

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Andrew Ullmann, Michael Theurer, Jens Beeck, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP
– Drucksache 19/20448 –**

Versorgung in der Schmerztherapie

Vorbemerkung der Fragesteller

In Deutschland leben etwa 4,4 Millionen Menschen, die aufgrund langanhaltender Schmerzen körperlich und sozial beeinträchtigt sind. Das führt neben persönlichen auch zu wirtschaftlichen Schäden, denn Schmerzen nehmen einen Spitzenplatz bei den Krankheitsfehltagen und bei den Neuzugängen der Erwerbsunfähigkeit ein.

Obwohl chronische Schmerzen weit verbreitet sind, herrschen seit Jahren massive Defizite in der Versorgung dieser Patienten. Bei mehr als der Hälfte aller Menschen mit chronischem Schmerz dauert es mehr als zwei Jahre, bis sie eine wirksame Schmerzbehandlung erhalten (Förderreuther, S., Hüppe, M., Sommer, C. Schmerz – eine Herausforderung: Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Springer-Verlag, 2020).

Handlungsbedarf bezüglich der Schmerzversorgung wird von allen Seiten im Deutschen Bundestag mehrfach bestätigt. Dennoch bekommt Schmerz nach Auffassung der Fragesteller nicht die Aufmerksamkeit, die notwendig ist, um eine ausreichende Schmerztherapie zu gewährleisten.

Nicht nur in der heutigen Schmerzversorgung besteht Handlungsbedarf, auch die langfristige Entwicklung muss nach Auffassung der Fragesteller jetzt angegangen werden. In fünf Jahren stehen laut Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD) 54 Prozent der heute 1 206 ambulant tätigen Schmerzmediziner vor dem Ruhestand. Es existiert keine Bedarfsplanung.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Eine wirksame Schmerztherapie ist aus Sicht der Bundesregierung von hoher Bedeutung für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung. Patientinnen und Patienten mit Schmerzen sollten in jeder Krankheitssituation auf kompetente Ärztinnen oder Ärzte treffen können, die ihre Schmerzen rechtzeitig erkennen, adäquat behandeln und damit beitragen, das Leiden zu lindern.

Um die Schmerzversorgung in Deutschland zu stärken, hat die Bundesregierung unterschiedliche Maßnahmen auf den Weg gebracht: Mit der Änderung

der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) im Jahr 2012 und der Aufnahme der Schmerzmedizin als Lehr- und Prüfungsfach im Medizinstudium werden angehende Ärztinnen und Ärzte besser in der Schmerzbehandlung ausgebildet. Die Aspekte der Schmerztherapie wurden in der gesundheitspolitischen Gesetzgebung in den vergangenen Jahren berücksichtigt: Insbesondere wurde mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz der Weg für ein strukturiertes Behandlungsprogramm (DMP) zur Behandlung chronischer Rückenleiden bereitet. Ferner werden Forschungsvorhaben gefördert, die eine Verbesserung der Schmerzversorgung in Deutschland bewirken sollen. Hier sind vor allem Vorhaben des beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) angesiedelten Innovationsfonds zur Versorgungsforschung und zu neuen Versorgungsformen im Bereich Schmerz zu nennen.

Die medizinische Ausgestaltung einer angemessenen Schmerzbehandlung ist vorrangig Aufgabe der Fachwelt bzw. der einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbände. Die Schmerzbehandlung sollte sich maßgeblich an den bisher von den einschlägigen Fachverbänden entwickelten Leitlinien ausrichten. Um eine bestmögliche Schmerztherapie zu gewährleisten, hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zahlreiche hochwertige, evidenzbasierte Leitlinien zur Schmerztherapie veröffentlicht, die insbesondere gemeinsam mit der Deutschen Schmerzgesellschaft (DGSS) erstellt wurden. Da es sich bei der Schmerzbehandlung um ein Therapiefeld handelt, das querschnittsartig in allen medizinischen Fachrichtungen von Belang ist, finden sich Empfehlungen zu einer adäquaten Schmerztherapie auch in Leitlinien zu anderen medizinischen Fragestellungen. Dies zeigt sich auch darin, dass die DGSS drei Leitlinien zu Schmerzthemen federführend erarbeitet hat und bei 24 weiteren Leitlinien zu unterschiedlichen Fragestellungen beteiligt war

(<https://www.awmf.org/fachgesellschaften/mitgliedsgesellschaften/visitenkarte/fg/deutsche-gesellschaft-zum-studium-des-schmerzes-dgss.html>). Darüber hinaus hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) 2013 eine S1-Leitlinie zu chronischem Schmerz erstellt, die derzeit aktualisiert wird.

1. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der Fragesteller, dass chronischem Schmerz zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird?

Die Behandlung von Schmerzen gehört aus Sicht der Bundesregierung zu den Grundanforderungen der ärztlichen Versorgung von Patientinnen und Patienten und ist von entsprechend hoher Bedeutung. Die schmerztherapeutische Versorgung nimmt eine sichtbare und wichtige Stellung sowohl im ambulanten als auch stationären Sektor ein.

Auch im beim G-BA eingerichteten Innovationsfonds findet das Thema Versorgung in der Schmerztherapie eine breite Beachtung. So weisen insgesamt 31 geförderte Vorhaben einen Bezug zum Thema Schmerz auf. Informationen zu den vom Innovationsfonds geförderten Projekten sind auf der Internetseite des Innovationsausschusses unter www.innovationsfonds.g-ba.de veröffentlicht.

2. Sieht die Bundesregierung die Versorgung in der Schmerztherapie als ausreichend an?

Wenn ja, welche Erkenntnisse und empirischen Befunde veranlassen die Bundesregierung zu dieser Einschätzung?

3. Teilt die Bundesregierung die Kritik, dass der zeitliche Abstand zwischen den ersten Symptomen einer chronischen Schmerzerkrankung und dem Beginn von qualifizierten schmerztherapeutischen Maßnahmen zu groß ist?

Wenn ja, wie plant die Bundesregierung, diese Zeitspanne zu verkürzen?

Die Fragen 2 und 3 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet:

Die Sicherstellung einer ausreichenden vertragsärztlichen Versorgung einschließlich der ambulanten schmerztherapeutischen Versorgung obliegt den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

Nach Einschätzung der KBV bestehen im internationalen Vergleich für gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten in Deutschland bundesweit und krankenkassenübergreifend schmerztherapeutische Behandlungsoptionen in einem hohen Umfang. Die KBV weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Schmerzbehandlung eine ärztliche Grundkompetenz darstellt und Gegenstand verschiedener Weiterentwicklungsmaßnahmen ist, mit denen sich die KBV für eine Verbesserung der qualifizierten schmerztherapeutischen Versorgung einsetzt.

Nach Mitteilung der KBV sticht die qualifizierte schmerztherapeutische Versorgung auch in der Statistik der bei den Terminservicestellen angemeldeten Terminwünsche trotz der hohen Inzidenz und Prävalenz von Schmerzerkrankungen nicht hervor. Gleiches gelte für die Ergebnisse der international publizierten und jährlich durchgeführten Versichertenbefragung der Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV. Auch dort sei die schmerztherapeutische Versorgung nicht prominent in den Angaben der Versicherten vertreten. Gleichwohl könne nicht ausgeschlossen werden, dass die vorhandenen Versorgungspfade für schmerztherapeutische Patientinnen und Patienten im Einzelfall nicht immer der dem Krankheitsbild angemessenen Schnelligkeit und Effizienz entsprechen.

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung mit stationären Behandlungskapazitäten obliegt den Ländern, die im Rahmen ihrer Zuständigkeit für Krankenhausplanung auch eine ausreichende Versorgung mit schmerztherapeutischen Krankenhausleistungen zu gewährleisten haben.

4. Teilt die Bundesregierung die Einschätzung der Fragesteller, dass eine mangelnde Versorgung der Schmerzpatienten in und vor der Chronifizierung zu erheblichen Kosten bezüglich Arbeitsunfähigkeit und Frühverrentung führt?
 - a) Wenn ja, wie hoch sind die Kosten?
 - b) Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Möglichkeit der Folgekostenminimierung durch adäquate Behandlung?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Daten vor.

5. Was unternimmt die Bundesregierung, um den Bedarf an Schmerztherapeuten für eine verbesserte Schmerztherapieversorgung ambulant und stationär sicherzustellen bzw. zu verbessern?
6. Sieht die Bundesregierung die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages nach § 75 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bezüglich des Angebots an qualifizierter Schmerztherapie zukünftig als gefährdet an?
7. Welche Maßnahme plant die Bundesregierung, um eine ausreichende Anzahl an benötigten Schmerztherapeuten in der Versorgung sicherzustellen?
8. Plant die Bundesregierung Maßnahmen, um den Nachwuchs an Schmerztherapeuten in der Versorgung sicherzustellen, und wenn ja, welche?

Die Fragen 5 bis 8 werden wegen ihres Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Hinsichtlich der ambulanten schmerztherapeutischen Versorgung wird auf die Ausführungen zu den Fragen 2 und 3 zum Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der KBV verwiesen. In Bezug auf die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung mit stationären Behandlungskapazitäten wird ebenfalls auf die Antwort auf Frage 2 verwiesen.

Hinzuweisen ist zudem auf die Richtlinie des G-BA über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). Diese sieht zwar keine gesonderte Planung für den Bereich der Schmerzmedizin vor. Die Richtlinie gibt jedoch vor, dass die Zulassungsausschüsse bei der Neubesetzung von Arztsitzen für Anästhesie darauf hinwirken sollen, dass Bewerberinnen und Bewerber Berücksichtigung finden, deren Versorgungsschwerpunkte in der Schmerzmedizin oder Palliativmedizin liegen. Darüber hinaus ist der Bundesregierung bekannt, dass Zulassungsausschüsse im Bereich der Schmerztherapie mit dem Instrument der Sonderbedarfzulassung zusätzliche Zulassungsmöglichkeiten schaffen, soweit die vorhandenen niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten den schmerztherapeutischen Behandlungsbedarf nicht ausreichend versorgen können.

Die KBV weist ergänzend darauf hin, dass auf Landesebene (z. B. in Schleswig-Holstein) Maßnahmen ergriffen werden, um die schmerztherapeutische Tätigkeit für ärztliche Berufsanfängerinnen und Berufsanfänger attraktiv zu gestalten. Mit der Entwicklung innovativer Versorgungskonzepte, die auch den Erwartungen junger Ärztinnen und Ärzten entgegenkommen (z. B. Berufsausübung im Team, berufsgruppenübergreifende Versorgung), versucht die KBV gemeinsam mit schmerztherapeutischen Verbänden, das Berufsbild der Schmerztherapeutin und des Schmerztherapeuten aufzuwerten. Ziel sei dabei auch, mittel- und langfristig den schmerztherapeutischen Nachwuchs sicherzustellen.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass für die Schmerzmedizin in der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO) ein eigener Leistungsnachweis vorgesehen ist (§ 27 Absatz 1 Satz 4 Nummer 14) und die Schmerzbehandlung zum Prüfungsstoff für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gehört (Anlage 15). Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) enthält zudem zahlreiche Lernziele zum Thema Schmerzmedizin. Der NKLM ist derzeit noch nicht zwingend für die Fakultäten. Im „Masterplan Medizinstudium 2020“ ist jedoch vorgesehen, dass der NKLM verbindlicher Bestandteil des Medizinstudiums wird. Der Arbeitsentwurf einer geänderten ÄApprO des Bundesministeriums für Gesundheit sieht in § 5 Absatz 4 vor, dass sich der Inhalt

des Studiums nach dem NKLM richtet. Damit sollen auch die einzelnen schmerzmedizinischen Inhalte des NKLM verbindlicher Bestandteil des Medizinstudiums werden und querschnittsartig in allen Bereichen gelehrt werden.

9. Kann die Bundesregierung sich vorstellen, eine spezialisierte ambulante Schmerzversorgung, vergleichbar mit der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, einzuführen bzw. zu unterstützen?

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ist eine besondere Komplexleistung, auf die in der Regel kurativ aushospitalisierte, schwerstkranke Patientinnen und Patienten mit komplexem Symptomm Geschehen und sehr begrenzter Lebenserwartung Anspruch haben. Die Komplexleistung zielt darauf ab, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern. Aufgrund des komplexen Symptomm Geschehens besteht der Bedarf einer Behandlung, die spezifische palliativmedizinische und/oder palliativpflegerische Kenntnisse und Erfahrungen sowie ein interdisziplinär, insbesondere zwischen Ärztinnen, Ärzten und Pflegekräften in besonderem Maße abgestimmtes Konzept voraussetzt. Hierzu gehören auch schmerztherapeutische Maßnahmen. Aufgrund der besonderen, auf individuelle Bedürfnisse und Bedarfe ausgerichteten palliativen Zielsetzung ist eine Übertragbarkeit auf kurative Einzeltherapien nicht gegeben.

Im Übrigen ist auf die von den Partnern des Bundesmantelvertrages getroffene Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zu verweisen. Diese Vereinbarung dient der Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Versorgung chronisch Schmerzkranker im Rahmen der vertragsärztlichen Leistungserbringung. Die Vereinbarung regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von besonderen Leistungen der Schmerztherapie bestimmter Patientengruppen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), wie zum Beispiel der Zuschlag für schmerztherapeutische Einrichtungen, die Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz sowie die Beratung und Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie. Bundesweit verfügen nach der letzten Erhebung (Stand: 31.12.2018) 1.269 Ärztinnen und Ärzte über die entsprechende Genehmigung.

10. Plant die Bundesregierung einen „Nationalen Aktionsplan (chronische) Schmerzversorgung“?

Schmerz ist ein allgemeines, unspezifisches Symptom und tritt bei sehr vielen Krankheiten auf. Es ist demzufolge ein Querschnittsthema, das in allen Fachrichtungen der medizinischen Versorgung wichtig ist und berücksichtigt wird. Ein Nationaler Aktionsplan zur Schmerzversorgung ist daher nicht geplant.

11. Plant die Bundesregierung eine Präventionsinitiative zur Vermeidung der Chronifizierung von Schmerz, insbesondere von Rückenschmerz?

Die Bundesregierung verfolgt in der Prävention und Gesundheitsförderung einen krankheitsübergreifenden Ansatz. Dies begründet sich darin, dass sich bei zahlreichen nicht-übertragbaren chronischen Erkrankungen eine Stärkung gesundheitsförderlicher Faktoren – z. B. ausgewogene Ernährung, ausreichende

Bewegung sowie adäquates Stressmanagement – positiv auf die Vermeidung oder Verbesserung der Erkrankung auswirken. Die Stärkung von gesundheitsförderlichen Faktoren kann auch zur Vermeidung von Rückenschmerzen und anderen Schmerzen und deren Chronifizierung beitragen. Eine speziell auf Vermeidung von Chronifizierung von Schmerz, insbesondere von Rückenschmerz, ausgerichtete Präventionsinitiative ist nicht in Planung.

Dem besonderen Versorgungsbedarf von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz wird bereits im geltenden Recht Rechnung getragen. Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz wurde die Schaffung eines strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) zur Behandlung chronischer Rückenleiden vorgegeben. Entsprechend seinem gesetzlichen Auftrag hat der G-BA das DMP chronischer Rückenschmerz beschlossen, in dem die medizinischen Inhalte und Anforderungen an die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronischem Rückenschmerz beschrieben werden. Der Richtlinienbeschluss des G-BA zum DMP chronischer Rückenschmerz ist am 1. Oktober 2019 in Kraft getreten und die praktische Umsetzung hat begonnen (Näheres zum G-BA-Beschluss und den begründenden Unterlagen ist abrufbar unter: <https://www.g-ba.de/beschluesse/3765/>).

12. Sieht die Bundesregierung hinsichtlich der Digitalisierung im Gesundheitswesen Möglichkeiten zur Verbesserung der (chronischen) Schmerzversorgung?

Wenn ja, welche Maßnahmen hat die Bundesregierung dazu bereits umgesetzt bzw. plant sie umzusetzen?

Möglichkeiten zur Verbesserung der chronischen Schmerzversorgung werden aus Sicht der Bundesregierung neben der Telemedizin (Videosprechstunde, Telekonsilien) auch durch die Nutzung von „Digitalen Gesundheitsanwendungen – DiGA“ gesehen. Diese eröffnen vielfältige Möglichkeiten, um bei der Behandlung chronischer Krankheitsverläufe eine selbstbestimmte, gesundheitsförderliche Lebensführung zu unterstützen. Mit dem Inkrafttreten des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) am 19. Dezember 2019 wurden die DiGA für Patientinnen und Patienten in die Gesundheitsversorgung eingeführt (§§ 33a und 139e SGB V). Damit haben Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf eine Versorgung mit DiGA. Diese können von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verordnet werden. In einem zentralen Verzeichnis beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte werden zukünftig für alle Nutzerinnen und Nutzer Informationen zur DiGA zusammenfassend und transparent dargestellt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Version ersetzt.