



VDÄA, Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

Herrn
Staatssekretär
Dr. Klaus Theo Schröder
Bundesministerium für Gesundheit
und Soziale Sicherung

53108 Bonn

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

30. März 2005

Schmerztherapie und EBM
Ihr Schreiben vom 24. März 2005

Sehr geehrter Herr Dr. Schröder,

haben Sie besten Dank für Ihr Schreiben, das ich wegen der Eilbedürftigkeit sofort beantworte.

Übermorgen soll der neue EBM in Kraft treten, der – entgegen Ihrer Ansicht – die qualifizierte Versorgung chronisch Schmerzkranker von einem auf den anderen Tag unmöglich macht. Zwar haben KBV und Kassen in den letzten Tagen erklärt, sie wünschten keine Einkommenseinbußen bei ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Praxen, aber es liegt bisher nichts Schriftliches vor, auf das wir uns verlassen könnten.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V verlangt richtig die „umfassende“ Versorgung der chronisch Schmerzkranken, aber der EBM bedeutet für Schmerzpraxen einen Umsatzverlust von 30 bis 50 %, was bei der ohnehin schon unzureichenden Ausgangslage (ein Schmerzarzt bekommt nur zwischen 60 und 70 % eines Hausarztes) nicht zu verkraften ist. Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie schließen sich gegenseitig aus.

Zu dem Brief der Geschäftsstelle des Bewertungsausschusses vom 15. Februar 2005, der teilweise nicht mehr aktuell ist, nehme ich folgendermaßen Stellung:

Die Leistung nach Nr. 30700 ist von der Leistungslegende her eindeutig eine diagnostische Leistung. Sie im ersten Quartal der Behandlung nicht neben der Nr. 30701 abrechnen zu lassen, ist sachlich nicht gerechtfertigt, denn die Nr. 30701 beschreibt die Maßnahmen, die im Anschluß an die 30700 notwendig sind.

Die Bewertung beider Nrn. liegt mit 1475 bzw. 895 Punkten weit unter der der bisherigen Schmerztherapievereinbarung; einen Punktwert von 5 Cent vorausgesetzt, würde die Nr. 30700 mit 73,75 € (bisher 81,81 €), die Nr. 30701 mit 44,75 € (bisher 61,36 €)



bezahlt, was – auch unter Berücksichtigung des Verbots der Nebeneinanderabrechnung – einen Umsatzverlust von ca. 30 % ergibt.

Der Ordinationskomplex ist im Vergleich mit der jetzigen Ordinationsgebühr (z. B. für als Anästhesisten niedergelassene Schmerzärzte) praktisch halbiert worden, zusätzlich sollen darin viele essentielle Leistungen enthalten sein. Aus dieser Abwertung ergibt sich eine weitere Einkommenseinbuße von über 10 %.

Außerdem sind nicht vorgesehen: z. B. Untersuchungen, Konsile, Testverfahren (sollen im Ordinationskomplex enthalten sein), Schmerzkonferenzen, Schmerzfragebögen, Schmerztagebücher. Alle diese Leistungen müßten ohne Honorar erbracht werden, was weder zumutbar noch finanziell möglich ist.

Sie werden sich selbst davon überzeugen können, daß unter solchen Umständen das Weiterführen einer ausschließlich algesiologisch ausgerichteten Spezialpraxis nicht möglich ist.

Es trifft wahrscheinlich zu, daß die „diversen Stellungnahmen der schmerztherapeutischen Verbände“ in den Beratungen der Ausschüsse vorgelegen haben. Wie sich inzwischen deutlich herausgestellt hat, sind sie aber inhaltlich und intellektuell nicht aufgenommen worden.

Offizielle Gespräche zwischen der KBV und Vertretern algesiologischer Gesellschaften haben bis vor einem Monat nicht stattgefunden. Die persönlichen und telefonischen Gespräche mit mir waren bis dahin ausschließlich informell.

Am 02. März 2005 hat erstmals ein offizielles Gespräch bei der KBV stattgefunden, an dem die beiden KBV-Vorstandsvorsitzenden, die Dezernatsleiter Sicherstellung und Gebührenordnung und Vertreter der algesiologischen Gesellschaften teilgenommen haben.

Wir mußten bei diesem Treffen bestürzt feststellen, daß nicht bekannt war,

- um welche Patientinnen und Patienten wir uns kümmern,
- daß es Spezialpraxen gibt, die ausschließlich chronisch Schmerzkranken betreuen,
- daß diese mit um 300 Schmerzkranken voll ausgelastet sind,
- daß keine betriebswirtschaftlichen Berechnungen von Schmerzpraxen durchgeführt worden sind,
- daß die Zahl der Arzt-Patientenkontakte nicht mit den Grundlagen der Ordinationskomplexe übereinstimmt, sondern wesentlich höher liegt,
- daß die in den Ordinationskomplexen enthaltenen Leistungen bei Schmerzärzten nicht mit den zugrundeliegenden Berechnungen aus den Durchschnittsn der jeweiligen Fachgruppe keinesfalls übereinstimmen,
- daß wir keine „Mischkalkulation“ betreiben können,
- daß unser Einkommen weit unter dem vermuteten und unter dem Durchschnitt liegt.

Die von uns vorgelegten KV-Abrechnungen haben dazu geführt, daß Herr Dr. Köhler auf den ersten Blick erkannte, daß unsere Spezialpraxen mit denen, die die Verhandlungspartner offenbar meinten, nicht vergleichbar sind. Auch daß wir mit anderen Praxen der zugehörigen Fachgruppe nicht verglichen werden können, war plötzlich offensichtlich.

Die von mir seit 1984 schon dreimal vorgelegten Quartalsabrechnungen hatten offensichtlich keinen Eingang in die Berechnungen gefunden, auch die vorgelegten Kosten von Schmerzpraxen nicht. Daß über die Schmerzkranken und den Umfang der notwendigen Behandlung trotz umfassender Informationen immer noch Unkenntnis bei der KBV-Spitze zu konstatieren war, hat uns überrascht.



Auch mein Telefongespräch am 21. März 2005 mit Herrn Dr. Partsch vom AOK-Bundesverband, dem Verhandlungsführer der Krankenkassen, zeigte dasselbe:

Auch ihm war nicht bewußt,

- um welche Patientinnen und Patienten es uns geht,
- welchen Versorgungsauftrag wir haben,
- welchen selbst erarbeiteten Qualifikations- und Qualitätskriterien wir uns seit über 20 Jahren freiwillig unterwerfen,
- daß wir mit 300 chronisch Schmerzkranken in der Spezialpraxis voll ausgelastet sind und keine anderen Kranken zusätzlich betreuen und
- daß wir an der untersten Stelle der Einkommensskala stehen.

Wir wurden uns einig, daß es unsere gemeinsame Aufgabe ist, die chronisch Schmerzkranken zu versorgen.

Diese Gespräche fanden erst nach dem Datum statt, an dem der von Ihnen mitgeschickte Brief des Bewertungsausschusses geschrieben wurde (15. Februar 2005).

Dennoch sind leider auch in der Zwischenzeit die Hauptkritikpunkte nicht bearbeitet:

Die Verpflichtung zum Erwägen, ob die Schmerzkranken nach einem halben Jahr „bei ausbleibender Besserung“ einem Psychiater oder Psychotherapeuten vorzustellen sind, ist aus mehreren Gründen überflüssig und fachlich diskriminierend:

1. Die allermeisten der chronisch Schmerzkranken waren vor Behandlungsbeginn bei uns bereits in psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Behandlung, oft mehrmals, oft auch stationär und/ oder im Rahmen einer Reha.
2. Zu den algesiologischen Standards gehört die psychiatrisch-psychologische und psychosoziale Exploration bei der Schmerzanalyse.
3. In den standardisierten und evaluierten Schmerzfragebögen und Schmerztagebüchern sind seit 1985 psychometrische Testverfahren enthalten.
4. Jeder Schmerztherapeut muß zur Teilnahme an der Psychosomatischen Grundversorgung befähigt sein.
5. Alle Algesiologen arbeiten mit Psychotherapeuten und Psychiatern zusammen, oft auch in räumlicher Gemeinschaft (in unserem Schmerzzentrum seit 1987 in gemeinsamen Praxisräumen).
6. In den für Algesiologen obligatorischen interdisziplinären Schmerzkonzferenzen sind immer auch Psychotherapeuten bzw. Psychiater und/oder Nervenärzte zugegen.

Warum es Schmerzkranken und Algesiologen verwehrt sein soll, eine fachlich qualifizierte und qualitätsgesicherte Behandlung nach 2 Jahren fortzuführen, ist ebenfalls diskriminierend und mit keinem fachlichen Argument zu begründen. Diese Vorschrift kommt aus fachlicher Unwissenheit der Vertragspartner, die aber nicht dazu führen darf, die betroffenen Patientinnen und Patienten und die sie betreuenden Schmerzärzte herabzusetzen. Besser wäre es, wenn sich die Akteure der Selbstverwaltung ihrer Wissens- und Kenntnislücken bewußt und diese dadurch schließen würden, daß sie kompetenten Rat einholten.

Die Forderung nach Begrenzung der Zahl der zu betreuenden Schmerzkranken auf um 300 pro Quartal ist in der Tat seit vielen Jahren von uns erhoben worden, stößt jedoch auf massiven Widerstand. Diese Forderung ist durch die Problemschwere bei den Schmerzkranken und den dadurch begründeten erhöhten Zuwendungs- und Zeitbedarf begründet. Wer wesentlich mehr als diese 300 Schmerzkranken zu betreuen angibt (oft zusätzlich zu einer nicht unerheblichen Zahl anderer Patientinnen und Patienten aus



dem eigentlichen Fachgebiet), muß sich fragen lassen, ob die Betreuung wirklich den Anforderungen entspricht oder ob der Tag bei ihm weit mehr als 24 Stunden hat.

Daß die Ziffern 30700 und 30701 auch die interdisziplinären Schmerzkongresse finanziell abgelden sollen, kann nicht ernsthaft erwartet oder gar verlangt werden. Interdisziplinäre Schmerzkongresse sind patientenbezogene Konsiliarorgane, die seit über 25 Jahren zu den algesiologischen Standards gehören. Sie erfordern neben einem qualifizierten Algesiologen als Leiter und Moderator organisatorische und räumliche Voraussetzungen und kosten auch Geld (alleine für die Räume der bei uns 14-tägig stattfindenden Schmerzkongresse müssen wir monatlich um 2000 € aufbringen, bisher wurde noch keine Schmerzkongress bezahlt).

Für die unverzichtbaren Schmerzkongresse sind, wie mehrfach dargestellt, eigene Leistungen aufzunehmen, und zwar 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 .

Da Schmerzkongresse in der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach unseren Vorstellungen sinnvollerweise gefordert sind, müssen sie auch qualifiziert abgehalten werden können. Dazu bedarf es auch einer angemessenen Bezahlung.

Untersuchungen sind der Legende nach in den Nr. 30700 und 30701 nicht enthalten. Schmerzärzte sind die einzigen Ärztinnen und Ärzte, die im EBM keine Untersuchungsleistungen finden, wenn sie als Anästhesisten geführt werden. Wenn sie z. B. als Allgemeinärzte, Nervenärzte oder Ärzte der Physikalischen/Rehabilitativen Medizin niedergelassen sind, finden sie solche Leistungen, die auch bewertet sind. Ausgerechnet den Anästhesisten, die die Mehrzahl der Schmerztherapeuten bilden, werden die Untersuchungen bei Schmerzkranken verwehrt.

Die behauptete flächendeckende Versorgung chronisch Schmerzkranker ist mit den Mitteln des EBM leider unmöglich. Flächendeckend kann damit lediglich eine Pseudoversorgung organisiert werden, die den betroffenen, oft unwissenden Patientinnen und Patienten etwas vorgaukelt, was so nicht umsetzbar ist. Die von uns seit mehr als zwei Jahrzehnten angestrebte und vielfach angemahnte qualitätsgesicherte Versorgung nach den Inhalten der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie wird damit verhindert.

Unsere „Vorbehalte“ gegen das neue Regelwerk sind in unserer Erfahrung und in unserem Wissen um die Notwendigkeiten begründet. Die Selbstverwaltung hat sich 7 Jahre Zeit gelassen, um den neuen EBM zu schaffen. Daß die Versorgung chronisch Schmerzkranker erst in den letzten Wochen bzw. Tagen vor dem Inkrafttreten ernsthaft angegangen wird, haben nicht wir zu vertreten.

Sie mahnen, sehr geehrter Herr Dr. Schröder, am Ende Ihres Briefes eine „Versachlichung der Debatte“ an. Hier sind wir die falschen Adressaten.

Wo bitte finden sie in unseren Ausarbeitungen, Briefen und Appellen, die wir seit Jahren in Sorge um die Versorgung der chronisch Schmerzkranken versenden, eine einzige unsachliche Argumentation. Es ist doch leider viel mehr so, daß unsere sachlichen Vor-



träge durch Ignoranz, Gleichgültigkeit, Belästigtsein, Besserwisserei und Mehrheiten bedienende Lobbyisten immer wieder abgeschmettert wurden und werden.

Ihr Vorwurf der Verunsicherung der schmerzkranken Versicherten ist unangebracht. Es ist tatsächlich so, daß qualifizierte Schmerzpraxen mit um die 300 Patienten pro Quartal, und ausschließlich solche sind hier gemeint, ab dem 1.4.2005 unter den Bedingungen des neuen EBM nicht mehr weiterarbeiten können.

Nicht jene Ärzte sind gemeint, die jetzt Zeter und Mordio schreien, mit 700 bis 1200 und mehr „Schmerzpatienten“, die bis heute nicht zu unterscheiden gelernt haben zwischen chronifizierten Schmerzen und Schmerzkrankheiten. Ein Schmerzarzt kann nicht Schmerzkranken in oben genannten Zahlen qualifiziert behandeln, Patienten mit akuten und chronifizierten Schmerzen vielleicht eher. Für solche ist jedoch die Schmerztherapievereinbarung nie gedacht gewesen, auch die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nicht. Leider hat sich in der Vergangenheit eine Reihe von KVen nicht an die Vorgaben der Schmerztherapievereinbarung gehalten, so daß wir das Dilemma mit den viel zu großen Praxen haben, die unberechtigterweise nach der Schmerztherapievereinbarung abrechnen. Auch viele Kassen haben diese individuelle Auslegung toleriert und bezahlt.

Wenn Sie sich bitte jetzt die Mühe machen würden, genauso konzentriert unsere seit vielen Jahren sachlich vorgebrachten Argumente zu durchdenken, wie es am 2.3. die KBV und am 21.3. Herr Dr. Partsch getan haben, könnten wir durch Sie als eine weitere Person aus einem dritten Machtbereich mit Nachdruck in unserer Absicht unterstützt werden, die Versorgung chronisch Schmerzkranker endlich in unser Gesundheitswesen zu integrieren, auf eine solide Basis zu stellen und Planungssicherheit für Schmerzkranken und Schmerzärzte zu erreichen.

Die Zeit drängt sehr, denn bisher haben wir ausschließlich mündlich bekundete Änderungen des EBM zugesagt bekommen auf die wir - noch - nicht bauen können. Rechtsverbindliche Regelungen stehen immer noch aus. Unsere bisherigen Erfahrungen lassen uns kritisch abwarten. Seit über zwei Jahrzehnten sind wir hingehalten worden mit Versprechungen, Gelöbnissen, öffentlichen Beteuerungen und Vertröstungen. Hinhalten und Beschwichtigen sind nicht weiter zumutbar.

Daß sich die Patientenverbände jetzt wehren und auch die Medien aufmerksam geworden sind, zeigt, daß es jetzt nicht mehr erst 5 vor 12 ist, sondern fast schon danach. Immerhin haben es die Schmerzkranken geschafft, daß sie endlich beachtet werden.

Lassen Sie mich mit der Hoffnung schließen, daß Sie uns eben nicht als Nörgler und Belästiger sehen, sondern als für die Schmerzpatienten engagierte Pioniere und Wegbereiter, die allerdings auch ein angemessenes Auskommen haben sollen und wollen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Dietrich Jungck

Per Fax und Mail vorab

Anlage: Einige Vergleiche