



**Stellungnahme des BVSD
zur Abbildung der Schmerztherapie im EBM 2008**

Seit Beginn 2008 gelten für die Schmerztherapie zum einen neue Regeln für die Qualitätssicherung, zum anderen gibt es ein neues Honorierungssystem. Diese Veränderungen werden von einigen Betroffenen und Beteiligten als „Meilenstein für die Schmerztherapie“ bezeichnet. Doch wie ist die Realität:

- Als positiv ist zunächst erst einmal zu werten, dass die Schmerztherapeuten ihre Leistungen jetzt gleich und ohne Abhängigkeit von der Fachgruppe vergütet bekommen, und dass aus der EBM 2008 erkennbar wird, dass die Schmerztherapie eine zunehmende Akzeptanz als eigenständige medizinische Sparte erfährt. – Andererseits gibt es im EBM 2008 noch zu viele Defizite, um die Honorierungsmodalitäten und Qualitätsanforderungen als „Meilenstein der Entwicklung in der Schmerztherapie“ bezeichnen zu können.
- Mit den GOP 30700, 30702 und 30708 erreichen Schmerztherapeuten, die Teilnehmer an der Schmerztherapievereinbarung sind, bei mindestens 2 Patientenkontakten 2000 Punkte. (Das sind gerade einmal 25% mehr Punkte, als im Hausarztbereich bei zwei Kontakten pro Quartal abgerechnet werden kann.)

Für diese Honorierung werden dem Schmerztherapeuten jedoch unverhältnismäßig viele Zusatzleistungen abgefordert wie:

- Fallzahlbegrenzung
- Teilnahme an 10 im Prinzip nicht honorierten Schmerz-/Fallkonferenzen. Die 30706 erbringt bei 130 Punkten nicht einmal die Fahrt- bzw. die Unkosten. (Nebenbei bemerkt entsprechen 10 Schmerzkonferenzen vielerorts vom zeitlichen Aufwand her 10 halbtägigen nicht honorierten abendlichen Sprechstunden!) Es besteht bei diesen Vorgaben auch vor dem Hintergrund

der extrem niedrigen Bewertung der Schmerz- / Fallkonferenz mit 130 Punkten die Gefahr, dass Patienten bzw. „Fälle“ im Fließband-Verfahren abgehandelt werden. Damit würde der Sinn der Schmerzkonferenz, sich mit besonders schwierigen Fällen auf interdisziplinärer Basis auseinanderzusetzen, konterkariert.

- Vorhalten und Finanzierung von Schmerzfragebögen und Tagebüchern
- Wohl mehr als 80% der in Deutschland ambulant tätigen Schmerztherapeuten wird auf Grund der hohen Qualitätsanforderungen gar nicht in den Genuss kommen, die GOP 30704 abzurechnen.
- Selbst Schmerzzentren mit von der KV–anerkanntem Ausbildungscharakter erreichen bei zusätzlichem Ansatz der 30704 mit 635 Punkten bei einem angenommenen Punktewert von 4 Cent nicht das Honorar der alten EBM Ziffern 8450 und 8451. Sie müssen aber deutlich mehr Qualitäts-anforderungen erfüllen, wie z. B.:
 - Abhalten von täglich einer internen Fallbesprechung
 - eine wöchentliche Teamsitzung
 - Organisation von nahezu monatlich einer interdisziplinären offenen Schmerzkonferenz inklusive Protokollierung
 - Versorgung von mindestens 150 Schmerzpatienten pro Quartal (75% aller Patienten müssen Schmerzpatienten sein)
 - 30 Stunden algesiologische Weiterbildung pro Jahr
- Durch das stark geschrumpfte intrabudgetäre Regelleistungsvolumen und den zu erwartenden Punktewertverfall wird jedoch die Honorierung schlechter ausfallen, als zu alten EBM – Zeiten.

Selbst ein Punktewert von 5,1 Cent für die Ziffern 30702 und 30704 mit einem Plus von 20% gegenüber der alten 8450 / 8451 kann den zu prognostizierenden Verlust im intrabudgetären Teil nicht aufwiegen. – Allein deshalb muss ein hoher extrabudgetärer Punktewert gefordert werden. Eine Abhilfe wäre durch die Umwandlung der Honorierung für die GOP 30700 oder/und 30708 von intra- in extrabudgetär zu erreichen.

- Es besteht zudem die erhebliche Gefahr, dass die Punktvolumina von neu eingeführten Leistungspositionen, wenn sie bei den Regelleistungsvolumina keine Berücksichtigung finden, auf indirektem Weg wieder einkassiert werden.
- Psychologische Schmerztherapeuten ist es widersinnigerweise nicht möglich die GOP 30706 für die Schmerz-/Fallkonferenz abzurechnen.

- Offenbar ist man bei der Einführung der GOP 30706 gar nicht von Schmerzkonferenzen wie sie seit Jahren als Qualitätsstandart von Schmerztherapeuten durchgeführt werden, ausgegangen, sondern wohl von kurzen Fallbesprechungen. Nur so ist erklärbar, dass die Kalkulationszeit mit 5 Minuten veranschlagt worden ist. Patienten sollen, müssen aber nicht anwesend sein. - Mehrere Fachrichtungen sollen, müssen aber nicht vertreten sein. Das entspricht nicht den Vorstellungen des BVSD zur Qualitätssicherung. Es besteht bei diesen Vorgaben, auch vor dem Hintergrund der extrem niedrigen Bewertung der Schmerz-/ Fallkonferenz mit 130 Punkten die Gefahr, dass Patienten bzw. Fälle im Fließband-Verfahren abgehandelt werden. Damit würde der Sinn der Schmerzkonferenz, sich mit besonders schwierigen Fällen auf interdisziplinärer Basis auseinander zu setzen, konterkariert.
- Eine Ungereimtheit stellt aus Sicht des BVSD zudem die Tatsache dar, dass die psychotherapeutische Gesprächsziffer (GOP 35100) ab dem zweiten Arzt – Patienten – Kontakt von den fachärztlichen Schmerztherapeuten abgerechnet werden kann, die Schmerztherapeuten aus der Gruppe der Allgemeinmediziner bekommen dies jedoch nicht honoriert, obwohl hier genau die gleiche Leistung erbracht wird.
- Die Schmerztherapie, welche bei noch nicht chronifizierten Patienten durch den Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ geleistet wird, ist im EBM 2008 gar nicht abgebildet. Bekommt der Schmerztherapeut solche Patienten überwiesen, kann er lediglich 50% der fachspezifischen Grundpauschale abrechnen, während z. B. Diabetologen und Kardiologen die volle Pauschale erhalten. Diese Vorgaben ermöglichen kein wirtschaftliches Arbeiten und sind für das Anliegen, Schmerzchronifizierung durch frühzeitige umfassende Behandlung zu vermeiden, kontraproduktiv.
- Weiterhin besteht die völlig widersinnige Begrenzung der Behandlungsdauer chronisch Schmerzkranker auf 2 Jahre. Kein Mensch käme auf die Idee dem Rheumatologen eine Begrenzung der Behandlungsdauer von 2 Jahren vorzuschreiben.

Fazit:

Wieder einmal bleibt festzusellen, dass bei der gebotenen Honorierung die geforderten Inhalte der Schmerztherapie entweder nur unwirtschaftlich oder aber gar nicht in der geforderten Qualität erbracht werden können.

Die notwendige Behandlungsdichte, um Schmerzchronifizierungen zu verhindern oder zu stoppen, ist völlig unzureichend. Die Rahmenbedingungen perpetuieren damit weiter das, was verhindert werden soll, nämlich die Chronifizierung von Schmerzen, Frühberentungen und hohe Behandlungskosten.

Dr. B. Eberhardt

Dr. Thomas Lange

Task Force EBM des BVSD

3

Präsident: Dr. Reinhard Thoma, Tutzing; Vizepräsidentin Dipl.-Psych. Anne Willweber-Strumpf, Bremen;

Schriftführer: Prof. Dr. Joachim Nadstawek, Bonn; Schatzmeister: Dr. Bernhard Arnold, Dachau;

weitere Mitglieder des Vorstands: Dr. Hubertus Kayser, Bremen ; Dr. Thomas Lange, Rudolstadt; Dr. Thomas Nolte, Wiesbaden

Geschäftsstelle: BVSD, c/o Büro für gesundheitspolitische Kommunikation, Dr. Albrecht Kloepfer
Wartburgstr. 11, 10823 Berlin

Tel.: 030 784 41 92 ; Fax : 030 784 41 92 ; email: berlin@bv-schmerztherapie.de
www.bv-schmerztherapie.de