

## **Antrag**

**der Abg. Rainer Hinderer u. a. SPD**

**und**

## **Stellungnahme**

**des Ministeriums für Soziales und Integration**

### **Umsetzung des Beschlusses der 88. Gesundheitsministerkonferenz zum Thema „Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung“ in Baden-Württemberg**

Antrag

Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen  
zu berichten,

1. wie sich die Zahl der mit chronischen Schmerzen behandelten Patientinnen und Patienten an Krankenhäusern in Baden-Württemberg in den letzten fünf Jahren entwickelt hat (bitte differenziert nach Alter und Diagnose);
2. wie sich die bei den Krankenkassen entstehenden Behandlungskosten für chronische Schmerzpatientinnen und -patienten in den letzten fünf Jahren entwickelt haben;
3. wie sich die Kosten von Arbeitsunfähigkeitstagen und Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von chronischen Schmerzen in den letzten fünf Jahren entwickelt haben;
4. welche Krankenhäuser bzw. Zentren in Baden-Württemberg bereits eine Struktur zur interdisziplinären und interprofessionellen Schmerztherapie etabliert haben bzw. im Bereich der Akutschmerztherapie auf das Ziel „schmerzarmes Krankenhaus“ hinarbeiten bzw. dieses umsetzen;
5. wie sich die Zahl der niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten in den letzten fünf Jahren in Baden-Württemberg entwickelt hat und wie diese Zahlen nach ihrer Kenntnis im Vergleich zu den anderen Bundesländern zu bewerten sind;
6. inwiefern ein interdisziplinärer und intersektoraler Übergang von der stationären in eine ambulante oder rehabilitative Nach- und Weiterbehandlung für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen in Baden-Württemberg gewährleistet ist;

7. wie sie die Versorgungslage im Bereich des Einsatzes psychotherapeutischer Verfahren und von Psychologinnen und Psychologen bei der Versorgung chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten in Baden-Württemberg beurteilt;
8. wie sie die Situation hinsichtlich der sektorenübergreifenden Versorgung chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten sowie die Vernetzung und den interdisziplinären Dialog der in der Schmerzversorgung beteiligten Akteure in Baden-Württemberg beurteilt, welche konkreten Maßnahmen sie hinsichtlich der sektorenübergreifenden Planung der schmerzbezogenen Versorgung derzeit schon durchführt oder zukünftig in welchen Gremien plant;
9. welche konkreten Maßnahmen und Kapazitäten sie in der Landeskrankenhausplanung und der Investitionsförderung für Baden-Württemberg für die multimodale und interdisziplinäre Versorgung chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten vorsieht;
10. welche Informationen ihr bezüglich der Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung von chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten in Baden-Württemberg vorliegen;
11. wie sie insgesamt die Versorgungslage und die Versorgungsqualität bzw. Angemessenheit der Behandlung für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen in Baden-Württemberg beurteilt und inwieweit sie ein adäquates Schmerzmanagement flächendeckend ambulant und stationär gewährleistet sieht;
12. welche konkreten Maßnahmen sie bezüglich Prävention und frühzeitigen therapeutischen Maßnahmen zur Verhinderung chronischer Schmerzen bereits umgesetzt hat bzw. umsetzen wird.

05.10.2020

Hinderer, Kenner, Selcuk,  
Rivoir, Rolland, Wölfle SPD

#### Begründung

Auf der 88. Gesundheitsministerkonferenz der Länder und des Bundes 2015 wurde eine Positionierung der Länder zur Stärkung der schmerzmedizinischen Versorgung einstimmig beschlossen. Der vorliegende Antrag hinterfragt, inwiefern die Inhalte dieses Beschlusses in Baden-Württemberg bereits umgesetzt worden sind und an welchen Stellen noch Handlungsbedarf vonseiten der Landesregierung besteht.

## Stellungnahme

Mit Schreiben vom 29. Oktober 2020 Nr. 52-0141.5/16/8946 nimmt das Ministerium für Soziales und Integration zu dem Antrag wie folgt Stellung:

*Der Landtag wolle beschließen,  
die Landesregierung zu ersuchen  
zu berichten,*

*1. wie sich die Zahl der mit chronischen Schmerzen behandelten Patientinnen und Patienten an Krankenhäusern in Baden-Württemberg in den letzten fünf Jahren entwickelt hat (bitte differenziert nach Alter und Diagnose);*

In der Krankenhausdiagnosestatistik werden stationäre Behandlungen maximal nach den 4-stelligen ICD-10-Kodes nachgewiesen. Die Zahl der Stationären Behandlungsfälle mit den Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung, chronischer unbeeinflussbarer Schmerz und sonstiger chronischer Schmerz hat sich von 2014 bis 2018 auf 3.357 Fälle deutlich gesteigert. Dabei hat hauptsächlich die Diagnose F45.4 (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) zugenommen.

Stationäre Behandlungsfälle wegen chronischer Schmerzen in Krankenhäusern in Baden-Württemberg 2014 bis 2018:

Altersklassen	2014				2015				2016				2017				2018			
	Insgesamt	F454	R521	R522	Insgesamt	F454	R521	R522	Insgesamt	F454	R521	R522	Insgesamt	F454	R521	R522	Insgesamt	F454	R521	R522
unter 1																				
1 - 5									1			1		1	1			1	1	
5 - 10	13	11		2	25	24		1	15	15			15	12	2	1	13	13		
10 - 15	120	119		1	161	158		3	185	179	1	5	144	140		4	152	149	3	
15 - 20	93	90		3	128	124		4	177	165	4	8	140	133	1	6	138	130	3	
20 - 25	40	33	4	3	40	32	3	5	37	33	3	1	30	29		1	36	29	2	
25 - 30	39	35	1	3	40	30	4	6	54	51		3	64	54	3	7	56	52	2	
30 - 35	62	50	5	7	53	40	8	5	59	44	7	8	65	53	2	10	81	74	5	
35 - 40	87	69	10	9	87	63	12	12	90	66	8	6	119	112	3	4	100	93	3	
40 - 45	135	112	11	12	123	99	8	16	135	103	12	20	214	186	7	21	148	138	2	
45 - 50	255	201	18	36	228	180	18	30	234	184	29	21	321	279	16	26	313	289	6	
50 - 55	281	231	27	23	303	231	24	48	329	264	32	33	456	406	16	34	451	413	11	
55 - 60	260	202	20	38	272	201	22	49	293	237	28	28	451	405	18	28	437	390	16	
60 - 65	179	126	20	33	171	113	24	34	204	155	29	20	270	228	18	24	316	279	17	
65 - 70	134	94	21	19	135	78	24	33	173	110	34	29	215	164	20	31	253	206	26	
70 - 75	156	100	25	31	178	97	31	50	162	90	38	34	207	162	18	27	247	197	18	
75 - 80	162	86	34	42	188	87	42	59	210	109	37	64	321	247	28	46	294	230	18	
80 - 85	92	44	19	29	114	55	24	35	145	87	29	29	187	133	15	39	212	156	15	
85 - 90	56	20	14	22	49	24	5	20	64	26	10	28	96	61	11	24	83	47	11	
90 und älter	22	4	5	13	15	3	3	9	27	9	6	12	34	14	6	14	26	9	3	
<b>Insgesamt</b>	<b>2186</b>	<b>1626</b>	<b>234</b>	<b>326</b>	<b>2310</b>	<b>1639</b>	<b>252</b>	<b>419</b>	<b>2584</b>	<b>1927</b>	<b>307</b>	<b>350</b>	<b>3350</b>	<b>2819</b>	<b>184</b>	<b>347</b>	<b>3357</b>	<b>2895</b>	<b>158</b>	<b>304</b>

Legende: F45.4 = anhaltende somatoforme Schmerzstörung; R52.1= Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz; R52.2 = Sonstiger chronischer Schmerz.

Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, Krankenhausstatistik

*2. wie sich die bei den Krankenkassen entstehenden Behandlungskosten für chronische Schmerzpatientinnen und -patienten in den letzten fünf Jahren entwickelt haben;*

Über die direkten Krankheitskosten für chronische Schmerzen kann aufgrund der jeweiligen Abrechnungssystematiken keine Aussage getroffen werden. Es wurde daher in der Auswertung die Gesamtkosten angegeben, die bei Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit chronischen Schmerzen ohne Ansehung der den Schmerzen zugrundeliegenden Diagnosen angefallen sind.

Jahr	Durchschnittskosten € gesamt je Versichertem der AOK BW mit Diagnose chronischer Schmerz *
2014	7.086,81
2015	7.178,99
2016	7.271,64
2017	7.312,68
2018	7.274,37

\* Hinweise zur Auswertung: Definition chronischer Schmerz: ICD-10 Diagnosen: F45.40, F45.41, R52.1, R52.2

UND Diagnose im Ambulanten Bereich: gesichert und mindestens in 2 unterschiedlichen Quartalen ODER/UND Diagnose im Stationären Bereich: Haupt- oder Nebendiagnose

3. wie sich die Kosten von Arbeitsunfähigkeitstagen und Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von chronischen Schmerzen in den letzten fünf Jahren entwickelt haben;

Nach Angaben der AOK Baden-Württemberg sind folgende Kosten von Arbeitsunfähigkeitstagen und Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit angefallen, die in Relation zur Versichertenentwicklung der AOK Baden-Württemberg zu sehen sind (Anstieg um +12,1 % zwischen 2014 und 2018).

Kosten für Krankengeld für Versicherte der AOK Baden-Württemberg mit chronischen Schmerzen, Angaben pro Fall:

Jahr	Durchschnittskosten €	Median Kosten €
2014	8.617,81	4.272,75
2015	9.025,76	5.016,76
2016	9.202,3	4.963,02
2017	9.119,58	4.436,11
2018	10.648,22	6.205,03

Bewilligte Anträge auf Erwerbsminderungsrente im Kollektiv der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit chronischen Schmerzen:

Jahr	Anzahl bewilligte Fälle
2014	19
2015	46
2016	23
2017	46
2018	37

Die Rentenkosten sowie die Anzahl der gesamten laufenden Anträge können nicht ausgewertet werden.

Ergänzende Angaben zur Prävalenz für chronischen Schmerz bei den Versicherten der AOK:

Jahr	Prävalenz Chronische Schmerzen (%)
2014	0,041
2015	0,047
2016	0,053
2017	0,058
2018	0,065

Bezüglich der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit für Rentenbezieher mit Wohnort in Baden-Württemberg kann eine Antwort nur eingeschränkt auf der Grundlage der bei der Deutschen Rentenversicherung zur Verfügung stehenden statistischen Erfassungen erfolgen:

- Diagnosen werden nur bei der jährlich zu erstellenden Rentenzugangstatistik erfasst. Diese enthält u. a. die Bewilligungen der Renten wegen Erwerbsminderung. In der Statistik über den Rentenbestand sind die Diagnosen als Information nicht enthalten.
- Ausgewertet wurden die für die Bewilligung maßgebenden Haupt- bzw. Erst Diagnosen.

#### *Rentenzugänge 2015 bis 2019*

Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach SGB VI  
Wohnort in Baden-Württemberg

Berichtsjahr	Diagnose F45.4	Diagnose R52.1	Diagnose R52.2	Diagnosen F45.4 + R52.1 + R52.2
Anzahl				
2015	397	5	44	446
2016	447	3	47	497
2017	457	3	50	510
2018	479	8	43	530
2019	444	7	30	481
Ø 2015 bis 2019	445	5	43	493

Berichtsjahr	Diagnose F45.4	Diagnose R52.1	Diagnose R52.2	Diagnosen F45.4 + R52.1 + R52.2
durchschnittlicher Rentenzahlbetrag				
2015	700,33 €	735,20 €	672,58 €	697,99 €
2016	717,50 €	714,21 €	696,11 €	715,46 €
2017	723,15 €	904,45 €	666,53 €	718,67 €
2018	734,52 €	565,94 €	730,46 €	731,65 €
2019	794,51 €	712,04 €	835,23 €	795,85 €
Ø 2015 bis 2019	734,64 €	693,99 €	710,77 €	730,87 €

Aufgrund der Hauptdiagnosen R45.4, R52.1 und R52.2 sind in den letzten 5 Jahren im Schnitt 3 % der Renten wegen Erwerbsminderung in Baden-Württemberg zugegangen.

Für eine volkswirtschaftliche Kostenbetrachtung kann die Deutsche Rentenversicherung nur teilweise Daten liefern. Damit kann nur eine auf Annahmen basierende Berechnung vorgenommen werden, deren Ergebnis eine Schätzung darstellt. Für diese „Schätzung“ werden folgende Annahmen für die entsprechenden Erwerbsminderungsrentner in Baden-Württemberg zugrunde gelegt:

- Jährlich gehen ca. 500 Renten mit den Diagnosen R45.4, R52.1 und R52.2 zu.
- Jeder zugegangene Erwerbsminderungsrentner war Pflichtbeitragszahler.
- 100.000 Pflichtbeitragszahler beeinflussen die Rentenfinanzen +/-570 Mio. € im Jahr (Quelle: Faustdaten zu den Rentenfinanzen in der Broschüre Rentenversicherung in Zahlen 2020 der DRV Bund). Dies entspricht für einen Pflichtbeitragszahler im Schnitt 5.700 € im Jahr.
- Ein Beitragsausfall durch erwerbsminderungsbedingte Ausgliederung aus einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis ergibt sich nur solange und insoweit als die Stelle vakant ist und dadurch Beiträge entfallen. Der Zeitraum kann im Einzelfall sehr unterschiedlich sein. Bei längeren AU-Zeiten und anschließendem Rentenverfahren ist davon auszugehen, dass die Wiederbesetzung in dieser Zeit in Angriff genommen wird. Andererseits ist es aber auch möglich, dass dies länger dauert. Als groben Mittelwert nimmt die Deutsche Rentenversicherung für die Berechnung eine Vakanzzeit ohne Beitragsentrichtung je Fall von 6 Monaten an.
- Im jährlichen Rentenbestand sind rund 3.000 Rentnerinnen und Rentner (500 x 6 Jahre) aufgrund der genannten Diagnosen.
- Der durchschnittliche Rentenzahlbetrag (netto) beträgt rund 731 € (730,87 €).
- Bei Unterstellung von Versicherungspflicht zur Kranken- und Pflegeversicherung ergibt sich eine mtl. Bruttorente von rund 814 € und ein mtl. Beitragszuschuss zur Krankenversicherung von rund 63 €. Insgesamt mtl. 877 €.

Unter Anwendung der obigen Annahmen verursachen rund 2.000 Rentnerinnen und Rentner jährlich Beitragsmindereinnahmen von rund 8,5 Mio. € (5.700 €/2 x 3.000) und Rentenleistungen in Höhe von 31,6 Mio. € (877 € x 12 x 3.000).

#### *Kosten im Bereich Teilhabe*

Die Zahlen beziehen sich auf die Maßnahmen, die durch die DRV Baden-Württemberg durchgeführt wurde:

#### **Reha-Kosten der ICDs Chronische Schmerzen (in €)**

2014	2015	2016	2017	2018	2019
3.908.255	3.977.665	4.312.077	3.299.047	3.385.904	3.251.933

*4. welche Krankenhäuser bzw. Zentren in Baden-Württemberg bereits eine Struktur zur interdisziplinären und interprofessionellen Schmerztherapie etabliert haben bzw. im Bereich der Akutschmerztherapie auf das Ziel „schmerzarmes Krankenhaus“ hinarbeiten bzw. dieses umsetzen;*

In Baden-Württemberg (BW) wurde mit der Umsetzung der Schmerzkonzeption 2000 die Weiterentwicklung einer flächendeckenden und hochwertigen Versorgung chronisch Schmerzkranker angestrebt. Um alle relevanten Leistungserbringer und Leistungsträger zusammenzuführen, wurde bereits im Jahr 1999 unter der Moderation des Sozialministeriums das Schmerzforum BW gegründet, aus dem sich 2009 der Landesbeirat Schmerzversorgung entwickelte. Diese enge Vernetzung zwischen Landespolitik und Schmerzversorgung war und ist bis heute einzigartig in Deutschland.

Der Landesbeirat Schmerzversorgung beschäftigt sich mit der Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung in allen Leistungssektoren, insbesondere durch Etablierung zertifizierter Schmerzzentren, interdisziplinärer Schmerzkonferenzen und durch eine verbesserte sektorenübergreifende Kooperation. Von Beginn an wurde deutlich, dass leistungsfähige Krankenhäuser bis hin zu den Universitätskliniken in Kooperation mit dem ambulanten Versorgungssektor die Grundstruktur einer gestuften und qualitativ hochwertigen Versorgung bilden müssen. Das betrifft die Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Daher wurden zügig die notwendigen Zertifizierungskriterien sowie das zugehörige Zertifizierungsverfahren festgelegt (s. Zertifizierungskriterien für überregionale [ürSZ] und regionale Schmerzzentren [rSZ] BW <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/medizinische-versorgung/schmerzversorgung/>). Die Zentrumsausweisung erfolgt durch das Ministerium für Soziales und Integration BW.

In den ausgewiesenen und rezertifizierten 17 Regionalen und 4 Überregionalen Schmerzzentren (s. Karte der ürSZ und rSZ in BW, <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/medizinische-versorgung/schmerzversorgung/>) wird nach verbindlichen Kriterien eine interdisziplinäre/-professionelle multimodale und hochwertige Versorgung von Schmerzpatienten durchgeführt.

Daneben können über die Qualitätsberichte der Kliniken Strukturkriterien abgefragt werden, die auf Selbstauskünften der Kliniken beruhen und sich auf die entsprechenden Abrechnungs\_codes beziehen.

Mit seinem Beschluss vom 17. September 2020 erfolgte vom G-BA durch die „Qualitätsmanagement-Richtlinie: Aufnahme einer Regelung zur verpflichtenden Einführung und Umsetzung von Akutschmerzmanagementkonzepten für eine angemessene postoperative Schmerztherapie“ eine Ergänzung der bisherigen Richtlinie zum Qualitätsmanagement. Der G-BA fordert nun ein Konzept zum Akutschmerzmanagement als Bestandteil des internen Qualitätsmanagements einzuführen bzw. ein vorhandenes weiterzuentwickeln. Ziel ist es, nach Operationen die individuell richtige Schmerztherapie sicherzustellen (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4461/>). Dabei geht es insbesondere um eine individuell an die Größe der Einrichtung und die Komplexität der Eingriffe angepasste Vorgehensweise (z. B. Akutschmerzdienst, Weiterbildungsmaßnahmen) umzusetzen, zu standardisieren und zu erfassen. Strukturelle und personelle Voraussetzungen müssen etabliert und in ihren Zuständigkeiten benannt werden. Der Beschluss ist noch nicht in Kraft getreten.

In BW ist in allen Universitätskliniken und zahlreichen großen Kliniken ein Akutschmerzdienst etabliert. Die Akutschmerzversorgung ist häufig in den Anästhesiologischen Kliniken angesiedelt. Empfehlungen für personelle und organisatorische Voraussetzungen für Schmerzdienste in Krankenhäusern wurden von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI) herausgegeben. Vier Kliniken in BW sind durch die von der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. beauftragte Zertifizierungsgesellschaft Certkom (<http://www.certkom.com/>) zertifiziert. Erworben werden können die Zertifikate „Certkom – Schmerzfreies Krankenhaus“ oder „Certkom – Qualifizierte Schmerztherapie“ (<https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/versorgung/certkom-zertifizierte-einrichtungen>). Sieben weitere Kliniken in BW sind durch den TÜV Rheinland für den Bereich „Akutschmerztherapie“ zertifiziert (<https://www.tuv.com/germany/de/zertifizierung-akutschmerztherapie.html>).

*5. wie sich die Zahl der niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten in den letzten fünf Jahren in Baden-Württemberg entwickelt hat und wie diese Zahlen nach ihrer Kenntnis im Vergleich zu den anderen Bundesländern zu bewerten sind;*

Die folgenden Angaben beziehen sich auf niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die die Genehmigung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie besitzen (Abrechnung der Gebührenordnungspositionen GOP 30700 und 30702 EBM). Es gibt dabei in fast jeder Facharzttrichtung eine akute schmerztherapeutische Versorgung (andere GOPs), die dann aber nicht über die oben genannte Qualitätssicherungsvereinbarung erfasst ist.

Entwicklung der Zahl der niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten in Baden-Württemberg:

Stand 31. Dezember 2015: 162

Stand 31. Dezember 2016: 171

Stand 31. Dezember 2017: 179

Stand 31. Dezember 2018: 171

Stand 31. Dezember 2019: 174

Innerhalb von geringfügigen Schwankungen liegt die Anzahl im Schnitt bei ca. 170 Ärztinnen und Ärzten. Diese Anzahl ist mit den großen KV-Bereichen Bayern und Nordrhein vergleichbar. Zum 31. Dezember 2018 weist die KV Bayern 186 Genehmigungsinhaber/-innen, die KV Nordrhein 146 Genehmigungsinhaber/-innen auf, wie dem Qualitätsbericht der KBV <https://www.kbv.de/html/1748.php> zu entnehmen ist. Auch bei den anderen KVen ist im Jahresvergleich keine signifikante Steigerung zu erkennen. Insgesamt hält die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg die schmerztherapeutische Versorgung für flächendeckend und ausreichend.

*6. inwiefern ein interdisziplinärer und intersektoraler Übergang von der stationären in eine ambulante oder rehabilitative Nach- und Weiterbehandlung für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen in Baden-Württemberg gewährleistet ist;*

*8. wie sie die Situation hinsichtlich der sektorenübergreifenden Versorgung chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten sowie die Vernetzung und den interdisziplinären Dialog der in der Schmerzversorgung beteiligten Akteure in Baden-Württemberg beurteilt, welche konkreten Maßnahmen sie hinsichtlich der sektorenübergreifenden Planung der schmerzbezogenen Versorgung derzeit schon durchführt oder zukünftig in welchen Gremien plant;*

Die Fragen 6 und 8 werden aufgrund des Sinnzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

In den vergangenen Jahren ist eine enge Kooperation zwischen den Regionalen und Überregionalen Schmerzzentren und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten entstanden. Daneben hat sich eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen der Physiotherapie, der Psychotherapie, der Rehabilitation und Patientenselbsthilfe entwickelt, die ihren Niederschlag auch in dem gemeinsam gestalteten Patientenratgeber Schmerz im Jahr 2016 gefunden hat (<https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/medizinische-versorgung/schmerzversorgung/>).

In den für die niedergelassenen ambulant tätigen und in Kliniken tätigen Schmerzmediziner obligaten Schmerzkonferenzen (1- bis 2-wöchiger Rhythmus) findet ein reger interprofessioneller und intersektoraler Austausch statt. Schmerzkonferenzen finden in allen ürSZ und rSZ in BW regelmäßig statt. Dabei werden schmerzkranken Patienten von möglichst vielen sie behandelnden Kollegen anhand ihrer Anamnese und persönlich dem Auditorium vorgestellt. In einer interprofessionellen Diskussionsrunde wird in der auch für interessiertes Fachpublikum geöffneten Konferenz der Fall ausführlich diskutiert und Lösungsvorschläge erarbeitet.

Vor Durchführung jeder (teil)stationären interdisziplinären Schmerztherapie ist eine interdisziplinäre algesiologische Diagnostik (OPS 1-910; sog. „Assessment“) obligat. Dabei erfolgt im interprofessionellen Team eine ergebnisoffene Therapieentscheidung, die eine sektorenübergreifende Therapie und enge Kooperation mit allen schmerzversorgenden Leistungsträgern integriert. Diese Vorgehensweise erfolgt auch in den ürSZ und rSZ.

Nach Entlassung aus der (teil)stationären interdisziplinären Schmerztherapie wird durch das obligate strukturierte Entlassmanagement die Einbindung der niedergelassenen Mitbehandler im ambulanten haus- und fachärztlichen Bereich gesichert. Eine Weiterbehandlung im rehabilitativen Bereich steht ebenfalls zur Verfügung und kann z. B. als Empfehlung im Arztbrief formuliert werden.



Eine zunehmend engere sektorenübergreifende Vernetzung zwischen dem sog. „kurativen“ und rehabilitativen Sektor ist für eine verbesserte Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten von Bedeutung. Bereits im Rahmen des „Assessments“ (s. o.) können bei Erfüllung der Kriterien für ein rehabilitatives Vorgehen Heilverfahren beantragt bzw. empfohlen werden.

Rehabilitationseinrichtungen mit Schwerpunkt und Kompetenzen im Bereich Schmerzversorgung und mit multimodalem Behandlungsansatz sollten dabei beachtet werden. Auch Nachsorgeprogramme zur Stärkung der Selbstfürsorge und Trainingskompetenz sollten berücksichtigt werden.

Die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen, die zu einer engeren Kooperation des stationären mit dem rehabilitativen Sektor beitragen, wird auch weiterhin Aufgabe des Landesbeirats Schmerzversorgung sein. Vertreter des rehabilitativen Sektors sind Teilnehmer des Landesbeirats Schmerzversorgung. Erste Gespräche mit dem Ziel spezifischer sektorenübergreifender Projekte mit den Rehabilitationszentren der DRV in BW sind bereits erfolgt und dauern weiterhin an.

Auch weiterhin besteht eine der zentralen Aufgaben des Landesbeirats Schmerzversorgung des Sozialministeriums BW in einer Optimierung der in BW bereits geschaffenen vernetzten Strukturen.

*7. wie sie die Versorgungslage im Bereich des Einsatzes psychotherapeutischer Verfahren und von Psychologinnen und Psychologen bei der Versorgung chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten in Baden-Württemberg beurteilt;*

Die vernetzte psychotherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten stellt trotz einer relativ großen Zahl ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten in BW weiterhin eine Herausforderung dar, insbesondere durch die vergleichsweise geringe Anzahl von Psychotherapeuten mit spezieller, durch qualifizierte Fortbildung erworbener Expertise in der Behandlung von Schmerzpatienten und der regionalen Ungleichverteilung.

Die im Oktober 2019 beschlossene Änderung und die ab März 2020 geltende Neufassung der Weiterbildungsordnung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (WBO) (<https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/kammer/satzungen/weiterbildungsordnung-lpk-bw.pdf>) stellt nun einen entscheidenden Schritt für die Weiterentwicklung der schmerzpsychotherapeutischen Versorgung in BW dar.

Damit ist BW das dritte Bundesland, in dem die Ausbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ als Zusatzweiterbildung anerkannt wird. Es ist davon auszugehen, dass sich ein Großteil der bislang 26 qualifizierten Schmerzpsychotherapeuten ([https://www.schmerzpsychotherapie.de/fileadmin/Files/Projects/SSPT/Dokumente/SSPT\\_Schmerzpsychotherapeut\\_innen.pdf](https://www.schmerzpsychotherapie.de/fileadmin/Files/Projects/SSPT/Dokumente/SSPT_Schmerzpsychotherapeut_innen.pdf)) um eine Anerkennung als Zusatzweiterbildung bemühen wird.

Die perspektivisch zu erwartende Anpassung der OPS – Codes mit Erweiterung hinsichtlich obligater schmerzpsychotherapeutischer Kompetenz lässt einen zusätzlichen Qualifikationsschub erwarten.

*9. welche konkreten Maßnahmen und Kapazitäten sie in der Landeskrankenhausplanung und der Investitionsförderung für Baden-Württemberg für die multimodale und interdisziplinäre Versorgung chronischer Schmerzpatientinnen und -patienten vorsieht;*

Die Krankenhausinvestitionsförderung wird durch das KHG und LKHG gesetzlich geregelt. Um die bedarfsgerechten und notwendigen Baumaßnahmen an den Krankenhäusern im Land bestmöglich unterstützen zu können, wurden die Mittel für die Krankenhausinvestitionen in den vergangenen Jahren deutlich erhöht. Im Haushaltsplan 2020/2021 sind über eine Milliarde Euro Investitionsmittel für die Krankenhäuser eingeplant. Es ist der höchste Betrag, der in Baden-Württemberg den Klinikträgern jemals zur Verfügung gestellt wurde.

Generell wird im Vorfeld jeder Baumaßnahme mit dem Träger ein bauabstraktes Raum- und Funktionsprogramm festgelegt. Hierbei werden auch Baumaßnahmen, die mit stationärer Behandlung und Pflege von Schmerzpatientinnen und -patienten verbunden sind, entsprechend bewertet und bei der Förderung berücksichtigt.

Bauliche Maßnahmen an Krankenhäusern sind jedoch in der Regel nicht auf eine spezielle Therapie oder eine einzige Fachrichtung ausgelegt, sondern beinhalten meist eine Vielzahl von Funktionsbereichen. Daher ist eine Auflistung einzelner Fachdisziplinen in der Investitionsfinanzierung nicht möglich. Hinzu kommt noch der Umstand, dass viele Räume in den Krankenhäusern fachübergreifend genutzt werden. Auch hier kann keine exakte Zuordnung erfolgen.

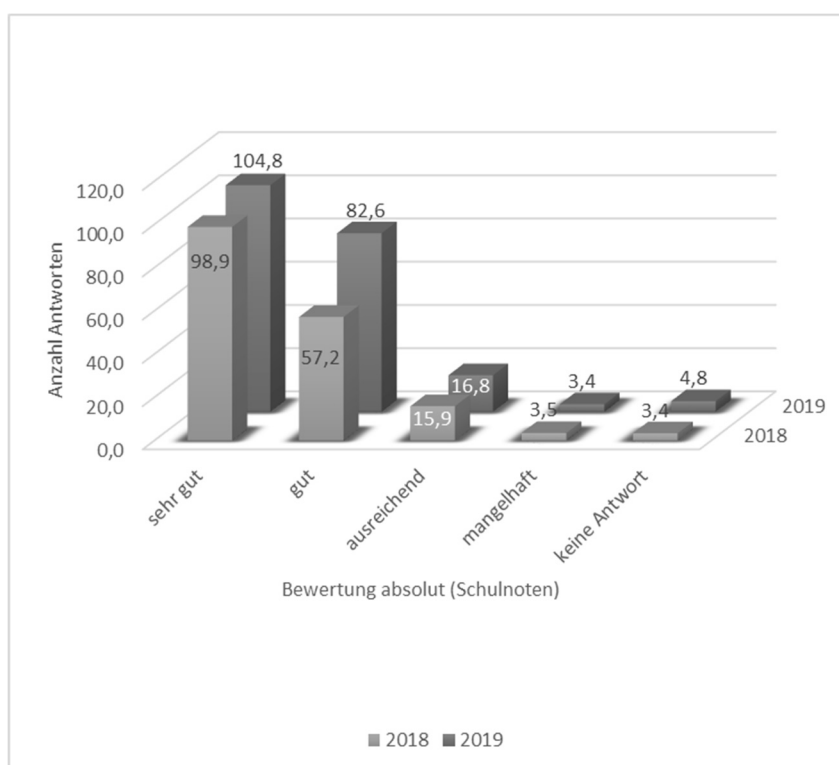
*10. welche Informationen ihr bezüglich der Zufriedenheit mit der Schmerzbehandlung von chronischen Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten in Baden-Württemberg vorliegen;*

Gezielte Umfragen zur Patientenzufriedenheit in BW liegen dem Landesbeirat Schmerzversorgung nicht vor.

Eine deutschlandweite Umfrage von „SchmerzLos“ als eine der großen deutschen wissenschaftlich aktiven Schmerzselbsthilfegruppen zur Patientenzufriedenheit nach Schmerztherapie ergab folgendes Ergebnis:

- 60 % der Patienten haben einen besseren Umgang mit den Schmerzen erlernt
- 40 % der Patienten haben Anregungen zum Austausch mit anderen Schmerzpatienten bekommen
- 17 % der Patienten sehr zufrieden
- 36 % der Patienten zufrieden
- 15 % der Patienten nicht zufrieden
- 7 % der Patienten gar nicht zufrieden

Für das Interdisziplinäre Schmerzzentrum des Universitätsklinikums Freiburg mit einem sehr großen Einzugsgebiet für die tagesstationäre liegen folgende (monozentrische) Ergebnisse einer differenzierten Umfrage (Abfrage von 19 Kriterien zur Behandlungsqualität, Zufriedenheit mit Klinik und Therapieangeboten/-ergebnis) zur Patientenzufriedenheit aus den Jahren 2018 (n = 179) und 2019 (n = 212) vor:



11. wie sie insgesamt die Versorgungslage und die Versorgungsqualität bzw. Angemessenheit der Behandlung für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen in Baden-Württemberg beurteilt und inwieweit sie ein adäquates Schmerzmanagement flächendeckend ambulant und stationär gewährleistet sieht;

12. welche konkreten Maßnahmen sie bezüglich Prävention und frühzeitigen therapeutischen Maßnahmen zur Verhinderung chronischer Schmerzen bereits umgesetzt hat bzw. umsetzen wird.

Die Fragen 11 und 12 werden aufgrund des Sinnzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Grundstruktur der Schmerzkonzeption Baden-Württemberg hat sich bewährt. In den ausgewiesenen und rezertifizierten Regionalen und Überregionalen Schmerzzentren wird nach verbindlichen Kriterien eine multimodale und hochwertige Versorgung von Schmerzpatienten durchgeführt.

In den vergangenen Jahren ist eine enge Kooperation zwischen den Regionalen und Überregionalen Schmerzzentren sowie sektorenübergreifend entstanden, die zu einer Vernetzung und damit deutlich verbesserten Versorgung in der Fläche geführt hat. Die interprofessionelle Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen und Kolleginnen, der Physiotherapie, der Psychotherapie, der Rehabilitation und Patientenselbsthilfe hat ihren Niederschlag auch in dem gemeinsam gestalteten Patientenratgeber Schmerz im Jahr 2016 gefunden hat.

Dieses an sich stimmige System wird über die gesetzeskonforme Finanzierung hinaus jedoch auch durch persönliches Engagement aller Beteiligten noch am Laufen gehalten. Viele Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen werden jedoch noch nicht adäquat versorgt – immer noch vergehen in Baden-Württemberg ca. drei Jahre bis zum Beginn einer schmerzmedizinischen Behandlung (BVSD, 2019) – weil die dafür erforderlichen Ressourcen nicht vorhanden sind.

Für eine Verbesserung der flächendeckenden ambulanten und (tages)stationären Versorgung schmerzkranker Menschen müssen eine Verbesserung der intersektoralen Kommunikation und ein konstruktives Miteinander zu Lösungsvorschlägen und zur Umsetzung derselben führen.

Es bieten sich insbesondere folgende Ansätze für die Weiterentwicklung der Schmerzkonzeption BW an:

- Verbesserte Einbindung von Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten/Schmerzmedizinerinnen mit Lotsenfunktion für ihre Schmerzpatienten. Umsetzung eines rechtzeitigen schmerzmedizinischen Assessments als umfassende Diagnostik, der multimodalen Therapie und der Nachsorge.
- Die BW – weite Teilnahme an dem im Rahmen des Innovationsfonds finanzierten Projekt PAIN2020 (<https://www.pain2020.de/>) soll zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität/-effizienz bereits für Patienten mit Risikofaktoren für chronifizierende Schmerzen beitragen. Dies wird über die Einführung eines frühen interdisziplinären multimodalen Assessments bereits vor Eintritt einer Schmerzchronifizierung mit systematischen Einschlusskriterien ermöglicht. Eine Umsetzung in die Regelversorgung ist geplant (Primärprävention).
- Nachdem die Erlangung der Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ eine hohe Hürde insbesondere für bereits in eigener Praxis niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte darstellt, könnte die Einführung einer zusätzlichen intermediären Qualifikation i. S. einer „Fachkunde Schmerzmedizinische Grundversorgung“ zur Verbesserung des Versorgungsangebots im Primärsektor beitragen, indem vor allem die Hausärzte für die Probleme von Patienten mit chronischen Schmerzen sensibilisiert werden.
- Die Regionalen Schmerzzentren sollten wegen der regionalen Unterversorgung über verbesserte sektorenübergreifende Möglichkeiten, beispielsweise über eine Institutsambulanz verfügen, damit die Versorgungskontinuität erhalten bleibt. An diese Institutsambulanz könnten niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte ihre Patienten dann regelhaft überweisen. Durch die Aufwertung der regionalen Schmerzzentren könnten auch Weiterbildungsplätze für den Erwerb der „Speziellen Schmerztherapie“ leichter zur Verfügung gestellt werden (Primär- bis tertiärpräventive Maßnahme).
- Die einzelnen Leistungsträger müssen viel enger und in sozialgesetzbuchübergreifenden Kooperationen – auch mit leistungsbezogenen Kostenanteilen – zusammenarbeiten.
- Die schmerzmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sollte in geeigneten Zentren erfolgen.

Lucha

Minister für Soziales  
und Integration