

Verband Deutscher Ärzte für Algesiologie
Berufsverband Deutscher
SCHMERZtherapeuten e.V.



VDÄA, Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

Dem Ersten Vorsitzenden der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
Herrn Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm
Postfach 41 05 40

50865 Köln

Dr. med. Dietrich Jungck
Präsident

Jakobikirchhof 9
20095 Hamburg
Tel. 040-330909
Fax 040-335744

E-Mail: jungck.hh@t-online.de

01. Dezember 2001

per Fax vorab

Ihr Schreiben vom 20.11.2001, hier eingegangen am 29.11.2001
EBM 2000 plus – Schmerztherapie

Sehr geehrter Herr Kollege Richter-Reichhelm,

wir nehmen zum uns bekannt gewordenen aktuellen Entwurf des EBM 2000 plus – Stand 05. November 2001 – Stellung, wobei wir unser Befremden darüber äußern und dagegen protestieren, daß unser Verband als der für die Schmerztherapie zuständige Berufsverband bisher an den Beratungen trotz unserer Bitten und Angebote nicht beteiligt wurde.

Die jetzt sehr kurzfristig erfolgte Einladung (Poststempel 27.11.2001) zum 12. Dezember dient offenbar lediglich dem Zweck, uns vor vollendete Tatsachen zu stellen, denn die grundlegenden Mängel des vorjährigen Entwurfs sind trotz unserer Einwände beibehalten worden. Warum der EBM-Entwurf nicht beigefügt ist, sondern erst in Berlin ausgehändigt werden soll, erklären Sie nicht. Befremdlich ist auch, daß der Entwurf **mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen diskutiert wurde, bevor mit den Berufsverbänden darüber auch nur gesprochen wurde** - zumindest gilt das für den von mir vertretenen Verband.

Trotzdem werden wir den Termin am 12. Dezember 2001 um 15.00 Uhr in Berlin wahrnehmen. Wir werden **2 Vertreter** des VDÄA sein.

Hier ist unsere Stellungnahme zum aktuellen EBM-Entwurf:

Bisher kam Schmerztherapie im EBM so gut wir gar nicht vor, lediglich unter dem Anästhesie-Kapitel fanden sich einige Leistungen zur Schmerztherapie. Daß Schmerztherapie nicht mit dem Verabreichen von Anästhesieleistungen gleichzusetzen ist, müßten wir eigentlich als längst bekannt voraussetzen können.

Schmerztherapie, wie sie z. B. nach den Vorgaben der Schmerztherapievereinbarungen praktiziert wird, ist eine **Betreuungsmedizin**. Sie läßt sich **weder dem haus- noch dem fachärztlichen Versorgungsbereich zuordnen**. Schmerztherapie steht jedem Arzt offen, gleich welcher Fachrichtung, wenn er sich zusätzlich zu seiner fachärztlichen Weiterbildung einer algesiologischen Weiterbildung mit Erfolg unterzogen hat. Das gilt für den Hausarzt ebenso wie für andere Fachärzte. Die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“, die der 99. Deutsche Ärztetag eingeführt hat, ist – bei allen bekannten Mängeln – Ausdruck die-

ses Anspruchs, allerdings ist sie von den Inhalten her regional sehr unterschiedlich. In Bayern, Brandenburg und Hessen ist sie bisher nicht eingeführt worden.

Die Anforderungen, die in den Schmerztherapievereinbarungen festgeschrieben sind, gehen weit über die der offiziellen Bereichsbezeichnung hinaus und berücksichtigen die besonderen Notwendigkeiten im Rahmen eines speziellen Versorgungsauftrages.

Für Ärzte, die ausschließlich Schmerztherapie betreiben, fehlte schon bisher ein eigener Ordinationskomplex, der die Basisleistungen zutreffend beschreibt. Die zufällige und damit willkürliche Zuordnung zu einem Fachgebiet hat bisher schon zu starken Benachteiligungen geführt, weil sich der **Zeitaufwand und die Basisleistungen der Schmerztherapie in den Ordinationsgebühren nicht widerspiegeln**.

Zusätzlich werden die nicht gesondert abrechenbaren Leistungen, die im Anhang des EBM aufgeführt werden (auch im Anhang 1 des jetzigen EBM-Entwurfs), zumindest in diesem Zusammenhang völlig entwertet, weil deren Zusammensetzung und Frequenzen in Praxen ermittelt wurden, die nicht ausschließlich oder wenigstens überwiegend Schmerztherapie betreiben. **So kann nicht erwartet werden, daß das Tätigkeitsspektrum von ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Ärzten mit den bisher geplanten fach- und nicht tätigkeitsbezogenen Ordinationskomplexen auch nur annähernd zutreffend erfaßt wird**. Jetzt sollen außer allen Lokal- und Leitungsanästhesien auch z. B. Beratungen jeglicher Art (auch von Bezugspersonen), Anamnesen, Fremdanamnesen, klinisch-neurologische und psychopathologische Untersuchungen, die Pulsoxymetrie, das EKG-Monitoring, Infusionen unter 10 Minuten, Testverfahren und weitere Bestandteile des täglichen Leistungsspektrums in der Ordinationsgebühr aufgehen, d. h., daß sie bei Schmerztherapeuten überhaupt nicht mehr vergütet werden.

Konsile sollen ebenfalls in der Ordinationsgebühr enthalten sein - für die Schmerztherapie eine abwegige Vorstellung. Auch hier werden Schmerztherapeuten wieder ungerechtfertigt benachteiligt. Konsile bei „schwierigen“ Patienten müssen angemessen bewertet werden. Ohne interdisziplinäre Kooperation ist Schmerztherapie nicht vorstellbar. Schon bisher waren die Vergütungen hierfür keine echten „Honorare“.

Schmerzkonferenzen gehören seit über 20 Jahren zu den unverzichtbaren Bestandteilen der Schmerztherapie: Sie wurden **bisher ohne Vergütung** erbracht. Sie **müssen endlich in den EBM** aufgenommen werden. Hier wird pro Patient (der Patient ist bekanntermaßen anwesend) rund 1 Stunde wertvoller Zeit und wertvollen Wissens aufgebracht und dem Patienten und seiner Krankenkasse vieles an Leid, Zeit und Kosten erspart. Bei Schmerztherapeuten finden solche Schmerzkonferenzen zu Zeiten statt, die außerhalb der üblichen Sprechstunden liegen (bei uns z. B. von 19 bis ca. 22 Uhr – alle 14 Tage; am 20.11.2001 hat hier unsere 363. gratis durchgeführte Schmerzkonferenz stattgefunden). An ihnen nehmen Ärzte der tangierten Fachrichtungen, Psychotherapeuten und Physiotherapeuten teil - aus Praxis und Klinik. Daß über die aktive Teilnahme hinaus auch das Vorbereiten und Abhalten von Schmerzkonferenzen zu honorieren ist, dürfte unstrittig sein. Allein das Vorhalten von Räumen, die für solche Konsiliarkonferenzen groß genug sind, kostet Geld. **Es ist nicht hinnehmbar, daß Schmerzkonferenzen im Entwurf der KBV nicht zu finden sind**.

Im EBM-Entwurf wird wieder die „Anwendung von Lokalanästhetika“ in der bisher schon unglücklichen Pauschale zusammengefaßt (Nr. 224, bisher Nr. 415). Hier wird für den Gegenwert von 225 Punkten (eine weitere Abwertung) verlangt, daß Leistungen, die invasiv sind, eine differenzierte Ausbildung verlangen, jeweils Untersuchungen voraussetzen und deren Erbringung Geld kostet (pro Sitzung um 10 DM Raum-, Material- und Personalkosten – ohne Honorar) mindestens 3mal oder mehr (Zahl nach oben offen) erbracht werden. Zusätzlich ist eine Berichtspflicht hierfür geplant. **Unter diesen Voraussetzungen wird diese Leistung nie kostendeckend zu erbringen sein und nie honoriert werden**. Hier werden Rationierungen ein- bzw. fortgeführt, die gegenüber der Politik sonst als ungeeignete Instrumente bezeichnet werden. Um bisherigen und auch in Zukunft zu befürchtenden Mißbrauch einzudämmen, gibt es geeignetere Methoden. Im Gegensatz dazu sind Punktionen (Nr. 222) mit 285 Punkten bewertet, auch bei einmaliger Erbringung abrechenbar und in der Zahl nicht begrenzt.

Die Infusion zur systemischen Anwendung von Lokalanästhetika oder Analgetika, die der BtMVV unterliegen (bisher Nr. 418) ist nicht mehr zu finden..

Präanästhesiologische (Nr. 430) oder präoperative (Nr. 3100) Untersuchungen und die Überwachung der Vitalfunktionen (Nr. 444) sollen lediglich vor bzw. nach diagnostischen Eingriffen oder Operationen abrechenbar sein. Ebenso ist besonderer Behandlungsaufwand (Nr. 31) auf den Zusammenhang mit Operationen oder Schwangerschaftsabbruch (Nr. 178) beschränkt. Warum diese Leistungen nicht auch im Zusammenhang mit Anästhesien oder anderen therapeutischen Maßnahmen zur Schmerztherapie honoriert werden sollen, entbehrt jeder Logik.

Ausdrücklich heißt es in der Präambel zum Abschnitt Anästhesie: „Zur Durchführung einer Regionalanästhesie und/oder Vollnarkose sind gemäß eines einheitlichen Qualitätsstandard eine dokumentierte präoperative Untersuchung und Beratung des Patienten zwecks Erfassung und Aufklärung über ein anästhesiologisches Risiko, die dokumentierte Durchführung des gewählten anästhesiologischen Verfahrens und eine dokumentierte postoperative Überwachung des Patienten immer erforderlich“. **Solche Voraussetzungen gelten selbstverständlich auch für Schmerzpatienten – nur mit dem Unterschied, das sie auch bei Vorliegen von Risiken praxissambulant behandelt werden können, wenn intensivmedizinische Voraussetzungen gegeben sind und bezahlt werden.**

Daß die notwendigen schmerztherapeutischen Behandlungen von der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Versorgung (Nrn. 38 – 41) ausgeschlossen sind, verhindert diese und sorgt dafür, daß sie in die Kliniken abgegeben werden.

Die praktische Schulung im Gebrauch orthopädischer Hilfsmittel (Nr. 3300) ist abrechenbar, sogar ohne Mengenbegrenzung. Das Vermitteln des Umgangs mit einer chronischen (Schmerz-) Erkrankung soll gratis erfolgen.

Zu den Berichtspflichten: Es sollte klargelegt werden, daß bei Serienbehandlungen der Bericht nicht bei jeder einzelnen berichtspflichtigen Leistung zu erstatten ist, sondern für die Gesamtbehandlung. Bei Leistungen, die praktisch nicht vergütet werden, kann billigerweise kein Bericht verlangt werden, wobei es absurd ist, daß der Bericht höher bewertet ist als die Leistung, über die berichtet werden soll.

Für die Schmerztherapie sind neben den anästhesiologischen Verfahren und denen der psychosomatischen Grundversorgung weitere notwendig, so besonders **Entzugsbehandlung, differenzierte Pharmakotherapie (auch mit Opioidanalgetika, Psychopharmaka, Antikonvulsiva etc.), transcutane elektrische Nervenstimulation** mit verschiedenen Impulsformen und Anwendungsarten. Solche Behandlungen sind nach dem KBV-Entwurf nicht vorgesehen.

Die **Palliativmedizin** soll auch nach dem jetzigen Entwurf **entgegen fachlicher Einwände und der bisherigen Praxis** für Hausärzte monopolisiert werden. Das würde bedeuten - nicht nur, weil Palliativmedizin zum großen Teil Schmerztherapie ist -, daß dieser bisher schon unterversorgte Bereich einer Arztgruppe zugeordnet würde, die sich in der Regel fachlich hierfür nicht vorbereitet hat. Wenn man bedenkt, daß auch dieser Tätigkeitsbereich, der schon jetzt nicht abgedeckt werden kann, in Zukunft einen immer größer werdenden Anteil an der Versorgung beanspruchen wird, hat die **KBV auch hier die Notwendigkeit einer sachgerechten Einbindung in den EBM nicht erkannt**. Die Palliativmedizin muß allen Ärzten möglich sein, die sich fachlich speziell für diese Aufgabe vorbereitet haben und das auch nachweisen können.

Im EBM-Entwurf sollten einige **Ungereimtheiten** noch beseitigt werden, so z. B.: Im hausärztlichen Bereich ist das Ruhe-EKG mit 240 Punkten bewertet (gegenüber dem vorjährigen Entwurf noch einmal abgewertet), im Ordinationskomplex des Anästhesisten, bei dem keine Bewertung angegeben ist (im Vorjahr: 205 Punkte), soll dasselbe EKG als fakultative Leistung mit enthalten sein. Eine so eklatante Ungleichbehandlung sollte nur auf einem Irrtum beruhen?! Die Abgleichung der Bewertungen ist hoffentlich noch vorgesehen. Daß ärztliche Tätigkeiten immer noch geringer bewertet sind als das Verweilen, spricht für sich.

Über die notwendige Ergänzung des Abschnitts „Schmerztherapie“ sind die schon vor einem Jahr angemahnten eingehenden Gespräche nicht geführt worden.

Erforderlich ist u. E. die Festlegung von **Höchstzahlen in der Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen und Schmerzkrankheiten, die um 300 pro Quartal und Arzt** bei ausschließlich schmerztherapeutischer Ausrichtung der Praxis liegen. Diese **von uns seit Jahren vorgeschlagene Selbstbeschränkung** ist nicht willkürlich, sondern beruht auf unseren Erfahrungen der vergangenen 20 Jahre. Wir halten es nicht für hinnehmbar, daß in manchen KV-Bereichen Patientenzahlen akzeptiert und von der KBV toleriert werden, die eine sachgerechte Behandlung mit dem erforderlichen Zuwendungs- und Zeitaufwand nicht zulassen.

Gegenüber dem vorjährigen EBM-Entwurf haben sich leider keine Verbesserungen gezeigt. Es ist immer noch **nicht erkennbar, daß die KBV die praxisambulante Schmerztherapie in ausschließlich schmerztherapeutisch ausgerichteten Praxen ermöglichen will**, eher das Gegenteil. Nicht einmal überwiegend schmerztherapeutisch tätige Ärzte werden eine wirtschaftliche Grundlage ihrer Tätigkeit finden. Ärzten, die häufiger Akutschmerzen und Patienten im Chronifizierungsstadium I behandeln müssen, werden auch diese Tätigkeit in ihrem Entwurf nicht wiederfinden. **So ist zu befürchten, daß nicht nur chronische Schmerzpatienten keine ausreichende Behandlung finden, sondern daß auch die Möglichkeiten der Prävention der Chronifizierung nicht genutzt werden können.**

Sollte der EBM-Entwurf zu einem gültigen Leistungs- und Vergütungsverzeichnis werden, wird er dazu beitragen, daß die Morbidität in diesem Bereich noch weiter ansteigt als bisher. Daß solche Vorschläge von Ärzten gemacht werden, die den Erkenntnissen der letzten Jahrzehnte nicht Rechnung tragen, ist kaum zu glauben.

Der jetzige EBM-Entwurf der KBV ist für die Belange der Schmerztherapie völlig ungeeignet und schädlich!

Bei vielen Leistungen gibt es Zuschläge bei ambulanter Erbringung, so bei Schwangerschaftsuntersuchungen, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (Nm. 102, 104, 110, 156, 160, 170m 177). **Nur die praxisambulante Schmerztherapie wird verhindert.**

Nachdem Ihnen **ausreichende Informationen** über Notwendigkeit und Umfang der algesiologischen Versorgung zugegangen sind, die völlig unberücksichtigt geblieben sind, und auch **Gesprächsangebote nicht wahrgenommen** wurden, müssen wir daraus schließen, daß **die KBV praxisambulante Schmerztherapie nicht will und den Sicherstellungsauftrag, der auch für chronisch Schmerzkranken gilt, ignoriert. Sie überläßt die vielen Schmerzpatienten ihrem bekanntermaßen schlimmen Schicksal. Das ist unärztlich und unmenschlich!**

Wir werden hieraus Konsequenzen ziehen müssen. Wir werden uns an die Spitzen des Staates, das Gesundheitsministerium, die politischen Parteien, die alle Kopien dieses Schreibens erhalten werden, und die Öffentlichkeit wenden müssen.

Es ist nicht länger zu tolerieren, daß die KBV ohne jede moralische und gesetzliche Grundlage immer noch eine ganze Patientengruppe aus der Versorgung ausgrenzt und eine ganze Arztgruppe an der Erfüllung ihres Versorgungsauftrags hindert.

Wir fordern Sie auf, bis zum 12. Dezember 2001 zu erklären, daß die KBV den Sicherstellungsauftrag auch im Bereich der Schmerztherapie akzeptiert und zumindest ein Grundkonzept hierfür vorlegt, zusammen mit einer konkreten Zeitplanung für Gespräche und die Umsetzung in die Praxis.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Dietrich Jungck