

G. Lindena^{1,2} · J. Hildebrandt^{1,3} · H. C. Diener^{1,4} · P. Schöps^{1,5} · C. Maier^{1,6}

¹ Kommission für Qualitätssicherung 2000–2002 der DGSS

² CLARA – Klinische Forschung, Kleinmachnow/Berlin

³ Schmerzambulanz der Universität Göttingen, Göttingen

⁴ Neurologische Universitätsklinik, Essen

⁵ Physikalische Medizin im Städtischen Krankenhaus München-Harlaching, München-Harlaching

⁶ Abt. für Schmerztherapie, BG-Kliniken Bergmannsheil der Ruhr-Universität, Bochum

Schmerztherapeutische Angebote an Kliniken in Deutschland

Ambulanzen, teilstationäre und stationäre Einrichtungen für Patienten mit chronischen Schmerzen

Organisierte Schmerztherapie wird ambulant, teilstationär und stationär angeboten. Sie richtet sich an Patienten mit chronischen Schmerzen, deren beide größte Gruppen an Kopf- oder Rückenschmerzen leiden. Ein genauer Überblick über die Versorgung mit schmerztherapeutischen Einrichtungen und deren Leistungen ist Voraussetzung für die sinnvolle Nutzung und für den Ausbau der Schmerztherapie bundesweit.

Da solche Daten in Deutschland bisher nur ausschnittsweise [2, 8] vorliegen, wurde von der Kommission für Qualitätssicherung der DGSS eine Umfrage in allen Kliniken in Deutschland geplant, deren Ergebnisse auch von den Ad-hoc-Kommissionen für DRGs und für externe Qualitätssicherung, nicht zuletzt auch der Kommission für berufspolitische Fragen benötigt werden. Die Ergebnisse dieser Umfrage liefern Daten zur Strukturqualität, die in der aktuellen Diskussion mit den Kostenträgern und für die Argumentation zur Bedeutung der Schmerztherapie und deren Finanzierung auch unter neuen Abrechnungsbedingungen im stationären Bereich genutzt werden können.

Methoden

Um ein möglichst vollständiges Bild zu erhalten, wurden aus einer vorhandenen Adressdatei aller Krankenhäuser in Deutschland mit 4500 Adressen Klinik-

abteilungen mit unterschiedlichen Standorten, aber einer gemeinsamen Verwaltung, sowie Justizvollzugsanstalten und (Reha-)Kliniken mit ausschließlich monodisziplinären, nicht schmerzbezogenen Therapieangeboten aussortiert. Anschließend wurden die Klinikverwaltungen Anfang Juni 2002 mit einem Fragebogen (Abb. 1) angeschrieben, und Mitte Juli 2002 erneut diejenigen, die bis dahin nicht geantwortet hatten. Ab Mitte August wurde bei insgesamt 1070 Kliniken telefonisch nachgefragt, wenn sie nicht schriftlich geantwortet hatten. Von 1813 Kliniken haben 743 den Fragebogen schriftlich und 1070 den reduzierten Fragenkatalog (Abb. 1) am Telefon beantwortet.

Damit liegt eine vollständige Erhebung von schmerztherapeutischen Angeboten in den Kliniken Deutschlands vor. 15 Kliniken mit einem Schmerztherapieangebot wollen ihr Angebot nicht veröffentlicht haben, sind aber in die Gesamtauswertung eingegangen.

Ergebnisse

Nach den Fragebögen und Telefonaten verfügen 579 von 1813 (31,9%) Kliniken über mindestens ein schmerztherapeutisches Angebot (Tabelle 1). Je größer ein Krankenhaus, desto eher gibt es mindestens ein solches Angebot (Tabelle 2). Die meisten medizinischen Fakultäten bieten ambulante Schmerztherapie an (Tabel-

le 3). Insgesamt stehen 62 „Schmerz-Betten“ in 9 von 29 Universitätsklinik und 53 Tagesklinikplätze in 8 Universitätsklinik in Deutschland für die Studentenausbildung zur Verfügung, 2 Universitätsklinien bieten keine ambulante, teilstationäre oder stationäre Schmerztherapie an.

Die regionale Verteilung der Schmerztherapieeinrichtungen ist sehr unterschiedlich (Tabelle 4). Im Vergleich der Länder erscheinen bevölkerungsarme Länder trotz einer geringeren Zahl von Angeboten besser versorgt. Insgesamt sind weniger als die Hälfte der 131 Häuser mit Schmerzbetten im Krankenhausplan angegeben, 2 Länder haben alle ihre Schmerzbetten offiziell ausgewiesen, 5 Länder keine.

Insbesondere für die Ambulanzen sind die Angaben über die Anzahl betreuter Patienten nicht vollständig, die Anzahl der Ambulanzen mit ihrer jeweils sehr unterschiedlichen Größe lässt die Anzahl betreuter Patienten schwer schätzen.

Die schmerztherapeutischen Einrichtungen werden meist von Anästhesisten geleitet (Abb. 2).

Planungen und Entwicklungen

Von den 743 Kliniken, die den Fragebogen beantwortet haben,

- haben 343 zzt. kein schmerztherapeutisches Angebot

Hier steht eine Anzeige
MSD Sharp

Tabelle 1

Art schmerztherapeutischer Angebote in Deutschland und Anzahl versorgter Patienten nach konservativer Schätzung

	Anzahl Kliniken	Anzahl	Spanne	Versorgte Patienten/Jahr	Bemerkungen: Schätzungen
Schmerzbetten	131	1674* Betten	1–130	33.000	14 Tage Aufenthalt, 80% Auslastung
Schmerzambulanzen	499	28 973** Scheine	2–650	30.000	1/4 neue Patienten
Tageskliniken	123	1168* Plätze	2–160	17.000	20 Tage Aufenthalt, 80% Auslastung
Gesamt	579			80.000	Mehrere Angebote je Klinik

*Bei etwa 25% der Einrichtungen fehlten die Angaben; **Bei etwa 50% der Einrichtungen fehlten diese Angaben

Tabelle 2

Schmerztherapieangebote nach Größe der Krankenhäuser

Anzahl Betten	0-100	%	101-400	%	401-800	%	>800	%	Alle
Anzahl Krankenhäuser	217	100	112	100	297	100	88	100	
Art der schmerztherapeutischen Einrichtung									
Nur stationär	3	1,4	14	1,2	5	1,7	1	1,1	23
Nur ambulant	15	6,9	214	19,1	91	30,6	37	42,0	357
Nur teilstationär	9	4,1	32	2,8	7	2,4	3	3,4	51
Stationär und ambulant	6	2,8	34	3,0	26	8,8	10	11,4	76
Stationär und teilstationär	0	0,0	4	0,4	2	0,7	0	0,0	6
Teilstationär und ambulant	6	2,8	18	1,6	8	2,7	8	9,1	40
Stationär, teilstationär und ambulant	2	0,9	15	1,3	6	2,0	3	3,4	26
Mindestens ein Angebot	41	18,9	331	29,5	145	48,8	62	70,5	579

- halten 297 (86,6% derjenigen ohne Angebot) die organisierte Schmerztherapie für notwendig
- planen 125 Kliniken ein schmerztherapeutisches Angebot (59 dieser Kliniken mit mindestens einem Angebot planen zusätzliche neue), z. T. mit konkreten Eröffnungsdaten, meist Ambulanz oder Station, aber auch 10 Tageskliniken
- hatten 100 Kliniken schon einmal ein schmerztherapeutisches Angebot, das es jedoch nicht mehr gibt.

Die wirtschaftliche Basis der Schmerztherapie wird kritisch gesehen, unabhängig davon, ob zzt. ein Angebot vorhanden ist oder nicht (■ Tabelle 5).

Diskussion

Diese erste Übersicht aller schmerztherapeutischen Angebote an Kliniken ist ein wesentlicher Schritt zur quantitativen und qualitativen Bewertung der organisierten Schmerztherapie in Deutschland. Seit der Einführung der Schmerztherapieverein-

barung und der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ hat sich die Situation der organisierten Schmerztherapie sehr verbessert.

Vollständigkeit und Plausibilität der Daten

Mit dieser Umfrage wurde eine Datenbasis über die schmerztherapeutischen Angebote an Kliniken in Deutschland geschaffen. Um kein schmerztherapeutisches Angebot zu übersehen, waren zunächst 2938 Kliniken angeschrieben worden, also mehr als die 2240 im Jahr 2001 vom Statistischen Bundesamt angeführten Kliniken [12]. Derartige Abweichungen sind plausibel, da sich die Kliniklandschaft sehr schnell ändert, aber auch mehrere Krankenhausstandorte unter einem Träger oder mehrere Einrichtungen mit einem Ansprechpartner, z. T. mit unterschiedlichen Therapieangeboten angeführt werden.

Im Vergleich mit anderen Daten [2, 3] muss aus den folgenden Gründen davon ausgegangen werden, dass das in dieser

Umfrage ermittelte schmerztherapeutische Angebot stark überschätzt wird:

- Es gibt gemeinsame Einrichtungen für Palliativmedizin und Schmerztherapie. Obwohl die Fragestellung sich nur auf die Schmerzbetten bezog, wurde in einigen Nachbefragungen und persönlichen Gesprächen deutlich, dass die Zahlenangaben nicht immer getrennt wurden.
- Für die Rehakliniken wurde versäumt zu erfassen, ob sie Patienten zur Akutbehandlung aufnehmen. Diese wurden nicht von den eigentlichen Rehapatienten differenziert.
- Gefragt war nach der organisierten Schmerztherapie für chronische Schmerzpatienten. Damit können die Patientenfaktoren wie Chronifizierung und Multimorbidität und das tatsächliche Angebot einer multimodalen Schmerztherapie (noch) nicht ausreichend beschrieben werden.
- Die z. T. recht kleine Anzahl von Betten pro Klinik lässt darauf schließen, dass nicht nur, wie erwünscht, Betten

Tabelle 3

Schmerztherapie in der Ausbildung: Angebote in den Universitäten

Anzahl Universitäten	29
Art der Einrichtung	
Nur stationär	1
Nur ambulant	14
Nur teilstationär	0
Stationär und ambulant	4
Stationär und teilstationär	0
Teilstationär und ambulant	6
Stationär, teilstationär und ambulant	2
Kein Angebot	2

auf eigenen Stationen, sondern auch Belegbetten angegeben wurden.

Die Anzahl der versorgten Patienten wurde von uns vorsichtig geschätzt, da häufig Angaben v. a. zu der Zahl der in den Ambulanzen versorgten Patienten fehlen (■ Tabelle 1).

Überprüfungen zur Plausibilität ergaben, dass beispielsweise der Krankenhausplan von NRW

- In 17 Häusern Schmerzbetten innerhalb der Anästhesie ausweist,

der Umfrage zufolge jedoch

- in 7 dieser 17 Häuser Schmerzbetten nicht eröffnet wurden (davon in 5 Universitäten, Verbindlichkeit des Plans?)
- Betten von 10 weiteren Einrichtungen nach eigener Angabe im Krankenhausplan ausgewiesen sind (Aktualität des Plans?)
- weitere 25 Häuser Patienten mit chronischen Schmerzen stationär behandeln, aber in Betten anderer Abteilungen.

Dies gilt für andere Bundesländer sinngemäß.

Die Anzahl teilstationärer Angebote erscheint wesentlich zu hoch. Vermutlich sind hier beispielsweise auch Angebote für geriatrische Patienten angegeben worden. Daher müssen diese Daten unbedingt im Einzelnen überprüft werden, was im Zuge einer 2., qualitativen Analyse geschehen sollte.

Zusammenfassung · Abstract

Schmerz 2004 · 18:10–16
DOI 10.1007/s00482-003-0249-3
© Springer-Verlag 2003

G. Lindena · J. Hildebrandt · H. C. Diener · P. Schöps · C. Maier

Schmerztherapeutische Angebote an Kliniken in Deutschland. Ambulanzen, teilstationäre und stationäre Einrichtungen für Patienten mit chronischen Schmerzen

Zusammenfassung

Organisierte Schmerztherapie richtet sich mit (teil)stationären und ambulanten Angeboten an Patienten mit chronischen Schmerzen. Die Erhebung zu schmerztherapeutischen Einrichtungen an Kliniken in Deutschland ergab bei 579 Kliniken mindestens ein schmerztherapeutisches Angebot – meist ambulante Schmerztherapie. In den letzten Jahren wurden – regional unterschiedlich – viele stationäre und teilstationäre Angebote zusätzlich geschaffen.

Die Differenz zwischen den tatsächlich – z. T. unter anderem Titel in anderen Bereichen – vorgehaltenen und den ausgewiesenen Betten führt dazu, dass die Schmerztherapie durch die nicht transparente Klassifikation in den DRG, Diagnosen (ICD-10) und Prozeduren (OPS) nur

unzureichend abgebildet wird, zumal meist kein Abteilungscode dafür vorliegt.

Laut Klinikangaben wird das Angebot überschätzt, da zwar viele Patienten mit Schmerzen behandelt, doch nicht im engeren Sinne schmerztherapeutisch betreut werden.

Eine Übersicht über die schmerztherapeutischen Angebote ist Voraussetzung für die sinnvolle Nutzung, den Beleg der Notwendigkeit und für den Ausbau der Schmerztherapie bundesweit.

Die Untersuchung wurde von der Kommission für Qualitätssicherung der DGSS geplant und beauftragt und von der DGSS finanziert.

Schlüsselwörter

Chronische Schmerzen · Stationär · Teilstationär · Ambulant · Strukturqualität

Pain treatment facilities at hospitals in Germany. Outpatient, daycare and inpatient facilities for patients with chronic pain

Abstract

Specialised pain treatment is available at inpatient, daycare and outpatient units at hospitals in Germany. A total of 579 hospitals in Germany offer at least one of the three pain treatment options. The main treatment involves outpatient care, but inpatient wards and daycare institutions have become more common. The type and number of pain treatment facilities differ regionally. Five of the 16 counties do not officially offer inpatient care at all, although pain treatment sites have been opened on the initiative of the hospitals themselves.

Since specialised pain treatment is insufficiently defined by diagnosis (ICD-10) or procedures (OPS) in the German DRG system, it is not possible to recognise its availability when the facilities are not officially named.

Pain treatment should be differentiated dependent on whether patients are treated within

a single area of expertise or by specialised multi-professional pain facilities.

At hospitals, systematic multimodal pain treatment is possible. Inpatient and daycare pain treatment programs are suitable when outpatient treatment has failed.

An overview of the pain therapies offered is a prerequisite for their optimal use, the demonstration of their necessity and for their continued development throughout Germany.

This study was planned and supervised by the commission for quality assurance of the German IASP chapter and was sponsored by the German IASP chapter.

Keywords

Chronic pain · Inpatient · Daycare · Outpatient · Quality assurance

Bitte faxen Sie dieses Formular ausgefüllt an: (030) 29 49 15 82

Umfrage in Krankenhäusern: Schmerztherapie-Angebote in Deutschland**1. Wie viele Betten gibt es in Ihrer Einrichtung insgesamt?**

Unter 100 <input type="radio"/>	100 bis 400 <input type="radio"/>	401 bis 800 <input type="radio"/>	Über 800 <input type="radio"/>
---------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------

2. Gibt es in Ihrer Einrichtung ein Angebot mit organisierter Schmerztherapie?

<input type="radio"/> ja, weiter zu 3	<input type="radio"/> Nein, weiter zu 8
---------------------------------------	---

3. In welcher Abteilung, welchen Abteilungen wird es durchgeführt (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="radio"/> Anästhesie	<input type="radio"/> Geriatrie	<input type="radio"/> Neurochirurgie	<input type="radio"/> Neurologie
<input type="radio"/> Orthopädie	<input type="radio"/> Psychoth./ Psychosomatik		<input type="radio"/> andere, weiter zu 4

4. Haben Sie ausgewiesene Schmerzbetten? (Art 1)nein ja Anzahl**4a. Wenn ja, sind diese im KH-Bedarfsplan gelistet?**nein ja **5. Haben Sie eine Schmerzambulanz? (Art 2)**nein ja Anzahl Scheine / Quartal**6. Haben Sie eine Tagesklinik oder andere teilstationäre Einrichtung? (Art 3)**nein ja Anzahl Plätze**7. Leitungspersonen / Ansprechpartner (Bitte für Frage 4, 5 und 6 angeben)**

ausgewiesene Schmerzbetten: Art = 1; Schmerzambulanz: Art = 2; Tagesklinik: Art = 3

Art	Name	E-Mail-Adresse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

8. Gab es schon einmal ein solches Angebot bei Ihnen?nein ja Art, Nummer s.o.**9. Wenn Sie selbst bisher kein schmerztherapeutisches Angebot bereithalten, planen Sie ein solches Angebot für Ihre Klinik?**nein ja Art, s.o.

Voraussichtlich ab

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monat		Jahr	

10. Werden von Ihrer Klinik Patienten mit chronischen Schmerzen an andere Institutionen überwiesen?nein ja, einzelne ja, regelmäßig **11. Gibt es eine institutionalisierte Kooperation?**nein ja Art der Kooperation**12. Nehmen Sie an der Erstkalkulation für die DRG teil?**nein ja **13. Halten Sie die Einrichtung organisierter Schmerztherapie für notwendig?**nein ja **14. Wie bewerten Sie die wirtschaftliche Basis der Schmerztherapie in Zukunft?**nicht tragbar gefährdet unproblematisch **15. Wir sind mit der Veröffentlichung unserer Angebote einverstanden:**nein ja

Datum, Stempel	Ansprechpartner: Name/ Tel./ Fax/ E-Mail
----------------	--

Abb. 1 ▲ Fragebogen für die Umfrage. Telefonisch wurde nur der 1. Teil der Fragen bis Frage 7 gestellt

Tabelle 4

Schmerztherapieeinrichtungen in den Bundesländern bezogen auf Einwohnerzahlen

	Einwohner (Mio.)	Betten (Zahl)	Betten KHP	Amb. (Zahl)	Tagesklinik (Plätze)	Betten/Mio. Einwohner	Amb./Mio. Einwohner	TK-Plätze/Mio. Einwohner
Baden-Württemberg	10,6	182	35	67	95	17,17	6,23	8,96
Bayern	12,3	112	50	52	153	9,11	4,23	12,44
Berlin	3,4	18	0	10	7	5,29	2,94	2,06
Brandenburg	2,6	162	120	11	25	62,31	4,23	9,62
Bremen	0,7	33	14	7	2	47,14	10,00	2,86
Hessen	6,1	110	18	37	234	18,03	6,07	38,36
Hamburg	1,7	41	41	3	26	24,12	1,76	15,29
Mecklenburg-Vorpommern	1,76	9	0	6	0	5,11	3,41	0,00
Niedersachsen	7,96	65	0	63	153	8,17	7,91	19,22
Nordrhein-Westfalen	18	521	179	144	262	28,94	2,44	14,56
Rheinland-Pfalz	4,05	110	98	29	108	27,16	7,16	26,7
Sachsen-Anhalt	2,6	9	0	10	12	3,46	3,85	4,62
Saarland	1,1	36	36	9	10	32,73	8,18	9,09
Sachsen	4,4	141	14	13	26	32,05	2,95	5,91
Schleswig-Holstein	2,8	115	72	24	27	41,07	8,57	9,64
Thüringen	2,4	10	0	14	28	4,17	5,83	11,67
Gesamt	82,47	1674	677	499	1168	20,30	4,83	14,07

TK: Tagesklinik

Tabelle 5

Wirtschaftliche Basis der Schmerztherapie nach Meinung der schriftlich antwortenden Kliniken (n=743)

Wirtschaftliche Basis der Schmerztherapie...	mit schmerzth. Angebot	%	ohne	%
...nicht tragbar	98	14,48	35	12,73
...gefährdet	534	78,88	221	80,36
...unproblematisch	45	6,65	19	6,91

Bedarfsplanung

Die Effizienz eines multidisziplinären Ansatzes bei der Therapie chronischer Schmerzen ist nachgewiesen (in Deutschland: [13]). Besonders negativ wirkt sich die einseitige fachbezogene zu Ungunsten einer interdisziplinären und multiprofessionellen Betreuung bei Schmerzpatienten aus [11]. Es gibt jedoch derzeit keine international gesicherten Anhaltswerte für den Bedarf an organisierter Schmerztherapie. Neumann beschreibt einen großen Zuwachs in den letzten Jahren [8]. Dadurch wurde die im Ländervergleich hoch erscheinende Anzahl von 75 Betten je 1 Mio. Einwohner im Ruhrbezirk erreicht. Diese können jedoch nicht als ausreichend angesehen werden.

In epidemiologischen Schätzungen wird deutlich (s. z. B. [3]), dass die Anzahl der von Schmerzen betroffenen Patienten hoch ist. Diese Schätzungen erlauben keine konkreten Rückschlüsse auf die Einfluss- und Risikofaktoren.

Die DGSS geht davon aus, dass 7500 Patienten mit schweren „therapieresistenten“ Dauerschmerzen je 1 Mio. Einwohner in der Bundesrepublik pro Jahr notwendig und ökonomisch sinnvoll [13] durch spezialisierte Angebote betreut werden, davon etwa 10% stationär. Das bedeutet bei einer 14-tägigen Behandlungsdauer, die erfahrungsgemäß nach den Behandlungsprogrammen z. B. bei chronifizierten Kopf- und Rückenschmerzpatienten bzw. bei Patienten mit häufig mehreren

Begleiterkrankungen zu niedrig ist, einen Bedarf von 28,85 Betten je 1 Mio. Einwohner bzw. 2300 Betten in Deutschland.

Dabei müssen die ambulanten, teilstationären und stationären Angebote zusammen betrachtet, aber nach ihrem Aufgabenbereich abgegrenzt werden. Die von der DRG-Kommission der DGSS entwickelte Aufnahmeindikationsliste [4] kann hier wertvolle Dienste leisten. Stationäre Patienten unterscheiden sich im Schweregrad ihrer Erkrankung [10], eine Aufnahmeindikation wird v. a. bei drohender Verschlechterung, Chronifizierung bzw. Ineffizienz der ambulanten Behandlung, für die interdisziplinäre Diagnostik und multimodale Therapie, bei schwerwiegenden Begleiterkrankungen und speziellen Indikationen gesehen [4].

Stationäre Angebote wirken zudem überregional, so wird z. B. das geringe Angebot in Berlin durch die vergleichsweise große Anzahl von Schmerzbetten in Brandenburg ergänzt. Demgegenüber sollten Tageskliniken gut erreichbar sein und ihre Angebote Block- vs. intermittierende Therapie auf ihre Patienten ausrichten. In jeder medizinischen Fakultät sollte es mindestens eine ganztägig geöffnete interdis-

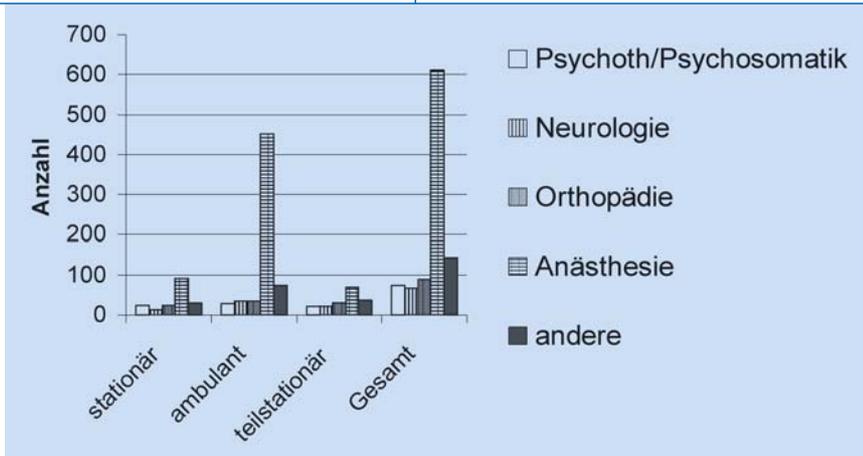


Abb. 2 ▲ Schmerztherapeutische Angebote an Kliniken in Deutschland

zipliniäre Schmerzambulanz geben, die im Lehrprogramm integriert ist.

Bisher gibt es keine Untersuchungen über die – effektiven und damit sinnvollen – Patientenwege durch die Stufen des Versorgungsangebots, wie sie beispielsweise in den Rückenschmerzleitlinien skizziert sind [1], im Gegenteil, gerade die Rückenschmerzen werden explizit als eine der wichtigsten chronischen Krankheiten genannt, die überholten Paradigmen und Versorgungsgewohnheiten unterliegen [11].

Perspektive im DRG-System und Qualitätssicherung

An der Erstkalkulation haben 12 (4) Einrichtungen mit einem stationären und einem teilstationären Angebot teilgenommen, 22 (11) mit einem stationären Angebot, und 19 (8) mit einem teilstationären (in Klammern jeweils diejenigen, die nicht im Krankenhausplan aufgeführt sind). Bisher werden die Patienten nur unzureichend abgebildet, sie verschwinden im Datenpool, da

- die schmerzverursachende Grunderkrankung als Hauptdiagnose kodiert wird, diese aber auch ohne Schmerzen auftreten kann (dadurch verteilen sich die Patienten auf unzählige DRG)
- kein Abteilungsschlüssel vorhanden ist und ein großer Teil der Patienten in „inoffiziellen“ Betten behandelt werden
- der OPS-Code 9–818 „multimodale Schmerztherapie“ Dauer und Aufwand z. B. eines Behandlungsprogramms nicht wiedergibt.

Um diesem Problem akut zu begegnen, wurde ein Kodierleitfaden für die Schmerztherapie erstellt [5]. Weitere Folgen und Maßnahmen sind noch nicht abzusehen. Jedoch liegt es auf der Hand, dass kurzfristig die „inoffiziellen“ Schmerzbetten umgewandelt werden müssen.

Die Betrachtung der Strukturqualität gibt zwar Hinweise auf die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen, andererseits werden von Kostenträgern, aber auch im eigenen Interesse zunehmend Effektivitätsnachweise gefordert [7]. Wenn Unterschiede in der Vorgehensweise (Beispiel bei [6]), aber auch im Ergebnis belegt werden können (Beispiel aus der Versorgung von Rheumapatienten bei [14]), insbesondere mit der notwendigen langfristigen Veränderung bei chronischen Schmerzen [9] wird eine Argumentationsgrundlage geschaffen. Zudem erleichtert die Erfassung von Prozess- und Ergebnisdaten den Austausch zwischen den Einrichtungen im Sinne einer Qualitätssicherung.

Fazit für die Praxis

Kurzfristig sollte jede schmerztherapeutische (teil)stationäre Einrichtung ihre Aufnahme in den Krankenhausplan anstreben, jede Einrichtung, die im Krankenhausplan Betten ausgewiesen bekommen hat, diese auch eröffnen und die Kodierempfehlungen der DRG-Kommission der DGSS beachten, bzw. dabei mithelfen, sie zu verbessern.

Für alle (teil)stationären Einrichtungen, die um eine Abbildung ihrer Patientenversorgung im neuen DRG-System ringen, empfiehlt sich die Zertifizierung und die Standardisierung von Therapieprogrammen, parallel

zu den Bemühungen um eine bessere Abbildung im Dokumentationssystem. Eine 2., qualitative Erhebung muss folgen, um nach zuvor definierten Kriterien das schmerztherapeutische Angebot an Kliniken in Deutschland, die Zahl und Art der betreuten Patienten und die Therapieerfolge genauer zu beschreiben.

Korrespondierender Autor

Dr. G. Lindena

CLARA – Clinical Analysis, Research and Application/
Klinische Analyse, Forschung und Anwendung,
Clara-Zetkin-Straße 34, 14532 Kleinmachnow
E-Mail: gabriele.lindena@t-online.de

Literatur

1. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (2000) Empfehlungen zur Therapie von Krebsschmerzen. Arzneiverordnung in der Praxis. <http://www.akdae.de>
2. Baune BT (1999) Multimodale Schmerztherapie in Nordrhein-Westfalen. Schmerz 13: 367–373
3. Bellach BM, Ellert U, Radoschewski M (2000) Epidemiologie des Schmerzes – Ergebnisse des Bundesgesundheitsveys 1998. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 43: 424–431
4. DRG-Kommission der DGSS (2001) Aufnahmeindikationsliste (AIL). <http://www.DGSS.org>
5. DRG-Kommission der DGSS (2003) Kodierleitfaden Schmerztherapie und Palliativmedizin. Eigendruck, zu erhalten bei DGSS, DGAI/BDA, DIVS, IGOST, DGP, DGPMR, DGPSF, Mundipharma GmbH, Limburg
6. Lang E (1997) Struktur- und Prozessqualität in der Versorgung von Schmerzpatienten. In: Göbel H, Buschmann P (Hrsg) Schmerztherapie in Deutschland: Status und Perspektiven. Eigendruck, Symposium Kiel 1997
7. Lungen M, Lauterbach KW (2002) Effektivität von Strukturqualität in der Qualitätssicherung – Review. Z Ärztl Fortbild Qual Sich 96: 101–114
8. Neumann U (2002) Schmerz Gesundheitsökonomische Bedeutung aus Sicht der Kostenträger. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 45: 451–454
9. Peat GM, Moores L, Goldingay S, Hunter M (2001) Pain management program follow-ups. A national survey of current practice in the United Kingdom. J Pain Symptom Manage 21/3: 218–226
10. Pioch E, Seidel W (2003) Manuelle Medizin bei chronischen Schmerzen. Schmerz 17: 34–41
11. Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (2002) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. [svr-gesundheit.de](http://www.gesundheit.de)
12. Statistisches Bundesamt (2002) Einrichtungen des Gesundheitswesens. <http://www.stabu.de>
13. Strumpf M, Willweber-Strumpf A, Zenz M (1998) Ökonomische Aspekte der Schmerztherapie. Z Ärztl Fortb Qual Sich 92: 65–69
14. Zink A, Huscher D, Westhoff G (2002) Versorgungsforschung im Kompetenznetz Rheuma – Was leistet sie für die Verbesserung der Versorgung? Z Rheumatol 61: 3–12