

SCHMERZMEDIZIN

Angewandte Schmerztherapie und Palliativmedizin

Interdisziplinär • Patientenorientiert • Praxisnah

Umfrage: Arztbewertung online

Transkulturelle Kommunikation

Im medizinischen Alltag
immer wichtiger

Fibromyalgie

Die neue DGS-Praxisleitlinie steht
zur Diskussion offen

CRPS

Komplex und nicht einfach zu
behandeln



Deutsche Gesellschaft für
Schmerzmedizin e.V.
www.dgschmerztherapie.de



Deutsche Akademie für
Ganzheitliche Schmerztherapie e.V.
www.dagst.de

Struktur der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland: Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen

Konsens der „Gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“

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},

¹Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), ²Deutsche Gesellschaft für psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF),

³Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. (DGS), ⁴Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie e. V. (DIVS), ⁵Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., ⁶Deutsche Schmerzliga e. V. (DSL), ⁷Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST), ⁸Schmerz- und Palliativzentrum Göppingen, Regionales Schmerzzentrum DGS – Göppingen,

⁹Schmerzzentrum an der Jankerklinik Bonn, ¹⁰Klinik für Neurologie, Technische Universität München, ¹¹DRK Schmerz-Zentrum Mainz (SZM), ¹²Institut für Neurowissenschaften, Algesiologie und Pädiatrie, Nürnberg,

Regionales Schmerzzentrum DGS – Nürnberg, ¹³Bochum, ¹⁴Schmerzzentrum Bodensee-Oberschwaben, Ravensburg, ¹⁵HELIOS Amper-Klinikum Dachau, ¹⁶Krankenhaus St. Josef, Regionales Schmerzzentrum DGS – Wuppertal, ¹⁷Gesundheits- und Schmerzzentrum Ludwigshafen, Regionales Schmerzzentrum DGS – Ludwigshafen, ¹⁸Teningen, ¹⁹Krankenhaus Lahnhöhe – Zentrum für konservative Orthopädie, Schmerztherapie und Osteologie, Lahnstein, ²⁰Praxis Dr. Horlemann, Regionales Schmerzzentrum DGS – Kevelaer,

²¹Praxisgemeinschaft für Anästhesie, Schmerz-, Palliativmedizin und Psychotherapie Dr. Auerswald & Partner, Bremen, ²²Integrative Managed Care Service GmbH, Limburg/Lahn, ²³Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, ²⁴Praxis für Spezielle Schmerztherapie, Akupunktur, Sportmedizin und Palliativmedizin, Regionales Schmerzzentrum DGS – Wegberg, ²⁵Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie, Tettngang, ²⁶sporthopaedicum Straubing, ²⁷Praxis Dr. Silvia und Thomas Maurer, Regionales Schmerzzentrum DGS – Bad Bergzabern, ²⁸Klinik für Anästhesiologie, Zentrum Anästhesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin, Universitätsmedizin Göttingen, ²⁹Klinik für Anaesthesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, ³⁰Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Berlin,

³¹Schmerz- 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 überprüfbar 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 fünf Ebenen von der Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin über spezialisierte

Structure of pain management facilities in Germany: Classification of medical and psychological pain treatment services

Consensus of the Joint Commission of the Professional Societies and Organizations for Quality in Pain Medicine

Eingang

29. Juni 2015

Annahme

15. Juli 2015

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.

Schlüsselwörter

Chronischer Schmerz, Qualitätssicherung, Schmerzmedizin, schmerzmedizinische Struktur

Summary

On behalf of the Medical / Psychological Pain Associations, Pain Patients Alliance and the Professional Association of Pain Physicians and Psychologists, the "Joint Commission of Professional Societies and Organizations for Quality in Pain Medicine," working in close collaboration with the respective presidents, has developed verifiable structural and process-related criteria for the classification of medical and psychological pain treatment facilities in Germany.

Based on the established system of graded care in Germany and on existing qualifications, these criteria also argue for the introduction of a basic qualification in pain medicine.

In addition to the first-ever comprehensive description of psychological pain facilities, the criteria presented can be used to classify five different levels of pain facilities, from basic pain management facilities, to specialized institutions, to the Centre for Interdisciplinary Pain Medicine.

The recommendations offer binding and verifiable criteria for quality assurance in pain medicine and improved pain treatment.

Keywords

Chronic pain, Quality assurance, Pain Medicine, Structures in pain medicine

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 e. V. (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) im Oktober 2011 eine „Gemeinsame Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“ gegründet und in insgesamt dreizehn 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 fünf bis acht 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: Fachgebietspezifische Praxen, Schmerzpraxen, Schmerzzentren und Schmerzzambulanzen 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.

Tab. 1: Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen – Kriterienkatalog

	Kriterien	Kommentar	Von den jeweiligen Einrichtungen (1-6) zu erfüllende Kriterien					
			Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin	Interdisziplinäres Kopfschmerz-/Rückenzentrum	Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie	Praxis/Ambulanz mit gebietsbezog. + schmerzmed. Versorgungsstruktur, nicht ausschließlich Schmerzmedizin	Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin	Schmerzpsychotherapeutische Einrichtung
			1	2	3	4	5	6
1.	Die Einrichtung verfügt über einen eigenständigen Bereich und eine eigene Organisationsstruktur. Entsprechend wird eine dafür erforderliche Infrastruktur vorgehalten (z. B. Sekretariatswesen, Anmeldung).	D. h. die Räumlichkeiten stehen primär der Schmerzambulanz zur Verfügung und werden von dieser überwiegend zur Diagnostik und Behandlung von Schmerzpatienten genutzt.	ja	ja	ja	ja	nein	ja
2.	Schriftlich niedergelegte SOPs („standard operating procedures“) für ausgesuchte Krankheitsbilder, Interventionen, Notfallmanagement sowie eindeutige Festlegung der Zuständigkeitsbereiche der verschiedenen Professionen vorhanden.	SOPs müssen regelmäßig aktualisiert werden.	ja	ja	ja	ja	ja	ja
3.	Dokumentation mit von der Fachgesellschaft anerkannten Instrumenten zur internen und externen Qualitätssicherung.	Hier gelten die jeweilig aktuellen Vorgaben/Empfehlungen der zuständigen Fachgesellschaften.	ja	ja	ja	ja	ja	ja
4.	Ständiger ärztlicher Leiter mit Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“.	Das Zentrum muss in der Lage sein, sowohl physische als auch psychische und soziale Aspekte der Schmerzerkrankung zu diagnostizieren und zu behandeln. Für den Nachweis der erforderlichen Zusatzbezeichnungen gilt eine Übergangsregelung von einem Jahr.	ja	ja	ja	ja	nein	nein
5.	Ständiger psychologischer Leiter mit Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerzpsychotherapie“.		nein	nein	nein	nein	nein	ja
6.	Leiter der Einrichtung weist jährlich 40 Stunden schmerzmedizinischer Fortbildung und mindestens zehn offenen Schmerzkonferenzen nach.		ja	ja	ja	ja	nein	ja
7.	Mindestens ein psychologischer Psychotherapeut mit Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ oder ein ärztlicher Psychotherapeut mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“.		ja	ja	ja	nein	nein	ja

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 fachgebietspezifische Ausrichtung für vorgehaltene Versorgungsstrukturen bestimmend ist.

Tab. 1: Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen – Kriterienkatalog (Fortsetzung)

		Von den jeweiligen Einrichtungen (1-6) zu erfüllende Kriterien					
		Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin	Interdisziplinäres Kopfschmerz-/Rückenzentrum	Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie	Praxis/Ambulanz mit gebietsbezog. + schmerzmed. Versorgungsstruktur, nicht ausschließlich Schmerzmedizin	Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin	Schmerzpsychotherapeutische Einrichtung
Kriterien	Kommentar	1	2	3	4	5	6
8. Verbindliche Kooperationen mit einem Psychologen.		siehe Punkt 7.			ja	ja	entfällt
9. Verbindliche Kooperationen mit einem Arzt.		entfällt					
10. Verbindliche Kooperation mit Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten.		siehe Punkt 11.		ja	ja	ja	ja
11. Behandlerteam aus unterschiedlichen Professionen. Die beinhaltet Ärzte und psychologische/ärztliche Psychotherapeuten und nichtärztliche Berufsgruppen.	Obligat: Pflegeassistentenberufe sowie weitere nicht-ärztliche Professionen wie Psychotherapeuten und/oder Ergotherapeuten.	ja	ja	nein	nein	nein	nein
12. Nichtärztliche Mitarbeiter mit fachspezifischer Zusatzqualifikation.	Mindestens ein Mitarbeiter der jeweils nicht-ärztlichen Berufsgruppe sollte (sofern vorhanden oder etabliert) über eine von den hier beteiligten Fachgesellschaften anerkannte schmerzspezifische Zusatzqualifikation verfügen (z. B. Algisiologische Fachassistenz). Für den Nachweis der erforderlichen Zusatzbezeichnungen gilt eine Übergangsregelung von einem Jahr.	ja	ja	ja	nein	nein	nein
13. Es existiert eine verbindlich institutionalisierte Zusammenarbeit zwischen den Professionen und Disziplinen.	Tägliche Visiten (bei stationären Patienten) und/oder tägliche interne Fallbesprechungen sowie eine mindestens wöchentliche interdisziplinäre Teambesprechung sind obligat. Ausschließliche Konsiliar- oder Liaisonmodelle erfüllen diesen Punkt nicht.	ja	ja	ja	nein	nein	nein
14. Die schmerzmedizinische Versorgung wird an fünf Wochentagen (ausgenommen sind Feiertage) (mindestens 35 Stunden/Woche) angeboten.	Es müssen feste Behandlungszeiten angeboten werden.	ja	ja	ja	nein	nein	nein

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

Tab. 1: Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen – Kriterienkatalog (Fortsetzung)

		Von den jeweiligen Einrichtungen (1-6) zu erfüllende Kriterien					
		Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin	Interdisziplinäres Kopfschmerz-/Rückenzentrum	Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie	Praxis/Ambulanz mit gebietsbezog. + schmerzmed. Versorgungsstruktur, nicht ausschließlich Schmerzmedizin	Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin	Schmerzpsychotherapeutische Einrichtung
Kriterien	Kommentar	1	2	3	4	5	6
15. Mindestens 200 Neuvorstellungen pro Jahr sind an der Einrichtung dokumentiert durchzuführen.	Neuvorstellung bedeutet, dass ein Patient mindestens ein Jahr nicht wegen derselben Schmerzerkrankung in dieser Einrichtung behandelt worden sein darf. Ein Patient, der von einer anderen schmerzmedizinischen Einrichtung vorbehandelt wurde und an eine weitere schmerzmedizinische Einrichtung überwiesen wird, gilt für letztgenannte Einrichtung als Neuaufnahme.	ja	siehe Punkt 16.	ja	nein	nein	nein
16. Mindestens 120 Neuvorstellungen pro Jahr sind an der Einrichtung dokumentiert durchzuführen.	Die besondere Versorgungseinrichtung begründet eine verminderte Neuvorstellungszahl.	siehe Punkt 15.	ja	siehe Punkt 15.			
17. Die Einrichtung verfügt über ein umfassendes diagnostisches Angebot und Behandlungsspektrum für die in der Bevölkerung am häufigsten vorkommenden Schmerzerkrankungen an.	Umfassend bedeutet hier, dass die Behandlung dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Standard entspricht. Das diagnostische Angebot sowie das Behandlungsspektrum sollte für alle vorhandenen Professionen die von den zuständigen Fachgesellschaften und/oder Kammern geforderten Weiterbildungsinhalte widerspiegeln. Diagnostische sowie therapeutische Verfahren und die behandelten Schmerzsyndrome sollten vertreten sein. Zu den relevanten Schmerzerkrankungen, die diagnostiziert und therapiert werden müssen, zählen: (1) Tumorschmerzen, (2) Schmerzen des muskuloskelettalen Systems, (3) Kopf- und Gesichtsschmerzen, (4) Neuropathische Schmerzen, (5) Schmerzen mit psychischen Co-Faktoren für Auslösung und Chronifizierung.	ja	nein	ja	nein	nein	nein

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 „Berücksichti-

Tab. 1: Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen – Kriterienkatalog (Fortsetzung)

			Von den jeweiligen Einrichtungen (1-6) zu erfüllende Kriterien					
			Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin	Interdisziplinäres Kopfschmerz-/Rückenzentrum	Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie	Praxis/Ambulanz mit gebietsbezog. + schmerzmed. Versorgungsstruktur, nicht ausschließlich Schmerzmedizin	Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin	Schmerzpsychotherapeutische Einrichtung
Kriterien	Kommentar		1	2	3	4	5	6
18. Angebote der multimodalen Therapie entsprechen den aktuellen konsentierten Konzepten der Fachgesellschaften [10].			ja	ja	ja	nein	nein	nein
19. In angemessenen Umfang werden Patienten mit hohem Chronifizierungsstadium und anderen Risikokonstellationen (z. B. Medikamentenmissbrauch, Abhängigkeit, psychische/somatische Komorbidität) behandelt.	Zu den Risikokonstellationen gehören u. a. Medikamentenmissbrauch, Medikamentenabhängigkeit, psychische und/oder somatische Komorbiditäten und sozialmedizinische Problematiken (z. B. Rentenbegehren, Arbeitsplatzproblematiken).		ja	ja	ja	nein	nein	nein
20. Mindestens zwei verbindlich und regelmäßig verfügbare ärztliche Fachgebiete sollen im Behandlungsteam vertreten sein.	Die einzelnen ärztlichen Fachgebiete werden nicht festgelegt. Sie sollten sich aber sinnvoll ergänzen, um somit ein möglichst breites diagnostisches und therapeutisches Spektrum abdecken zu können.		ja	ja	nein	nein	nein	nein
21. Bei der Erstvorstellung chronischer Schmerzpatienten müssen die Voraussetzungen für ein multimodales Eingangsassessments erfüllt werden.	Das Eingangsassessments erfolgt obligat durch mind. zwei unterschiedliche Fachdisziplinen (Spezieller Schmerztherapeut und psychologischer/ärztlicher Psychotherapeut) sowie einen Physiotherapeuten. Im Anschluss an das Eingangsassessments muss eine gemeinsame Konferenz mit Festlegung der weiteren diagnostischen/therapeutischen Schritte erfolgen.		ja	ja	nein	nein	nein	nein
22. Möglichkeit der ambulanten und stationären/teilstationären Behandlung vorhanden.			ja	ja	nein	nein	nein	nein

gung 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** werden Strukturen definiert und beschrieben, deren Qualifikation über die allgemeinmedizinische/fachärztliche Schmerzqualifikation hinausgeht und die im Rahmen einer abgestuften Versorgung entweder durch eine besondere 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.

Tab. 1: Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen – Kriterienkatalog (Fortsetzung)

			Von den jeweiligen Einrichtungen (1-6) zu erfüllende Kriterien					
			Zentrum für interdisziplinäre Schmerzmedizin	Interdisziplinäres Kopfschmerz-/Rückenzentrum	Ambulanz/Praxis für spezielle Schmerztherapie	Praxis/Ambulanz mit gebietsbezog. + schmerzmed. Versorgungsstruktur, nicht ausschließlich Schmerzmedizin	Einrichtung mit Fachkunde Schmerzmedizin	Schmerzpsychotherapeutische Einrichtung
Kriterien	Kommentar		1	2	3	4	5	6
23.	Die Einrichtung führt auch Schmerzforschung durch.	Forschungsaktivitäten können u. a. durch bewilligte Anträge, wissenschaftliche Publikationen, Posterpräsentationen auf wissenschaftlichen Tagungen, betreute Dissertationen, Erstellung und Aktualisierung von Leitlinien und Systematischen Übersichtsarbeiten, die nach wissenschaftlichen Kriterien erarbeitet wurden, nachgewiesen werden. Als Zeitfenster für den Nachweis gilt eine Zeit von drei Jahren.	ja	ja	nein	nein	nein	nein
24.	Die Einrichtung ist aktiv in der Ausbildung und/oder Weiterbildung und/oder Lehre beteiligt.	Ärztliche/psychologische Aus- und Weiterbildung.	ja	ja	nein	nein	nein	nein
25.	Durchführung von regelmäßigen institutionalisierten schmerzmedizinischen Fortbildungsmaßnahmen (mind. zwei zertifizierte Fortbildungsmaßnahmen pro Jahr). Durchführung von zwölf offenen Schmerzkonferenzen jährlich.		ja	ja	nein	nein	nein	nein
26.	Die volle Weiterbildungsberechtigung (ein Jahr) für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ muss vorliegen.		ja	nein	nein	nein	nein	nein
27.	Behandlungskonzepte mit einer vorwiegend kontinuierlichen und individuellen Therapeuten-/Patientenbeziehung.		ja	ja	ja	ja	ja	ja

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 Zen-

trum 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 aufwändigen 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. November 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):483-92.
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 Vth 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):10-6.
7. Gerbershagen K, Limmroth V. Pain therapy in german neurology. Structures and standards of evaluation. *Eur Neurol*. 2008;60(4):167-73.
8. Sabatowski R et al. Empfehlung zur Klassifikation schmerztherapeutischer Einrichtungen in Deutschland. *Schmerz*. 2011; 25(4):368-76.
9. DOKUMENTATION: Deutscher Ärztetag. Entschliessungen zum Tagesordnungspunkt IV: Schmerzmedizinische Versorgung stärken. *Dtsch Arztebl*. 2014; 111(23-24):A-1094 / B-938 / C-888.
10. Arnold B et al. Multimodale Schmerztherapie: Konzepte und Indikation. *Schmerz*. 2009;23(2):112-20.

Korrespondierender Autor

Dr.med. Gerhard H.H. Müller-Schwefe
Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V.
Schillerplatz 8/1; 73033 Göppingen
gerhard@mueller-schwefe.com

Interessenkonflikte

Der korrespondierende Autor gibt an, dass für alle Konsensteilnehmer und Autoren kein Interessenkonflikt besteht.