

## **Delegiertenversammlung vom 8. Juni 2018 in Berlin**

### **Beschluss: Einführung einer stationären und teilstationären schmerzmedizinischen Bedarfsplanung**

Die Delegiertenversammlung des Berufsverbandes der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD) fordert die Planungsbehörden der Länder auf, zur Sicherstellung der Versorgung Voraussetzungen für die Einführung einer stationären und teilstationären schmerzmedizinischen Bedarfsplanung zu schaffen.

### **Begründung:**

Die stationäre und teilstationäre Multimodale Schmerztherapie (MMST) ist der Goldstandard für die Behandlung von Patienten mit hochgradig chronifizierten Schmerzen. Die empirische Evidenz ist nachgewiesen.

MMST ist eine kombinierte und interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen unter Einbeziehung von mindestens drei Fachdisziplinen, davon eine psychosomatische, psychiatrische oder psychologische Disziplin und eine sport-/physiotherapeutische Disziplin, unter ärztlicher Leitung, nach einem ärztlichen Behandlungsplan, in kleinen Gruppen. Vor der MMST hat ein ausführliches interdisziplinäres Assessment zu erfolgen.

Für diese Patienten gibt es einen großen medizinischen Behandlungsbedarf: Nach einem Volldatensatz des Bundesversicherungsamtes (BVA) zur vertragsärztlichen Versorgung wurden 2014 im ambulanten Bereich 3.430.300 Mal die ICD-Diagnosen F45.4 Anhaltende Schmerz-störung, F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, R52.1 Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz und R52.2 Sonstiger chronischer Schmerz festgestellt. In 2.423.274 Fällen kodierten die Vertragsärzte diese Diagnose über zwei Quartale. Im stationären Sektor wurde in 29.519 Fällen eine „Chronische Schmerzkrankheit“ diagnostiziert.

In Deutschland existiert keine Bedarfsplanung für MMST. Widergespiegelt wird diese mangelhafte Versorgungssituation durch ein in Deutschland äußerst ungleiches Angebot an MMST, mit deutlich mehr schmerzmedizinischer Einrichtungen im Süden, als im Norden oder Osten des Landes.

**Problematik einer fehlenden stationären und teilstationären Bedarfsplanung:**

In Regionen ohne oder mit zu wenigen schmerzmedizinischen Einrichtungen: es fehlt das Angebot für die Patienten mit den bekannten nachteiligen medizinischen und gesundheitsökonomischen Konsequenzen.

In Regionen mit bestehenden schmerzmedizinischen Einrichtungen: da es keine Bedarfsplanung gibt, können diese, auch bei erfolgreicher wirtschaftlicher und medizinischer Arbeit, jederzeit willkürlichen Planänderungen der Krankenhausträger zum Opfer fallen.

**Umsetzungsproblematik:** Eine Bedarfsplanung für stationäre und teilstationäre Schmerztherapie lässt sich im bestehenden Planungssystem nicht (oder kaum) umsetzen. Dies liegt daran, dass die Bettenplanung analog zur Weiterbildungsordnung (WBO) erfolgt. Hierbei anhand der Gebiete (z.B. Chirurgie, Innere Medizin) und/oder der Facharztkompetenzen. In der Krankenhausplanung findet sich das dann in den Haupt- und Subdisziplinen wieder.

Leider findet sich die Schmerzmedizin in der WBO weder als Gebiet, noch als Facharzt- oder Schwerpunktkompetenz wieder, sondern nur als eine von vielen Zusatzbezeichnungen wieder. Aus diesem Grunde wird eine Bettenbedarfsplanung für die Schmerzmedizin grundsätzlich abgelehnt (OVG Berlin 2017).

Deshalb gilt es, neue regulatorische Voraussetzungen für die Einführung einer stationären und teilstationären schmerzmedizinischen Bedarfsplanung zu schaffen.