

## 2. Nationales Schmerzforum 17.09.15

„Schmerz in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen“

Statement Dr. Martina Wenker, Vizepräsidentin Bundesärztekammer

### **Themenfeld I „Schmerzversorgung im Rahmen der Krankenhausplanung und Qualitätssicherung auf Landes- und Bundesebene“**

Überschrift Krankenhausstrukturgesetz, KHSG-basierte qualitätsorientierte Krankenhausplanung, hierzu 2 Anmerkungen, 2 Fragen:

1. Was ist eine qualitativ gute Schmerzversorgung, wie kann man diese messen?
  2. Was kann die BÄK hierzu beitragen?
- 
1. Gutes und erfolgreiches Schmerzmanagement ist ein komplexes Querschnittsthema verschiedener Berufsgruppen und Fachdisziplinen in multi- und interprofessioneller Zusammenarbeit.

Um es auf den Punkt zu bringen: Ein schlichter Q-Indikator „Schmerz oder Nicht-Schmerz“ als Grundlage evtl. Vergütungszu- oder –abschläge im Rahmen künftiger Krankenhausfinanzierung wird dem Problem nicht annäherungsweise gerecht werden. Erforderlich ist zunächst eine systematische Entwicklung valider QS-Instrumente zur Bearbeitung dieses QS-Querschnittsthemas, analog beispielweise zu Hygiene/nosokomiale Infektionen, Entlassmanagement, Risikomanagement/Fehlermeldesysteme, Dekubitusprophylaxe.

Hier appelliere ich eindrücklich an G-BA, an IQTIG, aber auch an die Länder wenn es um Krankenhausplanung geht, zunächst eine systematische Entwicklung entsprechend valider QS-Instrumente zu forcieren.

## 2. Wie können wir hier als BÄK unterstützen?

Das Erreichen und Sichern einer hohen ärztlichen Behandlungsqualität ist ein zentrales Anliegen der ärztlichen Profession in Deutschland. Medizinische Fachgesellschaften und Berufsverbände entwickeln z. B. Leitlinien und Behandlungsempfehlungen für Klinik und Praxis. Um Qualität auch messen zu können, führen zahlreiche Initiativen unterschiedlicher Träger in verschiedenen Versorgungsbereichen Qualitätssicherungsmaßnahmen auf freiwilliger Basis durch. Auch die Ärztekammern verfügen – neben ihrer Kernaufgabe, der Sicherung der ärztlichen Qualifikation in Fort- und Weiterbildung – über langjährige Erfahrung und Kompetenz in der ärztlichen Qualitätssicherung. Man kann zusammenfassend von einer umfangreichen „Qualitätssicherungslandschaft“ sprechen, die in Deutschland außerhalb der gesetzlichen Qualitätssicherung nach Sozialgesetzbuch V bzw. anderen Gesetzen besteht. Ein genauer Überblick über diese Landschaft war bis dato nicht möglich, da es kein zentrales Verzeichnis dafür gibt.

Die Bundesärztekammer hat daher das BQS-Institut ([www.bqs-institut.de](http://www.bqs-institut.de)) beauftragt, eine Datenbank für freiwillige ärztliche Qualitätssicherungsinitiativen zu entwickeln. Diese Datenbank soll eine Übersicht über Qualitätssicherungsprojekte in Deutschland geben, die sich nicht auf gesetzlichen Regelungen gründen, sondern freiwillig sind und unter maßgeblicher Beteiligung der Ärzteschaft entstanden. Die Datenbank auf <http://www.aeqsi.de> soll Ärzten, die an der Teilnahme an einer Qualitätssicherungsinitiative in ihrem Fachbereich interessiert sind, eine anwenderfreundliche Recherchemöglichkeit bieten. Zugleich soll sie Anbietern dieser Initiativen ermöglichen, deren Bekanntheitsgrad zu steigern

Aus dem Bereich der Schmerztherapie lassen sich mehrere ärztlich initiierte QS-Initiativen über die Homepage der Bundesärztekammer in unserem Projekt ÄQSI identifizieren, beispielhaft

- Gesellschaft für Qualifizierte Schmerztherapie - Certkom e.V.
- QUIPS - Qualitätssicherung in der postoperativen Schmerztherapie
- KEDOQ-Schmerz (KErnDokumentation und Qualitätssicherung in der Schmerztherapie)
- Zertifizierungsverfahren "Qualitätsmanagement Akutschmerztherapie"
- Betreuungsnetz für schwerkranke Kinder

Hier möchte ich Sie einfach mal einladen, sich diese freiwilligen QS-Projekte anzuschauen.

## **Themenfeld II „Akutschmerztherapie, stationäre Schmerztherapie sowie Schmerzambulanzen in Krankenhäusern“**

Was brauchen wir? Hierzu 3 Anmerkungen:

1. **Klare und definierte strukturelle und personelle Qualitätsvorgaben**, vorbildlich (Juli 2015): Struktur der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland: Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen, Konsens der „Gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“
2. **Engagiertes und motiviertes Personal** sowohl in der Pflege als auch im ärztlichen Bereich. Personalknappheit, Arbeitsverdichtung, Zeitmangel sind keine guten Voraussetzungen für ein erfolgreiches Schmerzmanagement. Apell an alle Verantwortlichen: Statten sie die

Krankenhäuser mit den erforderlichen personellen und finanziellen Ressourcen aus, da ist ein immenser Nachholbedarf!

### 3. **Fachlich qualifiziertes ärztliches Personal:**

In der jetzigen (Muster-)Weiterbildungsordnung ist die Schmerzbehandlung auf verschiedenen Ebenen im Weiterbildungsrecht verankert.

- Der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinen Schmerztherapie gehört zum Weiterbildungsinhalt aller Fachgebiete.
- Darüber hinaus ist die Erkennung und Behandlung von Schmerzen auch gebietsspezifischer Inhalt vieler Weiterbildungsgänge
- und es besteht ergänzend für jeden Facharzt seit 1996 die Möglichkeit, eine fächerübergreifende Qualifikation, die Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie, zu erwerben. Diese qualifiziert insbesondere auch zur Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen, die einen eigenständigen Krankheitswert haben (sog. Schmerzkrankheit oder chronisches Schmerzsyndrom mit negativen biopsychosozialen Konsequenzen).

Somit ist die Schmerztherapie bereits jetzt Teil der Weiterbildung für alle Fachärzte bzw. als Spezialisierung zu erwerben. Im Rahmen der derzeitigen Novellierung der MWBO ist geplant, in Ergänzung zu dem bereits bestehenden, soeben skizzierten Stufenkonzept

- in allen Fächern mit Patientenbezug ganz konkret die "Diagnostik und Therapie akuter und chronischer Schmerzen" als gebietsspezifischen Weiterbildungsinhalt mit aufzunehmen.

- Darüber hinaus wird überlegt, die gebietsbezogene symptomatische Behandlung akuter Schmerzen, z. B. nach Operationen oder akuten Entzündungen, oder chronischer Schmerzen, die noch keinen eigenen Krankheitswert haben, in der Weiterbildung eines jedes Fachgebietes mit Patientenbezug zu verankern.

Wir setzen hiermit eine der 5 Kernforderungen des 117. DÄT 2014 in Düsseldorf um, die Stärkung schmerzmedizinischer Kompetenz in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung mit dem Ziel, dass jeder klinisch tätige Arzt mit den schmerzmedizinischen Problemen seiner Patienten vertraut sein muss.

### **Themenfeld III „Schmerzversorgung in Pflegeeinrichtungen“**

In den letzten Jahren hat sich der Deutsche Ärztetag regelmäßig mit dem sich wandelnden Versorgungsbedarf der Bevölkerung mit immer mehr älteren, multimorbiden und pflegebedürftigen Patienten befasst, die auf eine wohnortnahe stattfindende Versorgung in der häuslichen Umgebung oder im Alten- und -pflegeheim angewiesen sind.

- Der Deutsche Ärztetag hat im Jahr 2011 festgestellt, dass die wohnortnahe ambulante ärztliche Versorgung, vor allem die hausärztliche Versorgung, zur elementaren Daseinsvorsorge unseres Sozialstaates gehört.
- Der Deutsche Ärztetag 2014 hat dieses in Bezug auf die Schmerzmedizin dahingehend konkretisiert, dass dieses insbesondere auch für eine adäquate und für die betroffenen Patienten jederzeit flächendeckend und wohnortnah verfügbare schmerzmedizinische Versorgung zutrifft.

Gerade auch in Pflegeeinrichtungen ist doch in der Regel der Hausarzt der erste Ansprechpartner für alle Gesundheitsprobleme, so auch für Patienten mit akuten und chronischen Schmerzen. Ihm kommt dabei zunächst die Aufgabe zu, das Leitsymptom „akuter Schmerz“ vom chronischen Schmerz abzugrenzen und eine weitere Diagnostik und Differentialdiagnostik einzuleiten. Des Weiteren ist es seine Aufgabe einen Therapieplan zu erstellen und erste therapeutische Maßnahmen zu ergreifen. Unter hausärztlicher Koordination erfolgt im Sinne einer gestuften Versorgung die Hinzuziehung weiterer fachärztlicher Expertise bis hin zu spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen mit einem interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsteam. Damit obliegen dem Hausarzt, dem Arzt im Pflegeheim, die Koordinationsfunktion in enger, vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den Fachärzten sowie die federführende Koordinierung zwischen den Versorgungsebenen.

Auch dieses lassen sich mich abschliessend auf den Punkt bringen: Eine Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen kann nur einhergehen mit einer konsequenten Stärkung der hausärztlichen wohnortnahen Versorgung und mit einer Stärkung der schmerzmedizinischen Kompetenz aller patientenversorgenden ärztlichen Fachgebiete.