



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b
D-10559 Berlin
Tel: 030-39409689-0
Fax: 030-39409689-9
info@schmerzgesellschaft.de

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. · Alt-Moabit 101 b · 10559 Berlin

An das BMG
Per Mail
transparenzoffensive@bmg.bund.de

Betr: Formulierungshilfe Krankenhaustransparenzgesetz

Berlin, 28. August 2023

Sehr geehrte [REDACTED]
sehr geehrte Damen und Herren!

Haben Sie vielen Dank für die Übersendung der Formulierungshilfe für einen Gesetzentwurf des Bundestags zum Krankenhaustransparenzgesetz.

Grundsätzlich begrüßen wir diesen Gesetzentwurf mit verbesserten und verpflichtenden Vorgaben zur Transparenz über das Leistungsgeschehen für Bürgerinnen und Bürger, insbesondere hinsichtlich der Bereiche zukünftiger Leistungsgruppen und deren Versorgungsstufen.

Leider wird die Schmerzmedizin zu großen Teilen von den verbesserten Transparenzvorgaben mangels Aufnahme in die entsprechende Anlage nicht erfasst, so dass jenseits der bestehenden Filtermöglichkeiten der Routinedaten, wie beispielsweise schon in der Weissen Liste genutzt, keine Transparenzverbesserungen erfolgen.

Eine entsprechende Nachbesserung und Aufnahme geeigneter Leistungsgruppen für die Schmerzmedizin wäre wünschenswert. Diesbezüglich übersenden wir Ihnen anbei zur Kenntnis unsere diesbezügliche Darlegung an das MAGS NRW vom 15.8.2020 im Rahmen dessen seinerzeitigen Beratungen.

Zu Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Thomas Isenberg
Geschäftsführer



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. · Alt-Moabit 101 b · 10559 Berlin

An das
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen
Referat Krankenhausplanung,- finanzierung (IV A3)

Zustellung per Mail: KH-Planung@mags.nrw.de

Bundesgeschäftsstelle
Geschäftsführer
Thomas Isenberg
Alt-Moabit 101 b
D-10559 Berlin

Tel: 030-39409689-0
Fax: 030-39409689-9

info@schmerzgesellschaft.de

Berlin, 15.08.2020

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Antworten zum Fragenkatalog der MAGS NRW

zur Aufstellung des neuen KHP NRW

I. Fragen zum Zuschnitt/zur Definition der Leistungsgruppen/Leistungsbereiche:

1. Leistungsgruppe und Leistungsbereich

wurden im der vorläufigen Übersicht des künftigen Planungszuschnitts (Anlage 2 MAGS) mit **Schmerztherapie** definiert. Leistungsgruppen wurden bisher nicht unterteilt. (Siehe dazu 2.b)

2. Definition der Leistungsgruppen

a.) Die Leistungsgruppe **Therapie chronischer Schmerzstörungen bei Erwachsenen** lässt sich vollständig über die OPS 8-918.XX sowie der OPS 1-910 und OPS 8-91b; 8-91c abgrenzen. Die Leistungsgruppe **komplexe Akutschmerztherapie** (siehe 2b) wird durch die OPS 8 Strich 919 kodiert, ist aber im DRG-System nicht erlösrelevant.

b.) Der **Leistungsbereich Schmerztherapie** lässt sich in die Behandlung von akuten und chronischen Syndromen sowie nach Altersstufen in folgende **Leistungsgruppen** unterteilen. Die Leistungsgruppen lassen sich anhand spezifischer OPS-Codes identifizieren (siehe Anlage 3a, Tabelle zur Zuordnung von Qualitätskriterien):

- **Akute perioperative Schmerztherapie (S.2)**
- **Schmerztherapie – Erwachsene (S.4)**
- **Schmerztherapie - Kinder und Jugendliche (S.10)**

Akute perioperative Schmerztherapie

Die Therapie postoperativer Schmerzen stellt ein wichtiges Qualitätsmerkmal nach einer Operation dar. Unbehandelte Schmerzen nach einer Operation (oder trotz Behandlung weiter bestehende starke Schmerzen) sind mit Komplikationen verbunden und können weitreichende Langzeitfolgen nach sich ziehen; hierzu zählen u.a. akute Komplikationen und funktionsbedingte Einschränkungen mit Folge einer verzögerten Krankenhausentlassung, so wie chronische Schmerzen und Opioidlangzeiteinnahme/Abhängigkeit [1, 2]. Durch den Einsatz komplexer Akutschmerztherapiemaßnahmen (e.g. Regionalanalgesieverfahren, patientenkontrollierte Analgesieverfahren, PCA) werden Schmerzen nach Operationen dagegen effektiv reduziert, die Komplikationsraten vermindert sowie Intensivtherapieaufenthalte und Krankenhausverweildauer reduziert [3, 4, 5]. Um diese Ziele erreichen zu können, ist nach übereinstimmender Expertensicht die Vorhaltung eines abteilungsübergreifenden Akutschmerzdienstes (ASD) [6, 7]. In Ländern wie den Niederlande sind als Strukturvoraussetzung seit dem Jahr 2006 alle Krankenhäuser verpflichtet, einen ASD vorzuhalten [8]. Deutsche und internationale Leitlinien umfassen u. a. die interdisziplinären Vereinbarungen, die Durchführung regelmäßiger Schmerzmessungen, eine adäquate Patienteninformation, die Vorhaltung eines ASD und die Anwendung regionalanästhesiologischer Analgesieverfahren bei bestimmten Operationen und die Möglichkeiten einer PCA postoperativ [1]. Auch wenn sich die deutsche S3-Leitlinie gerade in der Aktualisierung befindet, wird sich an der grundsätzlichen Empfehlung, e.g. an der Notwendigkeit der Vorhaltung eines Akutschmerzdienstes und besonderer Analgesieverfahren wie Regionalanalgesie und PCA in der perioperativen Medizin, nichts Grundlegendes ändern. In Deutschland halten nach einer Umfrage aus dem Jahr 2012 die Hälfte aller Kliniken qualifizierte ASD vor [9] und notwendige Struktur- und Prozesskriterien sind durch die Fachgesellschaften aufgezeigt worden [10]. Hierzu zählen unter anderem der Facharztstandard der ärztlichen Betreuung und die Qualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ des ärztlichen Leiters der ASD [10]. Personelle Ressourcen sollten im Rahmen der Betreuung von invasiven Analgesieverfahren sicherstellen, dass mindestens zwei Patientenkontakte pro Tag erfolgen können; davon soll mindestens eine Visite durch einen Arzt erfolgen und eine 24h am Tag Erreichbarkeit soll ermöglicht werden [10]. Auch interdisziplinäre Vereinbarungen zwischen Chirurgen und Anästhesisten zur Durchführung der Akutschmerztherapie sind in den letzten Jahren durch die Fachgesellschaften aktualisiert worden [11]. In Tabelle 3a Akutschmerztherapie wurden diese Vorgaben entsprechend eingefügt. Mindestangaben können allerdings nicht gemacht werden; jede Klinik sollte eine Akutschmerztherapie (und einem mit diesem Kombinierten oder – wie in großen Kliniken häufig realisiert, zusätzlichen Schmerz – Konsildienst) vorhalten und entsprechend der Größe der Klinik und Art der zu behandelnden Patienten ausstatten.

1. Pogatzki-Zahn EM, Meissner W. Therapie postoperativer Schmerzen in Deutschland: Aktueller Stand. Schmerz. 2015;29(5):503-9.
2. Pogatzki-Zahn EM, Segelcke D, Schug SA. Postoperative pain-from mechanisms to treatment. Pain Rep. 2017;15;2(2):e588.
3. Freys SM, Pogatzki-Zahn E. Pain therapy to reduce perioperative complications. Innov Surg Sci in press <https://doi.org/10.1515/iss-2019-0008>
4. Brodner G, Pogatzki E, Van Aken H, Buerkle H, Goeters C, et al: A multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation in patients undergoing abdominothoracic esophagectomy. Anesth Analg 1998;86(2):228-34
5. Heller AR, Shmygalev S, Sabatowski R: Akutschmerzdienst heute: Teurer Luxus, notwendiges Übel oder Methode zur Erlösmaximierung? Anästh Intensivmed 2011;52:431-41
6. Korczak D, Kuczera C, Rust M: HTA Bericht - Akutschmerztherapie auf operativen und konservativen Stationen. DIMDI. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Bd. 126 ISSN: 1864-9645 1. Auflage 2013. DOI: 10.3205/hta000111L.
7. Maier C, Nestler N, Richter H, Hardinghaus W, Pogatzki-Zahn E, Zenz M, Osterbrink J. The quality of pain management in German hospitals. DÄB. 2010;107(36):607-14.(IF 2.1)
8. van Boekel RL, Steegers MA, Verbeekvan Noord I, van der Sande R, Vissers KC: Acute Pain Services and Postsurgical Pain Management in the Netherlands: A Survey. Pain Pract 2015;15(5):447-54
9. Erlenwein J, Stamer U, Koschwitz R, Koppert W, Quintel M et al: Akutschmerztherapie in der stationären Versorgung an deutschen Krankenhäusern: Ergebnisse des Akutschmerzszensus 2012. Schmerz 2014;28(2):147-56
10. Erlenwein J, Meißner W, Petzke F, Pogatzki-Zahn E, Stamer U, Koppert W. Personelle und organisatorische Voraussetzungen für Schmerzdienste in Krankenhäusern : Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. Anaesthesist. 2019; 10.1007/s00101-019-0610-2.
11. Freys SM, Erlenwein J, Koppert W, Meißner W , Pogatzki-Zahn E , Schwenk W , Simanski C. Vereinbarung zur Organisation der Schmerztherapie chirurgischer Patienten des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten und des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (Neufassung 2019). Chirurg. 2019;90(8):648-651. doi:10.1007/s00104-019-0995-0

II. Fragen zum Ambulantisierungspotential:

Analog der Prognose des **Gutachtens Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen** vom August 2019 für den Leistungsbereich Schmerztherapie, wären für die Städte Düsseldorf, Köln und Münster bis zum Jahr 2032 kaum Veränderungen der Fallzahlen stationärer Behandlungen zu erwarten (Tabelle 162; S.672, Gutachten Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen Berlin, August 2019).

Aussagen des **Gutachtens 2018 des Sachverständigenrates (SVR)** einerseits aber auch Recherchen zur **Nationalen Versorgungsleitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz (NVL 2017)** und Untersuchungen der BARMER GEK widersprechen dieser Einschätzung. Die Autoren der NVL Kreuzschmerz sehen eine Zunahme von Rückenschmerzen über die letzten Jahre und ebenso innerhalb der verschiedenen Altersgruppen mit zunehmendem Alter. Da Rückenschmerzen zu den häufigsten chronischen Schmerzen gezählt werden können, kann deren Entwicklung als Maßstab für die Versorgungsplanung in der Schmerztherapie herangezogen werden.

Die NVL empfiehlt zur Versorgung chronischer nicht-spezifischer Rückenschmerzen mit einem hohen Empfehlungsgrad die Durchführung Interdisziplinärer multimodaler Therapieprogramme (NVL-Kreuzschmerz BÄK 2017).

Der SVR lehnt sich in Punkt 1165 seines Gutachtens an die Einschätzung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. an, die eine Ausweitung der Angebote für **eine Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST)** empfiehlt. In diesem Zusammenhang wird auf die Zunahme von stationär erbrachten interdisziplinären multimodalen Schmerztherapien zwischen den Jahren 2006 und 2014 von 368% hingewiesen. Während die IMST-Behandlungsfälle 2014 bei 2,9/10T-Versichertenjahren lagen, lagen sie bei invasiven Maßnahmen (z.B. Operation) um den Faktor 5 bis 6 höher. Dies bedeutet, dass trotz der Steigerung um 368% im Bereich der IMST weiterhin ein relatives und absolutes Minderangebot dieser konservativen Therapieform im Vergleich zu invasiven bzw. operativen Maßnahmen besteht. Die SVR bezieht sich konkret auf die Analyse der BARMER GEK von 2015 (**BARMER GEK Report Krankenhaus 2015**; Schwerpunkt: Lumbale Rückenschmerzen) in welcher zudem festgestellt wird, dass es trotz eines Wirksamkeits- sowie Wirtschaftlichkeitsnachweises der IMST an einer angemessenen flächendeckenden Versorgung mit „ambulanten, teilstationären und stationären multimodalen Schmerz- therapieangeboten in Deutschland“ fehle.

In einer weiteren Untersuchung der BARMER GEK (**Arztreport 2016**) zeigte sich, dass in der ambulanten medizinischen Versorgung die Zahl chronischer Schmerzpatienten in den Jahren 2008 bis 2014 von 0,59% auf 0,81% kontinuierlich zugenommen hat. Demnach wurden in Deutschland im Jahr 2014 rund 655.000 Personen wegen chronischer Schmerzen ambulant behandelt. Nach dem Verständnis der Deutschen Schmerzgesellschaft und den Autoren der NVL-Kreuzschmerz, sind Chronifizierungs-gefährdete bzw. Patienten mit bereits chronischen Schmerzen in einem Stufenkonzept (ambulant-tagesklinisch-stationär) und frühzeitig auch interdisziplinär multimodal zu behandeln (NVL-Kreuzschmerz BÄK 2017; Pfingsten 2019).

Hinsichtlich der Umsetzung einer IMST in den verschiedenen Sektoren hat die Ad-Hoc-Kommission der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. im vergangenen Jahr ein konsentiertes Positionspapier publiziert (Pfingsten et al. 2019). Die Autoren nennen darin grundlegende

Kriterien, die eine Umsetzung interdisziplinärer Schmerztherapieprogramme in allen Sektoren (ambulant, teilstationär, stationär) ermöglichen. Eine ambulante IMST stellt jedoch keine Alternative für (teil-)stationäre Behandlungsangebote dar, sondern steht in der abgestuften Versorgung an erster Stelle (Siehe **Tabelle 1**).

Zusammenfassend ergibt sich, dass in der Zukunft mit einer Zunahme der Notwendigkeit für interdisziplinäre multimodale Schmerztherapieangebote zu rechnen ist. Aus der oben genannten Entwicklung lässt sich ein beträchtliches Potential für eine ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgung ableiten. Bei bedarfsgerechter und hochqualitativer Stufenversorgung bedeutet dies allerdings keine Verschiebung aus dem stationären Bereich und mithin eine „Ambulantisierung“, sondern vielmehr eine adäquate Versorgung aktuell noch unterversorgter Patienten. Im ambulanten Sektor gibt es für eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie aktuell weder eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur noch die entsprechende Vergütung.

Nach Auffassung der Deutschen Schmerzgesellschaft sollten der teilstationäre und stationäre Sektor dringend im Krankenhausplan ausgewiesen werden. In einigen Bundesländern ist dies bereits der Fall (z.B. Bayern, Sachsen).

Kriterium	Mögliche Instrumente	Ambulante IMST	Teilstationäre IMST	Stationäre IMST	Kommentar
Schmerzdauer	–	Übergang akut/subakut >4 Wochen	>8–12 Wochen	>8–12 Wochen	Grenzen der Schmerzdauer zwischen teil- und vollstationär sind fließend
Chronifizierungsstadium Schmerzgraduierung	MPSS von Korff	MPSS I–II von Korff 0–2	MPSS II–III von Korff 2–4	MPSS II–III von Korff 3–4	Bzw. schmerzspezifische Kriterien wie z. B. MIDAS, HIT
Psychosoziale Faktoren	Lt. Assessment	Schmerzrelevante Risikofaktoren	Ausgeprägt/ schmerzrelevant/ aufrecht erhaltend	Manifest/ schmerzrelevant	–
Chronifizierung	–	Mittleres bis hohes Risiko	Fortgeschrittene/ bereits eingetretene Chronifizierung	Fortgeschrittene/ bereits eingetretene Chronifizierung	–
Arbeitsunfähigkeit	–	Nicht mehr als 6 Wochen	>6 Wochen	>6 Wochen	<i>Unschärfes Kriterium: frühere bzw. kürzere AU-Zeiten bei:</i> – Hohem Chronifizierungsrisiko – Schwerem Krankheitsbild <i>NVL: Nach spätestens 4 Wochen Screening durch Primärarzt, dann ggf. Zuweisung zum Assessment</i>
Komorbidität somatisch/psychisch	–	Stabile Situation, keine komplexe schmerzrelevante Komorbidität	Im Wesentlichen stabile komplexe Komorbidität	Relevante, potenziell destabilisierende Komorbiditäten	Komorbidität erfordert ambulant und teilstationär keine komplexe Intervention
Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (Behandlungsdauer, Art)	Leistungsausdruck Krankenkasse	Nicht zwingend hoch	Eher hoch	Eher hoch	Unschärfes Kriterium, s. MPSS, s. DSF Cave: iatrogene Chronifizierung Cave: „Durchhalter“
Beeinträchtigung Therapieergebnis durch Wegezeit möglich?	–	Nicht relevant	Ja	Nein	Unverhältnismäßige Wegezeit hebt die tageweise erzielten Veränderungen auf
Mobilität	–	Eigenständige Anreise möglich	Eigenständige Anreise möglich	Eingeschränkt (kein Ausschlusskriterium)	Limitierte Gehstrecke, Abhängigkeit von Hilfsmitteln

MPSS Mainz Pain Staging System, von Korff Schmerzgraduierung nach von Korff, NVL Nationale Versorgungsleitlinie „Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“, IMST interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie, MIDAS „Migraine Disability Assessment“, HIT „Headache Impact Test“, DSF Deutscher Schmerzfragebogen, AU Arbeitsunfähigkeit

Tabelle 1: Patientenkriterien für eine Zuordnung in den jeweiligen Versorgungssektor

Fragen zu Qualitätsvorgaben

In der Tabellenvorlage Anlage 3a werden für die Schmerztherapie von Erwachsenen (≥ 18 Jahren) Mindestvoraussetzungen genannt. Diese sind für die IMST in den Komplex-Prozeduren (OPS) reglementiert.

Qualitätsvorgaben wurden von der Ad-Hoc-Kommission „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ (AHK-IMST) der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. u.a. in der Veröffentlichung zur **Umsetzung der OPS 8-918** formuliert. Dort äußert sich die AHK-IMST zu den strukturellen Vorgaben und deren Umsetzung (Arnold et al. 2018). In einem Konsensuspapier von 2014 positioniert sich die AHK-IMST zu den Inhalten und deren Umsetzung durch die verschiedenen Disziplinen innerhalb einer IMST (Arnold et al. 2014):

1. Der verantwortliche ärztliche Leiter muss die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ besitzen. Es werden zudem mindestens zwei unterschiedliche Fachdisziplinen gefordert, wobei eine „psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin“ obligatorisch in die Therapie eingebunden sein muss. Diese in der OPS geforderten Mitarbeiter und die Mitarbeiter der Schmerzpflege sollen auch organisatorisch dem Bereich der Schmerztherapie zugeordnet sein. Die verantwortlichen Psychotherapeuten und Physiotherapeuten sollen die Zusatzqualifikation *Spezielle Schmerztherapie*, die Mitarbeiter der Schmerzpflege die Qualifikation *Algesiologische Fachassistenz* nachweisen können (AHK-IMST; Pfingsten et al. 2019). Die OPS 8-918.xx sowie die OPS 8-91b; OPS 8-91c und OPS 1-910 fordern eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens 2 Fachbereiche. Dazu sind neben Mitarbeitern mit der obligatorischen Qualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ auch Ärzte oder Ärztinnen aus den Leistungsbereichen Allgemeine Innere, Orthopädie und Unfallchirurgie, Radiologie, Neurologie, Neurochirurgie, Psychologie oder Psychosomatik/Psychiatrie mindestens in enger Kooperation notwendig.
2. Aus den Belangen der unter 1. genannten interdisziplinären Diagnostik ergibt sich die Notwendigkeit eines Vorhaltens von Röntgen; MRT, CT, Sonographie Elektrophysiologie EKG.
3. Im Leistungsbereich Schmerztherapie werden arbeitstäglich mindestens die Anwesenheit und Mitarbeit eines Facharzt/-ärztin mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ und eines Mitarbeiters mit psychiatrischer psychosomatischer oder psychologisch-psychotherapeutischer Qualifikation gefordert.
4. Struktur- und Prozesskriterien sind in **Tabelle 2** für die teil-/stationäre IMST aufgeführt. Sie werden u.a. durch die Strukturprüfungen des Medizinischen Dienstes jährlich geprüft.
5. Mindestmengen sind aus Sicht der Schmerztherapie sinnvoll. Für stationäre IMST liegt sie bei 80 Fällen pro Jahr. Für die teilstationäre IMST ebenfalls bei 80 Fällen pro Jahr.

In den Einschätzungen zu ärztlichen Verfügbarkeit sind konsiliarische Leistungen für andere Abteilungen nicht enthalten.

Tabelle 2 Strukturkriterien IMST in verschiedenen Sektoren.

Kriterium	Mögliche Instrumente	Ambulante IMST	Teilstationäre IMST	Stationäre IMST	Kommentar
Mindestens 2 Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin	Strukturprüfung	Ja	Ja	Ja, Mindestkriterium höherwertige Codes (ab OPS 8-918.01) fordern 2 ärztliche Disziplinen	–
Ärztliche Leitung mit ZB „Spezielle Schmerztherapie“	Strukturprüfung	Ja	Ja	Ja	–
Ärztlicher Psychotherapeut (mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“) oder psychologischer Psychotherapeut (mit Qualifikation „Spezielle Schmerzpsychotherapie“)	Strukturprüfung	Ja	Ja	Ja	Übergangsregelung Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ ist zu fordern → zusätzliches Qualitätsmerkmal, das über das in den OPS 1-910, 8-918 und 8-91c Geforderte hinausgeht
Physiotherapie (mit Qualifikation „Spezielle Schmerzphysiotherapie“)	Strukturprüfung	Ja	Ja	Ja	Übergangsregelung Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerzphysiotherapie“ ist zu fordern → zusätzliches Qualitätsmerkmal, das über das in den OPS 1-910, 8-918 und 8-91c Geforderte hinausgeht
Eigene Behandlungsräume	Strukturprüfung	Ja	Ja	Ja	Die Behandlungsräume in der ambulanten IMST können auf verschiedene Standorte aufgeteilt sein
Teamsitzungen (regelmäßig)	Strukturprüfung	Ja	Ja	Ja	Mindestens wöchentlich in allen Sektoren, teil-/vollstationär Behandlungstäglich (alternativ Visite)
Assistenzberufe (Pflege/MFA) mit Qualifikation „Algesiologische Fachassistenz“	Strukturprüfung	Ja	Ja	Ja	–
Teamkonstanz erforderlich	Strukturprüfung	Ja	Ja	Ja	Definierte und qualifizierte Vertretungsregelung muss vorliegen

OPS Operationen- und Prozedurenschlüssel, IMST interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie, ZB Zusatzbezeichnung, MFA Medizinische(r) Fachangestellte(r)

Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR et al. (2014) **Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome** – Ein Konsensuspapier der Ad-hoc-Kommission „Multimodale Schmerztherapie“. Schmerz 28: 459-472

Arnold B, Böger A, Brinkschmidt T et al. (2018) **Umsetzung der Interdisziplinären Multimodalen Schmerztherapie nach OPS 8-918**. Schmerz 32: 5-14

Bitzer EM, Lehmann B, Bohm S, Priess HW (2015) **Barmer GEK Report Krankenhaus 2015**. <https://www.barmer.de/blob/37826/788aab584c80c6cba0e5eebe1d5a6b79/data/pdf-report-krankenhaus-2015.pdf>. Zugriffen: 03.08.2020 (Auswertungen zu Daten bis 2014. Schwerpunkt: Lumbale Rückenschmerzen)

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) (2017) **Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, 2. Auflage**. <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/kreuzschmerz/kreuzschmerz-2aufl-vers1-lang.pdf>. Zugriffen: 03.08.2020

GrobeTG, Steinmann S, Szecseny J (2016) **BARMER GEK Arztreport 2016** <https://www.barmer.de/blob/36738/41528a9e5704bb8d47e25e00707af4ba/data/pdf-arztreport-2016.pdf>. Zugriffen 06.08.2020

Pfingsten M, Arnold B, Böger A et al. (2019) **Sektorenübergreifende Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie**, Empfehlungen zu Struktur- und Prozessparametern der Ad-hoc-Kommission „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.. Schmerz 33:191–203

SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018) **Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018**. https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf. Zugriffen: 03.03.2020

Schmerztherapie - Kinder und Jugendliche

Beim DIMDI ist eine Änderung der OPS 8-918 (Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie) anhängig, in der die Besonderheiten bei Kindern und Jugendlichen deutlich wird. Dieser Änderungsantrag wurde von der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) erarbeitet und eingebracht. Der Vorschlag wurde im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens von der Deutschen Schmerzgesellschaft unterstützt.

Fragen zum Ambulantisierungspotenzial

Welche medizinischen Verfahren bzw. Trends können dazu führen, dass sich der zukünftige stationäre Bedarf der Leistungen dieser LG verändert? Sehen Sie in dieser LG, bzw. ausgewählten Leistungen dieser LG ein weiteres Potenzial bzw. Schnittstellen zur ambulanten Leistungserbringung? Bitte begründen Sie Ihre Einschätzung, ggf. unter Angabe von Studien. Eine entsprechende Kategorie ist nicht Bestandteil der Tabelle zur Zuordnung von Qualitätskriterien. Bitte beantworten Sie diese Frage daher im Freitext.

Im vergangenen Jahr ist erstmalig untersucht worden, welche Behandlungsergebnisse sich in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung erzielen lassen (Wager 2019). 80% der pädiatrischen Patienten können erfolgreich durch den Kinder- und Jugendarzt therapiert werden. Zeigen die Kinder und Jugendlichen aber 3 Monate nach Therapiebeginn keine Besserung, so haben sie ein 200fach!! erhöhtes Risiko auch nach 6 Monaten noch Schmerzen zu haben. Das heißt: wenn die ambulante Behandlung, die der stationären immer vorgeschaltet sein muss, nach drei Monaten keinen Erfolg hat, macht es aus Patientensicht und auch aus Sicht der Gesellschaft sowie der Kostenträger keinen Sinn, sie fortzusetzen.

Eine andere Studie untersucht den Therapieerfolg, wenn sich pädiatrische Schmerzpatienten in einem Kinderschmerzszentrum vorstellen, ihnen die stationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie vorgeschlagen wird, sie diesem Vorschlag jedoch NICHT folgen, sondern weiter ambulant betreut werden (Hechler 2014). Diese Patienten zeigen ein deutlich und signifikant schlechteres Therapieergebnis. Sie sind oft noch schwer beeinträchtigt und besuchen die Schule schmerzbedingt nicht regelmäßig. Das legt nahe, dass schwer chronifizierte Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen stationär behandelt werden sollten.

Epidemiologische Daten zeigen, dass es in den letzten Jahren zu einem Anstieg von Kindern und Jugendlichen mit schwer chronifizierten Schmerzen gekommen ist. Der therapeutische Goldstandard für diese Patienten ist (wie eben erläutert und internationaler Konsens) die stationäre „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie (IMST)“, wie sie von der Ad-Hoc Kommission der Deutschen Schmerztherapie (für Erwachsene) beschrieben wurde (Stahlschmidt 2016; Arnold 2014 und 2018). In Zukunft werden ggf. eher mehr als weniger Betten vorgehalten werden müssen, in denen diese Art der hoch spezialisierten Therapie für Kinder und Jugendliche durchgeführt werden kann.

Eine Zentralisierung der Leistungen hat sich als sinnvoll erwiesen. In hoch spezialisierten Zentren wie dem Deutschen Kinderschmerzszentrum in Datteln, NRW können durch eine kurze, dreiwöchige, intensive IMST - wie im OPS 8-918 beschrieben - beachtliche Langzeiterfolge erzielt werden: 60 % der Patienten sind langfristig (Nachbeobachtung 4 Jahre) klinisch relevant und signifikant gebessert, 20% zeigen eine Verbesserung und nur 20% der Patienten profitieren

nicht ausreichend von der Therapie (Zernikow 2018). Zusammen mit der Techniker Krankenkasse konnte eine Kosteneffektivität der Behandlung belegt werden (Ruhe 2020). Die Patienten und deren Eltern sind hochgradig zufrieden mit der pädiatrischen IMST (Stahlschmidt 2018), deren Wirksamkeit sogar in einer randomisiert kontrollierten Studie belegt ist (Hechler und Ruhe 2014).

Erste Zwischenauswertungen des vom Innovationsausschuss mit 1,3 Millionen Euro geförderten Projektes **Schmerz-Netz** legen die Annahme nahe, dass die Patienten von einer der Krankenhausbehandlung folgenden **Sozialmedizinischen Nachsorge** profitieren könnten (<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/schmerz-netz-kinderschmerztherapie-vernetzt-sozialmedizinische-nachsorge-fuer-schwer-chronifizierte-paediatrische-schmerzpatienten.185>). Veröffentlichungen der Zwischenauswertungen werden für dieses Jahr erwartet. Im Projekt Schmerz-Netz, arbeiten das Deutsche Schmerzzentrum an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik in Datteln sowie das Baden-Württembergische (Olgaspedial, Stuttgart) und das Bayerische Kinderschmerzzentrum (Universitätskinderklinik, Augsburg) zusammen. Alle drei Kinderschmerzzentren arbeiten nach einem Manual, welches in Datteln, NRW entwickelt und validiert wurde (Dobe 2019). Damit erzielen alle 3 Zentren dieselben Therapieerfolge, so dass wir als Mindestmengenvorgabe (siehe Tabelle zur Zuordnung von Qualitätskriterien) die jährliche Patientenzahl des kleinsten Kinderschmerzzentrums in Deutschland (Augsburg, n=60/Jahr) vorschlagen würden. Diese Mindestpatientenzahl ist auch sinnvoll, um die notwendige Expertise aufzuweisen sowie Struktur- und Prozessqualitätskriterien auch in Urlaubszeiten zu erbringen.

Es freut uns sehr, dass ein Großteil dieser international beachteten Leistungen in der Versorgung schwer schmerzkranker Kinder in Nordrhein-Westfalen geleistet wurden und werden. Wir hoffen, dass diese qualitativ hochwertige Versorgungsmöglichkeit sich auch im Bettenplan Ihres Landes widerspiegeln wird.

Fragen zu Qualitätsvorgaben. (...) Welche fachärztliche Kompetenz wird benötigt (z.B. Facharztstatus, Zusatzweiterbildung)? Wie viele Fachärzte werden benötigt und mit welcher Verfügbarkeit (z.B. 3 Fachärzte mit der Weiterbildung xy 24/7)?

Ergänzend zu Ihrer Auflistung von Fachärzten, möchten wir anmerken, dass es sich bei der IMST um ein interdisziplinäres Therapieangebot handelt, welches zwingend kinder- und jugendpsychotherapeutischer Kompetenz Bedarf. Daher haben wir in der „Tabelle zur Zuordnung von Qualitätskriterien“ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergänzt. Die weiteren Struktur- und Prozessqualitätskriterien ergeben sich aus dem Inhalt der OPS 8-918.

Arnold B, Brinkschmidt T, Casser HR, et al. Multimodale Schmerztherapie für die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome. Ein Konsensuspapier der Ad-hoc-Kommission Multimodale interdisziplinäre Schmerztherapie der Deutschen Schmerzgesellschaft zu den Behandlungsinhalten Schmerz. 2014;28(5):459-472

Arnold B, Böger A, Brinkschmidt T, et al. Umsetzung der interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie nach OPS 8-918 : Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission „Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie“ der Deutschen Schmerzgesellschaft Schmerz. 2018;32(1):5-14

Dobe M, Zernikow B (Hrsg) Therapie von Schmerzstörungen im Kindes- und Jugendalter: Ein Manual für Psychotherapeuten, Ärzte und Pflegepersonal (2. Auflage), Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2019.

Hechler T, Wager J, Zernikow B. Chronic pain treatment in children and adolescents: less is good, more is sometimes better. BMC Pediatr. 2014;14:262

Hechler T, Ruhe AK, Schmidt P, et al. Inpatient-based intensive interdisciplinary pain treatment for highly impaired children with severe chronic pain: randomized controlled trial of efficacy and economic effects. Pain. 2014;155(1):118-128

Ruhe AK, Wager J, Linder R, Meusch A, Pfenning I, Zernikow B. Chronischer Schmerz bei Kindern und Jugendlichen: eine ökonomische Betrachtung Schmerz 2020;34(2):133-139

Stahlschmidt L, Zernikow B, Wager J. Specialized Rehabilitation Programs for Children and Adolescents with Severe Disabling Chronic Pain: Indications, Treatment and Outcomes. Children (Basel). 2016;3(4):33

Stahlschmidt L, Zernikow B, Wager J. Satisfaction With an Intensive Interdisciplinary Pain Treatment for Children and Adolescents: An Independent Outcome Measure?. Clin J Pain. 2018;34(9):795-803

Wager J, Szybalski K, Schenk S, Frosch M, Zernikow B. Predictors of treatment outcome in children with medically unexplained pain seeking primary care: A prospective cohort study. Eur J Pain. 2019;23(8):1507-1518

Zernikow B, Ruhe AK, Stahlschmidt L, et al. Clinical and Economic Long-Term Treatment Outcome of Children and Adolescents with Disabling Chronic Pain. Pain Med. 2018;19(1):16-28

Tabelle zur Zuordnung von Qualitätskriterien

Leistungsbereich Schmerztherapie										
Leistungsgruppe		Erbringung verwandter LG		Vorhaltung Geräte	Fachärztliche Vorgaben		Sonstige Struktur- und Prozesskriterien	Mindestmengenvorgaben		OPS und/oder ICD
		Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit		ja/nein	wenn ja, welche?	
Akutschmerztherapie /Akutschmerzdienst	Mindest-voraussetzung	LG Anästhesie, LG Allgemeine Chirurgie oder LG Herzchirurgie oder LG Thoraxchirurgie oder LG Orthopädie/ LG Unfallchirurgie /Endoprothetik Knie/Hüfte oder LG Neurochirurgie oder LG operative Urologie oder LG HNO operativ, oder LG ZMK operativ, oder LG Kinderchirurgie		Regionalanalogesie (LG Anästhesie); Schmerzpumpen; Schmerzkatheter; Pulsoximeter	Konsensuspapier und S3 - Leitlinie geben Strukturvoraussetzungen vor; Facharztstandard. Der verantwortliche Leiter des Akutschmerzdienstes muss spezieller Schmerztherapeut sein.	Facharzt muss 24 Stunden vor Ort sein; ASD muss - auch neben der regulären AZ und an Wochenenden - definierte Zeiten für die Akutschmerztherapie zugesprochen bekommen	Konsensuspapier und S3 - Leitlinie geben Strukturvoraussetzungen vor. Qualifizierter Akutschmerzdienst. Pflegepersonal mit Pain Nurse Zusatzweiterbildung Qualitätsindikatoren vom GB-A in Vorbereitung	nein		OPS 8-919
	Auswahl-kriterium	LG Neurologie, LG Radiologie, LG Innere Medizin, LG Geriatrie	LG Palliativmedizin							
Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie bei Erwachsenen (chronische Schmerzen)	Mindest-voraussetzung	LG Schmerztherapie Erwachsene	Allgemeine Innere, Orthopädie und Unfallchirurgie, Radiologie	Röntgen; Sonographie/Echo, EKG	FA mit Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie; 1 ärztlich oder psychologischen Psychotherapeuten	1 FA + 1 ärztl. oder psychol. Psychotherapeut	Die Kriterien zur Struktur und Prozessqualität sind in den OPS 8-918.xx sowie 8-91c vorgegeben. Weitere Kriterien sind im Fragenkatalog Anlage 1aufgeführt.	ja	stationär OPS 8-918.1x; 80 Fälle/Jahr teilstationär OPS 8-91c- 80 Fälle/Jahr	OPS 8-918.xx; OPS 8-91b, OPS 8-91c, OPS 1-910, ICD10: F45.xx + alle schmerzbeschreibenden Diagnosen
	Auswahl-kriterium	LG Schmerztherapie Erwachsene	Neurologie, Neurochirurgie, P	MRT,CT, Elektrophysiologie, Biofeedback	ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut mit Zusatzqualifikation spezielle Schmerzpsychotherapie	1 VK (nicht in Personalunion mit dem ärztlichen Schmerztherapeuten)	Weiterbildungsberechtigung "Spezielle Schmerztherapie"; KH ist anerkannte Weiterbildungsstätte für "Spezielle Schmerztherapie";			
Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen (chronische Schmerzen)	Mindest-voraussetzung		Abteilung für Neuropädiatrie; Abteilung für pädiatrische Gastroenterologie; Abteilung für pädiatrische Rheumatologie;	Röntgen; MRT, Sonographie; EEG; Gastroskopie, Koloskopie, EKG, Echokardiographie	FA Kinder- und Jugendmedizin; Zusatzweiterbildung "Spezielle Schmerztherapie"; Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bzw. Psychologische Psychotherapeuten mit Zusatzweiterbildung Kinder und Jugendliche	Ärzte 2 Vollkraftstellen FA; Psychologen 2 Vollkraftstellen	erfüllt alle Struktur- und Prozesskriterien (ab 2022 bestätigt im Rahmen der Strukturprüfungen durch den MD lt. MDK-Reformgesetz), um die OPS 8-918 abrechnen zu können;	ja	mindestens 60 Fälle/Jahr mit OPS 8-918	OPS 8-918 plus ICD10s F45.40; F45.3; F45.4; F45.41; G43.x; G44.x; G60-G64; G80.x; G90.5; G90.6; G90.7; K50.x; K51.x; K95.1; K58.9; K58.0; M08.x; M79.1; M79.2; M79.7; Q81.x; R10.3; R10.4; R29.8; M89.09; M54.x; Alterssplit bis zum vollendeten 18ten Lebensjahr sinnvoll
	Auswahl-kriterium	LB Palliativmedizin; LG Kinder- und Jugendpsychiatrie	Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Nerven-leitgeschwindigkeit, Quantitativ Sensorische Testung, Evozierte Potentiale, Vigilanztestung, Biofeedback	FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie; Psychologen mit Zusatzqualifikation Spezielle Schmerzpsychotherapie	0,5 VK	Weiterbildungsberechtigung "Spezielle Schmerztherapie"; KH ist anerkannte Weiterbildungsstätte für "Spezielle Schmerztherapie";			