

Struktur der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland:

Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen

Konsens der „Gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und

Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“ (Juli 2015)

Gerhard H. H. Müller-Schwefe^{3,8}, **Joachim Nadstawek**^{1,9}, **Thomas Tölle**^{5,10}, **Paul Nilges**^{2,11}, **Michael A. Überall**^{6,12},
Heinz Josef Laubenthal^{4,13}, **Fritjof Bock**^{7,14} **Bernhard Arnold**^{1,15}, **Hans Raimund Casser**^{7,11}, **Thomas H. Cegla**^{3,16},
Oliver M. D. Emrich^{3,17}, **Toni Graf-Baumann**^{4,18}, **Jörg Henning**^{7,19}, **Johannes Horlemann**^{3,20}, **Hubertus Kayser**^{1,21},
Harry Kletzko^{6,22}, **Wolfgang Koppert**^{5,23}, **Klaus H. Längler**^{3,24}, **Hermann Locher**^{7,25}, **Jörn Ludwig**^{7,26}, **Silvia Maurer**^{3,27},
Michael Pfungsten^{5,28}, **Michael Schäfer**^{5,29}, **Michael Schenk**^{1,30}, **Anne Willweber-Strumpf**^{2,31},

¹ Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), ² Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF), ³ Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. (DGS), ⁴ Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie e. V. (DIVS), ⁵ Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., ⁶ Deutsche Schmerzlige e. V. (DSL), ⁷ Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST),⁸ Schmerz- und Palliativzentrum Göppingen, Regionales Schmerzzentrum DGS – Göppingen, ⁹ Schmerzzentrum an der Jankerlinik Bonn, ¹⁰ Klinik für Neurologie, Technische Universität München, ¹¹ DRK Schmerz-Zentrum Mainz (SZM), ¹² Institut für Neurowissenschaften, Algesiologie und Pädiatrie, Nürnberg, Regionales Schmerzzentrum DGS – Nürnberg, ¹³ Bochum, ¹⁴ Schmerzzentrum Bodensee-Oberschwaben, Ravensburg, ¹⁵ HELIOS Amper-Klinikum Dachau, ¹⁶ Krankenhaus St. Josef, Regionales Schmerzzentrum DGS – Wuppertal, ¹⁷ Gesundheits- und Schmerzzentrum Ludwigshafen, Regionales Schmerzzentrum DGS – Ludwigshafen, ¹⁸ Teningen, ¹⁹ Krankenhaus Lahnhöhe – Zentrum für konservative Orthopädie, Schmerztherapie und Osteologie, Lahnstein, ²⁰ Praxis Dr. Horlemann, Regionales Schmerzzentrum DGS – Kevelaer, ²¹ Praxisgemeinschaft für Anästhesie, Schmerz-, Palliativmedizin und Psychotherapie Dr. Auerswald & Partner, Bremen, ²² Integrative Managed Care Service GmbH, Limburg/Lahn, ²³ Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, ²⁴ Praxis für Spezielle Schmerztherapie, Akupunktur, Sportmedizin und Palliativmedizin, Regionales Schmerzzentrum DGS – Wegberg, ²⁵ Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie, Tettngang, ²⁶ sporthopaedicum Straubing, ²⁷ Praxis Dr. Silvia und Thomas Maurer, Regionales Schmerzzentrum DGS – Bad Bergzabern, ²⁸ Klinik für Anästhesiologie, Zentrum Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, ²⁹ Klinik für Anaesthesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, ³⁰ Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin, ³¹ Schmerz- und Tagesklinik und -Ambulanz, Universitätsmedizin Göttingen

Zusammenfassung

Im Auftrag der schmerzmedizinischen/psychologischen Fachgesellschaften, der Selbsthilfeorganisation der Schmerzpatienten und des Berufsverbandes der Schmerztherapeuten und Schmerzpsychologen hat die „Gemeinsame Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“ unter Mitwirkung der jeweiligen Präsidenten/Vorsitzenden überprüfbare Struktur- sowie Prozesskriterien entwickelt, um schmerzmedizinische Einrichtungen in Deutschland klassifizieren zu können. Grundlage ist das in Deutschland etablierte System der abgestuften Versorgung sowie bestehende Qualifikationen, Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen. Die Einführung eines Fachkundenachweises Schmerzmedizin wird empfohlen. Neben den erstmals beschriebenen Schmerzpsychotherapeutischen Einrichtungen können anhand der Kriterien 5 Ebenen von der Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin über spezialisierte Einrichtungen bis zum Zentrum für Interdisziplinäre Schmerzmedizin definiert werden. Ziel der Empfehlungen ist es, verbindliche und überprüfbare Kriterien zur Qualitätssicherung in der Schmerzmedizin zu etablieren und die Versorgung zu verbessern.

Hintergrund

Die Versorgungsnotwendigkeit von Patienten mit akuten, chronifizierenden und chronischen Schmerzen ist heute unbestritten. Einigkeit besteht für die fachgebietsbezogene Notwendigkeit der Akutschmerztherapie, die hierfür notwendige Qualifikation und notwendigen Strukturen.

Kontrovers wird dem gegenüber die Prävention, Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen und der chronischen Schmerzkrankheit sowohl hinsichtlich der epidemiologischen Daten als auch der notwendigen Versorgungsstrukturen und Qualifikationen diskutiert.

Unter dem Aspekt, dass eine Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland sich nur erzielen lässt, wenn alle betroffenen Fachgesellschaften und Berufsverbände einheitliche Anforderungen an Struktur, Qualität und Qualifikation in der Schmerzmedizin definieren, haben die Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF), Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. (DGS), Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie e. V. (DIVS), Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e. V. (IGOST), Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD) sowie die Deutsche Schmerzliga e. V. (DSL) seit Oktober 2011 eine „Gemeinsame Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“ gegründet und in insgesamt 13 Sitzungen die vorliegende Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen in Deutschland erarbeitet und konsentiert.

Aus den ursprünglich drei Arbeitsgruppen (Qualifikation, Struktur und Qualität) wurde aufgrund inhaltlicher Überschneidungen die Arbeitsgruppe Qualifikation und Struktur zusammengelegt.

Bedarf schmerzmedizinischer Versorgung

Die Zahlen über die Prävalenz chronischer Schmerzen in Deutschland, die Behandlungsbedürftigkeit und notwendige Strukturen divergieren weit. Ging die Bundesregierung im Jahr 2003 noch von 5 bis 8 Millionen Erwachsenen mit behandlungsbedürftigen Schmerzpatienten aus (Deutscher Bundestag, Drucksache 15/2209 vom 22.12.2003), beziffern Breivik et al. [1] 2006 die Prävalenz chronischer Schmerzen aufgrund von Telefoninterviews auf 17 % in Deutschland und Häuser et al. [2] beschreiben 2014 anhand einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe unter Anwendung validierter Fragebogeninstrumente eine Prävalenz von 23 Millionen Deutschen mit chronischen Schmerzen und einer Prävalenz von 2,2 Millionen Deutschen mit chronischen, beeinträchtigenden, nicht tumorbedingten Schmerzen und assoziierten psychischen Beeinträchtigungen.

Unübersichtliche Versorgungsstrukturen

Ein Blick auf die Versorgungslandschaft ergibt ein völlig uneinheitliches Bild: Fachgebietsspezifische Praxen, Schmerzpraxen, Schmerzzentren und Schmerzambulanzen wie auch teil- und vollstationäre schmerztherapeutische Einrichtungen sind in Deutschland keine klar definierten Strukturen. Hinter ihnen kann sich sowohl ein monodisziplinärer Zugang als auch ein multidisziplinärer und multimodaler Zugang zu Schmerzdiagnostik und Schmerzmedizin verbergen.

Die Einführung der fachgebietsbezogenen Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ durch den 99. Deutschen Ärztetag am 8. Juni 1996 wie auch die

Einführung der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung [3] haben kaum zu einer erkennbaren Verbesserung der Struktur der schmerzmedizinischen Versorgung geführt, da sie überwiegend persönliche Qualifikationen und allenfalls vereinzelt Struktur- und Prozessqualität definieren.

Obwohl bereits Loeser [4] 1991 im Auftrag der IASP eine Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen mit abgestufter Versorgung vorgenommen hat (aktualisiert auf der Homepage der IASP [5]), ist dieses Modell in Deutschland nicht einmal an universitären Einrichtungen umgesetzt [6].

In einer Untersuchung von Gerbershagen und Limmroth [7] deklarieren 70 % der teilnehmenden neurologischen Abteilungen in Krankenhäusern eine eigene Schmerzambulanz. Die häufigsten dort behandelten Schmerzsyndrome sind Kopfschmerzen, Polyneuropathien und Nervenkompressionssyndrome. Rückenschmerz, die Schmerzerkrankung mit der höchsten Prävalenz, spielt hier offensichtlich nur eine untergeordnete Rolle. Dies zeigt, wie sehr die fachgebietsspezifische Ausrichtung für vorgehaltene Versorgungsstrukturen bestimmend ist.

Auch die von Sabatowski et al. [8] 2011 publizierte Empfehlung der Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen berücksichtigt in ihrer vierstufigen Strukturempfehlung nicht die in Deutschland etablierten Versorgungsformen und abgestufte Versorgung und lässt bestehende Einrichtungen wie beispielsweise psychotherapeutische Schmerzeinrichtungen unbeachtet.

Die „Gemeinsame Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“ hat deshalb - basierend auf dem Modell der abgestuften Versorgung der medizinischen Betreuung - eine Analyse bestehender Versorgungsformen erstellt und diese mit Strukturkriterien und teilweise auch mit Prozesskriterien hinterlegt. Ausdrücklich wird darauf hingewiesen, dass die hier beschriebenen Strukturen überwiegend auf den bisher bestehenden Qualifikationen/Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen beruhen (mit Ausnahme eines „Fachkundenachweises Schmerzmedizin“, den die „Gemeinsame Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“ bereits konsentiert hat).

Diese Klassifikation definiert damit ausschließlich Strukturen, die im jetzt bestehenden kurativen Versorgungssystem bereits umsetzbar und überprüfbar sind und gegebenenfalls künftigen Entwicklungen schmerzmedizinischer Qualifikation angepasst werden müssen. Der rehabilitative Sektor, dessen grundsätzliche Zielsetzung eine andere ist, wird davon nicht berührt.

Versorgungsrelevanz

Im Mai 2014 hat der 117. Deutsche Ärztetag dezidiert eine bessere flächendeckende und wohnortnahe schmerzmedizinische Versorgung mit abgestuften Versorgungsbereichen beschlossen [9]. Unter anderem wird konstatiert, dass jeder Patient Anspruch auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung habe, dazu gehöre eine dem akuten Stand der Wissenschaft entsprechende Prävention und Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen.

Desweiteren stellt der Deutsche Ärztetag fest, dass eine flächendeckende Bildung regionaler Netzwerke auf allen Versorgungsebenen sowie die Umsetzung integrierter Versorgungsprogramme Voraussetzung dafür sei, eine unter Koordination des Hausarztes stehende abgestufte Versorgung sicherzustellen. Darüber hinaus wird die „Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen mit definierten Strukturmerkmalen“ in den Bedarfsplänen der Landesvertragspartner nach § 99 SGB V gefordert. Dies diene „zum einen der Sicherstellung einer adäquaten und wohnortnahen schmerzmedizinischen Versorgungsstruktur, zum anderen ist sie Voraussetzung für angemessene Vergütung und wirtschaftliche Planungssicherheit schmerztherapeutisch tätiger Ärzte“.

Die Bedingung hierfür ist jedoch, dass überprüfbare Kriterien die Strukturen in einem abgestuften Versorgungssystem definieren. Diesem Anspruch folgt die nachfolgende tabellarische Darstellung der verschiedenen schmerztherapeutischen/ schmerzmedizinischen Einrichtungen. Sie schafft damit Voraussetzung für eine zukünftige Bedarfsplanung schmerzmedizinischer Versorgung.

Grundlage schmerzmedizinischer Diagnostik und Versorgung bleibt weiterhin der Hausarzt/Facharzt als primäre Anlaufstelle für Patienten. In der Tabelle 1 „Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen – Kriterienkatalog“ (Konsenspapier der „Gem. Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“ (Juli 2015)) werden Strukturen definiert und beschrieben, deren Qualifikation über die allgemeinmedizinische/fachärztliche Schmerzqualifikation hinausgeht und die im Rahmen einer abgestuften Versorgung entweder durch eine be-

sondere Spezialisierung oder durch zunehmend komplexere Strukturen der Einrichtung gekennzeichnet ist.

Anders als alle bisher vorliegenden Klassifizierungen hat die „Gemeinsame Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“ als dem Allgemeinarzt/Facharzt nachfolgende Struktur eine Einrichtung mit einer zu schaffenden „Fachkunde Schmerzmedizin“ definiert. Da erst im Jahr 2016 das Querschnittsfach Schmerzmedizin als Prüfungsfach in die Approbationsordnung für werdende Ärzte eingeführt wird, sind schmerzmedizinische Grundkenntnisse in den vorangegangenen Ärztegenerationen eher zufällig.

Aus diesem Grund schlägt die „Gemeinsame Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“ eine Verbesserung der schmerzmedizinischen Basisversorgung durch die Schaffung einer „Fachkunde Schmerzmedizin“ vor, mit der die primärärztliche Versorgung verbessert werden kann. Die hierauf nachfolgenden Einrichtungen zeichnen sich durch zunehmende Spezialisierung bzw. Komplexität aus. Nach fachgebietsbezogenen Einrichtungen, die nicht ausschließlich schmerzmedizinisch tätig sind, in denen aber auch eine schmerzmedizinische Versorgung vorgehalten wird, folgen die Praxis/Ambulanz für Spezielle Schmerztherapie, die - immer noch gekoppelt an die fachgebietsbezogene Spezielle Schmerztherapie - ausschließlich oder überwiegend schmerzmedizinisch tätig ist, danach das Zentrum für Interdisziplinäre Schmerzmedizin“ mit einem multiprofessionellen und multimodalen Diagnose- und Therapiekonzept. Sonderformen stellen schmerzpsychotherapeutische Einrichtungen dar, die in der Versorgung ebenfalls

eine wesentliche Rolle spielen wie auch interdisziplinäre syndromorientierte Zentren (Kopfschmerz-/Rückenschmerzzentren).

Die Autoren sind überzeugt, dass mit den hier definierten Struktur- und Qualitätskriterien die schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland überprüfbar verbessert werden kann, und dass sie gleichzeitig Grundlage für Vergütungsregelungen darstellen kann.

Inwieweit multiprofessionelle multimodale schmerzmedizinische Zentren mit aufwendigen permanenten Kommunikationsprozessen in der Lage sind, eine nennenswerte Anzahl von betroffenen Patienten zu versorgen, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.

Gültigkeit

Die vorgelegte Klassifizierung der schmerztherapeutischen Einrichtungen in Deutschland wurde von den beteiligten Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Patientenorganisationen am 13.11.2013 konsentiert und tritt mit Veröffentlichung in Kraft.

Literatur

1. Breivik H et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur. J. Pain* 2006;10(4): 287–333.
2. Häuser W et al. Chronische Schmerzen, Schmerzkrankheit und Zufriedenheit der Betroffenen mit der Schmerzbehandlung in Deutschland - Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstickprobe. *Schmerz*. 2014; 28(5): 483 – 492.
3. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) *Dtsch Arztebl*. 2005;102(11):A-781 / B-657 / C-613.
4. Loeser JD. Desirable characteristics for pain treatment facilities: report of the IASP taskforce. In: Bond MR, Charlton JE, Woolf CJ (editors). *Proceedings of the VIth World Congress on Pain*. Amsterdam: 1991 Elsevier p 411-5.
5. Loeser JD et al. for the Task Force on Guidelines for Desirable Characteristics for Pain Treatment Facilities: Desirable characteristics for pain treatment facilities and standards for physician fellowship in pain management. Seattle, WA: International Association for the Study of Pain; 1990.

6. Lindena G et al. Schmerztherapeutische Angebote an Kliniken in Deutschland. Schmerz. 2004;18(1):10-16.
7. Gerbershagen K, Limmroth V. Pain therapy in german neurology. Structures and standards of evaluation. Eur Neurol. 2008; 60(4):167-173.
8. Sabatowski R et al. Empfehlungen zur Klassifikation schmerztherapeutischen Einrichtungen in Deutschland. Schmerz. 2011; 25(4):368-76.
9. DOKUMENTATION Deutscher Ärztetag. Entschlüsseungen zum Tagungsordnungspunkt IV: Schmerzmedizinische Versorgung stärken - Dtsch Ärzteblatt. 2014; 111(23-24):A-1094 / B-938 / C-888.
10. Arnold B et al. Multimodale Schmerztherapie: Konzepte und Indikation. Schmerz. 2009;23(2):112-120.