

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



VDÄA, Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

An die Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Herren
Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm, Erster Vorsitzender,
Dr. med. Andreas Köhler, stv. Geschäftsführer
Reinhardstr. 18

10117 Berlin

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

Hamburg, den
15. Mai 2003

Algesiologie

Sehr geehrter Herr Kollege Richter-Reichhelm, sehr geehrter Herr Kollege Köhler,

vielen Dank noch einmal, daß Sie sich bei der Sitzung am 12. April in Berlin zu einem Gespräch Zeit genommen haben. Ich hoffe, daß ich Ihnen in der Kürze der Zeit darlegen konnte, daß die von uns betreuten Patienten, die alle jahrelang schmerzkrank sind, keine sind, die wir anderen Kollegen „wegnehmen“, sondern daß die Überweiser sich in der Regel darüber freuen, daß wir gemeinsam nach Möglichkeiten suchen, vermeidbares Leid und Schmerz zu lindern.

Das von Ihnen initiierte erste Gespräch mit Herrn Dr. Gibis hat inzwischen stattgefunden und war sehr fruchtbar (mein heutiger Brief liegt in Kopie bei). Die bisherigen Weichenstellungen für den nächsten EBM sind bisher in unserem Sinne, was die Schmerztherapie angeht. In weiteren Gesprächen werden wir noch Einzelheiten zu besprechen haben, auch zur Vergütung.

Die wirtschaftliche Situation der „Nur-Schmerztherapeuten“ gibt, wie bereits dargelegt, zu Besorgnis Anlaß. Immer mehr Kolleginnen und Kollegen müssen aus wirtschaftlichen Gründen den Anteil der Schmerztherapie an ihrer Tätigkeit reduzieren oder ganz aufgeben. Hier sind Änderungen noch vor einem neuen EBM notwendig. Als Möglichkeiten bieten sich entweder die Schaffung einer eigenen Ordinationsgebühr für Algesiologen bzw. eine Zuschlagsziffer (wie Nr. 16) an – oder die Anpassung der pauschalen Kostenerstattung nach der Schmerztherapie-Vereinbarung, die auf der Grundlage der Verhältnisse von 1987 beruht und seitdem nicht angepaßt wurde. Hier sind natürlich auch die Kassen gefordert, das Geld zur Verfügung zu stellen.

Auch wenn wir eine sehr kleine Gruppe von Ärzten sind, halten wir unsere Arbeit für unverzichtbar. Ich gehe jetzt davon aus, daß wir gemeinsam die algesiologische Versorgung, die noch unzureichend ist, verbessern wollen. Ich freue mich auf konstruktive Zusammenarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Dietrich Jungck

Mitglied im
Fachverband Schmerz



VDÄA, Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

Herrn
Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm,
Erster Vorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung,
Reinhardstr. 18

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

10117 Berlin

19. Januar 2004

EBM 2000 plus (Stand 14.12.2003) – Schmerztherapie

Sehr geehrter Herr Kollege Richter-Reichhelm,

leider haben unsere gemeinsamen Bemühungen, die Algesiologie in den EBM einzuführen, bisher nicht zum Erfolg geführt, weil sich die Krankenkassen immer noch dagegen sträuben. Deshalb sind die eigentlich nicht zeitgemäßen Leistungen der Schmerztherapie aus dem früheren EBM-Entwurf „wiederbelebt“ worden, obwohl das ein untauglicher Versuch am untauglichen Objekt ist.

Um dies zu verdeutlichen, wiederholen wir noch einmal unsere alten Kritikpunkte, die wir bereits mehrmals vorgetragen hatten, z. B. am 01.12.2001:

In den aktuellen Vorschlägen besteht die Schmerztherapie fast ausschließlich aus invasiven Anästhesieleistungen, obwohl bekannt ist, daß Schmerztherapie nicht mit dem Verabreichen von Anästhesieleistungen gleichzusetzen ist.

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 dieses Anspruchs. Allerdings ist sie von den Inhalten her regional sehr unterschiedlich und streng auf das jeweilige Fachgebiet bezogen und deshalb für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten ungeeignet.

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 (bzw. bisher Ordinationsgebühr), der die Basisleistungen zutreffend beschreibt. Die zufällige und damit willkürliche Zuordnung zu einem Fachgebiet (z. B. Anästhesiologie, Neurologie, Allgemeinmedizin) hat bisher schon zu starken Benachteiligungen geführt, weil sich der Zeitaufwand und die Basisleistungen der Schmerztherapie in den Ordinationsgebühren nicht widerspiegeln.

Mitglied im
Fachverband Schmerz

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 besonders 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; morgen findet hier unsere 409. gratis durchgeführte Schmerzkonferenz statt). 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 EBM-Entwurf nicht zu finden sind. Die Kassen fordern immer Kooperation, fördern sie aber nicht.

Im EBM-Entwurf wird wieder die „Anwendung von Lokalanästhetika“ in der bisher schon unglücklichen Pauschale zusammengefaßt (Nr. 3070, bisher Nr. 415). Hier wird für den Gegenwert von 250 Punkten verlangt, daß Leistungen, die invasiv sind, eine differenzierte Ausbildung verlangen, jeweils Untersuchungen voraussetzen und deren Erbringung Geld kostet (pro Sitzung um 5 € Raum-, Material- und Personalkosten – ohne Honorar) mindestens 3mal oder mehr (Zahl nach oben offen) erbracht werden. Unter diesen Voraussetzungen wird diese Leistung nie kostendeckend zu erbringen sein. 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. 223, 224) mit je 120 bzw. 300 Punkten bewertet, auch bei einmaliger Erbringung abrechenbar und in der Zahl nicht begrenzt.

Präoperative (Nr. 335) 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 ambulanten und belegärztlichen Operationen beschränkt. Warum diese Leistungen nicht auch im Zusammenhang mit Anästhesien oder anderen therapeutischen Maßnahmen zur Schmerztherapie honoriert werden sollen, entbehrt jeder Logik.

Ausdrücklich werden in der Präambel zum Abschnitt Anästhesie sachliche, fachliche und personelle Bedingungen zur Durchführung einer Regionalanästhesie und/oder Vollnarkose genannt, aber nur im Zusammenhang mit operativen Eingriffen. Solche Voraussetzungen gelten selbstverständlich auch für Schmerzpatienten – nur mit dem Unterschied, daß diese auch bei Vorliegen von Risiken praxisambulant behandelt werden können, wenn intensivmedizinische Voraussetzungen gegeben sind und bezahlt werden. Der Leistungsinhalt ist derselbe.

Daß die notwendigen schmerztherapeutischen Behandlungen von der ambulanten praxisklinischen Betreuung und Versorgung (Nrn. 35 ff) ausgeschlossen sind, verhindert diese und sorgt dafür, daß sie in die Kliniken abgegeben werden.

Zu den Berichtspflichten (2.1.4): Es sollte klargestellt 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. Die Begrenzung der Berichte auf einen Höchstwert von 400 Punkten je Behandlungsfall schränkt – auch unter der Berücksichtigung des Wegfalls jeder Konsilgebühr – die interdisziplinäre Tätigkeit erheblich ein.

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.). Solche Behandlungen sind nach dem aktuellen EBM-Entwurf nicht vorgesehen.

Die Palliativmedizin kommt lediglich bei der hausärztlichen Betreuung (Nr. 302) und unter den Laborleistungen (und hier nur im Zusammenhang mit Tumorerkrankungen) vor. Das ist nicht problem- und zielorientiert und 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, wird auch hier Unterversorgung konserviert. Die Palliativmedizin muß allen Ärzten möglich sein, die sich fachlich speziell für diese Aufgabe vorbereitet haben und das auch nachweisen können.

Über die notwendige Ergänzung des Abschnitts „Schmerztherapie“ sind verschiedene Gespräche geführt worden, die Umsetzung der Ergebnisse fehlt jedoch noch.

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 von über 20 Jahren. Nach wie vor werden in manchen KV-Bereichen Patientenzahlen akzeptiert, die eine sachgerechte Behandlung mit dem erforderlichen Zuwendungs- und Zeitaufwand nicht zulassen.

Leider ist die Situation für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten immer noch äußerst unbefriedigend.

Sie selbst haben im Oktober 2003 das Ziel vorgegeben: „Schmerzkranken Patienten müssen ausreichend versorgt werden und zwar flächendeckend in ganz Deutschland.“ Gemeinsam sollten wir daran arbeiten, daß uns dieses Vorhaben gelingt.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Dietrich Jungck

Nachrichtlich per E-Mail: Herrn Dr. Gass Herrn Dr. Gibis
--



VDÄA, Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

An die
Kassenärztliche Bundesvereinigung
z. H. Herrn Dr. med. Andreas Köhler
Hauptgeschäftsführer
Reinhardtstr. 12-16

10117 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

13. April 2004

EBM 2000plus – Ihr Schreiben vom 5. April 2004 Schmerztherapie

Sehr geehrter Herr Kollege Köhler,

haben Sie besten Dank für die Übermittlung des aktuellen Entwurfs des EBM 2000plus. Hier ist unsere Stellungnahme dazu:

Der EBM-Entwurf stellt auch in der aktuellen Version die notwendige Schmerztherapie nicht dar, sondern verharrt auf einer Auffassung der Schmerztherapie, die seit über einem Jahrzehnt überholt ist: Schmerztherapie gibt es nur als Injektions- bzw. Anästhesieleistungen. Für Anästhesisten sind z. B. Beratungen (...) im Rahmen der Schmerztherapie (05220) nur berechnungsfähig, wenn invasive Maßnahmen des Abschnitts 30.7 erbracht werden. Bei anderen Fächern gibt es keine Schmerztherapie – bis auf die postoperative Betreuung (s. u.).

Die **Palliativmedizin** läßt sich im Entwurf nicht finden – abgesehen von der Koordination in der hausärztlichen Betreuung (04001) und bei Laboruntersuchungen (3488). Das darf so nicht bleiben. Das würde bedeuten - nicht nur, weil Palliativmedizin zum großen Teil Schmerztherapie ist -, daß dieser bisher schon unterversorgte Bereich einer Arztgruppe zu- oder als Nebenaufgabe beigeordnet 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, wird der EBM-Entwurf der Notwendigkeit einer sachgerechten Einbindung in die Versorgung nicht gerecht. Die Palliativmedizin muß allen Ärzten möglich sein, die sich fachlich speziell für diese Aufgabe vorbereitet haben und das auch nachweisen können.

Bei den **postoperativen Leistungen** in den operativen Gebieten findet sich „Schmerztherapie“ nur als fakultativer Leistungsinhalt, obwohl die **perioperative Schmerzthera-**

pie für den Operateur und den Anästhesisten, so er denn zugezogen wird, **verpflichtend** sein müßte.

Die **CT-gestützten interventionellen Leistungen** (Nr. 34502) sollten bei Schmerzpatienten an vorangegangene Schmerzanalyse und eingehende gesamtkörperliche und bio-psycho-soziale Untersuchung gebunden sein; eine anschließende Verlaufsdocumentation mit einem anerkannten Schmerz-Tagebuch über 2 Wochen sollte dazugehören. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, daß solche Voraussetzungen nicht immer vorliegen.

Präanästhesiologische (Nrn. 01852, 05310, 01903) **Untersuchungen** und die **Überwachung der Vitalfunktionen** (Nr. 05340) sollen lediglich vor bzw. nach Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch, diagnostischen Eingriffen oder Operationen abrechenbar sein. Ebenso ist besonderer Behandlungsaufwand auf den Zusammenhang mit Operationen, Sterilisation (Nr. 01857) oder Schwangerschaftsabbruch (Nr. 01914) beschränkt. Weshalb diese Leistungen nicht auch im Zusammenhang mit Anästhesien und Infusionen zur Schmerztherapie oder anderen schmerztherapeutischen Maßnahmen (z. B. Pumpensysteme, Stimulationssysteme) in den EBM aufgenommen werden sollen, ist nicht erkennbar.

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 treffen selbstverständlich auch bei Schmerzpatienten zu – nur mit dem Unterschied, das sie auch bei Vorliegen von Risiken und risikoe erhöhenden Komorbiditäten praxisambulant behandelt werden können (und nach unserer Auffassung müssen), wenn intensivmedizinische Voraussetzungen gegeben sind und vergütet werden.

Daß die notwendigen schmerztherapeutischen Behandlungen bei der ambulanten **Betreuung und Nachsorge** in Praxis und praxisklinischen Einrichtungen (1.5 - Nrn. 01510 - 01531) nicht erwähnt werden, ist nicht gerechtfertigt.

Bei den verschiedenen Beschreibungen von **kontinuierlichen (Mit-)Betreuungen** fehlen Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten völlig, obwohl diese Morbidität ständig zunimmt.

Bei den Leistungen des Abschnitts 30.7 sind einige der bisher geltenden **qualitätsfordernden und -fördernden Bestimmungen** weggefallen, so der intravenöse Zugang bei invasiveren Blockaden und die Dokumentation mit Anästhesieprotokollen. So ist zu befürchten bzw. eher zu erwarten, daß der bisher schon häufig zu beobachtende Mißbrauch erheblich zunehmen wird.

Zur Qualifikation reichen die allgemeinen Bestimmungen nach 1.6. sicher (noch) nicht aus.

Daß die **Anästhesien zur Schmerztherapie deutlich niedriger bewertet** sind als solche zu operativen Eingriffen, ist sachlich nicht zu begründen. Der Aufwand ist derselbe, das Risiko bei Schmerzkranken in den allermeisten Fällen deutlich höher. Patienten mit höheren Risiken bzw. Komorbiditäten müssen aber ebenfalls praxisambulant behandelt werden. Obwohl es politisch wohl so gewollt ist, können, dürfen und sollen sie nicht in Krankenhausbehandlung umgeleitet werden.

Im EBM-Entwurf wird die „**Anwendung von Lokalanästhetika**“ in der bisher schon unglücklichen Pauschale zusammengefaßt (Nr. 30710, bisher Nr. 415). Hier wird für den Gegenwert von 250 Punkten vorausgesetzt, daß Leistungen, die invasiv sind, eine differenzierte Ausbildung verlangen, jeweils Untersuchungen voraussetzen und deren Erbringung Geld kostet (pro Sitzung über 5 € Raum-, Material- und Personalkosten – ohne Honorar) mindestens 3mal oder mehr (Zahl nach oben offen) erbracht werden. Solche Rationierungen sind medizinisch nicht zu begründen. Um bisherigen und auch in Zukunft zu befürchtenden Mißbrauch einzudämmen, gibt es geeignetere Methoden (Qualifikationsanforderungen, Dokumentation etc.). Im Gegensatz dazu sind Punktionen (Nrn. 02340 und 02341) mit 120 bzw. 300 Punkten bewertet, auch bei einmaliger Erbringung abrechenbar und in der Zahl nicht begrenzt.

Die Ausschlüsse bei der Nr. 30712 (TENS) sind sachlich nicht begründet. Die TENS-Behandlung hat mit Infusionen und Anästhesien nichts zu tun. Diese Ausschlüssen sind entbehrlich bzw. in einem schmerztherapeutischen Gesamtkonzept u. U. kontraproduktiv.

Wenn neben den Nrn. 30720 bis 30731 und 30750 bis 30760 die Infusion nach 02100 nicht berechnungsfähig ist, müßte die Bewertung um die Infusion nach oben korrigiert werden.

Die **Berichtspflicht** nach 2.1.4 sollte noch einmal überdacht werden. Leistungen nach den Nr. 30711, 30720 – 30750 lassen sich keinesfalls als „Auftragsleistungen“ erbringen, sondern nur im Rahmen einer Mitbehandlung mit algesiologischem Therapiekonzept. Hier ist eine Korrektur notwendig. Außerdem sollte klargestellt werden, daß bei Serienbehandlungen der Bericht nicht bei jeder einzelnen berichtspflichtigen Leistung zu erstatten ist, sondern für die Gesamtbehandlung.

Für Ärzte, die ausschließlich Schmerztherapie betreiben, fehlt immer noch 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 bisherigen Ordinationsgebühren nicht widerspiegeln. Die jetzt vorgesehenen Vergütungen der Ordinationskomplexe tragen den Erfordernissen der Algesiologie nicht Rechnung (z. B. für Anästhesisten sind sie den im operativen Bereich tätigen Anästhesisten angepaßt, nicht zur Schmerztherapie geeignet. Das Gleiche gilt sinngemäß auch für andere Fachgebiete und den hausärztlichen Ordinationskomplex).

Zusätzlich werden die **nicht gesondert abrechenbaren Leistungen** (Anhang 1 des 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. 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. Wir müssen noch einmal daran erinnern, daß in Schmerzpraxen bis um 300 Patienten betreut werden und die Ordinationsgebühren der Haus- und anderer Fachärzte existenzzerstörend wären.

Konsile sollen ebenfalls in den Ordinationskomplexen enthalten sein - für die Schmerztherapie eine abwegige Vorstellung. Auch hier werden Schmerztherapeuten wieder ungerechtfertigt benachteiligt. Konsile bei Patienten in höheren Chronifizierungsstadien

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 gehören in den EBM. 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; bisher haben hier über 400 gratis durchgeführte Schmerzkonzert 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 Schmerzkonzerten zu honorieren ist, dürfte unstrittig sein. Allein das Vorhalten von Räumen, die für solche Konsiliarkonzerten groß genug sind, kostet Geld.

Die ursprünglich von Anästhesisten erarbeiteten differenzierten Verfahren der **Rückenmarksstimulation (DCS) und der Radiofrequenzdenervation** finden sich im EBM-Entwurf bisher nicht. Zu den Leistungen nach 30740 fehlen die Probestimulationen und die Implantation des Stimulationsgerätes. Die Radiofrequenzdenervation fehlt ebenso.

Nirgendwo im EBM-Entwurf finden sich Begrenzungen der Patientenzahlen. Daß wir solche im Bereich der Schmerztherapie als notwendig erachten, ist bekannt. Es sollte ein Weg gefunden werden, der diese (bisherige Selbst-) Beschränkung ermöglicht.

Praxisambulante Schmerztherapie wird mit dem neuen EBM-Entwurf nur möglich sein, wenn die sachlichen und materiellen Grundlagen zusätzlich geregelt werden.

Wir freuen uns über die erklärte Absicht der KBV, Schmerztherapie flächendeckend allen schmerzkranken Patienten aller Krankenkassen verfügbar zu machen.

Wenn die Kassen es mit ihren ähnlichen Äußerungen nach unserer gemeinsamen Aktion im Oktober 2003 ernst meinen, sollte uns endlich die Integration der Schmerztherapie in die vertragsärztliche Versorgung gelingen!

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Dietrich Jungck



VDÄA, Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

An die
Kassenärztliche Bundesvereinigung
z. H. Herrn Dr. med. Andreas Köhler
Hauptgeschäftsführer
Reinhardtstr. 12-16

10117 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

18. April 2004

EBM 2000plus – Nachtrag zu unserer Stellungnahme vom 13. April 2004 Schmerztherapie

Sehr geehrter Herr Kollege Köhler,

die im Internet gefundene neueste Version des EBM-Entwurfs (Stand 14.04.2004) enthält erfreulicherweise wieder die qualifikationsgebundenen Leistungen „Schmerztherapeutischer Basiskomplex“ (Nr. 30700) und „Schmerztherapeutischer Betreuungskomplex“ (Nr. 30701).

Hierzu ergänzen wir unsere Stellungnahme vom 13.04.2004:

Bei der Nr. 30700 muß es bei den Obligaten Leistungen, erster Spiegelstrich, statt „...standardisierten Anamnese...“ heißen „...standardisierten **Schmerzanamnese**...“

Es ist sachlich nicht begründet, daß die Nrn. 30700 und 30701 im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig sein sollen. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten sollte nach Möglichkeit noch in dem Quartal der Diagnostik und Schmerzanalyse beginnen und nicht in das Folgequartal verschoben werden müssen.

Die Bewertung der beiden Leistungen liegt mit 1885 und 1445 Punkten zu nah an bzw. noch unter denen der bisherigen Nummern 8450 und 8451 der Schmerztherapie-Vereinbarung der Ersatzkassen, bei denen die Bemessung der Vergütung noch aus dem Jahr 1987 stammt und seit diesen 17 Jahren nicht ein einziges Mal angehoben wurde. Zu bedenken ist auch, daß die Erstattungen für den besonderen Aufwand bisher in Mark und Pfennig bzw. Euro und Cent bezahlt werden, nach dem EBM-Entwurf nur in Punkten. Nach 17 Jahren ist eine Anpassung notwendig. Außerdem sind die Aufgaben gewachsen.

Setzt man für die Nr. 30700 eine Arzt-Patientenzeit von nur 60 Minuten und die Vorbereitungszeit von mindestens 30 Minuten (Sichtung der Vorbefunde, Auswertung des Schmerz-Fragebogens etc. - wir rechnen mit bis zu 2 ½ Stunden Gesamtarztzeit) voraus, müßten in Anbetracht des Schwierigkeitsgrades der Patientenproblematik und der

notwendigen Qualifikation der Algesiologen wenigstens 3000 Punkte (analog den Bewertungen der Psychiatrie-/Psychotherapie-Sitzungen, bei denen allerdings keine Begleitleistungen und keine weiteren Personal- und Raumkosten anfallen) zugebilligt werden.

Daß gleichzeitig Fallzahlbegrenzungen unabdingbar sind, hatten wir bereits vorgetragen.

Für die Nr. 30071 halten wir in Anbetracht der enthaltenen Leistungen und des Aufwandes bei Patientinnen und Patienten mit höheren Chronifizierungsstadien eine Punktzahl von 2000 für angemessen.

Für die Folgeuntersuchungen sollten die Testverfahren und deren Kosten, bei denen für die Fragebögen und Tagebücher allein je ca. 1,50 € anfallen und die Zeit der Auswertung und Erklärung berücksichtigt werden muß, zusätzlich berechenbar sein. Die psychodiagnostischen Testverfahren des Kapitels 35.3 sollten den Schmerztherapeuten zugänglich gemacht werden.

Die biographische Anamnese (Nr. 35210) sollte ebenfalls für Schmerztherapeuten zugänglich sein, ebenso die Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers (Nrn. 30800, 30810, 3811).

Es ist zu begrüßen, daß die Teilnahme an Schmerzkonferenzen verpflichtend ist. Das bedeutet aber auch, daß Schmerzkonferenzen in den EBM aufgenommen werden müssen, und zwar unterteilt nach

Ärzten, die als Moderatoren Schmerzkonferenzen abhalten und für Raum und Organisation zu sorgen und die entsprechenden Kosten zu tragen haben,

Ärzten, die Patientinnen und Patienten mit der entsprechenden Vorbereitung (Aufbereitung der anamnestischen Daten und Befunde, Auswertung der Fragebögen mit psychometrischen Tests, Formulierung der Fragestellung etc.) vorstellen und

Ärzten, die beratend an der Schmerzkonferenz teilnehmen.

Wir halten die momentanen Regelungen von einzelnen Kassen, Schmerzkonferenzen über Verträge im Rahmen der integrierten Versorgung abzurechnen und eine neue Ebene der Bürokratie aufzubauen, für nicht erstrebenswert.

Sehr geehrter Herr Kollege Köhler, die Aufnahme der Positionen 30700 und 30701 in den EBM-Entwurf ist bei den noch zu erreichenden sachgerechten Inhalten und leistungsgerechten Bewertungen ein wichtiger und richtiger Schritt in Richtung Integration der schmerztherapeutischen Versorgung, für den nicht nur wir Algesiologen dankbar sind. Wir sind sicher, daß die betroffenen Patientinnen und Patienten, denen wir diese Verbesserungen sofort bei bzw. nach deren Umsetzung bekannt geben werden, diesen Fortschritt schätzen werden.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Dietrich Jungck



VDÄA, Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

Herrn
Dr. med. Manfred Richter-Reichhelm,
Erster Vorsitzender der
Kassenärztlichen 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

22. September 2004

**Schmerztherapie,
Kritik am vorliegenden EBM-Entwurf (Stand 13. September 2004)**

Sehr geehrter Herr Kollege Richter-Reichhelm,

da sich nach unseren letzten Schreiben immer noch keine Änderung der Situation abzeichnet, müssen wir noch einmal an Sie und andere Verantwortliche appellieren und eindringlich die längst fälligen positiven Veränderungen anmahnen.

Der neue EBM droht eine Schmerztherapie festzuschreiben, die seit über 20 Jahren nicht mehr den Erfordernissen entspricht.

Die für die Schmerztherapie relevanten EBM-Positionen wurden in Gremien besprochen, denen nicht ein einziger Algesiologe angehört. So ist es nicht verwunderlich, daß es zu keinen sachgerechten Regelungen kommen konnte.

Schmerztherapie ist nicht an ein bestimmtes Fachgebiet gebunden, aber die hierfür notwendigen Erörterungen sind ausschließlich für Anästhesisten reserviert („Beratung, Erörterung und/oder Abklärung im Rahmen der Schmerztherapie“ - Nr. 05220). Eine solche Monopolisierung ist nicht gerechtfertigt. Von den Fachgesellschaften anerkannte Algesiologen kommen aus verschiedenen Fachrichtungen.

Die Ordinationskomplexe für Schmerztherapeuten richten sich nach dem jeweiligen Fachgebiet, nicht nach dem Versorgungsbereich „Schmerztherapie“. So muß es zu erheblichen Unterschieden in der Bewertung identischer Tätigkeiten kommen.

Die dringend notwendige Basis-Schmerztherapie, die insbesondere zur Prävention der Chronifizierung von Schmerzen unumgänglich wäre, wurde nicht in den EBM aufgenommen. Die Kassen haben die detaillierten Vorschläge mit Qualifikations- und Qualitätsanforderungen abgelehnt – ausschließlich aus Kostengründen.

Ebenfalls aus Kostengründen wurden die Anforderungen an Schmerztherapeuten in der - bisher nicht unterschriebenen - Qualitätssicherungsvereinbarung (analog den früheren Schmerztherapie-Vereinbarungen) nach unten korrigiert. Die längst fälligen Anpassun-



gen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen an die gestiegenen Anforderungen sind damit nicht nur unterblieben, sondern in das Gegenteil verkehrt worden.

Vorschläge zur komplexen Vergütung der Behandlung von chronisch Schmerzkranken blieben ohne Begründung völlig unberücksichtigt, obwohl Behandlungsumfang, Anforderungen an Aus- und Weiterbildung, Prozeß- und Strukturqualität und kontinuierliche Weiterqualifikation detailliert ausgearbeitet waren.

Die Forderungen der algesiologischen Fachgesellschaften sind unberücksichtigt geblieben.

Fallzahlbegrenzungen, die von den algesiologischen Fachgesellschaften als unerlässlich für eine qualifizierte Patientenversorgung angesehen werden, wurden nicht eingeführt, obwohl nur sie garantieren würden, daß jeder einzelne Patient mit genügend Zeit untersucht und betreut werden könnte. Sonst würde der zu beobachtende Mißbrauch durch verkürzte Zuwendung fortgeschrieben.

Die Aufnahme von Schmerzkonferenzen, die seit mehr als 2 Jahrzehnten zu den Bedingungen für Algesiologen zählen und bisher ohne Vergütung abgehalten worden sind, in den Leistungskatalog ist unterblieben. Dennoch müssen sie stattfinden, um der besonderen Problematik von Schmerzkranken gerecht zu werden.

Schmerzanamnese, Schmerzanalyse, Therapieplanung, Untersuchungen, Betreuungsleistungen bei Schmerzkranken finden sich im EBM immer noch nicht. Auch Entzugsbehandlungen, erschwerte Einstellung auf differenzierte Pharmakotherapie besonders bei Risikopatienten, sind nicht vorgesehen.

Auch die Verwendung von Schmerz-Fragebögen und -Tagebüchern und deren Auswertung ist im EBM immer noch nicht enthalten, obwohl diese Instrumente unverzichtbar sind.

Darüber hinaus werden Konsile, die in der Schmerztherapie zur interdisziplinären Betreuung und Behandlung von Schmerzpatienten unerlässlich sind, nicht mehr gesondert vergütet.

Palliativmedizin findet sich lediglich als fakultative Leistung in den hausärztlichen Betreuungskomplexen – eine Regelung, die sich durch nichts rechtfertigen läßt.

In den operativen Gebieten findet sich „Schmerztherapie“ nur als fakultativer Leistungsinhalt der postoperativen Leistungen, obwohl die perioperative Schmerztherapie verpflichtend sein müßte.

Bei den CT-gestützten interventionellen Leistungen (Nr. 34502) fehlen qualitätssichernde Bestimmungen. Sie müssen bei Schmerzpatienten an vorangegangene Schmerzanalyse und eingehende gesamtkörperliche und bio-psycho-soziale Untersuchung gebunden sein; eine anschließende Verlaufskontrolle muß dazugehören. Eine noch stärkere Ausweitung dieser Verfahren, die jetzt schon zu unkritisch angewandt werden, wäre die Folge der Unterlassung qualitätssichernder Maßnahmen. Es sollte alles vermieden werden, was die Chronifizierung fördert und nur Geld kostet.

Der EBM beschränkt die Schmerztherapie fast ausschließlich auf invasive Spritzenleistungen (Anästhesieverfahren), die zwar bei Schmerzkranken indiziert sein können, aber nur als Baustein in einem Therapiekonzept. Darüber hinaus fallen die Leistungslegenden gegenüber den bisherigen Vorschriften zurück: Es wird keine fachspezifische Dokumentation mehr verlangt, der i.v.-Zugang ist ebenfalls nicht mehr obligat. Notwendige Verlaufskontrollen sind nicht in den EBM aufgenommen. Daß Anästhesien zur



Schmerztherapie bei gleichem Leistungsinhalt deutlich niedriger bewertet sind als solche zu operativen Eingriffen, ist sachlich wieder nicht zu begründen.

Qualität wird zwar von den Krankenkassen öffentlich lautstark gefordert, aber durch das insuffiziente Leistungsverzeichnis und die Vergütung, die unter das Niveau von 1987 zurückfällt, erschwert bzw. unmöglich gemacht.

Die KBV hat sich öffentlich zur Integration der Schmerztherapie in die vertragsärztliche Versorgung bekannt (Zitat der Woche vom 11.10.2003: *„Schmerzkranken Patienten müssen ausreichend versorgt werden und zwar flächendeckend in ganz Deutschland.“* Dr. Manfred Richter-Reichhelm, Erster Vorsitzender der KBV). Sie hat die Kassen am 10.10.2003 öffentlich aufgefordert, *„die weiterentwickelte schmerztherapeutische Versorgung allen gesetzlich Versicherten zugänglich zu machen“*. Die Krankenkassen sind der Aufforderung, hierzu *„endlich die Voraussetzungen zu schaffen“*, bisher nicht nachgekommen.

Die Leidtragenden werden weiterhin die Patientinnen und Patienten sein, die unter chronischen Schmerzen leiden.

Die algesiologischen Gesellschaften werden die betroffenen Patientinnen und Patienten und die Öffentlichkeit darüber informieren müssen, daß die große Gruppe der Schmerzkranken auch in Zukunft von den Krankenkassen weitgehend ausgegrenzt bleibt.

Wir bitten Sie noch einmal, alles in Ihrer Macht stehende zu tun, um die Unterversorgung der Schmerzkranken zu beenden.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Dietrich Jungck

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



VDÄA, Jakobikirchhof 9, 20095 Hamburg

P e r s ö n l i c h !

Herrn

Dr. med. Andreas Köhler
Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen 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

12. Januar 2005

EBM 2000plus und Schmerztherapie

Sehr geehrter Herr Kollege Köhler,

gemeinsam mit unseren Glückwünschen zu Ihrer Wahl zum Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung möchten wir Ihnen einige Worte zu Ihren bisherigen und zu Ihrem zukünftigen Wirken an einem der wichtigsten Ämter im Gesundheitswesen übermitteln und an Ihre Verantwortung auch für die Sicherstellung der Versorgung chronisch Schmerzkranker erinnern.

Da der EBM 2000 plus untrennbar mit Ihrem Namen verknüpft ist, waren und sind Sie der Hauptverantwortliche für seine Inhalte und seine Konsequenzen.

So langsam haben wir den Eindruck, daß die Verschlechterung des Status der Schmerztherapie nicht nur auf die „bösen“ Kassen zurückzuführen ist., die aus Geldmangel und Uneinsichtigkeit so negative Entwicklungen zulassen bzw. erzwingen, sondern daß es - neben der Abwehr der Schmerztherapie durch andere Arztgruppen, die alles schon lange und überhaupt viel besser zu können vorgeben - schon bei der „Berechnung“ der Grundlagen zum EBM 2000 plus zu schweren Auslassungen und Fehleinschätzungen gekommen ist. Wie kann man von den Kassen verlangen, die Bewertungen richtig einzustufen, wenn von unserer eigenen Seite so viel „Hilfe“ zum vermeintlichen Geldsparen geleistet wird. Unsere eigene Seite läßt sich von majorisierenden Interessengruppen sachlich falsch informieren und verhandelt dann mit unzutreffenden Vorgaben. Kein einziger algesiologischer Experte ist trotz entsprechender Angebote und entgegen der fachlichen Notwendigkeit zu den Verhandlungen zugezogen worden, um sofort bei unsinnigen und schon vor 20 Jahren überholten Meinungsäußerungen mit sachlichen Argumenten eingreifen zu können. Auch „unsere“ KBV-Spitze ist nicht empathisch und auch fachlich nicht ausreichend informiert, um diese zum Teil mittel-

terlichen Ansichten zurückweisen zu können – und zwar sofort, in den laufenden Sitzungen. Einzelne engagierte und besser informierte Mitarbeiter der KBV sind sehr hervorzuheben, aber seit Jahren beobachten wir, daß gerade die, die die Sache mit ärztlichen Argumenten wirklich voranbringen wollen, schon nach wenigen Monaten, manchmal nach etwas längerer Zeit, resignieren, sich anderen Aufgaben zuwenden und der Allgemeinheit an ihrem bisherigen Platz in der KBV nicht mehr zur Verfügung stehen. Gerade hat man das Verständnis wecken und die Fachinformationen vermitteln können, schon muß man wieder bei Adam und Eva anfangen und wieder eine neue Person für die Schmerztherapie und die Schmerzkranken zu gewinnen versuchen.

Um es noch einmal klarzustellen: Wir sprechen hier nicht von den Leistungen zur Schmerztherapie bei Patienten mit akuten und chronischen symptomatischen Schmerzen und Schmerzsyndromen, wie sie in allen Fachgebieten vorkommen, sondern von der Behandlung und Betreuung chronisch Schmerzkranker, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt hat. Diese Patienten sind häufig „austherapiert“ oder „therapieresistent“, mit solchen Zusätzen werden sie uns häufig überwiesen. Sie haben während der gesamten Chronifizierungszeit sehr kostenintensive Behandlungen erfahren, die ihnen nichts genutzt, manchmal sogar die Chronifizierung gefördert haben. Diese Patientengruppe zu behandeln und ihnen ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen, ist die Aufgabe von Algesiologen, wozu eine erweiterte Aus- bzw. Weiterbildung nach den Richtlinien der algesiologischen Fachgesellschaften notwendig ist, die auch in die Schmerztherapievereinbarung mit eingegangen sind. Algesiologen arbeiten unter den strengsten Qualitätssicherungsregelungen und werden, wie Sie wissen, von den Schmerztherapiekommissionen der KVen überwacht.

Nicht nur der KBV, sondern vielen anderen Kolleginnen und Kollegen ist immer noch nicht klar, was unsere Arbeit beinhaltet und für die Schmerzkranken bedeutet.

Seit nunmehr 28 Jahren höre ich fast jedesmal von der KBV das gleiche Lied, nur in unterschiedlichen Tonarten: „Andere Versorgungsbereiche sind vordringlich. Die Gremien sind von der Schmerztherapie nicht zu überzeugen. Die Systematik des EBM erlaubt keine andere Vorgehensweise. Warten Sie ab, nach einer Erprobungsphase können wir ja bei Erfordernis Änderungen durchführen“ etc.

Bisher haben Sie alle Warnungen vor der Unterversorgung in den Wind geschlagen, alle Voraussagen, daß durch Ihren EBM die „Stechpraxen“ bestens florieren, daß durch die Vorgaben des EBM Fehlbehandlungen und Falschabrechnungen gefördert werden. Daß der Eindruck entstehen muß, daß qualifizierte Behandlung nicht gewollt, dem Betrug aber Tür und Tor offen gehalten wird, kann nicht verwundern, solange der Mißbrauch des EBM nicht verhindert wird, sondern die sinnvolle Versorgung Schmerzkranker.

Haben Sie einmal die einfache Rechnung aufgestellt, welche Einkommen ein Arzt erzielen kann, der ausschließlich Schmerzkranker der höheren und hohen Chronifizierungsstadien (bei uns z. B. über 70 % Chronifizierungsstadium III nach GERBERSHAGEN, die anderen Stadium II, keine im Stadium I) betreut?! Er kann nur rund 300 Patienten im Quartal betreuen. Er betreut keine anderen Patienten, hat somit keine „Verdünnerscheine“. Wegen der hohen zeitlichen Belastung sind von diesen 300 nur 10 bis 15 % Neupatienten.

In der Ordinationsgebühr sollen alle obligatorischen, fakultativen und die im Anhang 1 aufgelisteten Leistungen enthalten sein. Bei einer 55jährigen Patientin z. B. wäre die Beispielrechnung bei einer Ordinationsgebühr von 195 Punkten (beim Anästhesisten):

die bei jedem Patienten notwendigen Untersuchungen	(in anderen Fächern abzurechnen	
	nach Nr.	Punkte)
Gesamtkörperstatus	03311	300
Funktionelle Untersuchung	27310	300
Neurologische Untersuchung	03312/27311	175
Psychiatrische Untersuchung	03313	175
Psychosoziale Exploration	fehlt	-
gesamt		950

Das bedeutet, daß zumindest bei Neupatienten zusätzlich zum schmerztherapeutischen Basiskomplex 950 Punkte notwendig wären, zugewilligt werden nur 195, es bleiben also 755 Punkte offen für Leistungen, die unzweifelhaft erbracht werden müssen.

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

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

Es ist seit langer Zeit offensichtlich, daß für die Algesiologie eigene Ordinationskomplexe geschaffen werden müssen, in denen die Basisleistungen zutreffend zu beschreiben sind. Anders wird die krasse Ungleichbehandlung der Schmerztherapie nicht zu beseitigen sein.

Die „Bewertungen“ der noch immer nicht unterschriebenen, die Schmerztherapievereinbarung ersetzenden Qualitätssicherungsvereinbarung, die einen Basis- und einen Betreuungskomplex als jeweilige Zuschläge zum Ordinationskomplex enthalten, sind völlig unzureichend. Wie Sie wissen, wurden die Empfehlungen zu den Kostenerstattungen nach der Schmerztherapievereinbarung auf der Basis der Verhältnisse von 1987 festgelegt. Als die Schmerztherapievereinbarung 1991 in Hamburg und 1994 bundesweit (VdAK) in Kraft trat, gab es bekanntlich noch die Einzelleistungen, so z. B. körperliche Untersuchungen – symptombezogen und Gesamtstatus, neurologischer Status, psychiatrischer Status, vegetative Funktionsdiagnostik, Lokal- und Leitungsanästhesien. Sie können sich sicher daran erinnern.

Seit 1996 sind mit jeder Änderung des EBM für uns wesentliche Leistungen weggefallen bzw. in der Ordinationsgebühr aufgegangen oder durch an Fachgruppen orientierten Budgetierungen und Regelleistungsvolumina gestrichen worden, ohne daß eine sachlich gerechtfertigte Ordinationsgebühr für Schmerztherapeuten geschaffen worden wäre.

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

- Interdisziplinäre, patientenbezogene Schmerzkongresse, 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 nicht einmal deren Kosten sind 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

Auch diese Forderungen sind der KBV lange bekannt. Sie wurden u. a. im Januar 2002 in der AG 3 erörtert und schriftlich festgelegt.

Auch die Aufstellung der Kosten für Schmerzpraxen wurden seinerzeit zur Verfügung gestellt. Diese Kosten sind jedoch in die Kostenberechnungen nicht eingegangen, weil der EBM angeblich nur Fachgebiete kennt, keine Zusatzbezeichnungen oder Versorgungsbereiche. Entgegen diesen immer wieder gemachten Äußerungen sind im Entwurf des EBM 2000 plus sowohl versorgungs- als auch an Zusatz- oder Schwerpunktbezeichnungen orientierte Leistungen enthalten, z. B.:

- Mutterschaftsvorsorge
- Empfängnisregelung
- Sterilisation
- Schwangerschaftsabbruch
- Leistungen bei Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit
- Angiologische Leistungen
- Endokrinologische Leistungen
- Gastroenterologische Leistungen
- Hämato-/onkologische Leistungen
- Kardiologische Leistungen

- Rheumatologische Leistungen
- Pneumologische Leistungen
- Leistungen der Nephrologie und Dialyse.

Bei allen diesen Leistungen sind die Anforderungen nicht annähernd so hoch und umfassend wie bei den schmerztherapeutischen Leistungen, die aber nicht nur unzureichend abgebildet, sondern dazu noch höchst diskriminierend bewertet sind – wenn überhaupt.

Nach den bisherigen Vorstellungen des EBM-Entwurfs und den unzureichenden Bewertungen würden die essentiellen Leistungen der Algesiologie nur noch unzureichend oder gar nicht mehr erbracht werden können, wenn die Kolleginnen und Kollegen überleben wollen. Die Schmerzanalyse, das Therapiekonzept, die Verlaufskontrolle, die psychosoziale Betreuung - alles bliebe auf der Strecke.

Dabei hätte die Selbstverwaltung jetzt – wohl auf viele Jahre gesehen letztmalig – die Chance, eine wirklich qualitätsgebundene Medizin zu initiieren. D. h., initiiert haben wir Schmerztherapeuten die qualitätsgebundene Arbeit aus eigenem Antrieb von 1982 an, aber jetzt wäre die Chance, sie in der Breite zu sichern und endlich eine Sicherstellung der Versorgung chronisch Schmerzkranker, die diesen Namen auch verdient, in die Wege zu leiten.

Machen Sie sich doch bitte klar, daß diese Entwicklung an Ihrem Namen festgemacht wird. So wie Sie die Dinge momentan mit halber Kraft betreiben und für die Kassen nicht spürbar mit Überzeugung vertreten, wird es später heißen müssen, daß die Selbstverwaltung ihre letzte Chance vertan hat.

Warum engagieren Sie sich nicht wirklich für Qualität? Warum, lassen Sie sich so sehr von den starken Gruppen in die Enge treiben? Warum lassen Sie Eigennutz der majorisierenden Verbände vor ärztlicher Verantwortung rangieren? Warum tolerieren Sie eine Pseudoversorgung der Patientinnen und Patienten? Warum treten KBV und KVen nicht energisch gegen Mißbrauch ein (Sie wissen alle, daß in manchen KV-Bereichen im Rahmen der Schmerztherapievereinbarung Patientenzahlen toleriert werden, die die inhaltliche Erfüllung der Anforderungen nicht annähernd zulassen – z. B. in Berlin um 800 Schmerzpatienten pro Arzt und Quartal – alles wird nach den Sätzen der Schmerztherapie-Vereinbarung bezahlt!).

Da Sie in Ihrer eigenen ärztlichen Tätigkeit keine algesiologische Weiterbildung absolviert haben, sollte es selbstverständlich sein, daß Sie den für die Weiterentwicklung des Leistungsverzeichnisses für Schmerzkranker notwendigen sachverständigen Rat bei ausgewiesenen Experten für die Schmerztherapie einholen, nicht bei Kolleginnen und Kollegen, die auf einem Stand stehengeblieben sind, der schon vor 20 Jahren nicht mehr aktuell war.

Algesiologen nehmen sich der chronisch schmerzkranken Patientinnen und Patienten an, bei denen die vor- und mitbehandelnden Kolleginnen und Kollegen keine Behandlungsmöglichkeiten mehr sehen.

Wer ist für solche Kranken zuständig?! Nach der immer wieder zur Verhinderung einer sinnvollen Versorgung herangezogenen Weiterbildungsordnung gehört zur hausärztlichen Behandlung nur die „Schmerzbehandlung bei akuten und chronischen Schmerzzuständen, die keinen eigenständigen Krankheitswert haben“ (so die WBO der ÄK Hamburg). In der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer vom Mai 2004 ist die Schmerztherapie ebenfalls nicht Bestandteil der Weiterbildung für das Gebiet Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Nur die „allgemeine Schmerztherapie“ ist für alle Ärzte (Abschnitte B und C der M-WBO) Bestandteil der Weiterbildung, nicht die Spezial-

le Schmerztherapie. Hierfür wurde eine eigene Zusatzbezeichnung geschaffen, die jedoch nicht versorgungsbezogen ist, weshalb eine Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V notwendig ist.

Auch diese Qualitätssicherungsvereinbarung zeigt jetzt in der Endfassung immer noch erhebliche Mängel, die nicht nur den Kassen anzulasten sind.

So ist die Idee, die Behandlung chronisch Schmerzkranker auf einen bestimmten Zeitraum zu begrenzen und die weitere Behandlung von einem Kolloquium anhängig zu machen, völlig abwegig und wird bei keiner anderen chronischen Krankheit auch nur in Erwägung gezogen. Hier wird besonders deutlich, daß die verhandelnden Personen einen großen Nachholbedarf an algesiologischer Fortbildung haben.

Daß bei den Mitgliedern der Schmerztherapie-Kommissionen nicht die Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzungen der Schmerztherapievereinbarung verlangt wird, sondern lediglich von „in der Schmerztherapie erfahrenen Ärzten“ die Rede ist, ist nicht verständlich. Daß die ggf. hinzuzuziehenden Psychiater oder Psychotherapeuten keine schmerztherapeutische Zusatzweiterbildung (Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie oder Anerkennung durch eine algesiologische Gesellschaft) vorweisen müssen, kann nur bedeuten, daß sie insoweit eine „Bereicherung“ des Gremiums durch Laien darstellen.

Seit Jahren fordern wir die sachlich gebotene Beschränkung der Patientenzahlen bei ausschließlich algesiologischer Tätigkeit auf um 300 pro Quartal. Voraussetzung für diese Fallzahlbeschränkung, die Sie übrigens bei den 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. Es ist das Gegenteil der Fall.

Die Vergütung für die vorgesehenen Positionen 30700 und 30701, die die Schmerztherapievereinbarung ablösen sollen, fallen weit hinter die zur Zeit geltenden Kostenerstattungen nach der Schmerztherapievereinbarung zurück. Die Bewertungen dieser qualifikations- und qualitätsgebundenen algesiologischen Zusatzziffern/Basiskomplexe 30700 und 30701 waren in dem Entwurf von 14.04.2004 mit 1885 bzw. 1445 Punkten ca. 10 % oberhalb der jetzigen Bewertung angesetzt; Angemessene Honorierung wäre schon damit nicht möglich gewesen. Eine sachliche Begründung für die jetzige drastische Abwertung gibt es nicht.

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 verbracht wird.

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 ein erheblicher Zeit-, Dokumentations- und Betreuungsaufwand erforderlich ist.

Daß diese beiden Komplexe im ersten Quartal nicht nebeneinander abrechenbar sein sollen, wenn die Behandlung anschließend beginnen kann und der Patient nicht bis zum nächsten Quartal verschoben werden muß, hat ebenfalls keine sachlichen Gründe, sondern bedeutet schlichtes Sparen auf unsere Kosten. Dabei vertrauen die Verhandlungspartner mit Sicherheit darauf, daß wir bei den Schmerzpatienten aus ärztlicher Verantwortung sofort mit der Behandlung beginnen und diese nicht in das nächste Quartal verschieben. Hier wird offenbar billigend in Kauf genommen, daß wir auf eigentlich verdientes Honorar verzichten werden.

Daß es bei solchen Fragen nicht darum geht, uns einen persönlichen Gefallen zu tun oder uns zu ärgern, sondern um die Sicherstellung der Versorgung Schmerzkranker, wird offenbar zu selten gesehen.

Daß diese aufwendigen und erforderlichen ärztlichen Leistungen für die Behandlung von Schmerzkranken hoher und höchster Chronifizierungsstadien unverzichtbar sind, steht außer Zweifel. Sie müssen zum Leistungsumfang im Rahmen der GKV gehören, unabhängig vom Wohnort und der Kasse der Versicherten.

Ein solcher ausschließlich ärztlicher Zuwendungs- und Zeitaufwand, der noch dazu seit über 20 Jahren qualitätsgesichert ist („offiziell“ erst seit Einführung der Schmerztherapievereinbarung) paßt nicht in die Systematik des EBM mit ihren Kostenstellenrechnungen und der Bevorzugung apparativer Leistungen. Hier ist Umdenken erforderlich. Eine solche Behandlung paßt auch nicht in die Bestrebungen mancher Berufsfunktionäre, die sich immer und überall gegen überprüfbare Qualifikation und Qualität wenden, die sie als reine Bürokratie abtun, um den Geldfluß nicht zu verringern. Auch hier ist Gegensteuern unumgänglich.

Es gibt etliche Leistungen im EBM, bei denen der Mißbrauch dadurch vorprogrammiert ist, daß qualitätssichernde Zusätze fehlen, nicht nur bei den Anästhesieleistungen zur Schmerztherapie, bei denen bewußt auf solche Bestandteile verzichtet wurde. Auch z. B. bei den CT-gestützten interventionellen Leistungen (Nr. 34502) fehlen solche Bestimmungen. Diese Leistungen müssen bei Schmerzpatienten an vorangegangene Schmerzanalyse und eingehende gesamtkörperliche und bio-psycho-soziale Untersuchung gebunden sein; eine anschließende Verlaufskontrolle gehört zwingend dazu. Die Ausweitung der seit Jahren schon zu beobachtende unkritischen (oder aus pekuniären Gründen) Anwendung würde perpetuiert oder noch vergrößert.

Sehr geehrter Herr Kollege Köhler, alle diese Tatsachen und Argumente sind der KBV und Ihnen seit Jahren (bzw. Jahrzehnten) vorgetragen worden. Sie müßten Ihnen eigentlich bestens vertraut sein und Ihr Handeln für die Verbesserung der Versorgung Schmerzkranker beeinflußt haben. Leider ist nicht feststellbar gewesen, daß Sie sich dieser Angelegenheit auf den von Ihnen bisher innegehabten Positionen mit der notwendigen Sorgfalt und Energie angenommen hätten. Somit sind Erfolge der Versorgung chronisch Schmerzkranker weitgehend ausgeblieben.

Ich gebe aber die Hoffnung nicht auf, daß Sie sich Ihrer Verantwortung im neuen Amt noch bewußt werden und sich besinnen, daß Sie nicht nur als Verwaltungs- und Betriebswirtschaftsfachmann, sondern gerade auch als Arzt Verantwortung für die Schmerzkranken tragen, die bezüglich der Sicherstellung ihrer Versorgung auf Sie und die Kassen angewiesen sind.

Dieser Brief ist sehr persönlich und emotional: ein Eintreten für die Schmerztherapie, für Schmerzpatienten und Schmerztherapeuten kann ich mir ohne Emotionen nicht vorstellen, was Sie hoffentlich verstehen werden.

Wir werden in der nächsten Zeit eine Dokumentation der bisherigen Briefe, Schreiben, Tischvorlagen und Vorschläge an die Kassenärztliche Bundesvereinigung erstellen, um

dem in der letzten Zeit vernommenen unerhörten Vorwurf entgegenzutreten, wir hätten uns für eine Beeinflussung des EBM 2000 plus, der nicht mehr zu ändern sei, früher melden müssen... Wenn sich sinnvolle, sachgerechte Lösungen nicht abzeichnen, werden wir diese Dokumentation der Öffentlichkeit zugänglich machen, um den Vorwurf nicht an uns hängen zu lassen.

Ich hoffe aber auf Ihre Einsicht und Ihr ärztliches Engagement..

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Dietrich Jungck

An die

Kassenärztliche Vereinigungen der Länder
der Bundesrepublik Deutschland**Vorstand****Ulrich Weigeldt**

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Postfach 12 02 64, 10592 Berlin

Tel.: 030 / 4005 - 1004

Fax: 030 / 4005 - 1091

e-mail: UWeigeldt@kbv.dewww.kbv.de

UW/Dr. Ro/gü

23. März 2005

R U N D S C H R E I B E N**D3 - 33 - VI 29/2005**

Az 00.III.30.7

nachrichtlich: Spitzenverbände der GKV
Herrn Dr. Köhler
Herrn Dr. Casser

Einführung neuer Gebührenordnungspositionen 30700 und 30701 gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung für die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten mit Wirkung ab 01. April 2005

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben eine Qualitätssicherungsvereinbarung für die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten im vertragsärztlichen Bereich sowie die Einführung zweier diesbezüglicher neuer Gebührenordnungspositionen

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

und

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

in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab vereinbart (Anlage). Diese mit Wirkung ab 01. April 2005 in Kraft tretenden Vereinbarungen wurden in den Medien sehr kontrovers diskutiert. Dabei ist es durch zum Teil einseitige und falsche Auslegungen von Inhalten dieser Vereinba-

rungen zu einer erheblichen Verunsicherung von chronisch schmerzkranken Patienten gekommen. Mit der Ankündigung, dass chronisch schmerzkranken Patienten ab April 2005 nicht länger schmerztherapeutisch versorgt werden könnten, haben Einzelne in bisher nicht gekannter Weise versucht, Patienten über das Mittel der Verängstigung zu instrumentalisieren.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung verurteilen diese zum Teil bewusste Verunsicherung und Verängstigung von chronisch schmerzkranken Patienten auf das Schärfste.

Des Weiteren möchten die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung in diesem gemeinsamen Schreiben wesentliche Punkte klarstellen, die in der öffentlichen Diskussion wiederholt verzerrt wiedergegeben wurden:

- **Sicherstellung einer ausreichenden Finanzierung der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten ab dem 01. April 2005**

Die ausreichende Finanzierung der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten ist auch ab dem 01. April 2005 gesichert. Im Unterschied zu der bisher nur von bestimmten Krankenkassen auf gesonderter vertraglicher Grundlage vergüteten speziellen schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten, soll diese Leistung nun allen gesetzlich Krankenversicherten zugänglich werden. Die diesbezüglich neu abgeschlossene Qualitätssicherungsvereinbarung für die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V wird hierbei ein hohes Versorgungsniveau gewährleisten. Die Bewertung der in diesem Zusammenhang in dem neuen EBM aufgenommenen Gebührenordnungspositionen 30700 und 30701 war stets Gegenstand unterschiedlicher Standpunkte. Die von Kritikern getroffene Schlussfolgerung, dass die als zu gering beanstandete Bewertung der Gebührenordnungspositionen 30700 und 30701 zu einem Zusammenbruch der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten ab dem 01. April 2005 führen wird, ist falsch und irreführend zu Lasten der betroffenen Patienten. Die Einführung des neuen EBM einschließlich der neuen Gebührenordnungspositionen 30700 und 30701 wird für die betroffenen Praxen im II. Quartal 2005 noch nicht ökonomisch wirksam. Dies liegt an der quartalsweise erfolgenden Abrechnung, nach der im II. Quartal 2005 die während des I. Quartals 2005 erbrachten Leistungen abgerechnet werden. Auch die von den Kassenärztlichen Vereinigungen für die Leistungen des II. Quartals 2005 im voraus an die Praxen entrichteten Abschlagszahlungen werden entsprechend des Leistungsaufkommens der Vorquartale bemessen und werden durch den neuen EBM noch nicht mit Wirkung für das II. Quartal 2005 beeinflusst. Die Behauptung, dass die Neuregelung schmerztherapeutischer Schwerpunktpraxen ab dem 01. April 2005 die ökonomische Existenzgrundlage entzieht, ist somit schon aus diesem Grunde falsch.

Der Bewertungsausschuss hat darüber hinaus in seiner Vereinbarung zur Einführung der Gebührenordnungspositionen 30700 und 30701 in einer Protokollnotiz festgestellt, dass er im Falle von Sicherstellungsproblemen in der Versorgung spezifisch chronisch schmerzkranker Patienten die zu deren Abhilfe notwendigen Änderungen oder Ergänzungen seines Beschlusses vornehmen wird. Die zur Zeit ergänzend unter Simulation der neuen Abrechnungsbedingungen laufende Prüfung von Quartalsabrechnungen schmerztherapeutischer Schwerpunktpraxen wird frühzeitig genug abgeschlossen sein, so dass der Bewertungsausschuss über notwendige Änderungen noch vor dem ökonomischen Wirksamwerden des neuen EBM entscheiden kann.

- **Zugang chronisch schmerzkranker Patienten zu vertragsärztlichen Leistungen**

Es wird zum Teil behauptet, dass chronisch schmerzkranken Patienten aufgrund der Vorgabe der neuen Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten künftig ausschließlich nur durch diejenigen Ärztinnen und Ärzte versorgt werden können, die die Vorgaben dieser Qualitätssicherungsvereinbarung erfüllen. Dies trifft so nicht zu. Richtig ist vielmehr, dass nur die in der Qualitätssicherungsvereinbarung beschriebenen Leistungskomplexe ausschließlich von entsprechend qualifizierten Ärztinnen und Ärzten erbracht und die diesbezüglich vorgegebenen EBM-Leistungspositionen 30700 und 30701 abgerechnet werden dürfen. Alle anderen Leistungen des neuen EBM einschließlich der übrigen Leistungen des Abschnittes 30.7 Schmerztherapie sind für die Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten selbstverständlich weiterhin auch unabhängig von der Qualitätssicherungsvereinbarung für die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten ohne Zugangsbeschränkung abrechenbar.

- **Prüfung einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Mitbehandlung**

Kritiker der Qualitätssicherungsvereinbarung behaupten, dass die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach 6-monatiger Behandlung zu beenden sei und die betroffenen Patienten in psychiatrische Behandlung zu übergeben seien. Diese Behauptung ist falsch. Die Qualitätssicherungsvereinbarung und die Präambel Nr. 2 zu den neuen EBM-Leistungen Nrn. 30700 und 30701 legen lediglich fest, dass im Anschluss an eine schmerztherapeutische Behandlung ohne nachweisbare Verbesserung der Beschwerdesymptomatik durch den Arzt geprüft werden soll, "ob der Patient von einer psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Mitbehandlung profitiert". Es handelt sich hier somit keineswegs um eine patientenfeindliche Regelung, sondern im Gegenteil um die Prüfung einer Optimierung der Behandlung durch eine zuzüglich zur fortgeführten Schmerztherapie erfolgende psychiatrische oder psychotherapeutische Mitbehandlung.

- **Überprüfung der Notwendigkeit zur Fortführung der Schmerztherapie gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach Ablauf von 2 Jahren**

Es wird zum Teil behauptet, dass die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nur auf die Dauer von 2 Jahren finanziert werde und danach abgebrochen werden müsse. Dies trifft nicht zu. Die Vorgabe der Qualitätssicherungsvereinbarung, dass die Behandlung von chronisch schmerzkranken Patienten (mit Ausnahme von Malignompatienten) einen Zeitraum von 2 Jahren nicht überschreiten soll, geht zunächst von der Erwartung aus, dass die über 2 Jahre durchgeführte Behandlung zu einer derartigen Besserung der Beschwerdesymptomatik führt, dass die Aufrechterhaltung des Therapieerfolges auch mit verringerter Intensität der schmerztherapeutischen Versorgung außerhalb der Leitungen nach den Gebührenordnungspositionen 30700 und 30701 erfolgen kann. Ist dieses nicht möglich, wird bei den betroffenen Patienten die Kontinuität der schmerztherapeutischen Versorgung im Rahmen der Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung selbstverständlich nicht in Frage gestellt. In diesen Fällen ist lediglich vorgesehen, dass die Kassenärztliche Vereinigung die Fortführung der Behandlung von der Teilnahme an einem Kolloquium vor der Schmerztherapie-Kommission abhängig machen kann. Dieses dient ebenfalls dem Patientenwohl, weil das "Vier-Augen-Prinzip" bei einer verlängerten Behandlung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung ebenfalls zur Therapieoptimierung genutzt werden kann.

- **Begrenzung der Berechnung der Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30700 und 30701 auf höchstens 300 Behandlungsfälle je Arzt und Quartal**

Die ursprünglich vorgesehene Begrenzung der Berechnung der Leistungen Nrn. 30700 und 30701 auf höchstens 300 Behandlungsfälle je Arzt und Quartal hat zu Kritik aus Regionen mit geringer schmerztherapeutischer Versorgungsdichte geführt. Aus diesem Grunde hat der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses sich zwischenzeitlich dafür ausgesprochen, dass die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung aus Sicherstellungsgründen auf Antrag diese Höchstgrenze modifizieren kann, um eine ausreichende schmerztherapeutische Versorgung zu gewährleisten. Die von ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Ärzten befürchtete Ausweitung der Leistungen nach den Nrn. 30700 und 30701 durch andere Arztgruppen wird aufgrund der Prüfung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie der Hinterlegung der EBM-Positionen mit Prüfzeiten nicht zu erwarten sein.

- **Die Aufnahme der "Teilnahme an der Schmerzkonferenz" in den obligaten Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 30701**

Die Aufnahme der "Teilnahme an der Schmerzkonferenz" in den obligaten Leistungsinhalt der Gebührenordnungsposition 30701 wurde teilweise dahingehend interpretiert, dass jeder chronisch schmerzkrank Patient, unabhängig von der Notwendigkeit, in jedem Quartal auf der entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung vorgesehenen interdisziplinären Schmerzkonferenz vorgestellt werden müsse. Um diesem Missverständnis abzuweichen, hat sich der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses zwischenzeitlich darauf verständigt, die Teilnahme an der Schmerzkonferenz aus dem obligaten Leistungsinhalt der Leistung Nr. 30701 zu streichen. In der Präambel Nr. 1 zu den Leistungen nach den Nrn. 30700 und 30701 wird klargestellt, dass eine regelmäßige Teilnahme an den interdisziplinären Schmerzkonferenzen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung durch den Schmerztherapeuten Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistungen ist.

- **Sitzungsbezogener Ausschluss der Nebeneinanderberechnung von Leistungen des Abschnitts 35.1 und 35.2 (psychosomatische und psychotherapeutische Leistungen) neben den Leistungen Nrn. 30700 und 30701**

Der Ausschluss der Nebeneinanderberechnung der Leistungen des Abschnitts 35.1 und 35.2 neben den Leistungen Nrn. 30700 und 30701 wird nach einzelnen Interpretationen auf den gesamten Behandlungsfall bezogen. Dies trifft nicht zu. Abrechnungsausschlüsse des EBM, welche nicht ausdrücklich auf den Behandlungs- oder Krankheitsfall verweisen, gelten lediglich sitzungsbezogen. Daher können nach Überschreitung der Mindestdauer der Versorgung im Rahmen der Leistungen Nr. 30700 bzw. 30701 in eigener Sitzung erbrachte Leistungen der Abschnitte 35.1 und 35.2 im Behandlungsfall auch neben den Leistungen Nrn. 30700 und 30701 abgerechnet werden.

- **Extrabudgetäre Vergütung der Leistungen nach den Nrn. 30700 und 30701**

Mit der Bundesempfehlung zur extrabudgetären Vergütung der Leistungen nach den Nrn. 30700 und 30701 auf Basis fester Punktwerte wurde sichergestellt, dass für diese Leistungen erforderlichenfalls zusätzliche Mittel bereitgestellt werden, die ausschließlich der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten zugute kommen. Sicherlich handelt es sich bei der durch den Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses vorgeschlagenen und durch den Bewertungsausschuss zu beschließenden Lösung um einen Kompromiss zwischen Forderungen der Leistungs-

erbringer und dem von den Kostenträgern einzuhaltenden Wirtschaftlichkeitsprinzip bei der Bereitstellung der ausreichenden und notwendigen Gesundheitsversorgung. Die notwendige Anwendung des einheitlichen EBM-Bewertungssystems hat darüber hinaus zur Folge, dass die sich auf diesem Wege ergebenden Bewertungen nicht identisch sind mit den bisher gültigen regionalen und kassen(arten)spezifischen Vereinbarungen zur Vergütung schmerztherapeutischer Leistungen. Demgegenüber wird aber durch die gefundene Regelung auch in den Regionen, in denen bisher keine Regelung für die Finanzierung schmerztherapeutischer Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten vorlag, erstmals eine flächendeckende Finanzierungsgrundlage für eine qualitätsgesicherte Versorgung geschaffen.

Um trotzdem gegebenenfalls weiterbestehende oder auftretende Sicherstellungsprobleme in der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten frühzeitig zu erkennen und zu beheben, ist die bereits oben genannte Protokollnotiz Teil der Beschlussfassung, welche die Vornahme notwendiger Änderungen an dem Beschluss ausdrücklich vorsieht. Mit dieser Möglichkeit der Überprüfung, welche schon jetzt anhand ergänzender Simulationsberechnungen erfolgt und auch zukünftig nach Bedarf stattfinden wird, sind die Mitglieder des Bewertungsausschusses der Überzeugung, eine sowohl den Erfordernissen einer ausreichenden schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten als auch etwaiger Vorbehalte von Seiten der Schmerztherapeuten gerecht werdende Lösung gefunden zu haben.

Mit freundlichen Grüßen



Ulrich Weigeldt

21. April 2005

**Warum ist qualifizierte
Schmerztherapie
seit dem 1. April 2005
nicht mehr möglich?**

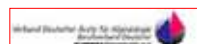
Dr. med. Dietrich Jungck



Für wen ist der EBM wichtig?

Zuallererst für die Patientinnen und Patienten, weil er den ausschließlichen Leistungskatalog der GKV darstellt, dann für den Vertragsarzt, für den er die Grundlage der Vergütung, also der wirtschaftlichen Existenz darstellt

D. Jungck



2

Problemschwere aus Arztsicht

Aufgesuchter Arzt	in ... % der Fälle hält der Arzt das Anliegen für		
	geringfügig	mittel	gravierend
Allgemeinärzte und Praktiker	26,1	54,0	19,8
Gynäkologen, Internisten Pädiater	34,1	49,6	16,3
Sonstige Fachärzte	30,9	53,0	16,1
Ärzte zusammen	29,5	52,5	<u>17,9</u>
<u>Schmerzpraxis</u>	0	4,8	<u>95,2</u>

(E.VaS[®] 1981/82)
(E.S. u. D. Jungck, 1985)

3

Zur Problemschwere

Die Problemschwere ist auch bedingt durch

- verschiedene (erfolgreiche) Vorbehandlungen
- getrübtetes oder verlorengegangenes Vertrauen in Ärzte und das Gesundheitswesen
- Mißtrauen gegenüber sinnvollen Medikamenten
- Erniedrigungen („Simulant“, „Rentenjäger“)
- erschöpfte finanzielle Möglichkeiten
- sozialen Abstieg
- Belastung der Familie
- Versicherungsschwierigkeiten (Kranken-, Rentenversicherung)

Folge: Hoher Zuwendungs- und Zeitbedarf

4

Um welche Patientinnen und Patienten geht es?



D. Jungck

Schmerzkranke!

5

Um welche Patientinnen und Patienten geht es?



Schmerzkranke!⁶

Typischer chronisch Schmerzkranker:

<p>Jahrelanger Verlauf Zahlreiche erfolglose Therapieversuche Häufiger Arztwechsel Medikamentenprobleme Eß-/Gewichtsprobleme (Operative Eingriffe) Algogenes Psychosyndrom Psychosoziale Auswirkungen</p>	<p>Algogenes (schmerzbedingtes) Psychosyndrom: mißmutig-traurige Verstimmung affektive Labilität - überschießende Reaktionen Reizbarkeit und Gereiztheit Einengung von Erlebnisfähigkeit und Interessen auf ständiges Schmerzerleiden</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">R. Wörz, 1977</p> <p>Bei den betroffenen Patienten werden Tagesablauf und soziale Beziehungen durch die Schmerzen bestimmt. Sie fühlen sich alleingelassen, ausgegrenzt, miß- oder unverstanden.</p>
--	--

D. Jungck 7

Ein Vergleich (erwachsener Patient)

<p>Psychiater/ Psychotherapeut Ordinationskomplex 410 P Gespräch 10 Min. 345 P Fremdanamnese 375 P Mitbetreuung nach 21230 1080 P (keine besonderen Anforderungen)</p>	<p>Schmerzarzt (als Anästhesist geführt) Ordinationskomplex 195 P Gespräch 10 Min. 235 P Fremdanamnese ----- P Mitbetreuung nach 30701 895 P (umfassende 13-seitige Bedingungen an Weiterbildung, Organisation, Praxisausstattung,)</p>
--	--

D. Jungck 8

Noch ein Vergleich

Psychotherapeut

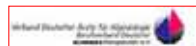
50 Minuten
Psychotherapie
35200 1495 Punkte

Keinerlei Anforderungen
an Organisation, Räume,
Personal,
Fallkonferenzen...
(meist 1 Person, 1 Raum,
Anrufbeantworter, kein
Personal...)

Schmerzarzt

Schmerztherapeutischer
Komplex
30700 1475 P
(60 Minuten Zeitvorgabe –
neben anderen
Anforderungen
30701 895 P
(35 Minuten
Zeitvorgabe...)
(bei beiden Nrn. umfassende
Bedingungen, nicht
nebeneinander möglich)

D. Jungck



9

Schmerztherapeuten dürfen seit dem 1.4. nicht abrechnen (Beispiele):

Schmerzfragebögen,
Schmerztagebücher,
Schmerzkalender,
Körperliche Untersuchungen,
Psychologische/Psychiatrische Untersuchungen,
Untersuchungen vor Anästhesieverfahren,
Zwischenuntersuchungen,
Beratungen mit anderen Ärzten,
Schmerzkonferenzen,
Verlaufsfragebögen,
Testverfahren,
diagnostische Lokal- und Leitungsanästhesien

Aber diese Abstriche an
der Qualität treffen den
Nerv der Algesiologie

Alles umsonst?!

Alle diese Leistungen sind notwendig, müssen entweder unterbleiben oder gratis erfolgen

D. Jungck



10


Gegenüberstellung von Leistungen bei Erwachsenen

	bisher	ab April 2005
Grundkomplex	11,90 €	6,83 €
Gespräch 10 Min.	10,50 €	8,23 €
Konsil m. and. Arzt	2,80 €	0,00 €
Neurolog. Untersuch.	5,95 €	0,00 €
Fremdanamnese	17,50 €	0,00 €

Bisher Schmerztherapie-Vereinbarung jetzt neue Ziffern im EBM: 30700, 30701

	Im 1. Quartal nebeneinander	Nicht nebeneinander möglich
Basisdiagnostik u. Schmerzanalyse	81,81 €	51,63 €
Weitergehende Betreuung/Dokumentat.	61,36 €	31,36 €

Grundlagen: Schmerzarzt ist als Anästhesist niedergelassen Punktwert 0,035 €

D. Jungck  11

Die in der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie nach § 135 Abs. 2 SGBV beschriebene umfassende schmerztherapeutische Versorgung chronisch Schmerzkranker ist mit dem EMB 2000plus nicht möglich. Das eine schließt das andere aus.

Die ohnehin schon geringe wirtschaftliche Grundlage der Schmerztherapie wird weggerissen.


Der Sicherstellungsauftrag ist so nicht erfüllbar.

Was stimmt denn nun?

↔

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung weist die Kritik zurück. Die Forderungen der Schmerztherapeuten seien weitgehend berücksichtigt worden. Neue arztgruppenunabhängige Zuschläge sicherten die Vergütung. Außerdem werde mit dem EBM 2000plus erstmals eine flächendeckende Finanzierungsgrundlage für die Schmerztherapie geschaffen. Bislang wurde die schmerztherapeutische Versorgung regional zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart. ER

Dt. Ärzteblatt 25.2.05

D. Jungck  12

Berechnungen der KBV bei Schmerzpraxen haben gezeigt:

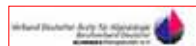
**Es wird Umsatzeinbußen von
30 bis über 40 %
geben.**

Öffentlich wird diese Tatsache verschwiegen, den
Schmerztherapeuten „Panikmache“ vorgeworfen.

Auf der Strecke bleiben die Patienten!

Die Berechnungen der KBV bestätigen unsere
Voraussagen und Befürchtungen

D. Jungck



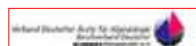
13

Was ist positiv am neuen EBM und der Qualitätssicherungsvereinbarung?

- Behandlung von Schmerzkranken findet Einzug in den Leistungskatalog – für alle überall
- endlich gibt es Schmerzkranken auch offiziell
- damit haben Schmerzkranken das Recht auf qualifizierte Schmerztherapie bei Schmerzärzten
- ohne Qualifikation kann und darf kein Arzt chronisch Schmerzkranken behandeln

**Aber: EBM und Qualitätssicherungsvereinbarung
schließen sich gegenseitig aus!**

D. Jungck



14

Südwestrundfunk
Abt. Inland
Report Mainz
Frau Beate Klein
Postfach 37 40

55027 Mainz

**Vorsitzender des Vorstandes
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**
Dr. Andreas Köhler
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Tel.: 030 / 4005 – 1001 + 1002
Fax: 030 / 4005 - 1090
e-mail: AKoehler@KBV.de
www.kbv.de

Dr. Kö/Dr. Ro/gü
12. Januar 2006

Ihr Schreiben vom
09.01.2006

Ihr Zeichen

Unser Zeichen
(*bitte in der Antwort angeben*)
00.IV.30.7

Situation der Schmerztherapie nach Einführung des neuen EBM

Sehr geehrte Frau Klein,

vielen Dank für Ihre Anfrage vom 9.1.2006 in der Sie uns um eine Stellungnahme zur Situation der schmerztherapeutischen Patienten nach Einführung des EBM 2000plus am 01. April 2005 bat.

Zu dieser Fragestellung haben wir eine bundesweite Abfrage durchgeführt.

Allgemein zeigt sich, dass eine flächendeckende Versorgung erstmalig auch von Patienten der sog. Primärkassen (AOK) auf der Basis bundeseinheitlicher Qualitätsmaßstäbe für die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten ermöglicht wird.

Aufgrund der aus der laufenden Abfrage gewonnenen Trendanalysen können wir Ihre Fragestellungen in Bezug auf die vertragsärztliche schmerztherapeutische Tätigkeit wie folgt beantworten:

Zu 1.

Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen (ambulante und belegärztliche ärztliche Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung) wird durch zwei Einflussgrößen ermittelt:

- den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), welcher vertragsärztliche Leistungen bundeseinheitlich definiert und mit Punkten bewertet und
- den länderspezifischen Regelungen der Honorarverteilung (Honorarverteilungsverträge zwischen den KVen und Krankenkassen), welche u.a. die Auszahlungspunktwerte für die EBM-Leistungen bestimmen.

In Bezug auf den EBM zeigt sich bei der Schmerztherapie keine homogene Entwicklung:

- in der überwiegenden Anzahl der Regionen und Arztgruppen wird je Behandlungsfall (= Behandlung eines Patienten in einem Quartal) eine im Durchschnitt um 28 Prozent höhere Punktsomme¹ abgerechnet (-28 % bis + 115 %),
- die Anzahl der schmerztherapeutisch versorgten Patienten nimmt überwiegend, im Mittel um 25 Prozent, in den Regionen zu (-8 % bis + 126 %).

Auch die regionalen Regelungen der Honorarverteilung zwischen den einzelnen Arztgruppen (Honorarverteilungsverträge) spiegeln diese Tendenzen wieder: Im Trend wird für den Bereich Schmerztherapie seit Einführung des neuen EBM am 01. April 2005 mehr Geld aufgewendet (Mittelwert + 12 %, regional und nach Arztgruppen -18 % bis + 58 %). Damit liegt dieser Bereich über dem Trend der allgemeinen Entwicklung der ärztlichen Vergütung.

Zu 2.

Die Implementierung der Schmerztherapie in den EBM bringt für Patienten folgende Veränderungen:

- erstmals eine flächendeckende Versorgung auch von Patienten der sog. Primärkassen (AOK)
- bundeseinheitliche Qualitätsmaßstäbe für die Versorgung der Patienten und die beteiligten Ärzte.

Zu 3.

Die Abrechnungstrends haben gezeigt:

- mehr Patienten werden durch Schmerztherapeuten versorgt,
- pro Patient werden mehr Punkte abgerechnet.

Anfangs bestanden aus Unkenntnis über die Struktur des EBM Sorgen, dass den Patienten die notwendige Zuwendung nicht mehr zuteil kommen würde. Die Abrechnungsdaten haben aber gezeigt, dass überwiegend die Anzahl der versorgten Patienten gestiegen ist und auch die vermehrte Zuwendung zum einzelnen Patienten höher honoriert wird.

¹ Punkte stellen eine relative Bewertung der einzelnen Leistungen dar. Je nach regional festgelegtem Budgetvolumen werden diese Punkte nach einem Verteilungsschlüssel (Honorarverteilungsvertrag) in Euro-Cent vergütet. Für die Kalkulation der Leistungen liegt ein Wert von 5,11 ct/Punkt zugrunde, der aber auf Grund der Budgetierung z.Z. mehrheitlich nicht als Auszahlungspunktwert realisiert wird.

Zu 4.

- Vor Einführung des EBM erreichte uns eine große Anzahl von Anfragen verunsicherter Schmerztherapeuten und Patienten über potentielle Einschränkungen bei der schmerztherapeutischen Versorgung, auf die einerseits mit der Aufklärung über bestehende Missverständnisse über die EBM-Anwendung, andererseits noch vor in Kraft treten des neuen EBM mit der Vornahme notwendiger Änderungen reagiert wurde.

- Seit Einführung des EBM ist zu beobachten, dass
 - die Zunahme der abgerechneten Fälle bei schmerztherapeutisch tätigen Ärzten der Behauptung widerspricht, dass weniger Patienten versorgt werden und
 - die Zunahme der abgerechneten Punkte pro Patient der Behauptung widerspricht, dass weniger Leistungen je Patient erbracht werden.

Zu 5.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung werden sich weiterhin um eine flächendeckende wohnortnahe qualitätsgesicherte Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten bemühen. Übergangsregelungen zur Absicherung der ökonomischen Rahmenbedingungen der Schmerztherapeuten sind gefunden worden.

Ihre Anfrage und der sich abzeichnende Trend zeigen hiervon abgesehen aber, dass auch die vertragsärztliche Schmerztherapie von dem Allgemeinproblem der chronischen Unterfinanzierung vertragsärztlicher Leistungen (rd. 30 % der vertragsärztlichen Leistungen werden nach unseren Berechnungen z.Z. nicht finanziert) betroffen ist. Dieser negative Allgemeintrend erklärt, dass sich auch trotz der sich bisher abzeichnenden überdurchschnittlichen Entwicklung der Vergütung schmerztherapeutischer Versorgung punktuell die von Betroffenen beschriebenen Probleme in der schmerztherapeutischen Versorgung ergeben können. Diese durch die Hartz-IV-Reform noch verschärfte Problematik kann nur durch die dringend überfällige Verbesserung der Einnahmesituation der gesetzlichen Krankenkassen behoben werden. Auch ein neuer EBM kann dieses Grundproblem nicht lösen. Hier ist die Politik aufgerufen, die geeigneten Maßnahmen zu ergreifen.

Wir hoffen, Ihnen mit obigen Auskünften gedient zu haben und verbleiben

mit freundlichen Grüßen



Dr. Köhler