durch welche politischen und rechtlichen Schritte plant die Bundesregierung, das Selbsthilfepotential bei Schmerzpatienten in der Allgemeinbevölkerung sowie infrastrukturell über das bestehende Maß hinaus zu stärken?

In den letzten Jahren ist die Selbsthilfe immer mehr zu einer wichtigen Säule im System gesundheitlicher Versorgung herangewachsen und leistet einen wichtigen Beitrag zur Gesunderhaltung und Problembewältigung, insbesondere auch für chronisch Kranke und für Menschen mit Behinderung und psychosozialen Problemen.

Die Selbsthilfeförderung durch die Krankenkassen ist ein fester Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherung. Zum 1. Januar 2008 wurde diese mit der Schaffung des neuen § 20c SGB V erneut verbessert. Das BMG fördert im Bereich der Selbsthilfe modellhafte Projekte von Selbsthilfeverbänden und -organisationen.

35. Durch welche Publikationen oder Maßnahmen im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit informiert die Bundesregierung über Ergebnisse der Schmerztherapie, Schmerzforschung sowie Therapie-, Selbsthilfe- und Präventionsmöglichkeiten?

Das BMG informiert die Bürgerinnen und Bürger sowie die Fachöffentlichkeit im Rahmen seiner Öffentlichkeitsarbeit auf unterschiedliche Weise. Im Mittelpunkt seiner Informationsmaßnahmen stehen dabei sogenannte Informationskampagnen, welche detailliert über herausragende und aktuelle Gesetze, Gesetz-

gebungsvorhaben oder Reformthemen aufklären. Darüber hinaus werden standardisierte Kommunikationsinstrumente genutzt, welche in der Regel allgemeinere Informationen zu Einzelthemen beinhalten. Dies sind beispielsweise Ratgeber-Publikationen, Periodika, elektronische Newsletter oder das persönliche Beratungsangebot beim Bürgertelefon des BMG.

In den letzten Jahren wurden im Rahmen von Kampagnen und Standardinstrumenten der Öffentlichkeitsarbeit des Ministeriums vielfältige Informationsangebote mit inhaltlichem Bezug zum Thema „Schmerz“ herausgegeben. Beispielsweise wurden kontinuierlich in den „Gesundheitspolitischen Informationen (GP)“ des Ministeriums entsprechende Beiträge und weiterführende Informationsangebote veröffentlicht. Die GP wird inzwischen von über 20 000 Empfängern abonniert und kann kostenlos bezogen werden.

Eine Übersicht einiger Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit der letzten Jahre, in denen das Thema „Schmerz“ thematisiert wurde, enthält die nachfolgende Zusammenstellung:

A. Informationskampagnen zum

1. Gesetz für mehr Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG 2006),
2. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG 2007),
3. Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG 2010),
4. GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG 2012).

B. Standardinstrumente der Öffentlichkeitsarbeit

1. Bericht: Nationales Gesundheitsziel – Brustkrebs. Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen (2003),
2. Broschüre: Nationales Gesundheitsziel: Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln (2006),
3. Broschüre: Nationales Gesundheitsziel – Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken (2006),
4. Broschüre: Nationales Gesundheitsziel: Gesund älter werden (2012),
5. Flyer: Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie (2009),
6. Flyer: Seltene Erkrankungen – viele Betroffene (2009),
7. Studie: Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Menschen mit seltenen Erkrankungen in Deutschland 2009,
8. Bericht: Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe (2011),
9. Pressemitteilung und Projektbericht: Fit für ein besonderes Leben: Modulares Schulungsprogramm für chronisch kranke Kinder und Jugendliche sowie deren Familien „ModuS“ (2011),
10. Bericht: EDV-gestützte kooperative Betreuung bei nierentransplantierten Patienten zur Förderung der Compliance bei immunsuppressiver Therapie unter Berücksichtigung der Komedikation (2012),
11. Nationaler Krebsplan Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen 2012,
12. elektronischer Newsletter Nr. 12/2013 „Mitführung von Schmerzmitteln auf Reisen“ (2013).

Darüber hinaus wurde das Themenfeld auch in der „Schriftenreihe“ des BMG, welche in Kooperation mit dem Nomos-Verlag herausgegeben wurde, aufgegriffen. Beispielsweise ist dies in den folgenden Publikationen der Fall:

- Bericht: Chronische Sarkoidose, Studie zur Erfassung der Lebensqualität und Krankheitsbewältigung (1997),
- Bericht: Hemmfaktoren bei der Durchführung einer wirksamen Schmerztherapie nach WHO-Stufenschema (1998),
- Bericht: Modelle zur Versorgung schwer behandelbarer Epilepsien (2000).

Aktuell ist auf den Internetseiten des BMG ein Projektbericht: „Fit für ein besonderes Leben: Modulares Schulungsprogramm für chronisch kranke Kinder und Jugendliche sowie deren Familien“, sowohl auf der Seite „Kindergesundheit“ als auch auf den Broschürenseiten veröffentlicht. Weitere Informationen sind unter den Glossarbegriffen „Strukturierte Behandlungsprogramme“ und „Palliativversorgung“ zu finden.

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) sind zwei Einzelpublikationen erschienen und zwar das GBE-Heft 7 zu Chronischen Schmerzen und das GBE-Heft 53 zu Rückenschmerzen. Außerdem finden sich kurze Abhandlungen zu Schmerzen oder zu bestimmten Schmerzproblematiken in den GBE Publikationen „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“, „Migration und Gesundheit“ und „Gesundheit in Deutschland 2006“.

Darüber hinaus informiert das RKI aus dem Bereich der Gesundheitsberichterstattung die Fachöffentlichkeit auch in Form wissenschaftlicher Veröffentlichungen über Erkenntnisse zum Thema Schmerz.

Über aktuelle Ergebnisse der Forschung sowie über Therapie- und Präventionsmöglichkeiten informiert die Bundesregierung im Rahmen der Fachkommunikation des BMBF. Instrumente sind unter anderem ein Newsletter mit aktuellen Ergebnissen der Gesundheitsforschung, regelmäßig publizierte Informationsbroschüren zu bestimmten Krankheitsbildern oder Themen sowie die Website der Gesundheitsforschung (www.gesundheitsforschung-bmbf.de/).

elektronische Vorab-Fassung