



VDÄA, Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

An den
Bewertungsausschuß
z. H. Herrn Dr. med. Bernhard Rochell
Leiter Dezernat 3
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2

10623 Berlin

Präsident: Dr. med. D. Jungck
Vizepräsident: Dr. med. T. Flöter
Schatzmeisterin: E. Neumann

Jakobikirchhof 9
20095 Hamburg
Tel. 0 40-33 09 09
Fax 0 40-33 57 44
E-Mail: jungck.hh@t-online.de
Internet: vdaea.de

11. Januar 2005

EBM 2000 plus und Schmerztherapie – Beratungen im Bewertungsausschuß
Ihr Schreiben vom 22.12.2004/00.IV.30.7

Sehr geehrter Herr Kollege Rochell,

haben Sie besten Dank für Ihren Brief vom 22.12.2004, den Sie auch im Namen der Vertragspartner der Selbstverwaltung geschrieben haben. Den Spitzenverbänden der GKV und der Ministerin für Gesundheit und Soziales gehen Kopien dieses Schreibens zu, ebenso wie anderen Verantwortlichen unseres Gemeinwesens und ausgewählten Medienvertretern.

Sie haben zwar im Betreff einige unserer früheren Schreiben aufgeführt, sind aber leider nicht auf die Einzelheiten eingegangen. Wir gehen aber dennoch davon aus, daß die Inhalte dieser Schreiben den Partnern im Bewertungsausschuß zugänglich gemacht worden sind.

Wir entnehmen Ihren Zeilen, daß die Gremien, die über die zukünftige Versorgung von Schmerzkranken zu entscheiden haben, die an sie „herangetragenen Sorgen“ bisher nicht bzw. nur sehr unzulänglich zur Kenntnis genommen haben, denn die Versorgungsmängel sind seit vielen Jahren bekannt. Trotz umfangreicher Informationen herrschen immer noch Unkenntnis, Ignoranz und unärztliche Pseudoargumente vor. Die Problematik der Versorgung der vielen Schmerzkranken wird immer noch vom fehlenden oder unzureichenden Sachverstand von Ärztinnen und Ärzten dieser Gremien abhängen, die über keine eigenen algesiologischen Kenntnisse verfügen. Dadurch muß es zu Fehleinschätzungen und unzureichenden Ergebnissen kommen. Wir protestieren dagegen, daß zu keiner der Beratungen ausgewiesene algesiologische Experten hinzugezogen wurden.

Die **vorgesehenen zwei neuen Gebührenordnungspositionen** reichen mit Sicherheit nicht aus, die Versorgung chronisch Schmerzkranker zu verbessern. Nach dem jetzigen



Stand werden sie zu einer deutlichen Verschlechterung gegenüber dem jetzigen, ohnehin schon bekanntermaßen unzureichenden Stand führen.

Obwohl wir die Mängel des EBM-Entwurfes bereits mehrfach moniert haben, fassen wir diese noch einmal zusammen – in der Hoffnung, daß endlich ärztlicher Sachverstand, ärztliches Denken, Mitmenschlichkeit und Empathie in die Entscheidungen mit eingehen – auch von Kassenseite:

Ordinationskomplex:

Im Ordinationskomplex sollen alle obligatorischen, fakultativen und die im Anhang 1 aufgelisteten für die Schmerztherapie relevanten Leistungen enthalten sein. Bei einer 55jährigen Patientin - als Beispiel - wäre die Modellrechnung bei einer Ordinationsgebühr von 145 (beim Allgemeinarzt) bzw. 195 (beim Anästhesisten) Punkten:

	(in anderen Fächern abzurechnen)	
	nach Nr.	Punkte)
Gesamtkörperstatus	03311	300
Funktionelle Untersuchung	27310	300
Neurologische Untersuchung	03312/27311	175
Psychiatrische Untersuchung	03313	175
Psychoziale Exploration	fehlt	-
gesamt		950

Das bedeutet, daß zumindest bei Neupatienten zusätzlich zum schmerztherapeutischen Basiskomplex 950 Punkte notwendig wären, zugebilligt werden nur 145 bzw. 195, es bleiben also 805 bzw. 755 Punkte offen für Leistungen, die unzweifelhaft erbracht werden müssen. Auch bei Schmerztherapeuten, die anderen Fachgebieten angehören, ergibt sich ein ähnlicher Fehlbetrag.

Meist sind im Verlauf der Diagnostik und Behandlung weitere Leistungen unverzichtbar, die nach Anhang 1 in dem ohnehin unzureichend bewerteten Ordinationskomplex enthalten sein und damit ohne weitere Vergütung bleiben sollen, so z. B.

- vegetative Funktionsdiagnostik (z. B. bei sympathisch mitunterhaltenen Schmerzsyndromen),
- Pulsoxymetrie,
- EKG-Monitoring,
- Testverfahren im Verlauf,
- Diagnostische und therapeutische Lokal- und Leitungsanästhesien (sofern nicht mit der Nr. 02360 „honoriert“)
- Konsile (in der Schmerztherapie unverzichtbar)
- Fremdanamnese

Auch bei dieser Betrachtung wird wieder klar, daß **eigene Ordinationskomplexe für die Algesiologie** geschaffen werden müssen, in denen die für die Versorgung von Schmerzkranken notwendigen Basisleistungen zutreffend zu beschreiben sind. Anders wird die krasse Ungleichbehandlung der Schmerztherapie nicht zu beseitigen sein.

Basiskomplexe:

Die „Bewertungen“ der noch immer nicht unterschriebenen, die Schmerztherapievereinbarung ersetzenden Qualitätssicherungsvereinbarung, die einen Basis- und einen Be-



treuungskomplex als jeweilige Zuschläge zum Ordinationskomplex enthalten, sind völlig unzureichend. Die Empfehlungen zu den Kostenerstattungen nach der Schmerztherapievereinbarung wurden bekanntlich auf der Basis der Verhältnisse von 1987 festgelegt. Als die Schmerztherapievereinbarung 1991 in Hamburg und 1994 bundesweit (VdAK) in Kraft trat, gab es noch Einzelleistungen, so z. B. körperliche Untersuchungen – symptombezogen und Gesamtstatus, neurologischer Status, psychiatrischer Status, vegetative Funktionsdiagnostik, Lokal- und Leitungsanästhesien. Seit 1996 sind mit jeder Änderung des EBM mit Einführungen von Komplexen, Ordinationsgebühren, später Budgets und Regelleistungsvolumina für uns wesentliche Leistungen weggefallen bzw. wegbudgetiert worden oder in der Ordinationsgebühr aufgegangen, ohne daß zum Ausgleich eine sachlich gerechtfertigte Ordinationsgebühr für Schmerztherapeuten geschaffen worden wäre. Die Bemessung nach dem „Fachgruppendurchschnitt“ ist für Algesiologen immer sachfremd gewesen und hat zu erheblichen Benachteiligungen geführt.

Die Vergütung der vorgesehenen Positionen 30700 und 30701, die an Stelle der bisherigen Schmerztherapievereinbarung treten sollen, fallen weit hinter die zur Zeit geltenden Kostenerstattungen nach der Schmerztherapievereinbarung zurück. Die Bewertung dieser qualifikations- und qualitätsgebundenen algesiologischen Zusatzziffern bzw. Basiskomplexe 30700 und 30701 war in dem Entwurf von 14.04.2004 mit 1885 bzw. 1445 Punkten ca. 10 % oberhalb der jetzigen Bewertung angesetzt; eine angemessene Honorierung wäre schon damit nicht möglich gewesen. Eine sachliche Begründung für die jetzige weitere Abwertung gibt es nicht, auch nicht für den Ausschluß der Nebeneinanderabrechnung im 1. Quartal der Behandlung.

Wie Sie wissen, ist für die Schmerzanamnese mit den notwendigen vorbereitenden und Zusatzmaßnahmen (standardisierter Schmerzfragebogen, dessen Auswertung, Beschaffung und Sichtung der in der Regel sehr zahlreichen Vorbefunde, Röntgenbefunde und –Bilder, Schmerzanalyse, Differentialdiagnostik, Vermittlung von biopsychosozialen Zusammenhängen und von Strategien zur Schmerzbewältigung, gemeinsame Planung des Therapiekonzeptes nach Erarbeitung und Feststellung realistischer Therapieziele, Einleitung und Koordination der Behandlung und Dokumentation) ein **Zeitbedarf von bis zu 2 ½ Stunden** erforderlich, wovon mindestens eine Stunde mit dem Patienten von Angesicht zu Angesicht in der „Kostenstelle Sprechzimmer“ verbracht wird. Diese „Kostenstelle“, die an keinerlei Technik gebunden ist, aber ärztliche Kunst verlangt, ist offenbar die am geringsten bewertete im EBM-Konzept!

Die sich anschließende Behandlung muß mit Zwischenanamnesen, Zwischenuntersuchungen, evtl. Einholung und Auswertung von Fremdbefunden, Überprüfung der Therapieziele und der Maßnahmen, Gesprächen, Erfolgskontrollen, Schmerztagebüchern gestützt und überwacht werden, wozu ebenfalls ein erheblicher Zeit-, Dokumentations- und Betreuungsaufwand erforderlich ist.

Diese beiden Komplexe müssen im ersten Quartal nebeneinander abrechenbar sein, wenn die Behandlung anschließend beginnen kann. Eine Verschiebung der anschließenden Behandlung auf das nächste Quartal, weil der notwendige Mehraufwand nicht bezahlt wird, ist weder den Schmerzkranken zu vermitteln noch uns zumutbar.

Höchstzahlen

Seit über 20 Jahren fordern wir die sachlich gebotene Beschränkung der Patientenzahlen bei ausschließlich algesiologischer Tätigkeit auf um 300 pro Quartal. Von dieser Fallzahlbegrenzung nur aus finanziellen Gründen abzugehen, würde einer Ausweitung



der Abrechnung und einer Pseudo-Versorgung den Weg bereiten, was ärztlich nicht verantwortet werden kann. Voraussetzung für diese Fallzahlbeschränkung, die Sie übrigens bei allen seriösen Schmerztherapeuten vorfinden können, ist, daß der Arzt mit diesen „nur“ 300 Patienten ein den anderen Arztgruppen vergleichbares Einkommen erzielen kann. Davon kann bisher nicht die Rede sein, auch mit den zur Zeit diskutierten Neuregelungen nicht, die das Gegenteil bewirken würden.

Einzuführende Leistungen:

Es sind zusätzliche Leistungen in den EBM aufzunehmen, die bisher nicht enthalten sind, obwohl sie unverzichtbar sind, wie schon mehrfach dargestellt:

- Interdisziplinäre, patientenbezogene Schmerzkonzferenzen, differenziert nach Organisator und Moderator (gleichzeitige Abdeckung der Organisations- und Raumkosten)
Vorstellendem Arzt (mit Abdeckung der Kosten für die Vorbereitung und Synopsis der anamnestischen Daten und Vorbefunde
Aktiver konsiliarischer Beteiligung
- Anleitung zum Ausfüllen von Schmerzfragebögen und –tagebüchern, deren Auswertung und Besprechung (bisher sind nicht einmal die Kosten berechenbar)
- Ganzkörperuntersuchung eines Schmerzpatienten mit orientierender Untersuchung des muskuloskelettalen, des vegetativen und des somatischen Nervensystems
- Psychosoziale Untersuchung mit Erhebung der biographischen und psychosozialen Anamnese des Schmerzpatienten
- Präanästhesiologische Untersuchungen bei Schmerzkranken vor invasiven Verfahren nach den Nrn. 3710 ff.
- Inhalation von reinem Sauerstoff über Gesichtsmaske bei O₂-sensiblen Schmerzanfällen (z. B. Cluster-Kopfschmerz), Anleitung zur Selbstbehandlung für die spätere Heimbehandlung mit verordnetem Gerät
- Analgesie definierter Triggerpunkte, ggf. mit anschließenden Dehnübungen bzw. Anleitung dazu
- Telefonische Beratung von Schmerzpatienten, ggf. mit schriftlicher Übermittlung der Änderung des Therapieplanes
- Symptombezogene körperliche Untersuchung(en) bei Änderung des Status gegenüber der Erstuntersuchung
- Symptombezogene psychosoziale Exploration bei Änderung des Status gegenüber der Erstuntersuchung
- Stationersetzende Entzugsbehandlung bei Schmerzpatienten, bei denen die Chronifizierung der Schmerzkrankheit durch den Fehlgebrauch frei verkäuflicher und/oder ärztlich verordneter Medikamente gefördert wurde
- Strukturierte Schulung von Schmerzkranken in Einzel- und Gruppenbehandlung

Wir benötigen **algesiologische Gesprächsleistungen**, deren Bewertung sich mindestens an der der Psychiater orientieren muß (345 Punkte). Die an Algesiologen gestellten Qualifikationsanforderungen gehen über die eines einzelnen Fachgebietes hinaus, die Problemschwere der Schmerzkranken ist maximal. Schmerzkranken gehören zu den „schwierigsten“ Patientinnen und Patienten unseres Gesundheitssystems; Algesiologen



betreuen ausschließlich Schmerzranke der höheren und hohen Chronifizierungsstadien (bei uns z. B. über 70 % Chronifizierungsstadium III nach GERBERSHAGEN, die anderen Stadium II, keine im Stadium I). Bagatellfälle gibt es bei uns nicht, auch keine „Verdüner“.

Auch die Forderungen nach Aufnahme dieser Positionen sind der KBV lange bekannt. Sie wurden u. a. im Januar 2002 in der AG 3 erörtert und schriftlich festgelegt.

In den EBM gehören weitere **qualitätssichernde Bestandteile**, so die bisherigen zwingenden Vorschriften (wie Anästhesieprotokoll, i.v.-Zugang, kontinuierliches EKG- und O₂-Monitoring, Überwachung) bei Anästhesieleistungen.

Die bisherige **Förderung der Pseudo-Versorgung** und der Falschabrechnung durch die KBV und die KVen muß ein Ende haben. Die Praxis einiger KV-Bereiche, in denen die Abrechnung einer übermäßigen Zahl von Schmerzpatienten zugelassen und bezahlt wurde (das Beispiel Berlin ist bekannt, wo pro zur Schmerztherapievereinbarung zugelassenen Arzt durchschnittlich 800 Patienten toleriert (und bezahlt!) werden – so Frau Dr. Rehn in ihrem Vortrag beim Deutschen Schmerzkongress im Oktober 2004), muß verlassen werden; die Vorgaben im EBM müssen eindeutig sein.

Immer wieder wird von der KBV und den Krankenkassen öffentlich verkündet, daß eine qualitätsgesicherte Medizin gewünscht sei. Im Bereich der Algesiologie betreiben wir eine solche Medizin mit gesicherter Struktur- und Prozeßqualität und mit jährlicher Re-zertifizierung nach Überprüfung beispielhaft seit über 20 Jahren. Diese Vorreiterfunktion hat zu den Schmerztherapie-Vereinbarungen geführt. Wir erleben jedoch das Paradoxon, daß die angeblich gewollte qualitätsgesicherte Medizin finanziell behindert bzw. unmöglich gemacht wird. Es muß verständlicherweise der Eindruck entstehen, daß gesicherte Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung nicht erwünscht ist. Sollten wir uns irren, müßte dieser Irrtum nicht durch Erklärungen und Absichtsbekundungen, sondern durch konkrete Taten ausgeräumt werden. **Qualität darf nicht nur gefordert, sie muß auch gefördert und anerkannt werden.** Alles andere wäre eine Irreführung der Versicherten und der Öffentlichkeit.

Bitte tun Sie alle Ihr Möglichstes, um die Schmerztherapie endlich in die vertragsärztliche Versorgung zu integrieren!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Dietrich Jungck