



VDÄA, Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

Frau  
Bundesministerin  
Ulla Schmidt  
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

24. November 2004

## **Schmerztherapie und EBM**

Sehr geehrte Frau Ministerin Schmidt,

haben Sie Dank für das Schreiben Ihres Staatssekretärs Dr. Schröder vom 27.10.2004, in dem die Hoffnung Ausdruck gegeben wird, daß der Arbeitsausschuß des Bewertungsausschusses in seiner Sitzung am 9. d. M. abschließend über die Aufnahme weiterer qualifizierter Behandlungskomplexe für Schmerztherapie beraten würde.

Leider hat sich die Hoffnung auf sinnvolle, qualitätsgesicherte Regelungen wieder einmal nicht erfüllt. Die Ergebnisse der Beratung waren, wie berichtet wurde, für alle Schmerzkranken und Schmerztherapeuten ernüchternd und demotivierend.

Qualifizierte Schmerztherapie wird offenbar nicht für nötig gehalten. Auf der Ärzteseite ist immer noch die längst überholte Ansicht verbreitet, Schmerztherapie würde von allen Ärzten geleistet, besonders von Hausärzten. Außerdem sei hierfür keine besondere Qualifikation notwendig. Die Kassen stellen sich auf einen ähnlich patientenfeindlichen Standpunkt – z. T. gestützt auf einen MDK-Vertreter, der selbst Psychiater ist und keinerlei schmerztherapeutische Qualifikation besitzt.

Dem Bewertungsausschuß soll eine Beschlußvorlage (liegt in Kopie bei) unterbreitet werden, die ohne Sachkenntnis erstellt worden ist und eine Schmerztherapie festschreiben würde, die die ohnehin schon defizitäre Versorgung mit Sicherheit weiter verschlechtern würde.

Hier die einzelnen Kritikpunkte:

### **Zur Präambel:**

Die Begrenzung der Versorgung auf 2 Quartale verkennt die Tatsache, daß es chronische Schmerzkrankheiten gibt, die eine langfristige algesiologische Betreuung auch dann erfordern, wenn es bei der „Beschwerdesymptomatik“ „zu keiner nachweisbaren Besserung kommt“. In allen Fachgebieten gibt es solche Patienten, die beschützend und bewahrend (z. B. bewahrend vor invasiven und operativen Maßnahmen) betreut



werden müssen und deren Lebensqualität zwar oft zunimmt, obwohl sich an der Grundkrankheit wenig ändert. Solche Patientinnen und Patienten gibt es z. B. in der Psychiatrie in nicht unerheblicher Zahl; hier käme niemand auf die Idee, dem Psychiater die weitere Behandlung und Betreuung zu verbieten. Eine abwegige Idee!

Die (von uns seit Jahren geforderte) Begrenzung auf 300 Fälle je Arzt macht nur bei qualifizierter algesiologischer Tätigkeit Sinn und nur dann, wenn der Arzt ausschließlich algesiologisch tätig ist (eine solche Kompetenzzentrierung ist bei Schmerzkranken mit hohen Chronifizierungsstadien sachlich erforderlich). Voraussetzung für diese wünschenswerte Fallzahlbeschränkung ist, daß der Arzt mit diesen „nur“ 300 Patienten ein den anderen Arztgruppen vergleichbares Einkommen erzielen kann.

Hier muß noch einmal betont werden, daß die Versorgung von 300 Schmerzkranken mit hohen Chronifizierungsstadien höchst anstrengend, belastend und zeitaufwendig ist. Neben der Schmerztherapie sind dann keine anderen ärztlichen Versorgungstätigkeiten vorstellbar.

Bei Ärzten, die die Schmerztherapie neben anderer ärztlicher Tätigkeit betreiben, muß klar sein, daß dann die Zahl von 300 Fällen entsprechend Anzahl und Schwierigkeitsgrad der anderen Patienten vermindert werden muß (Einzelheiten hierzu s. Tischvorlage vom 21.01.2002, liegt ebenfalls bei).

#### **Zur neuen Position 30700 (soll mit der Nr. 30700 die bisherige Schmerztherapievereinbarung ersetzen):**

Die Leistungslegende kann nicht „die umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten“ lauten, sondern es handelt sich um den diagnostischen Basiskomplex vor Aufnahme der Behandlung. Das geht aus der Legende eindeutig hervor.

Bei dem obligaten Leistungsinhalt muß es unter dem ersten Spiegelstrich statt „Erhebung einer standardisierten Anamnese“ heißen „Erhebung einer standardisierten Schmerzanamnese“.

Die Bewertung mit 1395 Punkten ist eine durch nichts zu rechtfertigende, Schmerztherapeuten diskriminierende Bewertung, die uns gegenüber allen anderen Arztgruppen extrem benachteiligt. Daß die Kassen uns nicht einmal mehr die bisher schon zu niedrige Vergütung aus dem Jahr 1987 (damals DM 160,00, festgelegt in den Schmerztherapie-Vereinbarungen) zubilligen wollen, ist nur mit Mißachtung zu erklären. Es ist bekannt, daß bei chronisch Schmerzkranken der Chronifizierungsstadien II und III nach Gerbershagen der zeitliche Aufwand für die Schmerzanamnese bis zu 150 Minuten beträgt – je höher das Chronifizierungsstadium, desto größer der Aufwand. In dieser Zeit werden in anderen Praxen nach den bisherigen Zeitvorgaben der KBV bis zu 20 Patienten untersucht bzw. behandelt; das damit erzielbare Einkommen liegt um ein mehrfaches über dem uns zugestandenem.

Einem Psychiater, der keine Praxisstruktur wie die unsere mit qualifiziertem Personal und intensivmedizinischem Equipment vorhalten und keine Schmerzkonferenzen abhalten und sich nicht einmal an vergleichbaren interdisziplinären Konsiliarkonferenzen beteiligen muß, werden – neben seinem Ordinationskomplex – pro 10 Minuten 345 Punkte zugestanden. Hochgerechnet auf nur 90 Minuten Arztzeit wären das bei uns 3105 Punkte. Da unsere Qualifikation sicher nicht geringer ist als die eines Psychiaters, wir aber zusätzliche Verpflichtungen nach den Richtlinien übernehmen, würden uns also



pro Patient **mindestens 1710 Punkte vorenthalten**, wenn wir nur von der minimalen reinen Arztzeit ausgehen. Hierbei sind die Anforderungen an Praxisstruktur, Prozeß- und Ergebnisqualität, wie sie in den Qualitätsrichtlinien (analog der bisherigen Schmerztherapievereinbarung) vorgeschrieben sind, nicht berücksichtigt. Die sollen offenbar ohne jede Vergütung bleiben.

Jeder halbwegs vernünftige Mensch wird doch von einer solchen „Trinkgeldvergütung“ abgehalten, hochqualifizierte Leistungen mit Patientinnen und Patienten zu erbringen, die zu den schwierigsten und aufwendigsten unseres Gesundheitssystems zählen, deren Betreuung erfordert neben zusätzlicher Weiterbildung und Infrastruktur erheblichen Zuwendungs- und Zeitaufwand. In dieser Zeit kann man mit anderen Tätigkeiten ein mehrfaches an Umsatz erarbeiten.

Wir halten unsere sehr maßvolle Forderung nach 3000 Punkten aufrecht!

Die Forderung nach „Information über den Behandlungsverlauf an den Hausarzt“ ist hier unsinnig, weil noch kein „Behandlungsverlauf“ berichtbar sein kann, höchstens das Ergebnis der Schmerzanamnese/-analyse.

Der Ausschluß der gleichzeitigen Berechnung der Nrn. 30700 und 30701 im Behandlungsfall ist widersinnig, denn die Nr. 30700 ist nach der Legende eine diagnostische Basisleistung, die 30701 ist nach der Legende die Koordination, Planung, Überprüfung und Dokumentation der sich anschließenden Behandlung. Hier wird klar, warum die Umformulierungen eingeführt wurden, obwohl die Legenden das nicht hergeben: Wir sollen um unser Honorar gebracht werden, Patientenbelange zählen nicht. Die Beibehaltung dieses Ausschlusses würde bedeuten, daß Basisleistung und anschließender Behandlungsbeginn auf 2 Quartale verteilt werden müßten. Eine solche unsinnige und patientenfeindliche Aufteilung findet sich in keinem anderen Bereich der Medizin.

Sinnvoll ist nur die Beschränkung der Abrechenbarkeit auf einmal im Krankheitsfall.

Das Verbot der Abrechnung der Nr. 30700 neben Leistungen der Abschnitte 35.1. und 35.2 (psychosomatische und psychotherapeutische Leistungen) kann nur für die gleiche Sitzung gelten, nicht für den Krankheits- oder Behandlungsfall.

### **Zur neuen Position 30701:**

Die Legende kann nach dem Inhalt nicht lauten „Fortführung einer umfassenden Versorgung...“, weil die Behandlung erst nach der 30700 beginnen kann. Es kann nichts fortgeführt werden, was noch nicht angefangen hat. Die Legende sollte wieder „schmerztherapeutischer Betreuungskomplex...“ lauten und muß im ersten Quartal der Behandlung aus den o. g. Gründen neben der Nr. 30700 abrechenbar sein.

Auch die Bewertung mit 775 Punkten ist völlig unakzeptabel. Sie liegt ca. ein Drittel unter der jetzigen Bewertung der Nr. 8451 (nach der Kalkulation von 1987 in den Schmerztherapie-Vereinbarungen mit DM 120,00 bewertet). Da ist ja die Verweilgebühr (645 Punkte für 30 Minuten) noch lukrativer, die keine entsprechende Praxisorganisation erfordert, keine spezielle Aus- und Weiterbildung, keine kontinuierliche Weiterqualifikation etc. Auch hier zeigt sich im Vergleich mit der 10-Minuten-Bewertung des Psychiaters eine eklatante Geringschätzung unserer Tätigkeit. Würde man diese Bewertung zugrundelegen, käme man auf 1035 Punkte, zuzüglich Praxisstruktur und sonstige Anforderungen. Die von uns vorgeschlagenen 2000 Punkte sind sicher noch sehr bescheiden.



Bei den Ausschlüssen von nebeneinander berechenbaren Leistungen gilt das oben Dargelegte auch hier.

### **Zu den „Zuslägen zum Ordinationskomplex“:**

Hier wird deutlich, daß nur ein einheitlicher **Ordinationskomplex für Algesiologen** logisch ist. Die Anforderungen sind an alle Schmerztherapeuten gleich, unabhängig, welchen Fachgebieten sie angehören. Dieser Ordinationskomplex müßte die regelmäßigen Grundleistungen des Versorgungsbereichs umfassen, die in der Anlage 1 des EBM-Entwurfs enthalten sind. Sonst müßten diese Leistungen einzeln aufgeführt und bewertet werden.

/ Als Anlage sind die Bewertungen der Ordinationskomplexe beigelegt, aus denen hervorgeht, wie unterschiedlich die Punkte jeweils sind. Wenn man bedenkt, daß Schmerztherapie bei entsprechender Zusatzweiterbildung allen Fachgebieten offensteht, sieht man die höchst unterschiedliche Be- bzw. Abwertung.

Es fehlen bisher auch die notwendigen Untersuchungen als Leistungsbeschreibungen, so die gesamtkörperliche Untersuchung, die neurologische Untersuchung, die psychosoziale und psychiatrische Exploration. Es fehlen also alle die Untersuchungen, wie sie in den Anforderungen an eine schmerztherapeutische Einrichtung in der Anlage 1 des Entwurfs der Qualitätssicherungs-Richtlinien festgelegt sind. Auch vermissen wir immer noch die Schmerztagebücher und -kalender, deren Auswertung und Besprechung der Ergebnisse mit den Patienten. Die interdisziplinären Konsile können nicht in der Ordinationsgebühr enthalten sein. Es ist mehr als deutlich, daß für den Tätigkeitsbereich Algesiologie, der bisher (seit 1991) durch die Schmerztherapievereinbarung und in Zukunft durch die Qualitätssicherungsvereinbarung definiert ist, ein eigenes Kapitel im EBM erforderlich ist.

### **Zu Schmerzkonferenzen wird die Meinung vertreten, es handele sich nicht um patientenbezogene Leistungen:**

Genau das Gegenteil ist zutreffend, wie aus allen übergebenen Unterlagen und auch aus der Fachliteratur hervorgeht. In den Schmerzkonferenzen werden ausschließlich besonders problematische Schmerzpatienten vorgestellt, bei denen die interdisziplinäre Beurteilung und das gemeinsame Planen des weiteren Vorgehens notwendig sind (s. Definition in der anliegenden Tischvorlage vom 21.01.2003). Es handelt sich nicht um Fortbildungsveranstaltungen, auch nicht um Qualitätszirkel, erst recht nicht um Stammtische. Nicht ohne triftigen Grund halten wir seit nunmehr 26 Jahren solche Schmerzkonferenzen ab, davon über 22 Jahre in der Praxis. Sie kosten bisher nur sehr viel Geld, bringen nichts ein – außer Erkenntnisgewinn für die Patientinnen und Patienten und enorme Kosteneinsparung für die Krankenkassen. Die Meinung, daß es sich um nicht patientenbezogene Leistungen handele, zeugt von grobem Nichtwissen oder von evtl. bewußter Täuschung. Den Kassenvertretern ist mit Sicherheit bekannt, daß einige Krankenkassen Schmerzkonferenzen außerhalb des EBM im Rahmen von IV-Verträgen vergüten, weil sie den Sinn dieser Konsiliarkonferenzen und die Ersparnis dadurch sehr wohl sehen. Daß die Anwesenheit der Schmerzkranken, mit denen und über die in den Schmerzkonferenzen gesprochen wird, das vorgebrachte Argument sofort widerlegt, hätte ein einigermaßen sachkundiger Teilnehmer der Beratungen sofort vorbringen müssen.



**Die Kassen vertreten die Ansicht, bei den Leistungen zur Schmerztherapie handle es sich nicht um „neue“ Leistungen, deshalb sei eine Vergütung außerhalb der Gesamtvergütung nicht möglich:**

Es stimmt schon, daß es sich nicht um neue Leistungen handelt. Sie wurden von den ernsthaften Algesiologen immer schon als notwendig erachtet und erbracht. Schmerzpraxen gibt es seit 1982, interne verbindliche Qualitätssicherung der algesiologischen Gesellschaften seit 1985, Schmerztherapievereinbarungen seit 1991 in Hamburg und seit 1994 bundesweit. Verhandlungen mit der KBV und den Kassen über die Schmerztherapie laufen seit 1987, aus dieser Zeit stammen die Vergütungen nach den Schmerztherapievereinbarungen. Die Vorlauf- bzw. Erprobungszeit mit Verzicht auf jegliche bzw. angemessene Vergütung unsererseits ist mehr als ausreichend und zumutbar gewesen. Die Pionierzeit der Schmerztherapie ist schon lange vorbei.

Erbracht wurden die meisten der aus algesiologischer Sicht notwendigen Leistungen aber eben ohne Vergütung. Die Zahlungen nach den Schmerztherapievereinbarungen erfolgten anfangs völlig außerhalb der Gesamtvergütung, zur Zeit gibt es regional unterschiedliche Regelungen. Die KV und die AOK in Nord-Württemberg haben z. B. im Jahr 2002 vereinbart, daß die Beträge nach der Schmerztherapievereinbarung um 10 % angehoben wurden. In dem Vertrag ist eine Mengenbegrenzung auf 300 Fälle festgeschrieben. Die Vergütung erfolgt extrabudgetär.

Auch an diesen Beispielen kann man erkennen, daß einige Kassenvertreter die Sachlage doch gründlich durchdacht und erfaßt haben.

Es wäre unredlich, die bisher größtenteils gratis erbrachten Leistungen, die nicht Bestandteil des EBM waren, jetzt aus der Gesamtvergütung bezahlen zu wollen.

**Auch von Ärzteseite wird gelegentlich die Meinung geäußert, zu den qualitätssichernden Maßnahmen bei anästhesiologischen Leistungen zur Schmerztherapie könne man unterschiedlicher Ansicht sein:**

Die bisherigen zwingenden Vorschriften (wie Anästhesieprotokoll, i.v.-Zugang, kontinuierliches EKG- und O<sub>2</sub>-Monitoring, Überwachung) resultieren aus den Bemühungen um die Sicherheit der Schmerzpatienten, die häufig multimorbide sind und ambulant versorgt werden müssen. Wenn in allen anästhesiologischen Lehrbüchern solche Sicherheitsvorkehrungen schon für junge, stationär behandelte Patienten gefordert werden, gilt eine solche Forderung erst recht für unsere Schmerzpatienten. Das Unterlassen dieser Sicherheitsvorkehrungen kommt nur in sog. Blockadefabriken vor, in denen die eigentlich unerläßlichen Sicherheitsvorkehrungen nur Zeit kosten und den Geldfluß hemmen. Das Gleiche gilt natürlich auch bei den CT-gestützten interventionellen Leistungen, die bei Schmerzpatienten an vorangegangene Schmerzanalyse und eingehende gesamtkörperliche und bio-psycho-soziale Untersuchung gebunden sein müssen und an die anschließende Verlaufsdokumentation mit einem anerkannten Schmerz-Tagebuch über 2 Wochen.

**Zu unserer Forderung nach Einführung der obligaten perioperativen Schmerztherapie wird behauptet, das sei aus formalen Gründen nicht möglich, weil die Leistungen dann nicht vergütet werden könnten, wenn keine Schmerzen beständen:**



Hier ist eine Lösung gefragt, die den heutigen Kenntnissen über Schmerzchronifizierung entspricht. So wäre z. B. die verpflichtende Schmerzmessung vor dem Eingriff, unmittelbar danach und im Stundenabstand für bis zu weiteren 4 Stunden und am Folgetag denkbar. Bei Schmerzen wäre dann die Schmerztherapie zwingend.

### **Zusammenfassend:**

Die Schmerztherapie ist in den bisher erarbeiteten Regelungen noch immer und entgegen allen Beteuerungen nicht ausreichend und nicht zeitgemäß abgebildet. Die immer noch erkennbare Vorliebe für die Psychiatrisierung der Schmerzkranken ist fachlich falsch und würde zu einer Fehlbehandlung vieler Schmerzpatienten führen, die in ihrer ca. 10-jährigen Anamnese fast alle bereits psychiatrisch voruntersucht und entsprechend behandelt worden sind. Wenn das erfolgreich gewesen wäre, hätten sich diese Patientinnen und Patienten sicher nicht zur Schmerztherapie gemeldet bzw. überweisen lassen. Die Befürworter dieser einseitigen, monodisziplinären, psychiatriellastigen Betrachtung von Schmerzkranken müssen sich den Vorwurf gefallen lassen, die wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnisse der vergangenen Jahrzehnte nicht zur Kenntnis genommen zu haben.

Wir bestehen auf angemessener Berücksichtigung im EBM mit Abbildung unseres Versorgungsbereiches.

Ebenso bestehen wir auf angemessener Vergütung, vergleichbar mit anderen Arztgruppen. Der Schwierigkeitsgrad des Patientenanliegens ist bei Schmerzkranken besonders hoch. In „normalen“ Praxen gibt es nach der EVaS-Studie knapp 18 % Patienten mit gravierenden Problemen, in Schmerzpraxen sind es über 95 % (eigene Untersuchungen). Die Weiterbildungsanforderungen an Algesiologen, die zusätzlich zur Facharztqualifikation erworben werden müssen, sind sehr hoch. In keinem anderen Bereich gab es bisher die Notwendigkeit der kontinuierlichen Weiterqualifikation, die wir mit jährlicher Überprüfung seit 1985 verbandsintern freiwillig und seit 1991 im Rahmen der Schmerztherapievereinbarungen erbringen. Nirgendwo sonst gibt es die Verpflichtung zur Teilnahme an Fallkonferenzen analog zu den Schmerzkonferenzen mit Anwesenheit der Patienten. Wenn behauptet wird, zur Schmerztherapie bedürfe es keiner besonderen Qualifikation, dann kommen solche Äußerungen aus grober Unwissenheit oder aus Mißgunst, wobei keiner der Mißgünstigen zu den uns aufgezwungenen Bedingungen arbeiten würde. Die Sachlage wird also völlig verkannt.

Es ist widersinnig, die schwierigsten Schmerzkranken nach mehreren Jahren der Schmerzanamnese und nach vielen unzureichenden und teuren Behandlungen zu Algesiologen zu schicken, wenn die Chronifizierung weit fortgeschritten ist, dann aber die notwendige Fachkompetenz und den notwendigen Aufwand abzustreiten und uns nicht oder zumindest nicht angemessen bezahlen zu wollen.

Bei der mir übergebenen Beschlußvorlage für die 94. Sitzung des Bewertungsausschusses am 3.12.2004 vermengen die Urheber des Papiers die von uns erarbeiteten qualitätssichernden Vorschläge auf geradezu raffinierte Weise mit Formulierungen, die jede qualitätsgesicherte schmerztherapeutische Arbeit für die Zukunft unmöglich machen. Diese Vorlage führt uns zwangsläufig zu Überlegungen, uns aus der Schmerztherapie zurückzuziehen. So kann man nicht einmal mehr wie bisher arbeiten, eine finanzielle Überlebenschance ist nicht mehr gegeben. Folge wäre eine – doch angeblich nicht gewollte – Pseudo-Schmerztherapie mit Pseudo-Bedarfsdeckung.



Schmerzpraxen sparen den Kostenträgern sehr viel Geld. Bereits 1985 hat die AOK Hessen errechnet, daß sie allein durch Vermeidung von Krankenhausbehandlung mit jedem qualifizierten Schmerztherapeuten rund 1 Million DM im Jahr einspart. Eigene Untersuchungen aus dem Jahr 1999 haben das noch einmal bestätigt.

Wir wollen nicht mit Almosen abgespeist werden, wir verlangen eine angemessene Vergütung unserer schweren und notwendigen Arbeit. Wir wollen auch, daß durch die Rahmenbedingungen des EBM die zur Zeit feststellbare und allerorten beklagte Unterversorgung chronisch Schmerzkranker endlich angegangen wird. Ein Versorgungsgrad von unter 20 % für diese Patientengruppe ist bei den seit Jahren erarbeiteten und bekannten Möglichkeiten für alle Verhandlungspartner beschämend.

Die einzige Alternative ist das Bekenntnis der Organe der Selbstverwaltung, daß qualifizierte Schmerztherapie nicht gewollt ist.

Das Gleiche gilt natürlich auch für die Basis-Schmerztherapie und die Palliativmedizin, die im EBM-Entwurf so gut wie völlig fehlen. Bleibt es bei der Vorlage, werden Chancen für die Zukunft völlig vertan. Wenn weiterhin ohne algesiologischen Sachverstand verhandelt wird (in den Ausschüssen und auch im MDK ist kein einziger Arzt, der die Anforderungen der Schmerztherapievereinbarung erfüllt, nicht einmal einer mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“), werden die Ergebnisse nicht gut werden können.

Es kann und darf nicht sein, daß die Legitimation für die Aufnahme von Leistungen in die GKV-Versorgung durch die Größe der Fachgruppen erfolgt. Daß große Arztgruppen die kleinen majorisieren und damit die Versorgung einer immer mehr anwachsenden Zahl von Schmerzpatienten nicht nur be-, sondern auch verhindern, ist mit Sicherheit nicht Aufgabe der Selbstverwaltung.

Sehr geehrte Frau Ministerin, Sie sehen deutlich, daß mit den jetzigen Vorhaben der Selbstverwaltung die Versorgung chronisch Schmerzkranker immer noch nicht in Gang kommen kann. **Von einer Sicherstellung der Versorgung sind wir weiter entfernt denn je.** Auch in der Behandlung von Akutschmerzen und der Prophylaxe der Chronifizierung sind nicht einmal Ansätze einer Verbesserung in Sicht.

Von der heutigen Sitzung des **Fachausschusses Hausärzte** wurde mir berichtet, daß man sich weigern wird, schmerztherapeutische Leistungen in den EBM aufzunehmen, wenn die Kassen diese nicht extrabudgetär vergüten. Außerdem ist man in diesem Kreis der Meinung, daß Schmerztherapie ohnehin von den Hausärzten geleistet würde und es keiner weiteren Regelung bedürfe... Die Wissenszuwächse der letzten 30 Jahre haben sich offenbar keinen Eingang in den ärztlichen Alltag und in die Entscheidungsgremien verschaffen können. Es besteht ein immenses Informationsgefälle, was auch daran liegt, daß Schmerztherapie in der ärztlichen Aus- und fachärztlichen Weiterbildung bisher so gut wie gar nicht vorkommt, aber auch daran, daß man als Arzt tätig sein kann, ohne auch nur eine einzige Stunde schmerztherapeutischer Fortbildung absolviert zu haben.

Es geht uns nicht darum, uns Algesiologen einen persönlichen Gefallen zu tun. Es geht auch nicht darum, Schmerztherapeuten Pfründe zu eröffnen. Sie wissen sicher, daß Herrn Dr. Flöter und mir das Bundesverdienstkreuz am Bande nicht wegen besonderer



Eigennützigkeit verliehen wurde. Es geht uns darum, chronische Schmerzen zu lindern, Schmerzkranken wieder Lebensqualität zu vermitteln und die Chronifizierung so weit wie möglich zu verhindern oder einzudämmen.

**Jeder unversorgte Schmerzpatient ist eine ständige Anklage** gegen die KBV, die Kassen und die Gesundheitspolitik. Das Ausmaß der Unterversorgung ist seit 1985 bekannt (Zimmermann, M. u. H. Seemann [1985]: Expertise zur Lage der Schmerzfor-schung und zur Versorgungslage chronischer Schmerzpatienten in der Bundesrepublik Deutschland. Universität Heidelberg). Seitdem ist so gut wie nichts geschehen. Es hat lediglich die Schmerztherapie-Vereinbarung gegeben (1991 in Hamburg, 1994 bundesweit mit dem VdAK). Mit jeder Änderung des EBM, mit jeder Änderung der Gesetzesla-ge hat sich die Lage der Schmerztherapie weiter verschlechtert, obwohl wir uns immer rechtzeitig zu Wort gemeldet haben. Daß Schmerztherapeuten bis heute durchgehalten haben, rechtfertigt nicht die weitere Benachteiligung dieses Versorgungsbereiches. Chronische Schmerzen sind ein ständig zunehmendes gesundheitliches und volkswirt-schaftliches Problem, das wirksam angegangen werden muß..

Die Zahl der Schmerzpatienten nimmt nach unseren Erfahrungen und den Erhebungen ständig zu (Bellach, B.M., U. Ellert u. M. Radoschewski [2000]: Epidemiologie des Schmerzes - Ergebnisse des Bundesgesundheits-surveys 1998. Bundesgesundheits-blatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 43, 424 - und Europäische Schmerz-studie 2003: [http://www.napsonline.de/Downloads/OrigDoku/031016\\_Schmerz.pdf](http://www.napsonline.de/Downloads/OrigDoku/031016_Schmerz.pdf)). Auch wenn in offiziellen Angaben der Bundesregierung noch alte Zahlen genannt wer-den (z. B. Antwort auf die Kleine Anfrage der Abg. Dr. Dieter Thomae u. a. und der Fraktion der FDP betr. „Adäquate Versorgung von Schmerzpatienten“. Bundestags-Drucksache 15/2295 [2003]), hätten diese schon längst Anlaß geben müssen, sich so-fort, intensiv, zielführend und wirksam um die Sicherstellung der algesiologischen Ver-sorgung zu kümmern.

Seit Jahren wird traditionell auf die Selbstverwaltung verwiesen, die aber in diesem Zu-sammenhang jämmerlich versagt hat. Es ist eigentlich schon über die Zeit, daß Maß-nahmen ergriffen werden müssen, um die qualifizierte Versorgung von Schmerzkranken endlich wirksam anzugehen. Wir möchten Sie, Frau Ministerin, herzlich bitten, sich nachdrücklich für diese Patientinnen und Patienten einzusetzen.

Wir werden diesen Brief auch den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der KBV, der Schmerzliga und anderen Entscheidungsträgern zugänglich machen. Wir sind offenbar zu lange zu geduldig gewesen und haben uns lange genug hinhalten lassen. Wir sind auch davon überzeugt, daß jetzt die Öffentlichkeit in die Diskussion einbezogen werden muß.

Am 3. Dezember tagt der Bewertungsausschuß, die Vorlagen sind für eine gute Lö-sung unbrauchbar. Bitte machen Sie allen Einfluß geltend, um eine für die betroffenen Patientinnen und Patienten sinnvolle Lösung zu erreichen – so rasch wie möglich.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Dietrich Jungck

Anlagen: Erwähnt



**- Entwurf -**

## **BESCHLUSSVORLAGE**

**zur Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss  
gemäß § 87 Abs. 1 SGB V  
in der 94. Sitzung (schriftliche Beschlussfassung)**

**mit Wirkung zum 01. April 2005**

---

### **1. Aufnahme einer Präambel zu Abschnitt 30.7**

1. Voraussetzung für die Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 30700 und 30701 ist eine Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und der Nachweis der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen gemäß § 5 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie.
2. Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 30701 ist auf höchstens zweimal im Krankheitsfall begrenzt, wenn es zu keiner nachweisbaren Verbesserung der Beschwerdesymptomatik kommt.
3. Die Berechnung der Leistungen nach den Nrn. 30700 und 30701 ist auf höchstens 300 Behandlungsfälle je Arzt, der über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt, pro Quartal begrenzt.

### **2. Neuaufnahme der Leistungsposition nach der Nr. 30700**

- 30700 Zuschlag zum Ordinationskomplex für die **umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V

## Ordinationskomplex - Punkte

Fach	bis 5 J	bis 59 J	ab 60 J	altersunabhängig
Notdienst	-	-	-	500
Ermächtigte...	190	165	190	
Hausarzt	155	145	225	
Kinder	155	145	225	
Anästhesie	225	195	225	
Augen	465	405	465	
Chirurgie	310	310	335	
Gynäkologie	225	255	280	
HNO	510	385	410	
Haut	240	240	240	
Humangenetik	165	165	165	
Innere	175	230	230	
K-J-Psychiatrie	555	555	-	
MKG-Chirurgie	145	120	145	
Neurologie	470	410	420	
Orthopädie	310	265	290	
Phoniatrie/Pädaudiologie	625	400	400	
Psychiatrie	470	470	420	
Psychotherapeut.-mediz.	235	235	235	
Psychotherapie	120	120	120	
K-J-Psychotherapie	510	510		
Urologie	185	215	305	
Physikal-Rehabilitation	335	336	335	



VDÄA, Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

Zur Sitzung in der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung  
am Montag,  
den 21. Januar 2002

Dr. med. Dietrich Jungck  
Präsident

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

## Tischvorlage

### **Vorschläge für**

**Einzelheiten einer Qualitäts- und Qualifikationsrichtlinie nach § 135 SGBV für eine einheitliche Schmerztherapie-Vereinbarung bzw. die Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem zu schaffenden Kapitel „Schmerztherapie“**

Wünschenswert ist bundesweiter Geltungsbereich mit einheitlichen Anforderungen und Auslegungen.

Wortlaut wie in der Hamburger Schmerztherapievereinbarung (hilfsweise wie Ersatzkassen-Schmerztherapievereinbarung), zusätzlich:

- Obligater Besuch der Praxis/Einrichtung durch die Schmerztherapie-Kommission der KV, damit gewährleistet ist, daß die geforderten Leistungen erbracht werden können und daß das dafür notwendige Personal, die erforderlichen Behandlungs- und Überwachungsplätze und die notwendige Ausrüstung vorhanden sind (bei Zweifeln auch mehrmals),
- obligates Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission vor Zulassung zur Schmerztherapievereinbarung bzw. vor Genehmigung der Abrechnung von Leistungen aus dem zu schaffenden Kapitel „Schmerztherapie“. Bei begründeten Zweifeln an der Aufrechterhaltung der Qualifikation bzw. bei Anzeichen für unzureichende laufende Weiterbildung sollte das Kolloquium wiederholt werden müssen.
- Spezifizierung bzw. Konkretisierung der notwendigen Dokumentationsinstrumente vor der Zulassung und für die Zeit der Zulassung zur Schmerztherapievereinbarung bzw. der Genehmigung der Abrechnung von Leistungen aus dem zu schaffenden Kapitel „Schmerztherapie“ (zunächst abschließend, laufende Aktualisierung möglich),

- obligate jährliche Überprüfung der Dokumentation (wie in Hamburg) anhand von 15 von der KV benannten bzw. ausgewählten Patienten,
- Teilnahme nur möglich, wenn mehr als 75 % der Arbeitszeit für chronisch Schmerz- kranke verwendet wird,
- Benennung von Patienten-Höchstzahlen<sup>1</sup>,
- Organisation von bzw. Teilnahme an Schmerzkonferenzen mindestens monatlich, also mindestens 12mal, wobei für die Anerkennung der Schmerzkonferenzen (auch die vor der Zulassung) die Definition der algesiologischen Fachgesellschaften<sup>2</sup> maßgeblich ist. Zusätzlich müssen der Leiter der Schmerzkonferenz(en) zur Teil- nahme an der Schmerztherapievereinbarung zugelassen sein und/oder anerkannte Algesiologen einer algesiologischen Fachgesellschaft sein (STK, DGfA, DGSS, VDÄA),
- Teilnahme von mehreren Fachgebieten an der Schmerzkonferenz (nicht nur Schmerztherapeuten), auch von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeu- ten,
- Dokumentation der Schmerzkonferenzen (Teilnehmerliste mit Datum und Unter- schriften der Teilnehmer, besprochenen Patienten mit Diagnosen),
- Aufbewahrung dieser Teilnehmerlisten/Protokolle für 5 Jahre für evtl. notwendige Nachprüfungen
- Definition der Fortbildungsstätten nach den Vorgaben der algesiologischen Fach- gesellschaften<sup>3</sup>,
- Präzisierung der Anforderungen an Zeugnisse. Leiter der Fortbildungsstätte muß eine algesiologische Qualifikation besitzen (d. h. zur Teilnahme an der Schmerzthe- rapievereinbarung zugelassen sein und/oder anerkannte Algesiologen einer algesi- ologischen Fachgesellschaft sein). Diagnose- und Leistungsstatistiken der Fortbil- dungsstätten sind beizufügen (wenn die ausstellende Institution nicht bereits zur Schmerztherapievereinbarung zugelassen ist und an der jährlichen Qualitätskontrolle teilnimmt), die Teilnahme an Schmerzkonferenzen muß mit konkreten Daten und h- halten belegt werden,
- Anforderungen an Ausführlichkeit der Diagnosen (Chronifizierungsstadium nach Gerbershagen, Dauer der Schmerzkrankheit, psychosoziale Auswirkungen - zusätz- lich zur ICD 10 Verschlüsselung, die hierüber keine Informationen zuläßt),
- Konkretisierung, daß keine weitere Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung mehr möglich ist (auch rückwirkend), wenn sich herausstellen sollte, daß Anforde- rungen nicht mehr erfüllt worden sind.

**1) Vorschläge für Fallzahl-Begrenzungen:**

Fallzahl-Begrenzungen sollen gelten für

1. Ärzte, die ausschließlich algesiologisch tätig sind gemäß der Schmerztherapievereinbarung,
2. Ärzte, die weit überwiegend schmerztherapeutisch algesiologisch i. S. der Schmerztherapie- vereinbarung tätig sind, d. h., daß deren (zeitliche) Tätigkeit über 75 % algesiologisch ausge- richtet ist.

Es werden folgende Fallzahl-Begrenzungen vorgeschlagen:

- Für Ärzte nach 1: Maximal 300 Patienten pro Arzt und Quartal - zuzüglich 10 % für algesiologische Notfälle wie akuter Herpes zoster, Trigeminusneuralgie, Cluster-Kopfschmerz, akute sympathische Reflexdystrophie, Krebschmerzen.
- Für Ärzte nach 2. wird die Fallzahlgrenze berechnet aus
  - a) Schmerzpatienten nach der Schmerztherapievereinbarung,
  - b) der Fallzahlgrenze nach dem jeweiligen Fachgebiet, wobei ein Schmerzpatient x Patienten des eigenen Fachgebietes ersetzt  
( $x = \text{Fallzahlgrenze}/300$ .)Berechnung: Durchschnittliche Fallzahl des Gebietes = 100 %, das entspricht bei ausschließlich algesiologisch tätigen Ärzten eine Fallzahl von 300 Patienten)  
Die Pauschalerstattungen für die Aufnahme der Behandlung sind höchstens in 15 - 20 % der Gesamtfälle zu erbringen. Bei der Berechnung der Gesamtfälle werden algesiologische Notfälle (s.o.) nicht mitgerechnet.
- Notfall- und Vertreterscheine zählen bei der Berechnung der Fallzahlgrenze nicht. Sie werden gesondert abgerechnet.
- Für Patienten, die nicht nach der Schmerztherapievereinbarung behandelt werden, gelten die Bestimmungen des EBM - je nach Fachgebiet bzw. Tätigkeitsbereich.

<sup>2)</sup> **Schmerzkonferenzen/Schmerztherapeutische Kolloquien:** Wichtiges und unverzichtbares Organ der interdisziplinären Zusammenarbeit ist für jeden praktisch tätigen Schmerztherapeuten die Schmerzkonzferenz/das schmerztherapeutische Kolloquium, eine regelmäßig tagende Konsiliarkonferenz, die primär der konkreten Patientenbehandlung dient und an der Ärzte der tangierten verschiedenen Fachgebiete, klinische Psychologen (auch für diese obligat, wenn sie psychologische Schmerztherapie betreiben) und Physiotherapeuten teilnehmen können. Eine solche, für alle interessierten Kollegen aus Praxis und Klinik offene Konferenz soll mindestens monatlich tagen. Hier werden besonders problematische Patienten vorgestellt; gemeinsam werden weitere diagnostische Maßnahmen und das therapeutische Vorgehen besprochen.

Ort, Daten und Uhrzeit dieser Konferenzen stehen fest, so daß sich Kolleginnen und Kollegen auf die regelmäßige Teilnahme einrichten können.

Teilnehmer und Inhalte werden dokumentiert.

Abteilungskonferenzen, Falldemonstrationen, Vorlesungen, Mitarbeiterbesprechungen, Teamkonferenzen etc. sind keine Schmerzkonzferenzen in diesem Sinne."

<sup>3)</sup> **Schmerztherapeutische Einrichtungen:** Schmerztherapeutische Einrichtungen sind Schmerzpraxen, Schmerzambulanzen, Schmerzabteilungen und Schmerzkrankenhäuser, die sich mit Prävention, Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzkrankheiten befassen und die diese Anforderungen erfüllen:

- die fachlich verantwortlichen Leiter erfüllen die Qualifikationsanforderungen zum Algesiologen,
- es werden algesiologische Standards angewendet,
- es werden überwiegend Schmerzpatienten behandelt.

Schmerzkrankenhäuser sind interdisziplinär arbeitende Einrichtungen,

- die ausschließlich Schmerzpatienten versorgen,
- in denen mindestens drei medizinische Gebiete, algesiologisch qualifizierte Psychologen und Physiotherapeuten zusammenarbeiten.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Erhebung einer standardisierten Anamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden,
- Durchführung einer Schmerzanalyse,
- Differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit,
- Eingehende Beratung des Patienten einschließlich Festlegung der Therapieziele,
- Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplans unter Berücksichtigung des ermittelten Chronifizierungsstadiums,
- Vermittlung von bio-psycho-sozialen Zusammenhängen und von Schmerzbewältigungsstrategien,
- Gewährleistung der Einleitung und Koordination der flankierenden therapeutischen Maßnahmen,
- Standardisierte Dokumentation(en),
- Dauer mindestens 60 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Konsiliarische Beratung der gemäß § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten kooperierenden Ärzte,
- Information des Hausarztes über den Behandlungsverlauf,

einmal im Krankheitsfall

1395 Punkte

**3. Neuaufnahme einer ersten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 30700**

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 30700 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

**4. Neuaufnahme einer zweiten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 30700**

*Die Leistung nach der Nr. 30700 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 30701 berechnungsfähig.*

**5. Neuaufnahme einer dritten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 30700**

*Die Leistung nach der Nr. 30700 ist nicht neben den Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*

**6. Neuaufnahme einer vierten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 30700**

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach der Nr. 30700 sowie anderer Beratungs-, Gesprächs- und Erörterungsleistungen ist eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 70 Minuten Voraussetzung für die Berechnung weiterer Leistungen, auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird.*

**7. Neuaufnahme der Leistungsposition nach der Nr. 30701**

- 30701 Zuschlag zum Ordinationskomplex für die **Fortführung einer umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V.

*Obligater Leistungsinhalt*

- Zwischenanamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden,
- Eingehende Beratung des Patienten und ggf. Überprüfung der Therapieziele und des Therapieplans,
- Weitere Koordination und ggf. Überprüfung der flankierenden therapeutischen Maßnahmen,
- Standardisierte Dokumentation(en),
- Dauer mindestens 30 Minuten,

*Fakultativer Leistungsinhalt*

- Konsiliarische Beratung der gemäß § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten kooperierenden Ärzte,
- Information des Hausarztes über den Behandlungsverlauf,

einmal im Behandlungsfall

775 Punkte

**8. Neuaufnahme einer ersten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 30701**

*Die Berechnung der Leistung nach der Nr. 30701 setzt eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V voraus.*

**9. Neuaufnahme einer zweiten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 30701**

*Die Leistung nach der Nr. 30701 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 30700 berechnungsfähig.*

**10. Neuaufnahme einer dritten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 30701**

*Die Leistung nach der Nr. 30701 ist nicht neben den Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.2 berechnungsfähig.*

**11. Neuaufnahme einer vierten Anmerkung hinter der Leistung nach der Nr. 30701**

*Bei der Nebeneinanderberechnung der Leistung nach der Nr. 30701 sowie anderer Beratungs-, Gesprächs- und Erörterungsleistungen ist eine Dauer der Arzt-Patienten-Kontaktzeit von mindestens 40 Minuten Voraussetzung für die Berechnung weiterer Leistungen, auch dann, wenn das Gespräch mit unterschiedlicher Zielsetzung (Diagnose/Therapie) geführt wird.*



**Bundesempfehlung  
der Spitzenverbände der Krankenkassen und der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur  
Finanzierung der Einführung der  
schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker  
Patienten in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)  
zum 01. April 2005**

- Der AOK-Bundesverband, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bonn
- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Essen
- der IKK-Bundesverband, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bergisch-Gladbach
- der Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Kassel
- die Bundesknappschaft, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bochum
- die See-Krankenkasse, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Hamburg
- der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

- einerseits -

und die

- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Köln,

- andererseits -

geben im Zusammenhang mit der Einführung der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 01. April 2005 folgende Empfehlung zur Finanzierung unter Bezug auf § 85 Abs. 3 SGB V:

**Geschäftsführung des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 SGB V**

- (1) Die Partner dieser Bundesempfehlung erkennen mit der Einführung weiterer qualitätsgesicherter Leistungen zur Schmerztherapie an, dass mit den Leistungen nach den Nummern 30700 und 30701 in Verbindung mit der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zwar neue Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingeführt werden, diese aber teilweise andere bisher gültige Leistungen des EBM bzw. teilweise Leistungen der bundesweit oder regional gültigen Schmerztherapievereinbarungen nunmehr qualitätsgesichert substituieren.
- (2) Für die Vergütung dieser Leistungen wird daher den Gesamtvertragspartnern folgende Vorgehensweise empfohlen:
  - (2.1) Sofern in den Gesamtverträgen bereits wirksame Regelungen zur Vergütung der oben aufgeführten schmerztherapeutischen Leistungen existieren, werden diese fortgeführt, wobei sie gegebenenfalls so modifiziert werden sollten, dass in den Honorarverteilungsverträgen sichergestellt ist, dass diese Leistungen – unter Berücksichtigung der bis dahin geleisteten Vergütungen und einer gegebenenfalls notwendigen Bereinigung der pauschalierten Gesamtvergütungen – außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütungen zu einem festen Punktwert vergütet werden.
  - (2.2) Sofern in den Gesamtverträgen zu den oben aufgeführten Leistungen keine Regelungen zur Vergütung existieren, sollen die Gesamtvertragspartner für die Vergütung dieser Leistungen einen festen Punktwert außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vereinbaren.
  - (2.3) Für die Folgejahre sollen die Partner der Gesamtverträge Substitutionseffekte, die mit der Einführung dieser Leistungen einhergehen, berücksichtigen.
- (3) Die Leistungen nach den Nummern 30700 und 30701 unterliegen gemäß des Beschlusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen gemäß § 85 Abs. 4a SGB V weder Arztgruppentöpfen noch Regelleistungsvolumen.
- (4) Die Partner dieser Bundesempfehlung empfehlen den Partnern der Gesamtverträge eine unverzügliche Aufnahme der Beratung zur Finanzierung und Vergütung dieser Leistungen.