

# BVSD-Weißbuch Schmerzmedizin 2019

Ergebnisse einer Online-Befragung von  
Ärzten und Psychologischen  
Psychotherapeuten

## **Inhalt**

Einleitung .....	2
Teil I: Demografie und Berufsgruppen .....	3
Teil II: Schmerzmedizin .....	10
Teil III: Patienten .....	12
Teil IV: Behandlungsmethoden und –qualität .....	18
Teil V: Honorarentwicklung .....	22
Teil VI: Stationäre / teilstationäre Schmerztherapie .....	28
Teil VII: Weiterbildung .....	31
Teil VIII: Zukunft .....	32
Fazit .....	33
Anhang .....	36
Impressum .....	50

## Einleitung

Nach einem Volldatensatz des Bundesversicherungsamtes (BVA) zur vertragsärztlichen Versorgung wurden 2014 im ambulanten Bereich 3.430.300 Mal die ICD-Diagnosen F45.4 Anhaltende Schmerzstörung, 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.

Ähnliche Zahlen stellte die Barmer GEK 2016 fest: 3,25 Millionen Patienten leiden nach Angaben des Barmer GEK Arztreports in Deutschland an chronischen Schmerzen. Demnach wurden im Jahr 2014 lediglich rund 655.000 Personen wegen chronischen Schmerzen ambulant behandelt. Nach epidemiologischen Studien leiden in Deutschland 17 – 28 Prozent der Bevölkerung an chronischen Schmerzen (Breivik et al: European Journal of Pain 10 (2006), Häuser et al.: DER SCHMERZ (2014)).

Der BVSD führte von April 2017 bis Februar 2018 in Zusammenarbeit mit der Autorin Marta Spichal eine Online-Umfrage zur beruflichen Situation der in der Schmerzmedizin tätigen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten durch. Die Umfrage war für alle an der schmerzmedizinischen Versorgung beteiligten Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland geöffnet.

Die Erhebung sollte dabei helfen, die Frage zu beantworten, wie sich die aktuell geltenden regulatorischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen auf die Versorgungssituation von Patienten in der Schmerzmedizin auswirken. Ferner sollte untersucht werden, welchen Einfluss weitere Faktoren auf die Perspektive der Schmerzmedizin in Deutschland (z.B. Nachwuchsproblematik) haben. Ein weiteres Ziel der Studie: Wie haben sich diese Faktoren in den vergangenen Jahren entwickelt?

## Teil I: Demografie und Berufsgruppen

An der Umfrage nahmen insgesamt 216 Personen teil. Davon waren 64% männlich und 36% weiblich.

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent
Weiblich	78	36%
Männlich	138	64%
Gesamt	216	100%

Tabelle 1: Geschlecht der Teilnehmer der Umfrage

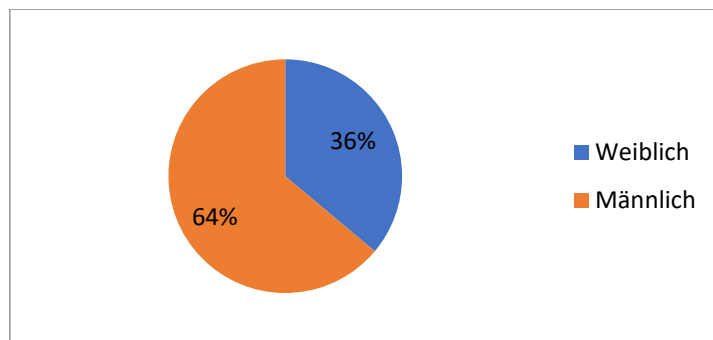


Abbildung 1: Anteil der Geschlechter der Umfrageteilnehmer

In der Umfrage war die **Altersgruppe** der 51- bis 60-Jährigen mit 56,9% aller Teilnehmer am zahlreichsten vertreten (Tabelle 3 und Abbildung 3). Jeweils ca. ein Fünftel der Teilnehmer sind 42 bis 50 (19,9%) oder über 60 Jahre alt (21,3%). Lediglich 0,9% der Teilnehmer der Umfrage sind unter 40 Jahre alt. Der jüngste Teilnehmer der Umfrage war 35, der älteste 74 Jahre alt.

Alter	Häufigkeit	Prozent
35	1	0,5%
39	1	0,5%
42	6	2,8%
43	2	0,9%
44	1	0,5%
45	4	1,9%
46	3	1,4%
47	3	1,4%
48	8	3,7%
49	8	3,7%
50	8	3,7%
51	7	3,2%
52	14	6,5%
53	10	4,6%
54	10	4,6%
55	15	6,9%
56	14	6,5%
57	13	6,0%
58	12	5,6%
59	8	3,7%
60	20	9,3%
61	14	6,5%
62	6	2,8%
63	10	4,6%
64	5	2,3%
65	6	2,8%
66	1	0,5%
67	2	0,9%
68	1	0,5%
74	1	0,5%
Keine Angabe	2	0,9%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 2: Altersverteilung der Umfrageteilnehmer

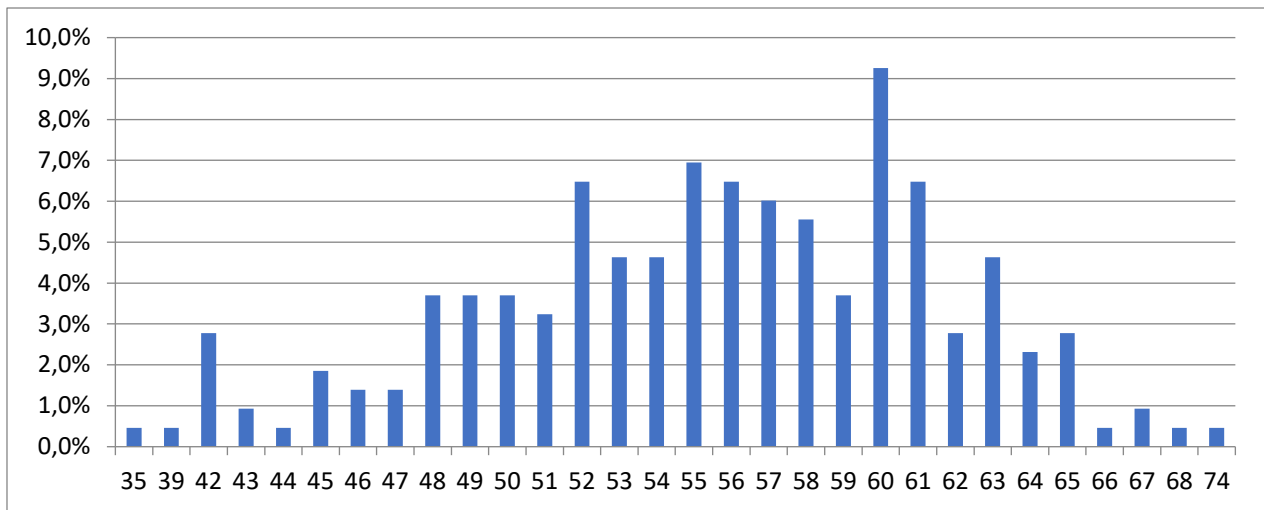


Abbildung 2: Altersverteilung der Umfrageteilnehmer

Über 98% der Teilnehmer waren **Ärzte**, knapp 2% gehörten der Berufsgruppe der **Psychologischen Psychotherapeuten** an (Tabelle 4 und Tabelle 47 im Anhang).

Berufsgruppe	Häufigkeit	Prozent
Arzt	212	98,1%
Psych. Psychotherapeut	4	1,9%
Gesamt	216	100%

Tabelle 3: Zugehörigkeit zur Berufsgruppe

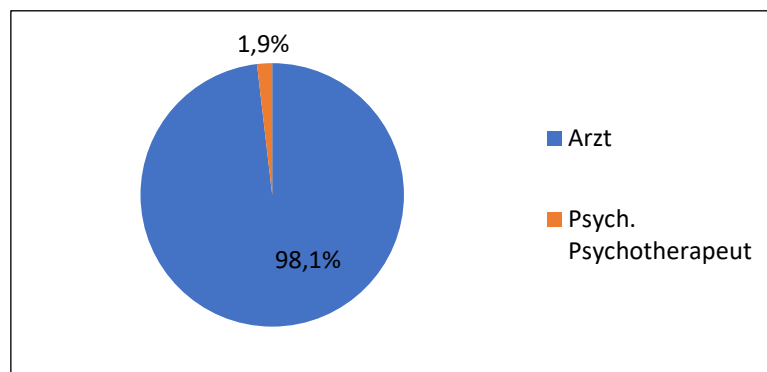


Abbildung 3: Anteil der Berufsgruppen der Umfrageteilnehmer

Unter den Teilnehmern waren **Mitglieder aller Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)** vertreten. Am zahlreichsten beteiligten sich Mitglieder der KV Bayern mit 29, der KV Baden-Württemberg und KV-Sachsen mit 24 und der KV-Niedersachsen mit 19 Teilnehmern.

KV	Anzahl
KV Baden-Württemberg	24
KV Bayern	29
KV Berlin	15
KV Brandenburg	9
KV Bremen	1
KV Hamburg	6
KV Hessen	8
KV Mecklenburg-Vorpommern	6
KV Niedersachsen	19
KV Nordrhein	15
KV Rheinland-Pfalz	5
KV Saarland	6
KV Sachsen	24
KV Sachsen-Anhalt	2
KV Schleswig-Holstein	13
KV Thüringen	10
KV Westfalen-Lippe	18
Keine Angabe	6
Gesamtergebnis	216

Tabelle 4: Zugehörigkeit der Teilnehmer zur KV

Die Fachgruppe der Anästhesisten machte mit 80% den größten Anteil der Umfrageteilnehmer aus. Die nächst größten **Fachgruppen** bilden die Allgemeinmediziner mit 8%, die Orthopäden / Unfallchirurgen mit 5%, sowie die physikalischen und rehabilitativen Mediziner mit 4 % der Nennungen.

Es bestand die Möglichkeit, bei Angabe der Fachrichtung eine Mehrfachangabe zu tätigen, was von mehreren Teilnehmern auch in Anspruch genommen wurde. Am häufigsten kam dabei die Kombination Anästhesie und Allgemeinmedizin mit 6 und Anästhesie und Psychosomatische Medizin mit 4 Nennungen vor. Sieben Teilnehmer gaben eine andere Fachrichtung als die im Fragebogen vorgegebenen an, nämlich Schmerztherapie, Frauenheilkunde, Palliativmedizin und integrative Schmerzmedizin (Tabelle 49).

Fachrichtung	Häufigkeit	Prozent
Allgemeine Medizin	18	8,33%
Anästhesie	173	80,09%
Chirurgie	3	1,39%
Hämatologie	0	0,00%
Innere Medizin	1	0,46%
Neurochirurgie	0	0,00%
Neurologie	6	2,78%
Onkologie	0	0,00%
Orthopädie / Unfallchirurgie	12	5,56%
Physikalische und Rehabilitative Medizin	10	4,63%
Psychiatrie	3	1,39%
Psychosomatische Medizin	8	3,70%
Sonstiges	7	3,24%

Tabelle 5: Fachgruppen der Umfrageteilnehmer



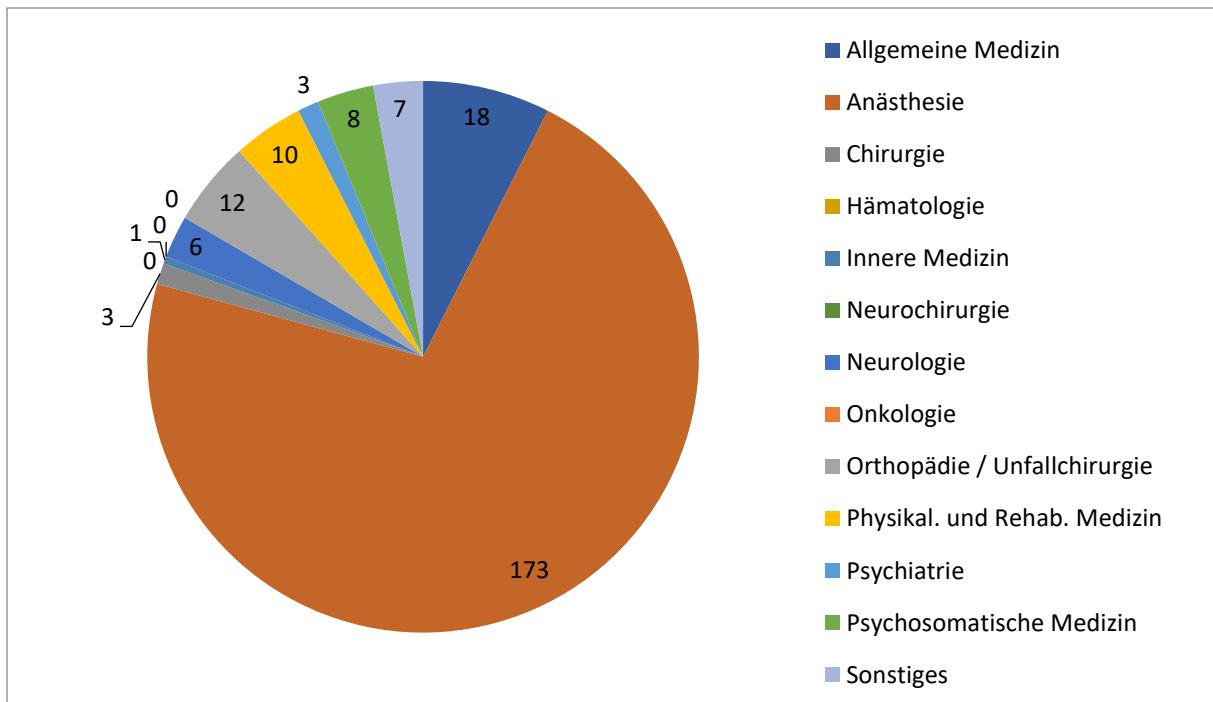


Abbildung 4: Fachgruppen der Umfrageteilnehmer

Die meisten Studienteilnehmer arbeiten in einer **eigenen Praxis** (89 Nennungen) oder sind in einer **Klinik** angestellt (67 Nennungen). 47 Teilnehmer arbeiten in einer **Gemeinschaftspraxis**, 36 besitzen eine persönliche Ermächtigung. Einem **MVZ** gehören 25 Teilnehmer an, als **Honorarärzte** sind 7 Teilnehmer tätig, bzw. arbeiten selbstständig in einem Krankenhaus (Tabelle 6). Mehrfachnennungen waren möglich.

Beschäftigungsverhältnis	Häufigkeit
Angestellt im MVZ	9
Angestellt in Klinik	67
Eigene Praxis	89
Gemeinschaftspraxis	47
MVZ	25
Persönliche Ermächtigung	36
Uniklinik	7
Honorararzt / selbstständig im Krankenhaus	7

Tabelle 6: Beschäftigungsverhältnis

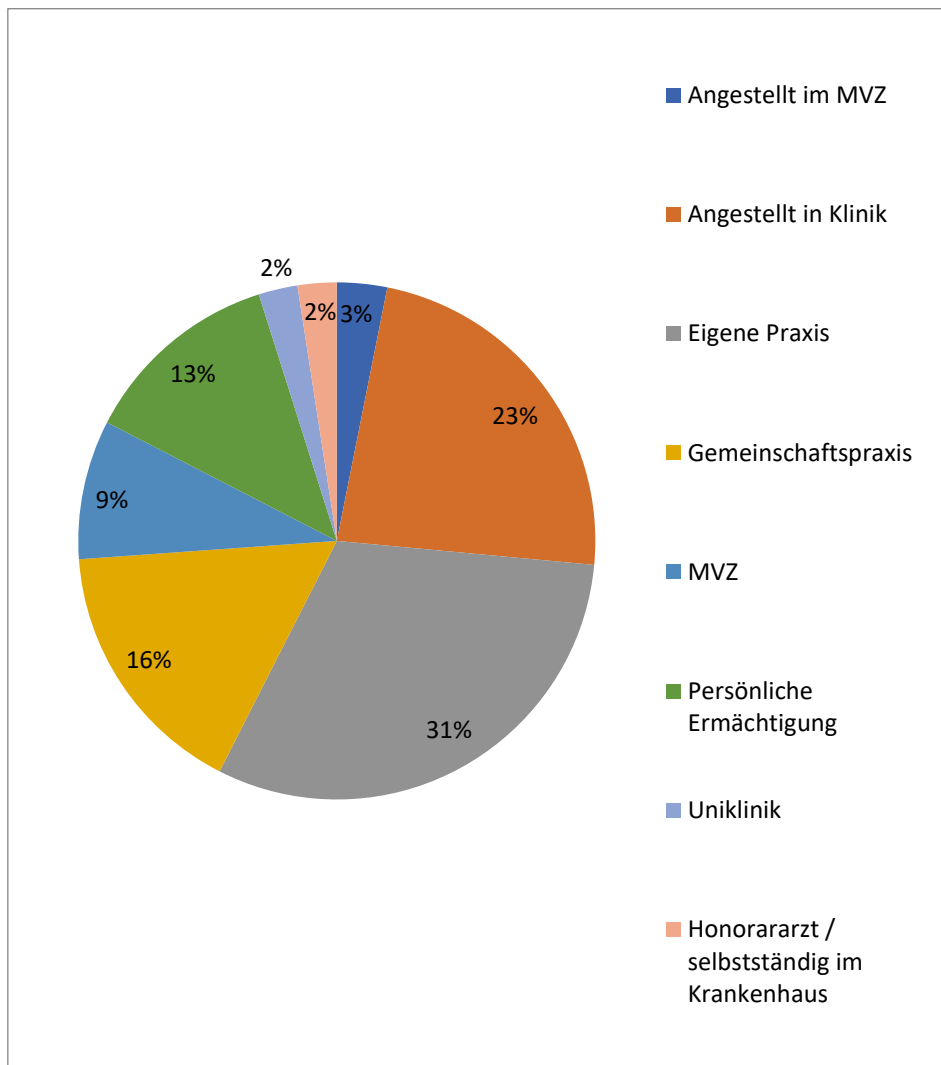


Abbildung 5: Beschäftigungsverhältnis

## Teil II: Schmerzmedizin

Die wirtschaftlichen und qualitativen Rahmenbedingungen der ambulanten schmerzmedizinischen Versorgung sind in der **Qualitätssicherungsvereinbarung** nach § 135 Abs.2 SGB V zur **schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten** festgehalten. Diese Vereinbarung regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen für Patienten mit chronischen Schmerzen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung sowie die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die Organisation sowie die räumliche und apparative Ausstattung für die Durchführung von Schmerztherapien<sup>1</sup>.

Eine klare Mehrheit der Umfrageteilnehmer (88%) nimmt an dieser Qualitätssicherungsvereinbarung ihrer KV teil (darunter befinden sich 135 ausschließlich ambulant tätige Befragte), knapp 9% nehmen daran nicht teil. In allen KVen nimmt die Mehrheit der Umfrageteilnehmer an der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) teil (s. Tabelle 51 im Anhang).

Teilnahme QSV	Häufigkeit	Prozent
Ja	190	88,0%
Nein	19	8,8%
Keine Angabe	7	3,2%
Gesamtergebnis	216	100,0%

Tabelle 7: Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

Eine deutliche Mehrzahl der Umfrageteilnehmer (146 oder 76,8%) ist **ausschließlich schmerztherapeutisch** tätig (mehr als 75% ihrer ärztlichen Tätigkeit).

Schmerztherapeutische Tätigkeit	Häufigkeit	Prozent	Kummulierte Prozente
Ausschließlich schmerztherapeutisch tätig (> 75 %)	146	76,8%	76,8%
Überwiegend schmerztherapeutisch tätig (50 - 75 %)	31	16,3%	93,2%
Zu einem Anteil von < 50 % schmerztherapeutisch tätig	11	5,8%	98,9%
Keine Angabe	2	1,1%	100,0%
Gesamtergebnis	190	100%	

Tabelle 8: Schmerztherapeutische Tätigkeit

Von den ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Befragten gaben 11 an voll stationär tätig zu sein. 36 der ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Umfrageteilnehmer gaben an, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich tätig zu sein.

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** veröffentlicht in ihrem **Qualitätsbericht** jährlich die Anzahl der Ärzte in den einzelnen KV-Bereichen, die die Voraussetzungen für die Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung erfüllen. Bundesweit sind es insgesamt 1.206 Ärzte (Stand:

<sup>1</sup> Quelle: KBV

31.12.2016). Die nachstehende Tabelle stellt die Verteilung der Teilnehmer der Qualitätssicherungsvereinbarung in den einzelnen KV Bezirken dar (Tabelle 9):

KV	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NO	RP	SL	SN	ST	SH	TH	WL	Gesamt
Genehmigungen																		
Anz. Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2015	162	171	67	74	16	28	79	27	52	143	69	17	84	35	36	29	84	1173
Anz. Ärzte mit Genehmigung Stand 31.12.2016	171	176	71	70	14	29	83	27	51	146	73	17	87	37	37	30	87	1206
Anz. Beschiedene Anträge neu	15	51	26	0	0	2	6	1	12	29	9	0	3	2	3	5	26	190
-davon Anz. Genehmigungen	13	47	13			1	4	1	10	6	9		3	2	3	4	24	140
-davon Anz. Ablehnungen	0	4	6			1	1	0	2	7	0		0	0	0	1	2	24
erneut	2	0	7			0	1	0	0	16	0		0	0	0	0	0	26
-davon Anz. Genehmigungen	2		6				1			16								25
-davon Anz. Ablehnungen	0		1				0			0								1
Anz. Kolloquien gem. § 10 Abs. 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	8	10
-davon bestanden														2			8	10
-davon nicht bestanden														0			0	0
Anz. Kolloquien gem. § 10 Abs. 3 Nr. 4	0	14	4	0	0	1	4	1	4	8	4	0	0	0	2	0	0	42
-davon bestanden		13	4			14	1	4	4	4	4			2				50
-davon nicht bestanden		1	0			0	0	0	0	4	0			0				5
Praxisbegehungen gem. § 10 Abs. 3	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
-davon ohne Beanstandungen			0					2										2
-davon mit Beanstandungen			1					0										1
Anzahl Widerruf von Abrechnungs-genehmigungen gem. §10 Abs. 2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Anz. Rückgabe / Beendigung von Abrechnungsgenehmigungen	0	5	5	4	0	1	0	1	11	3	5	0	0	0	1	0	5	41
Dokumentationsprüfung (fakultativ)																		
Anz. Prüfungen gem. § 7 Abs. 2	8	0	0	0	0	22	5	0	17	15		17	4	0	14	0	3	105
-davon Anforderungen erfüllt	7					22	4		15	13		17	4		14		3	99
-davon Anforderungen nicht erfüllt	1					0	1		2	2		0	0		0		0	6

Tabelle 9: Genehmigungen zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (Quelle: KBV, 2018)

Ambulant tätige Schmerztherapeuten unterliegen, sofern sie an der Qualitätssicherungsvereinbarung teilnehmen, einer Fallzahlbegrenzung von maximal 300 Patienten pro Quartal. Diese Begrenzung kann aus Gründen der Sicherstellung der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten auf Antrag durch die KVen in gewissen Rahmen modifiziert werden. Die Fallzahlbegrenzung ist dem Umstand geschuldet, dass die Betreuung chronischer Schmerzpatienten äußerst zeitintensiv ist, da nicht nur medizinische Aspekte der Beschwerden Berücksichtigung finden müssen. Vielmehr müssen auch seelische Faktoren, wie Stimmung, Symptombewertung und –bewältigung sowie soziale Aspekte, wie Konflikte innerfamiliär oder am Arbeitsplatz und nicht zuletzt wirtschaftliche Auswirkungen der Schmerzerkrankung beachtet werden. Eine Ausweitung der Fallzahlen würde zwangsläufig zu Zeitknappheit und Vernachlässigung dieser Themen führen.

Über 40% der von der **Fallzahlbegrenzung** betroffenen Umfrageteilnehmer behandeln über 300 Patienten pro Quartal (Tabelle 10). Dies zeigt den nicht gedeckten Versorgungsbedarf deutlich. Rund 12% der von der Fallzahlbegrenzung nicht betroffenen Befragten gaben an, im Quartal maximal 200 Patienten zu behandeln (Tabelle 11).

Fallzahl	Häufigkeit	Prozent	Kummulierte Prozente
0-100	2	0,9%	0,9%
101-200	16	7,4%	8,3%
201-300	43	19,9%	28,2%
301-400	56	25,9%	54,2%
401-500	27	12,5%	66,7%
501-600	3	1,4%	68,1%
>601	4	1,9%	69,9%
Keine Angabe	65	30,1%	100,0%
Gesamt	216	100%	

Tabelle 10: Von Fallzahlbeschränkung betroffen

Fallzahl	Häufigkeit	Prozent	Kummulierte Prozente
0-100	11	5,1%	5,1%
101-200	15	6,9%	12,0%
201-300	9	4,2%	16,2%
301-400	8	3,7%	19,9%
401-500	4	1,9%	21,8%
501-600	1	0,5%	22,2%
>601	1	0,5%	22,7%
Keine Angabe	167	77,3%	100,0%
Gesamt	216	100%	

Tabelle 11: Von Fallzahlbeschränkung nicht betroffen

### Teil III: Patienten

Die meisten von den Umfrageteilnehmern behandelten **Schmerzpatienten** sind zwischen 51 und 60 Jahre alt. Im bundesweiten Vergleich gibt es die ältesten chronischen Schmerzpatienten in Sachsen (17 Nennungen eines Durchschnittsalters zwischen 61 und 70 Jahren), die jüngsten in Bayern (9 Nennungen eines Durchschnittsalters zwischen 41 und 50 Jahren).

KV	Durchschnittsalter der Patienten						
	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	K/A
KV Baden-Württemberg	1	1	10	9	1		
KV Bayern		9	18	2			
KV Berlin		1	5	7			
KV Brandenburg		2	3	4			
KV Bremen				1			
KV Hamburg			3	3			
KV Hessen		4	1	3			
KV Mecklenburg-Vorpommern			4	2			
KV Niedersachsen		1	10	8			
KV Nordrhein		1	8	5		1	
KV Rheinland-Pfalz			3	1			
KV Saarland		2	4				
KV Sachsen		1	6	17	1		
KV Sachsen-Anhalt				1	1		
KV Schleswig-Holstein		2	4	5	1		
KV Thüringen			3	5	2		
KV Westfalen-Lippe			10	8			
Keine Angabe							6
Gesamt	1	26	95	83	6	1	6

Tabelle 12: Durchschnittsalter der Schmerzpatienten

Neuaufnahmen	Häufigkeit	Prozent	Kummulierte Prozente
<20	28	13,0%	13,0%
21-50	73	33,8%	46,8%
51-100	53	24,5%	71,3%
101-150	27	12,5%	83,8%
151-200	5	2,3%	86,1%
201-250	3	1,4%	87,5%
251-300	3	1,4%	88,9%
301-350	1	0,5%	89,4%
>351	2	0,9%	90,3%
Keine Angabe	21	9,7%	100,0%
Gesamt	216	100,0%	

Tabelle 13: Neuaufnahmen pro Quartal

**Neuaufnahmen:** Knapp 47% der Befragten gaben an, im Quartal weniger als 50 Patienten neu aufzunehmen. Am häufigsten wurde dabei angegeben, zwischen 21 und 50 Patienten aufgenommen zu haben, knapp ein Viertel (24,5%) der Befragten nehmen pro Quartal zwischen 51 und 100

Patienten auf. Knapp 7% der Befragten gaben an über 151 Patienten pro Quartal neu aufzunehmen (Tabelle 13).

Die nachstehenden Tabellen stellen die Neuaufnahmezahlen pro Quartal bei den ausschließlich ambulant (Tabelle 14) und stationär tätigen Schmerztherapeuten (Tabelle 15) dar.

Neuaufnahmen	Häufigkeit	Prozent	Kummulierte Prozente
<20	2	0,9%	0,9%
21-50	10	4,6%	5,6%
51-100	3	1,4%	6,9%
101-150	3	1,4%	8,3%
151-200	2	0,9%	9,3%
201-250	2	0,9%	10,2%
251-300	0	0,0%	10,2%
301-350	0	0,0%	10,2%
>351	1	0,5%	10,6%
Keine Angabe	2	0,9%	11,6%
Gesamt	25	100,0%	

Tabelle 14: Neuaufnahmen pro Quartal (stationär Tätige Schmerztherapeuten)

Neuaufnahmen	Häufigkeit	Prozent	Kummulierte Prozente
<20	9	4,2%	4,2%
21-50	63	29,2%	33,3%
51-100	40	18,5%	51,9%
101-150	17	7,9%	59,7%
151-200	1	0,5%	60,2%
201-250	1	0,5%	60,6%
251-300	2	0,9%	61,6%
301-350	0	0,0%	61,6%
>351	1	0,5%	62,0%
Keine Angabe	9	4,2%	66,2%
Gesamt	143	100,0%	

Tabelle 15: Neuaufnahmen pro Quartal (ambulant Tätige Schmerztherapeuten)

Die von den Befragten behandelten Schmerzen sind auf die im Fragebogen vorgegebenen **Schmerzarten** relativ gleichmäßig verteilt (Tabelle 14). Die Schmerzen des muskuloskelettalen Systems (Wirbelsäule – 216 Nennungen und Gelenke – 214 Nennungen), der Kopf- und Gesichtsschmerzen (216 Nennungen), sowie neuropathische Schmerzen (ebenfalls 216 Nennungen) sind die am häufigsten genannten behandelten Schmerzarten und werden von beinahe allen

Umfrageteilnehmern behandelt. Tumorschmerzen wurden mit 173 Nennungen am seltensten angegeben (Tabelle 16).

Schmerzart	Häufigkeit	Prozent
Schmerzen des muskuloskelettalen Systems: Wirbelsäule	216	100,0%
Schmerzen des muskuloskelettalen Systems: Gelenke	214	99,1%
Kopf-/Gesichtsschmerzen	216	100,0%
Neuropathische Schmerzen	216	100,0%
Tumorschmerzen	173	80,1%
Viszerale Schmerzen	188	87,0%
Ischämieschmerzen	174	80,6%
Psychogene Schmerzen	183	84,7%

Tabelle 16: Behandelte Schmerzen

Die nachstehende Tabelle stellt die von den Umfrageteilnehmern behandelten Schmerzen nach ihren Anteilen an dem gesamten Behandlungsspektrum zusammen.

Schmerzart / % der Behandlungen	Häufigkeit					
	0-30%		30-60%		>60%	
Schmerzen des muskuloskelettalen Systems: Wirbelsäule	11	5,1%	42	19,4%	28	13,0%
Schmerzen des muskuloskelettalen Systems: Gelenke	37	17,1%	17	7,9%	14	6,5%
Kopf-/Gesichtsschmerzen	54	25,0%	0	0,0%	0	0,0%
Neuropathische Schmerzen	59	27,3%	3	1,4%	3	1,4%
Tumorschmerzen	61	28,2%	2	0,9%	2	0,9%
Viszerale Schmerzen	23	10,6%	0	0,0%	0	0,0%
Ischämieschmerzen	19	8,8%	0	0,0%	0	0,0%
Psychogene Schmerzen	32	14,8%	2	0,9%	2	0,9%

Tabelle 17: Prozentsatz der behandelten Schmerzen an der gesamten Tätigkeit

Die **Wartezeiten** bei den Schmerztherapeuten sind lang. 86,6% der Befragten gaben an, dass zwischen der ersten Kontaktaufnahme und einem Behandlungstermin mehr als 4 Wochen vergehen. Nur 11,6% der Umfrageteilnehmer behandeln ihre Patienten nach 2 Wochen seit der ersten Kontaktaufnahme (Tabelle 18).



Wartezeit	Häufigkeit	Prozent	Kummulierte Prozente
<=2 Wochen	25	11,6%	11,6%
4 Wochen	43	19,9%	31,5%
Länger	119	55,1%	86,6%
Andere Antwort	24	11,1%	97,7%
Keine Antwort	5	2,3%	100,0%
Gesamt	216	100%	

Tabelle 18: Wartezeit zwischen Kontaktaufnahme und erstem Behandlungstermin

Bei 11,1% der Umfrageteilnehmer ist die Wartezeit abhängig von der Diagnose und variiert stark. So werden bspw. Palliativ- oder Tumorkranken innerhalb weniger Tage behandelt, bei Patienten mit anderen Indikationen ist die Wartezeit deutlich länger. Bei 57% der Umfrageteilnehmer, die eine längere Wartezeit als 4 Wochen angegeben haben, verlaufen zwischen dem Erstkontakt und dem ersten Behandlungstermin 1 bis 3 Monate, bei den übrigen 43% der Befragten in dieser Gruppe, müssen die Patienten sogar bis zu einem Jahr warten.

Der **Zeitraum zwischen den ersten Symptomen einer chronischen Schmerzerkrankung und dem Beginn schmerztherapeutischer Maßnahmen** beträgt im Schnitt vier Jahre. Dieser Durchschnittswert hat sich im Vergleich zu den Ergebnissen des BVSD-Weißbuches 2012 nicht verändert. Wohl aber die Zeitwerte für die einzelnen KV-Bereiche: Aktuell ist der Zeitraum zwischen den ersten Symptomen einer chronischen Schmerzerkrankung und dem Beginn schmerztherapeutischer Maßnahmen am kürzesten in Sachsen-Anhalt (im Durchschnitt 3 Jahre), am längsten ist der Zeitraum in Thüringen (im Durchschnitt 6,56 Jahre).

KV	Zeitraum SYM- Maßnahme
KV Baden-Württemberg	3,47
KV Bayern	3,52
KV Berlin	4,68
KV Brandenburg	3,25
KV Bremen	4,00
KV Hamburg	4,20
KV Hessen	3,50
KV Mecklenburg-Vorpommern	5,60
KV Niedersachsen	4,00
KV Nordrhein	3,38
KV Rheinland-Pfalz	4,00
KV Saarland	3,20
KV Sachsen	3,30
KV Sachsen-Anhalt	3,00
KV Schleswig-Holstein	3,13
KV Thüringen	6,56
KV Westfalen-Lippe	4,71
Durchschnitt gesamt	3,97

Tabelle 19: Zeitraum erste Symptome / Beginn schmerztherapeutischer Maßnahmen (SYM-Maßnahme) nach KV-Bereich

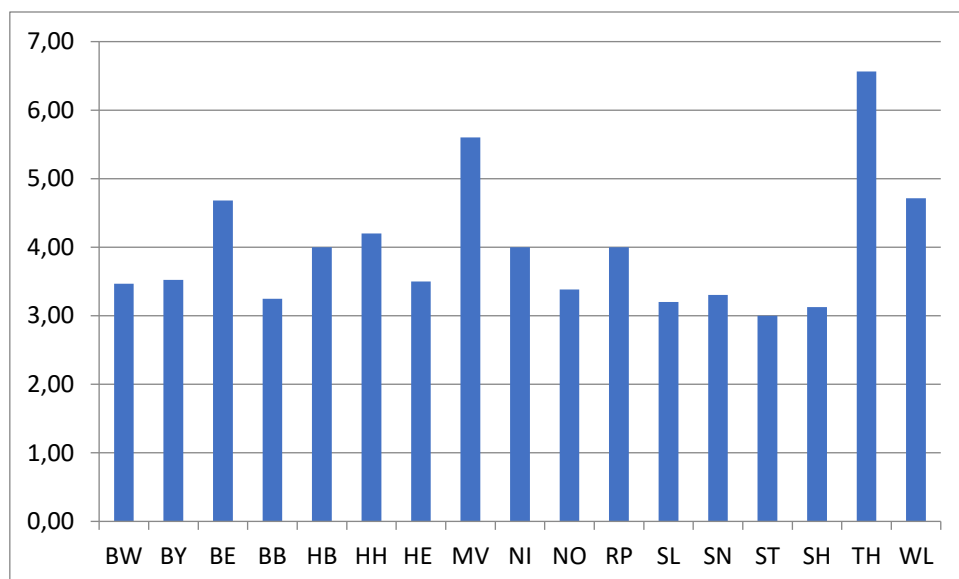


Abbildung 6: Zeitraum SYM-Maßnahme nach KV Bereichen in Jahren

Der **Erfolg der durchgeführten schmerzmedizinischen Maßnahmen** wird von den Umfrageteilnehmern weitgehend positiv beurteilt. Eine deutliche Mehrheit der Umfrageteilnehmer

schätzt den Erfolg therapeutischer Maßnahmen hinsichtlich der Verbesserung der Funktionalität und Lebensqualität als gut (jeweils 193 und 192 Angaben) oder sehr gut (jeweils 10 und 17 Angaben) ein. Über 65% (190 Nennungen) der Befragten sind der Meinung, dass sich die Schmerztherapie positiv auf die soziale Reintegration der Patienten auswirkt. 198 der Befragten gaben an, durch schmerztherapeutische Maßnahmen positiv auf die Schlafqualität der Patienten einzuwirken.

	Sehr gut	Gut	Ohne Veränderung	Schlechter	Gesamt
Schmerzstärke	10	168	35	1	214
Funktionalität	10	193	12	0	215
Lebensqualität	17	192	4		213
Soziale Reintegration	9	138	62	5	214
Schlafqualität	23	175	16	0	214
Sonstiges	8	93	30	1	132

Tabelle 20: Einschätzung des Arbeitserfolgs

## Teil IV: Behandlungsmethoden und –qualität

Das berufsgruppenübergreifende **multimodale Schmerztherapiekonzept**, welches die eng abgestimmte Zusammenarbeit mehrerer Berufsgruppen (z.B. Arzt, Psychotherapeut, Physiotherapeut) impliziert, wird von den Umfrageteilnehmern als das wichtigste Therapiekonzept gesehen (163 bzw. 75,4% der Umfrageteilnehmer erachten es als sehr wichtig). 61,5% der Befragten sind der Meinung, dass das fachübergreifende multidisziplinäre Therapiekonzept sehr wichtig für die Schmerztherapie ist. Über die Hälfte der Umfrageteilnehmer (57,4%) erachtet das medikamentöse und psychotherapeutische Konzept für wichtig oder sehr wichtig.

Einzig die überwiegend **invasiven Schmerztherapiekonzepte** werden von der Mehrheit der Befragten für sehr unwichtig oder unwichtig erachtet (entsprechend 85 und 82 Nennungen, s. auch Tabelle 21).

Therapiekonzept	Relevanz (Skala: 1 = sehr unwichtig bis 5 = sehr wichtig)					
	1	2	3	4	5	Keine Angabe
Monodisziplinär	92	66	35	11	4	8
Fachübergreifend Multidisziplinär	5	10	14	53	133	1
Berufsgruppenübergreifend Multimodal	7	5	7	33	163	1
Überwiegend medikamentös	23	76	93	21	3	0
Überwiegend invasiv	85	82	37	9	3	0
Überwiegend psychotherapeutisch	12	52	96	45	8	3
Medikamentös und invasiv	25	65	82	39	1	4
Medikamentös und psychotherapeutisch	4	20	64	94	30	4
Medikamentös, nvasive und psychotherapeutisch	15	45	49	53	54	0

Tabelle 21: Relevanz der einzelnen Therapiekonzepte

67,1 % der Befragten bieten **Akupunkturleistungen** an (145 Nennungen). Am häufigsten werden Akupunkturleistungen in den KVen Baden-Württemberg (21 Nennungen), Bayern (20 Nennungen) und Sachsen (20 Nennungen) angeboten (s. auch Tabelle 54 im Anhang).

Akupunkturangebot	Häufigkeit	Prozent
Ja	145	67,1%
Nein	65	30,1%
Keine Angabe	6	2,8%
Gesamt	216	100%

Tabelle 22: Akupunkturangebot der Umfrageteilnehmer

% Patienten	Häufigkeit	Prozent
1-10%	83	57,2%
11-20%	24	16,6%
21-30%	15	10,3%
31-40%	1	0,7%
41-50%	4	2,8%
>50%	10	6,9%
Keine Angabe	8	5,5%
Gesamt	145	100%

Tabelle 23: Prozentsatz der Patienten, die Akupunkturleistungen empfangen

57,2 % der Schmerztherapeuten behandeln mit dieser Therapieform maximal 10% ihrer Patienten.

Zahlreiche Umfrageteilnehmer gaben an in der Schmerztherapie **nicht medikamentöse Verfahren** einzusetzen. TENS ist mit 93,5% das am häufigsten genutzte nicht medikamentöse Verfahren, 88% nutzen Entspannungsverfahren. Ungefähr ein Drittel der Befragten nutzen Biofeedback oder setzen osteopathische Maßnahmen ein. Als weitere nicht medikamentöse Verfahren wurden Schröpfen, Physiotherapie, Psychotherapie, Qigong, Yoga oder Atemtherapie angegeben

Verfahren	Häufigkeit	Prozent
Entspannungsverfahren	190	88,0%
Biofeedback	83	38,4%
TENS	202	93,5%
Kunsttherapie	48	22,2%
Osteopathie	68	31,5%
Andere	76	35,2%

Tabelle 24: Andere nicht medikamentöse Verfahren

Die **standardisierte Form der Patientenbefragung mit Erst- und Verlaufsfragebögen** stellt ein gut fassbares Qualitätsmerkmal der schmerztherapeutischen Versorgung dar. Beinahe alle Umfrageteilnehmer (99,5%) nutzen den Schmerzfragebogen im Rahmen des Erstgesprächs. Der Verlaufsbogen wird von 95,8% der Befragten eingesetzt. Über 85% der Umfrageteilnehmer, die diese Instrumente in ihrer therapeutischen Praxis einsetzen, partizipieren gleichzeitig an der Qualitätssicherungsvereinbarung.

Nutzung Schmerzfragebogen	Häufigkeit	Prozent
Ja	215	99,5%
Nein	0	0,0%
Keine Angabe	1	0,5%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 25: Nutzung des Schmerzfragebogens

Nutzung Verlaufsbogen	Häufigkeit	Prozent
Ja	207	95,8%
Nein	9	4,2%
Keine Angabe	0	0,0%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 26: Nutzung des Verlaufsbogens

Auf die Antworten in den Fragebögen wird ein hoher Wert gelegt. Für eine klare Mehrheit der Befragten ist die standardisierte Form der Patientenbefragung wichtig bzw. sehr wichtig (Tabelle 27).

Bedeutung	Häufigkeit	Prozent
1 (sehr unwichtig)	4	1,9%
2	18	8,3%
3	52	24,1%
4	82	38,0%
5 (sehr wichtig)	60	27,8%
Gesamtergebnis	216	100,0%

Tabelle 27: Bedeutung der Patientenantworten

Als weitere standardisierte Dokumentationsverfahren werden **Fragebogen** zur Erkennung der **Depression** und Erfassung der **Lebensqualität** besonders häufig angewandt (jeweils 89,4% und 87,5% der Befragten, Tabelle 28).

Verfahren	Häufigkeit	Prozent
Erkennung Depression	193	89,4%
Beeinflussung der psychosomatischen Situation	160	74,1%
Erfassung Lebensqualität	189	87,5%

Tabelle 28: Sonstige oder psychometrische Verfahren

Die Umfrageteilnehmer behandeln Patienten, die unterschiedliche **Chronifizierungsgrade nach MPSS** aufweisen (Tabelle 29).

Anteil der Patienten	Chronifizierungsgrad I	Chronifizierungsgrad II	Chronifizierungsgrad III
0-20%	111	27	6
20-40%	12	104	22
40-60%	0	24	62
>60%	1	7	88

Tabelle 29: Anteil der Patienten mit Chronifizierungsgraden I – III

Eine entschiedene Mehrheit der Umfrageteilnehmer (88,9%) verfügt über **multimodale Netzwerke** (Tabelle 55 im Anhang). 69 % der befragten Schmerztherapeuten arbeiten mit einem Psychologischen Psychotherapeuten mit der Zusatzqualifikation „**Spezielle Schmerzpsychotherapie**“ zusammen (Tabelle 55 im Anhang).

**Integrierte Versorgungsverträge:** Lediglich 22,7% der Befragten nehmen daran teil, drei Viertel partizipieren nicht an solchen Verträgen (Tabelle 56 im Anhang).

Knapp 70% der Befragten haben **Erfahrungen mit Cannabinoiden**. Gemäß den Umfrageteilnehmern werden Cannabinoide in der Therapie neuropathischer- und Tumorschmerzen, Spastik, Übelkeit und der Appetitlosigkeit bei Palliativpatienten eingesetzt. 94% der Cannabinoide nutzenden

Schmerztherapeuten setzen Dronabinol ein, 59,6% nutzen Sativex, die wenigsten (23,8%) greifen auf Blüten zurück (Tabelle 30).

Substanz	Häufigkeit	Prozent
Dronabinol	142	94,0%
Sativex	90	59,6%
Blüten	36	23,8%

Tabelle 30: Eingesetzte Cannabinoide

122 der Umfrageteilnehmer hatten die Gelegenheit Erfahrungen in der Antragsstellung bei den Krankenkassen für Cannabis zu sammeln. 55 Umfrageteilnehmer gaben an, keine Antragsablehnung von einer Krankenkasse bekommen zu haben, bei 7 wurden alle Anträge abgelehnt (Tabelle 59 im Anhang).

## Teil V: Honorarentwicklung

Hinsichtlich der Honorarentwicklung in der schmerzmedizinischen Versorgung zeigen sich folgende Entwicklungen: **Bei den meisten Leistungserbringern** (50 - 53 %) gab es von 2014-2016 **keine Vergütungsentwicklungen** und sind somit gleich geblieben. 19,9% in 2014, 25% in 2015 und 23,6% in 2016 der in der Schmerz- und Palliativmedizin Tätigen gaben an, dass ihre Honorare in diesen Jahren gestiegen sind. Sinkende Honorare meldeten entsprechend 18,5% der Befragten in 2014, 15,7% in 2015 und 17,6 in 2016.

Honorar-entwicklung	2014		2015		2016	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gestiegen	43	19,9%	54	25,0%	51	23,6%
Gesunken	40	18,5%	34	15,7%	38	17,6%
Gleich geblieben	108	50,0%	110	51,4%	113	52,8%
Keine Angabe	25	11,6%	18	7,9%	14	6,0%
Gesamt	216	100,0%	216	100,0%	216	100,0%

Tabelle 31: Änderungen des Honorars zum Vorjahr

Verglichen mit dem BVSD-Weißbuch 2012 zeigt sich eine leicht verbesserte Einschätzung der gesamten Honorarsituation: In 2012 meldeten die Hälfte der Befragten, dass die Honorare in den letzten drei Jahren (2008-2010) entweder gesunken oder gleich geblieben seien.

Die nachfolgende Tabelle fasst die Einschätzung der Honorarentwicklung durch die Studienteilnehmer aufgeteilt nach ihren Tätigkeitsbereichen zusammen.

Honorarentwicklung		Ambulant & stationär		Ambulant		Stationär	
		Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
2014	Gestiegen	8	18,2%	29	20,3%	6	26,1%
	Gesunken	3	6,8%	34	23,8%	3	13,0%
	Gleich	29	65,9%	69	48,3%	10	43,5%
	K.A.	4	9,1%	11	7,7%	10	43,5%
2015	Gestiegen	10	22,7%	39	27,3%	5	21,7%
	Gesunken	5	11,4%	26	18,2%	3	13,0%
	Gleich	26	59,1%	72	50,3%	12	52,2%
	K.A.	3	6,8%	6	4,2%	9	39,1%
2016	Gestiegen	13	29,5%	31	21,7%	7	30,4%
	Gesunken	6	13,6%	29	20,3%	3	13,0%
	Gleich	23	52,3%	80	55,9%	10	43,5%
	K.A.	2	4,5%	3	2,1%	9	39,1%

Tabelle 32: Einschätzung der Honorarentwicklung nach Tätigkeitsbereich

Nachstehend wird die Einschätzung der **Honorarentwicklung** der **ausschließlich ambulant tätigen Studienteilnehmer** aufgeteilt nach KV Bereich dargestellt.

KV	2014				2015				2016			
	Gestiegen	Gesunken	Gleich geblieben	K. Angabe	Gestiegen	Gesunken	Gleich geblieben	K. Angabe	Gestiegen	Gesunken	Gleich geblieben	K. Angabe
Baden-Württemberg	3	6	8	2	6	3	8	2	3	8	7	1
Bayern	5	1	6		4		8		2		10	
Berlin	1	2	6	3	2	3	6	1	3	1	7	1
Brandenburg	1		5		3		3		4		2	
Hamburg	1	1	2		1	1	2			1	3	
Hessen	1	1	4		2		4		1		5	
Mecklenburg-Vorpommern		3	2		1	2	2		1	1	3	
Niedersachsen	3	3	9	1	2	4	9	1	1	2	12	1
Nordrhein	3	5	2		2	5	3		3	5	2	
Westfalen-Lippe	2	1	5	1	1	1	7		2	5	2	
Rheinland-Pfalz	2	1	1	1	2	1	2		1	1	3	
Saarland			3				3				3	
Sachsen	2	9	10	1	8	6	8		6	5	11	
Sachsen-Anhalt			1				1				1	
Schleswig-Holstein	3	1	1	2	3		2	2	2		5	
Thüringen	2		4		2		4		2		4	
Gesamt	29	34	69	11	39	26	72	6	31	29	80	3

Tabelle 33: Honorarentwicklung nach KVEn (ambulanter Bereich)

54,6% bzw. 118 Umfrageteilnehmer hatten in den letzten 3 Jahren keine **Regressandrohung**. In Regressfällen ging es am häufigsten um Medikamente (insgesamt 94 Nennungen, darunter: Starke Opioide - 51,1%, Antiepileptika – 33%, Antidepressiva – 22,7%). In 50 Regressfällen ging es um Heilmittel. Als andere Gründe der Regressandrohungen wurden TENS, Triptane, nicht beantragtes Off-Label-Use, Lidocain Gelpflaster und Dronabinol genannt.



Regressse	Häufigkeit	Prozent (Regressgründe)
Ja, wegen Medikamenten - Starke Opioide	45	51,1%
Ja, wegen Medikamenten - Antiepileptika	29	33,0%
Ja, wegen Medikamenten – Antidepressiva	20	22,7%
Ja, wegen Heilmitteln	50	56,8%
Andere	9	10,2%
Nein	118	-
Keine Angabe	10	-

Tabelle 34: Regressandrohungen

### **Honorarentwicklung stationäre Schmerztherapie**

Die **multimodale stationäre Schmerztherapie** in Deutschland wird analog zum OPS-Code 8-918 ausgeführt (DIMDI).

#### **Multimodale Schmerztherapie (OPS 8-918)**

Mit einem Kode aus diesem Bereich ist eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin, nach festgelegtem Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung zu kodieren. Die Patienten müssen mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung
- gravierende somatische Begleiterkrankung

Diese Kodes erfordern eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie) oder sonstige übende Therapien.

Die Therapieeinheiten umfassen durchschnittlich 30 Minuten. Diese Kodes umfassen weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment, eine

tägliche ärztliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung

Bei Gruppentherapie ist die Gruppengröße auf maximal 8 Personen begrenzt.

Die Anwendung dieser Codes setzt die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie bei der/dem Verantwortlichen voraus.

OPS-Code	Behandlungstage	Therapieeinheiten	Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren, davon ...
<b>8-918.0</b>	<b>mindestens 7 bis höchstens 13</b>		
.00		bis zu 20	
.01		mindestens 21	weniger als 5
.02		mindestens 21	mehr als 5
<b>8-918.1</b>	<b>mindestens 14 bis höchstens 20</b>		
.10		bis zu 41	
.11		mindestens 42 bis höchstens 55	weniger als 10
.12		mindestens 42 bis höchstens 55	mindestens 10
.13		mindestens 56	weniger als 14
.14		mindestens 56	mindestens 14
<b>8-918.2</b>	<b>mindestens 21</b>		
.20		bis zu 83	
.21		mindestens 84	weniger als 21
.22		mindestens 84	mehr als 21

**Folgende DRG´s werden durch die Durchführung der Multimodalen stationären Schmerztherapie getriggert:**

DRG I42A: Multimodale Schmerztherapie bei **Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe**, mindestens 14 Behandlungstage

DRG I42B: Multimodale Schmerztherapie bei **Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe**, weniger als 14 Behandlungstage

DRG B47A: Multimodale Schmerztherapie bei **Krankheiten und Störungen des Nervensystems**, mindestens 14 Behandlungstage

DRG B47B: Multimodale Schmerztherapie bei **Krankheiten und Störungen des Nervensystems**, weniger als 14 Behandlungstage

DRG U42B: Multimodale Schmerztherapie bei **psychischen Krankheiten und Störungen**, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage

DRG U42C: Multimodale Schmerztherapie bei **psychischen Krankheiten und Störungen**, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage

### Entwicklung der Bewertungsrelationen von 2015- 2018

	B47Z		I42Z		U42Z	
2015	1,256		1,182		krankenhaus-individuell zu vereinbarende Leistung	
	B47A	B47B	I42A	I42B	U42B	U42C
2016	1,557	1,132	1,381	1,063	nicht bewertet, Tagessatz	
2017	1,638	1,203	1,425	1,087	1,938	1,270
2018	1,691	1,209	1,489	1,093	1,916	1,214

### Entwicklung der Erlöse von 2015- 2018

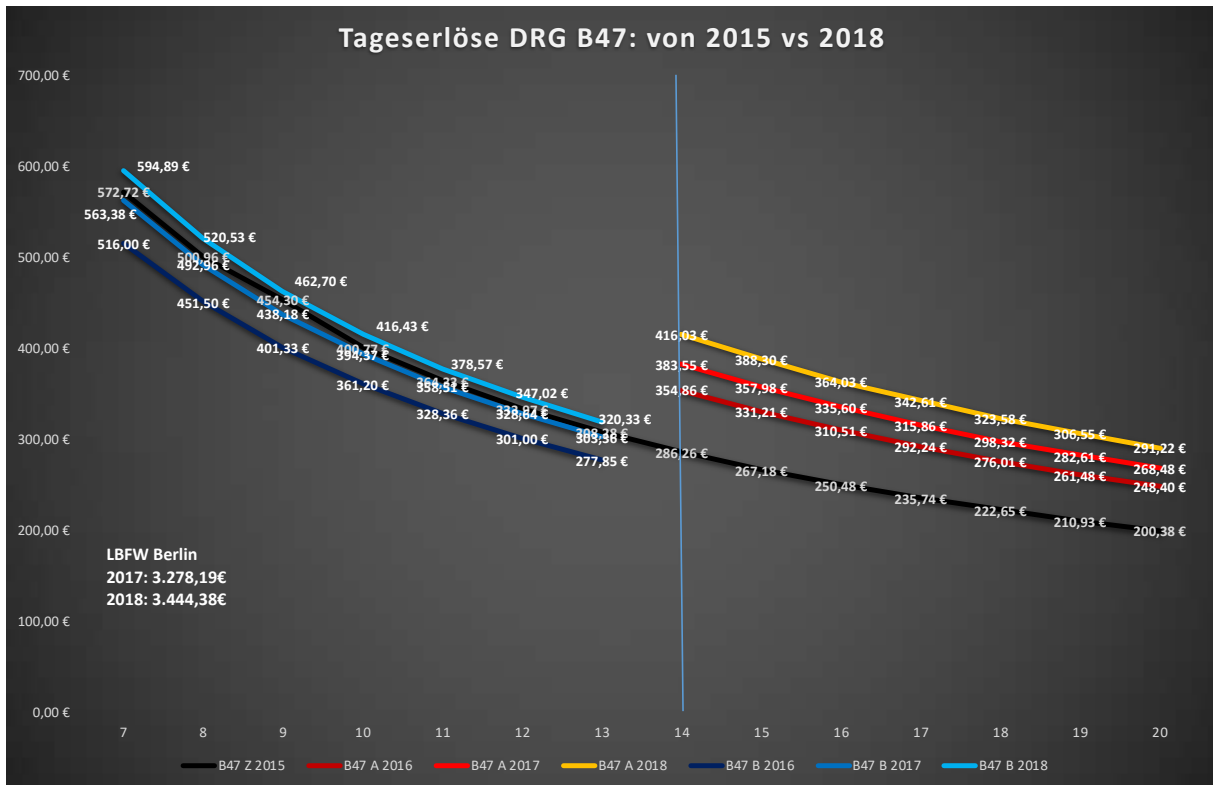
	B47Z		I42Z		U42Z	
2015	4.007,66 €		3.771,54 €		krankenhaus-individuell zu vereinbarende Leistung	
	B47A	B47B	I42A	I42B	U42B	U42C
2016	5.104,14 €	3.710,91 €	4.527,18 €	3.484,72 €	krankenhaus-individuell zu vereinbarende Leistung	
2017	5.488,79 €	4.031,14 €	4.775,05 €	3.642,44 €	6.494,06 €	4.255,66 €
2018	5.833,80 €	4.170,94 €	5.136,92 €	3.770,75 €	6.610,03 €	4.188,19 €

Zur Kalkulation wurden die jeweiligen für das Jahr zutreffenden Landesbasisfallwerte (LBFW) für das Bundesland Berlin angewandt.

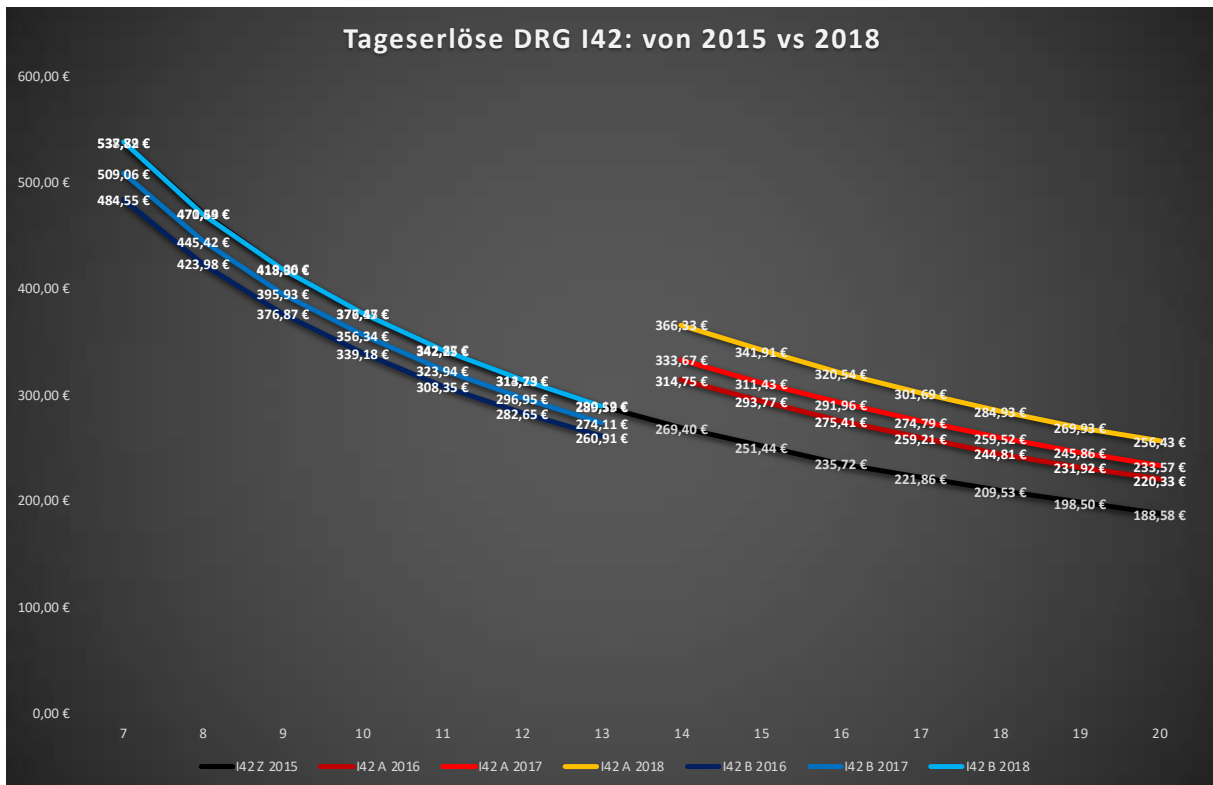
### LBFW Bundesland Berlin von 2015- 2018

2015	3.190,81 €
2016	3.278,19 €
2017	3.350,91 €
2018	3.449,91 €

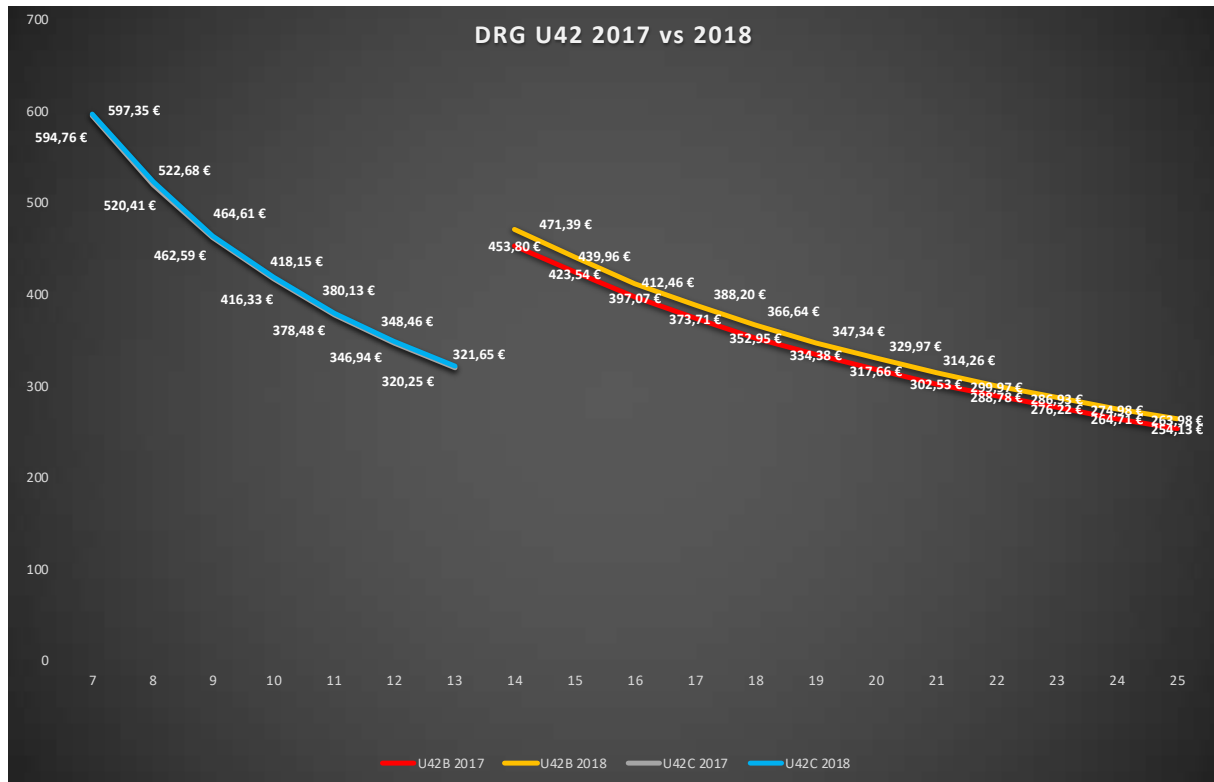
## Abhängigkeit der Tageserlöse von der Behandlungsdauer DRG B47 A und B



## Abhängigkeit der Tageserlöse von der Behandlungsdauer DRG I42 A und B



## Abhängigkeit der Tageserlöse von der Behandlungsdauer DRG U42 B und C



## Teil VI: Stationäre / teilstationäre Schmerztherapie

32,4% der Befragten sind stationär tätig. 90% davon arbeiten vollstationär, 27,1% teilstationär. Nur 8,6% sind in einer Rehaeinrichtung tätig.

Antwort	Häufigkeit	Prozent
Ja	70	32,4%
Nein	141	65,3%
Keine Angabe	5	2,3%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 35: Tätigkeit im stationären Bereich

Tätigkeit	Häufigkeit	Prozent
Rehaeinrichtung	6	8,6%
teilstationär	19	27,1%
vollstationär	63	90,0%

Tabelle 36: Tätigkeitsbereiche im stationären Sektor (Mehrfachnennungen möglich)

32,9 % der stationär tätigen Studienteilnehmer gaben an bis 100 Patienten pro Jahr **vollstationär** zu behandeln. 12 bzw. 17,1 % der stationär tätigen Schmerztherapeuten können über 500 vollstationär behandelte Patienten pro Jahr verzeichnen. Die meisten Umfrageteilnehmer, die Angaben zur Art der Behandlung vollstationärer Patienten getätigt haben, gaben an, 75 bis 100% von ihnen multimodal zu behandeln (Tabelle 37: 16 Angaben, bzw. 22,9% der vollstationär tätigen).

Anz. Pat. Vollstationär	Häufigkeit	Prozent
0 - 100	23	32,9%
100 - 200	7	10,0%
200 - 300	9	12,9%
300 - 500	12	17,1%
> 500	12	17,1%
Keine Angabe	7	10,0%
Gesamt	70	100,0%

Tabelle 37: Anzahl vollstationär behandelter Patienten pro Jahr

Anteil multimodal behandelte Pat. (stationär)	Häufigkeit	Prozent
0 - 50 %	7	10,0%
50 - 75 %	1	1,4%
75 - 100 %	16	22,9%
Keine Angabe	46	65,7%
Gesamt	70	100,0%

Tabelle 38: Anteil Patienten, die multimodal vollstationär behandelt werden pro Jahr

60 % der befragten stationär tätigen Schmerztherapeuten gaben an 0 bis 100 Patienten pro Jahr **teilstationär** zu behandeln. 15,7 % der Studienteilnehmer behandeln zwischen 100 und 300 Patienten teilstationär. Auch in diesem Falle werden die meisten teilstationären Patienten multimodal behandelt.

Anzahl teilstationär behandelte Patienten	Häufigkeit	Prozent
0 - 100	42	60,0%
100 - 200	7	10,0%
200 - 300	4	5,7%
300 - 500	2	2,9%
> 500	0	0,0%
Gesamt	70	100,0%

Tabelle 39: Anzahl teilstationär behandelte Patienten pro Jahr

Anteil multimodal behandelter Pat. (teilstationär)	Häufigkeit	Prozent
0 - 50 %	7	10,0%
50 - 75 %	1	1,4%
75 - 100 %	16	22,9%
Keine Angabe	46	65,7%
Gesamt	70	100,0%

Tabelle 40: Anteil Patienten, die multimodal teilstationär pro Jahr behandelt werden

17,1% aller Studienteilnehmer behandeln bis 300 Patienten pro Jahr im Rahmen einer **Rehaeinrichtung**. Nur knapp 3 % der Befragten gaben an, mehr als 300 Rehapatienten zu behandeln.

Anzahl Rehapatienten	Häufigkeit	Prozent
0 - 300	37	52,9%
300 - 600	3	4,3%
> 1000	3	4,3%
Keine Antwort	27	38,6%
Gesamt	70	100,0%

Tabelle 41: Anzahl der in einer Rehaeinrichtung behandelten Patienten pro Jahr

**MDK-Prüfungen:** Im Falle von 19,4 % der Studienteilnehmer wurden keine Schmerzpatienten durch den **Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK)** überprüft. Rund 20% gaben an, dass bis 50 Patienten, knapp 3 %, dass zwischen 51 und 100 Patienten durch den MDK überprüft wurden.

Anz. durch MDK geprüften Schmerzpatienten	Häufigkeit	Prozent
0	42	19,4%
1-25	39	18,1%
26-50	6	2,8%
51-75	1	0,5%
75-100	5	2,3%
Andere / Keine Antwort	123	56,9%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 42: Anzahl der durch MDK/Krankenkasse geprüften Schmerzpatienten

Bei 21,3 % der Studienteilnehmer wurde kein Patient durch den MDK oder die Krankenkasse **negativ begutachtet**. Ca. 5 % waren von einer negativen Begutachtung betroffen.

Anz. negativ begutachteter Patienten	Häufigkeit	Prozent
0	46	21,3%
0 - 50	10	4,6%
51 - 100	2	0,9%
Andere / Keine Antwort	158	73,1%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 43: Anzahl der durch MDK negativ begutachteten Schmerzpatienten

Die Anzahl der **Klagen vor den Sozialgerichten** hält sich in Grenzen. 37% der Umfrageteilnehmer meldeten, in den letzten drei Jahren nicht gegen den MDK geklagt zu haben. 11,1% klagten in bis zu 50 Fällen, bei 2,3% der Umfrageteilnehmer betraf es zwischen 51 und 100 Fälle.

Anz. Klagen vor den Sozialgerichten	Häufigkeit	Prozent
0	80	37,0%
0 - 50	24	11,1%
51 - 100	5	2,3%
Andere / Keine Antwort	107	49,5%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 44: Anzahl der Klagen vor Sozialgerichten

## Teil VII: Weiterbildung

Das breite Spektrum an Erkrankungen mit chronischen Schmerzen setzt eine umfassende Weiterbildung der Schmerztherapeuten voraus. Knapp 70% der Befragten besitzen eine Weiterbildungsbefugnis, die meisten von ihnen (54,2% aller Umfrageteilnehmer) für die Dauer von 12 Monaten. Bundesweit betrachtet sind die Schmerztherapeuten mit dieser **Weiterbildungsbefugnis** ungleich verteilt. In Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe praktizieren insgesamt 65 Schmerztherapeuten mit einer 12-monatigen Weiterbildungsbefugnis (entsprechend 15, 13, 14, 11 und 12 Schmerztherapeuten). In Bremen und Sachsen-Anhalt gab jeweils nur einer der Befragten an, eine Weiterbildungsbefugnis zu besitzen (in beiden Fällen sind es Schmerztherapeuten mit einer 12-monatigen Weiterbildungsbefugnis) (Tabelle 65 im Anhang).



Weiterbildungsbefugnis	Häufigkeit	Prozent
Ja, für 12 Monate	117	54,2%
Ja, für 6 Monate	29	13,4%
Ja, für 9 Monate	3	1,4%
Nein	65	30,1%
Keine Angabe	2	0,9%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 45: Weiterbildungsbefugnis

52 von 98 Befragten, die sich dazu äußerten, gaben bei fehlender eigener Weiterbildungsbefugnis eine Kooperation mit anderen Ärzten mit Weiterbildungsbefugnis an.

Kooperation	Häufigkeit	Prozent
Ja	52	24,1%
Nein	46	21,3%
Keine Angabe	118	54,6%
Gesamtergebnis	216	100,0%

Tabelle 46: Kooperation / Weiterbildungsbefugnis

## Teil VIII: Zukunft

Die **Etablierung vernetzter Versorgungsstrukturen** ist laut der Umfrageteilnehmer von erheblicher Relevanz für eine langfristige und effiziente Sicherstellung schmerzmedizinischer Versorgung. Als Beispiele der Vernetzung wurden die Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors, Aufbau multimodaler Therapiekonzepte im ambulanten Bereich oder die Entwicklung interdisziplinärer Netzwerke erwähnt. Drohende Regressforderungen und Fallzahlbegrenzungen hemmen die Weiterentwicklung der Schmerzmedizin und senken die Attraktivität dieses Tätigkeitsbereiches.

Die **Nachwuchssituation** in der Schmerztherapie wird von zahlreichen Umfrageteilnehmern als problematisch empfunden. Als fundamental für ihre Zukunft empfinden die Befragten die Verankerung von schmerztherapeutischen Ansätzen in der ärztlichen **Ausbildung**. Schmerzmedizinische Ausbildung sollte, analog zur Allgemeinmedizin, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gefördert werden, so die Befragten.

35 Umfrageteilnehmer vertreten die Meinung, dass die **Honorare** in der Schmerztherapie angehoben werden müssen. Hinsichtlich der Vorstellungen zur beruflichen Zukunft erwarten ca. 25% der Befragten keine Entwicklung zum Positiven, 10,2% rechnen mit negativen Entwicklungen. 13,9%

gaben an, innerhalb der nächsten Jahre in den Ruhestand zu gehen und bereits Nachfolger für ihre derzeitige Stelle zu suchen.

Berufliche Zukunft	Häufigkeit	Prozent
Negativ	22	10,2%
Alles bleibt wie bisher	29	13,4%
Positiv	19	8,8%
Renteneintritt absehbar	30	13,9%
Ausbau bisheriger Tätigkeit	9	4,2%
Ausbau durch Vernetzung, Multimodalität	34	15,7%
anderer Grund	42	19,4%
Ungewiss	3	1,4%
Keine Angabe	28	13,0%
Gesamt	216	100%

Tabelle 47: Berufliche Zukunft

Ca. 20% der Befragten beabsichtigen ihre bisherige Tätigkeit auszubauen. Die Mehrheit davon plant den Ausbau im Rahmen vernetzter und/oder multimodaler Strukturen zu vollziehen, was erneut die Bedeutung dieser betont.

## Fazit

Experten weisen seit Jahren auf **massive Defizite in der Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen** hin und fordern die Gemeinsame Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenversicherung zum Handeln auf. Diese hat es bislang nicht geschafft, geeignete Verbesserungsmaßnahmen zu ergreifen, obwohl ein dringender Handlungsbedarf auch von Seiten aller Fraktionen im Deutschen Bundestag mehrfach bestätigt wurde. Unnötige und kostenintensive Diagnostik, Behandlungen und Operationen sind die Folgen der teilweise zudem bestehen schmerzmedizinischen Fehlversorgung. Von ca. **3,4 Millionen Patienten mit schweren und hochproblematischen chronischen Schmerzen mit psychischen Beeinträchtigungen** (Quelle: Bundesversicherungsamt, 2015) kann heute - auch aufgrund der wegen des höheren Zeitaufwandes medizinisch sinnvollen Fallzahlbegrenzung (300-400 Pat. im Quartal) - nur ein sehr geringer Teil dieser Patienten von einem der **1.206 ambulant tätigen Schmerzspezialisten, die an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) teilnehmen** (Stand: 12/2016), versorgt werden. Lediglich ca. **380 von ihnen betreuen ausschließlich Schmerzpatienten**.

Vor einer **Zuspitzung** der bereits in weiten Teilen Deutschlands **existierenden Unterversorgung** von Patienten mit chronischen Schmerzen warnt der Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD) seit langer Zeit.

Insbesondere das für fast alle ärztlichen Fachgruppen betreffende **Nachwuchsproblem** wirkt sich für die schmerzmedizinische Versorgung in besonderem Maße aus. **In fünf Jahren stehen 54 Prozent der heute ambulant tätigen Schmerzmediziner vor dem Ruhestand**, wie BVSD-Daten (Stand: 2019) unabhängig von dieser Publikation, ergeben. Im Durchschnitt sind Ärzte 54,1 Jahre alt (KBV, 2017). Das durchschnittliche Alter von Schmerzärzten hingegen beträgt 56,9 Jahre.

Die **Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten** wurde vom **Erweiterten Bewertungsausschuss** zuletzt im Jahr 2009 als **besonders förderungswürdige Leistung** eingestuft, doch bislang ohne nachhaltige Effekte. Es gibt zu wenige Schmerzärzte, keine Bedarfsplanung und der Nachwuchs fehlt.

**Schmerzen als Volkskrankheit** nehmen einen Spitzenplatz bei den Krankheitsfehltagen und bei den Neuzugängen der Erwerbsunfähigkeit ein. Der **volkswirtschaftliche Schaden**, der durch chronische Schmerzen verursacht wird, ist nach Angaben der Bundesregierung (2013) hoch: zwischen **20,5 und knapp 29 Milliarden Euro**, bezogen auf Kosten für Behandlung, Medikamente und Rehabilitation sowie indirekte Kosten durch vorzeitige Verrentung oder Arbeitsunfähigkeit.

Zwischen den ersten Symptomen einer chronischen Schmerzerkrankung und dem **Beginn von qualifizierten schmerztherapeutischen Maßnahmen liegen im Bundesdurchschnitt 4 Jahre** (BVSD-Weißbuch Schmerzmedizin, 2012, 2018). Das Gesundheitssystem in Deutschland ist nicht auf diesen Bedarf ausgerichtet. Es existieren **zu wenig Schmerzmediziner**, um den Versorgungsbedarf zu decken. Die Schmerzmedizin in Deutschland steht zudem vor einem akuten Nachwuchsproblem: In sechs Jahren werden etwa zwei Drittel der heute ambulant tätigen Schmerzmediziner in den Ruhestand gehen. Die andauernden Unsicherheiten der Honorarsituation verschärfen diese Problematik zusätzlich, weil somit wenige Anreize für niedergelassene Ärzte bestehen, sich für Schmerzpatienten zu engagieren. Aufgrund der in der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie der KBV vorgegebenen **Fallzahllimitierung und der Begrenzung der Fallzahlen können nur max. 300 – 400 Fälle je Arzt im Quartal** versorgt werden. Dies dient der Therapiequalität, ist dem hohen zeitlichen Aufwand geschuldet und sollte auch nicht verändert werden.

Vorschläge für eine Verbesserung der Versorgungssituation liegen nach Meinung des BVSD seit langem auf dem Tisch. Nötig sind **strukturelle Veränderungen**, um die unterschiedlichen Versorgungsebenen stärker zu verbinden und die in vielen KV-Bereichen existierende **Vergütungsproblematik** spezieller schmerztherapeutischer Leistungen zu lösen. Immer wieder wird die Schmerzmedizin zum **Spielball politischer Verteilungskämpfe von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen**. Die Besonderheiten, unter denen ambulante Schmerztherapie erbracht wird, müssen zukünftig stärker berücksichtigt werden, so die Forderungen des BVSD. Der BVSD fordert zudem die Einführung des Facharztes Schmerzmedizin. Auch wenn der Ärztetag 2014

keine positiven Signale in Richtung Facharzt Schmerzmedizin setzte, sieht der BVSD weiter seine Notwendigkeit, um die schmerzmedizinische Versorgung strukturell zu verbessern. Die BVSD-Delegiertenversammlung fordert den Gemeinsamen Bundesausschuss auf, **Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie** zu schaffen, die dazu führen, dass die Zulassungsausschüsse bei der Neubesetzung von Arztsitzen mit Versorgungsschwerpunkten in Schmerztherapie oder Palliativmedizin diese wieder gezielt an Ärzte vergeben, die ebenfalls an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (QSV) der KBV teilnehmen. Mit einer neuen Nachfolgerregelung soll ein weiteres Ausdünnen der qualitätsgesicherten schmerzmedizinischen Versorgungslandschaft verhindert werden. Hierbei ist weiterhin zu berücksichtigen, dass die neuen Regelungen in der Bedarfsplanungs-Richtlinie Planungssicherheit für QSV-Teilnehmer bieten und Anreize schaffen, dass künftig mehr Ärzte eine Weiterbildung in Spezieller Schmerztherapie absolvieren, um an der QSV teilnehmen zu können.

Das Gesundheitswesen stößt im Falle der schmerzmedizinischen Versorgung an Systemgrenzen. Dies liegt u.a. an der EBM-Architektur, die Honorare den jeweiligen Fachgebieten zugeordnet. Da die Schmerzmedizin jedoch kein eigenes Fachgebiet ist, sondern "typisches Querschnittsfach", müsste bei einer notwendigen Honorar-Umverteilung pauschaliertes Geld für die Schmerztherapie anderen Fachgruppen entzogen werden, so die Argumentation der KBV. Einziger Ausweg wäre eine **Ausdeckelung der Honorare für schmerztherapeutische Leistungen**. Der BVSD fordert mit der Herauslösung des **EBM-Kapitels 30.7.1 aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung** eine **bundeseinheitliche Honorierung** für die Teilnehmer an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V. Somit wäre ein **Schutzraum für die Schmerzmedizin** geschaffen.

Anmerkung: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat im Mai 2019 die Anforderungen für das Disease-Management-Programm (DMP) Rückenschmerz beschlossen. Hierbei sind ambulant tätige Vertragsärzte und Krankenhäuser über ihre Angebote einer multimodalen Schmerztherapie in das therapeutische Regime mit eingebunden. Zudem haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Kassenärztliche Vereinigungen und der Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. eine neue **Vereinbarung zur multimodalen Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung** erarbeitet (Mai 2019).

## Anhang

### Teil I: Berufsgruppe

Frage 1: Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?

KV	Berufsgruppe		Gesamt
	Arzt	Psychologischer Psychotherapeut	
KV Baden-Württemberg	23	1	24
KV Bayern	28	1	29
KV Berlin	14	1	15
KV Brandenburg	9		9
KV Bremen	1		1
KV Hamburg	6		6
KV Hessen	8		8
KV Mecklenburg-Vorpommern	6		6
KV Niedersachsen	19		19
KV Nordrhein	15		15
KV Rheinland-Pfalz	5		5
KV Saarland	6		6
KV Sachsen	23	1	24
KV Sachsen-Anhalt	2		2
KV Schleswig-Holstein	13		13
KV Thüringen	10		10
KV Westfalen-Lippe	18		18
Keine Angabe	6		6
Gesamtergebnis	212	4	216

Tabelle 48: Verteilung Berufsgruppe nach KV-Bereichen

Frage 2: (Nur für Ärzte): Welche Fachrichtung vertreten Sie? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 5.

Frage 3: Wie ist Ihr derzeitiges Beschäftigungsverhältnis? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 6.

## Teil II: Schmerzmedizin

Frage 4: Welcher KV gehören Sie an? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 4.

Frage 5: Nehmen Sie an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (nach § 135 Abs. 2 SGB V) teil?

KV	Teilnahme QSV			Gesamt
	Ja	Nein	K/A	
KV Baden-Württemberg	23	1		24
KV Bayern	23	6		29
KV Berlin	9	5	1	15
KV Brandenburg	8		1	9
KV Bremen	1			1
KV Hamburg	5		1	6
KV Hessen	8			8
KV Mecklenburg-Vorpommern	5	1		6
KV Niedersachsen	19			19
KV Nordrhein	14	1		15
KV Rheinland-Pfalz	5			5
KV Saarland	6			6
KV Sachsen	24			24
KV Sachsen-Anhalt	2			2
KV Schleswig-Holstein	13			13
KV Thüringen	9	1		10
KV Westfalen-Lippe	15	2	1	18
K/A	1	2	3	6
Gesamt	190	19	7	216

Tabelle 49: Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung nach KV.

Tabelle 49: Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie der Umfrageteilnehmer

Frage 6: Wie kodieren Sie Schmerzpatienten? (Mehrfachnennung möglich)

Kodierung	Häufigkeit
F45.41	205
R52.2	136
Sonstiges	22

Tabelle 50: Kodierung chronischer Schmerzen

Frage 7: Falls Sie von der Fallzahlbegrenzung BETROFFEN SIND, wie viele Schmerzpatienten behandeln Sie im Quartal?

S. Tabelle 10.

Frage 8: Sie sind als Ärztin/Arzt tätig...

S. Tabelle 8.

Frage 9: Falls Sie von der Fallzahlbegrenzung NICHT BETROFFEN SIND, wie viele Schmerzpatienten behandeln Sie im Quartal?

S. Tabelle 11.

### **Teil III: Patienten**

Frage 10: Wie viele Neuaufnahmen (chron. Schmerzpatienten) pro Quartal haben Sie?

S. Tabelle 13.

Frage 11: Welche Schmerzen behandeln Sie in Ihrer Einrichtung? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 14.

Frage 12: Zu welchem Prozentsatz behandeln Sie die in Frage 11. genannten Schmerzen? (Bitte Schmerzart und Prozentsatz angeben, z.B. Tumorschmerzen 20% etc.)

S. Tabelle 15.

Frage 13: Wie lange ist die Wartezeit Ihrer schmerzmedizinischen Einrichtung zwischen dem Erstkontakt mit dem chronischen Schmerzpatienten und einem ersten Termin? (geschlossene Antwortmöglichkeiten)

S. Tabelle 16.

Frage 13a. Wie lange ist die Wartezeit Ihrer schmerzmedizinischen Einrichtung zwischen dem Erstkontakt mit dem chronischen Schmerzpatienten und einem ersten Termin? (offene Antwortmöglichkeiten)

S. Tabelle 16

Frage 14: Weisen Sie Patienten wegen einem Aufnahmestopp ganz ab? Wenn ja, wie viele Patienten pro Quartal?

Antwort	Häufigkeit
Ja	34
Nein	163
K. A.	19

Tabelle 51: Anzahl der Patientenabweisungen

Frage 15: Wie hoch ist das durchschnittliche Alter Ihrer chronischen Schmerzpatienten? (in Jahren)

S. Tabelle 12.

Frage 16: Wie lang ist der durchschnittliche Zeitraum zwischen den ersten Symptomen einer chronischen Schmerzkrankheit und dem Beginn Ihrer schmerztherapeutischen Maßnahmen bei Ihren Patienten? (Angabe in Tage, Monate oder Jahre, z.B. 15 Tage, 3 Monate oder 5 Jahre)

S. Tabelle 17.

Frage 17. Wie schätzen Sie den Erfolg Ihrer Arbeit ein? Ihren Patienten geht es durch Ihre therapeutischen Maßnahmen durchschnittlich hinsichtlich:

S. Tabelle 19.

Frage 18: Nutzen Sie zur Erfolgskontrolle Ihrer Arbeit einen Verlaufsbogen?

S. Tabelle 25.



Frage 19. Wie messen Sie die Qualität Ihrer Arbeit?

Antwort	Häufigkeit	Prozent
Deutscher Schmerzfragebogen	28	13,9%
Schmerztagebuch	8	4,0%
Verlaufskontrolle/Verlaufsfragebogen	37	18,3%
Gespräche mit Patienten	20	9,9%
Pain detect	23	11,4%
iDoc live	7	3,5%
Andere	79	39,1%
Gesamt	202	100%

Tabelle 52: Messung der Qualität der Arbeit

#### Teil IV: Behandlungsmethoden und -qualität

Frage 20. Welche Bedeutung haben folgende Therapiekonzepte für Sie? (Skala von 1 = "sehr unwichtig" bis 5 = "sehr wichtig").

S. Tabelle 20.

Frage 21 a: Welche dieser 6 (bildgestützten) invasiven Verfahren nutzen Sie in Ihrer Therapiearbeit? (Mehrfachnennung möglich)

Verfahren	Häufigkeit	Prozent
Sympathikusblockaden: cervikal	126	58,3%
Sympathikusblockaden: thorakal	57	26,4%
Sympathikusblockaden: lumbal	94	43,5%
Nervenwurzelblockaden	115	53,2%
Regionalanalgetische Verfahren: PDA	122	56,5%
Regionalanalgetische Verfahren: Periphere Blockaden	125	57,9%
Keine Angabe	34	15,7%

Tabelle 53: Nutzung bildgestützter invasiver Verfahren

Frage 21b: Welche dieser invasiven Verfahren nutzen Sie in Ihrer Therapiearbeit? (Mehrfachnennung möglich)

Antwort	Häufigkeit	Prozent
Facettenblockaden	161	74,5%
Therapeutische Lokalanästhesie	197	91,2%
Trigeminus- oder Sphenoplatatinumblockade	114	52,8%
Keine Antwort	12	5,6%

Tabelle 54: Nutzung invasiver Verfahren in der Therapiearbeit

Frage 21c: Nutzen Sie noch sonstige andere invasive Verfahren in Ihrer Therapiearbeit? Welche?

Verfahren	Häufigkeit	Prozent
Akupunktur	8	3,7%
GLOA	21	9,7%
SCS	12	5,6%
Triggerpunktfiltration	4	1,9%
Intravenöse Lokalanästhesie	6	2,8%
PDA	5	2,3%
Plexusanästhesie	6	2,8%
Neuraltherapie	4	1,9%
Andere	9	4,2%
IVG	4	1,9%
Neuromodulation	3	1,4%
Andere	23	10,6%
Keine	9	4,2%
Keine Antwort	102	47,2%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 55: Andere invasive Verfahren in der Therapiearbeit

Frage 22: Welche medikamentösen Verfahren nutzen Sie in Ihrer Therapiearbeit? (Mehrfachnennung möglich)

Antwort	Häufigkeit	Prozent
Überwiegend Stufe 1 WHO Stufenschema	79	36,6%
Überwiegend Stufe 2 WHO Stufenschema	111	51,4%
Überwiegend Stufe 3 WHO Stufenschema	140	64,8%
Koanalgetika	203	94,0%
Topische Verfahren: Versatis	184	85,2%
Topische Verfahren: Qutenza	157	72,7%
Botulinumtoxin	35	16,2%
Kurzwirksame Opioide	64	29,6%

Tabelle 56: Medikamentöse Verfahren in der Therapiearbeit

Frage 23: Welche Koanalgetika setzen Sie in Ihrer Therapie ein?

Antwort	Häufigkeit	Prozent
Antidepressiva	93	43,1%
Antikonvulsiva	44	20,4%
Gabapentin	38	17,6%
Pregabalin	26	12,0%
Antiepileptika	25	11,6%
Amitriptylin	14	6,5%
TZA	13	6,0%
TCA	9	4,2%
Neuroleptika	5	2,3%
Keine Antwort	29	13,4%

Tabelle 57: Eingesetzte Koanalgetika

Frage 24: Bieten Sie Akupunkturleistungen an?

S. Tabelle 21.

Frage 25: Bei wie viel Prozent Ihrer Patienten führen Sie Akupunktur durch?

S. Tabelle 22.

Frage 26: Welche nicht medikamentösen schmerztherapeutischen Verfahren setzen Sie ein?  
(Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 23.

Frage 27: Nutzen Sie die eingesetzten Schmerzfragebogen im Rahmen des Erstgesprächs?

S. Tabelle 24.

Frage 28: Nutzen Sie einen Verlaufsfragebogen?

S. Tabelle 25.

Frage 29. Von welcher Bedeutung sind für Sie die Patientenantworten der eingesetzten Fragebogen für Ihre schmerztherapeutischen Entscheidungen?

S. Tabelle 26.

Frage 30: Welche sonstigen Verfahren oder psychometrische Verfahren nutzen Sie?  
(Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 27.

Frage 31: Welcher Anteil Ihrer Patienten hat welchen Chronifizierungsgrad nach MPSS? (Angabe in %, z.B. Chronifizierungsgrad I: 20%, Chronifizierungsgrad II: 80% etc.)

S. Tabelle 28.

Frage 32: Verfügen Sie über multimodale Netzwerke?

Multimodale Netzwerke	Häufigkeit	Prozent
Ja	192	88,9%
Nein	23	10,6%
K. Angabe	1	0,5%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 58: Verfügbarkeit multimodaler Netzwerke

Frage 33. Nehmen Sie an einem integrierten Versorgungsvertrag teil?

Teilnahme an integrierter Versorgung	Häufigkeit	Prozent
Ja	49	22,7%
Nein	164	75,9%
K. Angabe	3	1,4%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 59: Teilnahme an integrierter Versorgung

Frage 34. Arbeiten Sie mit einem Psychologen mit Qualifikation „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ zusammen?

Zusammenarbeit mit Psychologen	Häufigkeit	Prozent
Ja	149	69,0%
Nein	64	29,6%
K. Angabe	3	1,4%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 60: Zusammenarbeit mit Psychologen „Spezielle Schmerzpsychotherapie“

Frage 35: Haben Sie therapeutische Erfahrungen mit Cannabinoiden? (Wenn nein, weiter mit Frage 39)

Erfahrungen mit Cannabinoiden	Häufigkeit	Prozent
Ja	151	69,9%
Nein	63	29,2%
K. Angabe	2	0,9%
Gesamt	216	100,0%

Tabelle 61: Erfahrungen mit Cannabinoiden

Frage 36: Wenn ja: welche Substanzen setzen Sie ein? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 29.

Frage 37: Für welche Indikationen setzen Sie Cannabis ein?

Indikation	Häufigkeit	Prozent
MS	28	13%
Spastik	29	13%
Tumorschmerzen	24	11%
Neuropathie	29	13%
Chronische Schmerzen	8	4%
Palliativmedizin	14	6%
Andere	25	12%
K. Angabe	59	27%
Gesamt	216	100%

Tabelle 62: Einsatz von Cannabinoiden

Frage 38. Haben Sie Erfahrungen in der Antragsstellung bei den Krankenkassen für Cannabis?

Antwort	Häufigkeit	Prozent
Ja	99	46%
Nein	42	19%
Eher wenig	14	6%
Andere	15	7%
K. Angabe	46	21%
Gesamt	216	100%

Tabelle 63: Erfahrungen in der Antragsstellung für Cannabis

Frage 39: Wie viele Anträge wurden bisher abgelehnt?

Zahl abgelehnter Anträge	Häufigkeit
0	55
1	8
2	12
3	9
4	4
5	1
6	2
8	2
15	1
20	1
30	1
5%	1
10%	1
20%	1
30%	1
50%	4
alle	7
K. Angabe	27

Tabelle 64: Zahl abgelehnter Anträge auf Cannabis

#### Teil V: Honorar

Frage 40: Wie hat sich Ihr Honorar in den letzten 3 Jahren, jeweils im Vergleich zum Vorjahr, verändert? (Hinweis: Bitte nur eine Angabe pro Jahr!)

S. Tabelle 30.

Frage 41: Hatten Sie in den letzten 3 Jahren eine Regressandrohung? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 33.

#### Teil VI: Stationäre/teilstationäre Schmerztherapie

Frage 42: Sind Sie im stationären Sektor tätig? (Falls nein, bitte weiter mit Frage 46.)

S. Tabelle 34.

Frage 42a: In welchem schmerzmedizinischen Bereich sind Sie im stationären Sektor tätig?  
(Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 35.

Frage 43: Wie viele Schmerzpatienten behandeln Sie durchschnittlich pro Jahr vollstationär? Wie viele davon multimodal nach OPS-Katalog 8-918 (in%)?

S. Tabelle 36. und 37.

Frage 44: Wie viele Schmerzpatienten behandeln Sie durchschnittlich pro Jahr teilstationär? Wie viele davon multimodal nach OPS-Katalog 8-91c (in Prozent)?

S. Tabelle 38. und 39.

Frage 45: Wie viele Schmerzpatienten behandeln Sie durchschnittlich pro Jahr in einer Reha-einrichtung?

S. Tabelle 40.

Frage 46: Wie viele Ihrer Schmerzpatienten wurden in den Jahren 2014, 2015 und 2016 pro Jahr seitens der Krankenkassen/MDK geprüft?

S. Tabelle 41.

Frage 47: Wie viele Ihrer Schmerzpatienten wurden in den Jahren 2014, 2015 und 2016 seitens der Krankenkassen/MDK negativ begutachtet?

S. Tabelle 42.

Frage 48: Wie viele Klagen vor den Sozialgerichten erfolgten in den Jahren 2014, 2015 und 2016 aufgrund einer negativen Begutachtung Ihrer Schmerzpatienten seitens der Krankenkassen/MDK?

S. Tabelle 43.



## Teil VII: Weiterbildung

Frage 49: Besitzen Sie eine schmerztherapeutische Weiterbildungsbefugnis?

KV-Bezirk	Ja, für 12 Monate	Ja, für 6 Monate	Ja, für 9 Monate	Nein	K. Angabe
KV Baden-Württemberg	15	2		7	
KV Bayern	13	6		9	
KV Berlin	6	5		3	1
KV Brandenburg	8			1	
KV Bremen	1				
KV Hamburg	3			3	
KV Hessen	5			3	
KV Mecklenburg-Vorpommern	1	3	2		
KV Niedersachsen	14	1		4	
KV Nordrhein	8	2		5	
KV Rheinland-Pfalz	1	1		3	
KV Saarland	5			1	
KV Sachsen	8	3		14	
KV Sachsen-Anhalt	1			1	
KV Schleswig-Holstein	11	2			
KV Thüringen	1	3		5	
KV Westfalen-Lippe	12	1	1	4	1
K. Angabe	3			3	
Gesamt	117	29	3	65	2

Tabelle 65: Weiterbildungsbefugnis

S. auch Tabelle 44.

Frage 50: Wenn Sie keine schmerztherapeutische Weiterbildungsbefugnis besitzen, kooperieren Sie mit anderen Ärzten, die diese Weiterbildung anbieten?

S. Tabelle 45.

## Teil VIII: Zukunft

Frage 51: Wie könnte Ihrer Meinung nach die schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland langfristig sichergestellt werden?

Antwort	Häufigkeit	Prozent
Etablierung vernetzter, multimodaler Versorgungsstrukturen	45	20,8%
Verbesserung der Nachwuchssituation	45	20,8%
Anhebung der Honorare	52	24,1%
Einführung der Fachrichtung "Schmerzmedizin"	25	11,6%
Andere	33	15,3%

Tabelle 66: Sicherstellung schmerzmedizinischer Versorgung

Frage 52: Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft in der Schmerzmedizin vor?

S. Tabelle 46.

### Teil IX: Demografische Daten

Frage 53: Ihr Geschlecht

S. Tabelle 1.

Frage 54: Ihr Alter

KV	Alter					Gesamt
	< 40	42-50	51-60	>60	K. A.	
KV Baden-Württemberg		1	16	7		24
KV Bayern		6	15	8		29
KV Berlin	1	3	8	3		15
KV Brandenburg		0	3	6		9
KV Bremen		0	0	1		1
KV Hamburg		2	3	1		6
KV Hessen		4	3	1		8
KV Mecklenburg-Vorpommern		0	5	1		6
KV Niedersachsen		4	12	3		19
KV Nordrhein		4	9	2		15
KV Rheinland-Pfalz		0	2	3		5
KV Saarland		3	3	0		6
KV Sachsen		5	19	0		24
KV Sachsen-Anhalt		1	1	0		2
KV Schleswig-Holstein		0	12	1		13
KV Thüringen		3	3	4		10
KV Westfalen-Lippe	1	6	7	4		18
K.A.		1	2	1	2	6
Gesamt	2	43	123	46	2	216

Tabelle 67: Verteilung der Altersgruppen in KVen

Frage 55: Ihre Postleitzahl

S. Tabelle 4.

## Impressum

### Herausgeber

Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten  
in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)

Katharinenstr. 8  
10711 Berlin  
Tel. 030 / 2 88 67 260  
Fax 030 / 2 88 67 261  
bgst@bvsd.de  
www.bvsd.de

### Redaktion

Prof. Dr. Dr. Joachim Nadstawek, Dr. Jürgen Bachmann, Wolfgang Straßmeir

### Stand

Mai 2019

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beiderlei Geschlecht.