Schmerz 2016 · 30:215–217
DOI 10.1007/s00482-016-0120-y
Online publiziert: 24. Mai 2016
© Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Published
by Springer-Verlag Berlin Heidelberg - all rights
reserved 2016

M. Schäfer

Klinik für Anaesthesiologie mit Schwerpunkt op. Intensivmedizin, Charité-Universitätsmedizin Berlin,
Campus Virchow Klinikum und Campus Mitte, Berlin, Deutschland

Eine einheitliche schmerzmedizinische Versorgungsstruktur in Deutschland

Ein Schmerzpatient trifft heute auf eine recht uneinheitliche und heterogene Versorgungsstruktur in der schmerzmedizinischen Versorgung, die vor allem auf der Verabredung von zum Teil individuell vereinbarten Kriterien für die Abrechenbarkeit bzw. Nichtabrechenbarkeit schmerztherapeutischer Leistungen im ambulanten und stationären Versorgungsbereich beruht [1]. Das heißt, die schmerzmedizinische Versorgung dieses individuellen Patienten ist von den wohnortnahen Gegebenheiten abhängig und kann in Qualität und Quantität sehr unterschiedlich ausfallen [2]. Ob eine adäquate medizinische Versorgung dieses Patienten stattfindet, ist also in gewisser Weise dem Zufall überlassen, was den langjährigen Leidensweg mancher chronischer Schmerzpatienten teilweise erklärt [3].

Umso erfreulicher ist der in dieser Ausgabe von *Der Schmerz* veröffentlichte Konsens der „Gemeinsamen Kommission der Fachgesellschaften und Verbände für Qualität in der Schmerzmedizin“ über eine einheitliche schmerzmedizinische Versorgungsstruktur in Deutschland [4]. Angelehnt an das in Deutschland bereits bestehende System einer abgestuften Versorgung sowie bestehende Qualifikationen, Weiterbildungen und Zusatzbezeichnungen wird eine einheitliche und verbindliche Klassifikation schmerzmedizinischer Einrichtungen mit definierten Struktur- und Prozesskriterien formuliert. Dieser Konsens greift die 1991 von der International Association for the Study of Pain (IASP) erstmalig erhobene [5] und im Jahre

2009 erneuerte Forderung [6] nach einer Klassifizierung schmerztherapeutischer Einrichtungen auf und ist angelehnt an die 2011 erstellten Empfehlungen der Ad-hoc-Kommission „Strukturempfehlungen für Schmerztherapiezentren“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. [7]. Die gemeinsame Vereinbarung ist ein erster wichtiger Schritt in Richtung einer besseren flächendeckenden, wohnortnahen und niedrigschwiligen schmerzmedizinischen Versorgung, die in einem Entschließungsantrag im Mai 2014 auf dem 117. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf gefordert wurde [8].

Besonders hervorzuheben sind zusätzlich zu den fünf abgestuften Ebenen der schmerzmedizinischen Versorgung die erstmals beschriebenen schmerzpsychotherapeutischen Einrichtungen. Diese erhöhen die Attraktivität und das Angebot einer „speziellen Schmerzpsychotherapeutischen Versorgung“, die ja im Kontext einer multidisziplinären und multimodalen Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie chronischer Schmerzpatienten notwendig ist. Die Deutsche Gesellschaft für Psychologische Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) hat mit ihrem Curriculum bereits 275 Psychotherapeuten auf diesem speziellen Gebiet ausgebildet und fördert damit die Umsetzung eines innovativen Berufsfeldes der Zukunft [9].

Neu ist auch die Einrichtung einer „Fachkunde Schmerzmedizin“, mit der die primärärztliche Versorgung verbessert werden soll. Sie setzt die Vermittlung schmerzmedizinischer Grundkenntnisse fort, die unsere Medizinstudenten im

Rahmen der neuen Approbationsordnung als Querschnittsfach Q14 vermittelt bekommen [10].

Für den oben genannten Schmerzpatienten, der sich bisher einer uneinheitlichen und heterogenen schmerzmedizinischen Versorgungsstruktur gegenüberübersah, ist dieser Konsens eine deutliche Verbesserung; gewährleistet er doch eine flächendeckende, qualitativ hochwertige und adäquate schmerzmedizinische Versorgung. Derartige Strukturempfehlungen führen jedoch zu qualitativen Einstufungen von schmerztherapeutischen Einrichtungen, welche kontrovers diskutiert werden können und möglicherweise Auswirkungen für den Einzelnen haben [1].

Andererseits ermöglichen sie es – auch wenn sie möglicherweise derzeit schwer realisierbar sind –, mit Politikern und Geldgebern im Gesundheitssystem in einen konstruktiven Dialog einzusteigen. Dies gelingt umso mehr, als sich in einer gemeinsamen nationalen Anstrengung alle in der Schmerzmedizin relevanten Fachgesellschaften und Verbände zusammengefunden haben, um sich jenseits aller Partikularinteressen auf diesen Konsens zu einigen. In diesem Sinne blicke ich optimistisch in die Zukunft.

Michael Schäfer

Präsident der Deutschen Schmerzgesellschaft

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Schäfer

Klinik für Anaesthesiologie mit Schwerpunkt
op. Intensivmedizin, Charité-Universitätsme-
dizin Berlin, Campus Virchow Klinikum und
Campus Mitte
Augustenburgerplatz 1, 13353 Berlin,
Deutschland
micha.schaefer@charite.de

Interessenkonflikt. M. Schäfer gibt an, dass kein
Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Petzke F, Pfingsten M, Casser H-R et al (2011) Ohne
Struktur keine Qualität! Schmerz 25:365–367
2. Kayser H, Thoma R, Mertens E et al (2008) Struktur
der ambulanten Schmerztherapie in Deutschland.
Schmerz 22:424–432
3. Schulte E, Hermann K, Berghöfer A et al
(2010) Referral practices in patients suffering
from non-malignant chronic pain. Eur J Pain
14(3):308.e1–308.e10
4. Müller-Schwefe GH, Nadstawek J, Tölle T et al
(2016) Struktur der schmerzmedizinischen Ver-
sorgung in Deutschland: Klassifikation schmerz-
medizinischer Einrichtungen – Konsens der
Kommission der Fachgesellschaften und Verbände
für Qualität in der Schmerzmedizin. Schmerz:
doi:10.1007/482-016-119-4
5. Loeser JD (1991) Desirable characteristics for pain
treatment facilities: report of the IASP taskforce. In:
Bond MR, Charlton JE, Woolf CJ (Hrsg) Proceedings
of the fifth world congress on pain. Elsevier,
Amsterdam, S411–415
6. International Association for the Study of Pain
(IASP) [http://www.iasp-pain.org/Education/
Content.aspx?ItemNumber=1381](http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1381). Zugriffen:
25. Apr. 2016
7. Sabatowski R, Maier C, Willweber-Strumpf A et al
(2011) Empfehlungen zur Klassifikation schmerz-
therapeutischer Einrichtungen in Deutschland.
Schmerz 25:368–376
8. DOKUMENTATION: Deutscher Ärztetag (2014)
Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt IV:
Schmerzmedizinische Versorgung stärken. Dtsch
Arztebl 111(23–24):A-1094/B-938/C-888
9. Deutsche Gesellschaft für Psychologische
Schmerztherapie und -forschung (DGPSF) Be-
handlung chronischer Schmerzen braucht „Spezi-
elle Schmerzpsychotherapie“. [http://www.dgpsf.
de/therapie.98.html](http://www.dgpsf.de/therapie.98.html) (Erstellt: 29. Jan. 2016).
Zugriffen: 25. Apr. 2016
10. Kopf A, Rittner H, Karst M et al (2015) Basisbuch Q14
Schmerzmedizin. Deutsche Schmerzgesellschaft,
Berlin

Ulrich von Hintzenstern, Thomas Bein
(Hrsg.)

Praxisbuch Beatmung

München: Urban & Fischer 2015, 6. Aufl.,
240 S., (ISBN 9783437234132), karton.,
49.00 EUR

Das Wissen um Beatmung auf der Inten-
sivstation, während Allgemeinanästhesie
oder auch im außerklinischen Bereich hat
sich in den vergangenen Jahren enorm er-
weitert. Dabei ist es oft schwierig, für In-
tensivmediziner wie für Fachpflegekräfte,
Schritt zu halten mit all den neuen Erkennt-
nissen und technischem Neuentwicklun-
gen. So ergaben sich in jüngerer Zeit neue
Aspekte zur lungenprotektiven Beatmung,
auch bei kurzzeitiger Anwendung. In kon-
trollierten Studien wurden altbekannte
Therapiemaßnahmen beim ARDS wie Re-
laxierung oder Bauchlagerung bezüglich
Indikationsstellung und Durchführung prä-
zisiert und deren Benefit nachgewiesen.
Besonders komplex entwickelt sich die The-
matik Entwöhnung von der Beatmung und
Frühmobilisation. Dazu kommen die Be-
sonderheiten bei der Beatmung von Kin-
dern.

Wie man all diese Neuerungen mit Bewähr-
tem kombiniert und in die klinische Pra-
xis umsetzen kann, zeigt in besonders ge-
lungener Form die neue und inzwischen 6.
Auflage des Praxisbuch Beatmung, heraus-
gegeben von Ulrich von Hintzenstein und
Thomas Bein. In sechs übersichtlich verfass-
ten Kapiteln wird der Leser über Grund-
lagen zu Anatomie, Physiologie und lun-
genprotektiver Beatmung informiert und
lernt alle etablierten Ventilationsformen
und gängige Respiratoren detailliert ken-
nen. Er bekommt praktische Tipps Respi-
ratoreinstellung, zum Weaning, zur Lage-
rung, zur Versorgung, zu Kommunikation
und Mobilisation des Patienten sehr auf-
schlussreich und praxisnah vermittelt. Aber
auch rein technische Aspekte, wie Atem-
gasklimatisierung, oder infektiologische,
ethische und juristische Aspekte werden
adressiert. Kurzum, dieses Buch kommt aus
der klinischen Praxis und ist für die klinische
Praxis geschrieben. Dabei berücksichtigt
es aber auch alle wichtigen wissenschaft-
lichen Aspekte, die zur Beatmung in den
vergangenen Jahren erarbeitet wurden.

Anzumerken bleibt zudem, die ausgespro-
chen übersichtliche Aufmachung des Bu-
ches zu erwähnen, hergestellt in einem
praktischen Format für die Kitteltasche.
Auch deshalb bietet das Buch eine gute
Möglichkeit für Ärzte und Fachpflegekräfte,
sich zum komplexen Thema der Beatmung
schnell, gut und umfassend zu informieren.

J. Briegel (München)

Hier steht eine Anzeige.