

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Horst Schmidbauer (Nürnberg), Klaus Kirschner, Lilo Blunck, Petra Ernstberger, Dagmar Freitag, Dr. Hans-Hinrich Knaape, Brigitte Lange, Waltraud Lehn, Klaus Lohmann (Witten), Dr. Martin Pfaff, Gudrun Schaich-Walch, Regina Schmidt-Zadel, Dr. R. Werner Schuster, Dr. Angelica Schwall-Düren, Antje-Marie Steen, Dr. Peter Struck, Margitta Terborg, Dr. Wolfgang Wodarg, Verena Wohleben, Rudolf Scharping und der Fraktion der SPD

Schmerztherapeutische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Millionen von Menschen leiden in der Bundesrepublik Deutschland unter chronischen Schmerzen. Bei mindestens 600 000 Menschen hat sich der chronische Schmerz zu einer „Schmerzkrankheit“ verselbständigt. Ein hoher Anteil von Suiziden wird der Verzweiflung über Schmerzen zugerechnet.

Der Schmerz ist bei vielen Patienten Ursache und Wirkung einer Leidensspirale, die zu einer erheblichen Einschränkung ihrer Lebensqualität führt. Neue Konzepte über den Schmerz betonen, daß körperliche, psychische und soziale Faktoren in der Verselbständigung des Schmerzes und seiner Chronifizierung zusammenwirken. Das alltägliche Leben dieser Menschen wird von dem Umgehen mit dem Schmerz beherrscht. Viele Patienten durchlaufen über Jahre hinweg die Institutionen des medizinischen Versorgungssystems, versuchen eine Vielzahl von Therapien und sind auf Dauer in der Rolle des Patienten gebunden. Bis diese Patienten an eine in der Schmerzbehandlung ausgewiesene Einrichtung gelangen, ist das Schmerzleiden oft schon chronifiziert.

Die Versorgung chronisch Schmerzkranker in der Bundesrepublik Deutschland wird den international anerkannten Standards nicht gerecht. Ohne Übertreibung ist hier von einer Unter- und Fehlversorgung zu sprechen. Für diese Lage sind viele Faktoren verantwortlich. In ihnen spiegeln sich neben speziellen Problemen der Versorgung Schmerzkranker auch allgemeine Struktur-schwächen des deutschen Gesundheitssystems. Zu nennen ist hier an erster Stelle die mangelnde Verzahnung sowie seine fast ausschließlich kurative Orientierung. Eine grundlegende Reform tut not.

Der Reformbedarf im Bereich der schmerztherapeutischen Behandlung ist unübersehbar. Die Mitte der 80er Jahre veröffent-

lichte und im Auftrag des damaligen Ministeriums für Forschung und Technologie erstellte „Schmerzexpertise“ hat nicht nur zahlreiche Defizite aufgezeigt, sondern auch Reformvorschläge entwickelt. Es ist an der Zeit, Bilanz zu ziehen und einer Reform Anstöße zu geben.

Wir fragen deshalb die Bundesregierung:

1. Wie viele Menschen leiden nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland an chronischen Schmerzen?

Auf welche Diagnosegruppen verteilen sich die Leiden der chronisch Schmerzkranken?

2. Welche Informationen besitzt die Bundesregierung über die Dimension der Schmerzbelastung der Bevölkerung, d. h. vor allem

- zur schmerzbedingten Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Einrichtungen,
- zur schmerzbedingten Arbeitsunfähigkeit,
- zur schmerzbedingten Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit und Frühverrentung?

3. Welche Bedeutung kommt nach Auffassung der Bundesregierung den verschiedenen Formen der Schmerzprävention zu?

Welchen Stellenwert mißt die Bundesregierung der Prävention im Vorfeld der Schmerzkrankheit zur Vermeidung von Chronifizierung und zur erfolgreichen Rehabilitation bei?

4. Wie beurteilt die Bundesregierung den Stellenwert der Schmerztherapie bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu den OECD-Staaten und welchen Rang nimmt die Bundesrepublik Deutschland ein?

5. Wie hoch schätzt die Bundesregierung den volkswirtschaftlichen Schaden, der durch die Schmerzkrankheit verursacht wird vor dem Hintergrund, daß Fachleute allein die durch das Symptombild „Chronischer Rückenschmerz“ in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten durch Arbeitsausfall auf 20 Mrd. DM beziffern?

6. Wie viele schmerztherapeutische Einrichtungen, also Schmerzpraxen, Schmerzzambulanzen, Schmerzabteilungen und Schmerzkrankenhäuser gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung in der Bundesrepublik Deutschland, und wie und auf welcher Grundlage beurteilt die Bundesregierung deren Qualität?

7. Welche Bedeutung hat nach Auffassung der Bundesregierung die Schmerztherapie für die im Aufbau befindliche Hospizversorgung, und in welchem Umfang wird sie im Rahmen der Hospizarbeit im ambulanten und stationären Bereich praktiziert?

8. Wie beurteilt die Bundesregierung die schmerztherapeutische Infrastruktur vor und nach der Wiedervereinigung in den alten und in den neuen Bundesländern in bezug auf interdisziplinäre schmerztherapeutische Einrichtungen, und welchen Handlungsbedarf leitet sie daraus ab?

Wird die Bundesregierung die Chance nutzen, die noch vorhandenen interdisziplinären schmerztherapeutischen Einrichtungen als Modellprogramme zu fördern?

9. Welchen Stand hat das vom Bundesministerium für Gesundheit ausgeschriebene Modellprogramm zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von chronisch schmerzkranken Patienten?

Unterstützt die Bundesregierung den Expertenvorschlag, ein regionales Experiment zur Qualitätsverbesserung, insbesondere auch um neue Wege der multidisziplinären und kooperativen Patientenbetreuung zu erproben?

Wenn ja, wie?

Wenn nein, warum nicht?

10. Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung, um die von Expertenseite konstatierte Unterversorgung chronisch Schmerzkranker zu beheben?

Wann und wie wird nach Einschätzung der Bundesregierung die von sachverständiger Seite geforderte Zahl von 1000 Schmerzeinrichtungen verwirklicht werden?

11. Stimmt die Bundesregierung der Auffassung zu, daß eine erfolgreiche Schmerztherapie nur durch einen multidisziplinären Ansatz in einem speziell ausgebildeten interdisziplinären Team (mehrere Ärzte unterschiedlicher Disziplinen, Pflegende, Psychologen, Krankengymnasten, Sozialarbeiter, Seelsorger) zu gewährleisten ist?

Wenn ja, welcher institutioneller Grundlagen bedarf es zur Verwirklichung des multidisziplinären Ansatzes zur Behandlung chronischer Schmerzpatienten?

12. Welche Strukturen müssen nach Auffassung der Bundesregierung hierfür geschaffen werden, und welcher Handlungsbedarf ergibt sich daraus für die Bundesregierung?

13. Durch welche Maßnahmen unterstützt die Bundesregierung die Entwicklung und Erprobung von Kooperationsformen in der schmerztherapeutischen Versorgung bereits heute, und welche Maßnahmen beabsichtigt sie in Zukunft?

14. Stimmt die Bundesregierung der Auffassung zu, daß die Schmerztherapie überwiegend wohnortnah und ambulant durchzuführen ist?

Durch welche Schritte beabsichtigt die Bundesregierung die Informationsmängel bei Ärzten und Patienten über die Existenz und das Leistungsspektrum von schmerztherapeutischen Einrichtungen im Rahmen der wohnortnahen Versorgung zu verbessern?

Will sie dazu den Aufbau eines flächendeckenden Netzes von schmerztherapeutischen Einrichtungen (Schmerzpraxen, Palliativstationen etc.) unterstützen?

15. Sind der Bundesregierung Erfahrungen über die häusliche Versorgung schmerzkranker Patienten in Bayern („Bayerischer Weg“) bekannt?

Wenn ja, wie beurteilt sie diese und, welche Folgerungen zieht sie daraus?

16. Welche Erfahrungen sind der Bundesregierung hinsichtlich der Umsetzung der Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Ersatzkrankenkassen zur ambulanten Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten bekannt?

Wie beurteilt die Bundesregierung den Sachverhalt, daß in dieser Vereinbarung die ermächtigten Ärzte in Schmerzambulanzen ausgeschlossen sind, und welcher gesetzgeberische Handlungsbedarf ergibt sich daraus für die Bundesregierung?

17. Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung, um die medikamentöse Schmerztherapie zu erleichtern?

In welchem Rahmen will sie die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV) liberalisieren und Unsicherheiten und Ängste seitens der Ärzte und Laien abbauen?

18. Welche Erfahrungen mit der seit dem 1. Februar 1993 geltenden Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtMVV) sind der Bundesregierung vor allem seitens der Fachgesellschaften bekanntgeworden?

19. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß für die ärztliche Praxis Anwendungsregeln im Umgang mit Schmerzpatienten fehlen, weil verbindliche Standards zur Schmerzbehandlung nicht vorhanden und der Wissensstand vieler Praktiker unzureichend ist?

20. Mit welchen Maßnahmen wird die Bundesregierung die vom Deutschen Ärztetag im Juni 1996 beschlossene Schaffung einer Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ fördern?

Wie wird sie die Aufnahme dieser Zusatzbezeichnung in die Musterweiterbildungsordnung unterstützen?

Wird sie insbesondere die Fachgesellschaften bei der Erstellung von gemeinsamen Qualifikationsvoraussetzungen (Theoriebereiche, -stundenzahl, -kataloge usw.) unterstützen?

Wenn nein, warum nicht?

21. Mit welchen Maßnahmen wird die Bundesregierung dazu beitragen, daß bereits bestehende Curricula bei der Zusatzausbildung zum Schmerztherapeuten (z. B. bei der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes oder der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin) gefördert und von den Ärztekammern anerkannt werden?

22. Wie beurteilt die Bundesregierung die schmerztherapeutische Ausbildung der Medizinstudenten nicht nur bezüglich der Berücksichtigung des Stoffgebiets, beispielsweise in Form einer Pflichtvorlesung „Schmerztherapie“, sondern auch in Hinblick auf eine generelle Reform des Medizinstudiums?

Welche Maßnahmen wird die Bundesregierung ergreifen, damit die Universitäten durchgängig ein interdisziplinäres Lehrangebot bereitstellen?

23. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß Defizite bei der Thematisierung des Schmerzes während der Ausbildung von Ärzten, Schwestern und Pflegern mitursächlich für die Unterversorgung chronisch Schmerzkranker ist, und wenn ja, welchen Handlungsbedarf leitet die Bundesregierung hieraus hinsichtlich einer notwendigen Änderung der Ausbildung für diese Gesundheitsberufe ab?

24. Wie beurteilt die Bundesregierung den Stand der Qualitätssicherung in der Algesiologie?

Sind für die Bundesregierung Qualitätszirkel das geeignete Mittel, um die systematische und routinemäßige Qualitätssicherung schmerztherapeutischer Behandlung sicherzustellen?

Welche Schritte erachtet die Bundesregierung zur Sicherung der Qualität (unter besonderer Berücksichtigung der Struktur- und Prozeßqualität) in der Algesiologie als erforderlich bzw. welche Maßnahmen wird sie in diesem Zusammenhang einleiten?

25. Wie beurteilt die Bundesregierung vor dem Hintergrund der wissenschaftlich-praktischen Diskussion die gemeinsamen Definitionen und algesiologischen Standards der verschiedenen Fachgesellschaften, und welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Bundesregierung?

26. Unterstützt die Bundesregierung Initiativen zur Vereinheitlichung der Nomenklatur von Schmerzsyndromen, zur Erstellung von Diagnoseschemata und standardisierten Anamnesen?

Wenn ja, auf welche Weise?

Wenn nein, warum nicht?

27. Unterstützt die Bundesregierung die Empfehlung, standardisierte Methoden zur Dokumentation und Wirksamkeitskontrolle von Schmerzdiagnostik und -therapie einzuführen?

Wenn ja, welchen Beitrag wird die Bundesregierung hierbei leisten?

Wenn nein, warum nicht?

28. In welchem Ausmaß werden nach Kenntnis der Bundesregierung standardisierte Instrumente insbesondere zur Therapiekontrolle (d.h. zur Ergebniskontrolle) in schmerztherapeutischen Einrichtungen routinemäßig eingesetzt, und welchen gesetzgeberischen Handlungsbedarf sieht die Bundesregierung in diesem Bereich?

29. Worin sieht die Bundesregierung den im internationalen Vergleich geringen Umfang der klinischen Schmerzforschung in der Bundesrepublik Deutschland begründet?

Durch welche Programme wird die Bundesregierung die zukünftige Forschung auf dem Gebiet des chronischen Schmerzes fördern?

30. Mit welchen Mitteln und Maßnahmen wird die Bundesregierung neben der experimentellen Grundlagenforschung in Zukunft verstärkt auch die klinische Schmerzforschung und systematische Therapiekontrolle in klinischen Einrichtungen fördern?

31. Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung, um die Grundlagenforschung zum Schmerz in der Bundesrepublik Deutschland in quantitativer und qualitativer Hinsicht auf das Niveau etwa Großbritanniens und Frankreichs zu heben und die Kooperationsstrukturen innerhalb der Grundlagenforschung wie auch die Verbundforschung mit klinischen Forschergruppen zu intensivieren?

32. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß in Deutschland eine systematische Schmerzforschung nicht existiert?

Wenn ja, welchen Beitrag wird die Bundesregierung zur Überwindung dieses Defizites leisten?

Wird sich die Bundesregierung insbesondere für die Schaffung von Lehrstühlen für Algesiologie einsetzen?

33. Wie ist der Stand der epidemiologischen Schmerzforschung in der Bundesrepublik Deutschland?

Wie will die Bundesregierung der Schmerzepidemiologie neue Anstöße geben und sie auf tragfähige, kontinuierliche Grundlagen stellen?

Welche Rolle spielt sie für die zu entwickelnde bundesweite Gesundheitsberichterstattung?

34. Durch welche Schritte beabsichtigt die Bundesregierung, das noch nicht ausreichende (sozial)epidemiologische Wissen zur Schmerzprävalenz, zum soziodemographischen Profil der Schmerzpatienten, zur Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen und zum Ausmaß der Selbstmedikation zu fördern?

35. In welcher Weise unterstützt die Bundesregierung sozialwissenschaftliche Untersuchungen zum alltäglichen Bewältigungshandeln, zur sozialen Unterstützung und zum Zusammenhang von Stress und Schmerz?

36. Welche Formen des Wissenstransfers sind besonders geeignet, zwischen wissenschaftlicher Schmerzforschung einerseits und (insbesondere der hausärztlichen) Praxis andererseits zu vermitteln?

Welche Schritte unternimmt die Bundesregierung, um die Kluft zwischen beiden Bereichen zu verringern?

37. Wie beabsichtigt die Bundesregierung das Problemfeld Schmerz in der universitären und nach-universitären Ausbildung von

Psychologen entsprechend seiner Bedeutung für die Schmerztherapie im Curriculum zu verankern?

38. Wie und wann beabsichtigt die Bundesregierung die Tätigkeit nichtärztlicher Psychotherapeuten mit schmerztherapeutischer Qualifikation im Bereich der schmerztherapeutischen Versorgung zu verbessern?
39. Mit welchen Maßnahmen wird die Bundesregierung dazu beitragen, daß die postuniversitäre Ausbildung klinischer Psychologen im Bereich der Schmerztherapie nach einem qualifizierten Curriculum an multidisziplinären, schmerztherapeutisch spezialisierten Institutionen verankert wird?
40. Ist die Bundesregierung der Meinung, daß schmerztherapeutische Leistungen niedergelassener Ärzte ausreichend honoriert werden?

Sind die Bewertungsmaßstäbe für die Honorierung der zeitintensiven Erstuntersuchung von Schmerzpatienten ausreichend?

41. Welche Bedeutung kommt im schmerztherapeutischen Kontext der Selbsthilfe der Betroffenen vor dem Hintergrund der jüngsten Entscheidungen des Gesetzgebers (Streichung des früheren § 20 SGB V) zu?

Glaubt die Bundesregierung, daß die Selbsthilfeförderung ausreichend ist?

Durch welche Maßnahmen unterstützt die Bundesregierung die Selbsthilfe von Schmerzkranken?

Auf welche praktischen Erfahrungen und auf welche Forschungen im Bereich der Selbsthilfeförderung kann die Bundesregierung zurückgreifen?

Durch welche politischen und rechtlichen Schritte (etwa einer Änderung des § 20 SGB V) plant die Bundesregierung, das Selbsthilfepotential bei Schmerzpatienten infrastrukturell zu stärken?

42. Durch welche Maßnahmen im Bereich – auch der populärwissenschaftlich ausgerichteten – Öffentlichkeitsarbeit informiert die Bundesregierung über die Ergebnisse der Schmerzforschung, insbesondere auch über Fortschritte der Schmerztherapie?

Bonn, den 16. Oktober 1996

Horst Schmidbauer (Nürnberg)
Klaus Kirschner
Lilo Blunck
Petra Ernstberger
Dagmar Freitag
Dr. Hans-Hinrich Knaape
Brigitte Lange
Waltraud Lehn
Klaus Lohmann (Witten)
Dr. Martin Pfaff

Gudrun Schaich-Walch
Regina Schmidt-Zadel
Dr. R. Werner Schuster
Dr. Angelica Schwall-Düren
Antje-Marie Steen
Dr. Peter Struck
Margitta Terborg
Dr. Wolfgang Wodarg
Verena Wohlleben
Rudolf Scharping und Fraktion

