

## **Inhalt**

Abkürzungsverzeichnis.....	2
Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	3
1. Ableitung von Themenfeldern mit Potential zur Verbesserung der Versorgung.....	4
2. Erarbeitung von Reformansätzen zur Verbesserung der OA-Versorgung.....	8
2.1. Zu 1. Maßnahmen in Bezug auf die (allgemeinen) Rahmenbedingungen.....	8
2.2. Zu 2. Maßnahmen in Bezug auf die Rahmenbedingungen medizinischer Leistungserbringung.....	11
2.3. Zu 3. Maßnahmen durch Ärzte in der direkten Patientenversorgung.....	21
2.4. Zu 4. Maßnahmen zum Empowerment der Patienten.....	23
Referenzen.....	26
Rechtsnormen.....	33

## Abkürzungsverzeichnis

AdAM	Anwendung für ein digital unterstütztes Arzneimitteltherapie-Management
bspw.	beispielsweise
CME	Continuing Medical Education
CNTS	Chronische nicht-tumorbedingte Schmerzen
DMP	Disease-Management-Programm
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage
EBM	Einheitliche Bewertungsmaßstab
eMP	Elektronischer Medikationsplan
ePA	Elektronischen Patientenakte
et al.	et alia
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungsposition
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Auflage German Modification
KV	Kassenärztliche Vereinigung
OA	Opiodhaltige Analgetika
PACIC	Patient Assessment of Chronic Illness Care
LONTS	Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen
QSV	Qualitätssicherungsvereinbarung
s.	siehe
S.	Seite
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SASV	Spezialisierte ambulante schmerzmedizinische Versorgung
SGB V	Sozialgesetzbuch V
Zusatz-WB	Zusatz-Weiterbildung

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Einstellung in Bezug auf die Verschreibungshäufigkeit (Weitzel/Abels et al., unter Begutachtung bei BMC Health Services Research).....	6
Abbildung 2: Einstellungen in Bezug auf die Dosierung (Weitzel/Abels et al., unter Begutachtung bei BMC Health Services Research).....	6
Abbildung 3: Einstellungen in Bezug auf die Dosierung, Verschreibungshäufigkeit, Behandlungsdauer und den Behandlungszeitpunkt (Weitzel/Abels et al., unter Begutachtung bei BMC Health Services Research).....	7

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Abrechnungsmöglichkeiten Schmerztherapeuten.....	16
Tabelle 2: Abrechnungsmöglichkeiten Primärversorger .....	17

## 1. Ableitung von Themenfeldern mit Potential zur Verbesserung der Versorgung

Auf Grundlage der Projektergebnisse konnten folgende fünf Themenfelder detektiert werden, die in der Versorgungspraxis Relevanz besitzen und für die im weiteren Verlauf entsprechend Reformansätze zur Verbesserung der Versorgung mit opioidhaltigen Analgetika (OA) herausgearbeitet wurden:

1. OA-Abhängigkeit
2. OA-Langzeit-Verordnungshistorie
3. Inanspruchnahmeverhalten und fehlende Multimodalität
4. OA-Verordnung durch mehrere Ärzte
5. Allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität

Das erste Themenfeld, die **OA-Abhängigkeit**, wurde aufgegriffen, da sich in der Patientenbefragung nach den DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)-5-Kriterien bei 7,5 % der Patienten eine schwere Symptomatik für Opioid-Gebrauchsstörungen zeigten. Nur bei 56,9 % der Befragten lag keine Symptomatik nach den DSM-5-Kriterien vor. Männer waren dabei signifikant häufiger betroffen als Frauen, was mittels der Ergebnisse der Routinedatenanalyse bekräftigt werden konnte. Des Weiteren waren nach den Ergebnissen aller drei Erhebungen jüngere Patienten signifikant häufiger betroffen. Auch Menschen mit psychischem Distress und/oder Erkrankungen wiesen signifikant häufiger eine Symptomatik für Opioid-Gebrauchsstörungen auf oder wurden von Ärzten als Risikogruppe genannt (Patientenbefragung und Ärztebefragung; s. Ergebnisbericht, Kapitel 4.5). Vor allem eine nicht-retardierende Medikation, verschiedene behandelnde Ärzte bzw. ein „Ärzt hopping“ sowie eine inadäquate Anamnese bei Therapiebeginn erhöhten gemäß den Ergebnissen der Ärztebefragung die Gefahr für Missbrauch, absichtlichen Fehlgebrauch und Abhängigkeitserkrankungen (Neusser et al., unter Begutachtung bei Der Schmerz).

Hintergrund des zweiten Themenfeldes (**OA-Langzeit-Verordnungshistorie**) war, dass innerhalb der Studie Unterschiede zwischen Personen gefunden wurden, die über sehr lange Zeiträume OA verschrieben bekommen haben (z.B. mehrere Jahre), und Personen, die bspw. nur einige Monate OA zu sich genommen haben. So ergaben sich bspw. Unterschiede bei den Arztkontakten. Des Weiteren wurde in der Routinedatenanalyse festgestellt, dass bei Patienten mit einer längeren OA-Historie signifikant häufiger eine Opioid-Monotherapie durchgeführt wurde (26 % vs. 20 %;  $p < 0,001$ ) (Schrader et al. (2026)). Letzteres ist insofern von Relevanz, da in der Leitlinie zur Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS) eine alleinige Therapie mit OA bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (CNTS) nicht empfohlen wird. Vielmehr sollte die Schmerztherapie bspw. um physio- oder psychotherapeutische Verfahren ergänzt werden (Häuser et al. (2020a)).

Das Themenfeld **Inanspruchnahmeverhalten und fehlende Multimodalität** wurde einbezogen, da sich in den Untersuchungen gezeigt hat, dass zwischen verschiedenen Patientengruppen Unterschiede beim Inanspruchnahmeverhalten ergänzender Therapien bestanden und insgesamt häufig eine fehlende Multimodalität im Rahmen der Opioidtherapie zu beobachten war (Schrader et al. (2026)). Bei der Ärztebefragung haben die Teilnehmer angegeben, dass eine multimodale Therapie sinnvoll sei, jedoch wurde diese in großen Teilen für nicht durchführbar und realisierbar gehalten (s. Ergebnisbericht, Kapitel 4.6). Hervorzuheben ist hier, dass Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildung (Zusatz-WB) „Spezielle Schmerztherapie“ die multimodale Therapie als signifikant relevanter, durchführbarer und realisierbarer wahrgenommen haben ( $p$  jeweils  $< 0,001$ ).

Insgesamt haben 92 % der Ärzte angegeben, dass sie Physiotherapie bei ihren Patienten für sinnvoll halten würden, jedoch sei in 71 % eine ausreichende Verschreibung von Physiotherapie nicht möglich (Neusser et al. (2026)). Als Hauptgründe wurden die Heilmittelrichtlinie/ Wirtschaftlichkeitsprüfungen, ein Mangel an Physiotherapeuten mit Spezialisierung sowie ein genereller Mangel an Physiotherapeuten gesehen (s. Ergebnisbericht, Kapitel 4.6). In der Routinedatenanalyse ergaben sich bei ca. 23 % der Patienten Hinweise auf eine Opioid-Monotherapie (Schrader et al. (2026)). Die Unterschiede beim Inanspruchnahmeverhalten waren dabei in Abhängigkeit des Alters sowie des Geschlechts (s. Ergebnisbericht, Kapitel 4.3) erkennbar. So wurden begleitende Therapiemaßnahmen nach den Ergebnissen der Patientenbefragung mit zunehmendem Alter abnehmend beansprucht und männliche Patienten erhielten signifikant häufiger eine Monotherapie als weibliche.

Die **OA-Verordnung durch mehrere Ärzte** konnte als 4. Themenfeld ausgemacht werden. Die Ärzte schätzten das Risiko für Missbrauch, Fehlgebrauch und Abhängigkeit in der Befragung als hoch ein, wenn viele Behandler involviert sind bzw. Ärztehopping betrieben wird (Neusser et al. unter Begutachtung bei Der Schmerz). Ergänzend wurden Probleme bei der Identifikation von Missbrauch, Fehlgebrauch und Abhängigkeit bei Beteiligung mehrerer Leistungserbringender am Behandlungsprozess sowie bei einer mangelhaften Kommunikation zwischen den Leistungserbringenden beschrieben (s. Ergebnisbericht, Kapitel 4.5 (Neusser et al., unter Begutachtung bei Der Schmerz). Diese Einschätzung konnte mit Hilfe der Routinedatenanalyse bekräftigt werden: Mit der Anzahl der verschreibenden Ärzte stieg das Risiko für die Überschreitung der empfohlenen OA-Höchstdosis ( $p < 0,001$ ).

Zum Befragungszeitpunkt wurde von den Patienten in 31 % der Fälle eine OA-Therapie angegeben, bei der mind. zwei verschiedene Fachärzte beteiligt waren. In der Routinedatenanalyse zeigte sich, dass insgesamt 30 % der Patienten während des Beobachtungszeitraumes von mindestens zwei Ärzten verschiedener Facharzttrichtung Opiode verschrieben bekommen haben. Patienten mit einer kürzeren Verschreibungshistorie wurden dabei häufiger von mehreren verschiedenen Fachärzten Opiode verschrieben.

Auf der anderen Seite hat sich in der Ärztebefragung gezeigt, dass Ärzte sich selten untereinander ausgetauscht haben. Einzige Ausnahme bildete dabei die Gruppe der Hausärzte, so haben immerhin 54 % der Teilnehmer anderer Fachrichtungen angegeben, sich häufig oder immer mit den Primärversorgenden auszutauschen. Positiv hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass Ärzte mit der Zusatz-WB „Spezielle Schmerztherapie“ sich signifikant häufiger mit Kollegen anderer Fachdisziplinen ausgetauscht haben als Teilnehmer ohne diese Zusatz-WB.

Außerdem wurden Abstimmungsprobleme zwischen den Ärzten in der Patientenbefragung als häufigster Grund gesehen, dass Therapieziele nicht oder nicht regelmäßig überprüft werden sowie umfassende Behandlungskonzepte fehlen (Neusser et al. unter Begutachtung bei BMC Health Services Research).

Als letztes Themenfeld sind **allgemeine Versorgungsprobleme** sowie die **Versorgungsqualität** entsprechend des Chronic Care Modells zu nennen (Bodenheimer et al. (2002); Wagner et al. (1999)). Auf Grundlage der Ergebnisse der Ärztebefragung zeigte sich, dass die Einschätzung der aktuellen Versorgungssituation sehr gespalten war (Weitzel/Abels et al., unter Begutachtung bei BMC Health Services Research). So vertraten bei einer numerischen Rating-Skala (mit 0 = schlechtmöglichste Versorgung und 10 = bestmögliche Versorgung) 14,2 % der Ärzte die Meinung, dass die Versorgung gut sei (Wert von mind. 8), während 16,1 % die aktuelle Versorgungssituation eher negativ beurteilen (Wert kleiner gleich 3) (Weitzel/Abels et al., unter Begutachtung bei BMC Health Services Research).

Auch hinsichtlich der Verschreibungshäufigkeit (s. Abbildung 1) und der Dosierung (s. Abbildung 2) zeigte sich ein gespaltenes Bild in der Ärzteschaft. Es wird mit Hilfe der Abbildungen deutlich, dass bei der Einschätzung ein signifikanter Unterschied zwischen Ärzten mit und ohne der Zusatz-WB „spezielle Schmerztherapie“ bestand (Weitzel/Abels et al., unter Begutachtung bei BMC Health Services Research).

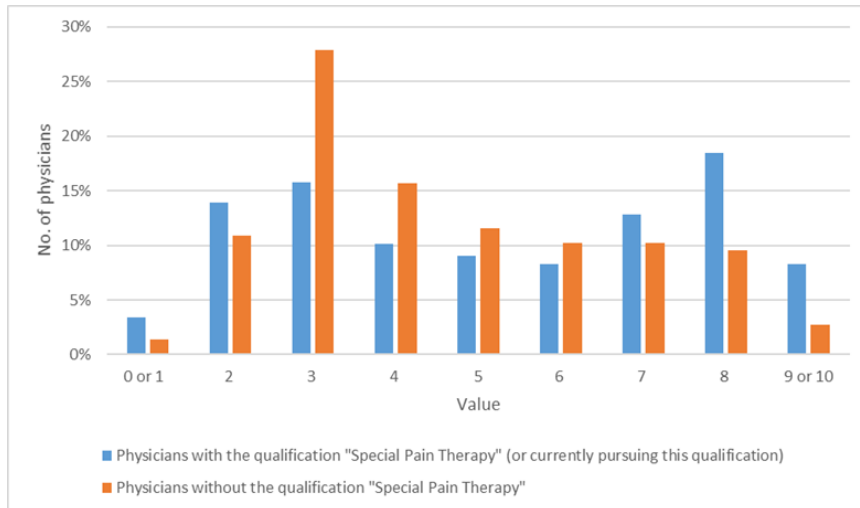


Abbildung 1: Einstellung in Bezug auf die Verschreibungshäufigkeit (Weitzel/Abels et al., unter Begutachtung bei BMC Health Services Research)

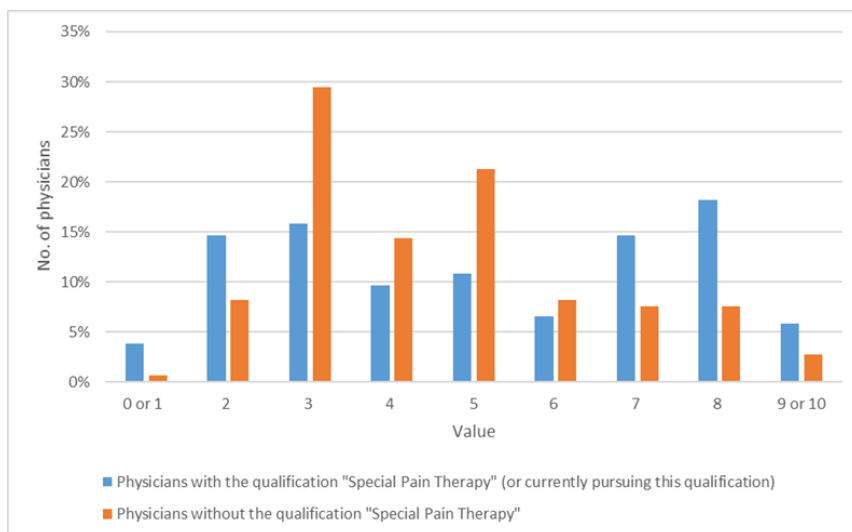


Abbildung 2: Einstellungen in Bezug auf die Dosierung (Weitzel/Abels et al., unter Begutachtung bei BMC Health Services Research)

Die Behandlungsdauer und der Behandlungszeitpunkt wurden von den Ärzten insgesamt als zu lange bzw. der Beginn als zu spät bewertet (Median jeweils =7 bei einer Skala von 0 bis 10). Eine graphische Darstellung zu den einzelnen Einschätzungen ist Abbildung 3 zu entnehmen (Weitzel/Abels et al., unter Begutachtung bei BMC Health Services Research).

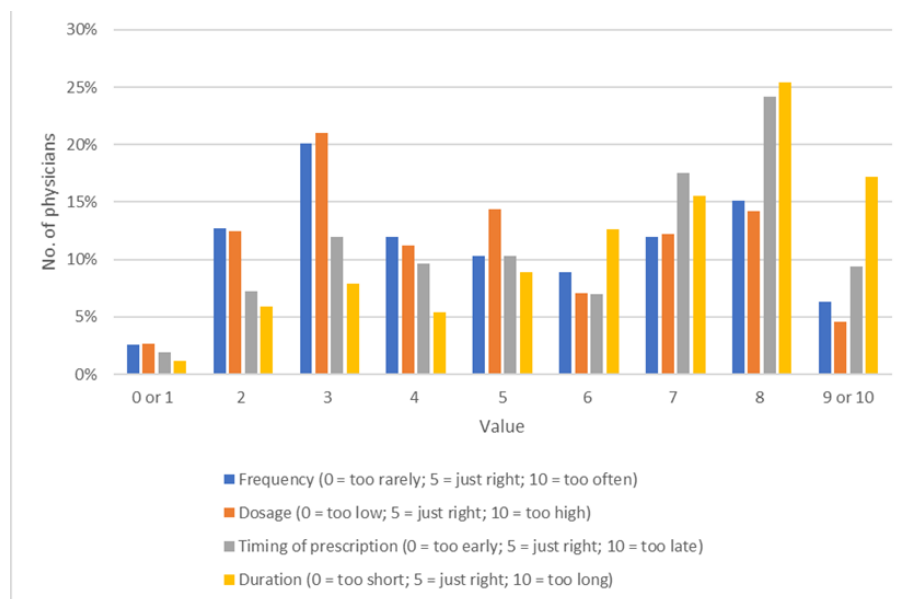


Abbildung 3: Einstellungen in Bezug auf die Dosierung, Verschreibungshäufigkeit, Behandlungsdauer und den Behandlungszeitpunkt (Weitzel/Abels et al., unter Begutachtung bei BMC Health Services Research)

Ursächlich für den zu späten Therapiebeginn könnte ein Mangel an Schmerztherapeuten sein, welcher sowohl in der Patienten- als auch in der Ärztebefragung geäußert wurde. Erhebliche Kapazitätsprobleme konnten zudem in den Bereichen der Psycho- und Physiotherapie festgestellt werden (s. Ergebnisbericht, Kapitel 4.6).

Als ein weiteres Versorgungsproblem konnte die teilweise fehlende Leitlinienkenntnis in der Ärztebefragung ausgemacht werden (s. Ergebnisbericht, Kapitel 4.6).

Aus der Perspektive der Patienten ist das Ergebnis der OA-Schmerztherapie wenig zufriedenstellend: Zum Umfragezeitpunkt hatten sich nur bei 13 % der Teilnehmer die Schmerzen innerhalb des letzten Jahres verbessert (Neusser et al., unter Begutachtung bei BMC Health Services Research). Bei 45 % der Befragten waren die Schmerzen sogar innerhalb des letzten Jahres stärker geworden. An dieser Stelle ist des Weiteren hervorzuheben, dass bei insgesamt 79 % der Teilnehmer eine hohe Schmerzintensität angegeben wurde, die in einer starken (55 %) oder mäßigen (30 %) schmerzbedingten Beeinträchtigung resultierten (Niemann et al., 2025).

Die Versorgungsqualität der Patienten wurde außerdem anhand des PACIC-5A erhoben (Patient Assessment of Chronic Illness Care) (s. Ergebnisbericht, Kapitel 4.4). Die Ergebnisse aller Subscores waren laut Ergebnis der Patientenbefragung stark verbesserungswürdig (Niemann et al., 2025). In Bezug auf die Versorgungsqualität ist insbesondere zu erwähnen, dass bei 29 % der Patienten keine Therapieziele vereinbart wurden. Zudem haben 68 % der Patienten angegeben, dass mit ihnen kein umfassendes Behandlungskonzept (z. B. unter Einbezug von Krankengymnastik und/oder Psychotherapeuten) erarbeitet wurde (Niemann et al., 2025). Außerdem berichten 34 % der Patienten davon, dass aufgetretene Nebenwirkungen der OA-Therapie zwar mit den Ärzten besprochen wurden, die Opioidtherapie aber mit dem gleichen Präparat weitergeführt wurde. Ein Grund für die fehlende Therapieanpassung wurde in der Befragung nicht abgefragt, sodass dies sowohl auf ein fehlendes Eingehen auf die Bedürfnisse der Patienten seitens der Ärzte, aber auch die Alternativlosigkeit der Behandlungsoptionen hindeuten könnte.

Im Rahmen des in Modul 5 durchgeführten Workshops mit Ärzten hat sich gezeigt, dass ein initial detektiertes Themenfeld – die OA-Versorgung ohne Indikation gemäß LONTS-Leitlinie sowie die OA-Versorgung trotz Kontraindikationen – aus Sicht der Ärzte keine praktische

Relevanz besitzt. Daher wurde dieses Themenfeld hinsichtlich der Entwicklung konkreter Reformansätze nicht weiter berücksichtigt.

## **2. Erarbeitung von Reformansätzen zur Verbesserung der OA-Versorgung**

Vor dem Hintergrund der ausgemachten fünf Themenfelder wurden Reformansätze ausgearbeitet, die auf eine Verbesserung der OA-Versorgung abzielen. Die Reformansätze sind dabei nicht immer eindeutig nur einem der oben genannten Themenfelder zuzuordnen. Sie adressieren vielmehr Herausforderungen in der Versorgung zum Teil mehrerer Themenfelder gleichzeitig. Es werden daher zunächst die Maßnahmen beschrieben, die auf eine Verbesserung der OA-Versorgung abzielen. Im Anschluss an jede Maßnahme erfolgt ein Überblick, welche der fünf Themenfelder damit anvisiert werden. Die Reformansätze lassen sich dabei in vier Maßnahmengruppen differenzieren:

- I. Maßnahmen in Bezug auf die (allgemeinen) Rahmenbedingungen
- II. Maßnahmen in Bezug auf die Rahmenbedingungen medizinischer Leistungserbringung
- III. Maßnahmen durch Ärzte in der direkten Patientenversorgung
- IV. Maßnahmen zum Empowerment der Patienten.

### **2.1. Zu 1. Maßnahmen in Bezug auf die (allgemeinen) Rahmenbedingungen Anpassung der Leitlinie:**

- Kurzfassung der LONTS (M1)

In der hausärztlichen Versorgung wird eine Vielzahl von Patienten mit einem breiten Spektrum an Krankheiten betreut. Die LONTS-Leitlinie ist daher insbesondere für die Hausärzte nur eine unter einer Vielzahl von Leitlinien. In Anbetracht der häufig großen Patientenzahlen und der damit einhergehenden knappen zeitlichen Ressourcen, ist es in der Versorgungspraxis oft nicht möglich, sämtliche Leitlinien und vor allem diese nicht detailliert zu lesen. So hat sich auch im Rahmen der Ärztebefragung gezeigt, dass Hausärzte die Leitlinie und ihre Inhalte seltener kennen als Schmerztherapeuten. Ist den Hausärzten allerdings die Leitlinie bekannt, wird diese als hilfreicher empfunden als dies von den Schmerztherapeuten angegeben wird. Im Rahmen der Leitfadeninterviews mit Hausärzten wurde der Wunsch nach einer übersichtlichen Darstellung der Leitlinie geäußert. Die Erstellung einer entsprechenden Kurzform wurde von den Ärzten als sehr sinnvoll erachtet. Im Anschluss an den Stakeholder-Workshop, wurde am 12.03.2024 die Kurzversion der LONTS-LL auf der Website der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zur Verfügung gestellt, sodass diese Maßnahme bereits als umgesetzt gewertet werden kann (Häuser et al. (2020b)).

- Inhaltliche Anpassung der LONTS (M2)

Im Zuge der Gespräche mit den medizinischen Leistungserbringenden konnten vier Themenschwerpunkte ausgemacht werden, bei denen sich medizinische Leistungserbringende inhaltliche Anpassungen bzw. Konkretisierungen der Leitlinie wünschen:

- F-Diagnosen und Einsatz von Opioiden

In der LONTS-Leitlinie wird unter Punkt 27 folgende Empfehlung abgegeben: „Schmerzen bei funktionellen/somatoformen Störungen (ICD-10-GM [Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, German Modification] F45.x) sollen nicht mit opioidhaltigen Analgetika behandelt werden“ (Häuser et al. (2020a)). Hierzu würde demnach auch die F45.41 (chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) zählen, welche jedoch von den Ärzten als typische Indikation für eine Opioidtherapie CNTS gesehen wird. Aus diesem Grund wurde eine Konkretisierung der

LONTS-Leitlinie mit Angabe der konkreten F45-Diagnosen erbeten, für die eine OA-Langzeittherapie kontraindiziert ist.

- Konkrete Ansätze zu supportiven Maßnahmen

Eine alleinige Therapie mit Opioiden wird im Rahmen einer Langzeittherapie in der LONTS-Leitlinie nicht empfohlen (Punkt 4 der LL (Häuser et al. (2020a))). Zu den ergänzenden Maßnahmen zählen hierbei auch supportive Maßnahmen wie Selbsthilfeangebote oder Lebensstilmodifikation (Häuser et al. (2020a)). Im Rahmen der Leitfadeninterviews mit Ärzten hat sich gezeigt, dass insbesondere im hausärztlichen Bereich Unklarheit besteht, welche konkreten Maßnahmen (evidenzbasiert) ergänzend zum Einsatz kommen könnten. Aus diesem Grund wurde aus der Ärzteschaft eine Konkretisierung möglicher evidenzbasierter, supportiver Maßnahmen in der LONTS-Leitlinie erbeten.

- Aufnahme der dringenden Empfehlung zum Austausch mit anderen Leistungserbringenden

Wie in Kapitel 5.1 beschrieben, findet eine Verschreibung von Opioiden häufig durch Ärzte verschiedener Fachdisziplinen statt. Ein Austausch der behandelnden Ärzte untereinander erfolgt dabei nicht regelhaft. Der fehlende Austausch der Behandler wurde in der Patientenbefragung als ein Grund für fehlende Therapieziele, ein fehlendes Behandlungskonzept und eine nicht adäquate Behandlung von Nebenwirkungen postuliert.

Bis dato findet sich in der LONTS-Leitlinie lediglich eine Empfehlung auf eine engmaschige Abstimmung zwischen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten mit suchtmedizinischer Kompetenz bei Patienten mit aktueller Substanzabhängigkeit (Punkt 53 der LL) (Häuser et al. (2020a)). Darüber hinaus wird keine Empfehlung zu einem Austausch zwischen den behandelnden Ärzten ausgesprochen. Der Austausch unter den Behandelnden wird jedoch auch von den Ärzten als protektiver Faktor des OA-Fehlgebrauchs wahrgenommen, so dass eine Aufnahme in die LONTS-LL zu einer Verbesserung der aktuellen Versorgungssituation beitragen könnte.

- Aufnahme der besonderen Gruppe der Patienten mit OA-Langzeit-Verordnungshistorie

Die Ergebnisse im Rahmen des Projektes haben gezeigt, dass Unterschiede zwischen Patienten in Abhängigkeit von der Länge der OA-Verordnungshistorie bestehen. In der aktuellen Fassung der Leitlinie scheinen die Empfehlungen nicht primär auf Personen mit einer OA-Langzeit-Verordnungshistorie ausgerichtet zu sein. Aus diesem Grund wird empfohlen, die Leitlinienempfehlungen um diese Personengruppe zu erweitern.

Eine Anpassung der LONTS würde einen positiven Einfluss auf alle 5 detektierten Problemfelder ausüben (OA-Abhängigkeit, OA-Langzeit-Verordnungshistorie, Inanspruchnahmeverhalten und fehlende Multimodalität, OA-Verordnung durch mehrere Ärzte sowie allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität).

### **Monitoring der Opioid-Versorgung:**

Sofern die schmerzmedizinische Versorgung mit OA durch mehrere medizinische Leistungserbringende stattfindet, erfordert das Monitoring eine besondere Sorgfalt und einen erhöhten Aufwand der Ärzte. Hier sind zudem die Ärzte auf die Übermittlung bzw. Bereitstellung von Information zur OA-Verordnung durch weitere Kollegen und/oder durch die Patienten angewiesen. Ansätze, um die Arzneimitteltherapiesicherheit von Patienten zu verbessern, gab es in dem Projekt AdAM („Anwendung für ein digital unterstütztes Arzneimitteltherapie-Management“), welches von 2017 bis 2021 durchgeführt wurde. Hierbei erhielten die teilnehmenden Hausarztpraxen mit Informationen aus den Routinedaten der Krankenkassen zu Vorerkrankungen und Arzneimitteln und wurden durch

das System auf potenzielle Arzneimittelwechselwirkungen hingewiesen (BARMER and Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2022)). Vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) wurde für das Projekt eine positive Transferempfehlung zur Überführung in die Regelversorgung abgegeben (Gemeinsamer Bundesausschuss (2023)). Ein Folgeprojekt (eRIKA („eRezept als Element interprofessioneller Versorgungspfade für kontinuierliche AMTS“)), welches im Jahr 2022 begann und bis 2025 gefördert wird, zielt darauf ab, mithilfe eines digital gestützten Prozesses auf Grundlage des eRezeptes, die Interaktion zwischen Versicherten, Arztpraxen und Apotheken zu verbessern und dadurch Medikationsfehler zu verhindern (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2023)). Jedoch haben nur Versicherte in den Regionen der teilnehmenden Projektpartner Zugang zum Projekt.

- Monitoring über die elektronische Patientenakte (ePA) (M3):

Eine schon bestehende Möglichkeit, damit alle Ärzte untereinander Arzneimittelinformationen erhalten können, ist der bundeseinheitliche Medikationsplan. Allerdings werden hierbei nach §31a SGB V (Fünftes Sozialgesetzbuch) und §29a des Bundesmantelvertrages Ärzte, bestimmte Anspruchsvoraussetzungen an Versicherte gestellt. Anspruch auf die Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans sowie die Inhalte erläutert zu bekommen haben Versicherte, wenn diese mindestens drei Medikamente erhalten, die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden. Die Anwendung dieser Medikamente muss dabei für mindestens 28 Tage vorgesehen sein. Der Medikationsplan soll folgende Informationen enthalten: Wirkstoff, Dosierung, Einnahmegrund und sonstige Hinweise zur Einnahme. Zum aktuellen Zeitpunkt kann der Medikationsplan bereits auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeichert werden, sofern die Versicherten einwilligen. Der Medikationsplan wird dann als elektronischer Medikationsplan (eMP) bezeichnet. Hierbei können jedoch keine Verordnungsfrequenzen überprüft oder sichergestellt werden, welche anderen Behandler OA verordnen. Mit Einführung der „elektronischen Patientenakte (ePA) für alle“ zum Jahr 2025 wird das Monitoring der OA-Verordnung erleichtert, da die Verordnenden bei anspruchsberechtigten Patienten eine Übersicht über den gesamten Verordnungsprozess erhalten sollen. So sollen über den eRezept-Server weitere Daten wie Arzneimittelverordnungen, die Ärzte für ihre Patienten per eRezept ausgestellt haben und dort von der Apotheke abgerufen werden, automatisch in die ePA fließen. Einzige Ausnahme stellt dar, dass der Patient aktiv widerspricht (Opt-Out-Regelung der ePA für alle). Da somit erstmals eine vollumfängliche und patientenindividuelle Dokumentation der Medikation möglich wird, ist anzunehmen, dass eine (unbeabsichtigte) Fehlverordnung in Folge von Unwissenheit weiterer Verordnender vermieden wird. Die Änderungen hinsichtlich der Medikation aufgrund der ePA sollten geprüft werden, bevor im Bereich des Monitorings weitere Maßnahmen empfohlen werden können.

- Monitoring der OA-Verordnung durch die GKVn (M4):

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten zum 26.03.2024 wird den GKVn die Möglichkeit eingeräumt, datengestützt individuelle Gesundheitsrisiken aufzudecken und die Patienten darüber zu informieren [BGBl. 2024 I Nr.102]. Somit können Versicherte auf Risiken hingewiesen werden und in Folge dessen die behandelnden Ärzte bezüglich einer weiteren Abklärung kontaktieren. Die Maßnahme zieht daher ein Empowerment der Patienten nach sich und ist daher entsprechend ebenfalls bei den Informationskampagnen aufgeführt (s. Kapitel 5.2.4).

Im Falle einer beabsichtigten Verschleierung von Fehlverordnungen durch die Patienten (z.B. mit dem Ziel, eine Substanzabhängigkeit zu maskieren oder OA zu beschaffen) erscheinen beide Monitoring-Maßnahmen wenig zielführend. Denn Patienten können der ePA in Gänze oder einzelnen Anwendungsfällen (hier z.B. dem eMP) widersprechen. Ebenso findet im Falle des Monitorings durch die GKVn keine Information der am Verordnungsprozess beteiligten Ärzte statt, sofern eine Fehlanwendung detektiert wird. Dem Grunde nach ließe sich das OA-

Monitoring bspw. durch eine verpflichtende Aufnahme der OA-Medikation in den eMP eskalieren. Allerdings kann gegenwärtig nicht von einer mit den USA vergleichbaren „Opioidkrise“ in Deutschland gesprochen werden, die ein intensiviertes OA-Monitoring (z.B. durch Einführung eines Opioidregisters) rechtfertigen würde. In Deutschland ist die Prävalenz der missbräuchlichen / abhängigen Verwendung von aus medizinischer Indikation verschriebenen Opioiden niedrig. So liegt die Prävalenz einer Gebrauchsstörung durch OA bei 1 % und die Prävalenzrate von Diagnosen von schädlichem Gebrauch / Abhängigkeitssyndrom von aus medizinischer Indikation verschriebenen Opioiden zwischen 0,8 und 1 % (Häuser et al. (2020a)).

Eine Umsetzung der Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Monitoring der Opioid-Versorgung entfaltet dabei positive Auswirkung auf die Problemfelder OA-Abhängigkeit, OA-Verordnung durch mehrere Ärzt:innen und allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität.

## **2.2.Zu 2. Maßnahmen in Bezug auf die Rahmenbedingungen medizinischer Leistungserbringung**

### **Ärztlicher Qualifikationserwerb**

- **Förderung schmerztherapeutischer Schulungen im hausärztlichen Bereich (M5)**

In Kapitel 4.6 des Ergebnisberichtes wurde bereits dargestellt, dass es im Bereich der Schmerztherapie einen Mangel an qualifizierten Ärzten gibt, wodurch Patienten teilweise lange auf Termine bei Schmerztherapeuten warten müssen. Aus diesem Grund übernehmen Hausärzte in vielen Fällen auch längerfristig die Versorgung der Patienten. Im Zuge der Ärztebefragung kam zutage, dass im hausärztlichen Bereich eine deutlich geringere LONTS-Leitlinienkenntnis besteht. Damit Patienten trotzdem angemessen versorgt werden können, sollten Hausärzte jedoch zumindest in den Grundlagen der Schmerztherapie geschult werden. Erste Grundlagen können in einem im Umfang von zwei Punkten zertifizierten CME (Continuing Medical Education)-Online-Kurs erlernt werden (Lux (2019)). Zur angemessenen Versorgung von Schmerzpatienten scheint aber ein umfangreicheres Wissen empfehlenswert. Es existiert bereits ein Curriculum „Schmerzmedizinische Grundversorgung – Erstbehandlung und Prävention“, bei welchem im Rahmen von 40 Unterrichtseinheiten entsprechende Inhalte gelehrt werden und welches für die Ebene der primären Behandler gedacht ist (Bingel et al. (2017)). Insgesamt wird das Curriculum allerdings nur selten angeboten – ob dies in Folge mangelnder Nachfrage der Fall ist, ließ sich nicht eruieren. Mit dem Ziel, allen Interessenten eine Möglichkeit zur Teilnahme an der Qualifizierungsmaßnahme zu eröffnen, wird eine Ausweitung des Angebotes empfohlen.

- **Fortbildungen zur psychischen Ersteinschätzung und Suchtprävention (M6)**

Psychische Faktoren haben einen Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung der Patienten (Traue and Nilges (2019)). Aus diesem Grund ist es sehr relevant, dass behandelnde Ärzte grundlegende psychische Einschätzungen selbst vornehmen können. Auch in der LONTS-LL wird eine psychische Ersteinschätzungen durch behandelnde Ärzte empfohlen (Häuser et al. (2020a)). Bei der Befragung der Ärzte hat sich gezeigt, dass sich 21 % der Schmerzmediziner nicht oder eher nicht ausreichend dafür qualifiziert fühlen, psychische Komorbiditäten, zu welchen auch mögliche Suchterkrankungen gehören, zu erkennen. In den Leitfadenterviews haben des Weiteren besonders Hausärzte angegeben, sich für eine fundierte Einschätzung nicht (ausreichend) qualifiziert fühlen. Aufgrund der in der Ärztebefragung berichteten Kapazitätsprobleme stellt ein Verweis an Psychotherapeuten zur Ersteinschätzung psychischer Komorbiditäten keine zielführende Alternative dar (siehe Ergebnisbericht, Kapitel 4.6). Qualifizierungsmaßnahmen der Ärzte zur eigenständigen psychischen Ersteinschätzung sind hingegen als Maßnahme zu sehen, den Kapazitätsproblemen zu begegnen. Aus diesen

Gründen wird empfohlen, Fortbildungen speziell zur psychischen Einschätzung sowie zur Suchtprävention bei Patienten mit CNTS anzubieten.

- Förderung des Qualifikationserwerbs spezielle Schmerztherapie (M7)

Zum 31.12.2022 hatten in Deutschland 1.400 Ärzte eine Genehmigung gem. QSV Schmerztherapie (Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022)). Demgegenüber steht eine Prävalenz für CNTS in Deutschland zwischen 14,3 und 22,6 % (Rometsch et al. (2024)). Zudem liegt der Altersdurchschnitt der Schmerztherapeuten ca. zwei Jahre über dem Altersdurchschnitt aller Ärzte (Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten (o. J.)). Es ist davon auszugehen, dass die Hälfte der aktuell tätigen Schmerztherapeuten in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen wird (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (2024b)). Dadurch würde sich die schmerztherapeutische Versorgungssituation für die Patienten weiter verschlechtern. Um dem zu begegnen, müsste entsprechender Nachwuchs ausgebildet werden und mehr Ärzte die Zusatz-WB „Spezielle Schmerztherapie“ absolvieren.

Eine Möglichkeit des Anreizes wurde durch die Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gem. § 75a SGB V geschaffen. Hier ist lediglich die Weiterbildung im Bereich der Allgemeinmedizin ausdrücklich verankert. Die Fachgruppen, die gefördert werden, legen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) in Absprache mit den GKVn entsprechend der genannten Vereinbarung regional fest (Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V (2022)). Die KV Westfalen-Lippe fördert seit dem 1. Juni 2022 Praxen mit derzeit 5.400€ pro Monat, die Ärzte im Bereich der „Speziellen Schmerztherapie“ qualifizieren. Die Förderung der Zusatz-WB „Spezielle Schmerztherapie“ umfasst einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten (Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung für grundversorgende Fachärzte gemäß § 75a SGB V (2022)).

Weitere Ansätze den Qualifikationserwerb zu fördern wären bspw., Werbekampagnen der Ärztekammern durchzuführen oder den Erwerb von Qualifikationen im Bereich der Schmerztherapie durch Einführung einer eigenen Facharztweiterbildung (s. Maßnahme 8) attraktiver zu gestalten.

Die aufgeführten Maßnahmen zum ärztlichen Qualifikationserwerb würden einen positiven Einfluss auf die Problemfelder OA-Abhängigkeit, Inanspruchnahmeverhalten und fehlende Multimodalität sowie Allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität ausüben.

### **Bedarfsplanung Schmerztherapie**

Zum aktuellen Zeitpunkt existiert keine eigene Facharzt-Ausbildung für den Bereich der Schmerzmedizin. Dies hat zur Folge, dass in diesem Bereich auch keine eigenständige Bedarfsplanung stattfindet. Dadurch kann sich die schmerztherapeutische Versorgungssituation für die betroffenen Patienten ändern, wenn z.B. ein Arzt mit schmerztherapeutischem Schwerpunkt seine Niederlassung aufgibt und der Kassensitz von einem Arzt mit einem anderen Versorgungsschwerpunkt übernommen wird. Des Weiteren besteht aufgrund der ausbleibenden Bedarfsplanung die Gefahr einer regionalen Fehlverteilung.

- Facharzt für Schmerzmedizin (M8)

Ein möglicher Ansatz wäre, um dem entgegenzuwirken, einen eigenen Facharzt für den Bereich der Schmerzmedizin einzuführen, da hierdurch eine zuverlässige und umfassende Bedarfsplanung in diesem Bereich sichergestellt werden könnte. Auch in einem vom G-BA beauftragten Gutachten („Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“) wurde empfohlen, den Bereich

der Schmerztherapie bei der Bedarfsplanung gesondert zu berücksichtigen (Gemeinsamer Bundesausschuss (2018)). In einem Leitfadenterview wurde allerdings dagegen argumentiert, dass Bedarfsplanung Ländersache und sehr heterogen sei, weshalb bezweifelt würde, dass diese Maßnahme zeitnah zum Ziel führe. Außerdem wird gegen die Einführung eines solchen Facharztes argumentiert, dass die Einführung nicht die Verfügbarkeit spezialisierter Leistungserbringender auf diesem Gebiet erhöhen würde (Koppert (2015)). Ein weiteres Argument gegen einen eigenen Facharzt ist, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit durch die schwerpunktmäßige Behandlung der schmerzmedizinischen Fachärzte und damit auch Fachkompetenz angrenzender Disziplinen verloren gehen könnte (Straube and Förderreuther (2015)).

- Berücksichtigung im Bedarfsplan (M9)

Eine weitere Möglichkeit, der Versorgungssituation gerecht zu werden besteht darin, den Versorgungsbedarf im Bedarfsplan zu berücksichtigen. So sieht der Bedarfsplan für den KV-Bezirk Schleswig-Holstein die Regelung vor, dass (seit dem Jahr 2016) freiwerdende Arztsitze von Schmerztherapeuten nur wieder mit Ärzten besetzt werden dürfen, welche an der QSV Schmerztherapie teilnehmen (Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2022)). Eine entsprechende Regelung wäre auch in anderen KV-Bezirken denkbar, mit dem Ziel, der schmerztherapeutischen Versorgung für Patienten mit chronischen Schmerzen perspektivisch gerecht zu werden.

Die Maßnahmen zur Bedarfsplanung können sich dabei positiv auf die Problemfelder Inanspruchnahmeverhalten und fehlende Multimodalität, OA-Langzeit-Verordnungshistorie, allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität auswirken.

### Anpassung des Versorgungsangebotes

- Mobile Leistungserbringung, Gruppentherapie, Online-Angebote (M10)

Bei chronischen Schmerzpatienten handelt es sich vorrangig um ältere Patienten und/oder Patienten, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Diesen ist es aufgrund der Einschränkungen nicht ohne weiteres möglich, entsprechende Leistungserbringende vor Ort aufzusuchen. Um auch dieser Patientengruppe den Zugang zur Physiotherapie zu gewähren, wäre die Ausweitung des Angebots an mobiler Leistungserbringung eine Option.

Allerdings bestehen, wie in Kapitel 4.6 des Ergebnisberichtes aufgezeigt, auch in den Bereichen der Physio- und Psychotherapie erhebliche Kapazitätsprobleme. Die mobile Leistungserbringung ließe sich vor dem Hintergrund der knappen zeitlichen Ressourcen der Therapeuten kaum mehr erbringen. Außerdem ist hervorzuheben, dass die Vergütung von Hausbesuchen bei Physiotherapeuten, anders als bei Ärzten, nicht von der zurückgelegten Entfernung abhängt, sondern auf Grundlage einer pauschalen Vergütung erfolgt (Anlage 2 zur Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung (2024)). Damit Heilmittelerbringende bereit sind, vermehrt Hausbesuche durchzuführen, wäre eine Anpassung der Vergütungsmodalität zu erwägen.

Eine andere Möglichkeit, einen barrierearmen Zugang zur Physiotherapie zu offerieren, wäre, durch gezielte Anreize auf eine Ausweitung der Online-Angebote hinzuwirken, damit Therapeuten gerade in ländlichen Regionen keine weiten Wegstrecken zurücklegen müssen. Die Einzelheiten zur Erbringung telemedizinischer Leistungen bei Heilmitteln sind in §16b der Heilmittel-Richtlinie geregelt. In der Ergänzungsvereinbarung zum Rahmenvertrag Physiotherapie nach § 125 SGB V ist festgelegt, welche Leistungen telemedizinisch erbracht werden dürfen und welche Voraussetzungen hierfür notwendig sind. So dürfen bspw. seit dem 01. April 2022 im Bereich der allgemeinen Krankengymnastik 50 % der verordneten

Behandlungseinheiten telemedizinisch erbracht werden (Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V (2022)). Inwieweit diese Möglichkeiten ausgeschöpft werden und ob eine Erhöhung des Prozentsatzes ratsam wäre, muss evaluiert werden.

Eine weitere Option, einer größeren Anzahl an Patienten trotz der begrenzten Kapazitäten physio- oder psychotherapeutische Leistungen anbieten zu können, wäre ein vermehrtes Angebot von Gruppentherapien. Auch hier könnte durch das Setzen von (monetären) Anreizen auf eine Ausweitung der Angebote hingewirkt werden. Die knappen Ressourcen der Leistungserbringenden könnten so besser genutzt und Wartezeiten für Patienten reduziert werden. Neben den positiven Effekten hinsichtlich der Kapazität wird dem Austausch mit anderen Patienten im Rahmen eines Gruppensettings eine positive Wirkung auf die Therapie bzw. deren Ergebnis zugesprochen (Gruner (2016); Mattenklodt et al. (2008)).

- Förderung der schmerztherapeutischen Schulungen für Physio- und Psychotherapeuten (M11)

Wie bereits mehrfach erwähnt, wird eine alleinige Opioidtherapie bei Patienten mit CNTS nicht empfohlen. In Abhängigkeit vom individuellen Krankheitsbild sollen Behandelnde auf den Gebieten der Psychosomatik, Psychologie oder Psychiatrie sowie der Bewegungstherapie (z. B. Physiotherapeuten) in die Schmerztherapie einbezogen werden (Nagel et al. (2012)). Eine adäquate Therapie der Patienten setzt allerdings voraus, dass alle Therapeuten Fachwissen im Bereich der CNTS besitzen sowie die benötigten therapeutischen Fertigkeiten haben. Weiterbildungsangebote in diesen Disziplinen existieren bereits. Im Bereich der Bewegungstherapie wird von der Deutschen Schmerzgesellschaft die Fortbildung „Spezielle Schmerzphysiotherapie/ Schmerzergotherapie“ angeboten. Diese Fortbildung hat einen Umfang von insgesamt 80 Stunden und befasst sich inhaltlich unter anderem mit anatomisch-physiologischen und pathophysiologischen Grundlagen, psychologischen und sozialen Grundlagen

sowie physiotherapeutischen und ergotherapeutischen Assessments (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (2024a); Schmerzakademie der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. (o. J.)). Außerdem gibt es verschiedene weitere Fortbildungen mit einem geringeren Gesamtumfang, die in diesem Bereich angeboten werden (z. B. (BEST (o. J.); Döpfer Akademie (o. J.); Fortbildungszentrum Hagen (o. J.))).

Analog zur Zusatz-WB „Spezielle Schmerztherapie“ wurde im Jahr 2018 aufgrund eines Beschlusses des Psychotherapeutentages die Zusatz-WB „Spezielle Schmerzpsychotherapie“ in die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer aufgenommen (Bundespsychotherapeutenkammer (2018)). Des Weiteren gibt es ein Curriculum der Interdisziplinären Gesellschaft für Psychosomatische Schmerztherapie und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie zum Thema „Psychosomatische Schmerztherapie“ (Fortbildungsakademie Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (2024)). Auch im Bereich der Psychotherapie gibt es außerdem verschiedene schmerztherapeutische Fortbildungen mit einem geringeren Gesamtumfang (z. B. (Deutsche Psychologen Akademie (2024); DGVT Fort- und Weiterbildung (2024))).

Von den Ärzten wurde in der Befragung trotz dessen ein Mangel an Therapeuten mit schmerztherapeutischer Qualifikation angegeben. Damit mehr Physiotherapeuten, Psychiater und Psychotherapeuten an entsprechenden Fortbildungen teilnehmen, könnten diese häufiger und niederschwellig(er) angeboten werden. Des Weiteren könnte über die entsprechenden Organe der Fachbereiche über die Relevanz der Thematik aufgeklärt und für entsprechende Fortbildungen geworben werden.

- Einführung einer spezialisierten ambulanten schmerzmedizinischen Versorgung (SASV) (M12)

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) wurde im Jahr 2007 eingeführt, um die Versorgung in diesem Bereich zu verbessern. Hierfür arbeiten Ärzte und Pflegedienste in einem Palliative-Care-Team zusammen. Teil der SAPV ist auch die Koordination der ärztlichen und pflegerischen Leistungen insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Eine Möglichkeit, die interdisziplinäre und multiprofessionelle Behandlung von Schmerzpatienten zu verbessern, wäre eine SASV, vergleichbar mit der SAPV, einzuführen. Ein Vertragsentwurf einer Vereinbarung zur interdisziplinären schmerzmedizinischen Versorgung wurde bereits im Jahr 2019 fertiggestellt (Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019)). Zum damaligen Zeitpunkt hielt die Bundesregierung die Umsetzung einer an die SAPV angelehnte SASV allerdings nicht für realisierbar (Deutscher Bundestag (2020)).

- Disease-Management-Programm-Angebot erweitern (M13)

Bereits im Jahr 2019 wurde vom G-BA die Einführung eines Disease-Management-Programms (DMP) für die Erkrankung der chronischen Rückenschmerzen beschlossen (Gemeinsamer Bundesausschuss (2019)) Zum Status quo ist dieses DMP allerdings noch nicht in der Versorgung etabliert, da die technischen und organisatorischen Umsetzungen noch erarbeitet werden. Auf Grundlage dessen könnte das DMP-Angebot auf andere häufige chronische Schmerzerkrankungen erweitert werden (z. B. DMP „chronischer Arthroseschmerz“), damit auch diese Patientengruppe in noch größerem Umfang von der evidenzbasierten und ganzheitlichen Behandlung profitieren können. Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass die Einführung eines allgemeinen DMP „chronischer Schmerz“ im Stakeholderworkshop diskutiert und vor dem Hintergrund der heterogenen Krankheitsbilder von den Experten abgelehnt wurde.

Für den Bereich der Anpassung des Versorgungsangebotes außerdem erwähnenswert ist, dass im Projekt PAIN 2.0 aktuell eine ambulante interdisziplinäre Schmerztherapie evaluiert wird. Hierbei wird über 10 Wochen ein Gruppenprogramm durch ein interdisziplinäres Team mit Ärzten, Psychologen und Physiotherapeuten eingesetzt (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (o. J.)).

Die Maßnahmen zur Anpassung des Versorgungsangebotes könnten die Problemfelder Inanspruchnahmeverhalten und fehlende Multimodalität sowie allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität positiv beeinflussen.

### Vergütung schmerztherapeutischer Leistungen

Da chronische Schmerzpatienten z. B. bei einem fortgeschrittenen Stadium der Chronifizierung in der Regelversorgung häufig nicht mehr angemessen versorgt werden können, ist für diese Patienten eine besondere schmerztherapeutische Versorgung notwendig (Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023)). Um bestimmte Leistungen zur Behandlung dieser Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und abrechnen zu dürfen, müssen Ärzte eine Genehmigung zur Abrechnung und Erbringung von Leistungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (QSV Schmerztherapie) besitzen sowie gem. § 5 Abs. 3 der QSV Schmerztherapie regelmäßig an interdisziplinären Schmerzkonferenzen teilnehmen. Durch eigenständige Abrechnungsziffern innerhalb des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) im Bereich der Schmerztherapie soll der erhöhte Zeitaufwand bei der Behandlung von Patienten mit CNTS abgebildet werden (Kriegisch et al. (2021)). Primär relevant sind hierbei die Ziffern 30700 (Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient) sowie 30702 (Zusatzpauschale Schmerztherapie). Die Abrechnung der Gebührenordnungsposition (GOP) 30702 ist dabei grundsätzlich auf 300

Fälle/Quartal begrenzt, eine Ausweitung der Fallzahl kann jedoch beantragt werden. Eine detaillierte Darstellung mit für Schmerztherapeuten relevanten Abrechnungsziffern sowie der jeweiligen Vergütungshöhe befindet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Abrechnungsmöglichkeiten Schmerztherapeuten

Ziffer	Bezeichnung	Punkte	Vergütung (Stand: 09/2024)	Anmerkung
30700	Grundpauschale schmerztherapeutischer Patient	394	47,02€	Nur mit QSV Schmerztherapie
30702	Zusatzpauschale Schmerztherapie	498	59,43€	Nur mit QSV Schmerztherapie Begrenzt auf 300 Fälle/Quartal (kann aber zur Sicherstellung der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten durch KV modifiziert werden)
30704	Zuschlag für die Erbringung der GOP Nr. 30702 in schmerztherapeutischen Einrichtungen	299	35,68€	Genehmigung als schmerztherapeutische Einrichtung gemäß der QSV Schmerztherapie Bestimmte Anforderungen an den Arzt und den Zeitraum (bspw. müssen bestimmte Verfahren vorgehalten werden, der Arzt muss mindestens 30 Stunden schmerztherapeutische Fortbildung/Kalenderjahr aufweisen)
30708	Beratung und Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie	169	20,17€	Nur in Behandlungsfällen berechnungsfähig, in denen auch die 30700 berechnet worden ist
30790	Eingangsdagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	516	61,58€	Akupunkturleistungen und nur mit QSV Akupunktur berechnungsfähig
30791	Durchführung einer Körperakupunktur	166	19,81€	

- Vergütung des zeitaufwändigen Monitorings der Patienten (M14)

Aufgrund der Kapazitätsprobleme bei Schmerztherapeuten (s. Ergebnisbericht, Kapitel 4.6) übernehmen Ärzte in der hausärztlichen Versorgung oftmals die schmerztherapeutische Versorgung bei den Patienten. Tabelle 37 gibt einen Überblick über aktuelle Abrechnungsmöglichkeiten der Primärversorger bei Schmerzpatienten.

## Op-US (01VSF19059) – Anlage 8: Gesundheitspolitische Handlungsempfehlungen

Tabelle 2: Abrechnungsmöglichkeiten Primärversorger

Ziffer	Bezeichnung	Punkte	Vergütung (Stand: 09/2024)	Anmerkung
03000	Versichertenpauschale	Altersabhängig		
03230	Problemorientiertes ärztliches Gespräch, das aufgrund von Art und Schwere der Erkrankung erforderlich ist	128	15,28€	pro vollendete 10 Minuten des Gesprächs mit Patienten oder Bezugsperson abrechenbar
03220	Zuschlag zur GOP 03000 für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	130	15,51€	setzt die Angabe der gesicherten Diagnose(n) der chronischen Erkrankung(en) gemäß ICD-10-GM voraus
03221	Zuschlag zu der GOP 03220 für die intensive Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	40	4,77€	
30706	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz gemäß § 5 Abs. 3 der QSV Schmerztherapie	86	10,26€	Abrechnungsausschlüsse: z.B. 03220 oder 03221 im Behandlungsfall Hausärzte sowie weitere komplementär behandelnde Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten dürfen die GOP unter Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Arztes berechnen
30712	Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation (TENS)	72	8,59€	Abrechnungsausschlüsse: z.B. 03220 oder 03221 im Behandlungsfall Höchstens fünfmal/Krankheitsfall berechnungsfähig
Physikalisch-therapeutische GOP		Variiert je nach Leistung		
Akupunktur und psychosomatische Leistungen		Von der jeweiligen Leistung abhängig		Bei entsprechender Qualifikation bzw. Genehmigung durch zuständige KV abrechenbar

Das Monitoring der OA-Versorgung von Patienten mit CNTS erfordert regelmäßige Konsultationen und umfangreiche Gespräche, die eine Behandlung von Schmerzpatienten insgesamt sehr zeitintensiv werden lässt. In verschiedenen Leitfadeninterviews wurde berichtet, dass sich diese zeitintensive Betreuung in den aktuellen Vergütungsmöglichkeiten der Primärversorger nicht widerspiegeln. Um den Anreiz einer Leistungserbringung entsprechend des besonderen Aufwandes zu erhöhen, könnten Vergütungsziffern angepasst oder etabliert werden. Denkbar wären GOPs für die Beratung von Schmerzpatienten, für die keine Genehmigung für die Abrechnung entsprechend der QSV von Nöten ist sowie für die Verlaufsdokumentation der OA-Schmerztherapie.

- Vergütung der Koordination mit anderen Leistungserbringenden (M15)

Aufgrund der Komplexität der CNTS-Fälle müssen Primärversorger teilweise Kollegen anderer Fachdisziplinen im Rahmen eines interdisziplinären Austausches konsultieren. Aktuell bestehen neben der Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz (GOP 30706, s.o.) kaum Möglichkeiten, diesen Austausch im Rahmen des EBM abzurechnen. Für jeden Behandlungsfall, für den die Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz abgerechnet wurde, besteht jedoch ein Abrechnungsausschluss der Chronikerpauschalen (z.B. GOP 03220 und 03221). Daneben gibt es für Ärzte, die nicht an der QSV Schmerztherapie

teilnehmen, lediglich die Möglichkeit zur Einholung eines Telekonsiliums (GOP 01670; zweimal im Behandlungsfall).

In den Patienteninterviews wurde angegeben, dass der fehlende Austausch zwischen den Ärzten (s. Kapitel 5.1) zu einem erhöhten Aufwand und zusätzlichem Stress auf Seite der Patienten führe. Sowohl in den Leitfadeninterviews mit den Ärzten, als auch im Expertenworkshop wurde angemerkt, dass ein Austausch mit anderen Leistungserbringenden aufgrund der Interdisziplinarität der Schmerzmedizin höchst relevant und aufgrund der Komplexität der Versorgung sowie des erhöhten Aufwandes eine adäquate Vergütung über den EBM anzustreben sei.

Die Maßnahmen im Bereich der Vergütung von schmerztherapeutischen Leistungen übt Einfluss auf die Problemfelder OA-Abhängigkeit, OA-Verordnung durch mehrere Ärzte sowie allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität aus.

### **Förderung von Netzwerken (M16)**

Eine Schmerztherapie erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit Leistungserbringender verschiedener Fachdisziplinen (z.B. Schmerzmedizin, Physiotherapie, Psychotherapie). Damit Patienten möglichst zeitnah geeignete Ansprechpartner finden und eine schnelle und einfache Abstimmung zwischen den verschiedenen Behandlern möglich ist, wären etablierte Netzwerke zur Leistungserbringung förderlich. Der Wunsch nach (vermehrten) Netzwerken wurde in den Leitfadeninterviews von den Patienten geäußert; idealerweise in Kombination mit Lotsten, von denen die Behandlung koordiniert oder dabei unterstützt werden kann. Eine GKV-Vertretung hat in einem Leitfadeninterview bestärkt, dass die Schmerztherapie mit interprofessionellen und multiprofessionellen Teams (sektoren- und berufsgruppenübergreifend) stehen und fallen würde. In einem weiteren Leitfadeninterview mit einer GKV-Vertretung wurde angemerkt, dass ein erleichterter Austausch zwischen Leistungserbringenden anhand der ePA (über Kommentare in der Akte) erfolgen könne, was damit auch ohne die Bildung neuer Zentren möglich wäre. Im abschließenden Expertenworkshop wurde darauf hingewiesen, dass bei der Bildung von Netzwerken die Machbarkeit und Finanzierbarkeit berücksichtigt werden solle und die Bildung umfassender Netzwerke für alle Schmerzpatienten zum aktuellen Zeitpunkt nicht realistisch erscheine.

Bei Menschen mit hochchronifizierten Schmerzen mit schwerer Beeinträchtigung wäre hier die Bildung von Netzwerken in Anlehnung an die koordinierte und strukturierte Versorgung schwer psychisch Erkrankter (KSV-Psych) denkbar (Gemeinsamer Bundesausschuss (2021)). Hierbei wird die Koordinationsleistung von nicht-ärztlichen Personen übernommen. Damit ein Netzwerkverbund im Rahmen der KSV-Psych zugelassen werden kann, müssen bestimmte Anforderungen erfüllt sein. Hierzu gehören bspw. Mindestanzahlen von Ärzten und Psychotherapeuten sowie ein Kooperationsvertrag mit einem psychiatrischen Krankenhaus. Einschränkend ist allerdings anzumerken, dass bisher nur wenige KSV-Psych-Anträge gestellt wurden. Gründe hierfür könnten bspw. bürokratische Hemmnisse oder der Mehraufwand durch den Netzwerkverbund sein.

Die Förderung von Netzwerken würde die folgenden Problemfelder tangieren: OA-Verordnung durch mehrere Ärzte, Inanspruchnahmeverhalten und fehlende Multimodalität, allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität.

### **Qualitätssicherung Schmerztherapie (M17)**

Wie bereits unter „Vergütung schmerztherapeutischer Leistungen“ beschrieben, existiert für die Schmerztherapie eine QSV, die es Ärzten ermöglicht, bestimmte zusätzliche GOPs im

Rahmen der Schmerztherapie abrechnen. Ziel dieser Vereinbarung ist es, sowohl die Qualität als auch die Wirtschaftlichkeit bei der Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung zu sichern (Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023)). Um an der QSV Schmerztherapie teilnehmen zu dürfen, müssen seitens der Ärzte bestimmte fachliche (z.B. Teilnahme an einer von der Ärztekammer anerkannten interdisziplinären Kurs über Schmerztherapie im Umfang von 80 Stunden oder regelmäßige Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen) sowie räumliche (z.B. Überwachungs- und Liegeplätze) und apparative (z.B. EKG- und Pulsmonitoring an jedem Behandlungsplatz, an dem invasive Verfahren durchgeführt werden) Voraussetzungen erfüllt sein (Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023)). Die Genehmigung, an der QSV Schmerztherapie teilzunehmen, ist darüber hinaus auch mit Dokumentationspflichten verbunden, um die Prozessqualität auf Fallebene abzubilden.

Auf Grundlage der Befragung von Ärzten konnte gezeigt werden, dass primär Leistungserbringende ohne schmerztherapeutischen Behandlungsschwerpunkt Unklarheiten hinsichtlich der leitliniengerechten Versorgung von CNTS-Patienten äußern. Da mit der Teilnahme an der QSV ein erhöhter Dokumentationsaufwand für die Ärzte einhergeht, wird eine Ausweitung der Dokumentationspflicht für die an der QSV Schmerztherapie teilnehmenden Ärzte nicht empfohlen. Der bürokratische Aufwand im Zusammenhang mit der schmerztherapeutischen Leistungserbringung wurde bereits in der aktuell existierenden Form bei einem Leitfadeninterview mit einer GKV-Vertretung kritisiert.

In einer Initiative zur Kerndokumentation und Qualitätssicherung der Deutschen Schmerzgesellschaft (KEDOQ-Schmerz (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (o. J.a))), wird anhand von Daten freiwillig teilnehmender schmerztherapeutischer Einrichtungen eine Datenbank patientenbezogener sowie diagnose- und therapierelevanter Daten erstellt, um u.a. eine externe Qualitätssicherung für die spezialisierte Schmerztherapie zu etablieren.

Mit dem Ziel, die Prozessqualität der schmerztherapeutischen Versorgung auch in der Primärversorgung zu verbessern, könnte die Dokumentation eines entsprechenden Assessments bspw. in Anlehnung an KEDOQ auf die entsprechenden Ärzte in der hausärztlichen Versorgung ausgeweitet werden. Allerdings ist auch hierbei auf ein ausgewogenes Verhältnis von Aufwand und Nutzen zu achten, um die Versorgungssituation für die Patienten durch eine Verknappung zeitlicher Ressourcen der Ärzte nicht zu verschlechtern.

Die Maßnahmen im Kontext der Qualitätssicherung Schmerztherapie wirken sich auf die Problemfelder OA-Abhängigkeit, OA-Verordnung durch mehrere Ärzte, OA-Langzeit-Verordnungshistorie, allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität aus.

### **Anpassung der Verschreibungsmöglichkeiten von Physiotherapie (M18)**

Die Verschreibung von Physiotherapie bei den von ihnen behandelten Krankheitsbildern bewerteten die Teilnehmer der Ärztebefragung überwiegend als sinnvoll (s. Ergebnisbericht, Kapitel 4.6). Jedoch gaben die Ärzte an, u.a. aufgrund Restriktionen durch die Heilmittelrichtlinie bzw. Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht ausreichend Physiotherapie verschreiben zu können. Dies haben auch Hausärzte in den Leitfadeninterviews angeführt. So wurde hier beschrieben, dass bei einer Verordnung über die orientierende Behandlungsmenge hinaus Praxisbesonderheiten nicht berücksichtigt würden. Auch Patienten berichten in den Leitfadeninterviews, dass sie teilweise nur mit erheblichen Hürden Physiotherapie verschrieben bekommen haben („Betteln muss, sag ich mal wirklich betteln muss, dass man was bekommt, was einem hilft“). Außerdem gäbe es bei Alternativen (z.B. Rehasport) lange Wartelisten.

Gemäß Heilmittelkatalog dürfen bspw. bei dem chronifizierten Schmerzsyndrom je Verordnung maximal sechs Einheiten verschrieben werden. Als orientierende Behandlungsmenge sind bis zu 18 Einheiten festgelegt. Die Verordnungsmenge soll sich dabei jedoch nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richten (Zweiter Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (in Verbindung mit § 12 der HeilM-RL (Heilmittelkatalog) (2024))).

Nach § 84 SGB V vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen mit den KVen jährlich das vorgesehene Ausgabenvolumen für von Vertragsärzten veranlasste Leistungen für Heilmittel. Des Weiteren müssen hierbei Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele und konkrete, auf die Umsetzung dieser Ziele ausgerichtete Maßnahmen sowie Kriterien für Sofortmaßnahmen zur Einhaltung des vereinbarten Ausgabenvolumens innerhalb des laufenden Kalenderjahres festgelegt werden. I.d.R. werden hierbei in jedem KV-Bereich sog. Durchschnittswertprüfungen durchgeführt. Hierbei werden die durchschnittlichen Fallkosten der Praxis mit den durchschnittlichen Fallkosten der Fachgruppe verglichen (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (o. J.)). Die konkrete Ausgestaltung unterscheidet sich dabei in Abhängigkeit von dem KV-Bereich (z.B. Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2023 für Westfalen-Lippe (2023); Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2024 für Berlin (2024)). Ausnahmen gelten hierbei für Heilmittel, die im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfs oder des besonderen Ordnungsbedarfs verordnet wurden.

Der langfristige Heilmittelbedarf (gem. § 32 Absatz 1a SGB V) ist gedacht für schwer kranke Patienten, die einen kontinuierlichen Versorgungsbedarf mit Heilmitteln von mindestens einem Jahr haben. Genauer zu den Voraussetzungen und dem Genehmigungsverfahren ist in § 8 der Heilmittelrichtlinie geregelt. Die im Heilmittelkatalog angegebenen Höchst- und Behandlungsmengen sind außerdem nicht bindend und auf jeder entsprechenden Verordnung können Heilmittel für einen Zeitraum bis zu 12 Wochen verordnet werden (§ 7 Abs. 6 der Heilmittel-Richtlinie). Nach § 106b Abs. 4 Nr. 1 SGB V unterliegen Verordnungen im Rahmen des langfristigen Heilmittelbedarfes nicht den Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Bei in Anlage 2 der Heilmittelrichtlinie gelisteten Diagnosen in Verbindung mit der jeweils aufgeführten Diagnosegruppe des Heilmittelkataloges ist vom Vorliegen eines langfristigen Heilmittelbedarfes auszugehen und es ist kein Antrags- oder Genehmigungsverfahren notwendig. Auf dieser Liste stehen Erkrankungen wie Chromosomenanomalien, Spina bifida, Verlust der Extremitäten, welche in der Regel keine primäre Indikation bei einer OA-Langzeittherapie sind.

Der besondere Ordnungsbedarf (§ 106b Abs. 2 Satz 4 SGB V) ist für schwer kranke Patienten, die Heilmittel für einen begrenzten Zeitraum, jedoch in einem intensiven Ausmaß benötigen, gedacht. Hierbei werden unter anderem folgende Krankheitsbilder berücksichtigt: Besondere Verengungen des Wirbelkanals, die zu einer Schädigung des Rückenmarks führen können, verschiedene Rückenmarksverletzungen, aber auch das komplexe regionale Schmerzsyndrom. Für Personen ab dem vollendeten 70. Lebensjahr zählen außerdem die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie Phantomschmerz dazu (Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf/besonderer Ordnungsbedarf/Blankverordnung. Stand 1. Oktober 2024 (2024)). Relevant bei Heilmittelverordnungen im Rahmen des besonderen Versorgungsbedarfs ist, dass in der Heilmittelrichtlinie nach § 7 Abs. 7 S. 2 in der Diagnoseliste vermerkte Hinweise und Spezifikationen (z. B. Akutereignis) mit Ausnahme der Alterskriterien nicht bindend für die Bemessung der Behandlungseinheiten je Verordnung sind. Im Heilmittelkatalog angegebene Höchst- und Behandlungsmengen sind außerdem nicht bindend und auf jeder entsprechenden Verordnung können Heilmittel für einen Zeitraum von bis zu 12 Wochen verordnet werden (§ 7 Abs. 7 der Heilmittel-Richtlinie).

Damit haben Ärzte bei Patienten, welche aufgrund von CNTS eine Langzeitopioidthherapie erhalten, zumindest bei dem besonderen Verordnungsbedarf die Möglichkeit, Heilmittel in größerem Umfang als die im Heilmittelkatalog festgeschriebenen Mengen ohne wirtschaftliches Risiko zu verordnen. Bei allen sonstigen Indikationen verbleibt das wirtschaftliche Risiko bei den Ärzten. Verordnungen über die orientierende Behandlungsmenge sind möglich, wenn diese medizinisch notwendig sind, so soll sich die Verordnungsmenge nach dem medizinischen Erfordernis des Einzelfalls richten (Heilmittelkatalog (2024)). Die individuellen medizinischen Gründe müssen dann dokumentiert werden.

Eine Möglichkeit, diesem Verschreibungshemmnis entgegenzuwirken, wäre, für den besonderen Versorgungsbedarf die Altersgrenze bei den Indikationen der Schmerzstörungen abzusenken. So könnte den chronischen Schmerzpatienten bedarfsgerecht Physiotherapie verordnet werden, ohne ein wirtschaftliches Risiko für die Ärzte. Allerdings wäre ein Monitoring der Kostenentwicklung auf der einen Seite und der Kapazitäten im Bereich der Physiotherapie auf der anderen Seite angeraten.

Einschränkend muss angeführt werden, dass anhand der in dieser Studie vorliegenden Ergebnisse nicht abschließend festgestellt werden kann, ob die Mehrheit der Ärzte über die weitergehenden Möglichkeiten seit dem Inkrafttreten der neuen Heilmittel-Richtlinie im Jahr 2021 informiert sind. Hier könnten Informationskampagnen Abhilfe schaffen.

Die Maßnahmen zur Anpassung der Verschreibungsmöglichkeiten von Physiotherapie wirken sich dabei auf die Problemfelder Inanspruchnahmeverhalten und fehlende Multimodalität sowie allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität aus.

### **2.3. Zu 3. Maßnahmen durch Ärzte in der direkten Patientenversorgung Therapieüberwachung**

- Vereinbarung eines Therapieziels (M19)

In der LONTS-Leitlinie wird empfohlen, dass mit den Patienten vor Beginn einer Opioidtherapie individuelle und realistische Therapieziele erarbeitet werden sollen (Häuser et al. (2020a)). Patienten sollen außerdem über Ziele und Erwartungen an die Therapie aufgeklärt werden (Häuser et al. (2020a)). Die Ergebnisse der Patientenbefragung legen den Schluss nahe, dass dies in der Praxis häufig nicht erfolgt. So haben in der Befragung 29% der Patienten angegeben, dass keine Therapieziele vereinbart wurden. Allerdings haben in der Ärztebefragung 99,1% der Teilnehmer angegeben, regelmäßig Therapieziele zu vereinbaren. Es kann im Rahmen der Studie nicht nachvollzogen werden, ob mit den Patienten tatsächlich keine Therapieziele vereinbart wurden oder ob dies den Patienten nicht als solche bewusst waren, weil sie beispielsweise nur mündlich besprochen wurden. Eine Möglichkeit, dieser Diskrepanz zu begegnen, kann in der schriftlichen Fixierung und Aushändigung der Therapieziele an die Patienten liegen.

- Abstimmung eines Behandlungskonzeptes (M20)

Da die Behandlung von Schmerzpatienten eine enge Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen sowie die Mitarbeit der Patienten erfordert, sollte im Sinne der in der LONTS-LL empfohlenen partizipativen Entscheidungsfindung gemeinsam mit den Patienten ein Behandlungskonzept erstellt werden (Häuser et al. (2020a)). Dies beinhaltet Informationen über die geplante Therapie sowie eine Aufklärung über deren Risiken. Im Rahmen der Patientenbefragung haben allerdings 68% der Teilnehmer angegeben, dass kein Behandlungskonzept mit ihnen erarbeitet wurde. Aus diesem Grund wird empfohlen, verstärkt darauf hinzuwirken, dass Ärzte bei Schmerzpatienten in der Praxis regelhaft ein Behandlungskonzept mit den Patienten erarbeiten. Ggf. ist auch an dieser Stelle den

Patienten nicht bewusst, dass ein Behandlungskonzept im Rahmen eines ärztlichen Gespräches erarbeitet wurde. Insofern ist auch hier die Niederschrift anzustreben, die den Patienten zur Information mitgegeben wird.

- Re-Evaluation der Therapie (M21)

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass Opioide teilweise über sehr lange Zeiträume hinweg verordnet werden (s. Kapitel 5.1 In der LONTS-Leitlinie wird empfohlen bei einer Langzeittherapie mit OA regelmäßig zu überprüfen, ob die Therapieziele (s. Maßnahme 19) noch erreicht werden, ob es Hinweise für Nebenwirkungen oder einen Fehlgebrauch der Opioide gibt (Häuser et al. (2020a)). Hierbei wird empfohlen, die Therapie in der Einstellungsphase alle vier Wochen und in der Langzeittherapie einmal im Quartal zu überprüfen. Ziel sollte daher eine regelmäßige Re-Evaluation sein, ob Änderungen der aktuellen Therapie erfolgen können (z.B. Reduktion der OA-Dosis, Absetzen der OA) oder ob es auch möglich ist, Therapieziele durch andere Maßnahmen als der Fortführung der Opioidlangzeittherapie zu erreichen (z.B. Physiotherapie).

In den Experteninterviews wurde besonders von den Befragten im hausärztlichen Bereich angegeben, dass eine regelmäßige Re-Evaluation aus zeitlichen Gründen nicht möglich sei und diese zudem nicht entsprechend vergütet werden würde (s. Bereich „Vergütung schmerztherapeutischer Leistungen“). So wurde in den Patienteninterviews berichtet, dass im Zuge der OA-Versorgung durch die behandelnden Ärzte nicht regelmäßig geprüft würde, ob die Schmerzen durch die OA-Therapie ausreichend gelindert würden. Der Abbau der Hemmnisse einer regelmäßigen Re-Evaluation sollte forciert werden (s. Vergütung des zeitaufwändigen Monitorings der Patienten (Maßnahme 14)), da die Erhebung des aktuellen Therapiestandes den Ausgangspunkt weiterer therapeutischer Entscheidungen darstellt. Des Weiteren sollte, wie bei der Vereinbarung der Therapieziele (s. Maßnahme 19), eine schriftliche Information der Patienten bezüglich der Re-Evaluation erfolgen.

Die Problemfelder OA-Abhängigkeit, Inanspruchnahmeverhalten und fehlende Multimodalität, OA-Langzeit-Verordnungshistorie und allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität werden durch die Maßnahmen aus dem Bereich der Therapieüberwachung (positiv) beeinflusst.

### **Suchtmonitoring**

Im Rahmen des Projektes konnte gezeigt werden, dass mit der Höhe der Dosis und der Dauer der Opioidtherapie das Risiko für eine Opioidabhängigkeit steigt. Ein regelmäßiges Suchtmonitoring der Patienten sollte aus diesem Grund angestrebt werden.

- Nachhalten der Verordnungsmenge und -frequenz (M22)

Damit eine mögliche Suchterkrankung oder Fehlmedikationen frühzeitig erkannt werden kann, ist die regelmäßige Überprüfung der bisheriger Verordnungsmenge sowie -frequenz vor jeder neuen Verordnung vorzunehmen. Dadurch lassen sich auch langfristige bzw. geringe Dosissteigerungen detektieren. Hierbei sollte auch regelhaft nach parallelen Verordnungen durch andere Leistungserbringende gefragt werden.

- Nutzung eines standardisierten Suchtsurveys (M23)

Des Weiteren sollte bei den – als Maßnahme 21 angesprochenen – regelmäßigen Kontrollen in festen Abständen auch ein standardisierter Suchtsurvey zum Einsatz kommen (z.B. jährlich). Dadurch könnte eine mögliche Suchterkrankung frühzeitig detektiert werden. Neben der Dokumentation für interne Zwecke können sich Patienten bezüglich möglicher Risiken einer OA-Therapie bewusster werden und eigene Verhaltensweisen reflektieren.

Durch die Maßnahmen des Suchtmonitorings kann insbesondere dem Problemfeld der OA-Abhängigkeit begegnet werden. Doch auch die Felder OA-Langzeit-Verordnungshistorie und

allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität werden positiv von den Maßnahmen beeinflusst.

## **2.4. Zu 4. Maßnahmen zum Empowerment der Patienten**

### **Informationskampagne zentral**

- **Zusammenstellung und Präsentation von Informationen (M24)**

Damit Patienten sich ein umfassendes Bild über ihre Erkrankung machen können und so Hintergründe ihrer Krankheit besser verstehen können, ist es wichtig, dass sie einen einfachen und schnellen Zugang zu Informationen haben. Ergänzend sollte es für sie möglich sein, sich über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und dadurch anhand informierter Entscheidungen ihren Behandlungsprozess aktiv mitgestalten zu können. Diesen Zugang können Websites mit vertiefenden Informationen (z. B. (Bundesministerium für Gesundheit (o. J.))) bieten. Relevant hierbei ist, dass entsprechende Informationen in für Patienten verständlicher Sprache formuliert sind – medizinische Fachbegriffe sollten bspw. erklärt werden – und Informationen auf den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Schwierigkeiten hierbei bestehen darin, dass chronische Schmerzen oft sehr komplex sind und verschiedenste Ursachen haben können. Dies kann zur Folge haben, dass bei gleicher Grunderkrankung verschiedene Therapiemöglichkeiten zu einer Linderung der Schmerzen beitragen können. Es besteht daher die Herausforderung zu informieren, ohne inhaltlich zu überfordern oder zu verwirren.

Möglichkeiten, um die bereits existierenden Angebote noch zu verbessern, bestehen bspw. darin, häufiger auch Videos oder interaktive Erklärungen in die oft rein textbasierten Angebote zu integrieren, da auf diese Weise komplexe Sachverhalte verständlicher für Patienten dargestellt werden können. Des Weiteren könnten Inhalte in verschiedenen Sprachen erläutert werden, damit auch Patienten mit einer anderen Muttersprache Inhalte leichter verstehen können. Im Expertenworkshop wurde außerdem angemerkt, dass die Informationsangebote nach Chronifizierungsstadium differenziert werden sollten.

Außerdem sollten Websites regelmäßig aktualisiert werden, damit der aktuelle Stand der Forschung abgebildet wird und Patienten nicht mit veralteten Ansätzen konfrontiert werden. Abzuwarten sind hierbei für den hausärztlichen Bereich die Ergebnisse des RELIEF(Ressourcenorientiertes Case Management zur Umsetzung von Empfehlungen für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen und häufigem Analgetikagebrauch in der Hausarztpraxis)-Projektes, bei welchem einer der Kernbereiche die Information und Unterstützung der Patienten darstellt (Bundesministerium für Bildung und Forschung (o. J.)).

- **Ansprache junger Betroffener über Social Media (M25)**

Insgesamt gehören Langzeitopioidpatienten primär höheren Altersgruppen an, jedoch sind auch jüngere Patienten betroffen (Routinedatenanalyse: 7,6% unter 50 Jahre; Patientenbefragung: 6,2% unter 50 Jahre). Hierbei ist außerdem hervorzuheben, dass, wie in Kapitel 4.5 des Ergebnisberichtes beschrieben, gerade jüngere Patienten ein erhöhtes Risiko für Suchterkrankungen besitzen. Aus diesem Grund könnten Informationskampagnen auf Social Media (z. B. Instagram, Facebook), die auch auf entsprechende Risiken eingehen, eine Möglichkeit darstellen, das Empowerment insbesondere bei jüngeren Betroffenen zu erhöhen.

- **Verzeichnis relevanter Leistungserbringender (M26)**

Wie bereits mehrfach beschrieben, gibt es bei der Versorgung von Patienten mit CNTS sowohl bei Schmerzmedizinern, als auch in den Bereichen der Psycho- und Physiotherapie einen Mangel an qualifizierten Leistungserbringern. Dies hat zur Folge, dass Patienten häufig eine lange Patient Journey hinter sich haben, bevor diese geeignete Leistungserbringer finden. Damit Patienten möglichst schnell entsprechende Ansprechpartner finden, könnte ein

Verzeichnis relevanter Leistungserbringender erstellt werden. Dieser Wunsch wurde auch in den Leitfadeninterviews von den Patienten geäußert. Um Ärzte mit der Zusatz-WB „Spezielle Schmerztherapie“ ausfindig zu machen, gib es bereits erste Register (z. B. Schmerztherapie - Ärzte und Zahnärzte in Deutschland - Arzt-Auskunft - Seite 1 oder Anästhesisten und Schmerztherapeuten-Suche (anaesthesisten-im-netz.de)) Diese sind bisher allerdings nicht immer vollständig und sollten deshalb in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden. Des Weiteren könnten entsprechende Verzeichnisse auf alle relevanten Leistungserbringergruppen ausgeweitet werden.

### **Informationskampagne dezentral**

Neben den bereits aufgeführten zentralen Informationskampagnen sind dezentrale Informationswege eine weitere Möglichkeit, um das Empowerment auf Patientenseite zu erhöhen.

- **Information über die Ärzte (M27)**

Patienten gaben im Rahmen der Leitfadeninterviews an, sich von ihren Ärzten nicht vollständig über ihre Erkrankung aufgeklärt zu fühlen. In einem Leitfadeninterview mit einem Leistungserbringenden aus dem hausärztlichen Bereich wurde angeführt, dass die Gesprächsführung und die Zeit, welche man sich für Patienten nähme, entscheidend für eine gute Einbindung in den Behandlungsprozess seien. Des Weiteren wurde bei einem Gespräch mit einer Krankenkassenvertretung angemerkt, dass bei Patienten Wissenslücken bezüglich des Nutzens der Physiotherapie bestünden, weshalb hier eine verbesserte Aufklärung durch Ärzte notwendig sei.

Mit dem Ziel, die zeitlichen Ressourcen der ärztlichen Kollegen zu sparen und dennoch das Wissen der Patienten zu erhöhen, wäre das Verteilen von Informationsbroschüren über die Ärzte ein Ansatz. Diese könnten eine gute Ergänzung zur mündlichen Aufklärung durch Ärzte darstellen, da hier Informationen zu jedem beliebigen Zeitpunkt ausführlich nachgelesen werden können. Des Weiteren können in Informationsbroschüren (z.B. (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (2021)) oder (Deutsche Schmerzliga e.V. (2020))) weitergehende relevante Inhalte, wie bspw. Kontaktdaten zu Selbsthilfegruppen, weiterführenden Websites oder Information über weitere Anlaufstellen (s. Maßnahme 26) enthalten sein.

- **Gezielte Aufklärung betroffener Versicherter durch die Krankenkassen (s.u. M4)**

Wie bei Maßnahme 4 bereits beschrieben, wurde im Rahmen des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes (BGBl. 2024 I Nr. 102) beschlossen, dass die GKVen Patienten durch datengestützte Auswertungen über die Erkennung individueller Gesundheitsrisiken informieren können. Relevant im Rahmen einer Opioid-Langzeittherapie ist hierbei nach § 25b Abs. 1 Nr. 3 SGB V die „Erkennung von schwerwiegenden Gesundheitsgefährdungen, die durch die Arzneimitteltherapie entstehen können“. Dies eröffnet den Krankenkassen die Möglichkeit, bei der Detektion einer OA-Fehlanwendung, Patienten darauf hinzuweisen und die Empfehlung auszusprechen, Rücksprache mit den Ärzten zu halten sowie eine Anpassung vorzunehmen. An dieser Stelle wird hervorgehoben, dass eine entsprechende Mitteilung an die Patienten mit sensibler Formulierung erfolgen sollte, damit die Empfehlung bei Patienten nicht zur Verunsicherung führt. So besteht das Risiko, dass die Patienten die OA eigenmächtig absetzen, was wiederum mit Risiken verbunden wäre. Empfehlenswert wäre deshalb, Patienten ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass keinesfalls eine eigenständige Änderung der Medikation erfolgen sollte, um ein abruptes Absetzen zu vermeiden.

- Information von Patienten im Zuge eines Aufklärungsgespräches durch Apotheker (M28)  
Gem. § 129 Abs. 5e SGB V haben Versicherte Anspruch „auf pharmazeutische Dienstleistungen durch Apotheken, die über die Verpflichtung zur Information und Beratung gemäß § 20 der Apothekenbetriebsordnung hinausgehen und die die Versorgung der Versicherten verbessern“. In diesem Kontext wurde u.a. die erweiterte Medikationsberatung von Patienten mit Polymedikation und die pharmazeutische Betreuung von Patienten unter oraler Antitumorthherapie als Leistungen festgelegt (Gemeinsame Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V (2022)).

Eine Maßnahme, um das Empowerment der Patienten zu erhöhen, wäre, eine pharmazeutische Betreuung von Patienten unter Opioidtherapie bspw. in Anlehnung an die pharmazeutische Betreuung von Patienten unter oraler Antitumorthherapie einzuführen. Bei Neuverordnung eines oralen Antitumorthapeutikums haben Patienten Anspruch auf eine sog. „Erweiterte Medikationsberatung“ in der Apotheke, bei welcher unter anderem die Besonderheiten der oralen Antitumorthherapie thematisiert werden. Zwei bis sechs Monate nach dieser erweiterten Medikationsberatung können die Versicherten in einem Folgegespräch mögliche Anwendungsprobleme, Probleme bei der Therapietreue oder Nebenwirkungen besprechen (ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (o. J.)). Die jeweiligen Gespräche müssen von approbierten Apothekern geführt werden. Diese müssen außerdem eine Fortbildung auf Basis des Curriculums „Medikationsanalyse, Medikationsmanagement als Prozess“ absolviert haben, welche einen Umfang von mindestens acht Stunden besitzt. Die Abrechnung erfolgt anhand von zu diesem Zweck eingeführten Sonder-Pharmazentralnummern (SPZN). Für die erweiterte Medikationsberatung im Rahmen der oralen Antitumorthherapie wurde bspw. die SPZN 17716820 mit einer Vergütung in Höhe von 90€ eingeführt. Das anschließende Gespräch (SPZN 17716837) ist mit einer Vergütung in Höhe von 17,55€ abrechenbar (Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V (2022)).

Maßnahmen zum Empowerment der Patienten haben insgesamt Einfluss auf alle 5 Themenfelder (OA-Abhängigkeit, OA-Langzeit-Verordnungshistorie, Inanspruchnahmeverhalten und fehlende Multimodalität, OA-Verordnung durch mehrere Ärzte sowie allgemeine Versorgungsprobleme und -qualität).

## Referenzen

- ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (o. J.), *Pharmazeutische Betreuung bei oraler Antitumorthherapie*. Im Internet unter: <https://www.abda.de/pharmazeutische-dienstleistungen/orale-krebstherapie/>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Anlage 2 zur Vergütungsvereinbarung zum Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung (2024). Im Internet unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/heilmittel/vertraege\\_125abs1/physiotherapie/20231204\\_Physiotherapie\\_Aenderung\\_Anlage\\_2\\_Lesefassung\\_01.01.2024.bf.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/physiotherapie/20231204_Physiotherapie_Aenderung_Anlage_2_Lesefassung_01.01.2024.bf.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2023 für Westfalen-Lippe (2023). Im Internet unter: [https://www.kvwl.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Mitglieder/Rechtsquellen\\_und\\_Vertraege/AMV\\_HMV\\_RG/2023/Arzneimittelvereinbarung\\_der\\_KVWL\\_2023.pdf](https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Rechtsquellen_und_Vertraege/AMV_HMV_RG/2023/Arzneimittelvereinbarung_der_KVWL_2023.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Arzneimittelvereinbarung nach § 84 Abs. 1 SGB V für das Jahr 2024 für Berlin (2024). Im Internet unter: [https://www.kvberlin.de/fileadmin/user\\_upload/vertraege\\_kv\\_berlin/arsnei\\_und\\_heilmittelvereinbarungen/arsneimittel\\_vereinbarung2024.pdf](https://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/vertraege_kv_berlin/arsnei_und_heilmittelvereinbarungen/arsneimittel_vereinbarung2024.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- BARMER & Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2022), *Gemeinsame Pressemitteilung. Digital unterstützte Arzneimitteltherapie vermeidet viele Todesfälle*. Im Internet unter: [https://www.kvwl.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Pressemitteilungen/Gemeinsame\\_PM\\_Barmer\\_und\\_KVWL\\_AdAM-Ergebnisse.pdf](https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Pressemitteilungen/Gemeinsame_PM_Barmer_und_KVWL_AdAM-Ergebnisse.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten (o. J.), *Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Im Internet unter: <https://www.bvsd.de/arbeitsfelder/aus-fort-und-weiterbildung/#:~:text=Aufgrund%20der%20Altersstruktur%20der%20an%20der%20Versetzung>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- BEST (o. J.), *Das Fundament für eine funktionierende Schmerztherapie*. Im Internet unter: <https://schmerzeinmaleins.de/>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Bingel, U., Borg, E., Huengens, B., Jendyk, R., Maier, C., Pöpping, D., Pogatzki-Zahn, E., Schregel, K.-M., Schwarzer, A., Schwenkreis, P., Wrenger, K. & Zimmer, B. (2017), *Curriculum. Schmerzmedizinische Grundversorgung Erstbehandlung und Prävention der Ärztekammer Westfalen-Lippe*. Im Internet unter: [https://www.akademie-wl.de/fileadmin/user\\_upload/09\\_curriculum\\_schmerzmedizinische\\_grundversorgung\\_17.03.2017\\_sroe.pdf](https://www.akademie-wl.de/fileadmin/user_upload/09_curriculum_schmerzmedizinische_grundversorgung_17.03.2017_sroe.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Bodenheimer, T., Wagner, E.H., & Grumbach, K. (2002) Improving primary care for patients with Chronic illness. *JAMA* 288(15), 1909. <https://doi.org/10.1001/jama.288.15.1909>
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (o. J.), *RELIEF - Ressourcenorientiertes Case Management zur Umsetzung von Empfehlungen für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen und häufigem Analgetikagebrauch in der Hausarztpraxis*. Im Internet unter: <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/relief-ressourcenorientiertes-case-management-zur-umsetzung-von-empfehlungen-fur-15439.php>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Bundesministerium für Gesundheit (o. J.), *Chronische Schmerzen*. Im Internet unter: <https://gesund.bund.de/chronische-schmerzen>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024

- Bundespsychotherapeutenkammer (2018), *Scharfe Kritik am Terminservice- und Versorgungsgesetz*. 33. Deutscher Psychotherapeutentag in Berlin. Im Internet unter: <https://www.bptk.de/neuigkeiten/scharfe-kritik-am-terminservice-und-versorgungsgesetz/>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Deutsche Psychologen Akademie (2024), *Psychologische Schmerztherapie kognitiv-behaviorales Programm für orthopädische und psychosomatische Schmerzen*. Im Internet unter: <https://www.psychologenakademie.de/seminar/psychologische-schmerztherapie-9/>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (o. J.a), *KEDOQ-Schmerz*. Im Internet unter: <https://www.schmerzgesellschaft.de/hilfseiten/kedog>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (o. J.b), *PAIN2.0*. Im Internet unter: <https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/forschung-und-foerderung/forschungsfoerderung-1>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (2021), *Patienten-Information. Schmerzen verstehen. Akuter Schmerz – Chronischer Schmerz*. Im Internet unter: [https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/2021/pdf/DS\\_Flyer\\_Patienten\\_Schmerzen\\_Cewe\\_20012021\\_Screen.pdf](https://www.schmerzgesellschaft.de/fileadmin/2021/pdf/DS_Flyer_Patienten_Schmerzen_Cewe_20012021_Screen.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (2024a), *Integrierte Weiter-/Fortbildung „Spezielle Schmerzphysiotherapie/ Schmerzergotherapie“ Modul 1 der Deutschen Schmerzgesellschaft*. Im Internet unter: [https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/aus-weiter-fortbildung/akademie-und-kongresskalender/kongress-einzelsicht?tx\\_cal\\_controller%5Bday%5D=15&tx\\_cal\\_controller%5Bmonth%5D=03&tx\\_cal\\_controller%5Btype%5D=tx\\_cal\\_phicalendar&tx\\_cal\\_controller%5Buid%5D=2994&tx\\_cal\\_controller%5Bview%5D=event&tx\\_cal\\_controller%5Byear%5D=2024&cHash=da3542e1abfc8c98d12a7d950e867d9d](https://www.schmerzgesellschaft.de/topnavi/aus-weiter-fortbildung/akademie-und-kongresskalender/kongress-einzelsicht?tx_cal_controller%5Bday%5D=15&tx_cal_controller%5Bmonth%5D=03&tx_cal_controller%5Btype%5D=tx_cal_phicalendar&tx_cal_controller%5Buid%5D=2994&tx_cal_controller%5Bview%5D=event&tx_cal_controller%5Byear%5D=2024&cHash=da3542e1abfc8c98d12a7d950e867d9d). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (2024b), *Presseinformation. Deutscher Schmerz- und Palliativtag 2024 – Schwerpunkt Rückenschmerz. Gemeinsam die schmerzmedizinische Versorgung verbessern*. Im Internet unter: [https://www.dgshmerzmedizin.de/fileadmin/PDF\\_oeffentlich\\_nach\\_Update/PM\\_DGS\\_Auftakt\\_Schmerz-Palliativtag\\_2024.pdf](https://www.dgshmerzmedizin.de/fileadmin/PDF_oeffentlich_nach_Update/PM_DGS_Auftakt_Schmerz-Palliativtag_2024.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Deutsche Schmerzliga e.V. (2020), *Lebensqualität für Schmerzpatienten. Eine Patienteninformation der Deutschen Schmerzliga e.V.* Im Internet unter: [https://schmerzliga.de/ewhijaje/2020/02/Lebensqualit%C3%A4t-f%C3%BCr-Schmerzpatienten\\_Brosch%C3%BCre.pdf](https://schmerzliga.de/ewhijaje/2020/02/Lebensqualit%C3%A4t-f%C3%BCr-Schmerzpatienten_Brosch%C3%BCre.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Deutscher Bundestag (2020), *Antwort der Bundesregierung auf die kleine Anfrage der Abgeordneten Andrew Ullmann, Michael Theurer, Jens Beeck, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP– Drucksache 19/20448 –Versorgung in der Schmerztherapie*. Im Internet unter: <https://dserver.bundestag.de/btd/19/210/1921045.pdf>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- DGVT Fort- und Weiterbildung (2024), *Schmerzpsychotherapie – Schmerzen verstehen*. Im Internet unter: <https://www.dgvt-fortbildung.de/seminar/seminar/15?cHash=3f35d2f26573222ad67027bcba7d025a>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Diagnoseliste langfristiger Heilmittelbedarf/besonderer  
Verordnungsbedarf/Blankverordnung. Stand 1. Oktober 2024 (2024). Im Internet unter: [https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel\\_Diagnoseliste\\_Webversion.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Heilmittel_Diagnoseliste_Webversion.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024

Döpfer Akademie (o. J.), *Schmerzphysiotherapie Schmerztherapie 1*. Im Internet unter: <https://www.doepfer-akademie.de/fortbildung/schmerzphysiotherapie-schmerztherapie-1-994/>. Zuletzt geprüft am: 10.10.24

Fortbildungsakademie Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (2024), *Curriculum Psychosomatische Schmerztherapie 2025*. Im Internet unter: [https://www.data.edoobox.com/filemanager/F\\_3390/MSPGmbH/Flyer\\_Schmerz-Curriculum\\_2025\\_web.pdf](https://www.data.edoobox.com/filemanager/F_3390/MSPGmbH/Flyer_Schmerz-Curriculum_2025_web.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024

Fortbildungszentrum Hagen (o. J.), *Der chronische Schmerzpatient Physiotherapeutisches Management: Untersuchung – Beurteilung – Behandlung*. Im Internet unter: <https://fobihagen.de/das-physiotherapeutische-management-des-schmerzpatienten/>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024

Gemeinsame Schiedsstelle nach § 129 Abs. 8 SGB V (2022), *Schiedsspruch gemäß § 2 der Anlage 11 zum Rahmenvertrag nach § 129 Abs. 2 SGB V*. Im Internet unter: [https://www.dav-notdienstfonds.de/fileadmin/userfiles/NNFDAV/102\\_-\\_Schiedsspruch\\_vom\\_19.05.22\\_Verfahren\\_2\\_AP\\_31-21.pdf](https://www.dav-notdienstfonds.de/fileadmin/userfiles/NNFDAV/102_-_Schiedsspruch_vom_19.05.22_Verfahren_2_AP_31-21.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss (2018), *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“*. Im Internet unter: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20\\_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss (2019), *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die 16. Änderung der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL): Änderung der Anlage 2, Ergänzung der Anlage 15 (DMP chronischer Rückenschmerz) und der Anlage 16 (chronischer Rückenschmerz -Dokumentation)*. Im Internet unter: [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3765/2019-04-18\\_DMP-A-RL\\_chronischer\\_Rueckenschmerz\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3765/2019-04-18_DMP-A-RL_chronischer_Rueckenschmerz_BAnz.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss (2021), *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)*. Im Internet unter: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2668/KSVPsych-RL\\_2021-09-02\\_iK-2021-12-18.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2668/KSVPsych-RL_2021-09-02_iK-2021-12-18.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024

Gemeinsamer Bundesausschuss (2023), *Pressemitteilung. Innovationsausschuss: Transferempfehlungen zu weiteren Projekten*. Im Internet unter: <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen-meldungen/1095/>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024

Gruner, B. (2016) Gruppentherapie von Patienten mit chronischen Schmerzen. *PiD - Psychotherapie im Dialog* 17(04), 73–75. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116777>

Häuser, W., Bock, F., Hüppe, M., Nothacker, M., Norda, H., Radbruch, L., Schiltenswolf, M., Schuler, M., Tölle, T., Viniol, A., & Petzke, F. (2020a) Empfehlungen der zweiten Aktualisierung der Leitlinie LONTS. *Schmerz* 34(3), 204–244. <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00472-y>

Häuser, W., Bock, F., Hüppe, M., Nothacker, M., Norda, H., Radbruch, L., Schiltenswolf, M., Schuler, M., Tölle, T., Viniol, A. & Petzke, F. (2020b), *Kurzfassung der interdisziplinären S3-Leitlinie „Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS)“*. Im Internet unter: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/145-003k\\_S3\\_LONTS\\_2024-03.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/145-003k_S3_LONTS_2024-03.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024

- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019), *Vereinbarung zur interdisziplinären schmerzmedizinischen Versorgung*. Im Internet unter: [https://www.kbv.de/media/sp/KBV\\_Entwurf\\_einer\\_Vereinbarung\\_zur\\_Schmerztherapie.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Entwurf_einer_Vereinbarung_zur_Schmerztherapie.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022), *Qualitätsbericht 2023. Berichtsjahr 2022*. Im Internet unter: [https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Qualitätsbericht\\_2023.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Qualitätsbericht_2023.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023), *Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)*. Im Internet unter: <https://www.kbv.de/media/sp/Schmerztherapie.pdf>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (o. J.), *Wirtschaftlichkeitsprüfung*. Im Internet unter: <https://www.kvno.de/praxis/haeufige-fragen/wirtschaftlichkeitspruefung>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (2022), *Bedarfsplan 2020 für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein*. Im Internet unter: [https://www.kvsh.de/fileadmin/user\\_upload/dokumente/Praxis/Zulassung/Bedarfsplan\\_2020\\_neu.pdf](https://www.kvsh.de/fileadmin/user_upload/dokumente/Praxis/Zulassung/Bedarfsplan_2020_neu.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (2023), *eRIKA. Das E-Rezept als Element interprofessioneller Versorgungspfade für kontinuierliche Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)*. Im Internet unter: <https://www.kvwl.de/themen-a-z/erika>. Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Koppert, W. (2015) Brauchen wir einen Facharzt für Schmerzmedizin? *Contra. Schmerz* 29(5), 584–586. <https://doi.org/10.1007/s00482-015-0058-5>
- Kriegisch, V., Kuhn, B., Dierks, M.-L., Achenbach, J., Briest, J., Fink, M., Dusch, M., Amelung, V., & Karst, M. (2021) Bewertung der ambulanten ärztlichen Schmerztherapie in Deutschland: Ergebnisse einer internetbasierten Querschnittsbefragung unter ambulant tätigen Schmerzmedizinern. *Schmerz* 35(2), 103–113. <https://doi.org/10.1007/s00482-020-00492-8>
- Lux, E.A. (2019), *Therapie mit Opioiden bei chronischen Nichttumorschmerzen (CNTS)*. Im Internet unter: [https://www.cme-kurs.de/cdn2/pdf/Handout\\_Opioide\\_bei\\_chronischen\\_Nichttumorschmerzen.pdf](https://www.cme-kurs.de/cdn2/pdf/Handout_Opioide_bei_chronischen_Nichttumorschmerzen.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Mattenklodt, P., Ingenhorst, A., Wille, C., Flatau, B., Hafner, C., Geiss, C., Sittl, R., Ulrich, K., & Griessinger, N. (2008) Multimodale Gruppentherapie bei Senioren mit chronischen Schmerzen: Konzept und Ergebnisse im Prä-post-Vergleich. *Schmerz* 22(5), 551-4, 556-61. <https://doi.org/10.1007/s00482-008-0694-0>
- Nagel, B., Pfingsten, M., Brinkschmidt, T., Casser, H.-R., Gralow, I., Irnich, D., Klimczyk, K., Sabatowski, R., Schiltenswolf, M., Sittl, R., Söllner, W., & Arnold, B. (2012) Struktur- und Prozessqualität multimodaler Schmerztherapie. *Schmerz* 26(6), 661–669. <https://doi.org/10.1007/s00482-012-1207-8>
- Neusser, S., Niemann, A., Schrader, N., Blase, N., Weitzel, M., Abels, C., Speckemeier, C., Neumann, A., Riederer, C., Nadstawek, J., Straßmeir, W., Wasem, J. (2025) Long-term opioid prescription and opioid discontinuation in patients with chronic non-cancer pain in Germany: a retrospective analysis based on administrative claims data. *J Public Health (Berl.)*. [doi: 10.1007/s10389-025-02655-2](https://doi.org/10.1007/s10389-025-02655-2)

- Neusser, S., Niemann, A., Schrader, N., Weitzel, M., Blase, N., Abels, C., Riederer, C., Nadstawek, J., Straßmeir, W., Wasem, J. (2026) Leitlinienempfehlungen und Versorgungsrealität aus ärztlicher Perspektive: Befragung von Ärzt\*innen zur Langzeitbehandlung chronischer nichttumorbedingter Schmerzen mit opioidhaltigen Analgetika. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 201, 76-83. [doi: 10.1016/j.zefq.2026.01.001](https://doi.org/10.1016/j.zefq.2026.01.001)
- Niemann, A., Schrader, N.F., Speckemeier, C., Abels, C., Blasé, N., Weitzel, M., Neumann, A., Riederer, C., Nadstawek, J., Straßmeir, W., Wasem, J., Neusser, S. Patient-reported quality of outpatient healthcare in patients with chronic back or arthrosis pain with long-term opioid therapy in Germany. BMC Prim Care. 2025 Jun 21;26(1):200. doi: 10.1186/s12875-025-02881-3. PMID: 40544254; PMCID: PMC12181890.
- Rahmenvertrag über die Arzneimittelversorgung nach § 129 Absatz 2 SGB V (2022). Im Internet unter: [https://www.abda.de/fileadmin/user\\_upload/assets/Pharmazeutische\\_Dienstleistungen/pDL/Rahmenvertrag\\_nach\\_129.pdf](https://www.abda.de/fileadmin/user_upload/assets/Pharmazeutische_Dienstleistungen/pDL/Rahmenvertrag_nach_129.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Richtlinie zur Förderung der Weiterbildung für grundversorgende Fachärzte gemäß § 75a SGB V (2022). Im Internet unter: [https://www.kvwl.de/fileadmin/user\\_upload/pdf/Mitglieder/Niederlassung/Foerderung/Foerderung\\_zum\\_Facharzt/Richtlinie\\_Foerderung\\_Weiterbildung\\_grundversorgende\\_Fachgruppe.pdf](https://www.kvwl.de/fileadmin/user_upload/pdf/Mitglieder/Niederlassung/Foerderung/Foerderung_zum_Facharzt/Richtlinie_Foerderung_Weiterbildung_grundversorgende_Fachgruppe.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Rometsch, C., Cosci, F., & Martin, A. (2024) Prävalenz von chronischem Schmerz und funktionellen somatischen Syndromen in Deutschland. *Psychotherapie* 69(4), 217–230. <https://doi.org/10.1007/s00278-024-00734-5>
- Schmerzakademie der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. (o. J.), *80-Stunden-Kompaktkurs „Spezielle Schmerztherapie“*. Im Internet unter: <https://deutsche-schmerzakademie.de/>
- Schrader NF, Niemann A, Weitzel M, Abels C, Blase N, Neumann A, Riederer C, Nadstawek J, Straßmeir W, Wasem J, Neusser S. A Large Retrospective Observational Study of Nonpharmacologic Treatment Use Among German Patients Receiving Long-Term Opioid Therapy for Chronic Noncancer Pain, *Pain Research and Management*, 2026, 2607538, 13 pages, 2026. Doi: 10.1155/prm/2607538.
- Straube, A., & Förderreuther, S. (2015) Facharzt für Schmerzmedizin ohne Zusatznutzen. *MMW - Fortschritte der Medizin* 157(S3), 36. <https://doi.org/10.1007/s15006-015-3779-6>
- Traue, H.C., & Nilges, P. (2019) Psychologische und psychobiologische Grundlagen von Schmerz. In R. Baron, W. Koppert, M. Strumpf & A. Willweber-Strumpf (Herausgeber), *Praktische Schmerzmedizin: Interdisziplinäre Diagnostik - Multimodale Therapie* (S. 15–25). Berlin: Springer.
- Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung gemäß § 75a SGB V (2022). Im Internet unter: [https://www.kbv.de/media/sp/Foerderung\\_Allgemeinmedizin.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/Foerderung_Allgemeinmedizin.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024
- Vertrag nach § 125 Absatz 1 SGB V zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R) Berlin und dem Bundesverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK, Bochum, dem Deutschen Verband für Physiotherapie (ZVK) e.V., Köln, dem VDB-Physiotherapieverband e.V., B. & Verband Physikalische Therapie – Vereinigung für die Physiotherapeutischen Berufe (VPT) e.V., Hamburg über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie und deren Vergütung (2022). Im Internet unter: [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/ambulante\\_leistungen/heilmittel/vertraege\\_125abs1/physiotherapie/20220331\\_Vertrag\\_Lesefassung\\_Stand\\_04.](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/vertraege_125abs1/physiotherapie/20220331_Vertrag_Lesefassung_Stand_04.)

[04.2022 telemedizinische Leistungen Physiotherapie.pdf](#). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024

Wagner, E.H., Davis, C., Schaefer, J., Korff, M. von, & Austin, B. (1999) A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Manag Care Q* 7(3), 56–66.

Zweiter Teil – Zuordnung der Heilmittel zu Indikationen (in Verbindung mit § 12 der HeilM-RL (2024). Im Internet unter: [https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL\\_2024-05-16\\_Heilmittelkatalog.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3064/HeilM-RL_2024-05-16_Heilmittelkatalog.pdf). Zuletzt geprüft am: 10.10.2024

**Aus eingereichten und geplanten Veröffentlichungen:**

Neusser, S.; Niemann, A.; Schrader, N.F.; Blase, N.; Weitzel, M.; Abels, C.; Speckemeier, C.; Neumann, A.; Riederer, C.; Nadstawek, J.; Straßmeir, W.; Wasem, J. Long-term opioid therapy in patients with arthrosis and/ or back pain: patient survey on treatment patterns in functionally differentiated health care systems. Unter Begutachtung bei BMC Health Services Research.

Neusser, S.; Niemann, A.; Schrader, N.F.; Blase, N.; Weitzel, M.; Abels, C.; Speckemeier, C.; Neumann, A.; Riederer, C.; Nadstawek, J.; Straßmeir, W.; Wasem, J. Opioidgebrauchstörungen im Rahmen der Opioidlangzeitbehandlung bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen. Risikofaktoren und Handlungsansätze aus ambulanzärztlicher Perspektive. Unter Begutachtung bei Der Schmerz.

Weitzel, M.; Abels, C.; Schrader, N.F.; Niemann, A.; Speckemeier, C.; Giebel, G.; Blase, N.; Riederer, C.; Nadstawek, J.; Straßmeir, W.; Wasem, J.; Neusser, S. Health services for patients with nontumor related chronic pain treated with opioid analgesics in Germany-Physicians' perspective. Unter Begutachtung bei BMC Health Services Research.

## **Rechtsnormen**

Gesetz zur Nutzung von Gesundheitsdaten zu gemeinwohlorientierten Forschungszwecken und zur datenbasierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens (Gesundheitsdatennutzungsgesetz – GDNG) veröffentlicht im Bundesgesetzblatt des Jahrgangs 2024 Teil I Nr. 102 (BGBl. 2024 I Nr. 102) vom 25.März 2024.