

BVSD-Weißbuch Schmerzmedizin 2024

Inhalt

Einleitung	2
Teil I: Demografie und Berufsgruppen	4
Teil II: Ambulante Schmerzmedizin	10
Teil III: Patienten	15
Teil IV: Behandlungsmethoden und -qualität	21
Teil V: Honorarentwicklung – ambulante Versorgung	30
Teil VI: Stationäre/teilstationäre Schmerztherapie	31
Teil VII: Weiterbildung	39
Teil VIII: Zukunft	40
Fazit	44
Anhang	46
Impressum	55

Einleitung

Chronische Schmerzen können jeden treffen. Etwa 23 Millionen Deutsche, 28 Prozent der Gesamtbevölkerung, haben in einer bundesweiten Umfrage von chronischen Schmerzen, in vielen Fällen mit psychosozialen und funktionellen Beeinträchtigungen, berichtet (Häuser et al.: DER SCHMERZ, 2014). Rund 4 Millionen dieser Patienten leiden an schweren und hochproblematischen chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen mit psychischen Beeinträchtigungen (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2019). Von diesen 4 Millionen Patienten können heute in Deutschland nur etwa 420.000 Patienten von einem der rund 1.400 ambulant tätigen Schmerzmedizinern (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Qualitätsbericht 2023) im Quartal schmerzmedizinisch versorgt werden. Ähnliche Zahlen stellte die Barmer GEK 2016 fest: 3,25 Millionen Patienten leiden nach Angaben des Barmer GEK-Arztreports 2016 in Deutschland an chronischen Schmerzen.

Diese Patienten benötigen in der Regel eine spezielle Schmerztherapie, in der interdisziplinäre Teams aus verschiedenen Professionen komplexe Therapieziele durch die strukturierte Kombination mehrerer Verfahren und Methoden verfolgen: die sog. interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie. Eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie kann aktuell jedoch nur stationär bzw. teilstationär in rund 450 Krankenhäusern durchgeführt werden (OPS 8-918: Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie, mindestens 7-tägige 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, OPS 8-91c: Teilstationäre interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie) (Oberender, 2020).

Diese komplexe Aufgabenstellung hat die Therapie chronischer Schmerzen mit anderen medizinischen Problemstellungen gemein. So nennt der OPS-Katalog unter anderem auch geriatrische, rheumatologische und pädiatrische Komplexbehandlungen. Die professionelle Ausdifferenzierung der Medizin lässt sich durch die Fachgebiete der Weiterbildungsordnung allein nicht mehr zwanglos abbilden und erfordert eine strukturelle Zusammenführung von Kompetenz.

Im ambulanten Bereich ist eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie nicht in der vertragsärztlichen Versorgung vorgesehen, denn im Gegensatz zu Geriatrie, Rheumatologie und Pädiatrie existiert in Deutschland kein Facharzt für Schmerzmedizin und damit keine schmerzmedizinische Bedarfsplanung. Bei den Anpassungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie 2019 sprach sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gegen eine Subspezialisierung bzw. Unterquote von Schmerzmedizinern aus.

Das Durchschnittsalter von Schmerzmedizinern liegt mehr als vier Jahre höher als der Altersdurchschnitt aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. In fünf Jahren stehen 49 Prozent der heute tätigen Schmerzmediziner vor dem Ruhestand (BVSD, 2019).

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) stellte im Juli 2022 in den Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung weiterer Leistungen oder

Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 110a Absatz 2 Satz 1 SGB V fest: „In den letzten zehn Jahren zeigt sich eine stetige Zunahme der Schmerzpatienten, die mittels stationärer interdisziplinärer multimodaler Schmerztherapie behandelt werden. Eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS 8-918) wurde 2010 in 33.788 Fällen, 2015 bereits in 62.247 Fällen und 2019 in 69.677 Fällen erfasst. In 2020 wurde erstmalig ein Rückgang um etwa 20.000 Fälle auf 48.905 Fälle verzeichnet (...). Es ist anzunehmen, dass dieser Rückgang im Vergleich zum Vorjahr durch die Coronavirus-Pandemie bedingt ist. (...)

Die Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten ist in Deutschland weder quantitativ noch qualitativ sichergestellt. Es besteht ein Mangel an multidisziplinär und professionell ausgerichteten Schmerzzentren und es fehlt an Spezialisten der medizinischen, psychologischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung (...). Dies weist auf Strukturmängel hin.“

Die durch chronische Schmerzen entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten in Deutschland bewegen sich zwischen 20,5 und knapp 50 Mrd. Euro, bestehend aus direkten Kosten wie etwa für Behandlung, Rehabilitation oder Medikamente und indirekten Kosten durch vorzeitige Verrentung oder Arbeitsunfähigkeit. (Christina M Wenig, Carsten O Schmidt, Thomas Kohlmann, Bernd Schweikert, Costs of back pain in Germany, 2009, Eur J Pain. 2009 Mar;13(3):280-6).

Der BVSD führte von September 2023 bis Januar 2024 in Zusammenarbeit mit der Autorin Sophie Schenk eine Online-Umfrage zur beruflichen Situation der in der Schmerzmedizin tätigen Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten im ambulanten und vollstationären bzw. teilstationären Bereich durch. Die Umfrage war für alle an der schmerzmedizinischen Versorgung beteiligten Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland geöffnet.

Die Erhebung sollte die Frage 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?

Die Ergebnisse der Online-Umfrage des BVSD sind in dieser Publikation zusammengefasst.

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

Teil I: Demografie und Berufsgruppen

An der Umfrage nahmen insgesamt 220 Personen teil. Davon waren 64,1% männlich und 35,9% weiblich (Tabelle und Abbildung 1). Die Geschlechterverteilung ist somit fast identisch mit der der letzten BVSD-Umfrage von 2019.

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent
Männlich	141	64,1%
Weiblich	79	35,9%
Divers	0	0%
Gesamt	220	100%

Tabelle 1: Geschlecht der Umfrageteilnehmer

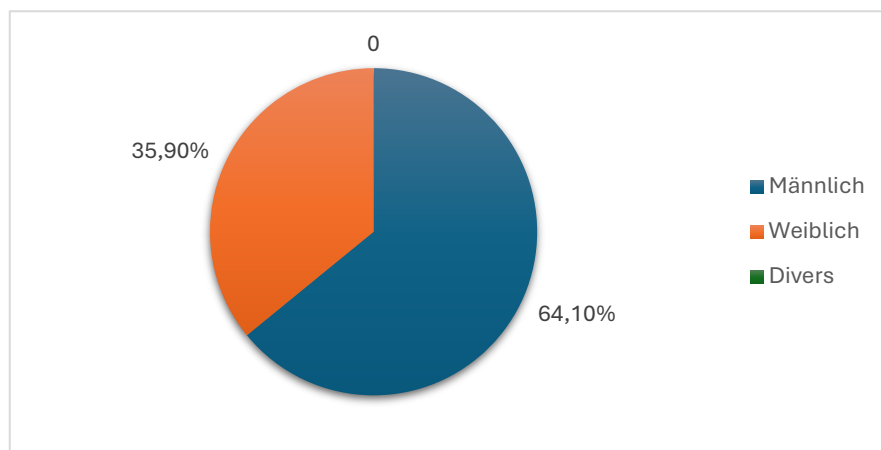


Abbildung 1: Anteil der Geschlechter der Umfrageteilnehmer

So wie in der letzten Umfrage von 2019 war die **Altersgruppe** der 51- bis 60-jährigen mit 43,7% am zahlreichsten vertreten (Tabelle 2 und Abbildung 2). Ebenso ist etwa ein Fünftel der Teilnehmer zwischen 41 und 50 Jahre alt (20,3%). Die Anzahl der über 60-jährigen dagegen ist von 21,3% auf 37,3% gestiegen. Lediglich 3,0% der Teilnehmer sind unter 40 Jahre alt. Der jüngste Studienteilnehmer war 33, der älteste 77 Jahre alt.

Alter	Häufigkeit	Prozent
33	1	0,5%
35	2	1,0%
37	1	0,5%
38	2	1,0%
40	3	1,5%
41	3	1,5%
42	2	1,0%
43	5	2,3%
44	2	1,0%
45	2	1,0%
46	3	1,5%
47	6	3,0%
48	4	2,0%
49	11	5,0%
50	4	2,0%
51	7	3,5%
52	8	4,0%
53	5	2,5%
54	4	2,0%
55	13	5,7%
56	5	2,5%
57	10	5,0%
58	11	5,7%
59	11	5,7%
60	15	7,1%
61	9	4,3%
62	14	6,4%
63	15	7,1%
64	4	2,0%
65	7	3,5%
66	8	4,0%
67	7	3,5%
68	3	1,5%
69	1	0,5%
70	4	2,0%
71	2	1,0%
72	1	0,5%
74	1	0,5%
77	1	0,5%
Keine Angabe	3	1,5%
Gesamt	220	100,0%

Tabelle 2: Altersverteilung der Umfrageteilnehmer

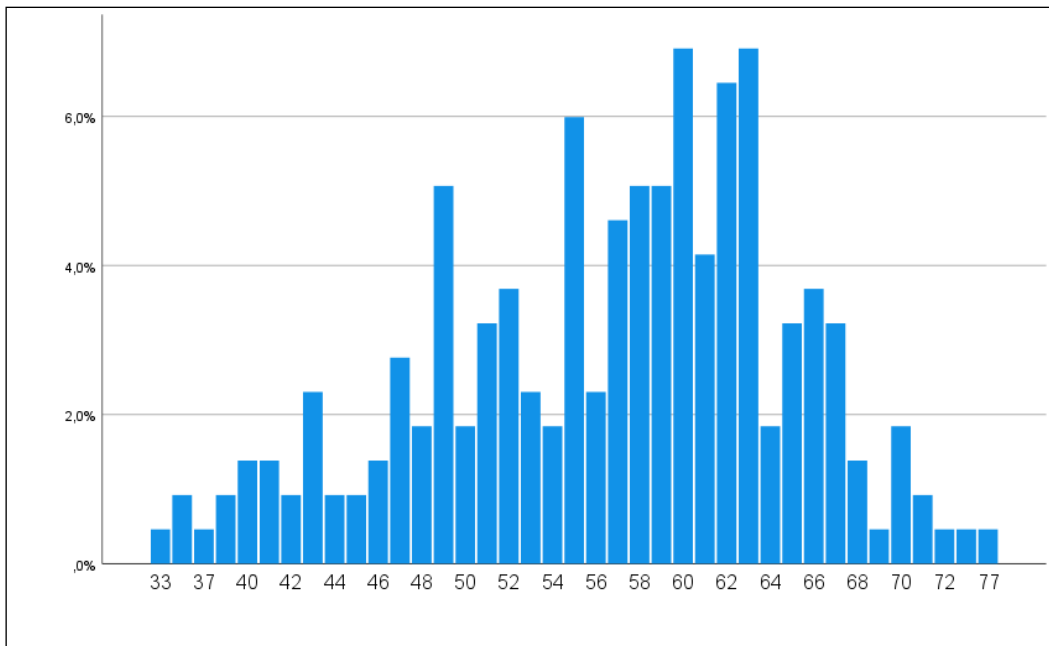


Abbildung 2: Altersverteilung der Umfrageteilnehmer

Über 99% der Teilnehmer waren **Ärzte**, knapp 1% gehörten der Berufsgruppe **Psychologischen Psychotherapeuten** an (Tabelle und Abbildung 3). Dieses Verhältnis gleicht in etwa dem der Weißbuch Ausgabe von 2019.

Berufsgruppe	Häufigkeit	Prozent
Ärzte	218	99,1%
Psych. Psychotherapeuten	2	0,9%
Gesamt	220	100%

Tabelle 3: Zugehörigkeit zur Berufsgruppe

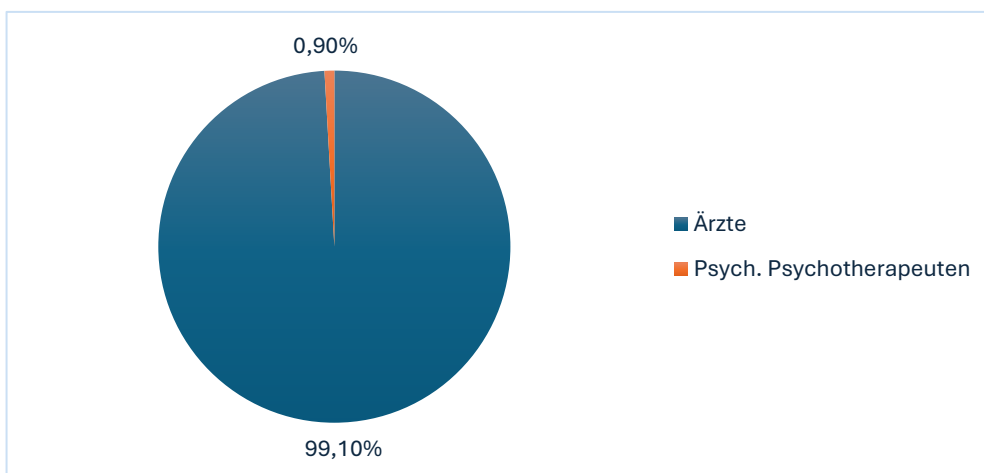


Abbildung 3: Anteil der Berufsgruppen der Umfrageteilnehmer

Die **Fachgruppen** der Anästhesisten macht mit ca. 70% den größten Anteil der Umfrageteilnehmer aus (Tabelle und Abbildung 4). Die nächstgrößten Fachgruppen bilden die Orthopäden/Unfallchirurgen mit 16,5%, die physikalischen und rehabilitativen Mediziner mit 6% und die Allgemeinmediziner mit 5% der Nennungen. In der vorigen Weißbuch Fassung waren die Anästhesisten mit 80% ebenfalls am häufigsten vertreten. Anders jedoch war die Fachrichtung Orthopädie/Unfallchirurgie in dieser Umfrage dreimal so häufig vertreten wie in der von 2019 (5,56%).

Hinweis: Es bestand die Möglichkeit, bei Angabe der Fachrichtung eine Mehrfachangabe zu tätigen, was von mehreren Teilnehmern auch in Anspruch genommen wurde. Weitere Fachrichtungen, die nicht als Antwortmöglichkeit vorgegeben waren aber genannt wurden sind Schmerztherapie, Palliativmedizin und Frauenheilkunde.

Fachrichtung	Häufigkeit	Prozent
Allgemeine Medizin	11	5,0%
Anästhesie	153	70,2%
Chirurgie	5	2,3%
Hämatologie	0	0,0%
Innere Medizin	2	0,9%
Neurochirurgie	5	2,3%
Neurologie	7	3,2%
Onkologie	0	0,0%
Orthopädie / Unfallchirurgie	36	16,5%
Physikalische und Rehabilitative Medizin	13	6,0%
Psychiatrie	3	1,4%
Psychosomatische Medizin	4	1,8%
Sonstiges	12	5,5%
Gesamt	218	100%

Tabelle 4: Fachgruppen der Studienteilnehmer

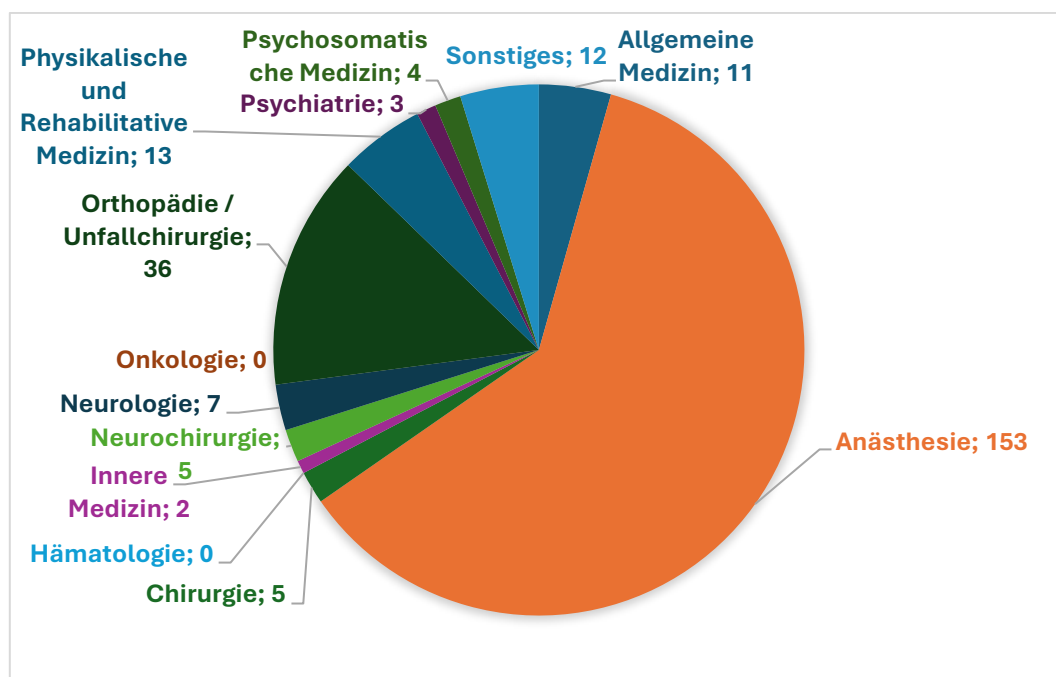


Abbildung 4: Fachgruppen der Studienteilnehmer

Über die Hälfte der Umfrageteilnehmer gab an **selbstständig** zu arbeiten und knapp die Hälfte gab an **angestellt** zu sein (Tabelle und Abbildung 5). Durch die Option der Mehrfachnennung zeigt sich außerdem, dass einige der Teilnehmer sowohl selbstständig arbeiten als auch angestellt sind. Darüber hinaus gaben einige Studienteilnehmer an bereits in Rente zu sein oder in der Ermächtigungsambulanz tätig zu sein.

Beschäftigungsverhältnis	Häufigkeit	Prozent
Angestellt	106	48,2%
Selbstständig	122	55,5%
Sonstiges	8	3,6%
Keine Angabe	3	1,4%

Tabelle 5: Beschäftigungsverhältnis der Umfrageteilnehmer

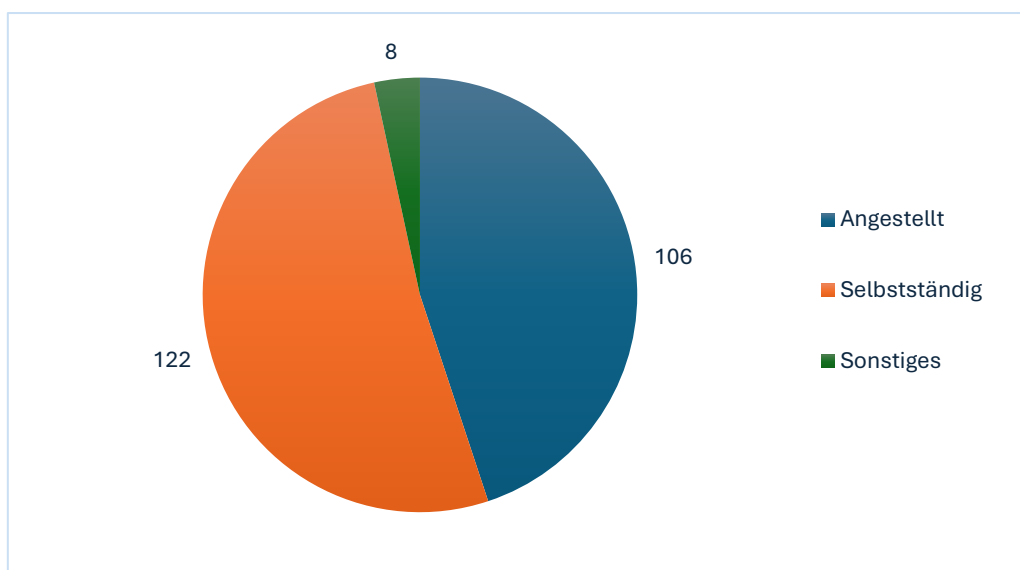


Abbildung 5: Beschäftigungsverhältnis der Umfrageteilnehmer

Für knapp 92% der Umfrageteilnehmer erfolgt die schmerzmedizinische Therapie ambulant. Ein Drittel der Teilnehmer gab an, dass die schmerzmedizinische Therapie stationär erfolgt und für knapp 11% teilstationär (Tabelle und Abbildung 6).

Versorgungsmodalität	Häufigkeit	Prozent
Ambulant	202	91,8%
Teilstationär	24	10,9%
Stationär	74	33,6%
Keine Angabe	1	0,5%

Tabelle 6: Versorgungsmodalität schmerzmedizinische Therapie

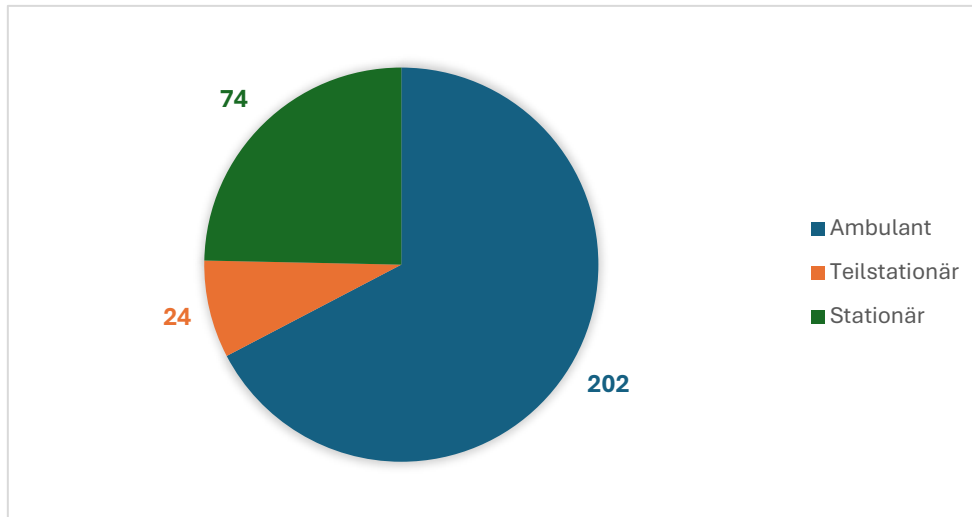


Abbildung 6: Versorgungsmodalität schmerzmedizinischen Therapie

Die meisten Studienteilnehmer firmieren ihr schmerzmedizinisches Angebot in der Einzelpraxis (75 Nennungen) und im Krankenhaus (65 Nennungen). Zusätzlich genannte Antworten sind die Hochschulambulanz, Praxisgemeinschaft und Onlinepraxis (Tabelle und Abbildung 7).

Schmerzmedizinisches Angebot	Häufigkeit	Prozent
Einzelpraxis	75	34,1%
BAG (Gemeinschaftspraxis), fachgleich	40	18,2%
BAG (Gemeinschaftspraxis), fachübergreifend	17	7,7%
MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum)	35	15,9%
Krankenhaus	65	29,5%
Rehabilitationseinrichtung	2	0,9%
Universitätsklinik	7	3,2%
Schmerzambulanz an Klinik	23	10,5%
Ermächtigung, persönlich	21	9,5%
Ermächtigung, Krankenhaus	10	4,5%
Honorararzt	3	1,4%
Sonderbedarfszulassung	7	3,2%
Sonstiges	5	2,3%
Keine Angabe	1	0,5%

Tabelle 7: Firmierung schmerzmedizinisches Angebot

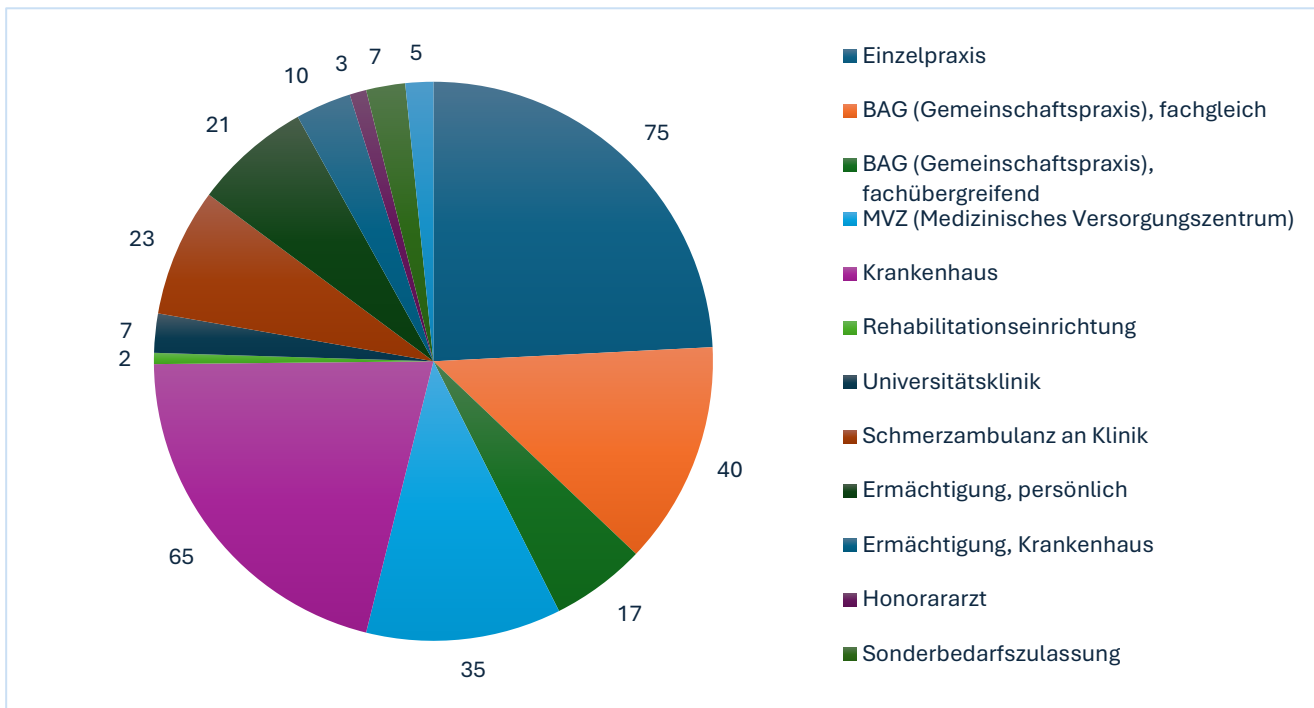


Abbildung 7: Firmierung des schmerzmedizinischen Angebots

Teil II: Ambulante Schmerzmedizin

Die große Mehrheit der Umfrageteilnehmer gab an im ambulanten Sektor tätig zu sein (86,4%).

Tätigkeit im ambulanten Sektor	Häufigkeit	Prozent
Ja	190	86,4%
Nein	30	13,6%

Tabelle 8: Tätigkeit im ambulanten Sektor

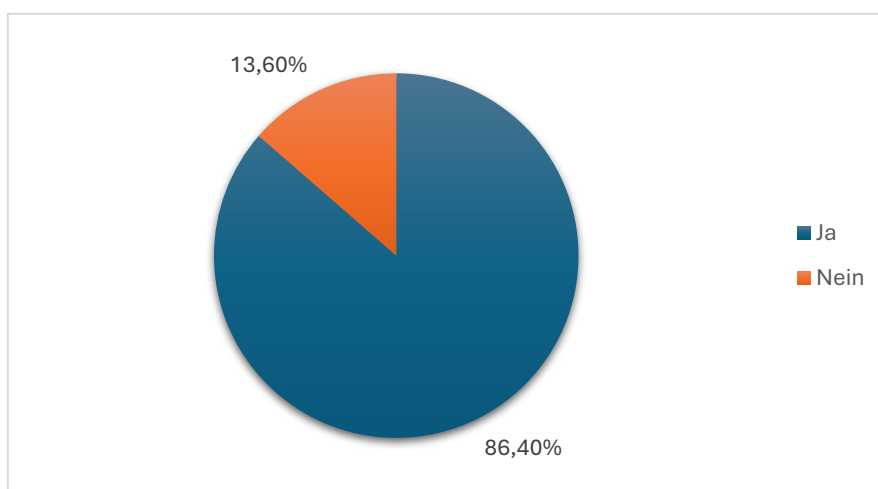


Abbildung 8: Tätigkeit im ambulanten Sektor

Unter den Teilnehmern, die im ambulanten Sektor tätig sind, waren **Mitglieder aller Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)** vertreten. Ähnlich wie in der Weißbuch Ausgabe von 2019 sind Mitglieder der KV Bayern (30 Nennungen), der KV Baden-Württemberg (27 Nennungen) und der KV Niedersachsen (24 Nennungen) mit am häufigsten vertreten (Tabelle 9). Verglichen zur letzten Umfrage waren diesmal jedoch deutlich weniger Mitglieder der KV Sachsen vertreten (von 24 auf 7 Personen).

KV	Anzahl
KV Baden-Württemberg	27
KV Bayern	30
KV Berlin	18
KV Brandenburg	4
KV Bremen	2
KV Hamburg	2
KV Hessen	14
KV Mecklenburg-Vorpommern	3
KV Niedersachsen	24
KV Nordrhein	17
KV Rheinland-Pfalz	10
KV Saarland	2
KV Sachsen	7
KV Sachsen-Anhalt	3
KV Schleswig-Holstein	8
KV Thüringen	3
KV Westfalen-Lippe	16
Keine Angabe	29
Gesamt	190

Tabelle 9: Zugehörigkeit der Teilnehmer zur KV

Hinweis: Im Anhang befindet eine grafische Ausarbeitung des KBV-Qualitätsberichts 2023 mit der Anzahl QSV-Schmerztherapeuten (Teilnahme an der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)) an der Bevölkerungszahl je KV-Bereich.

Von den Teilnehmern, die im ambulanten Sektor tätig sind, hat der Großteil seine persönliche Zulassung der Fachrichtung der Anästhesiologie zugeordnet (126 Nennungen).

Fachrichtung	Häufigkeit
Anästhesiologie	126
Orthopädie	14
Allgemeinmedizin	3
Neurologie	3
Neurochirurgie	4
Orthopädie & Unfallchirurgie	11
Chirurgie	2
Physikalische und Rehabilitative Medizin	7
Frauenheilkunde	1
Psychiatrie und Psychotherapie	1
Sonstige	18

Tabelle 10: Zuordnung der Fachrichtung zur persönlichen Zulassung

Etwa ein Viertel der ambulant tätigen Studienteilnehmer gaben an zwischen 301 und 400 Schmerzpatienten pro Quartal zu behandeln (Tabelle 11 und Abbildung 9).

Anzahl der Schmerzpatienten	Häufigkeit	Prozent
0-100	16	8,4%
101-200	34	17,9%
201-300	30	15,8%
301-400	48	25,3%
401-500	33	17,4%
501-600	12	6,3%
>601	17	8,9%
Keine Angabe	0	0,0%
Gesamt	190	100,0%

Tabelle 11: Anzahl der behandelten Schmerzpatienten im Quartal

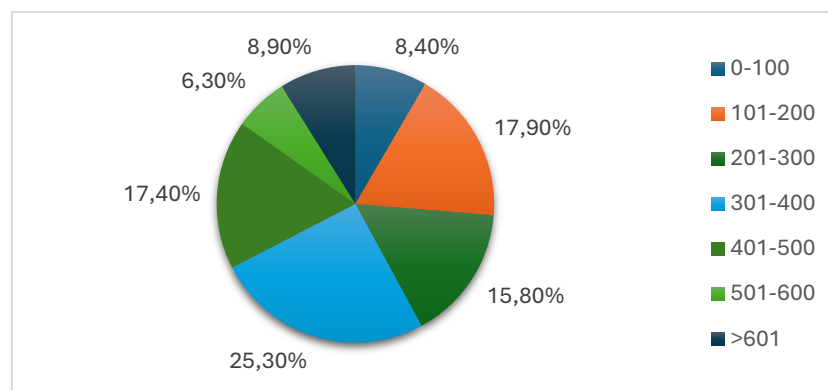


Abbildung 9: Anzahl der behandelten Schmerzpatienten im Quartal

Über zwei Drittel der ambulant tätigen Umfrageteilnehmer (86,8%) nimmt an der Qualitätssicherungsvereinbarung (**QSV**) zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten teil (Tabelle 12).

Teilnahme QSV	Häufigkeit	Prozent
Ja	165	86,8%
Nein	25	13,2%
Gesamt	190	100,0%

Tabelle 12: Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie

Von den Teilnehmern, die an der Qualitätssicherungsvereinbarung teilnehmen, wird die **Kodierung** F45.41 von **Schmerzpatienten** am häufigsten genannt (159 Nennungen), aber auch die Kodierung R52.2 ist mit 119 Nennungen oft vertreten (Tabelle 13).

Kodierung	Häufigkeit
F45.41	159
R52.2	119
Sonstiges	28

Tabelle 13: Kodierung von Schmerzpatienten

Knapp ein Drittel und damit die meisten Teilnehmer (30,9%) gaben an im Quartal 301-400 Schmerzpatienten nach der Abrechnungsziffer EBM 30702 zu behandeln (Tabelle 14 und Abbildung 10).

Anzahl Schmerzpatienten	Anzahl	Prozent
0-100	17	10,3%
101-200	24	14,5%
201-300	30	18,2%
301-400	51	30,9%
401-500	30	18,2%
501-600	4	2,4%
>601	7	4,2%
Keine Angabe	2	1,2%
Gesamt	165	100,0%

Tabelle 14: Anzahl der behandelten Schmerzpatienten nach der Abrechnungsziffer EBM 30702

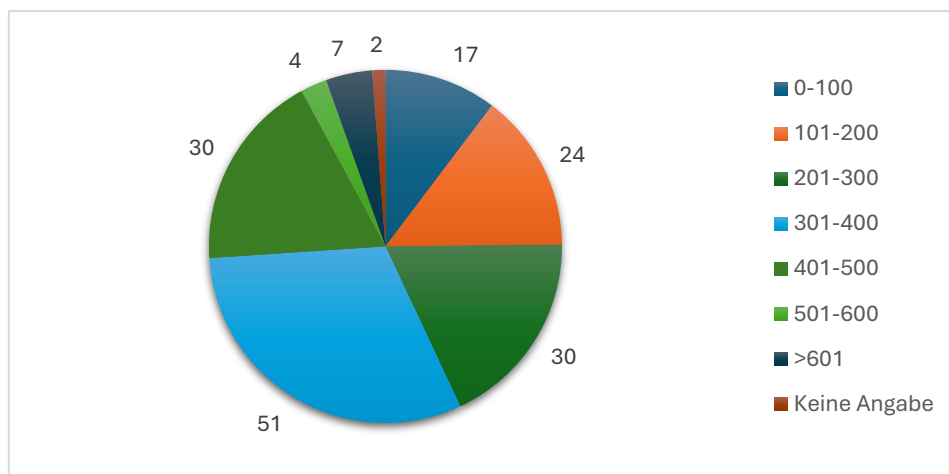


Abbildung 10: Anzahl der behandelten Schmerzpatienten nach der Abrechnungsziffer EBM 30702

Etwa ein Viertel und damit die meisten Teilnehmer (26,1%) gaben an im Quartal 301-400 Patienten nach der Abrechnungsziffer EBM 30704 zu behandeln (Tabelle 15 und Abbildung 11).

Anzahl Schmerzpatienten	Anzahl	Prozent
0-100	37	22,4%
101-200	22	13,3%
201-300	22	13,3%
301-400	43	26,1%
401-500	32	19,4%
501-600	4	2,4%
>601	4	2,4%
Keine Angabe	1	0,6%
Gesamt	165	100,0%

Tabelle 15: Anzahl der behandelten Schmerzpatienten nach der Abrechnungsziffer EBM 30704

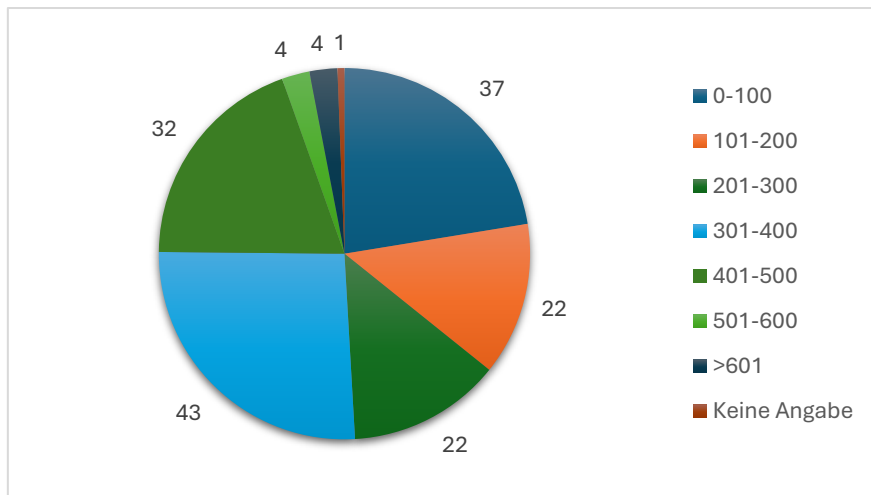


Abbildung 11: Anzahl der behandelten Schmerzpatienten nach der Abrechnungsziffer EBM 30704

Eine deutliche Mehrheit der Umfrageteilnehmer (130 Nennungen) ist **ausschließlich schmerztherapeutisch** tätig (mehr als 75% ihrer ärztlichen Tätigkeit). Dies entspricht in etwa dem Ergebnis der letzten Weißbuch Ausgabe, in der 76,8% der Teilnehmer ausschließlich schmerztherapeutisch tätig waren.

Schmerztherapeutische Tätigkeit	Häufigkeit	Prozent
Ausschließlich schmerztherapeutisch tätig (> 75%)	130	78,8%
Überwiegend schmerztherapeutisch tätig (50 - 75%)	20	12,1%
Zu einem Anteil von < 50% schmerztherapeutisch tätig	15	9,1%
Gesamt	165	100,0%

Tabelle 16: Schmerztherapeutische Tätigkeit

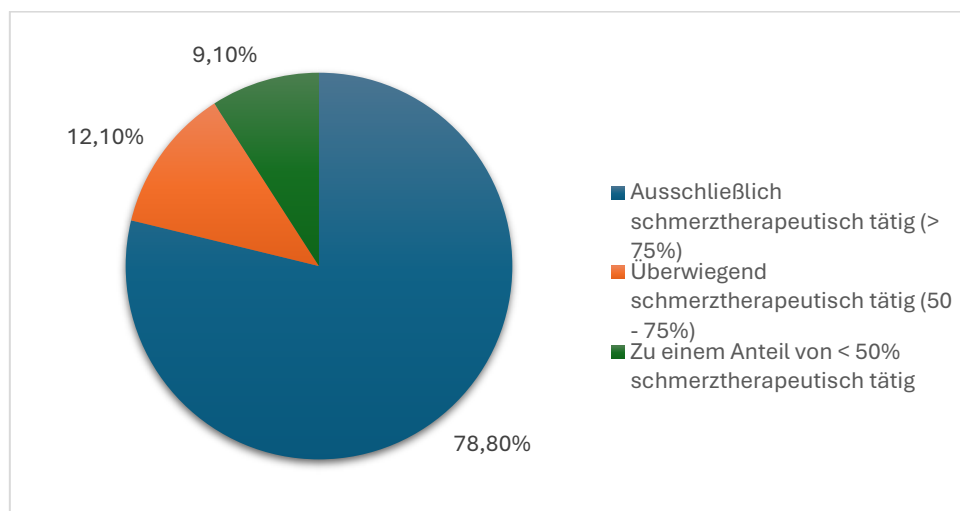


Abbildung 12: Schmerztherapeutische Tätigkeit

Die meisten Befragten gaben an bis zu 100 Schmerzpatienten nach der Grundpauschale der Fachgruppe zu behandeln (45,5%).

Anzahl Schmerzpatienten	Anzahl	Prozent
0-100	75	45,5%
101-200	23	13,9%
201-300	18	10,9%
301-400	14	8,5%
401-500	12	7,3%
501-600	7	4,2%
>601	12	7,3%
Keine Angabe	4	2,4%

Tabelle 17: Anzahl der behandelten Patienten im Quartal nach Grundpauschale der Fachgruppe

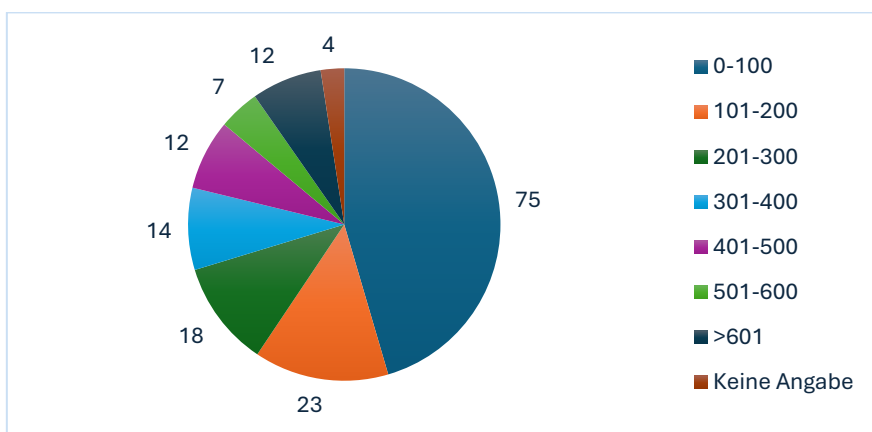


Abbildung 13: Anzahl der behandelten Patienten im Quartal nach Grundpauschale der Fachgruppe

Teil III: Patienten

46% der Befragten gaben an, im Quartal zwischen 21 und 50 **Neuaufnahmen** chronischer Schmerzpatienten zu haben. Hierbei handelt es sich um Daten von ambulant und stationär Tätigen. Über ein Viertel (25,5%) der Umfrageteilnehmer hat 51-200 Neuaufnahmen im Quartal. Nur 6,3% der Befragten gab an über 150 Patienten pro Quartal neu aufzunehmen (Tabelle 18).

Diese Werte entsprechen in etwa den Ergebnissen der letzten Weißbuch Ausgabe von 2019. Auch hier haben die meisten Teilnehmer 21 bis 50 Neuaufnahmen pro Quartal gehabt (33,8%) und knapp ein Viertel 51 bis 100 Neuaufnahmen (24,5%). Ebenso vergleichbar gaben 6,5% der Teilnehmer an über 150 Neuaufnahmen pro Quartal zu haben.

Neuaufnahmen	Häufigkeit	Prozent
<20	30	13,6%
21-50	101	46,0%
51-100	56	25,5%
101-150	19	8,6%
151-200	6	2,7%
201-250	4	1,8%
251-300	0	0,0%
301-350	2	0,9%
>350	2	0,9%
Gesamtergebnis	220	100%

Tabelle 18: Neuaufnahmen chronischer Schmerzpatienten

Die meistbehandelten **Schmerzarten** nach Angabe der Befragten sind Schmerzen des muskuloskelettalen Systems der Wirbelsäule (99,1%) und der Gelenke (98,2%). Ähnlich häufig genannt wurden die Behandlung neuropathischer Schmerzen (96,8%), gefolgt von Migräne/ Kopf- und Gesichtsschmerzen (89,5%). Aber auch alle weiteren im Fragebogen vorgegebenen Schmerzarten werden von der Mehrheit der Umfrageteilnehmer behandelt. Urologische Schmerzen wurden mit 140 Nennungen am seltensten angegeben (Tabelle 19).

Auch in der Weißbuch Ausgabe von 2019 sind Schmerzen des muskuloskelettalen Systems (Wirbelsäule und Gelenke) zusammen mit Kopf-/Gesichtsschmerzen und neuropathischen Schmerzen die meistbehandelten Schmerzarten gewesen. Während 2019 jedoch alle Teilnehmer angaben Kopf- und Gesichtsschmerzen zu behandeln sind es in dieser Umfrage etwa 10% weniger (89,5%). Außerdem fällt im Vergleich auf, dass Tumorschmerzen, viszerale Schmerzen und Ischämieschmerzen im Schnitt um etwa 6% weniger häufig behandelt werden als in der Umfrage zuvor.

Schmerzart	Häufigkeit	Prozent
Schmerzen des muskuloskelettalen Systems: Wirbelsäule	218	99,1%
Schmerzen des muskuloskelettalen Systems: Gelenke	216	98,2%
Migräne/ Kopf-/ Gesichtsschmerzen	197	89,5%
Neuropathische Schmerzen	213	96,8%
Tumorschmerzen	167	75,9%
Viszerale Schmerzen	179	81,4%
Ischämieschmerzen	160	72,7%
Psychogene Schmerzen	183	83,2%
Urologische Schmerzen (z.B. Interstitielle Cystitis)	140	63,3%
Gynäkologische Schmerzen (z.B. Endometriose, Vulvodynie)	161	73,2%
Gesamtangaben	220	100,0%

Tabelle 19: Behandelte Schmerzen

Die nachstehende Tabelle stellt die von den Umfrageteilnehmern **behandelten Schmerzen nach Prozentsatz** in Ihrer Einrichtung dar. Mit Ausnahme der Behandlung von Schmerzen des muskuloskelettalen Systems (Wirbelsäule und Gelenke) macht die Behandlung der verschiedenen Schmerzarten für den Großteil der Befragten bis zu 30% ihres Behandlungsspektrums aus. Die Behandlung der Schmerzen der Wirbelsäule sticht besonders hervor, da sie für die Mehrheit der Befragten über 60% ihrer Tätigkeit ausmacht (61 Nennungen). Dieses Ergebnis zeigt vergleichbare Parallelen mit dem Umfrageergebnis von 2019. Auch hier nimmt die Behandlung der Schmerzen des muskuloskelettalen Systems (Wirbelsäule und Gelenke) einen deutlich größeren Anteil des Behandlungsspektrums ein als alle anderen Schmerzarten.

Schmerzart / % der Behandlungen	Häufigkeit		
	0-30%	31-60%	>60%
Schmerzen des muskuloskelettalen Systems: Wirbelsäule	14	51	61
Schmerzen des muskuloskelettalen Systems: Gelenke	48	23	28
Migräne/ Kopf-/ Gesichtsschmerzen	71	3	2
Neuropathische Schmerzen	76	3	5
Tumorschmerzen	49	3	1
Viszerale Schmerzen	35	0	0
Ischämieschmerzen	30	0	0
Psychogene Schmerzen	39	3	3

Urologische Schmerzen (z.B. Interstitielle Cystitis)	28	0	0
Gynäkologische Schmerzen (z.B. Endometriose, Vulvodynie)	31	0	0

Tabelle 20: Prozentsatz der behandelten Schmerzen

Die **Wartezeiten** zwischen **Erstkontakt** und einem **Behandlungstermin** liegt für die meisten Umfrageteilnehmer bei bis zu 12 Wochen (38,6%). Nur 11,8% der Befragten gibt an, dass die Wartezeit weniger als 2 Wochen beträgt während ca. ein Viertel der Befragten eine Wartezeit von über 12 Wochen angibt (25,9%). 2019 gaben mehr als die Hälfte der Befragten eine Wartezeit von über 4 Wochen an (55,1%). Damit haben sich die Wartezeiten im Vergleich zu den Umfrageergebnissen der vorigen Weißbuch Ausgabe verkürzt. Es ist davon auszugehen, dass sich die Einschätzungen von Patienten zu diesen Wartezeiten zu den hier dargestellten Umfragedaten von Leistungserbringern unterscheiden.

Wartezeit	Häufigkeit	Prozent
<2 Wochen	26	11,8%
Bis 4 Wochen	51	23,2%
Bis 12 Wochen	85	38,6%
Über 12 Wochen	57	25,9%
Keine Angabe	1	0,5%
Gesamt	220	100%

Tabelle 21: Wartezeit zwischen Erstkontakt und Behandlungstermin

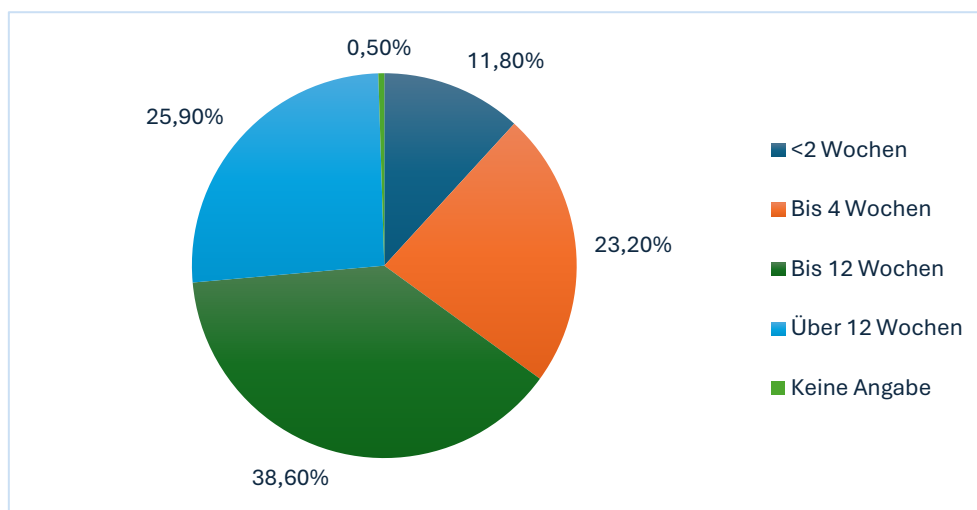


Abbildung 14: Wartezeit zwischen Erstkontakt und Behandlungstermin

Von den 57 Teilnehmern, die eine Wartezeit von über 12 Wochen angegeben haben, haben die Befragten zwischen 4 und 24 Monate Wartezeit angegeben. Hierbei wurde betont, dass es auf das Krankheitsbild ankomme und die Wartezeiten dementsprechend variieren.

Max. Wartezeit in Monaten	4	5	6	7	8	9	11	12	14	24
Häufigkeit	13	7	17	2	5	3	1	7	1	1
Prozent	22,8%	12,3%	29,8%	3,5%	8,8%	5,3%	1,8%	12,3%	1,8%	1,8%

Tabelle 22: Wartezeit zwischen Erstkontakt und Behandlungstermin

Ähnlich wie in dem Umfrageergebnis von 2019 sind auch 2023 die meisten behandelten Schmerzpatienten zwischen 51 und 60 Jahre alt (111 Nennungen). Ein Drittel der Schmerzpatienten ist zwischen 61 und 70 Jahre alt (74 Nennungen).

Durchschnittsalter	Häufigkeit	Prozent
<50	23	10,5%
51-60	111	50,5%
61-70	74	33,6%
71-80	7	3,2%
>80	1	0,5%
Keine Angabe	4	1,8%
Gesamt	220	100%

Tabelle 23: Durchschnittsalter der chronischen Schmerzpatienten

Der durchschnittliche **Zeitraum zwischen den ersten Symptomen einer chronischen Schmerzkrankheit und dem Beginn schmerztherapeutischer Maßnahmen** liegt nach Angaben der meisten Studienteilnehmer zwischen 2,1 und 3 Jahren (19,1%). Nur 14,6% der Befragten gaben eine Wartezeit von bis zu einem Jahr an (14,6%). Für über zwei Drittel der Teilnehmer liegt die Wartezeit für Patienten bei maximal 5 Jahren (67,3%).

Zeitraum in Jahre	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
0,0-0,4	7	3,2%	3,2%
0,5-1,0	25	11,4%	14,6%
1,1-1,5	8	3,6%	18,2%
1,6-2,0	27	12,3%	30,5%
2,1-3,0	42	19,1%	49,6%
3,1-4,0	9	4,1%	53,7%
4,1-5,0	30	13,6%	67,3%
5,1-6,0	4	1,8%	69,1%
6,1-7,0	3	1,4%	70,5%
7,1-8,0	12	5,5%	76,0%
8,1-9,0	1	0,5%	76,5%
9,1-10,0	7	3,2%	79,7%
>10,0	2	0,9%	80,6%
Keine Angabe	43	19,6%	100%
Gesamt	220	100%	

Tabelle 24: Zeitraum zwischen ersten Symptomen und ersten Behandlungsmaßnahmen

Der Durchschnittswert zwischen den ersten Symptomen und den ersten schmerztherapeutischen Maßnahmen liegt bei den Kassenvereinigungen bei knapp dreieinhalb Jahren (Tabelle 24.1). Damit hat sich die Wartezeit im Vergleich zur letzten BVSD-Umfrage von 2019 um etwa ein halbes Jahr verringert (2019: 3,97 Jahre). Nach Angaben der Befragten sind die Wartezeiten am kürzesten in Hamburg (im Durchschnitt 1,75 Jahre) und Bremen (im Durchschnitt 2,0 Jahre). Die längsten Wartezeiten sind in Thüringen (durchschnittlich 5,5 Jahre) und Berlin (durchschnittlich 5,09 Jahre).

KV	Wartezeit in Jahren
KV Baden-Württemberg	3,12
KV Bayern	4,24
KV Berlin	5,09
KV Brandenburg	3,33
KV Bremen	2,0
KV Hamburg	1,75
KV Hessen	3,82
KV Mecklenburg-Vorpommern	3,67
KV Niedersachsen	3,02
KV Nordrhein	3,12
KV Rheinland-Pfalz	3,6
KV Saarland	2,75
KV Sachsen	4,04
KV Sachsen-Anhalt	2,75
KV Schleswig-Holstein	4,83
KV Thüringen	5,5
KV Westfalen-Lippe	2,62
Gesamtdurchschnitt	3,49

Tabelle 24.1: Zeitraum zwischen ersten Symptomen und ersten Behandlungsmaßnahmen nach KV

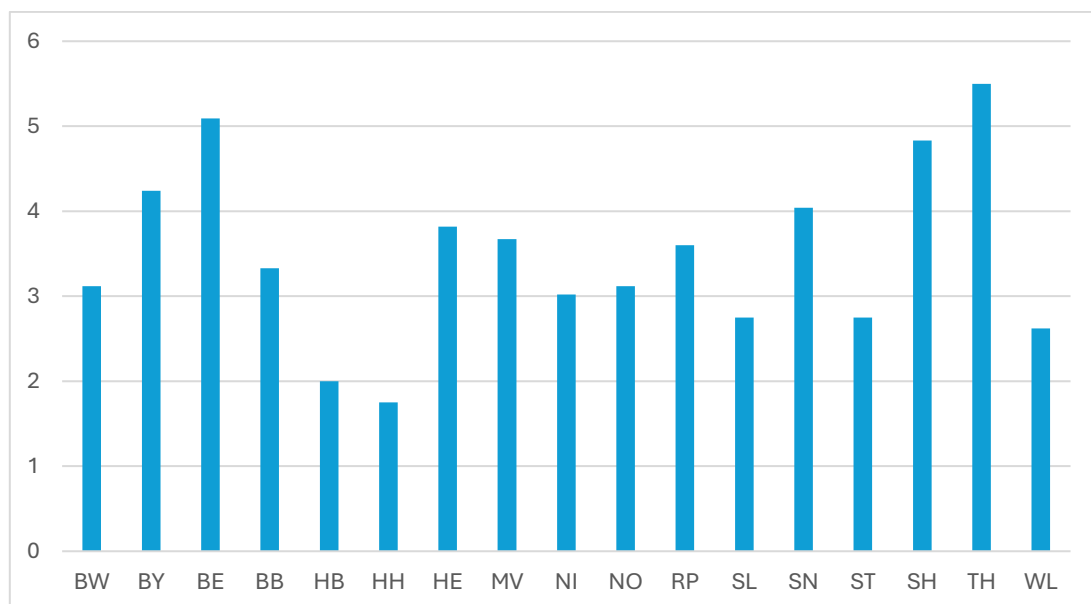


Abbildung 15: Zeitraum zwischen ersten Symptomen und ersten Behandlungsmaßnahmen nach KV

Der **Erfolg der durchgeführten schmerzmedizinischen Maßnahmen** wird von den Studienteilnehmern weitgehend positiv beurteilt. Eine deutliche Mehrheit der Umfrageteilnehmer schätzt den Erfolg therapeutischer Maßnahmen hinsichtlich der Schmerzstärke (181 Angaben), Funktionalität (174 Angaben), Lebensqualität (173 Angaben), Soziale Reintegration (133), Schlafqualität (168) und Sonstigem (86) als gut ein. Dieses Ergebnis zeigt klare Parallelen zu dem der letzten Weißbuch Ausgabe. Auch hier wurde der Arbeitserfolg vom Großteil der Umfrageteilnehmer in allen fünf Kriterien als gut eingeschätzt.

Erfolgskriterium	Sehr gut	Gut	Ohne Veränderung	Schlechter	Sehr schlecht	Gesamt	Keine Angaben
Schmerzstärke	7	181	28	0	0	216	4
Funktionalität	16	174	24	0	0	214	6
Lebensqualität	31	173	9	0	0	213	7
Sozialer Reintegration	12	133	63	3	1	212	8
Schlafqualität	20	168	23	0	0	211	9
Sonstiges	6	86	46	0	1	139	81

Tabelle 25: Einschätzung des Arbeitserfolgs

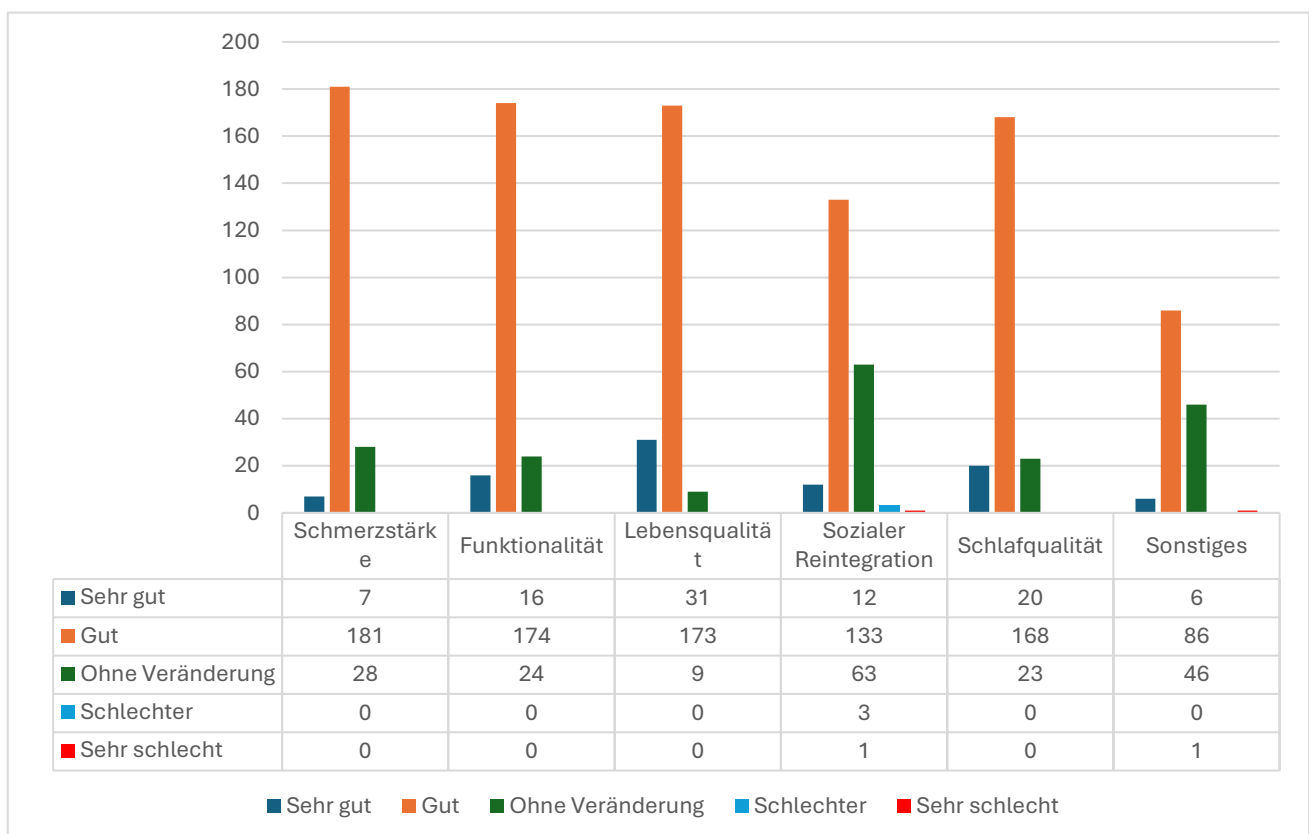


Abbildung 16: Einschätzung des Arbeitserfolgs

Die große Mehrheit der Umfrageteilnehmer (90,5%) gibt an einen Verlaufsbogen zur Erfolgskontrolle Ihrer Arbeit zu nutzen (Tabelle 26). In der Umfrage von 2019 waren es 95,8% der Befragten.

Erfolgskontrolle	Häufigkeit	Prozent
Ja	199	90,5%
Nein	19	8,6%
Keine Angabe	2	0,9%
Gesamt	220	100,0%

Tabelle 26: Verlaufsbogen für Erfolgskontrolle

Etwa drei Viertel der Umfrageteilnehmer gab an Informationen über die Patienten über das direkte Gespräch mit Ihnen zu bekommen (Tabelle 27). Darüber hinaus werden der Deutsche Schmerzfragebogen (71,8%) und der Verlaufsbogen (65,9%) als **Fragebogeninstrumente** am häufigsten genutzt.

Weitere Fragebogeninstrumente, die von den Umfrageteilnehmern genannt wurden, sind:

PainPool Schmerzfragebogen, Tagesschmerzfragebogen QUAST, FESV, FABQ, FPI, MMPI, HIT68, MIDAS, PHQ D, Kopfschmerzfragebogen Kiel, DASS, MIBS-4, NAS, FFbH-R, AVEM, MPSS, Korff, MyoTect, HADS, FABQ-D, diverse FFB (HOA2/-H-P/, -H-R), FLZ-M, FW-7, DN4, FMS-Fragebogen, CRPS-Fragebogen, HIT-6, FAMI, CHC, BDI.

Fragebogeninstrumente	Häufigkeit	Prozent
Deutscher Schmerzfragebogen	158	71,8%
Schmerztagebuch	112	50,9%
Verlaufsbogen	145	65,9%
Gespräche mit Patienten	167	75,9%
PainDETECT	89	40,5%
iDoc live	24	10,9%
Andere	38	17,3%
Keine Angaben	1	0,5%

Tabelle 27: Fragebogeninstrumente

Teil IV: Behandlungsmethoden und -qualität

Behandlungsmethoden

Die meisten Teilnehmer gaben an ihr **Therapiekonzept** am ehesten als *berufsgruppenübergreifend multimodal* einzuordnen (55,9%), während über ein Drittel der Teilnehmer ihr Therapiekonzept am ehesten als *fachübergreifend multidisziplinär* beschreiben würde (35,5%).

Therapiekonzept	Häufigkeit	Prozent
Monodisziplinär	19	8,6%
Fachübergreifend multidisziplinär	78	35,5%
Berufsgruppenübergreifend multimodal	123	55,9%
Gesamt	220	100%

Tabelle 28: Therapiekonzept Einordnung 1

Eine deutliche Mehrheit der Umfrageteilnehmer beschreibt ihr **Therapiekonzept** als *überwiegend medikamentös* (56,4%), gefolgt von über 20%, die es als *überwiegend psychotherapeutisch* beschreiben würden. Eine deutliche Minderheit der Teilnehmer ordnet ihr Therapiekonzept als *überwiegend invasiv* ein (4,1%).

Therapiekonzept	Häufigkeit	Prozent
Überwiegend medikamentös	124	56,4%
Überwiegend invasiv	9	4,1%
Überwiegend psychotherapeutisch	49	22,3%
Keine Angaben	38	17,3%
Gesamt	220	100%

Tabelle 29: Therapiekonzept Einordnung 2

Knapp die Hälfte und damit die meisten Teilnehmer (45,5%) ordnen ihr Therapiekonzept als *medikamentös, invasiv und psychotherapeutisch* ein. Knapp 40% wählt die Beschreibung *medikamentös und psychotherapeutisch* für ihr Therapiekonzept.

Therapiekonzept	Häufigkeit	Prozent
Medikamentös und invasiv	25	11,4%
Medikamentös und psychotherapeutisch	87	39,5%
Medikamentös, invasiv und psychotherapeutisch	100	45,5%
Keine Angaben	8	3,6%
Gesamt	220	100%

Tabelle 30: Therapiekonzept Einordnung 3

Unter den **invasiven Verfahren** nutzen die meisten Studienteilnehmer regionalanalgetische Verfahren für periphere Blockaden (64,1%), gefolgt von Nervenwurzelblockaden (54,1%) und regionalanalgetisches Verfahren für PDA (42,3%).

Im Vergleich wurden 2019 von 58,3% aller Befragten Sympathikusblockaden (cervikal) am häufigsten für die Therapiearbeit genutzt, dicht gefolgt von regionalanalgetischen Verfahren für periphere Blockaden (57,9%) und PDA (56,5%) sowie Nervenwurzelblockaden (53,2%).

Invasive Verfahren	Häufigkeit	Prozent
Sympathikusblockaden: Cervikal	79	36,2%
Sympathikusblockaden: Thorakal	20	9,1%
Sympathikusblockaden: Lumbal	52	23,6%
Nervenwurzelblockaden	119	54,1%
Regionalanalgetische Verfahren: PDA	93	42,3%
Regionalanalgetische Verfahren: Periphere Blockaden	141	64,1%
Keine Angaben	41	18,6%

Tabelle 31: Nutzung invasiver Verfahren

Unter den **bildgebenden invasiven Verfahren** wird die Sonographie am häufigsten von den Teilnehmern genutzt (46,4%). Knapp ein Viertel der Befragten nutzt Bildwandler als Verfahren (23,3%) und nur die wenigsten verwenden die Kernspintomographie (5,5%).

Bildgebende invasive Verfahren	Häufigkeit	Prozent
Sonographie	102	46,4%
Bildwandler	51	23,2%
Computertomographie	29	13,2%
Kernspintomographie	12	5,5%
Keine Angaben	85	38,6%

Tabelle 32: Nutzung bildgebender invasiver Verfahren

Von den **medikamentösen Verfahren**, die von den Teilnehmern in Ihrer therapeutischen Tätigkeit genutzt werden, werden von fast allen Befragten Novaminsulfon (96,4%) und langwirksame retardierte Opioide (95,5%) genannt. Darauf folgt die Nutzung von NSAR / Coxiben (90,5%), topischen Verfahren mit Lidocain-Pflastern (84,1%) und dem WHO-Stufenschema (83,2%).

Unter den sonstigen Angaben werden von den Umfrageteilnehmern noch folgende Substanzen genannt:

Tramal, Tramadol, Methadon, Morphin, Hydromorphon, Tilidin, Oxycodon, Fentanyl Pflaster, Buprenorphin, Onabotul, Clonidin, Palexia, Dronabinol, Ketanest-Infusionen, Allergan/ PREEMPT, Tapentadol, Cannabinoide, L-Polamidon, Temgesic, Prednisolon, Bisphosphonate, Celecoxib, Levomethadon, Etoricoxib, Ketamin, Botox, Onabotulinumtoxin.

Medikamentöse Verfahren	Häufigkeit	Prozent
WHO-Stufenschema	183	83,2%
NSAR / Coxibe	199	90,5%
Novaminsulfon	212	96,4%
Topische Verfahren: Lidocain- Pflaster (Versatis)	185	84,1%
Topische Verfahren: Capsaicin- Pflaster (Qutenza)	173	78,6%
Botulinumtoxin	104	47,3%
Kurzwirksame Opioide	103	46,8%
Langwirksame retardierte Opioide	210	95,5%
Sonstige	34	15,5%
Keine Angaben	2	0,9%

Tabelle 33: Nutzung medikamentöser Verfahren

Als **Koanalgetika** setzen fast alle Teilnehmer Antikonvulsiva (97,3%) und Antidepressiva in Ihrer Therapie ein (95%). Knapp drei Viertel der Befragten nutzt Steroide in der Therapie (Tabelle 34).

Unter den sonstigen Angaben werden von den Umfrageteilnehmern noch folgende Substanzen genannt:

Cannabis, Bisphosphonate, Ketamin, Myotonolytika, Muskelrelaxantien, Clonidin, Neuroleptika, Weihrauch-Kapseln, Phytotherapeutika, Neuraltherapie mit Procain, Vitamin C, Oxcarbazepin,

Lamotrigin, Ambroxol, Dopaminergika, DMSO, Tolperison, Antiobstipativa, Antiemetika, CBD, Naltrexon, Pridinol, Antipsychotika, Melperon, Promethazin, Dimenhydrinat.

Koanalgetika	Häufigkeit	Prozent
Antidepressiva: z.B. TZA (Amitriptylin), Duloxetin, Venlafaxin	209	95%
Antikonvulsiva: z.B. Gabapentin, Pregabalin, Carbamazepin	214	97,3%
Steroide	161	73,2%
Sonstige	47	21,4%
Keine Angaben	3	1,4%

Tabelle 34: Nutzung Koanalgetika

Die Mehrheit aller Umfrageteilnehmer bietet **Akupunkturleistung** an (60,5%). Damit ist der Anteil der Befragten, der diese anbietet seit 2019 leicht gesunken (von 67,1%).

Akupunkturleistung	Häufigkeit	Prozent
Ja	133	60,5%
Nein	80	36,4%
Keine Angabe	7	3,1%
Gesamt	220	100%

Tabelle 35: Akupunkturleistung

Von den Teilnehmern, die Akupunktur anbieten wird diese vom Großteil (65,4%) bei 1-10% der Patienten durchgeführt. Im Vergleich waren es in der letzten Weißbuch Ausgabe 73,8% und in dieser Umfrage 75,9% der Befragten, die die Akupunkturbehandlung bei bis zu 20% der Patienten anbietet. Damit kam es seit 2019 zu keinen wesentlichen Veränderungen bezüglich des Akupunktur Einsatzes.

Akupunkturbehandlung in %	Häufigkeit	Prozent
1-10%	87	65,4%
11-20%	14	10,5%
21-30%	12	9%
31-40%	2	1,5%
41-50%	3	2,3%
>50%	12	9%
Keine Angabe	3	2,3%
Gesamt	133	100%

Tabelle 36: Akupunkturbehandlung in Prozent

Die meisten Umfrageteilnehmer geben an in der Schmerztherapie **nicht-medikamentöse Verfahren** einzusetzen. Dabei werden von den Teilnehmern TENS (93,2%), Entspannungsverfahren (78,2%) und Manualtherapie (71,4%) am häufigsten genannt. Auch in der Umfrage von 2019 wird TENS am häufigsten als nicht-medikamentöses Verfahren von den Befragten genannt (93,5%).

Unter den sonstigen Angaben werden von den Umfrageteilnehmern noch folgende Verfahren genannt:

Bewegungstherapie, manuelle Triggerpunkttherapie, Bluteigel, Schröpfen, Neuromodulation, Infiltrationen, Neuraltherapie, Achtsamkeitstraining, Qi Gong, Tai Chi, TCM, Klangtherapie, Yoga, Taping, Lasertherapie, Brügger-Therapie, Akupunktur, Reflexzonenmassage, Spiegeltherapie, Klassische Massagen, Fußreflexzonenmassage, Bindegewebsmassagen, Tuina Massage, manuelle Lymphdrainage, MTT, Wassergymnastik, Stosswellentherapie, APM, Physikalische Medizin, Orthesen, Hochtontherapie, Spineliner, Hypnose, Medizinische Trainingstherapie, Wickelaufgaben, Aromatherapie, Tanz- und Atemtherapie, Kinästhetik, 3-D-Ganganalyse, Logopädie.

Nicht-medikamentöse Verfahren	Häufigkeit	Prozent
Manualtherapie	157	71,4%
Osteopathie	78	35,5%
Ergotherapie	113	51,4%
Entspannungsverfahren	172	78,2%
Biofeedback	73	33,2%
TENS	205	93,2%
Kunsttherapie (Maltherapie, Musiktherapie)	40	18,2%
Sonstiges	59	26,8%
Keine Angabe	3	1,4%

Tabelle 37: Nutzung nicht-medikamentöser Verfahren

Die Mehrheit der Befragten hat Erfahrungen mit der therapeutischen Verwendung von **Cannabinoiden** (80,9%). Damit ist der Anteil der Teilnehmer, die Erfahrungen mit Cannabinoiden haben seit 2019 um etwa 10% gestiegen (von 69,9%).

Erfahrung mit Cannabinoiden	Häufigkeit	Prozent
Ja	178	80,9%
Nein	39	17,7%
Keine Angaben	3	1,4%
Gesamt	220	100%

Tabelle 45: Therapeutische Erfahrung mit Cannabinoiden

Unter den Umfrageteilnehmern, die Erfahrungen mit der Verwendung von Cannabinoiden haben, kommen Dronabinol (164 Nennungen), Extrakte (123 Nennungen) und Sativex (118 Nennungen) am häufigsten zum Einsatz (Tabelle 46). Auch im Umfrageergebnis von 2019 zeigte sich, dass Dronabinol am häufigsten verwendet wird (94,0% aller Befragten).

Substanzen	Häufigkeit	Prozent
Sativex	118	66,3%
Dronabinol	164	92,1%
Blüten	66	37,1%
Extrakte	123	69,1%
Nabilon	16	9,0%
Keine Angaben	2	1,1%

Tabelle 46: Art der Cannabinoiden Substanzen

Am häufigsten wird Cannabis zur Behandlung von Neuropathie (85,4%), chronischen Schmerzen (74,2%) und Spastik (74,2%) eingesetzt (Tabelle 47).

Unter den sonstigen Angaben werden von den Umfrageteilnehmern noch folgende Indikationen genannt: Schlafstörungen, Viszeraler Schmerz, Myofasciale Schmerzen, Tourette, Angststörungen, Depression, Endometriose, Fibromyalgie, Ehlers-Danlos-Syndrom.

Indikationen	Häufigkeit	Prozent
MS	119	66,9%
Spastik	132	74,2%
Tumorschmerzen	118	66,3%
Neuropathie	152	85,4%
Chronische Schmerzen	132	74,2%
Palliativmedizin	92	51,7%
Andere	20	11,2%
Keine Angaben	1	0,6%

Tabelle 47: Indikationen

Der Großteil der Befragten, die therapeutische Erfahrungen mit Cannabinoiden haben hat auch Erfahrungen in der **Antragstellung** bei den **Krankenkassen** (87,6%).

Erfahrung Antragstellung	Häufigkeit	Prozent
Ja	156	87,6%
Nein	10	5,6%
Eher wenig	12	6,7%
Gesamt	178	100%

Tabelle 48: Erfahrung mit der Antragsstellung für Cannabis

Von den Teilnehmern, die Erfahrungen mit der Antragsstellung bei den Krankenkassen haben gaben 18 Personen an keine Antragsablehnung von der Krankenkasse bekommen zu haben während drei Teilnehmer berichteten, dass alle Anträge abgelehnt wurden (Tabelle 49).

Zahl abgelehnter Anträge	Häufigkeit
0	18
1	5
2	12
3	4
4	3
5	7
8	1
9	1
10	4
15	4
20	6
30	2
35	1
100	1
200	1
2%	1
5%	3
10%	11
15%	4
20%	5
25%	6
30%	12
35%	1
40%	3
50%	14
60%	2
65%	4
70%	2
75%	2
80%	3
90%	1
100%	3
Keine Angabe	33

Tabelle 49: Zahl abgelehnter Anträge auf Cannabis

Behandlungsqualität

Der Großteil der Teilnehmer (93,2%) gibt an den **Schmerzfragebogen** im Rahmen des **Erstgesprächs** zu nutzen (Tabelle 38). Der **Verlaufsfragebogen** wird von 89,5% der Befragten genutzt (Tabelle 39). 2019 waren es mit 99,5% (Schmerzfragebogen) und 95,8% (Verlaufsfragebogen) jeweils 6,3% mehr Teilnehmer, die diese Fragebögen in Ihrer Arbeit verwendeten.

Schmerzfragebogen	Häufigkeit	Prozent
Ja	205	93,2%
Nein	13	5,9%
Keine Angabe	2	0,9%
Gesamt	220	100%

Tabelle 38: Verwendung des Schmerzfragebogens im Erstgespräch

Verlaufsfragebogen	Häufigkeit	Prozent
Ja	197	89,5%
Nein	23	10,5%
Keine Angabe	0	0%
Gesamt	220	100%

Tabelle 39: Verwendung des Verlaufsfragebogens

Die **Bedeutung der Patientenantworten** der eingesetzten Fragebögen ist für die meisten Teilnehmer wichtig (28,6%) bis sehr wichtig (30,5%) für ihre **schmerztherapeutische Entscheidungen** (Tabelle 40). Für die wenigsten spielen die Patientenantworten der Fragebögen eine unwichtige (13,2%) oder sehr unwichtige Rolle (3,2%). Die Umfrageergebnisse von 2019 zeigten ein ähnliches Resultat. Auch hier bewertete die Mehrheit der Befragten die standardisierte Form der Patientenbefragung als wichtig oder unwichtig.

Bedeutung	Häufigkeit	Prozent
1 (sehr unwichtig)	7	3,2%
2	29	13,2%
3	51	23,2%
4	63	28,6%
5 (sehr wichtig)	67	30,5%
Keine Angabe	3	1,4%
Gesamt	220	100%

Tabelle 40: Bedeutung für schmerztherapeutische Entscheidungen

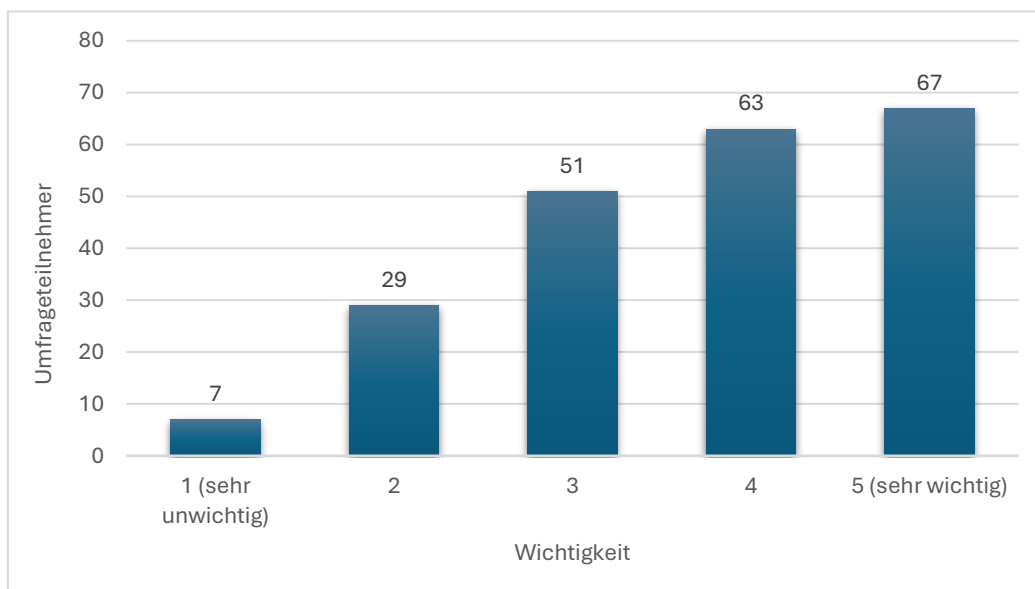


Abbildung 17: Bedeutung der Fragebögen für schmerztherapeutische Entscheidungen

Die häufigsten **Anwendungsbereiche** der verwendeten **Fragebogeninstrumente** sind zur Erfassung der Lebensqualität (195 Nennungen) und zur Erkennung von Depression (192 Nennungen). Diese sind

Es folgt von der Erkennung von Angststörungen (181 Nennungen) aber auch zum Beschreiben der psychosomatischen Situation der Patienten (173 Nennungen) sowie zur Erkennung von Stressbelastung (166 Nennungen). Insgesamt zeigt sich, dass die Fragebogeninstrumente für alle aufgelisteten Anwendungsbereiche von mindestens drei Viertel der Teilnehmer genutzt werden (Tabelle 41).

Anwendungsbereich	Häufigkeit	Prozent
Erkennung Depression	192	87,3%
Erkennung Angststörung	181	82,3%
Erkennung Stressbelastung	166	75,5%
Beschreibung der psychosomatischen Situation	173	78,6%
Erfassung Lebensqualität	195	88,6%
Keine Angaben	9	4,1%

Tabelle 41: Anwendungsbereiche der Fragebögen

Die Hälfte aller Befragten arbeitet zusammen mit **Psychologen** mit der zusätzlichen Qualifikation „**Spezielle Schmerzpsychotherapie**“ (Tabelle 43). Im Vergleich zur letzten Weißbuch Umfrage ist der Anteil der Teilnehmer, die mit Psychologen dieser Zusatzqualifikation zusammenarbeiten von 69,0% auf 50,0% und damit um knapp 20% gesunken.

Spezielle Schmerzpsychotherapie	Häufigkeit	Prozent
Ja	110	50,0%
Nein	108	49,1%
Keine Angaben	2	0,9%
Gesamt	220	100%

Tabelle 43: Spezielle Schmerzpsychotherapie

Ein Drittel aller Befragten arbeitet mit **Physiotherapeuten** zusammen, die die zusätzliche Qualifikation „**Spezielle Schmerzphysiotherapie**“ haben (Tabelle 44).

Spezielle Schmerzphysiotherapie	Häufigkeit	Prozent
Ja	73	33,2%
Nein	141	64,1%
Keine Angaben	6	2,7%
Gesamt	220	100%

Tabelle 44: Spezielle Schmerzphysiotherapie

Die Teilnehmer behandeln Patienten, die unterschiedliche **Chronifizierungsgrade nach MPSS** aufweisen. Die meisten Umfrageteilnehmer geben an, dass Patienten mit einem Chronifizierungsgrad I

bis zu 20% Ihres Anteils ausmachen (136 Nennungen). Patienten mit einem Chronifizierungsgrad II machen bei der Mehrheit der Befragten einen größeren Anteil von bis zu 40% aus (115 Nennungen). Dagegen sind Patienten mit Chronifizierungsgrad III mit einem Anteil von über 60% am häufigsten vertreten (84 Nennungen). **Interpretation:** Die Ergebnisse zeigen das Abbild der langen Schmerzerkrankung mit frustrierten Therapieversuchen in der Regelversorgung (Fehlversorgung). Es gilt eine möglichst frühzeitige Identifikation von Chronifizierungs-Gefährdeten zu vermeiden, wie u.a. in der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz gefordert.

Anteil der Patienten	Chronifizierungsgrad I	Chronifizierungsgrad II	Chronifizierungsgrad III
0-20%	136	53	26
21-40%	9	62	33
41-60%	2	35	44
>60%	1	17	84

Tabelle 42: Anteil der Patienten mit Chronifizierungsgraden I – III

Teil V: Honorarentwicklung – ambulante Versorgung

Hinsichtlich der **Honorarentwicklung** in der **schmerzmedizinischen ambulanten Versorgung** zeigen sich folgende Tendenzen: Die meisten Umfrageteilnehmer (ca. 35 - 44%) gaben an, dass die Honorare zwischen 2020 und 2022 gleichgeblieben sind und es damit *keine Vergütungsentwicklungen* gab (Tabelle 50).

Aus den Angaben der restlichen Umfrageteilnehmer zeigt sich, dass die Honorare 2020 und 2022 eher gestiegen als gesunken sind (2020: 22,7%; 2022: 25,5%), während es 2021 eher zu einer Reduktion als zu einer Steigerung kam (27,7%).

Verglichen mit dem BVSD-Weißbuch 2019 zeigt sich keine wesentliche Veränderung der Einschätzung der Honorarsituation. Auch 2019 gaben die meisten Umfrageteilnehmer an keine Vergütungsentwicklungen festzustellen.

Honorar-entwicklung	2020		2021		2022	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Gestiegen	50	22,7%	40	18,2%	56	25,5%
Gesunken	31	14,1%	61	27,7%	47	21,4%
Gleich geblieben	96	43,6%	79	35,9%	84	38,2%
Keine Angabe	43	19,5%	40	18,2%	33	15,0%
Gesamt	220	100,0%	220	100,0%	220	100,0%

Tabelle 50: Änderungen des Honorars zum Vorjahr

Nahezu jeder zweite ambulant schmerzmedizinisch tätige Umfrageteilnehmer war in den letzten 3 Jahren einer **Regressandrohung** (Tabelle 51) ausgesetzt. In Regressfällen ging es am häufigsten um starke Opioide (14,1%) und Heilmittel (10,0%). Auch in den Umfrageergebnissen von 2019 berichteten knapp 55,0% der Befragten keine Regressandrohung in den letzten 3 Jahren. Bei Regressandrohungen ging es ebenfalls am häufigsten um Heilmittel und starke Opioide.

Als weitere Gründe der Regressdrohungen wurde folgendes genannt: Cannabinoide, Versatis, Circadin, Dronabinol, Osteoporosemittel.

Regresse	Häufigkeit	Prozent
Ja, wegen Medikamenten – Starke Opioide	31	14,1%
Ja, wegen Medikamenten – Antiepileptika	12	5,5%
Ja, wegen Medikamenten – Antidepressiva	9	4,1%
Ja, wegen Heilmitteln	22	10,0%
Nein	117	53,2%
Sonstige	46	20,9%
Keine Angaben	14	6,4%

Tabelle 51: Regressandrohungen

Teil VI: Stationäre/teilstationäre Schmerztherapie

Über ein Drittel der Umfrageteilnehmer ist im **stationären Sektor** tätig (35,9%). Der Anteil der stationär arbeitenden Personen lag 2019 bei 32,4% und hat sich somit nicht wesentlich verändert.

Stationärer Sektor	Häufigkeit	Prozent
Ja	79	35,9%
Nein	135	61,4%
Keine Angabe	6	2,7%
Gesamt	220	100%

Tabelle 52: Tätigkeit im stationären Sektor

Davon sind die meisten vollstationär tätig (70 Nennungen), einige teilstationär (21 Nennungen) und nur wenige in Rehaeinrichtungen tätig (3 Nennungen).

Schmerzmedizinischer Bereich	Häufigkeit
Vollstationär	70
Teilstationär	21
Rehaeinrichtung	3
Keine Angabe	0

Tabelle 53: Schmerzmedizinischer Bereich

Der Großteil der Umfrageteilnehmer, der im teil- oder vollstationären Bereich arbeitet, rechnet über Fallpauschalen ab (83,5%). 15,2% rechnen über „besondere Einrichtung“ ab (15,2%).

Abrechnung	Häufigkeit	Prozent
Fallpauschalen	66	83,5%
„Besondere Einrichtung“	12	15,2%
Keine Angabe	1	1,3%
Gesamt	79	100%

Tabelle 54: Abrechnung im teil- und vollstationären Bereich

Über ein Drittel und damit die meisten der Studienteilnehmer **behandeln** pro Jahr durchschnittlich 100 bis 200 Schmerzpatienten **vollstationär** (34,2%). Im Vergleich zu den Weißbuch-Ergebnissen von 2019 gab hier knapp ein Drittel der Befragten an bis zu 100 Patienten und damit vergleichsweise weniger Patienten vollstationär zu behandeln.

Vollstationäre Behandlung	Häufigkeit	Prozent
< 100	10	12,7%
100 - 200	27	34,2%
200 - 300	17	21,5%
300 - 500	8	10,1%
> 500	10	12,7%
Keine Angabe	7	8,9%
Gesamt	79	100%

Tabelle 55: Anzahl vollstationär behandelter Schmerzpatienten pro Jahr

Davon gaben die meisten Umfrageteilnehmer an, 75 bis 100% von ihnen multimodal nach OPS-Katalog 8-918 zu behandeln (72,2%). Auch in der letzten BVSD-Umfrage gaben die meisten Teilnehmer an 75-100% ihrer Patienten multimodal zu behandeln.

Multimodale Behandlung	Häufigkeit	Prozent
0 - 50%	7	8,9%
50 - 75%	8	10,1%
75 - 100%	57	72,2%
Keine Angabe	7	8,9%
Gesamt	79	100%

Tabelle 56: Anteil multimodal behandelter Schmerzpatienten nach OPS-Katalog 8-918

Der Großteil der Befragten gab eine **Verweildauer** von über 14 Tagen an (49 Nennungen). 17 Teilnehmer nannten eine Verweildauer von 7 bis 13 Tagen und 4 Teilnehmer eine über 21 Tage (Tabelle 57).

Verweildauer	Häufigkeit	Prozent
7- 13 Tage (OPS 8-918.0)	17	21,5%
> 14 Tage (OPS 8-918.1)	49	62,0%
> 21 Tage (OPS 8-918.2)	4	5,1%
Keine Angabe	9	11,4%
Gesamt	79	100%

Tabelle 57: Verweildauer der Patienten

Hinsichtlich des **Stellenschlüssels** zeigen sich folgende Ergebnisse: Im **ärztlichen Bereich** liegt der Stellenschlüssel pro 8 Patienten in Vollkraft am häufigsten zwischen 0,6 und 1,0 (35 Nennungen). Nur 2 Umfrageteilnehmer gaben weniger als 0,6 Vollkraftstellen pro 8 Patienten an und 4 Personen mehr als 2,0 Vollkraftstellen.

Stellenschlüssel Ärztlicher Bereich	Häufigkeit
0 – 0,5	2
0,6 – 1,0	35
1,1 – 1,5	16
1,6 – 2,0	9
2,1 – 2,5	2
2,6 – 3,0	1
> 3	1
Keine Angabe	13

Tabelle 58: Stellenschlüssel pro 8 Patienten in VK im ärztlichen Bereich

Im **psychotherapeutischen Bereich** liegt der Stellenschlüssel auch hier am häufigsten zwischen 0,6 und 1,0 Vollkräften pro 8 Patienten. Jedoch ist der Stellenschlüssel im Vergleich zum ärztlichen Bereich tendenziell geringer, so gaben mehr Teilnehmer einen Stellenschlüssel von nur 0 bis 0,5 Vollkräften an (16 Nennungen) und weniger Teilnehmer einen Stellenschlüssel über 1,5 (6 Nennungen).

Stellenschlüssel Psychotherapeutischer Bereich	Häufigkeit
0 – 0,5	16
0,6 – 1,0	31
1,1 – 1,5	7
1,6 – 2,0	5
2,1 – 2,5	0
2,6 – 3,0	0
> 3	1
Keine Angabe	19

Tabelle 59: Stellenschlüssel pro 8 Patienten in VK im psychotherapeutischen Bereich

Auch im **physiotherapeutischen Bereich** geben die meisten Studienteilnehmer einen Stellenschlüssel zwischen 0,6 und 1 Vollkräften pro 8 Patienten an (37 Nennungen).

Stellenschlüssel Physiotherapeutischer Bereich	Häufigkeit
0 – 0,5	9
0,6 – 1,0	37
1,1 – 1,5	6
1,6 – 2,0	6
2,1 – 2,5	4
2,6 – 3,0	2
> 3	0
Keine Angabe	15

Tabelle 60: Stellenschlüssel pro 8 Patienten in VK im physiotherapeutischen Bereich

Hinsichtlich der **Personalgewinnung** im **ärztlichen Bereich** geben die meisten Umfrageteilnehmer an leichte Probleme (30,4%) oder große Probleme (34,2%) zu haben. Nur ein Fünftel der Befragten gab an gar keine Probleme diesbezüglich zu haben (20,2%).

Im **psychotherapeutischen Bereich** sind die Probleme nach Angaben der Umfrageteilnehmer insgesamt größer als im ärztlichen Bereich. Die meisten Befragten haben sehr große Probleme bei der Personalgewinnung (34,2%). Zudem sind es hier nur 12,7%, die gar keine Probleme mit der Gewinnung von Personal haben.

Im **physiotherapeutischen Bereich** haben die meisten Studienteilnehmer ähnlich wie im ärztlichen Bereich, leichte Probleme (32,9%) oder große Probleme (34,2%) bei der Personalgewinnung.

Personal- gewinnung	Ärztlicher Bereich		Psychotherapeutischer Bereich		Physiotherapeutischer Bereich	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Keine Probleme	16	20,2%	10	12,7%	8	10,1%
Leichte Probleme	24	30,4%	18	22,8%	26	32,9%
Große Probleme	27	34,2%	21	26,6%	27	34,2%
Sehr große Probleme	11	14,0%	27	34,2%	16	20,3%
Keine Angabe	1	1,3%	3	3,8%	2	2,5%
Gesamt	79	100%	79	100%	79	100%

Tabelle 61: Personalgewinnung

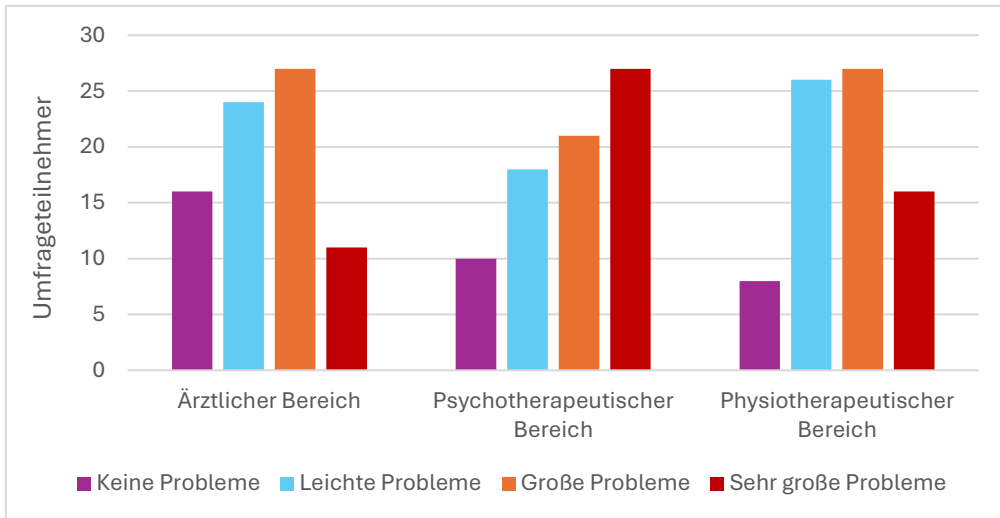


Abbildung 18: Personalgewinnung

Die **durchschnittliche Belegung** über das Jahr liegt zwischen 80% und 90% (44 Nennungen).

Durchschnittliche Belegung	Häufigkeit
50%	1
65%	1
70%	6
75%	5
80%	18
85%	7
90%	19
95%	6
100%	6
Keine Angabe	10

Tabelle 62: Durchschnittliche Belegung über das Jahr

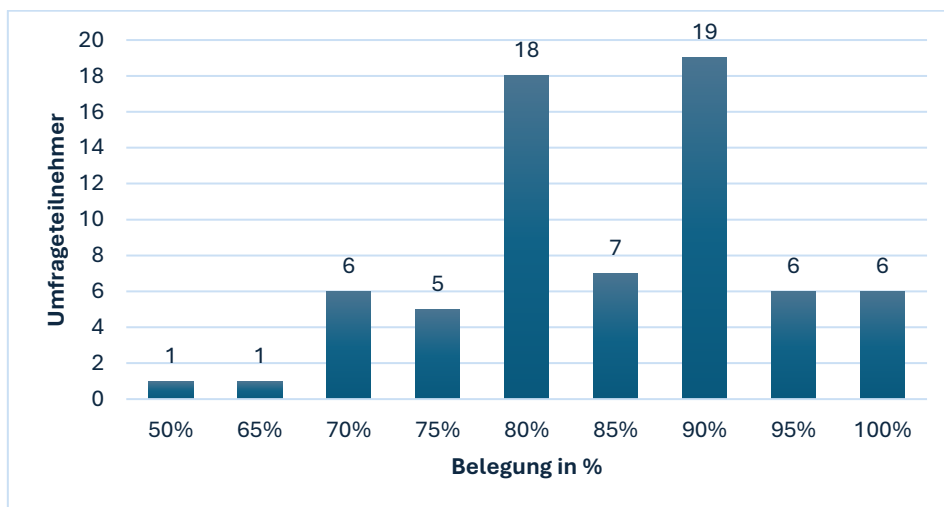


Abbildung 19: Durchschnittliche Belegung über das Jahr

Im Durchschnitt **behandeln** die meisten Umfrageteilnehmer pro Jahr bis zu 100 Patienten **teilstationär** (29,1%). Auch in der letzten BVSD-Weißbuch Ausgabe (2019) behandelte die Mehrheit der Befragten im Jahr bis zu 100 Patienten teilstationär.

Teilstationäre Behandlung	Häufigkeit	Prozent
< 100	23	29,1%
100 - 200	8	10,1%
200 - 300	7	8,9%
300 - 500	3	3,8%
> 500	1	1,3%
Keine Angabe	37	46,8%
Gesamt	79	100%

Tabelle 63: Anzahl teilstationär behandelter Schmerzpatienten pro Jahr

Davon gaben die meisten Studienteilnehmer an, 75 bis 100% von ihnen **multimodal** nach OPS-Katalog 8-91c zu behandeln (21,5%). Ein vergleichbares Ergebnis zeigte sich in der Umfrage von 2019. Auch hier gaben die meisten Teilnehmer an 75-100% ihrer teilstationären Patienten multimodal behandelten (22,9%).

Anteil multimodal behandelter Patienten (teilstationär)	Häufigkeit	Prozent
0 - 50%	12	15,2%
50 - 75%	4	5,1%
75 - 100%	17	21,5%
Keine Angabe	46	58,2%
Gesamt	79	100%

Tabelle 64: Anteil multimodal behandelte Schmerzpatienten nach OPS-Katalog 8-91c

Die meisten Umfrageteilnehmer **behandeln** pro Jahr durchschnittlich weniger als 300 Patienten in einer **Reha-Einrichtung** (19,0%). Auch in der letzten BVSD-Ausgabe (2019) gab der Großteil der Befragten an nicht mehr als 300 Schmerzpatienten pro Jahr in Reha-Einrichtungen zu behandeln (52,9%).

Anzahl Reha-Patienten	Häufigkeit	Prozent
< 300	15	19,0%
300 – 600	0	0,0%
600 - 1000	1	1,3%
> 1000	0	0,0%
Keine Angabe	63	79,7%
Gesamt	79	100%

Tabelle 65: Behandelte Schmerzpatienten in Reha-Einrichtung pro Jahr

Die Mehrheit der Teilnehmer gab an, dass in den Jahren 2020, 2021 und 2022 zwischen 1 und 50 Schmerzpatienten pro Jahr durch **Krankenkassen/MD geprüft** wurden (68,4%). Nur wenige der Befragten teilte mit, dass entweder keine oder mehr als 100 Schmerzpatienten seitens der Krankenkasse/MD geprüft wurden (jeweils 7,6%).

Anzahl durch MD geprüfter Schmerzpatienten	Häufigkeit	Prozent
Keine	6	7,6%
1-25	30	38,0%
26-50	24	30,4%
51-75	5	6,3%
75-100	6	7,6%
> 100	6	7,6%
Keine Angabe	2	2,5%
Gesamt	79	100%

Tabelle 66: Anzahl der durch MD/Krankenkasse geprüften Schmerzpatienten

63,3% und damit der Großteil der Studienteilnehmer gab an, dass in den Jahren 2020, 2021 und 2022 1 bis 25 Schmerzpatienten **negativ von den Krankenkassen/MD begutachtet** wurden (Tabelle 67). Etwa ein Fünftel der Teilnehmer berichtete, dass es zu keinen negativen Gutachten seitens der Krankenkassen/MD kam (21,5%).

Anzahl neg. begutachteter Patienten	Häufigkeit	Prozent
Keine	17	21,5%
1-25	50	63,3%
26-50	2	2,5%
51-75	3	3,8%
75-100	1	1,3%
> 100	2	2,5%
Keine Angabe	4	5,1%
Gesamt	79	100%

Tabelle 67: Anzahl der durch MD/Krankenkasse negativ begutachteten Schmerzpatienten

Die meisten Umfrageteilnehmer gaben an, dass es in den Jahren 2020, 2021 und 2022 aufgrund einer negativen Begutachtung der Schmerzpatienten seitens der Krankenkassen/MD zu 1 bis 25 **Klagen** (44,3%) oder gar keinen Klagen (45,6%) vor den **Sozialgerichten** kam (Tabelle 68).

Anzahl Klagen	Häufigkeit	Prozent
Keine	36	45,6%
1-25	35	44,3%
26-50	0	0,0%
51-75	0	0,0%
75-100	1	1,3%
> 100	1	1,3%
Keine Angabe	6	7,6%
Gesamt	79	100%

Tabelle 68: Anzahl der Klagen vor Sozialgerichten

Hinsichtlich der **Zukunftschancen** der **teil- und vollstationären Schmerzmedizin** schätzen die meisten Umfrageteilnehmer diese als optimistisch ein (38,0%). Hingegen schätzt mehr als ein Viertel der Teilnehmer die Zukunftschancen als pessimistisch (27,8%) und einige sogar als sehr pessimistisch ein (19,0%).

Zukunftschancen	Häufigkeit	Prozent
Sehr optimistisch	4	5,1%
Optimistisch	30	38,0%
Weiß nicht	7	8,9%
Pessimistisch	22	27,8%
Sehr pessimistisch	15	19,0%
Keine Angabe	1	1,3%
Gesamt	79	100%

Tabelle 69: Einschätzung der Zukunftschancen der teil- und vollstationären Schmerzmedizin

In Bezug auf das geplante **Krankenhausreformgesetz** erwartet sich knapp die Hälfte der Umfrageteilnehmer eine Verschlechterung (49,4%). Ein wesentlich kleinerer Anteil erwartet sich eine Verbesserung durch das Gesetz (16,5%) oder keine Veränderung (19,0%).

Erwartung Krankenhausreformgesetz	Häufigkeit	Prozent
Eine Verbesserung	13	16,5%
Keine Veränderung	15	19,0%
Weiß nicht	12	15,2%
Eine Verschlechterung	39	49,4%
Keine Angabe	0	0,0%
Gesamt	79	100%

Tabelle 70: Erwartung vom Krankenhausreformgesetz für die teil- und vollstationäre Schmerzmedizin

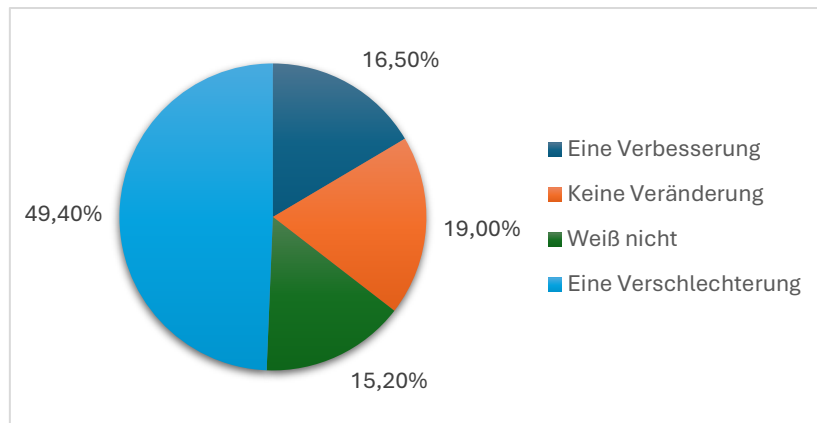


Abbildung 20: Erwartung vom Krankenhausreformgesetz für die teil- und vollstationäre Schmerzmedizin

Teil VII: Weiterbildung

59,5% aller Umfrageteilnehmer besitzen eine **schmerztherapeutische Weiterbildungsbefugnis**. Davon besitzt der Großteil diese für 12 Monate (45,9%). Dagegen besitzt knapp 40% der Teilnehmer keine schmerztherapeutische Weiterbildungsbefugnis (Tabelle 71).

Der Anteil der Studienteilnehmer mit Weiterbildungsbefugnis hat sich seit der letzten BVSD-Umfrage reduziert: 2019 waren es knapp 70% mit und 30% ohne Weiterbildungsbefugnis.

Schmerztherapeutische Weiterbildungsbefugnis	Häufigkeit	Prozent
Ja, für 12 Monate	101	45,9%
Ja, für 9 Monate	2	0,9%
Ja, für 6 Monate	28	12,7%
Nein	87	39,5%
Keine Angabe	2	0,9%
Gesamt	220	100%

Tabelle 71: Besitz einer schmerztherapeutischen Weiterbildungsbefugnis

Von den Teilnehmern, die eine schmerztherapeutische Weiterbildungsbefugnis haben, berichteten 84,2% von ihnen, dass seit Bestehen ihrer Befugnis 0 bis 10 Ärzte ihre Weiterbildung bei ihnen durchlaufen haben. Bei 5,3% der Befragten waren es mehr als 16 Ärzte (Tabelle 72).

Anzahl der durchlaufenden Weiterbildung	Häufigkeit	Prozent
0-1	49	36,8%
2-4	33	24,8%
5-10	30	22,6%
10-15	12	9,0%
>16	7	5,3%
Keine Angabe	2	1,5%
Gesamt	133	100%

Tabelle 72: Anzahl der Ärzte, die ihre Weiterbildung durchlaufen haben

Teil VIII: Zukunft

Frage 49

Zusammenfassung der Ergebnisse von 2019

- Etablierung vernetzter Versorgungsstrukturen
 - o Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors
 - o Aufbau multimodaler Therapiekonzepte im ambulanten Bereich
 - o Interdisziplinäre Netzwerke
- Verankerung der Schmerztherapie in der ärztlichen Ausbildung
- Förderung der Schmerzmedizin durch kassenärztliche Vereinigung
- Anhebung der Honorare
- Problematisch
 - o Drohende Regressforderungen
 - o Fallzahlbegrenzungen
 - o Nachwuchssituation

Zusammenfassung der Ergebnisse von 2023

- **Finanzierung**
 - o Bessere Honorierung (u.a. um größere personelle Ressourcen im interdisziplinären Team zu ermöglichen)
 - o Ausarbeitung der Verträge bzgl. Abrechnungsmöglichkeiten für ambulante MMST
 - o Umstellung der Honorare im ambulanten Sektor mit mehr Abrechnungsindividualität
 - o Niederschwelligerer Zugang zu Abrechnungsmöglichkeiten von Leistungen aus dem EBM
 - o Mehr Finanzressourcen für ambulante Schmerzmedizin
 - o Aufhebung der Budgetierung
 - o Zusätzliches Budget für Ausbildung von Pain und Headache Nurses

- **Abschaffung von Regressen**; Keine rückwirkende Regressforderungen; Verzicht auf Regresse bei der Versorgung chronischer Patienten
- **Strukturierung/Aufbau der Schmerzmedizin**
 - Stärkung des ambulanten Sektors (und Reduktion der voll- und teilstationären Therapiemöglichkeiten); Anreize für ambulante Niederlassung durch stabile Strukturen für ambulant angestellte Ärzte
 - **Ausbau der Behandlungsmöglichkeiten der ambulanten interdisziplinären-multimodalen Schmerztherapie (IMST)**
 - Dringende Notwendigkeit einer **eigenständigen Bedarfsplanung**
 - Unterstützung bei der Digitalisierung; Bedarf an Digitalisierungskonzepten
 - Stärkung des BVSD
- **Status der Schmerzmedizin**
 - **Facharzt für Schmerzmedizin**
 - Umstellung in Facharztbezeichnung, ggf. kombiniert mit Palliativmedizin in eine interdisziplinäre standardisierte Ausbildung
 - Aufklärungsarbeit / Öffentlichkeitsarbeit, z.B. durch Vertretung des Faches in politischen Gremien
 - Mehr Studien mit Evidenz
 - Mehr Anerkennung und Wertschätzung von außen
- **Weiterbildungsförderung**
 - Finanzielle Förderung der Weiterbildung
 - Finanzielle Förderung der Aus- und Weiterbildungsermächtigung (WBE)
 - Finanzierung schmerztherapeutischer Weiterbildungsassistenten in der ambulanten Versorgung
 - Mehr Weiterbildungsstellen
 - Bessere Aus- und Weiterbildung für alle Fachgruppen
- **Vernetzung der Fachgebiete**
 - Förderung von Vernetzungsstrukturen
 - Bessere Verzahnung der Sektoren (vor allem im ambulanten Bereich)
 - Investition in die interdisziplinäre, multimodale, ambulante Versorgung und Zusammenarbeit
 - Z.B. mehr Zulassungen von Psychotherapeuten zur interdisziplinären Zusammenarbeit; vereinfachte Zulassungskriterien für Psychotherapeuten, die Schmerzpatienten behandeln können; mehr schmerz-geschulte Psychotherapeuten
- **Bürokratieabbau**: Reduktion der Bürokratie (z.B. Dokumentation, Anträge, Genehmigungsverfahren)

- Leichterem Zutritt für schon ambulant tätige Kollegen
 - **Eigene Bedarfsplanung**; Erfassen der Bedarfsplanung, dadurch auch Loslösen der Kassenzulassung von den Fachgruppen
 - **Aufhebung der Patientenzahlbergrenze** und damit Vergütung der tatsächlich erbrachten Leistung; Aufhebung der gestaffelten Patientenzahlen
 - Entlastung von MDK-Anfragen: Zusätzliches Personal für zeitlichen Aufwand durch MDK-Bearbeitung
 - Individuell abgestufte, realitätsbezogene Behandlungsschema (dem Arzt und nicht den Krankenkassen oder dem Medizinischen Dienst über Therapieoptionen entscheiden lassen)
 - Aufhebung von Dokumentationszwängen: Weniger Dokumentations- und Nachweispflicht für erbrachte Leistungen, weniger Verwaltungsdokumentation
 - Beendigung willkürlicher MD-Prüfungen
- **Nachwuchsförderung**
- Ärzte, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten
 - Durch aktuelle wirtschaftliche Aussichten ist Motivation im ambulanten Sektor nicht gegeben
- **Größere Auseinandersetzung, Einblick und Berücksichtigung der Schmerzmedizin**
- Schmerzmedizin in Humanmedizinstudiengang integrieren
 - Schmerztherapeutische Praktika im Studium
 - Schmerztherapeutische Ausbildungsinhalte in allen Facharztfächern
 - Frühere Einstiegsmöglichkeiten (nicht erst nach Facharzt)

Frage 50

Zusammenfassung der Ergebnisse von 2023

- Positiv
 - Arbeit selbst macht große Freude
 - Inhaltlich Freude an der Schmerztherapie aber durch finanzielle und zeitliche Belastung Veränderung notwendig; grundsätzlich großes Interesse an Arbeit in IMST-Einrichtung
- Pläne/Wünsche
 - Etablieren einer ambulanten MMST
 - Weitermachen wie bisher aber mit zusätzlichem ambulantem Angebot
 - Bessere Vereinbarkeit stationär und ambulant; Aufweichung der Sektorengrenzen
 - Wunsch nach weniger administrativen und organisatorischen Aufgaben in der Niederlassung

- Ungewiss/Negativ
 - o Frustration
 - o Zukunft der Schmerztherapie von Finanzierung abhängig
 - o Daher frühzeitig in Rente / durchhalten
 - o Mangelnde Vergütung und Finanzierung
 - o Einrichtungen und Abteilungen müssen geschlossen werden
 - o Mangel an Personal, Abteilung muss voraussichtlich geschlossen werden
 - o Überlegung niedergelassene Tätigkeit aufzugeben
 - o Unsicherheit, ob ambulante Schmerztherapie zukünftig noch möglich
 - o Belastung durch dokumentarischen Aufwand und finanziellen Druck
 - o Sorgenvoll und Ungewissheit, ob Abteilung den nächsten Jahren bestehen bleiben kann
 - o Finanzierung durch Schmerztherapie mangelhaft; ambulante Therapie finanziell unattraktiv
 - o Unklar, ob Nachfolger gefunden werden kann
 - o IMST-Team hoch belastet durch Personalmangel

Grundsätzlich spricht die Mehrheit der Umfrageteilnehmer darüber große Freude an der multimodalen Schmerztherapie zu haben. Bezogen auf die Arbeit selbst besteht der allgemeine Wunsch und das Interesse am Fortbestand und Ausbau der MMST und des ambulanten Angebots. Jedoch sehen die meisten Teilnehmer der Zukunft der Schmerzmedizin sorgenvoll entgegen. Es herrscht große Unsicherheit und Frustration in Bezug auf das derzeitige Gesundheitssystem. Die mangelnde Finanzierung und Vergütung gefährden die Zukunft der Schmerzmedizin. Es gebe einen hohen Personalmangel, der die Arbeit zusätzlich herausfordere. Die Teilnehmer sprechen auch von bürokratischen Hürden durch große dokumentarische Aufwände, die ihre Arbeit belastet und die ambulante Niederlassung durch administrative und organisatorische Aufgaben erschwert. Zudem hänge die Zukunft der Schmerzmedizin von der Findung von Nachfolgern ab. Dies gelingt nach Angaben der Befragten aufgrund der oben genannten Punkte bisher den wenigsten und wird als problematisch angesehen. Einige Teilnehmer geben auch an vorzeitig in Rente gehen zu wollen oder ihre ambulante schmerzmedizinische Tätigkeit aufzugeben.

Eine gute oder interessante Zusammenfassung eines Teilnehmers:

Zeile 93: „Ich bin nun bald 60 Jahre alt, habe unverändert riesigen Spaß an meiner mich absolut befriedigenden Arbeit, freue mich arbeitstäglich auf bzw. über die Kontakte mit meinen oft langjährigen Patienten und würde gerne noch bis 70 schmerztherapeutisch tätig sein. Allerdings sind die Rahmenbedingungen derzeit so deprimierend, dass ich wohl in 5 Jahren den Umfang meiner Tätigkeit halbieren und mich mit 67 Jahren endgültig in den Ruhestand verabschieden werde. Ich kann nur hoffen, dass mir bzw. uns in den mir noch verbleibenden 7 Jahren ärztlicher Tätigkeit, dieses völlig überbürokratisierte, fehlfinanzierte, bevormundende und unglaublich dilettantisch geführte Gesundheitssystem nicht um die Ohren fliegt. Die Rendite hat in der Medizin mittlerweile einen weitaus

höheren Stellenwert als die Gesundheit der uns anvertrauten Menschen. Eine für mich überaus traurige und ernüchternde Perspektive nach mehr als 30 Jahren ärztlicher Tätigkeit.“

Fazit

Die Ergebnisse des BVSD-Weißbuches 2024 zeigen einen sich offensichtlich verstetigenden Trend hin zu einer zunehmend kritisch beurteilten schmerzmedizinischen Versorgungssituation - sowohl im ambulanten, als auch im voll- und teilstationären Bereich in Deutschland (BVSD-Weißbuch 2012, 2019). Eine skeptische Einschätzung über die zukünftige schmerzmedizinische Versorgung dominiert, nicht zuletzt aufgrund des geplanten Krankenhausreformgesetzes und den damit zusammenhängenden möglichen negativen Konsequenzen für die zukünftige schmerzmedizinische Versorgung insgesamt. Dies verwundert nicht, angesichts der im BVSD-Weißbuch 2024 zum Ausdruck kommenden Diskrepanz zwischen hohen fachlichen und qualitativen Ansprüchen an die Schmerzmedizin, einem hohen Versorgungsbedarf, einer fehlenden wirtschaftlichen Attraktivität schmerzmedizinischer Tätigkeit und einer hohen Altersstruktur der Leistungserbringer (80 Prozent der Umfrageteilnehmer sind älter als 50 Jahre, nur 3 Prozent unter 40 Jahre).

Im ambulanten Bereich ist festzustellen, dass sich die Umfrageteilnehmer einer hohen Versorgungsqualität verpflichtet sehen: 86 Prozent nehmen an der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) teil. Außerdem sind 75 Prozent der Umfrageteilnehmer ausschließlich schmerztherapeutisch tätig. Verglichen mit der hohen Altersstruktur dürfte vor allem diese Gruppe von der Überalterung betroffen sein. Dies bedeutet, dass die zukünftige schmerzmedizinische Schwerpunktversorgung besonders gefährdet ist.

Die meistbehandelten Schmerzarten nach Angabe der Befragten sind Schmerzen des muskuloskelettalen Systems der Wirbelsäule (99,1%) und der Gelenke (98,2%). Ähnlich häufig genannt wurden die Behandlung neuropathischer Schmerzen (96,8%), gefolgt von Migräne/ Kopf- und Gesichtsschmerzen (89,5%). Dennoch zeigen alle weiteren Schmerzarten, die von der Mehrheit der Umfrageteilnehmer behandelt werden, dass in der Schmerzmedizin ein breites und spezialisiertes Fachwissen erforderlich ist, welches eine breit gefächerte medizinische Ausbildung, auch in psychischen Erkrankungen, voraussetzt. Das Konzept einer integrativ-multidisziplinären Schmerztherapie stellt den Standard dar, der in keinem anderen medizinischen Fachgebiet existiert.

Die meisten behandelten Schmerzpatienten sind zwischen 51 und 60 Jahre alt. Jeder zweite Patient mit chronischen Schmerzen hat demnach noch zwischen sieben und 17 Jahren Berufstätigkeit vor sich. Wie durch Studien belegt erreicht die multimodale Schmerztherapie eine back-to-work-Rate von 60 Prozent. Dadurch wird eine Umkehr von Sozialversicherungsempfängern zu Beitragsleistenden möglich.

Die weitaus meisten Schmerzpatienten weisen eine bereits fortgeschrittene Chronifizierung auf, sind demnach außerhalb der Schmerztherapie nicht mehr bedarfsgerecht zu versorgen. Das bestätigt einerseits die Rolle der Schmerzmediziner, die Patienten versorgen, die in der üblichen fachbezogenen Betreuung „durchs Raster fallen“, andererseits aber auch die Einschätzungen, dass die Patienten spät den Weg in eine schmerzmedizinische Einrichtung finden.

Die Wartezeit der schmerzmedizinischen Einrichtungen zwischen dem Erstkontakt mit dem chronischen Schmerzpatienten und einem ersten Behandlungstermin liegt weiterhin auf einem hohen Niveau. Die Wartezeiten liegen für die meisten Umfrageteilnehmer bei bis zu 12 Wochen (38,6%). Angesichts der im Verhältnis zur Anzahl von Schmerzpatienten zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten zeigt sich hier abermals das Maß an schmerzmedizinischer Unterversorgung.

Der Durchschnittswert zwischen den ersten Symptomen und den ersten schmerztherapeutischen Maßnahmen liegt mit rund dreieinhalb Jahren weiterhin ebenfalls auf einem sehr hohen Niveau. Im Vergleich zur letzten BVSD-Umfrage von 2019 hat sich der Zeitraum um etwa ein halbes Jahr verringert (2019: 3,97 Jahre). Nach Angaben der Befragten sind die Zeiträume am kürzesten in Hamburg (im

Durchschnitt 1,75 Jahre) und Bremen (im Durchschnitt 2,0 Jahre). Die längsten Zeiträume sind in Thüringen (durchschnittlich 5,5 Jahre) und Berlin (durchschnittlich 5,09 Jahre).

Die Daten dieser Studie bestätigen somit die Feststellung des G-BA (2022): „Die Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten ist in Deutschland weder quantitativ noch qualitativ sichergestellt. Es besteht ein Mangel an multidisziplinär und professionell ausgerichteten Schmerzzentren und es fehlt an Spezialisten der medizinischen, psychologischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung (...). Dies weist auf Strukturmängel hin.“

Zentrales Thema für die Umfrageteilnehmer im voll- und teilstationären Versorgungssektor stellt die aktuell geplante Krankenhausreform dar. Die damit einhergehenden Sorgen um die Existenz voll- und teilstationärer schmerzmedizinischer Einrichtungen betreffen Leistungserbringer und Patienten gleichermaßen. In Deutschland existieren rund 450 stationären/teilstationäre schmerzmedizinische Einrichtungen, die nach einem multimodalen Behandlungskonzept arbeiten. Aufgrund bestehender defizitärer Strukturen und des Fehlens eines Facharztes für Schmerzmedizin droht diese schmerzmedizinische Versorgung Schaden zu nehmen, da die geplante Systemumstellung auf Leistungsgruppen schmerzmedizinische Komplexbehandlungen bislang ignoriert. Hierfür das notwendige Bewusstsein zu schaffen und Lösungswege aufzuzeigen, wird als die berufspolitische Herausforderung der nächsten Jahre gesehen.

Die Umfrageergebnisse zeigen auch: Die teilstationäre schmerzmedizinische Versorgung ist weiterhin unterrepräsentiert und muss flächendeckend ausgebaut werden. Rehabilitationsmaßnahmen sind kein Ersatz für eine multimodale Schmerztherapie.

Voll- und teilstationär werden anspruchsvolle Therapien durchgeführt, da chronische Schmerzpatienten eine hohe Therapiedosis benötigen. Dennoch wird durch die Umfrageergebnisse deutlich, dass grenzwertig niedrige Personalschlüssel - ärztlich, psychologisch-psychotherapeutisch und physiotherapeutisch - einhergehen mit teilweise erheblichen Problemen der Personalgewinnung. Immer noch haben Psychologische Psychotherapeuten im öffentlichen Dienst keine Aufstiegschancen und die besondere Belastung von Physiotherapeuten wird nicht honoriert. Unverändert sehen die Kassen die Möglichkeit, über hohe Prüfquoten Kosten einzusparen und werden dabei vom Medizinischen Dienst unterstützt. Dies führt nicht zuletzt zu einer unnötigen Belastung der Sozialgerichte.

Anhang

Teil I: Berufsgruppe und Position

Frage 1a: Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?

S. Tabelle 3.

Frage 1b: (Nur für Ärzte): Welche fachärztliche Qualifikation(en) vertreten Sie? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 4.

Frage 2a: Wie ist Ihr persönliches Beschäftigungsverhältnis? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 5.

Frage 2b: Ihre schmerzmedizinische Therapie erfolgt... (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 6.

Frage 2c: Ihr schmerzmedizinisches Angebot firmiert als... (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 7.

Teil II: Ambulante Schmerzmedizin

Frage 3: Sind Sie im ambulanten Sektor tätig? (Falls nein, weiter mit Frage 10)

S. Tabelle 8.

Frage 4a: Welcher KV gehören Sie an?

S. Tabelle 9.

Frage 4b: Welcher Fachrichtung ist Ihre persönliche Zulassung zugeordnet?

S. Tabelle 10.

Frage 4c: Wie viele Schmerzpatienten behandeln Sie im Quartal?

S. Tabelle 11.

Frage 5: Nehmen Sie an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V (QSV) teil? (Falls nein, weiter mit Frage 10)

S. Tabelle 12.

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

S. Tabelle 13.

Frage 7a: Falls Sie von der Fallzahlbegrenzung BETROFFEN SIND: Wie viele Schmerzpatienten behandeln Sie im Quartal nach der Abrechnungsziffer EBM 30702?

S. Tabelle 14.

Frage 7b: Wie viele Schmerzpatienten behandeln Sie im Quartal nach der Abrechnungsziffer EBM 30704?

S. Tabelle 15.

Frage 8: Sie sind als Ärztin/Arzt ...

S. Tabelle 16.

Frage 9: Wie viele Patienten behandeln Sie im Quartal nach der Grundpauschale Ihrer Fachgruppe?

S. Tabelle 17.

Teil III: Patienten

Frage 10: Wie viele Neuaufnahmen chronischer Schmerzpatienten pro Quartal haben Sie?

S. Tabelle 18.

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

S. Tabelle 19.

Frage 11b: Zu welchem Prozentsatz behandeln Sie die oben angegebenen Schmerzen?

S. Tabelle 20.

Frage 12: Wie lange ist die Wartezeit Ihrer schmerzmedizinischen Einrichtung zwischen dem Erstkontakt mit dem chronischen Schmerzpatienten und einem ersten Behandlungstermin? (geschlossene Antwortmöglichkeiten)

S. Tabelle 21.

Frage 12a. Wie lange ist die Wartezeit Ihrer schmerzmedizinischen Einrichtung zwischen dem Erstkontakt mit dem chronischen Schmerzpatienten und einem ersten Behandlungstermin (z.B. 5 Monate)? (offene Antwortmöglichkeiten)

S. Tabelle 22.

Frage 13: Wie hoch ist das durchschnittliche Alter Ihrer chronischen Schmerzpatienten? (in Jahren)

S. Tabelle 23.

Frage 14: 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 24 und 24.1 (Vergleich zwischen KV).

Frage 15. Wie schätzen Sie den Erfolg Ihrer Arbeit ein? (Sehr gut/Gut/Ohne Veränderung/Schlechter/Sehr schlecht) Ihren Patienten geht es durch Ihre therapeutischen Maßnahmen durchschnittlich hinsichtlich...

S. Tabelle 25.

Frage 16: Nutzen Sie zur Erfolgskontrolle Ihrer Arbeit einen Verlaufsbogen?

S. Tabelle 26.

Frage 17. Welche Fragebogeninstrumente. nutzen Sie in Ihrer Arbeit? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 27.

Teil IV: Behandlungsmethoden und -qualität

Frage 18a. Wie würden Sie Ihr Therapiekonzept in den folgenden 3 Dimensionen am ehesten einordnen?

S. Tabelle 28.

Frage 18b. Wie würden Sie Ihr Therapiekonzept in den folgenden 3 Dimensionen am ehesten einordnen?

S. Tabelle 29.

Frage 18c. Wie würden Sie Ihr Therapiekonzept in den folgenden 3 Dimensionen am ehesten einordnen?

S. Tabelle 30.

Frage 19a: Welche dieser 6 invasiven Verfahren nutzen Sie in Ihrer Therapie? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 31.

Frage 19b: Welche dieser bildgebenden Verfahren nutzen Sie in Verbindung mit invasiven Verfahren? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 32.

Frage 20: Welche medikamentösen Verfahren nutzen Sie in Ihrer therapeutischen Tätigkeit? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 33.

Frage 21: Welche Koanalgetika setzen Sie in Ihrer Therapie ein? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 34.

Frage 22: Bieten Sie Akupunkturleistungen an? (Wenn nein, weiter mit Frage 23)

S. Tabelle 35.

Frage 22a: Bei wieviel Prozent Ihrer Patienten führen Sie Akupunkturen durch?

S. Tabelle 36.

Frage 23: Welche nicht-medikamentösen Verfahren setzen Sie schmerztherapeutisch ein?
(Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 37.

Frage 24: Nutzen Sie die eingesetzten Schmerzfragebogen im Rahmen des Erstgesprächs?

S. Tabelle 38.

Frage 25: Nutzen Sie einen Verlaufsfragebogen?

S. Tabelle 39.

Frage 26: Von welcher Bedeutung sind für Sie die Patientenantworten der eingesetzten Fragebogen für Ihre schmerztherapeutischen Entscheidungen?

S. Tabelle 40.

Frage 27: Wofür nutzen Sie Fragebogeninstrumente? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 41.

Frage 28: Welcher Anteil Ihrer Patienten hat welchen Chronifizierungsgrad nach MPSS?

S. Tabelle 42.

Frage 29: Arbeiten Sie mit einem Psychologen mit Qualifikation „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ zusammen?

S. Tabelle 43.

Frage 30: Arbeiten Sie mit einem Physiotherapeuten mit Qualifikation „Spezielle Schmerzphysiotherapie“ zusammen?

S. Tabelle 44.

Frage 31: Haben Sie therapeutische Erfahrungen mit Cannabinoiden? (Wenn nein, weiter mit Frage 36.)

S. Tabelle 45.

Frage 32: Wenn ja: welche Substanzen setzen Sie ein? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 46.

Frage 33: Für welche Indikationen setzen Sie Cannabis ein? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 47.

Frage 34: Haben Sie Erfahrungen in der Antragstellung bei den Krankenkassen für Cannabis?

S. Tabelle 48.

Frage 35: Wie viele Anträge wurden bisher abgelehnt?

S. Tabelle 49.

Teil V: Honorar

Frage 36: 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 50.

Frage 37: Hatten Sie in den letzten 3 Jahren eine Regressandrohung? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 51.

Teil VI: Stationäre/teilstationäre Schmerztherapie

Frage 38: Sind Sie im stationären Sektor tätig? (Falls nein, bitte weiter mit Frage 47.)

S. Tabelle 52.

Frage 38a: In welchem schmerzmedizinischen Bereich sind Sie im stationären Sektor tätig? (Mehrfachnennung möglich)

S. Tabelle 53.

Frage 38b: Falls Sie im teil- oder vollstationären Bereich arbeiten: Rechnen Sie über Fallpauschalen oder als „besondere Einrichtung“ ab?

S. Tabelle 54.

Frage 39a: Wie viele Schmerzpatienten behandeln Sie durchschnittlich pro Jahr vollstationär?

S. Tabelle 55.

Frage 39b: Wie viele davon behandeln Sie multimodal nach OPS-Katalog 8-918 (in %)?

S. Tabelle 56.

Frage 40a: Wie lange ist die Verweildauer Ihrer Patienten (in %)?

S. Tabelle 57.

Frage 40b.1: Wie ist Ihr Stellenschlüssel pro 8 Patienten in VK – Vollkraft im ärztlichen Bereich (ohne Urlaub, Krankheit, Fortbildung; z.B. 1,0VK für 8 Patienten)?

S. Tabelle 58.

Frage 40b.2: Wie ist Ihr Stellenschlüssel pro 8 Patienten in VK – Vollkraft im psychotherapeutischen Bereich (ohne Urlaub, Krankheit, Fortbildung; z.B. 1,0VK für 8 Patienten)?

S. Tabelle 59.

Frage 40b.3: Wie ist Ihr Stellenschlüssel pro 8 Patienten in VK – Vollkraft im physiotherapeutischen Bereich (ohne Urlaub, Krankheit, Fortbildung; z.B. 1,0VK für 8 Patienten)?

S. Tabelle 60.

Frage 40c: Haben Sie Probleme, Personal zu gewinnen?

S. Tabelle 61.

Frage 40d: Wie ist Ihre durchschnittliche Belegung über das Jahr (in %)?

S. Tabelle 62.

Frage 41a: Wie viele Schmerzpatienten behandeln Sie durchschnittlich pro Jahr teilstationär?

S. Tabelle 63.

Frage 41b: Wie viele davon behandeln Sie multimodal nach OPS-Katalog 8-91c (in Prozent)?

S. Tabelle 64.

Frage 42: Wie viele Schmerzpatienten behandeln Sie durchschnittlich pro Jahr in einer Reha-einrichtung?

S. Tabelle 65.

Frage 43: Wie viele Ihrer Schmerzpatienten wurden in den Jahren 2020, 2021 und 2022 pro Jahr seitens der Krankenkassen/MD geprüft?

S. Tabelle 66.

Frage 44: Wie viele Ihrer Schmerzpatienten wurden in den Jahren 2020, 2021 und 2022 seitens der Krankenkassen/MD negativ begutachtet?

S. Tabelle 67.

Frage 45: Wie viele Klagen vor den Sozialgerichten erfolgten in den Jahren 2020, 2021 und 2022 aufgrund einer negativen Begutachtung Ihrer Schmerzpatienten seitens der Krankenkassen/MD?

S. Tabelle 68.

Frage 46a: Die Zukunftschancen der teil- und vollstationären Schmerzmedizin schätze ich eher ein als...

S. Tabelle 69.

Frage 46b: Vom geplanten Krankenhausreformgesetz erwarte ich mir für die teil- und vollstationäre Schmerzmedizin ...

S. Tabelle 70.

Teil VII: Weiterbildung

Frage 47: Besitzen Sie eine schmerztherapeutische Weiterbildungsbefugnis?

S. Tabelle 71.

Frage 48: Wenn Sie eine schmerztherapeutische Weiterbildungsbefugnis besitzen:
Wie viele Ärzte/Ärztinnen haben Ihre Weiterbildung seit Bestehen Ihrer Befugnis durchlaufen?

S. Tabelle 72.

Teil VIII: Zukunft

Frage 49: Wie könnte Ihrer Meinung nach die schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland langfristig sichergestellt werden? (offene Antwortmöglichkeit)

Frage 50: Wie stellen Sie sich Ihre berufliche Zukunft in der Schmerzmedizin vor? (offene Antwortmöglichkeit)

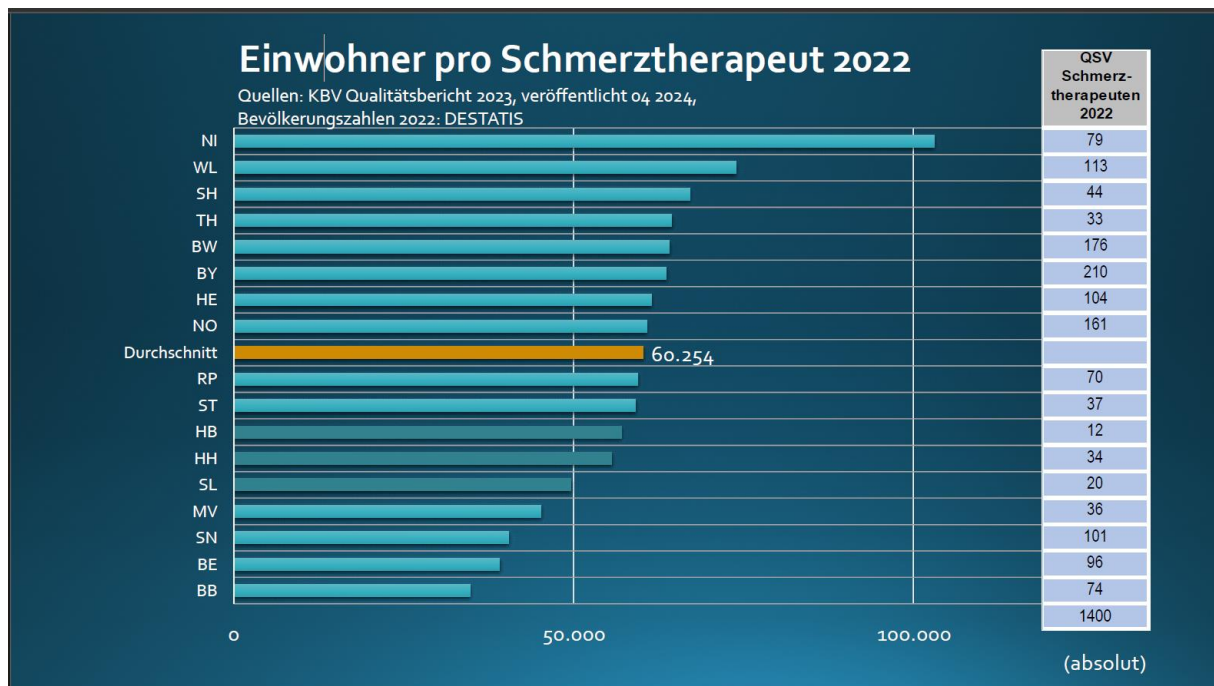
Teil IX: Demografische Daten

Frage 51: Ihr Geschlecht

S. Tabelle 1.

Frage 52: Ihr Alter

S. Tabelle 2.



Grafische Ausarbeitung des KBV-Qualitätsberichts 2023 mit der Anzahl QSV-Schmerztherapeuten (Teilnahme an der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)) an der Bevölkerungszahl je KV-Bereich (Dr. Eberhardt Sumpf, 2024)

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, Sophie Schenk, Wolfgang Straßmeir

Stand

September 2024

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