

Pro und contra

Schmerz
DOI 10.1007/s00482-015-0058-5

© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights reserved 2015



W. Koppert

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

Brauchen wir einen Facharzt für Schmerzmedizin?

Contra

Bei der Diskussion um die Einführung eines Facharztes für Schmerzmedizin muss man sich vergegenwärtigen, wo die Probleme und Ziele bei der Versorgung von Schmerzpatienten in Deutschland liegen.

Sehr schön sind die Ziele im aktuellen Konsenspapier der Gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin „Struktur der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland: Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen“ aufgezählt, in dem Forderungen des 117. Ärztetages übernommen wurden [1, 2]:

1. Eine bessere flächendeckende und wohnortnahe schmerzmedizinische Versorgung mit abgestuften Versorgungsbereichen.
2. Eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung – dazu gehört eine dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Prävention und Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen.
3. Eine flächendeckende Bildung regionaler Netzwerke auf allen Versorgungsebenen
4. Eine Umsetzung integrierter, sektorenübergreifender Versorgungsprogramme als Voraussetzung für eine unter Koordination des Hausarztes stehende abgestufte Versorgung.
5. Eine „Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen mit definierten Strukturmerkmalen“ in den Bedarfsplänen der Landesvertragspartner nach § 99 SGB V.

Dies alles diene „zum einen der Sicherstellung einer adäquaten und wohnortnahmen schmerzmedizinischen Versorgungsstruktur, zum anderen ist sie Vor-

aussetzung für angemessene Vergütung und wirtschaftliche Planungssicherheit schmerztherapeutisch tätiger Ärzte“ [1].

„Facharzt“ verschlechtert Patientenversorgung

Hier könnte man jetzt die Diskussion beenden und meinen, es gäbe damit eine klare Vision, lässt uns beginnen sie mit vereinten Kräften umzusetzen. Wozu brauchen wir einen Facharzt für Schmerzmedizin? Ich möchte die Antwort an dieser Stelle gleich vorwegnehmen: wir brauchen ihn nicht – im Gegenteil, er würde die Versorgung unserer Schmerzpatienten nachhaltig verschlechtern.

Bei ca. 80 Mio. Bundesbürgern wird derzeit von ca. 20 bis 25 Mio. Schmerzpatienten ausgegangen, 5% dieser Schmerzpatienten weisen einen tumorbedingten Schmerz auf [3]. Diese Prävalenzraten chronischer Schmerzen in der deutschen Bevölkerung sollten jedoch von den verschiedenen Interessenvertretern nicht falsch interpretiert werden – die ermittelte Häufigkeit ist nicht mit Leiden und Behandlungsbedürftigkeit gleichzusetzen: Die Prävalenzraten eines chronischen, beeinträchtigenden, nichttumorbedingten Schmerzes liegen nach aktuellen Erhebungen zwischen 7,4 und 7,7% (5,9–6,2 Mio.), die Prävalenzraten eines chronischen, beeinträchtigenden, nichttumorbedingten Schmerzes mit vermehrter psychischer Beeinträchtigung („Schmerzkrankheit“) zwischen 2,3 und 2,8% (1,8–2,2 Mio.) [4].

Eine aktuelle ärztliche Behandlung geben, unabhängig von ihren Begleiterkrankungen, 69% der Personen ohne beeinträchtigenden Schmerz an, von diesen

berichteten 17,6% über eine Behandlung (auch) durch einen Schmerztherapeuten. 90% der Personen mit beeinträchtigendem Schmerz gaben eine aktuelle ärztliche Behandlung an, davon 31,9% (auch) durch einen Schmerztherapeuten [4].

Aber spiegeln diese Daten, die alle auf Basis von repräsentativen Bevölkerungsstichproben erhoben wurden, die Realität wirklich wieder? In einer gemeinsamen Presseerklärung der mit der Schmerzmedizin befassten Fachgesellschaften und Verbände wird aus Analysen ambulanter Diagnosedaten von ca. 71,6 Mio. GKV-Versicherten des Bundesversicherungsamtes (BVA) für das Jahr 2013 herausgearbeitet, dass ca. 2,8 Mio. Patienten mit schweren chronischen Schmerzen („Chronischer Schmerz“ als eigenständige Krankheit in ICD-10 (F45.40, F45.41, F45.4, R52.1, R52.2) behandelt wurden [5]. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung wird angenommen, dass aufgrund derzeit ungenügender Behandlungskapazitäten nicht alle behandelungsbedürftigen Patienten ihren Weg zu einem Schmerztherapeuten gefunden hatten, kann wohl derzeit von 3,0 bis 3,5 Mio. Patienten ausgegangen werden, die eine komplexe Schmerztherapie benötigen.

In der Presseerklärung wird weiter ausgeführt:

Nur etwa jeder achte Patient könne derzeit von einem der 1.102 ambulant tätigen Schmerzärzte, die auf die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen spezialisiert sind, versorgt werden.... Das liege unter anderem daran, dass es keine klar definierten Strukturen der schmerzmedizinischen Versorgung gebe [5].

Pro und contra

Hausarzt wäre der erste Ansprechpartner

Wäre die Einführung eines Facharztes für Schmerzmedizin eine Struktur, um dieser Unterversorgung entgegnen zu können?

Für die ca. 15 Mio. Schmerzpatienten, die ihren Schmerz als nicht beeinträchtigend wahrnehmen, wäre der Facharzt für Schmerzmedizin nicht zuständig, hier ist in der Regel der Hausarzt der erste Ansprechpartner. Ihm kommt die Aufgabe zu, das Leitsymptom „akuter Schmerz“ vom chronischen Schmerz abzugrenzen und eine weitere Diagnostik und Differentialdiagnostik einzuleiten. Unter seiner Koordination erfolgt im Sinne einer gestuften Versorgung die Hinzuziehung weiterer fachärztlicher Expertise bis hin zu spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen mit einem interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsteam. Dies setzt die flächendeckende Bildung regionaler Netzwerke über alle Versorgungsebenen sowie die Umsetzung integrierter Versorgungsprogramme voraus. Weiterhin muss die Thematik systematische Berücksichtigung in der Novellierung der Weiterbildungsordnungen und in aktuellen ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen der (Landes-)Ärztekammern finden.

Wohnortnahe Versorgung nicht gegeben

Aber auch die Patienten mit chronischen, beeinträchtigenden Schmerzen würden von der Einführung eines Facharztes für Schmerzmedizin nicht profitieren: Diese Patienten benötigen die wohnortnahe Verfügbarkeit von spezialisierter schmerztherapeutischer Expertise bis hin zu interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsstrukturen im Sinne einer multimodalen Schmerzbehandlung – beides würde entgegen den Aussagen der Befürworter des Facharztes nicht verbessert.

Für die Schaffung interdisziplinärer und multiprofessioneller Behandlungsstrukturen ist dies offensichtlich: ein einzelner, besser qualifizierter und besser abgesicherter Berufsstand in diesem multiprofessionellen Behandlerteam löst die mangelnde Verfügbarkeit solcher Be-

handlungsstrukturen nicht. Anreize zur interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit werden verringert, während der Mangel an schmerztherapeutisch tätigen Psychologen und anderen Berufsgruppen dadurch nicht behoben wird.

Auch die Verfügbarkeit von wohnortnaher, spezialisierter schmerztherapeutischer Expertise würde durch die Einführung eines Facharztes für Schmerzmedizin nicht verbessert werden. Schauen wir einmal nach Irland, welches vor kurzem den Facharzt für Schmerzmedizin eingeführt hatte und seitdem oft als Vorbild für Deutschland herangezogen wird. Dort heißt es in einer Ankündigung des Irish Medical Council:

This means, in the first instance, that the area of Pain Medicine will now be regulated. Only those physicians on the Specialist Register will be permitted to treat patients with Chronic Pain. Those physicians will have to have reached the required qualifications and standards as prescribed by the Faculty of Pain Medicine, College of Anaesthetists Ireland.

Auf Deutschland übertragen, würde zukünftig die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen nur noch im Rahmen der allgemeinen oder spezialisierten fachärztlichen Versorgung in kleineren oder größeren Raumordnungsregionen geplant werden. Sieht man einmal von den Schwierigkeiten ab, das zukünftige Patientenkollektiv des Facharztes für Schmerzmedizin und dessen Kompetenzen zu definieren, so ist folgendes Szenario sehr wahrscheinlich: Mit der Einführung des Facharztes für Schmerzmedizin werden für eine Übergangszeit von ca. 10 Jahren die Ärzte überwiegen, die neben der „neuen“ Facharztbezeichnung noch die ursprüngliche Facharztbezeichnung (Allgemeinarzt, Anästhesist, Neurologe, Orthopäde, etc.) besitzen. Möchte dieser Arzt jetzt (weiterhin) chronisch schmerzkranken Patienten versorgen, so wird er dies nur im Rahmen der Bedarfsplanung tun können und muss sich auf einen entsprechenden Versorgungsbereich bewerben. Er wird dann zwar Schmerzmedizin praktizieren, nicht aber seine ursprüngliche Facharztätigkeit mehr ausüben kön-

nen – die Bedarfsplanung sieht die Ausübung zweier Gebietsbezeichnungen nur im Ausnahmefall vor.

Derzeit ist die Bereitschaft, ausschließlich Schmerzmedizin zu praktizieren, eher begrenzt. Von den über 1000 Schmerztherapeuten, die derzeit an der Qualitätssicherungsvereinbarung teilnehmen, betreiben nur ca. 30–35 % ausschließlich Schmerzmedizin. Die Vorstellung, bei einer besseren Absicherung, die mit der Einführung eines Facharztes für Schmerzmedizin einhergehen soll, würde sich das Bild hier grundlegend ändern, ist Wunschedenken. Die überwiegende Mehrheit der derzeitig praktizierenden Fachärzte, die an der Qualitätssicherungsvereinbarung teilnehmen und die Versorgung von chronisch Schmerzkranken als wichtigen Teil Ihres Berufs ansehen, würden ihre ursprüngliche Fachdisziplin nicht aufgeben. Ob ein Facharzt für Schmerzmedizin ein so attraktives Spektrum bietet dass er sich bei dem derzeitigen Mangel an ärztlichen Nachwuchs gegen die etablierten Fachgebiete durchsetzen kann, darf bezweifelt werden!

Die Folgen des „Facharztes“

Was wäre also die Konsequenz einer solchen Einführung eines Facharztes für Schmerzmedizin?

- Für die überwiegende Mehrheit der chronisch schmerzkranken Patienten würde dessen Einführung nichts verändern.
- Für die Patienten mit beeinträchtigendem chronischen Schmerzen würde sich die Versorgungslage verschlechtern: Interdisziplinarität und -professionalität würden noch mehr in den Hintergrund treten und die Verfügbarkeit von spezialisierten Behandlungsstrukturen abnehmen.

Alternativen

Alternativen wurden gerade im Konsenspapier „Struktur der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland: Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen“ aufgezeigt [1]:

1. die Schaffung einer „Fachkunde Schmerzmedizin“ mit dem Ziel, die

primärärztliche Versorgung zu verbessern, und

2. festgelegte Struktur- und Qualitätskriterien für schmerzmedizinische Einrichtungen.

Die Autoren des Konsenspapiers zeigen sich überzeugt, den erstmalig definierten Struktur- und Qualitätskriterien die schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland überprüfbar verbessert werden kann, indem sie unter anderem die Voraussetzung für eine Bedarfsplanung in der schmerzmedizinischen Versorgung schafft. Gleichzeitig könnte sie die Grundlage für neue Vergütungsregelungen darstellen. Hier existiert derzeit eine große Bereitschaft der Kostenträger, in einen Diskurs zu gehen. Schon jetzt gibt es bereits Bundesländer, in denen ein extra-budgetärer fester Punktewert für ambulante schmerztherapeutische Versorgungsleistungen bezahlt wird und – bei Vorhandensein einer entsprechenden Indikation – eine kostendeckende Finanzierung von tagesstationären Leistungen ebenso möglich ist wie eine stationäre Schmerztherapie. Die Forderung nach einem Facharzt für Schmerzmedizin lenkt von diesen Lösungsmöglichkeiten ab und spaltet, anstatt alle Schmerzgesellschaften und -verbände an einen Tisch zu bringen und konsequent vorhandene Chancen zu nutzen, die uns im Moment im Rahmen von Gesetzesinitiativen geboten werden. Das ist weder rational, noch im Sinne unserer Patienten.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. Der Autor ist in mehreren Gesellschaften aktiv:

- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI)
 - Sprecher des Arbeitskreises Schmerzmedizin
 - Leitlinienbeauftragter S 3-Leitlinie „Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen“
- Deutsche Schmerzgesellschaft
 - Beirat
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS)
 - Präsidium.

Literatur

- 1 Konsens der „Gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“. <http://www.bv-schmerz.de/medien/pdf/Konsenspapier%20Klassifizierung%20schmerzmed.%20Einrichtungen%20160715.pdf>. Zugegriffen: 15. Aug. 2015
- 2 117. Deutscher Ärztetag Düsseldorf, 27.05.-30.05.2014, TOP 4 „Schmerzmedizinische Versorgung stärken“: http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Beschluss-Deutscher_Aerztetag-TOP_IV_Schmerz_1_1_1_.pdf. Zugegriffen: 15. Aug. 2015
- 3 Häuser W et al (2015) Prevalence of chronic disabling non – cancer pain and associated demographic and medical variables: a cross-sectional survey in the general German population. *Clin J Pain*. doi:10.1097/AJP.0000000000000173
- 4 Häuser W et al (2014) Chronische Schmerzen, Schmerzkrankheit und Zufriedenheit der Betroffenen mit der Schmerzbehandlung in Deutschland – Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Schmerz* 28:483–492
- 5 Gemeinsame Pressemitteilung der Fachverbände. http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Beschluss-Deutscher_Aerztetag-TOP_IV_Schmerz_1_1_1_.pdf. Zugegriffen: 15. Aug. 2015

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. W. Koppert

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Medizinische Hochschule Hannover,
Carl-Neuberg-str. 1, 30625 Hannover
koppert.wolfgang@mh-hannover.de