

---

## Politische Forderungen der Patientenvereinigung SchmerzLOS e.V.

(Lübeck, 16. September 2014)

### 1. Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Schmerzpatienten

- Kürzere Wartezeiten für einen ambulanten, tagesklinischen und stationären Therapieplatz
- Pflichtfortbildungen für Hausärzte
- Ausweitung der Angebote für Studierende: Mehr Angebote in der Lehre, Famulaturen
- Budgetfreiheit für Schmerztherapie
- Keine Pflicht zum Austausch von stark wirksamen Schmerzmedikamenten (BTM)

Nach Schätzungen des BVSD gibt es in Deutschland ca. 2 Mio. Patienten mit hochgradig chronifizierten Schmerzen (ICD-Diagnose F.45.41 = Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren). Laut KBV-Auskunft aus dem Jahr 2012 gibt es gut 1000 schmerztherapeutische Einrichtungen in Deutschland. Dies bedeutet, dass 2000 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 post-traumatische bzw. postoperative Schmerzen und Tumorschmerzen zu lindern, chronisch Schmerzkranken 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).

Schmerzkonferenzen, die von Hausärzten einberufen werden, können dazu dienen, schwierig zu behandelnde Patienten mit chronischen Schmerzen adäquat zu behandeln. Die Schmerzkonferenzen sind interdisziplinär besetzt, so dass Fachärzte mit Hausärzten diese Fälle diskutieren können.

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 besonderer Augenmerk auf schmerzmedizinische Aspekte gelegt wird. In günstigen Fällen wäre zu erwarten, dass mehr Studierende eine Tätigkeit als Schmerzmediziner anstreben.

Der Deutsche Ärztetag 2014 rückte die Probleme der Schmerzpatienten in den Fokus: 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 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 2000 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.

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 retardierten Opioiden (je nach den aktuellen Rabattverträgen der jeweiligen gesetzlichen KK) erfolgt. Da Opioiden stark wirksame Medikamente sind, darf ein Austausch nicht ohne medizinische Notwendigkeit erfolgen und nicht ohne Zustimmung des behandelnden Arztes möglich sein.

## **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.

## **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.

### 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.

17 Mitglieder gehören dem Ärztlichen Sachverständigenbeirat Versorgungsmedizin beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales an.

Im Jahr 2013 hat SchmerzLOS e.V. diese Mitglieder und alle Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag in Berlin angeschrieben. Es gab zwar viel Zustimmung, aber bewirkt hat diese Aktion bisher noch nicht sehr viel. Es ist sicher erforderlich, dass dieses Thema von verschiedenen Seiten und immer wieder in Berlin vorgetragen wird.