Nationales Versorgungsforum Schmerz der DSG

„Keine Einorganerkrankung“

Schmerzmedizin erfordert funktionell-orthopädische, neurologische, psychosoziale, psychiatrische und anästhesiologische Kompetenzen. Die wenigen bestehenden multimodalen, multiprofessionellen Netzwerke können eine flächendeckende schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland nicht gewährleisten. Schmerzexperten forderten deswegen auf dem „Nationalen Versorgungsforum Schmerz“ einen Facharzt für Schmerzmedizin.

>> Die schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland übernehmen derzeit Hausärzte, Fachärzte, Klinikambulanzen und teil- bzw. vollstationäre schmerzmedizinische Einrichtungen an Krankenhäusern. Ärzte ohne spezielle Schmerzqualifikation werden dabei unterstützt durch rund 1.000 niedergelassene Haus- und Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“, die an der Qualitätssicherungs-(QS-)vereinbarung Schmerztherapie nach § 135 SGB V aus dem Jahr 2005 teilnehmen, von denen etwa 400 eine ausschließliche Schmerzversorgung anbieten. Schmerztherapeutisch qualifizierte Fachärzte bewegen sich allerdings immer innerhalb der Grenzen ihrer Fachgebiete. So kann ein Neurologe keine anästhesiologische Schmerzmedizin leisten und abrechnen, und ein Anästhesist keine funktionelle Diagnostik. Für PD Dr. med. Michael Überall, Präsident der Deutschen Schmerzliga e.V. (DSL), ein hausgemachtes Problem: „Unsere Versorgung ist zu standardisiert. Jeder Arzt macht innerhalb seines Fachgebiets das Bestmögliche, aber eben nach ‚Katalog‘.“ Habe der Patient weiterhin Beschwerden, reiche der Arzt ihn weiter. Bleiben die Beschwerden immer noch, werde der Patient psychologisiert. Überall: „Jeder Patient ist individuell und braucht daher eine individuelle Versorgung.“

„Seit Jahren weigert sich die Gemeinsame Selbstverwaltung das Problem der schmerzmedizinischen Unter- und Fehlversorgung anzupacken und schiebt sich den Schwarzen Peter gegenseitig zu“, betonte Prof. Dr. Dr. Joachim Nadstawek, Vorsitzender des Berufsverbands der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD) den Status Quo. Trotz mehrmaliger und wiederholter Willensbekundungen der Institutionen habe sich in den letzten Jahren an der massiven schmerzmedizinischen Versorgungsproblematik nichts verändert.

Dass die Regelversorgung hier versagt, meint auch Harry Kletzko, ehemals Vizepräsident der DSL, denn die Zahl der Schmerzpatienten steige stetig, statt zurückzugehen. Kurz- und mittelfristig seien Integrierte Versorgungs-Verträge sinnvoll. Langfristig könne die Lösung aber nur in einer besseren Ausbildung vor allem der Allgemeinärzte liegen, damit sie einen „Schmerzblick“ entwickeln. Dann würden auch Komplikationen wie etwa eine beginnende Chronifizierung rechtzeitig erkannt.

Wer steuert die Versorgung?

Chronischen Schmerzpatienten fehle eine zentrale Anlaufstelle, betonte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS), Dr. Gerhard Müller-Schwefe: „Die chronische Schmerzerkrankung ist keine Einorganerkrankung, sondern sie betrifft verschiedene Dimensionen des Menschen.“ Schmerz habe körperliche, psychische und soziale Aspekte, und um diesen gerecht zu werden, brauche es „funktionell-orthopädische, physiotherapeutische, neurologische, psychiatrische und anästhesiologische Kompetenzen“.

Die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen hätten, so Müller-Schwefe weiter, das im Prinzip erkannt und fordern im Einklang mit akademischen, überwiegend in Krankenhäusern ansässigen Schmerzmedizinern für chronische Schmerzpatienten eine multiprofessionelle, multimodale Therapie. „Theoretisch ist das auch ein gutes Konzept, aber es scheitert an der praktischen Umsetzung“, moniert der DGS-Präsident. Für eine flächendeckende Versorgung von knapp drei Millionen Patienten sei dieses Konzept auf Grund des hohen Personal- und Zeitaufwandes einfach nicht geeignet.

Alle Bereiche abdecken

„Die Schmerzversorgung in Deutschland ist aus Patientensicht unzureichend. Wir brauchen mehr Ärzte, die alle Bereiche, die einen Schmerzpatienten durch seine Erkrankung berühren, abdecken“, betonte Birgitta Gibson von der DSL. Das Fehlen von spezialisierten Schmerzmedizinern sei eine Ursache dafür, dass viele Menschen mit chronischen Schmerzen unzureichend oder gar nicht behandelt werden, sagte auch Arno Zurstraßen, Fachanwalt für Medizinrecht. „Die schmerzmedizinische Qualifikation ist für Patienten nur schwer erkennbar und es ist vom Zufall abhängig, an welchen Behandler der Patient gerät“, so Zurstraßen. Genauso sah es Dr. med. Oliver Emrich, Vizepräsident der DGS. „Ressourcen gibt es viele, aber sie werden nicht gut gesteuert.“



Dr. Gerhard Müller-Schwefe, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin (DGS). Copyright: DGS/Georg J. Lopata

Versorgungspolitisch brachte Dr. Axel Munte, Vorsitzender des Bundesverbands der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV), den neuen Versorgungssektor der ASV als eine Möglichkeit ins Spiel, die Schmerzversorgung in Deutschland voranzubringen. Im Rahmen der im Jahr 2014 eingeführten ASV können schwer kranke Patienten interdisziplinär und sektorübergreifend versorgt werden. Abrechnung und Vergütung erfolgen dabei außerhalb der üblichen vertragsärztlichen Versorgung ohne den Hemmschuh der Budgetierung. Bisher sei die Schmerzmedizin nur rudimentär in der ASV verankert, in Form von hinzuzuziehenden Fachärzten, und nur bestimmten wenigen Fachgebieten vorbehalten. Das könne sich aber ändern, so Munte, wenn sich die Schmerzmediziner, gut abgestimmt, für die ASV stark machten. Auch ein Ausbau der Selektivverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen wäre mehr als nichts. „Die entscheidende Frage ist aber immer, ob wir eine Flächendeckung erreichen“, so Müller-Schwefe. „Hierfür ist der Facharzt für Schmerzmedizin aus unserer Sicht der beste Weg.“ <<