



Politische Forderungen

(Lübeck, 24.02.2020)

- 1. Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Schmerzpatienten**
- 2. Keine wichtigen Entscheidungen ohne Patientenbeteiligung mit Stimmrecht**
- 3. Aufnahme der Krankheit „chronischer Schmerz“ in die „Versorgungsmedizin-Verordnung“**
- 4. Stärkere Anerkennung des Ehrenamts**

Zu 1. Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Schmerzpatienten

- Gespräche mit dem Patienten müssen Vorrang haben und besser vergütet werden als Operationen und apparative Behandlung
- Einstellung von mehr ärztlichen, psychologischen und physiotherapeutischen Schmerztherapeuten
- Wartezeiten von höchstens vier Wochen auf einen ambulanten, tagesklinischen und stationären Therapieplatz
- Wartezeiten von höchstens vier Wochen auf einen Therapieplatz für ambulante Psychotherapie
- Pflichtfortbildungen für Hausärzte
- Schmerztherapeutische Kassensitzvergabe auch Arztgruppenübergreifend nur an Schmerztherapeuten
- Ausweitung der Angebote für Studierende: Mehr Angebote in der Lehre, Famulaturen
- Budgetfreiheit für Schmerztherapie
- Kein Austausch von Medikamenten in der Schmerztherapie, auf die ein Patient eingestellt wurde

Nach einer Studie aus dem Jahr 2014 (Häuser et al) gibt es in Deutschland ca. 2 Mio. Patienten mit hochgradig chronifizierten Schmerzen. Das Bundesversicherungsamt (BVA) rechnete bereits 2014 mit 3,4 Mio. Patienten mit schweren chronischen Schmerzen. Laut BVA-Auskunft gibt es etwa 1142 ambulant tätige schmerztherapeutische Einrichtungen in Deutschland. Dies bedeutet, dass über 2900 dieser stark betroffenen Schmerzpatienten auf jede dieser Einrichtungen entfallen. Da aber die Zahl der Behandlungsfälle auf 300 – 400 Patienten pro Quartal begrenzt ist, müssen schon heute Schmerzpatienten selbst mit stark chronifizierten Schmerzen lange Wartezeiten in Kauf nehmen (bis zu einem Jahr und länger).

Wenn Hausärzte die Patienten, bei denen eine Prävention der weiteren Chronifizierung ihrer Schmerzen möglich ist, an Schmerzexperten überweisen und diese mit einer mehrmonatigen Wartezeit rechnen müssen, wird die Forderung nach einer Vermeidung der Chronifizierung konterkariert.

Jeder (angehende) Arzt sollte in Deutschland die Grundlagen der Schmerzmedizin erlernen. Damit wird er in die Lage versetzt, „bei unkomplizierten Patienten Leiden durch neuropathische, akute posttraumatische bzw. postoperative Schmerzen und Tumorschmerzen zu lindern, chronisch Schmerzkrankte zu erkennen, einer Schmerzchronifizierung durch Prävention vorzubeugen und ggf. eine adäquate Weiterbehandlung zu veranlassen.“ (siehe A. Kopf/L. Radbruch in „Der Schmerz“ 4, 2014, S. 352, Online publiziert: 29. Juli 2014).



Von Hausärzten einberufene und interdisziplinär besetzte Schmerzkonferenzen, können schwierige Behandlungsverläufe deutlich verbessern. Diese sollten in die Regelvergütung übernommen werden.

Studierende sind erfahrungsgemäß besonders durch Famulaturen zu motivieren. Wenn diese dadurch in schmerzmedizinisch arbeitenden Einrichtungen an die Arbeits- und Denkweisen von und durch Schmerzexperten herangeführt werden, ist damit zu rechnen, dass im weiteren Verlauf des Studiums nach diesen persönlichen Erfahrungen ein besonderes Augenmerk auf schmerzmedizinische Aspekte gelegt wird. In günstigen Fällen wäre zu erwarten, dass mehr Studierende eine Tätigkeit als Schmerzmediziner anstreben.

Es gibt immer mehr Menschen mit chronischen Schmerzen, aber die Versorgung ist unzureichend. Weil die Bedarfsplanung sich an Facharztgebieten orientiert, gehen die Patienten mit chronischen Schmerzen leer aus. Schmerzmedizin ist eine Zusatzbezeichnung. Einen Facharzt für Schmerzmedizin gibt es in Deutschland noch nicht. Experten schätzen, dass für die etwa 2 Mio. schwer chronifizierten Schmerzpatienten eine qualifizierte Schmerztherapie benötigt wird. Bei gut 1000 Schmerzpraxen in Deutschland sind das etwa 3000 in hohem Maße chronifizierte Schmerzpatienten pro Schmerztherapeut. Das ist ungefähr das Siebenfache des jetzt verfügbaren Angebots.

Es darf nicht weiter hingenommen werden, dass Schmerzpatienten sich mit einer mangelhaften Versorgung begnügen müssen. Schmerzpatienten sind Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen und haben das Recht, genauso wie andere Erkrankte, von einem spezialisierten Arzt versorgt zu werden.

Wenn ein ausschließlich schmerztherapeutisch tätiger Arzt seinen Kassensitz abgibt, soll dieser nur an einen Schmerztherapeuten vergeben werden dürfen, auch Arztgruppenübergreifend.

Linderung bzw. Vermeidung von Schmerzen ist ein Grundrecht. Deswegen dürfen schmerzmedizinisch geeignete medikamentöse wie auch nichtmedikamentöse Maßnahmen nicht durch Budgetierung begrenzt sein.

Die Bioverfügbarkeit von gleichen Wirkstoffen schwankt. Deswegen kann nicht davon ausgegangen werden, dass ein unkomplizierter Austausch von Medikamenten (je nach den aktuellen Rabattverträgen der jeweiligen gesetzlichen KK) erfolgt. Ein Austausch sollte nicht ohne medizinische Notwendigkeit erfolgen und nicht ohne Zustimmung des behandelnden Arztes möglich sein.

Die derzeit höhere Vergütung von Operationen und Injektionen führt vielfach dazu, dass Patienten eher diese „technischen“ Leistungen angeboten werden als beispielsweise hilfreiche Gespräche. Auch die Zuverlässigkeit der teuren apparativen Diagnostik wird in Fachkreisen sehr angezweifelt. Vorzuziehen sind demnach multimodale Therapieprogramme, die zu den Regelleistungen gehören sollten.



Zu 2. Keine wichtigen Entscheidungen ohne Patientenbeteiligung mit Stimmrecht

Viele wichtige Entscheidungen werden immer noch ohne Patientenbeteiligung bzw. ohne deren Stimmrecht getroffen (z. B. Beteiligung von Patienten im Zulassungsausschuss für Ärzte ohne Stimmrecht). Bei Leitlinien-Erarbeitungen (LL) werden erfreulicherweise Patientenvertreter mit Stimmrecht beteiligt (z. B. Überarbeitung der LL „LONTS“).

Gerade weil viele der zu treffenden Entscheidungen für Patienten richtungsweisend sind und vielfach über Mitgliedsbeiträge der Patienten entschieden wird, fordern wir eine bindende Beteiligung von Patientenvertretern mit Stimmrecht.

Zu 3. Aufnahme der Krankheit „chronischer Schmerz“ in die „Versorgungsmedizin-Verordnung“

Die Versorgungsmedizin-Verordnung (VersMedV) bildet den Rahmen für die Zuerkennung eines Grades der Behinderung (GdB) bzw. Grades der Schädigung (GdS). Von diesem Rahmen darf nicht abgewichen werden. Chronischer Schmerz ist dort nur mit einer „Kann-Formulierung“ erfasst (siehe Erläuterungen unten).

In der Praxis bedeutet dies, dass bei Chronischen Schmerzen eine Erhöhung des GdB bzw. GdS um 10 in **Betracht kommen kann**. Manche Richter bzw. Gutachter verlangen als Nachweis dafür, dass der Betroffene in schmerztherapeutischer Behandlung ist bzw. BTM-Medikamente einnimmt. Daran kritisiert die Patientenvereinigung SchmerzLOS e. V., dass es sich um eine „Kann-Formulierung“ handelt. Somit ist keine Rechtssicherheit gegeben. Außerdem wird der GdB in der Praxis max. um 10 erhöht. Dies schließt nicht die bio-psycho-sozialen Folgen des eigenständigen Krankheitsbildes Chronischer Schmerz ein. Manche Betroffene erhalten keine schmerztherapeutische Behandlung, weil diese in Flächenbundesländern wie z. B. Schleswig-Holstein nicht überall angeboten werden und die Wartezeiten auf einen Termin bei Schmerztherapeuten bis zu einem Jahr betragen.

Betroffene Schmerzpatienten benötigen vielfach einen „Schwerbehindertenausweis“, der ab GdB 50 erteilt wird. Hierdurch werden Nachteilsausgleiche, vor allem am Arbeitsplatz, möglich. Dabei muss bedacht werden, dass man fast immer das Ausmaß der Schmerzen bzw. die damit verbundenen Beeinträchtigungen nicht „sehen“ kann und Schmerzpatienten oft mobbingähnlichen Anfeindungen am Arbeitsplatz ausgesetzt sind. Oft stehen diese durch höhere Fehlzeiten auch eher auf der „Kündigungsliste“ als gesunde Arbeitnehmer. Mit der Schwerbehinderten-Eigenschaft ist ein erhöhter Kündigungsschutz verbunden, der oft hilft, soziale Nachteile, zumindest teilweise, zu vermeiden.

Die bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen bei dem Krankheitsbild Chronischer Schmerz werden nicht berücksichtigt und damit auch nicht korrekt bewertet. Dies bedarf einer Änderung der Versorgungsmedizin-Verordnung. Wir fordern, die VersMedV den elementaren Bedürfnissen der Schmerzpatienten entsprechend anzupassen.



Zu 4. Stärkere Anerkennung des Ehrenamts

Viele Menschen, auch Schmerzpatienten, engagieren sich ehrenamtlich. Bisher wird dieses Engagement durch die Öffentlichkeit und den Staat nur teilweise wahrgenommen und gefördert. Hier könnten Erleichterungen für Ehrenamtliche zum Tragen kommen. Beispiele hierfür wären ein angemessener Freibetrag bei der Berechnung der Lohnsteuer, der auch immer mehr Rentner unterliegen, oder freie Fahrt im öffentlichen Nahverkehr oder eine Wahlmöglichkeit von Erleichterungen. Schwierig ist es für Ehrenamtliche auch, Freistellungen von der bezahlten Arbeit für Fortbildungsveranstaltungen für das Ehrenamt zu bekommen. Oft haben solche Veranstaltungen keine Bildungsurlaubsanerkennung, da sie für Betroffene, also Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, geplant werden und so nicht die Voraussetzungen für eine entsprechende Dauer erfüllen, die Voraussetzung für eine Bildungsurlaubsanerkennung sind.

Erläuterungen zu 3.

Die Versorgungsmedizin-Verordnung wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) im Dezember 2008 veröffentlicht.

Dort heißt es wörtlich:

„Bei der Beurteilung des GdS sind auch seelische Begleiterscheinungen und Schmerzen zu beachten. Die in der GdS-Tabelle niedergelegten Sätze berücksichtigen bereits die üblichen seelischen Begleiterscheinungen (z. B. bei Entstellung des Gesichts, Verlust der weiblichen Brust). Sind die seelischen Begleiterscheinungen erheblich höher als aufgrund der organischen Veränderungen zu erwarten wäre, so ist ein höherer GdS gerechtfertigt. Vergleichsmaßstab ist nicht der behinderte Mensch, der überhaupt nicht oder kaum unter seinem Körperschaden leidet, sondern die allgemeine ärztliche Erfahrung hinsichtlich der regelhaften Auswirkungen. Außergewöhnliche seelische Begleiterscheinungen sind anzunehmen, wenn anhaltende psychoreaktive Störungen in einer solchen Ausprägung vorliegen, dass eine spezielle ärztliche Behandlung dieser Störungen - z. B. eine Psychotherapie - erforderlich ist.

j)

Ähnliches gilt für die Berücksichtigung von Schmerzen. Die in der GdS-Tabelle angegebenen Werte **schließen die üblicherweise vorhandenen Schmerzen mit ein und berücksichtigen auch erfahrungsgemäß besonders schmerzhaft Zustände**. Ist nach Ort und Ausmaß der pathologischen Veränderungen eine über das übliche Maß hinausgehende Schmerzhaftigkeit nachgewiesen, die eine ärztliche Behandlung erfordert, **können höhere Werte angesetzt werden**. Das kommt zum Beispiel bei Kausalgien und bei stark ausgeprägten Stumpfbeschwerden nach Amputationen (Stumpfnervenschmerzen, Phantomschmerzen) in Betracht. Ein Phantomgefühl allein bedingt keinen GdS.“ (Hervorhebungen HN)

Im Gegensatz dazu werden bei anderen Krankheitsbildern, wie z. B. „Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ „soziale Anpassungsschwierigkeiten“ berücksichtigt (siehe Erste Verordnung zur Änderung der VersMedV vom 1. März 2010). In der Zweiten Verordnung zur Änderung der VersMedV werden auch das „Ausmaß des Therapieaufwands“ und die „Beeinträchtigungen durch Einschnitte in der Lebensführung“ bei dem Krankheitsbild Diabetes berücksichtigt.