



## **2. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“**

Workshop-Berichtsband 2006

Eine Initiative der Grünenthal GmbH



## **2. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“ 1.-2. DEZEMBER 2006**

Workshop-Berichtsband

© BY GRÜNENTHAL GMBH

Geschäftsbereich Deutschland/Gesundheitsmanagement  
52099 Aachen

Eigenverlag

Redaktion: Dr. Albrecht Klopfer, Berlin

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.  
Alle dadurch begründeten Rechte,  
insbesondere des Nachdrucks,  
der Entnahme von Abbildungen,  
der Übersetzung sowie der Wiedergabe  
auf photomechanischem oder  
ähnlichem Weg, bleiben, auch bei nur  
auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

<b>1</b>	<b>Vorwort</b>	<b>4 – 7</b>
	Wolfgang Becker	4 – 7
<b>2</b>	<b>Session I – Freitag</b>	<b>8 – 25</b>
	Rudolf Henke	8 – 13
	Prof. Dr. Michael Zenz	14 – 19
	Dr. Robert Paquet	20 – 25
<b>3</b>	<b>Session II – Samstag</b>	<b>26 – 43</b>
	Dr. Leonhard Hansen	26 – 31
	Prof. Dr. Volker Amelung	32 – 36
	Dr. Diethard Sturm	38 – 43
<b>4</b>	<b>Session III – Samstag</b>	<b>44 – 61</b>
	Dr. Regina Mansfeld-Nies	44 – 49
	Ulrich Weigeldt	50 – 54
	Prof. Dr. Norbert Klusen	56 – 61
<b>5</b>	<b>Interview mit Willi Zylajew</b>	<b>62 – 65</b>
<b>6</b>	<b>Aus den Arbeitsgruppen:</b>	<b>66 – 81</b>
	Vergütung, Palliativversorgung, Neue Versorgungsstrukturen, Gesellschaftlicher Diskurs, Arzneimittelversorgung	
<b>7</b>	<b>Ergebnisse der Plenum-Befragungen</b>	<b>82 – 83</b>
<b>8</b>	<b>Über die Referenten</b>	<b>84 – 86</b>

# 1. V O R W O R T

## **Wolfgang Becker**

Geschäftsleiter  
Deutschland,  
Grünenthal GmbH

Menschliches Handeln – ob in der Politik oder als Unternehmen – unterliegt einem paradoxen Postulat: Die Zukunft kann man zwar nicht vorhersagen, trotzdem muss man auf sie vorbereitet sein. Einer solchen Vorbereitung dient der Grünenthal-Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“: Gemeinsam mit Akteuren aus allen Bereichen der Schmerzversorgung – Ärzten, Krankenkassen, Vertretern von Ärztevereinigungen, Politik, Pharmaindustrie – soll über mögliche Entwicklungen in der Schmerztherapie nachgedacht werden, und dieses Nachdenken soll zielgerichtet erfolgen, indem die Teilnehmer gemeinsam Modelle für zukünftige schmerztherapeutische Versorgungskonzepte erarbeiten. Denn tragfähige Konzepte können nicht von einer einzelnen Interessengruppe mit partikularer Zielsetzung entwickelt werden, sondern sie müssen, wenn sie sich als tragfähig erweisen sollen, in interdisziplinärer Gemeinschaft mit einer breiten Konsensbasis und in kontinuierlicher Diskussion und Weiterentwicklung entstehen. Grundlage unseres in regelmäßigen Abständen stattfindenden Workshops sind deshalb Arbeitsgruppen, die sich bereits bei unserer ersten Veranstaltung im Februar 2005 gebildet haben: Fragen der Vergütung, der neuen Versorgungsformen oder der öffentlichen Vertretung schmerztherapeutischer Interessen finden hier genauso ihr Forum wie die Diskussionen um zielführende palliativmedizinische Konzepte oder eine angemessene analgetische Arzneimittelversorgung. Ergänzend zu einer Reihe hochrangiger Vorträge sichern diese auch in engeren Zeitabständen tagenden Arbeitsgruppen die Kontinuität unserer Arbeit, und sie liefern den roten Faden für die Diskussionen im Rahmen des Plenum-Workshops, dessen Dokumentation wir Ihnen mit der vorliegenden Broschüre zur Kenntnis geben wollen.

Warum engagiert sich Grünenthal mit einer solchen Veranstaltung und mit dieser Publikation? Als pharmazeutisches Unternehmen ist es natürlich unsere primäre Aufgabe, innovative Präparate und Therapieoptionen zu entwickeln und sie dem Markt zur Verfügung zu stellen. Das Unternehmen hat sich in diesem Zusammenhang zu einem Experten für Arzneimittel der Schmerztherapie entwickelt. Gerade deswegen sind wir jedoch langfristig und dauerhaft auf verschiedenen Ebenen ehrenamtlich und im Bereich der Fortbildung engagiert. Ich verweise in diesem Zusammenhang auf unser interdisziplinäres „Pain-Fortbildungs-



*Wolfgang Becker*

konzept“, das seit seinem Start im Jahre 2002 von ca. 21.000 Ärzten in Anspruch genommen wurde, oder ich erinnere an den „Deutschen Förderpreis für Schmerzforschung“ für Forschungsarbeiten aus der klinischen und der angewandten Grundlagenforschung, den wir seit 1986 jährlich gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes verleihen. Auf europäischer Ebene engagieren wir uns mit dem „EFIC Grünenthal Grant“ in Höhe von 100.000 Euro, den wir seit 2004 jährlich gemeinsam mit der Dachorganisation der Europäischen Schmerzgesellschaft für eine konsequente Förderung der Schmerzforschung vergeben.

Als Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung setzt sich Grünenthal zudem seit vielen Jahren für zahlreiche soziale Projekte ein. Herausheben möchte ich besonders die 1998 ins Leben gerufene „Grünenthal-Stiftung für Palliativmedizin“. Sie dient der Förderung von Wissenschaft und Forschung auf dem Gebiet der Palliativmedizin und der Palliativversorgung sowie der Betreuung von schwer kranken und sterbenden Menschen. Im Juli 2006 war Grünenthal in diesem Zusammenhang Gastgeber der 56. Aachener Hospizgespräche, die seit 11 Jahren im Wechsel von verschiedenen Institutionen ausgerichtet werden. Auch hierzu hat das Unternehmen eine Dokumentations-Broschüre veröffentlicht.

Grünenthal sieht sich also in vielfältiger Hinsicht in gesellschaftlicher Verantwortung. Aber wir fragen uns natürlich auch – und hier befinden wir uns wieder im engen Kontext des hier dokumentierten Workshops –, wie unsere Medikamente in die Versorgungsrealität in Deutschland passen. Wir sehen unsere Rolle also auch darin, mit unserem Wissen, in den Indikationen, in denen wir Experte sind, unseren Beitrag zu leisten, um die Versorgungsqualität in der täglichen Realität immer weiter zu entwickeln. Dazu gehört, dass wir den entsprechenden Diskussionen ein neutrales Forum bieten: kontrovers, offen und flexibel. In einer Welt der neuen Strukturen können wir uns als Partner für Präparate- und Therapie-Know-how zur Verfügung stellen – und damit auch neue Wege der Zusammenarbeit gehen.

Denn eins ist klar: Der steigende Anteil der Bevölkerung bedingt, dass die Themen Schmerz und Schmerztherapie zwangsläufig in den Fokus der gesellschaftlichen Wahrnehmung rücken. Sie gehören aus medizinischer und aus volkswirtschaftlicher Sicht zu den dringendsten Problemen der gesundheitlichen Versorgung. Vorrangiges Ziel muss es dabei sein, durch eine adäquate Behandlung die Autonomie des Patienten zu sichern. Wir wissen aber, dass ein erheblicher Teil von Patienten mit Schmerzen heute noch immer nicht optimal versorgt wird. Neben der Frage der Wirksamkeit in der Therapie ist dabei die Verträglichkeit der Arzneimittel von zunehmender Bedeutung. Diese beeinflusst gravierend die Lebensqualität des Patienten, seine Therapietreue, die Akzeptanz gegenüber der Behandlung und damit letztlich auch die Kosten einer Therapie. Versorgungsqualität selbst wiederum setzt sich aus einer Vielzahl von Interessen, Ideen und Überzeugungen zusammen. Sie ermöglicht Vorschläge und Lösungen aus den verschiedensten Perspektiven und sie benötigt gerade deswegen eine intensive Diskussion. Unser Zukunftsworkshop soll ein Forum für diese Diskussion bieten.

Gemeinsam sind wir dabei aufgefordert, den Spagat zwischen einer notwendigen rationalen Arzneimitteltherapie und den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Patienten zu schaffen. Mit anderen Worten: Ein steigender Altersdurchschnitt bedingt einerseits die Notwendigkeit, eine breitere Versorgung sicherzustellen, andererseits muss diese natürlich weiterhin an die persönlichen Bedürfnisse des Einzelnen ange-



*Veranstaltungsort – Bildungszentrum der Grünenthal GmbH in Aachen*

passt werden. Und wir alle wissen: Sie muss trotz dieser komplexen Anforderungen auch noch bezahlbar bleiben. Die pharmazeutische Forschung wird dabei die Therapie in Vielfalt gewährleisten und sie wird mit den ihr zur Verfügung stehenden Mitteln die notwendige Diskussion zur Gestaltung der schmerztherapeutischen Zukunft zu fördern versuchen. Denn eine Vorbereitung auf die Zukunft ist möglich – auch wenn die Zukunft selbst nicht vorhergesagt werden kann. Zu dieser Vorbereitung möchten der Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“ und die hier vorgelegte Dokumentation ihren Beitrag leisten.

**SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHE  
VERSORGUNG  
AB 2007 – WIE IST DIE  
PERSPEKTIVE?**

**Rudolf Henke**  
Bundesärztekammer

**Mehr Wettbewerb wagen.  
Irreführung der Politik oder Chance für die Leistungserbringer?**

**Abstract**

Die Regelungen im GKV-WSG zur ambulanten spezialisierten Palliativmedizin sind insgesamt zu begrüßen. Die Reform schafft jedoch neben einer Verstaatlichung des Kollektivvertragssystems eine bunte Landschaft aus Einzelverträgen im Wettbewerb. Wenn die Palliativmedizin und die Schmerztherapie der Wettbewerbsseite zugeschlagen werden, dann muss zumindest gewährleistet sein, dass jeder Versicherte jeder Kasse bei jedem Arzt darauf Anspruch hat, meint Rudolf Henke von der Bundesärztekammer.

---

Aufgrund einer großen Anzahl bedeutender und bekannter Kritikpunkte muss die Gesundheitsreform zum gegenwärtigen Zeitpunkt insgesamt negativ bewertet werden. Zu den sehr vernünftigen Dingen im GKV-WSG gehören jedoch ohne Zweifel die Regelungen zur Palliativversorgung. Diese Entwicklung ist in vielen Jahren harter Arbeit von vielen Akteuren vorbereitet worden. Die Gesetzesregelungen zur Palliativversorgung bestimmen, dass Versicherte der gesetzlichen Krankenkasse mit einer nicht heilbaren fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung und Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinn des Pflegeversicherungsgesetzes unter bestimmten medizinischen Bedingungen in Zukunft Anspruch haben auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung.

Die Bundesärztekammer begrüßt dieses neue Versorgungsangebot einschließlich der sektoren- und leistungsbereichübergreifenden Verzahnung. Die Koordinationsfunktion für den medizinischen Aufgabenbereich wird zwar auf eine untergesetzliche Ebene verlagert, aber aus der Gesetzes-Begründung geht hervor, dass die Erbringung der spezialisierten Palliativversorgung voraussetzt, dass auch im Rahmen eines ambulanten Palliative Care Teams ein auf Palliativmedizin spezialisierter Arzt einbezogen ist. Dies sollte im Gesetzestext noch deutlicher zum Ausdruck kommen, damit eine Leistungserbringung aus-





*Rudolf Henke*

schließlich durch Pflegepersonal gesetzlich ausgeschlossen ist. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die Sicherung eines nahtlosen Übergangs der Behandlungsmöglichkeiten vom stationären in den ambulanten Sektor.

### **Wettbewerbliche Anreize des Kollektivvertragssystems**

Diese Behandlungsmöglichkeiten sind unter dem Kollektivvertragssystem derzeit eingeschränkt. Bei der Honorarverteilung im ambulanten Bereich herrscht der Grundsatz, dass bei betriebswirtschaftlicher Kalkulation jedem Arzt eine gleiche Vergütung seiner persönlichen Arbeitsleistung zustehen sollte. Diese Form der Gleichstellung setzt Anreize für ein möglichst zügiges Arbeiten und belohnt in gewisser Weise denjenigen, der eine hohe Menge an Leistungen aufweisen kann. Investitionen in ein zusätzliches Know-how nach der abgeschlossenen Facharztweiterbildung, die zeitintensive Beschäftigung mit komplexen Patientenproblemen, die Vernetzung mit anderen Spezialisten und anderen Versorgungsebenen werden in einem solchen Honorierungskonzept unzureichend erfasst.

Verschärfend kommt hinzu, dass die Art der vertragsärztlichen Vergütung, wie auch das System der Wirtschaftlichkeitsprüfung, vor allem in der Arzneimittelversorgung, historisch auf Durchschnittswerten

**SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHE  
VERSORGUNG  
AB 2007 – WIE IST DIE  
PERSPEKTIVE?**

### **SCHMERZ- THERAPEUTISCHE VERSORGUNG AB 2007 – WIE IST DIE PERSPEKTIVE?**

**Rudolf Henke**  
Bundesärztekammer

basiert. Gegen diesen Druck zur Novellierung im herkömmlichen Kollektivvertragssystem hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) nun mit ihrer 2005 eingerichteten Vertragswerkstatt versucht, ein Ventil zu bauen. Aufgabe der Vertragswerkstatt der KBV ist es, auf der Basis des § 73c SGB V passgerechte Versorgungsangebote für spezielle Herausforderungen in der ambulanten Versorgung zu entwickeln und mit den Krankenkassen dazu entsprechende Verträge zu vereinbaren, denen besonders qualifizierte Ärzte beitreten können. So sollen die Kollektivverträge ergänzt werden mit Spezialangeboten von Ärzten, die über das Durchschnittsmaß hinaus engagiert und vielleicht auch qualifiziert sind.

#### **Neue Versorgungsmodelle zur Schmerztherapie und Palliativmedizin der KBV**

Die KBV hat in der Vertragswerkstatt fünf Vertragsmodelle entwickelt, darunter ein Modell zur qualitätsgesicherten CT-gestützten interventionellen Schmerztherapie und ein Modell zur palliativmedizinischen Versorgung. Damit verfolgt die KBV eine Optimierung der Patientenversorgung, eine Stärkung der Patientenorientierung und eine Stärkung von Kooperationen im Gesundheitswesen.



Das Modell der KBV zur CT-gestützten interventionellen Schmerztherapie sieht als Versorgungsziel einen besseren Zugang zu dieser speziellen Anwendung über eine Indikationsstellung und die Verbesserung der Ergebnisqualität vor. Der Versorgungsauftrag umfasst die Intervention bei chronisch lumbalem Schmerzsyndrom durch Facettenblockade und periradikuläre Therapie. Die Indikation stellen Schmerz-

therapeuten und ein interdisziplinäres Konsil. Die Schmerzanalyse erfolgt durch Schmerztherapeuten. Mindestens zwei formatorische Interventionen sind vorgesehen. Der Behandlungsablauf ist geregelt. Es gibt den Einsatz eines Schmerz-Fragebogens und eine Dokumentationspflicht über die Indikationsstellung und den Verlauf des Schmerzstatus. Strukturell wird von den Vertragsärzten, die an der Schmerztherapievereinbarung teilnehmen, eine EDV-Ausstattung zur Dokumentation gefordert. Die Mitwirkung von Fachärzten für Radiologie, interdisziplinäre Schmerzkonferenzen zur Qualitätssicherung, die Evaluation des Versorgungsauftrags, ein jährlicher Qualitätsbericht, umfassende Patientenaufklärung und die Einbindung von Selbsthilfegruppen sind zudem vorgeschrieben.

Für die Palliativmedizin ist das Versorgungsziel eine qualifizierte ambulante Palliativversorgung von schwerstkranken Patienten in der letzten Lebensphase im häuslichen Umfeld. Zum Versorgungsauftrag gehört die nahtlose Überleitung des Patienten vom Krankenhaus in die ambulante Versorgung, die Schmerztherapie insbesondere mit Betäubungsmitteln, die Symptomkontrolle, die psycho-soziale Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen, eine 24-Stunden-Rufbereitschaft, die Kooperation mit Krankenhäusern, Pflegediensten und Hospizen. Vorgesehen sind zwei Betreuungsebenen: der behandelnde Vertragsarzt mit definierten Aufgaben und ein kooperierender qualifizierter Palliativarzt zur Beratung und gegebenenfalls Mitbehandlung. Die Qualitätsanforderungen sehen darüber hinaus die regelmäßige Fortbildung in palliativmedizinischen Themen vor. Von Fachärzten und Allgemeinärzten auf der zweiten Betreuungsebene werden die Zusatzweiterbildung in Palliativmedizin oder ähnliche praktische Qualifikationen gefordert. Die Qualitätssicherung schließt eine Evaluation der Patienten- und Angehörigenzufriedenheit, die Förderung von Qualitätszirkeln und die Weiterentwicklung der Fortbildung ein.

**SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHE  
VERSORGUNG  
AB 2007 – WIE IST DIE  
PERSPEKTIVE?**

**Zukunft der Schmerztherapie unter dem GKV-WSG**

Wenn man dem Entwurf des GKV-WSG folgt, zeichnet sich ab, dass wir in Zukunft ein in zwei Bereiche gegliedertes ambulantes Gesundheitssystem haben werden. Wir werden den verstaatlichten Sektor haben, in dem den gesetzlichen Krankenkassen durch den

### SCHMERZ- THERAPEUTISCHE VERSORGUNG AB 2007 – WIE IST DIE PERSPEKTIVE?

**Rudolf Henke**  
Bundesärztekammer

Gesundheitsfonds die Beitragssatzhoheit genommen ist, die Beitragshöhe staatlich festgesetzt wird, die Höhe des Zusatzbeitrags limitiert wird und dieses Einnahmenbudget auf der Ausgabenseite durch eine vereinheitlichte Gesamtstruktur verwaltet wird, die zumindest in der vertragsärztlichen Versorgung einheitliche Kollektivverträge schließt. Maßgeblich ist die Budgetierung. Die Krankenkasse hat keinen individuellen Einfluss auf die Vertragsinhalte und den Leistungskatalog. Der einzige existierende Wettbewerbsparameter in diesem Bereich sind die Wahltarife, die Krankenkassen ihren Versicherten anbieten können.



*Diskussionspartner Dr. Jürgen Bausch*

Neben diesem Sektor gibt es die Sonderverträge, bei denen Krankenkassen ergänzend zur vertragsärztlichen Versorgung die Möglichkeit haben, für die Erfüllung bestimmter Versorgungsaufgaben gezielte Versorgungsaufträge zu erteilen. Dazu zählen die hausarztzentrierte Versorgung, die sogenannte auftragsgebundene Versorgung und die Integrierte Versorgung. Die KVen sind nach dem derzeitigen Stand weitestgehend aus diesem Vertragsgeschehen ausgeschlossen. Dieses wettbewerbliche Segment wird eine bislang ungekannte Differenzierung in das Versorgungsgeschehen bringen. Für die Patienten wird dies zur Folge haben, dass wir ein Phänomen wieder sehen, das wir mit Ende der 60er Jahre vergessen glaubten. Man wird nämlich den Arzt in Zukunft vorher wieder anrufen müssen, ob er für die Behandlung überhaupt zur Verfügung steht, weil sich in diesen Sonderverträgen die Kassenfamilien und die einzelnen Kassenarten als Wettbewerbsmerkmal voneinander unterscheiden. Der eine ist Sprengel-Arzt dieser Kasse, der andere ist Sprengel-Arzt jener Kasse.

Auswege aus dieser Situation zeigen sich, wenn die KBV und die KVen unmittelbar Vertragspartner von Verträgen nach §§ 73 und 73c werden können. Dasselbe gilt für die Verträge über Integrierte Versorgung. Außerdem muss die KV in die Lage versetzt werden, durch ergänzende Vertragsbeziehungen mit anderen Leistungserbringern Versorgungsketten zu bilden, die eine besondere Versorgung ermöglichen. Die besonderen Vertragsbeziehungen müssen dem Sicherstellungsauftrag den KVen zugeordnet werden. Ein zentraler Punkt ist zudem, dass im Interesse der Gleichbehandlung und eines möglichst flächendeckenden Angebotes für alle Patienten alle Ärzte und Psychotherapeuten, die die vertraglich vereinbarten Voraussetzungen erfüllen, auch einen Anspruch darauf haben, an den entsprechenden Versorgungsverträgen teilzunehmen.



### SCHMERZ- THERAPEUTISCHE VERSORGUNG AB 2007 – WIE IST DIE PERSPEKTIVE?

**Prof. Dr. Michael Zenz**  
Präsident der Deutschen  
Gesellschaft zum  
Studium des Schmerzes

### Qualitätsanforderungen an eine spezialisierte Schmerzversorgung

#### Abstract

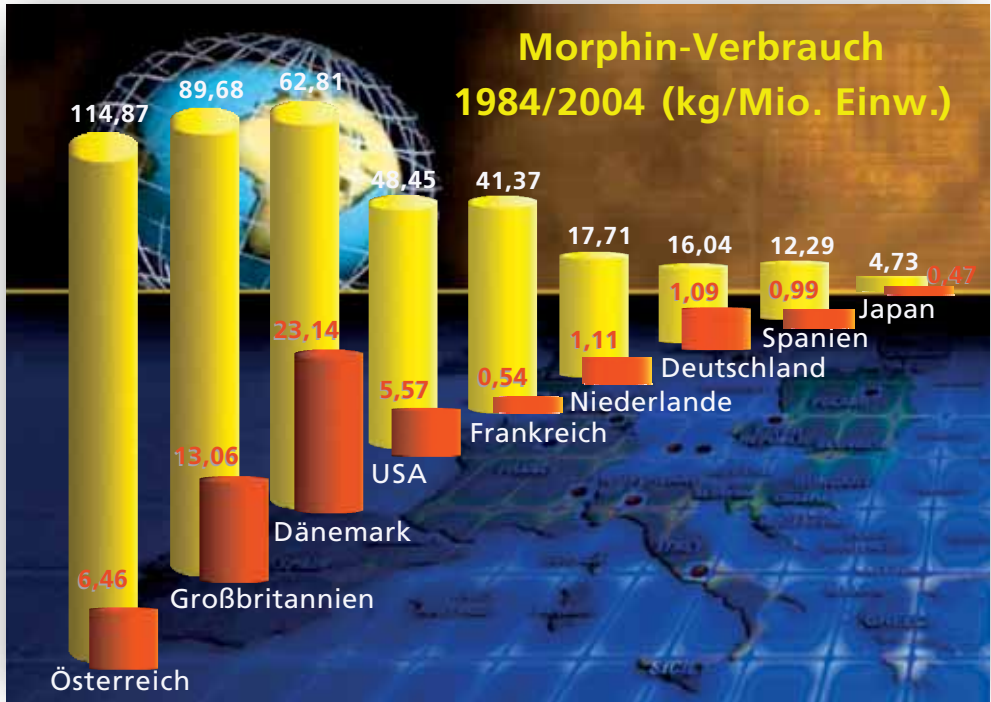
„Wir stehen mit der Schmerztherapie tatsächlich immer noch am Anfang.“ So lautet die Diagnose von Prof. Dr. Michael Zenz zur aktuellen Situation der Schmerztherapie und Palliativmedizin in Deutschland. Zenz vermisst eine systematische Verankerung der Schmerztherapie nicht nur in der Approbationsordnung für das Medizinstudium und in der Facharztweiterbildung. Auch eine strukturierte Schmerzversorgung in Praxis und Klinik tut seiner Auffassung nach dringend not. Für die nahe Zukunft fordert Zenz Leitlinien und definierte Standards für Qualität und interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Versorgung von Schmerzpatienten.

---

#### Aktuelle Situation

Wir bewegen uns auf einem Eis, das gerade erst gewachsen ist. Die Schmerztherapie ist in Deutschland eine junge Disziplin. Die DGSS, die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, ist 1975 als eine der ersten internationalen Fachgesellschaften gegründet worden. Das ist verglichen mit etablierten medizinischen Fachgesellschaften ein Jünglingsalter. Die erste Publikation zu oralen Opioiden bei Tumorschmerz liegt gerade einmal 20 Jahre zurück. Die erste Schmerzambulanz in Deutschland hat gerade ihr 25-jähriges Bestehen gefeiert. Auf der anderen Seite sind viele Impulse von Deutschland ausgegangen. Der Gedanke der Interdisziplinarität ist sicherlich hier am weitesten gediehen. Das Wort „Chronifizierung“ gibt es bisher nur in Deutsch und deutsche Wissenschaftler zählen im Bereich Schmerz zu den internationalen Spitzen.

Doch wir haben noch immer enorme Defizite in der Schmerztherapie. Das zeigen zum Beispiel internationale Untersuchungen. Beim Indikator Morphinverbrauch befindet Deutschland sich im internationalen Vergleich noch nicht einmal auf dem Stand von Dänemark vor 20 Jahren. Während in Dänemark 1984 pro Million Einwohner 23,14

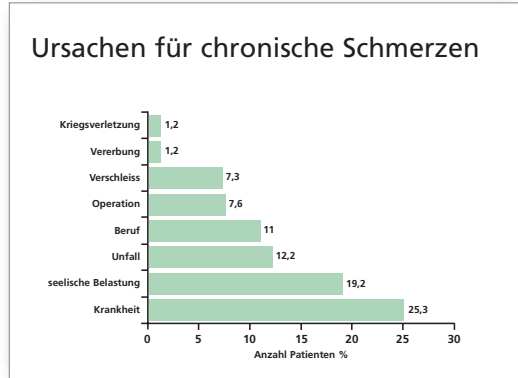
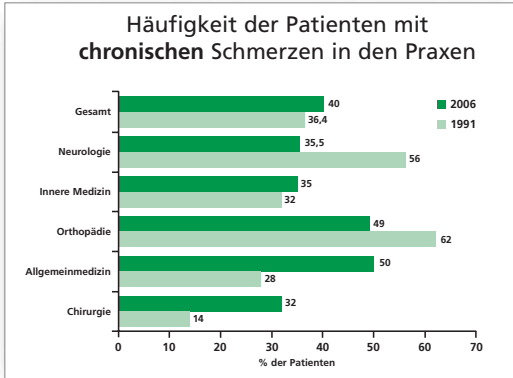


= 2004    = 1984

Kilogramm Morphin gegeben wurden, haben Ärzte und Kliniken in Deutschland 2004 gerade 16,04 Kilo Morphin pro Million Einwohner verordnet. Auch andere Indikatoren zeigen ein Defizit. Bei einer Befragung von Krankenhauspatienten hat ein Drittel angegeben, immer oder fast immer Schmerzen zu haben. Eine Befragung von Patienten ein Jahr nach einer Operation der Leistenhernie hat gezeigt, dass 2,2 Prozent der Patienten aufhören zu arbeiten. Vier Prozent stellen sexuelle Aktivitäten ein. Das sind dramatische Auswirkungen von Schmerzen.

Nach Aussage des Gesundheitsberichts für Deutschland ist Schmerz hierzulande eine der führenden Krankheiten. Etwa zehn Prozent der Bevölkerung leiden unter chronischen Schmerzen. Das sind rund acht Millionen Patienten. Schlimmer noch ist aber, dass chronische Schmerzen in der Chirurgie und in der Allgemeinmedizin sogar zugenommen haben. Das Problem Schmerz ist nach wie vor ungelöst. Chronischer und akuter Schmerz sind heutzutage in 45 Prozent der Fälle ausschlag-

**SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHE  
VERSORGUNG  
AB 2007 – WIE IST DIE  
PERSPEKTIVE?**



gebend dafür, dass ein Patient zu seinem Hausarzt oder Facharzt geht. Mit anderen Worten: Fast die Hälfte der Patienten in den Arztpraxen ist dort wegen Schmerzen. Hinzu kommt die finanzielle Dimension. Allein die Folgekosten von Rückenschmerz hat das Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2003 auf 25 Milliarden Euro beziffert.

### SCHMERZ- THERAPEUTISCHE VERSORGUNG AB 2007 – WIE IST DIE PERSPEKTIVE?

**Prof. Dr. Michael Zenz**  
Präsident der Deutschen  
Gesellschaft zum  
Studium des Schmerzes

### Perspektiven in der Ausbildung

Wie hat sich die Schmerztherapie in der medizinischen Ausbildung etabliert? Ein Blick zurück ins Jahr 1996 zeigt: Die Approbationsordnung sah keine Pflicht-Kurse und -Vorlesungen und auch keine Patientendemonstrationen zur Schmerztherapie vor, aber immerhin zehn Fragen im Staatsexamen. In einigen Fächern gab es freiwillige Lehre, zum Beispiel in der Anästhesie und der Neurologie. In der heutigen Approbationsordnung sind nicht einmal mehr die zehn Fragen im Staatsexamen vorgesehen. Nach wie vor sind Vorlesungen, Kurse und Patientendemonstrationen keine Pflicht. Ich unterstelle, dass die Politik einfach vergessen hat, die Schmerztherapie in der Approbationsordnung zu verankern. Ein aktueller Entwurf zur Änderung der Approbationsordnung aus dem Land Niedersachsen bezieht sich lediglich auf Palliativmedizin. Das ist sehr zu bedauern, denn man kann keinen Fortschritt erreichen, wenn man Palliativmedizin und Schmerztherapie trennt. Dann besteht die Gefahr, dass in Zukunft Palliativmediziner unzureichend in Schmerztherapie ausgebildet sind. Wenn die Grundlagen der Schmerztherapie im Studium schon fehlen, muss spätestens in der Weiterbildung zum Facharzt und insbesondere in der Weiterbildung für Spezialgebiete wie Palliativmedizin ein gründliches Wissen in Schmerztherapie vorhanden sein.



In der Facharzt-Weiterbildung zeigt sich eine ähnliche Entwicklung. Dort gab es früher das Pflichtfach Schmerz in der Anästhesie und Chirurgie. Ein Arzt konnte durch die Facharztprüfung fallen, wenn er Fragen zum Schmerz bei der Prüfung nicht beantworten konnte. In der Inneren Medizin und in der Onkologie war Schmerz jedoch kein Thema. Bei der neuen Musterweiterbildungsordnung sind nun einige Fächer aufgewacht, darunter Radiologie, Geriatrie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Psychiatrie und Neurochirurgie.

Aber in der Facharztprüfung für Anästhesie kann keiner mehr durchfallen, wenn er von Schmerz nichts weiß. Geschuldet ist das einem groben Strickfehler der Musterweiterbildungsordnung. Man wollte das Thema Schmerz fächerübergreifend verankern, indem man es in die Präambel schreibt. Weil es aber bei einigen und nicht bei allen Fächern zusätzlich ausdrücklich im Katalog steht, gilt das Thema Schmerz nun in vielen Fächern als nicht prüfungsrelevant.

### **Perspektiven in der stationären Versorgung**

Deutliche Defizite bei der Schmerzbehandlung gibt es auch in den Kliniken. Untersuchungen haben gezeigt, dass die Schmerzwerte von operativ und konservativ behandelten Patienten deutlich besser sein könnten. Besonders das Defizit in den konservativen Fächern ist ein großes Problem. Von gut 1000 schmerztherapeutisch behandelten Patienten waren bei mehr als der Hälfte die Schmerzwerte zu hoch.

Insgesamt gibt es kaum Krankenhäuser in Deutschland, die neben der Aufzeichnung von Blutdruck und Puls eine Linie für Schmerz haben. Die Folge ist, dass Schmerz dann nicht oder nur unzureichend behandelt wird. Es gibt keine Regelungen, wie mit Schmerzproblemen umgegangen wird. Die Einführung der Fallpauschalen (DRGs) bringt neue Schwierigkeiten. Eine große Gefahr lauert dahinter, dass bei der Einführung der DRGs überhaupt nicht geklärt wurde, was aus sogenannten Sekundärtugenden wie der Schmerztherapie wird. Das DRG-System sieht sie nicht vor. Es geht nur darum, wie ich am preiswertesten eine Galle oder ein Herz operieren kann. Damit werden Schmerztherapie und psycho-soziale Betreuung womöglich unbezahlbar. Ein Triumph des Sparzwangs, der die Kosten nur verlagert und dadurch erhöht.

**SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHE  
VERSORGUNG  
AB 2007 – WIE IST DIE  
PERSPEKTIVE?**

### **SCHMERZ- THERAPEUTISCHE VERSORGUNG AB 2007 – WIE IST DIE PERSPEKTIVE?**

**Prof. Dr. Michael Zenz**

Präsident der Deutschen  
Gesellschaft zum  
Studium des Schmerzes

#### **Perspektiven in der ambulanten Versorgung**

In der ambulanten Medizin ist das Thema Schmerz genauso vernachlässigt wie in der stationären. Es gibt keine systematische ambulante Versorgung von Schmerzpatienten. Vergeblich sucht man nach einheitlichen Regelungen zur Abrechnung, zur Interdisziplinarität der Versorgungsstufen oder zur Qualität.

So knüpfen Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen die Zulassung zur Schmerztherapie an unterschiedliche Qualitätsvoraussetzungen. Leitlinien fehlen bislang in fast allen Bereichen. Kurz vor dem Abschluss stehen derzeit Leitlinien zu postoperativem Schmerz und zur Opioidversorgung bei nicht durch Tumoren bedingten Schmerzen. Das neue Vergütungssystem für niedergelassene Ärzte EBM 2000plus war für die Schmerztherapie anfangs eine Katastrophe. Es hat sich etwas gebessert, aber die Diskussionen dauern bis heute an, und ich bin nicht sehr zuversichtlich, dass wir noch viel mehr erreichen. Im Diagnose-Kodierungs-System ICD fehlen noch klare Ziffern für Schmerzbehandlungen. Völlig unterschiedliche Definitionen gibt es zudem überall für die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Die einen verstehen darunter Schmerzkonferenzen, die anderen eine bestimmte Anzahl von Fachgebieten irgendwo im Haus. In der Gebührenordnung ist Interdisziplinarität gar nicht vorgesehen. Das bedeutet auch, dass die Ärzte keine Honorare für ihre Zusammenarbeit bekommen. Alle die mitmachen, tun das aus persönlichem Engagement.

#### **Zukunftsperspektiven**

Es ist sehr zu begrüßen, dass die Palliativversorgung durch die Gesundheitsreform einen neuen Status erhält. Aber sie steht relativ alleine da, denn das Wort Schmerz kommt in der Reform nicht vor. Selbstkritisch müssen sich hier auch die Ärzte fragen, ob sie der Schmerztherapie eine ausreichend laute Stimme verschafft haben. Bei den Verbänden herrscht derzeit noch großes Durcheinander. Doch noch im Dezember soll ein bundeseinheitlicher Berufsverband gegründet werden.

In Sachen Qualität geht es voran. Die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes wird jetzt die ersten fünf Krankenhäuser zertifizieren. Dabei achten wir nicht nur auf Struktur- und Prozessqualität,



*Prof. Dr. Michael Zenz*

sondern vor allem auf Ergebnisqualität. Wir prüfen unter anderem, ob Grenzwerte für hohe Belastungen und Maximalschmerz tatsächlich eingehalten werden oder ob die Analgetikawirkung bewertet wird. Der Deutsche Schmerzfragebogen ist fertiggestellt und zur Qualitätsverbesserung einsetzbar. Mit einem online verfügbaren CIRS-System lassen sich kritische Ereignisse erfassen, sammeln, analysieren und es lässt sich dadurch für zukünftige Behandlungen die Sicherheit erhöhen. Die DGSS ist eine der ersten Fachgesellschaften, die ein solches System eingeführt hat.

Das Problem Schmerz wird weiter zunehmen. Wir werden uns aufgrund der Altersentwicklung insbesondere auch mit schmerzhaften Erkrankungen im Alter auseinandersetzen müssen. Dafür müssen wir uns wappnen. Deshalb muss die Schmerztherapie in der Approbationsordnung verankert werden. Die allgemeine Schmerztherapie muss Bestandteil jeder Facharztprüfung werden. Niedergelassene Ärzte müssen die Prophylaxe zur Vermeidung der Chronifizierung verstärken. An den Kliniken sind mehr Lehrstühle für Schmerztherapie und Palliativmedizin nötig. Diese sollten am besten kombiniert werden. Wir brauchen letztlich den Facharzt für Schmerztherapie und Palliativmedizin.

**SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHE  
VERSORGUNG  
AB 2007 – WIE IST DIE  
PERSPEKTIVE?**

**SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHE  
VERSORGUNG  
AB 2007 – WIE IST DIE  
PERSPEKTIVE?**

**Dr. Robert Paquet**  
BKK Bundesverband  
Büro Berlin

**Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten und  
die Rolle der Kostenträger**

**Abstract**

Was verändert das Reformgesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) explizit in Sachen Schmerztherapie? Wie verändert sich die Ausgangslage der Krankenkassen und ihre Konkurrenzsituation generell durch das GKV-WSG? Das sind die Themen von Dr. Robert Paquet. Seine Thesen: Wettbewerb macht nur Sinn, wenn die Kassen sich in Selektivverträgen Vertragspartner für die Behandlung ihrer Versicherten aussuchen können. Kassen müssen dazu auch bei der Schmerztherapie aktives Versorgungsmanagement betreiben.

---

**Gesetzliche Änderungen bei Schmerztherapie**

Im Leistungsbereich bringt das GKV-WSG eine Reihe von Veränderungen. Aber einige dieser neuen Leistungsangebote sind erstens nicht neu und zweitens nicht besonders geschickt konstruiert. So ist zum Beispiel im § 11 des fünften Sozialgesetzbuchs der Anspruch auf Versorgungsmanagement zur Lösung von Schnittstellenproblemen eingefügt. Zur Realisierung dieses Anspruchs wird auf drei weitere Bestimmungen verwiesen. § 112 ist zu allgemein. § 115b – die sogenannten dreiseitigen Verträge zwischen Krankenkassen, Kliniken und Leistungserbringern – hat bisher fast nichts Konkretes ergeben. Das Einzige, woraus sich etwas gestalten lässt, ist Integrierte Versorgung nach § 140a ff.

Um die Schmerztherapie wirklich voranzubringen, müsste mit dem Reformgesetz effektives Fallmanagement durch Krankenkassen ermöglicht werden. Denn nur die Krankenkassen haben den Überblick über alle Versorgungsbereiche, die ihre Versicherten durchlaufen. Deshalb sollten sie gemeinsam mit Krankenhäusern und Leistungserbringern an der Gestaltung und Abstimmung der Versorgungsprozesse arbeiten. Doch das ist im Gesetz leider nur halbherzig vorgesehen. Es fehlen explizite Rechtsgrundlagen, die den Krankenkassen die Möglichkeit



*Dr. Robert Paquet*

eröffnen, ihre Versicherten in stationären Einrichtungen nicht nur mit deren ausdrücklicher Zustimmung zu kontaktieren, um zum Beispiel die poststationäre Versorgung zu organisieren. Ebenso fehlten ausreichende Möglichkeiten der Kassen, ihren Versicherten aktiv Empfehlungen zu Qualität und Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern zu geben.

### **Neue gesetzliche Bestimmungen zur ambulanten Palliativversorgung**

§ 132d in Verbindung mit 37b regelt nun explizit den Anspruch von gesetzlich Versicherten auf sogenannte „spezialisierte ambulante Palliativversorgung“. Als Bedingungen für den Leistungsanspruch nennt das Gesetz: unheilbare lebensbedrohliche Erkrankungen, die Notwendigkeit besonders aufwendiger Versorgung, ärztliche Verordnungen und Genehmigungen der Kasse, ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination, insbesondere zur Schmerztherapie, und die Betreuung der Versicherten in deren häuslicher Umgebung beziehungsweise entsprechende Leistungen für Versicherte in stationärer Pflege. Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt, welche Erkrankungen und welcher Versorgungsbedarf gemeint sind. Eingeschränkt wird das aber dadurch, dass zugleich das Verhältnis zur ambulanten Ver-

**SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHE  
VERSORGUNG  
AB 2007 – WIE IST DIE  
PERSPEKTIVE?**

### SCHMERZ- THERAPEUTISCHE VERSORGUNG AB 2007 – WIE IST DIE PERSPEKTIVE?

**Dr. Robert Paquet**

BKK Bundesverband  
Büro Berlin

sorgung und zu den Hospizen definiert werden soll. Zudem seien gewachsene Versorgungsstrukturen zu berücksichtigen.

Die gemeinsame Stellungnahme der GKV-Spitzenverbände ordnet diese Bestimmung in den Bereich des politischen Marketings ein. Was im Gesetz beschrieben wird, ist in den wesentlichen Elementen schon vorhanden. Die nötigen Weichenstellungen für eine verbesserte Palliativmedizin sind schon vor dem GKV-WSG vollzogen worden, zum Beispiel durch die neuen extrabudgetären EBM-Ziffern zur Schmerztherapie. Auch bei den Fallpauschalen in Krankenhäusern soll die Schmerztherapie künftig berücksichtigt werden können. Problematisch ist, dass mit der gesetzlichen Neuregelung neue Schnittstellen insbesondere zur Hospizbewegung und zu den Pflegeheimen geschaffen werden. Dies sieht offensichtlich auch die Bundesregierung, die den Gemeinsamen Bundesausschuss ausdrücklich beauftragt, Regelungen zur Vermeidung von Doppelabrechnungen zu schaffen.

Die explizite gesetzliche Regelung soll offenbar dazu dienen, dass eine Infrastruktur zur Palliativversorgung gefördert wird. Dabei ist auffällig, dass die Krankenkassen diese Infrastruktur in Einzelverträgen wettbewerblich entwickeln sollen. Ich selbst habe große Skepsis, dass ein solcher Bereich, der bisher wenig entwickelt ist und in dem es wenig definierte Standards gibt, für den Wettbewerb geeignet ist. Fortentwicklungsbedarf gibt es allerdings in vieler Hinsicht. Explizit genannt seien: partizipative Entscheidungsfindung mit Patient und Angehörigen, die Entwicklung von Behandlungsplänen, ein kontinuierliches ärztliches Fallmanagement für sektorübergreifende Versorgung, bedarfsgerechte Patienteninformation und die Optimierung der ärztlichen Kommunikationsfähigkeit. Ob solche Strukturen und Fertigkeiten im Wettbewerb gefördert werden, hängt stark von der Gestaltung dieses Wettbewerbs ab.

#### **Schmerzversorgung im Wettbewerb**

Die künftige Wettbewerbssituation der Kassen wird durch das GKV-WSG außerordentlich verschärft. Bislang wechseln rund fünf Prozent der Versicherten pro Jahr ihre Krankenkasse. Das markiert nach meiner Einschätzung bereits einen relativ gesunden Wettbewerb. Diese Verän-

derungsquote löst bei allen Krankenkassen genug Anstrengungen aus, um ihre Mitglieder zu halten.

Das GKV-WVG bringt nun Wahltarife, die mit Versorgungsmodellen kombiniert werden. So kommen die Vertragsgestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen mit den Wahlтарifen in Konflikt, denn sie werden dann ausschließlich dem Ziel dienen, dass die einzelne Kasse keine Zusatzprämie erheben muss. Ich räume ein, dass es im Gesundheitswesen viel Rationalisierungsbedarf und Möglichkeiten zur Produktivitätssteigerung gibt. Aber diese Kombination von Vertragsgestaltung und Wahlтарifen halte ich für einen Zwang, der uns die Luft abdrückt. Die logische Folge ist, dass in den Bereichen zurückgeschnitten werden muss, in denen Krankenkassen investieren und Modellprojekte mit Anschubfinanzierung unterstützen müssten, also auch zum Beispiel in der Schmerztherapie. Das geht letztlich auf Kosten der Qualität und wird zu einer latenten Rationierung führen.

Wenn Wettbewerb wirklich ernst genommen würde, dann müsste er über die Differenzierung der Kassenangebote in bestimmten Leistungsbereichen erfolgen. Dazu sieht das Gesetz die Einzelvertragsmöglichkeiten vor. Für die Schmerzversorgung sind von den wettbewerblichen Einzelvertragsmöglichkeiten der Kassen jedoch nur wenige geeignet. Disease-Management-Programme scheiden aus, weil Schmerz kein homogenes Krankheitsbild ist, das sich für standardisierte Behandlungskonzepte eignen würde. Die hausarztzentrierte Versorgung bringt für Schmerztherapie auch keine Vorteile. Die extrabudgetären EBM-Ziffern werden hier zur Finanzierung erst einmal ausreichen müssen.

### **Integrierte Schmerzversorgung**

Möglichkeiten bietet allenfalls die Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. Allerdings gibt es dabei auch einige Risiken. Denn wenn man versucht, die Versorgung in einem einzelnen Bereich durch einen Sondervertrag voranzubringen, bleibt die Regelversorgung zunächst außen vor. Es kann außerdem passieren, dass die Vertragspartner in eine Umsetzungsfalle tappen, wenn theoretisch überladene Konzepte nicht verfahrenssicher realisiert werden können. Finanziell stellt sich die Anschubfinanzierung als unzureichend dar. Jedoch bietet die Integra-

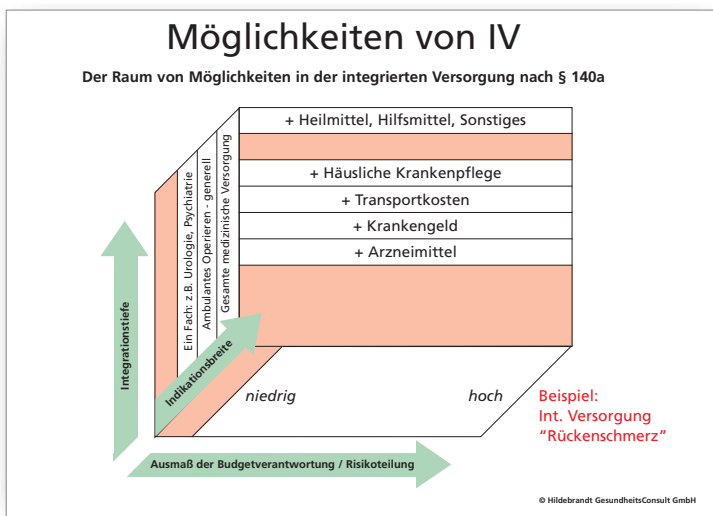
**SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHE  
VERSORGUNG  
AB 2007 – WIE IST DIE  
PERSPEKTIVE?**

### SCHMERZ- THERAPEUTISCHE VERSORGUNG AB 2007 – WIE IST DIE PERSPEKTIVE?

**Dr. Robert Paquet**

BKK Bundesverband  
Büro Berlin

tionsversorgung die Chance, dass Krankenkassen wirklich an einer Verbesserung und Strukturierung der Versorgung arbeiten, die in Richtung des geforderten aktiven Fallmanagements geht. Mit einem schlüssigen medizinischen Konzept, Regelungen zur Qualitätssicherung, einem tragfähigen Finanzkonzept, entsprechender betriebswirtschaftlicher Umsetzung, gutem Datenmanagement und einem Netzwerk von Partnern in einer Region lässt sich sehr viel gestalten. Allerdings stoßen die



Krankenkassen dabei auch immer wieder auf Umsetzungsschwierigkeiten, vor allem auf Seiten der Leistungserbringer. So bestehen oft zu wenig klare Vorstellungen zu Leistungen, Vergütung und Strukturen der Angebote. Aus Anbietersicht wird der Umsetzungsaufwand häufig nur unzureichend kompensiert. Unklar ist zudem, wer Anfangsinvestitionen trägt, denn schon die Konzeption solcher Projekte und die Vertragsvorbereitung sind aufwendig.

Erprobt wird das im BKK-Bereich zum Beispiel bei einem Projekt der Integrierten Schmerzversorgung in Rheinland-Pfalz. Dort gibt es nun eine Sondervergütung für Management- und Koordinationsleistungen der Ärzte, die Anreize für diese Leistungen schafft. Vergütungen fließen auch, wenn Patienten einer Schmerzkonferenz vorgestellt werden. Das löst ein Problem, weil die Schmerzkonferenzen zwar in den Qualitätsrichtlinien enthalten sind, aber in der Regelversorgung nicht ausreichend bezahlt werden.



Doch selbst die Integrationsversorgung wird möglicherweise demnächst völlig ungeeignet für Schmerzversorgung sein. Wenn das Wettbewerbsziel der Integrationsversorgung – wie vom Gesetzgeber immer wieder betont – die Kostendämpfung ist, sind Modellvorhaben nach § 63 SGB V für Schmerztherapie sicher besser geeignet als Integrationsversorgung. Hinzu kommt, dass Integrationsversorgung laut GKV-WSG jetzt so konstruiert werden soll, dass sie „bevölkerungsbezogen und flächendeckend“ sein soll. Das widerspricht einer Integrationsversorgung, die es ermöglicht, für einzelne Indikationen optimierte Versorgungskonzepte zu entwickeln. Die große Chance der Integrationsversorgung, dass Krankenkassen Wettbewerbsvorteile und Qualitätsverbesserungen über die Differenzierung ihres Leistungsspektrums anstreben, geht mit dem GKV-WSG so möglicherweise verloren.

**SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHE  
VERSORGUNG  
AB 2007 – WIE IST DIE  
PERSPEKTIVE?**



*Dr. Robert Paquet im Gespräch mit Dr. Albrecht Kloepfer*

### PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK

**Dr. Leonhard Hansen**  
Vorstandsvorsitzender  
der KV Nordrhein

### Vergütung im Rahmen der Palliativversorgung bezogen auf nordrheinische Erfahrungen

#### Abstract

Die KV Nordrhein hat mit einigen Krankenkassen (AOK Rheinland-Hamburg, IKK Nordrhein, LKK NRW und Knappschaft) zum Jahresbeginn 2006 einen Vertrag zur Palliativversorgung geschlossen. Das Modellprojekt in Köln wird evaluiert, doch schon vor der Auswertung haben die Krankenkassen die Ausweitung auf das ganze Land Nordrhein geplant. „Was wir konzipiert haben, kann sich sehen lassen“, meint Dr. Leonhard Hansen. Grundlage hierfür ist ein klares Vergütungskonzept mit ebenso klaren Verantwortungen und Schnittstellen.

---

#### Allgemeines

Ziel des Projektes in Nordrhein ist es, das Sterben zu Hause zu ermöglichen. Das wünschen sich Umfragen zufolge 70 Prozent der Bevölkerung. Erreicht werden kann dies nur durch die Entwicklung einer angemessenen, flächendeckenden und insbesondere auch qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung mit entsprechender palliativmedizinischer Infrastruktur. Voraussetzungen sind zudem die Strukturierung der Versorgungsabläufe und die Bildung von multidisziplinären örtlichen Netzwerken. Das Projekt wendet sich an Patientinnen und Patienten mit einer unheilbaren Krankheit, deren Lebenserwartung nur noch Wochen oder wenige Monate beträgt und bei denen eine ambulante palliative Versorgung möglich und von ihnen gewünscht wird.

#### Rahmen und Voraussetzungen

Wir denken integrativ durch die Brille des Patienten. Deshalb beginnen wir beim Hausarzt und räumen der ambulanten Versorgung Vorrang ein. Das Konzept funktioniert aber nur unter Hinzuziehung palliativärztlicher Expertise aus dem Krankenhaus oder aus dem niedergelassenen Bereich. Der Gesetzgeber hat jetzt dazu beigetragen, dass es strukturell möglich ist, dass der Konsiliarier aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich ans Bett des Kranken kommt und alle Ver-



*Dr. Leonhard Hansen*

sorgungsformen sich im Sinne der Optimierung der Strukturen einbringen könnten. Dazu zählen in Nordrhein auch palliativpflegerische Dienste und gegebenenfalls ambulante Hospizdienste.

Bei der Berechnung des Mengengerüsts sind wir davon ausgegangen, dass pro 250.000 Einwohner ein Netzwerk nötig ist. Wir gehen von etwa 16.000 Patienten aus, davon sind knapp 10.000 onkologische Patienten und eine steigende Zahl nicht onkologische Patienten. In diesem Kontext haben wir einen Bedarf von 216 palliativmedizinisch qualifizierten Ärzten und 72 ambulanten Palliativdiensten mit mindestens 576 Mitarbeitern errechnet. Deutschlandweit gibt es derzeit über 1400 ambulante Hospizdienste und jede Menge weitere Beteiligte. Die aktuelle Zahl der Palliativstationen geht gegen 100 mit steigender Tendenz. Es gibt deutlich über 100 stationäre Hospize, wobei die Bettenzahl pro Bundesland dramatisch variiert. In Thüringen gibt es nur wenige, Nordrhein-Westfalen ist mit 22 Betten pro eine Million Einwohner Spitzenreiter. Der Durchschnitt liegt bei 12,4 Betten pro eine Million Einwohner.

Das Projekt startet nicht bei null, weil einzelne Kollegen vor Ort bereits sehr engagiert arbeiten. Dazu zählen ambulante Krankenple-

## **PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK**

## PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK

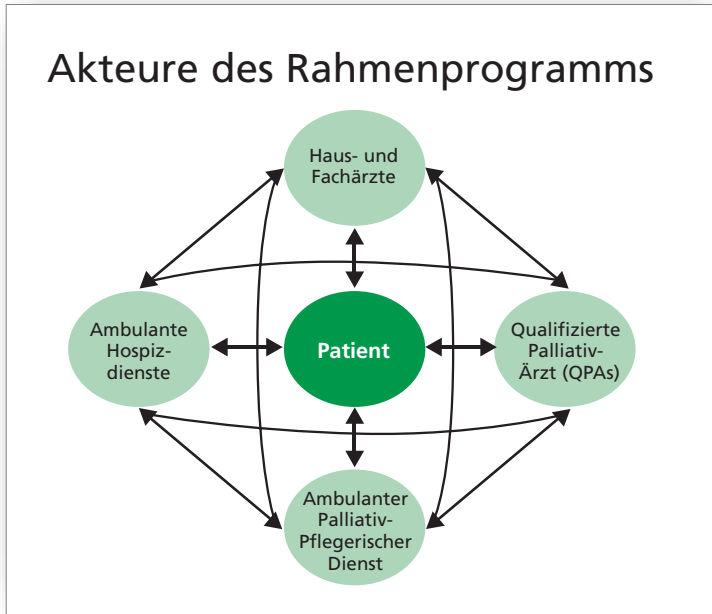
**Dr. Leonhard Hansen**  
Vorstandsvorsitzender  
der KV Nordrhein

gedienste, Palliativstationen, Krankenhäuser, stationäre Hospize, Altenpflegeeinrichtungen, spezialisierte Apotheken, ärztliche Notdienste, Notärzte, Seelsorger. Doch wenn man die Versorgung strukturieren will, braucht man palliativmedizinisch gebildete Fach- und Hausärzte. Kristallisationspunkt kann auch jeder Standort palliativpflegerischer Versorgung sein. Das hat die Landesregierung hier in den letzten Jahren modellhaft erprobt.

### Ausgangspunkte für die flächendeckende Umsetzung

Das Versorgungsmodell baut auf der hausärztlichen Versorgung auf, weil dort die Patienten sehr lange betreut werden. Es wäre ein falscher Ansatz, diese Verbindung zu kappen. Bei nicht ausreichender Symptomkontrolle oder pflegerischen beziehungsweise psycho-sozialen Problemen ist die Einbindung des Qualifizierten Palliativarztes (QPA) und/oder des Ambulanten Palliativpflegedienstes (APD) und/oder des Ambulanten Hospizdienstes durch den behandelnden Arzt vorgesehen. Im Idealfall versuchen wir so, dem Wunsch der meisten Patienten Rechnung zu tragen, dass sowohl die medizinische als auch die pflegerische Betreuung zu Hause stattfindet. Wenn das nicht möglich ist, wird stationäre Pflege oder auch die Palliativstation im Krankenhaus in Anspruch genommen.

### Akteure des Rahmenprogramms



Die Haus- und Fachärzte als behandelnde Ärzte müssen folgende Anforderungen erfüllen: Zum Ersten geht es ums Vernetzen. Das muss praktiziert und gelebt werden. Durch regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen wird die Kommunikation sehr stark gefördert. Dann ist der Nachweis der 40-stündigen Kursweiterbildung Palliativmedizin nötig, wie es der Deutsche Ärztetag in der Musterweiterbildungsordnung festgelegt hat. Es ist nicht ausgeschlossen, dass diese Weiterbildungsanforderungen künftig noch steigen. Die 40-Stunden-Weiterbildung haben in Nordrhein nun fast 1000 Kollegen absolviert. In der Anfangszeit genügte zum Einstieg auch der Nachweis von Erfahrungen in der Betreuung von Schwerstkranken in Hospizen und von mindestens zwei palliativmedizinischen Fortbildungen.

Die Qualifizierten Palliativärzte müssen Fachärzte mit abgeschlossener Zusatzweiterbildung Palliativmedizin bei der Ärztekammer Nordrhein sein. Nach den Übergangsregelungen (z. B. einjährige Tätigkeit auf einer Palliativstation oder als betreuender Arzt im Hospiz) sind die Teilnahme an palliativmedizinischer Fortbildung und an multidisziplinären Netzwerktreffen sowie die regelmäßige Betreuung und standardisierte Dokumentation von jährlich 25 Palliativpatienten verpflichtend. Zu den Aufgaben des QPA zählen die Beratung von Haus- und Fachärzten in der palliativmedizinischen Versorgung und die Erreichbarkeit in Problemfällen rund um die Uhr. Das muss entsprechend honoriert werden. Der einzelne QPA kann diese Erreichbarkeit auch gemeinsam mit anderen QPAs oder mit Notärzten und dem hausärztlichen Notfalldienst gewährleisten. Unsere ersten Erfahrungen zeigen jedoch, dass sich Nachteinsätze drastisch reduzieren, wenn die Versorgung gut organisiert ist. Die QPAs sitzen an der Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Deshalb ist ihre Mitwirkung an regelmäßigen Netzwerktreffen immens wichtig. Schwerpunktaufgaben des QPA sind die Symptomkontrolle und die Verordnung von Medikamentenapplikationen über Pumpsysteme unter besonderer Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Gerade in den Finalstadien werden sie sich um die Optimierung der bisherigen medikamentösen Therapie, aber auch der Flüssigkeits- und Ernährungskontrolle kümmern müssen. Auch die Beurteilung und Einleitung der palliativen Wundbe-

## **PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK**

## PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK

**Dr. Leonhard Hansen**  
Vorstandsvorsitzender  
der KV Nordrhein

handlung und die palliativmedizinische Beratung von Patienten und Angehörigen liegen in ihren Händen. Obendrein ist vorstellbar, dass die QPAs in Qualitätszirkeln die Moderation übernehmen.

### Kooperierende Integrierte Versorgung

Pflege zu Hause \n Ärztliche Versorgung zu Hause	JA	NEIN
	JA Zu Hause	Hospiz
NEIN	Pallativ-medizinische Tagesklinik	Pallativstation

### Vertragliche Umsetzung in Nordrhein

Der Palliativversorgungs-Vertrag der KV Nordrhein bringt Haus- und Fachärzten neues Geld und schließt sich an die Vereinbarung zur hausarztzentrierten Versorgung mit den Primärkassen an. Er ist am 1. Januar 2006 gestartet. Beteiligte Krankenkassen sind AOK Rheinland, IKK Nordrhein, Knappschaft und LKK Nordrhein-Westfalen. Ich bedaure zutiefst, dass die Ersatzkassen sich nicht einbringen und es jetzt zum Beispiel in Köln zulassen, dass ihre Patienten im Zweifelsfall eingewiesen werden müssen. Doch die Pilotphase in Köln ist gut angelaufen. Weil es viel positive Nachfrage gab, planen die Krankenkassen jetzt schon, das Projekt auf das ganze Land auszuweiten, obwohl die Evaluation noch nicht abgeschlossen ist.

Selten hat ein Thema so viel Interesse bei Ärzten geweckt wie dieser neue Vertrag. Diese sehr erfreuliche Entwicklung hat sicher auch damit zu tun, dass hier neben dem Individualbudget eine Vergütung in Euro erfolgt. Die betreuenden Haus- und Fachärzte erhalten eine Pauschale von 50 Euro pro Quartal und eine zusätzliche Aufwandspau-

schale von 45 Euro. Dringlichkeitsbesuche werden nach EBM mit dem Punktwert von 5,11 Cent vergütet. Das entspricht 61,32 Euro tagsüber und nachts 81,76 Euro. Auf diesen Betrag werden noch 35 Euro aufgesattelt, sodass es für diese Besuche rund 96 Euro und 117 Euro netto gibt. Für die persönliche Krankenhausüberleitung fließen 95 Euro, bei telefonischer Überleitung gibt es 18 Euro.

Dem entsprechen zusätzliche Vergütungskennziffern bei den Palliativärzten. Teils sind diese identisch mit denen der hausärztlichen Kollegen. Zusätzlich sind für ein Konsil am Patientenbett 45 Euro vorgesehen, für das telefonische Konsil 18 Euro und eine Quartalsbereitschaftspauschale von 100 Euro pro Patient. Die Kalkulation wurde vor dem Hintergrund aufgestellt, dass es eine gewaltige Herausforderung ist, die Erreichbarkeit sicherzustellen. Hinzu kommt, dass die Krankenkassen möchten, dass Patienten zu Hause versorgt werden. Wenn bei zwei Patienten pro Jahr Einweisungen vermieden werden, ist das Geld eingespielt, das der Hausarzt bekommt.

## PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK



*Dr. Hansen im Gespräch mit Prof. Dr. Amelung und Dr. Sturm*

### PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK

**Prof. Dr. Volker Amelung**  
Medizinische Hochschule  
Hannover

### Neue palliativmedizinische Versorgungskonzepte – von der Theorie zur Umsetzung

#### Abstract

Für die Palliativversorgung bedeutet die Gesundheitsreform neue Chancen, meint Prof. Dr. Volker Amelung. Doch die gesetzlichen Verbesserungen bergen seiner Meinung nach auch die Gefahr, dass bereits begonnene Projekte zunächst erlahmen, weil sie auf die Konkretisierung des Gesetzes warten. Bis zur Umsetzung neuer Strukturen in der ambulanten Palliativversorgung gibt es jedoch für alle Beteiligten genug zu tun. So sind vor allem die Fachgesellschaften der Palliativmediziner und Schmerztherapeuten aufgefordert, Versorgungskonzepte zu entwickeln.

---

#### Gründe für die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen der Palliativversorgung

Im Vergleich zu vielen anderen Leistungsbereichen ist in der Palliativversorgung die Chance gegeben, Strukturen zu verändern. Jetzt muss man sehen, wie man damit umgeht. Es herrschte Überraschung über die Schnelligkeit der Gesetzgebung und den weitreichenden Anspruch in diesem Bereich. Diese Aktivität der Politik ist begründet dadurch, dass die Politiker sich einig sind, dass das Gesundheitswesen hier einfach nicht so funktioniert, wie es sollte. Man stellte hier Unter-, aber auch Fehlversorgung fest. Zudem basieren die Veränderungen in der Gesetzgebung darauf, dass die meisten palliativmedizinischen Modellprojekte sehr erfolgreich waren. In den Projekten ist sehr viel Positives erreicht worden. Sie haben gezeigt, dass man mit relativ geringen finanziellen Mitteln große Veränderungen in der Versorgung erreichen kann. Für die Palliativmedizin wurde festgestellt, dass im Wesentlichen nur die Strukturen neu organisiert werden müssen. Das ist ohne große zusätzliche Mittel möglich. Außerdem hat sich gezeigt, dass Integrationsversorgung hier zwar anfänglich notwendig war, aber nicht das richtige Instrument ist. Bereiche, die mit Wettbewerb nichts zu tun haben, sollten vom IV-Geschehen ausgenommen werden. Bei der Palliativversorgung brauchen wir keinen Wettbewerb, sondern einfach besser funktionierende Strukturen. Hier geht es um Schnittstellen-





*Prof. Dr. Volker Amelung*

probleme und insbesondere um die weichen Faktoren wie Kommunikation, Koordination und Steuerung.

**PALLIATIVVERSORGUNG  
– EIN AUSBLICK**

### **Risiken der Gesetzgebung**

Das größte Risiko des Gesetzes ist, dass ab 1. April 2007 Gelder falsch eingesetzt werden. Da es um viel Geld geht, kommen schon jetzt aus allen Ecken Überlegungen, wie diese Ressourcen gewonnen werden können. Ein zweites Risiko sind mögliche Qualitätsverluste. Dabei stellt sich vor allem die Frage, in welcher Geschwindigkeit man Strukturen aufbauen kann, ohne die Qualität aufs Spiel zu setzen. Als drittes Risiko droht ein destruktiver Wettbewerb. Je mehr man für Wettbewerb ist, desto genauer muss man gucken, wo er funktioniert und Zusatznutzen bringt, und dass er dort nicht stattfindet, wo er nicht funktioniert. Ich halte sehr wenig von Wettbewerb im Bereich Palliativversorgung, und dies vor dem Hintergrund, dass ich im Allgemeinen sehr viel von Wettbewerb halte. Das vierte Risiko liegt in der Zerstörung bestehender Strukturen. Es ist bereits viel aufgebaut worden.

### PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK

**Prof. Dr. Volker Amelung**  
Medizinische Hochschule  
Hannover

Das muss weiterleben können, denn sonst baut sich bei den Beteiligten Frustration auf und macht ihr Engagement kaputt.

#### **Generelle Fragestellungen auf Basis der Gesetzgebung**

Die Fachgesellschaften sind nun gefordert, Vorschläge zu erarbeiten. Am besten täten sie daran, diese Konzepte gemeinsam zu entwickeln. Vier Themengebiete müssen geklärt werden. Zunächst geht es darum, welche Patienten, welche Erkrankungen und welche Zugangswege für die Strukturen infrage kommen. Dann stellt sich die Frage, wie die Inhalte und die Schnittstellen zu bestehenden Systemen gestaltet werden sollen. Zum Dritten müssen die sachlichen und personellen Strukturen definiert werden. Und schließlich gilt es, die Frage nach der Art der Vergütung zu klären. Auch die Zugangswege sind eine zentrale Frage. Bislang gibt es noch keine Lösungsansätze, mit denen sichergestellt wird, dass der Zugang zu dieser spezialisierten Versorgung patientengerecht und sinnvoll gewährleistet wird. Sehr gut vorstellbar wären hier meines Erachtens Zweitmeinungsmodelle.

Hinsichtlich dessen, was geleistet werden soll, ist unstrittig, dass es sich um zusätzliche Leistungen handelt. Ein Stufenmodell ist gut vorstellbar. Die erste Stufe der zusätzlichen Leistungserbringung ist die Unterstützung und Stärkung des Hausarztes. Dabei muss klar sein, dass es nicht darum geht, bestehende Strukturen abzulösen, sondern sie zu unterstützen und zu stärken. Es sollen Möglichkeiten gegeben werden, Leistungen zu erbringen. Als weitere Stufen sind Konsile und Modelle der Krisenintervention nötig. Schließlich gilt es auch zu überlegen, wie die Schnittstelle zum stationären Sektor gestaltet werden kann.

Was die sachlichen und personellen Strukturen betrifft, ist eines einzigartig und ausgesprochen positiv am Gesetz: Es ist nicht vorgeschrieben, wo die Palliativversorgung stattfinden soll. Es ist für viele Bereiche mustergültig, dass man keine Festlegung getroffen hat, ob das Ganze im ambulanten oder im stationären Sektor beheimatet sein soll. Zentral für den Erfolg ist aus den Erfahrungen, die wir in Niedersachsen und Brandenburg gemacht haben, dass die Palliative Care Teams ein eigenes Türschild, eine Adresse, ein eigenes Konto, eigen-

ständige Organisations- und Rechtsform haben. Sie dürfen auch nicht in einer Krankenhausabteilung in einem gemeinsamen Pool integriert sein. Bei den personellen Anforderungen muss man hartnäckig auf die Qualifikation achten. Es ist sinnvoller, mit der Zeit der Einführung zu warten, als die Qualifikationsanforderungen herunterzudrehen.

Für die Form der Vergütung gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten. Ich selbst präferiere Budgetlösungen, bei denen ein Etat und bestimmte Aufgaben für ein Palliative Care Team ausgeschrieben werden. Alternativ kann man auch Pauschalen wählen oder beides kombinieren. Das ergäbe dann ein Modell, bei dem eine Basisausstattung und fallweise Bezahlung kombiniert sind. Vom Grundsatz her halte ich es für sehr sinnvoll, dass definiert wird, welche Aufgaben ein Team übernehmen soll und welches Budget man ihm dafür zur Verfügung stellt.

### **Abschlussthesen**

Ich halte es für unerlässlich, dass die Finanzierung kassenübergreifend gestaltet wird. Es macht keinen Sinn, wenn jede Krankenkasse einzeln Verträge abschließt. Die Finanzierung muss einheitlich und gemeinsam sein. Palliativversorgung ist kein Bereich, in dem Wettbewerb funktioniert. Hier könnten zum Beispiel die Kassenärztlichen Vereinigungen eine wichtige Aufgabe übernehmen.

Zudem müssen Eckpunkte für eine Handvoll Organisationsmodelle definiert werden. Nötig sind unterschiedliche Modelle für Großstädte, für die Fläche und für strukturschwache Gebiete. In Großstädten ist aufgrund dichter Strukturen Wettbewerb möglich. Ein Stützpunkt kann in einer Großstadt mehr Wettbewerbselemente enthalten als in der Normalversorgung. Für die Fläche muss man einfach mit dem Zirkel arbeiten und sehen, wie weit von einem Stützpunkt aus der Bedarf abgedeckt werden kann. Besondere Herausforderungen stellen sich in strukturschwachen Gebieten. Das haben wir in Niedersachsen gesehen. Denn es macht keinen Sinn, wenn man mit einem Konzept zu hoch ansetzt. Bei der Entwicklung dieser Organisationsmodelle sind meines Erachtens zuallererst die Fachgesellschaften gefragt.

### **PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK**

### PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK

**Prof. Dr. Volker Amelung**  
Medizinische Hochschule  
Hannover

Als Drittes müssen Versorgungsangebote dem Wettbewerb ausgesetzt werden, und zwar einem Qualitätswettbewerb. Man kann die bestehenden Strukturen, also zum Beispiel das Krankenhaus, das Hospiz, den Palliativpflegedienst, auffordern, ein Angebot für ein Palliative Care Team mit definierten Aufgaben vorzulegen. Das muss eine gewisse Zeit lang laufen. Ein geeigneter Zeitraum wären beispielsweise drei bis fünf Jahre. Jeder Anbieter wird andere Fähigkeiten präsentieren, so entsteht ein Auswahlverfahren mit Qualitätswettbewerb.

Ganz zentral ist, dass alle Modelle modular aufgebaut sind. Sie müssen anfangs so einfach wie möglich gestrickt werden. Das ist unsere Erfahrung aus der Auswertung von mehreren hundert IV-Verträgen. Die einfachsten Modelle haben oft die besten Ergebnisse erzielt. Der Kern muss funktionieren. Wenn der Kern funktioniert, können weitere Leistungsbereiche angedockt werden.

Zuletzt stellt sich die Frage, was in welchem Zeitrahmen zu erreichen ist. Ich glaube, dass es manchmal besser ist, Strukturen nicht zu schnell zu verändern, aber dafür sicherzustellen, dass das, was man verändert, nachhaltig und gut ist, weil man sonst durch zu viel Geschwindigkeit Gefahr läuft, Strukturen zu zementieren, die sich nachher eventuell nicht mehr rückgängig machen lassen.



Samstag, 2. Dezember 2006, 10.45 – 12.45 Uhr



**PALLIATIVVERSORGUNG  
– EIN AUSBLICK**

*Prof. Dr. Volker Amelung im Gespräch mit  
Prof. Dr. Friedemann Nauck, Direktor der Abt. Palliativ-  
medizin des Universitätsklinikums Göttingen.*

### PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK

**Dr. Diethard Sturm**

Deutscher  
Hausärzteverband

#### Der Hausarzt als Lotse im Palliativsystem

##### Abstract

Die stationäre Palliativversorgung ist gut aufgestellt. Im ambulanten Bereich besteht dagegen noch viel Verbesserungsbedarf. Hausarztzentrierte Integrationsversorgung kann ein Weg sein, Strukturen der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Spezialisten neu zu gestalten und entsprechend zu honorieren. Denn eine Umsetzung der neuen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM und damit im Gesamtsystem dauert viel zu lange, meint Dr. Diethard Sturm.

---

#### Organisationsformen der Palliativbetreuung

Palliativ-hospizliche Begleitung bedarf im Grundsatz einer individuellen bedürfnisorientierten Pflege und Begleitung. In herkömmlichen Krankenhäusern oder Altenpflegeheimen kann dies aufgrund von Zeit- und Personalmangel, unzureichender palliativer Ausbildung der Pflegenden oder der Ärzte und fehlender finanzieller Mittel oft nicht gewährleistet werden.

Zwar hat die Sterbebegleitung im hausärztlichen Bereich eine alte Tradition. Doch bedarf sie weiterer Qualifikation und Zusammenarbeit, und sie stellt besonders hohe Ansprüche an die körperliche und psychische Verfassung der Angehörigen. Eine wichtige Aufgabe des Hausarztes ist es deshalb, die Pflegenden einzubeziehen. Von Anfang an sollten möglichst mehrere Pflegenden eingeteilt werden und für Pausen und Entlastungszeiten von Ehepartnern oder Kindern sorgen. Es handelt sich nicht um Versagen, wenn Angehörige Erholungszeiten in Anspruch nehmen. Möglichst frühzeitig sollte die Einschaltung einer ehrenamtlichen Hospizbegleitung erwogen werden, um einen tragfähigen Kontakt noch in guten Tagen aufzubauen. Der ambulante Hospizdienst dient der persönlichen Begleitung des Sterbenden und führt zu einer Entlastung der Angehörigen. Eine Einweisung in eine stationäre Einrichtung sollte als Ultima Ratio betrachtet werden, wenn die Angehörigen die Betreuung nicht mehr leisten können. Um stationäre Aufnahmen in der Sterbesituation möglichst zu vermeiden, ist eine



*Dr. Diethard Sturm*

intensive Betreuung des Kranken und der Angehörigen notwendig. Dafür besteht im ambulanten Bereich noch viel Verbesserungsbedarf.

**PALLIATIVVERSORGUNG  
– EIN AUSBLICK**

Die Entscheidung für eine stationäre palliative Begleitung dient der Lebensqualität des Kranken, der Entlastung der Angehörigen und der gemeinsamen Bewältigung der Sterbesituation. Dabei werden die Angehörigen jedoch nicht aus ihrer Verantwortung für den Kranken entlassen. Wichtig ist, dass die Angehörigen vor Schuldzuweisungen geschützt werden, sie würden den Kranken „abschieben“.

### **Aufgaben des Hausarztes in der Sterbebegleitung**

Die Hauptaufgabe des Hausarztes ist auch in der Palliativbetreuung die Betreuung des Patienten selbst. Das ist verbunden mit einem hohen Aufwand an Hausbesuchen. Hinzu kommt die Schmerzbehandlung, die der Hausarzt mit Zusatzqualifikation gewährleisten kann. Die psychische Betreuung – Verständnis und Empathie – lässt sich weniger schulen, als dass sie durch Übung und zunehmende Berufserfahrung trainiert wird. Zu den Aufgaben des Hausarztes in der Sterbebegleitung gehört es auch, das soziale Umfeld des Patienten zu mobilisieren. Der Hausarzt muss die Pflegenden immer wieder stärken und die Angehörigen auch über den Tod hinaus unterstützen. Oft entwickelt sich

### PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK

**Dr. Diethard Sturm**

Deutscher  
Hausärzteverband

aus einer guten Palliativbetreuung auch ein sehr gutes und anhaltendes Patienten-Verhältnis zu den Angehörigen. Denn sie erleben die Unterstützung des Hausarztes sehr dankbar. Die weitere Aufgabe des Hausarztes, pflegerische Betreuung und Sozialleistungen zu organisieren und zu koordinieren, wird leider durch die Bürokratie erschwert.

Bei alledem ist klar: Der Hausarzt kann es nicht allein. Fallbezogene Palliativbetreuung erfordert immer wieder zusätzliches Wissen und zusätzliche Erfahrung. Der Hausarzt braucht bei Problemen, mit denen er nur zweimal pro Jahr konfrontiert ist, die Erfahrung von Kollegen, für die diese Probleme alltäglich sind. Unterstützung ist auch wegen des hohen Zeitaufwands und der speziellen Anforderungen der Pflege und psychischen Betreuung einschließlich der Angehörigen nötig.

#### **Der Hausarzt und seine Partner in der Palliativversorgung**

Der Unterschied zwischen Hausarzt und Spezialist liegt in der Art der Patientenbetreuung. Der Hausarzt kennt Patienten oft jahrzehntelang und kann dadurch anders handeln als allein aufgrund einer Aktenlage. Er hat die psycho-soziale Kompetenz, weiche Daten, zeitlich unbegrenzte Zuständigkeit und größte Breite bei begrenzter Tiefe. Die Spezialisten werden herangezogen für besondere Einzelprobleme. Sie haben die technische Kompetenz und harte Daten und sind im Allgemeinen zeitlich begrenzt tätig. Der einzelne Hausarzt erwartet von seinen Partnern, dass sie seine Tätigkeit akzeptieren. Er erwartet Hilfe bei der Problemlösung überwiesener Patienten, akzeptable Vorschläge zur Vorgehensweise, sachgerechte und in der Menge geeignete Information sowie gemeinsame Fortbildungen, sowohl fallbezogen als auch generell.

Als Hausärzteschaft insgesamt erwarten wir, dass der Hausarzt in seiner Rolle als Betreuer und als Lotse im Gesamtsystem akzeptiert wird. Wir wollen aber auch gemeinsame Problemlösungsstrategien, zum Beispiel Leitlinien, erarbeiten. Dabei sollten wir die Schnittstellen stärker in den Mittelpunkt rücken als die Formalien der Vertragsgestaltung. Wir brauchen zunächst einen klaren, einheitlichen Ansatz, wie das Grundsystem der Palliativversorgung aussehen soll: Geklärt werden muss, welches Stufenkonzept angewandt wird, welche Schnittstellen



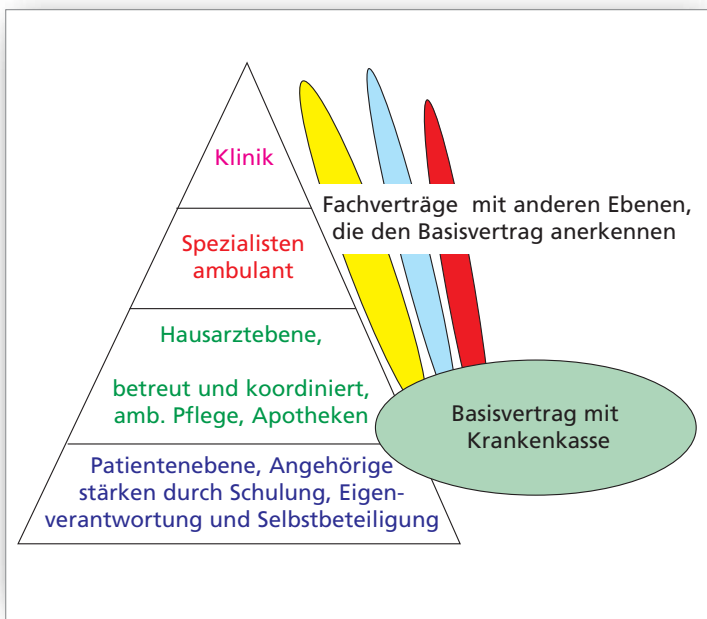
geglättet werden müssen und wer welche Aufgabe übernimmt. Wenn wir dieses Konzept vorlegen, können wir auch bei der Politik punkten.

### Hausarztbasierte Integrierte Palliativversorgung

Wir gehen von einem Bedarf an Palliativbetreuung für etwa zehn Prozent der Sterbenden aus. Das sind etwa 100.000 Menschen deutschlandweit und zwei Fälle pro Hausarzt im Jahr. Ein Palliativteam pro 250.000 Einwohner hätte 250 Fälle pro Jahr. Deutschlandweit wären dann rund 400 Palliativ-Teams erforderlich.

Den Verträgen zur hausarztbasierten Integrierten Versorgung, die der Hausärzteverband geschlossen hat, kann jeder Hausarzt beitreten, der sich zu den vereinbarten Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit bekennt. Sie bilden die Basis, auch für die Palliativversorgung. Das spiegelt sich auch in der vierstufigen Pyramide der Betreuung wider und darauf aufbauend in unserem Konzept zur Vertragsgestaltung. Auf die Basisverträge zur hausarztbasierten Integrierten Versorgung, insbesondere mit der Barmer und einer Reihe von AOKs, werden spezialisierte Verträge zur Schmerzversorgung oder Palliativbetreuung aufgesetzt. Ein Ergänzungsvertrag zur Palliativbetreuung existiert in Sachsen zum Beispiel auf der Basis des AOK-Vertrages. Der Basisvertrag

### PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK



### PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK

**Dr. Diethard Sturm**  
Deutscher  
Hausärzteverband

schließt alle Versicherten ein. Wenn eine besondere Situation folgt, ist der Patient bereits eingeschrieben. Er kann sofort in die besondere Versorgungsform übergeleitet werden. Der Modulvertrag erfordert eine klare Schnittstellenbeschreibung, Regelungen zu Kommunikation, Dokumentation und Datenfluss, ein Fortbildungskonzept und Qualitätssicherungsinstrumente. Die Gesamtverträge sind so gestaltet, dass der Grundlagenvertrag zwischen Krankenkassen und Hausärzten geschlossen wird. Andere Gruppen können sich gemeinsam oder einzeln einbringen. Ob sie über eine eigene Vertragsgemeinschaft beitreten, muss diskutiert werden. Es wäre sinnvoll, ist aber keine unabdingbare Voraussetzung.

Unsere Zielstellung in der Palliativbetreuung ist, dass der Patient bei seinen Angehörigen im häuslichen Umfeld bleibt. Er wird von Hausarzt, örtlichem Pflegedienst sowie gegebenenfalls Seelsorgern und weiteren Partnern betreut. Der Hausarzt fordert Anleitung und Unterstützung durch den jeweiligen spezialisierten Partner an. Das geschieht direkt von Fach zu Fach, also Ärzte fordern Ärzte an, Pflege fordert Palliativpflege an und allgemeine psychologische Betreuung fordert spezielle psychologische Betreuung an. Der Hausarzt kann die Unterstützung in verschiedenen Stufen anfordern: von der telefonischen Beratung über die Beratung vor Ort am Krankenbett und die Übernahme von Leistungen am Patienten bis hin zur Übernahme der gesamten Betreuung.

Voraussetzung für das Stufenkonzept ist, dass wir eine besonders qualifizierte Überweisung erarbeiten, die dem Spezialisten alle nötigen Informationen vermittelt. Das Königswissen des Hausarztes über seinen Patienten wird im Allgemeinen nicht kommuniziert. Der Spezialist hat folglich einen hohen unwirtschaftlichen Aufwand für die Erhebung von Grunddaten. Ein Ausgleich zwischen diesen Interessen ist innerhalb der Integrierten Versorgung durch Sondervergütungen möglich. Dazu dient die besonders qualifizierte Überweisung, die dem Spezialisten alles übermitteln soll, was er braucht – also Gesamtzustand des Patienten, Erkrankungen, Medikamente, soziale Risiken, psycho-soziale Daten, Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeit, Behinderungen, erkrankungsbezogene Daten, bisheriger Verlauf und konkrete Fragestellung.

Die Vergütung ist schon viel diskutiert worden. Dass sie gemeinsam und einheitlich erfolgen soll, ist meines Erachtens ein frommer Wunsch, der in absehbarer Zeit nicht umsetzbar ist. Bis eine Änderung im EBM umgesetzt ist, sind wir froh, dass wir die besondere Vergütung innerhalb einer Integrierten Versorgung haben. So erfolgt die Vergütung neuer Leistungen direkt durch die Kassen. Das sind Leistungen, die es im EBM nicht gibt, zum Beispiel Zuschläge zum Hausbesuch oder für die kollegiale Kommunikation. Werden Leistungen aus dem EBM einbezogen, wird die Gesamtvergütung bereinigt.

## **PALLIATIVVERSORGUNG – EIN AUSBLICK**



*Dr. Diethard Sturm*

### LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

**Dr. Regina**

**Mansfeld-Nies**

Niedergelassene Schmerz-  
therapeutin in Siegen

### Bezahlt der Arzt in Zukunft die Medikamente seiner Patienten?

#### Abstract

Adäquate, leitliniengerechte Schmerztherapie für problematische Patienten ist extrem kostenintensiv. Das hat zur Folge, dass Schmerztherapeuten sich laufend Wirtschaftlichkeitsprüfungen ausgesetzt sehen. Zudem geraten sie in einen Konflikt zwischen medizinischer Notwendigkeit und wirtschaftlichen Zwängen. „Dieser Zustand ist unhaltbar, er demotiviert die wenigen noch vorhandenen Therapeuten und führt langfristig zum Ende der spezialisierten, ambulanten Schmerztherapie“, meint Dr. Regina Mansfeld-Nies.

---

#### Ausgangssituation

Bezahlt der Arzt in Zukunft die Medikamente seiner Patienten? Meine Antwort auf diese Frage ist: Nein. Aber nicht, weil sich die politischen Rahmenbedingungen ändern werden, sondern weil wir in Zukunft meines Erachtens keine qualifizierten Ärzte und Ärztinnen mehr haben, die in diesem Bereich tätig sein werden. Ich habe wirklich große Sorge um den Fortbestand der qualifizierten Schmerztherapie im ambulanten Bereich von Menschen am Lebensende und von Menschen mit chronischen Schmerzen.

Wer, wenn nicht ein Schmerztherapeut und Palliativmediziner der Basis, kann die derzeitige Situation der Schmerztherapie speziell in Bezug auf die Arzneimittelverordnung in unserem Land beschreiben und Sie um Verständnis und Engagement für den Erhalt der Schmerztherapie und für dringende Veränderungen der Bewertung bitten? Ich werde dies tun in meiner ureigensten Kompetenz als Ärztin, die seit 1992 ausschließlich Schmerz- und Palliativpatienten behandelt und ihren Beruf liebt. Seit ich vertragsärztlich tätig bin, habe ich jedes Jahr mit Wirtschaftlichkeitsprüfungen und Regressandrohungen bezüglich meiner Arzneimittelverordnung zu kämpfen.



*Dr. Regina Mansfeld-Nies*

### **Die spezielle Schmerztherapie im ambulanten Bereich**

Eine eigenständige Facharztgruppe der „Speziellen Schmerztherapeuten“ gibt es nicht. Die überwiegende Anzahl der Ärzte mit dieser Zusatzbezeichnung gehört zur Facharztgruppe der Anästhesiologen. Ein geringer Anteil rekrutiert sich aus anderen Facharztgruppen. Die Gruppe der Schmerztherapeuten ist äußerst heterogen. Die wenigsten behandeln ausschließlich Schmerzpatienten. Die Mehrzahl der Kollegen arbeitet überwiegend in ihrer originären Facharzttrichtung und betreut einen geringen Anteil kostenintensiver Schmerzpatienten.

Nur wenige widmen sich ausschließlich der Schmerztherapie, und es werden immer weniger. 1996 wurde die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ von der Bundesärztekammer (BÄK) eingeführt. Diese Zusatz-Weiterbildung umfasst laut Definition der BÄK „in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erkennung und Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und einen selbstständigen Krankheitswert erlangt hat“. Für die Befähigung und Zulassung zur „Speziellen Schmerztherapie“ ist eine über die Facharztausbildung hinausgehende langjährige Ausbildung nötig. Damit man vertragsärztlich tätig sein

### **LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG**

### LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

**Dr. Regina**

**Mansfeld-Nies**

Niedergelassene Schmerz-  
therapeutin in Siegen

kann und die Leistungen honoriert werden, muss man zusätzlich bei der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung oder Ärztekammer einen Antrag auf Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Schmerztherapie stellen. Für die Genehmigung sind weitere Qualifikationen nötig.

Die spezialisierten Praxen werden vor allem von Schmerzpatienten aufgesucht, die uns als therapieresistent von Hausärzten oder anderen Facharztgruppen überwiesen werden. Das sind die Patienten, die zu den teuersten im ganzen Gesundheitswesen zählen, sogenannte Problempatienten. Bei einer Bevölkerung von 80 Millionen Menschen in Deutschland schätzt man die Anzahl der Menschen mit chronischen, behandlungsbedürftigen Schmerzen, durch die der Lebensvollzug erheblich eingeschränkt ist, auf mindestens 5 Millionen. Rund 600.000 davon leiden an diesen problematischen Schmerzzuständen. Das ist die Zielgruppe unserer spezialisierten Einrichtungen. Dazu zählen politraumatisierte Patienten, Tumorpatienten, Patienten mit neuralgischen Schmerzen, zunehmend Patienten, die aufgrund ihrer Multimorbidität nicht mehr operiert werden können, aber auch Kinder. Diese Patienten benötigen eine interdisziplinär organisierte Therapie. Zusammen mit dem Hausarzt ist es für uns durchaus machbar, dass diese Patienten nicht als Pflegefälle, sondern selbstbestimmt zu Hause leben können.

Nach Aussagen und Berechnungen der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes besteht in Deutschland der dringende Bedarf von 1000 schmerztherapeutischen Einrichtungen für die sachgerechte Behandlung der 600.000 Problempatienten. Tatsächlich existieren in ganz Deutschland jedoch nur 220 schmerztherapeutische Einrichtungen, die qualitätsgesichert schmerztherapeutisch tätig sind – Tendenz sinkend. Davon wiederum behandelt nur ein verschwindend kleiner Anteil an Praxen und Einrichtungen ausschließlich schmerzkrankte Patienten.

Nach Erhebungen der Fachgesellschaften und der deutschen Gesundheitsforschung belaufen sich die volkswirtschaftlichen Kosten für chronische Schmerzpatienten durch Behandlung, Medikamente, Reha, vorzeitige Berentung und Arbeitsunfähigkeiten auf rund 25 Mil-

liarden Euro pro Jahr. Allein durch chronische Kopfschmerzen fallen Kosten von 2,5 Milliarden Euro pro Jahr in unserem Land an.

Sowohl der Individualnutzen als auch der Kollektivnutzen einer adäquaten Schmerztherapie chronisch Schmerzkranker ist nachgewiesen. Der Individualnutzen ergibt sich durch Linderung der Schmerzen, Verbesserung der individuellen Lebensqualität, Unterbrechung der Schmerzchronifizierung und der dadurch resultierenden Vorbeugung jahrelanger Leiden. Der Kollektivnutzen besteht darin, dass durch die adäquate Schmerzbehandlung lange Arbeitsausfallzeiten oder Doctor-Hopping vermieden und wiederholte Krankenhausaufenthalte mit kostenintensiver Diagnostik und Therapie verringert werden können. Zudem ist adäquate Schmerzbehandlung nicht nur ein Gebot der ärztlichen Ethik, sondern Patienten haben auch ein Recht auf Schmerzbehandlung, wie von einem Richter am Bundesgerichtshof bereits vor Jahren festgestellt wurde.

### **Arzneimittelverordnungen unter dem Druck der Budgetkontrolle**

Die Therapieoptionen zur Behandlung chronischer Schmerzen richten sich nach den Leitlinien der Deutschen Schmerzgesellschaften und der WHO. Das sind sehr umfassende Therapieregime, die demzufolge auch sehr teuer sind. Das Gebot, ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu verordnen, wird von den Schmerztherapeuten, die für eine qualitätsgestützte Schmerztherapie eintreten, dennoch unterstützt. Wir wissen, dass die Ressourcen knapp sind. Doch die schmerztherapeutischen Therapieregime gehören zu den kostenintensivsten unserer Medizin. Der Arzt fühlt sich zerrissen zwischen der Aufforderung, Kosten zu sparen, und der Verpflichtung, den Patienten die ihnen zustehenden medizinischen Behandlungen zukommen zu lassen.

Das für den einzelnen Patienten zur Verfügung stehende Medikamentenbudget richtet sich nach der Facharztgruppe. Anästhesiologen hatten schon immer eines der niedrigsten Medikamentenbudgets aller Facharztgruppen. In Westfalen-Lippe sind das 6,51 Euro und für Rentner 18,52 Euro je Quartal. Durch intensive Bemühungen der Deutschen Schmerzgesellschaften wurden vor wenigen Jahren die Arznei-

### **LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG**

## LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

**Dr. Regina**

**Mansfeld-Nies**

Niedergelassene Schmerz-  
therapeutin in Siegen

mittel-Richtgrößen von „Anästhesisten mit Schmerztherapie“ angehoben. Dies reicht jedoch noch immer nicht für eine ausreichende, zweckmäßige und dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasste Versorgung von schmerztherapeutischen Problempatienten. Gerade die hundertprozentigen Schmerztherapeuten sind mit diesen Richtgrößen fehleingeschätzt.



Aus dem Vergleich zwischen den vorgeschriebenen Arzneimittel-Richtgrößen und dem tatsächlichen Kostenbedarf für die notwendige medikamentöse Behandlung wird evident, dass jeder einzelne qualifizierte Schmerztherapeut, der seine Patienten verantwortungsbewusst nach den Leitlinien der WHO zur medikamentösen Behandlung chronischer Schmerzen behandelt, unweigerlich in Wirtschaftlichkeitsprüfungen seiner Arzneimittelverordnung kommt. Es folgen Stellungnahmen, Widersprüche, juristische Beratungen, Verhandlungen, bürokratischer Aufwand – allesamt zeit- und energieraubend. Wir haben natürlich auch lange Gespräche mit den Patienten und stehen dabei im ethisch-moralisch-medizinischen Konflikt zwischen der notwendigen, dem Schmerzpatienten zustehenden Behandlung und der Frage der eigenen Existenzbewahrung. Dies ist ein unhaltbarer Zustand. Er demotiviert die wenigen noch vorhandenen Therapeuten.



### **Ausblick**

Die verheerenden Folgen dieser seit Jahren geübten Praxis zeichnen sich mehr und mehr in der Realität der spezialisierten Schmerztherapie Deutschlands ab: Es kommt zur Fehlversorgung. Suffiziente Therapie-regime werden nicht weitergeführt. Notwendige Medikamente werden nicht mehr verordnet. Die Suizidhäufigkeit steigt an. Weiterhin kommt es zur Unterversorgung, denn unter diesen Bedingungen fehlt uns der Nachwuchs. Wenn kein Umdenken geschieht, dann kann das insgesamt problematisch werden.

Die Anzahl der Schmerztherapeuten, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, nimmt rapide ab. Dies nicht nur aufgrund der jedes Quartal drohenden Arzneimittelregresse, sondern auch wegen der erheblichen Honorarkürzungen im Rahmen der neuen Gesundheitsreform. Wir haben bereits jetzt keinen schmerztherapeutischen Nachwuchs mehr – ein gravierendes Problem auch im Hinblick auf die demographische Entwicklung in der Zukunft.

### **LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG**



*Dr. Regina Mansfeld-Nies*

### LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

**Ulrich Weigeldt**  
Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

#### **Ein pauschaliertes Entgeltsystem für die ambulante Versorgung – nur anders oder doch gerechter als das gegenwärtige System?**

##### **Abstract**

Die Einführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs 2000plus ist für viele Schmerztherapeuten mit Turbulenzen einhergegangen. Viele beklagen Honorarverluste. Das ist jedoch kein spezielles Problem der Schmerztherapie, sondern ein Problem der gesamten ambulanten Versorgung, meint Ulrich Weigeldt. Seiner Auffassung nach müssen die Schmerztherapeuten künftig mit einer Stimme sprechen, um mehr Gehör zu finden.

---

#### **Voraussetzungen für die Schmerztherapie seit April 2005**

Seit 1. April 05 gehören die Ersatzkassenverträge für Schmerztherapie der Vergangenheit an. Stattdessen trat die überarbeitete Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie für alle Krankenkassen in Kraft. Die Vereinbarung hat das Ziel, der Gruppe der chronisch schmerzkranken Patienten den Zugang zu einer spezialisierten ambulanten Versorgung zu eröffnen. Die entsprechenden Gebührenordnungspositionen 30700 und 30701 sind nach einer Erörterung mit den Schmerztherapeuten in den EBM aufgenommen worden. Diese beiden Pauschalen sollen Voraussetzungen für eine flächendeckende Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach bundeseinheitlichen Qualitätsstandards festlegen, sofern genug Schmerztherapeuten in der Fläche vorhanden sind. Die schmerztherapeutische Versorgung steht damit allen gesetzlich Versicherten zur Verfügung. Eine Bundesempfehlung sichert die extrabudgetäre Vergütung der Leistungen nach den Ziffern 30700 und 30701.

Für die Abrechnung dieser beiden Ziffern gibt es bestimmte Voraussetzungen. Zunächst waren die Schmerzkongresse als obligater Leistungsbestandteil einbezogen. Jetzt sind sie auf Intervention entfernt. Es gelten bestimmte Begrenzungen, wie die Berechnung auf höchstens 300 Fälle, die in Absprache mit den Verbänden entstanden ist. Darüber gibt es nun Diskussionen. Dabei ist klar, dass ein Arzt Schmerz-



*Ulrich Weigeldt*

patienten nicht mit der Begründung abweisen kann, dass er schon 300 Patienten habe. Deshalb gibt es Ausweichregelungen, die aber noch Krücken sind.

Beide Abrechnungsziffern haben jeweils eine Punktzahlbewertung von 837 Punkten. Probleme gibt es oft mit Leistungen, die daneben abgerechnet werden können. Bestimmte Leistungen können nicht in derselben Sitzung abgerechnet werden. Natürlich es gibt die üblichen Probleme in der Schmerztherapie genau wie in anderen Feldern. Hauptkritikpunkt der Interessenverbände ist die zu geringe Vergütung. Das ist aber auch kein Wunder, denn es ist nachgewiesen, dass 30 Prozent der ärztlichen Leistungen nicht bezahlt werden. Die Ausstattung der ambulanten Versorgung ist zu niedrig. Das steht fest und das gilt für alle Bereiche der ambulanten Medizin.

Wir haben das Problem, dass die Bruttolohnsumme den Anstieg des Budgets begrenzt. Wir haben unter diesem Budget immer mehr Leistungen übernommen. Der Preis ist für alle verfallen. Das darf so nicht sein, wenn diese Versorgung benötigt wird. Viele Leistungen, auch in der Schmerztherapie, wurden inzwischen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich übernommen, ohne dass die Vergütung entsprechend angepasst wurde. 2200 Krankenhäuser in Deutschland

## **LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG**

### LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

**Ulrich Weigeldt**

Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

erhielten im Jahr 2005 49 Milliarden Euro, während 100.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten mit nur 21,6 Milliarden Euro auskommen mussten und dabei immer mehr Versorgungsanteile leisteten, die vorher stationär waren. An dieser Schraube gilt es zu drehen. Kritik von Seiten der Schmerztherapeuten gibt es auch daran, dass das Honorar niedriger als im alten EBM sei. Das ist dem Umstand geschuldet, dass wir nicht mehr nur mit den Ersatzkassen, sondern mit allen Krankenkassen eine Vereinbarung haben. Da kommt es zu Nivellierungen. Zudem wurde befürchtet, dass Einkommenseinbrüche bis über 40 Prozent auf die Schmerztherapeuten zukommen würden und alle schmerztherapeutischen Praxen pleitegehen. Das ist so nicht passiert.

#### **Honorierungs- und Vertretungsprobleme**

Die Abfragen der KBV in den KV-Bereichen ergaben moderate Fallzahlsteigerungen bei den Schmerztherapeuten, eine moderate Fallwertsteigerungen in Punkten und einen moderaten Fallwertrückgang in Euro, der im Zusammenhang mit dem Rückgang des Gesamthonorarvolumens steht. Die Fallzahlen der Anästhesisten haben sich vom zweiten Quartal 2004 zum zweiten Quartal 2005 um ein bis fünf Prozent verändert. Der Fallwert der Anästhesisten in Euro ist in diesem Zeitraum um 13 bis 24 Prozent gesunken. Beim Fallwert in Euro haben andere Fachgruppen Rückgänge zwischen drei und fünf Prozent. Die Praxiszahlen sind dabei relativ konstant. Das Zentralinstitut (ZI) hat gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WIdO) nach den Verlierern gesucht. 33 Prozent der anästhesistischen Praxen erbringen höchstens 100 schmerztherapeutische Fälle. Der Leistungsbedarf in Punktzahlen ist bei den Anästhesisten zurückgegangen. In den allgemeinmedizinischen Praxen mit spezieller Schmerztherapie dagegen ist der Leistungsbedarf gestiegen. Das liegt daran, dass Ärzte in den Bereichen, wo wenig Schmerztherapie stattfindet, mehr Luft für andere Leistungen haben.

Ich will nicht behaupten, dass die Honorarprobleme in der Schmerztherapie gelöst sind. Das ist ein Problem, das zunächst fortbesteht. Aber wir wollen das mit der Umstellung der Honorierungsordnung angehen. Zu den Gesprächen mit den Verbänden der Schmerztherapeuten ist anzumerken, dass es einfacher ist, wenn man mit einem Verband

sprechen kann, anstatt mit vielen verschiedenen Verbänden und Gesellschaften zu sprechen. Insofern ist es sehr zu begrüßen wenn sich ein einheitlicher Bundesverband Schmerz gründet. Die Erfolgchancen sind dann einfach größer.

### **Künftige Honorarordnung**

Die Entwicklung der Gebührenordnung wird nun in ein Institut des Bewertungsausschusses umgelagert. Dieses Institut soll beispielsweise die hier genannten Daten verarbeiten, um auf neutralerem Weg Entscheidungsgrundlagen für den Bewertungsausschuss zu erarbeiten. Dabei kann auch eine Fachgruppe differenziert werden, also zum Beispiel die Schmerztherapie von der Anästhesie.

Prinzipiell wollen wir einen neuen EBM mit stärkeren Pauschalen haben. Pauschalen eignen sich relativ gut dafür, dass Ärzte künftig das tun können, was sie für die Patienten tun sollen, anstatt sich mit Abrechnungsdetails befassen zu müssen. Der grobe Rahmen wäre eine Euro-Gebührenordnung, die einheitlich sein sollte. Doch das lässt sich nicht in einem Schritt umsetzen. Deshalb der Begriff „Regionale Euro-Gebührenordnung“. Die morbiditätsorientierte Gebührenordnung hat nicht funktioniert. Man kann nicht für jeden einzelnen Patienten eine unterschiedliche Bezahlung auswerfen. Aber eine Altersgewichtung ist eine vernünftige Maßnahme.

### **LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG**



*Ulrich Weigeldt*

### LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

#### Ulrich Weigeldt

Kassenärztliche  
Bundesvereinigung

Die Einführung von schweregradbezogenen Codes zur Dokumentation von chronischem Schmerz durch das DIMDI für 2007 ist zunächst am Widerstand der Deutschen Rentenversicherung gescheitert. Alle anderen waren dafür. In der Arbeitsgruppe zum ICD-10 des Kuratoriums für Klassifikationsfragen im Gesundheitswesen (KKG) wurde die Aufnahme weiterer Codes zur Verschlüsselung von chronischem Schmerz für die ICD-10-GM-Version 2007 beraten. Da kein Konsens bezüglich der aufzunehmenden Codes erzielt werden konnte, wurde die Thematik zur weiteren Beratung vorerst zurückgestellt. Primär vorgesehen war die Aufnahme eines Codes zur Anpassungsstörung bei chronischem Schmerz. Er sollte dann eingesetzt werden, wenn seit mindestens drei Monaten chronischer Schmerz in Verbindung mit psychischen, somatischen und auch sozialen Beeinträchtigungen besteht und sich beide wechselseitig bedingen, unterhalten oder verstärken. Zusätzliche Merkmale aus weiteren Bereichen müssten vorhanden sein. Zudem müsste immer der Grad der Schmerzchronifizierung anhand der Stadieneinteilung nach Gerbershagen mit U53.0! bis U53.3! verschlüsselt werden. Die Berechnung der Punktzahl wäre nach dem Mainzer Stadienmodell der Schmerzchronifizierung nach Gerbershagen erfolgt.

Es leuchtet ein, dass wir auch die Kooperation finanziell stärken müssen. Zudem ist zu überlegen, inwieweit Coaching-Funktionen im Bereich Palliativmedizin und Schmerztherapie in eine Gebührenordnung aufgenommen werden sollten. Denn es kann immer passieren, dass Patienten nicht fahren können und dass der Arzt telefonischen Rat von einem Spezialisten einholt.

Samstag, 2. Dezember 2006, 13.30 – 15.45 Uhr



**LEISTUNGSSTEUERUNG  
IN DER SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHEN  
VERSORGUNG**

*Ulrich Weigeldt im Gespräch mit Tim Ried  
(GF der Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen  
Hausärzteverband)*

### LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG

**Prof. Dr. Norbert Klusen**

Vorsitzender des Vorstandes  
der Techniker Krankenkasse

### Gesundheitsreform – kurativ, palliativ oder schmerzhaft?

#### Abstract

Die Palliativversorgung hätte man verbessern können, ohne das ganze deutsche Gesundheitssystem auf den Kopf zu stellen. Diese Auffassung vertritt der Vorstandschef der Techniker Krankenkasse Professor Norbert Klusen. Denn so schlecht wie es gern geredet wird, ist das System der solidarischen Krankenversicherung nicht, meint Klusen.

---

#### Ausgangslage – Stärken und Schwächen des deutschen Systems

Dem deutschen Gesundheitssystem und speziell der Gesetzlichen Krankenversicherung wird Unrecht getan. Es ist nicht richtig, dass wir einen Golf fahren und einen Mercedes bezahlen. Schlecht und teuer sind Attribute, die weder für die GKV noch für die medizinische Versorgung zutreffen. Die Menschen finden keine Akzeptanz für ein immerfort schlechtgeredetes System. Die in der GKV versicherten Menschen haben beispielsweise einen hervorragenden Zugang zu umfassenden Gesundheitsleistungen ohne wesentliche Wartezeiten, und die konkurrenzlos hohe medizinisch-therapeutische Versorgungsdichte ist nicht nur ein Kostenfaktor, sondern sie bietet der Bevölkerung auch eine hohe Versorgungssicherheit im Krankheitsfall. Auch die angeblich so häufigen Doppeluntersuchungen in Deutschland sind heute nicht mehr das Problem. Ein anderes, auch von der Politik gebetsmühlenartig vorgebragene Argument sind die hohen Lohnnebenkosten, welche das Gesundheitswesen verursachen. Die Techniker Krankenkasse hat errechnet, dass ein VW Golf um 300 Euro billiger wäre, wenn der Arbeitgeber sich nicht mehr an der Sozialversicherung beteiligen würde. Mit dieser Einsparsumme entstehen keine Arbeitsplätze. Wir haben ein solidarisches Krankenversicherungssystem und dazu stehen die Menschen unverändert. 74 Prozent sprechen sich in unserer letzten Umfrage für dessen Erhalt aus. Auch in vielen internationalen Vergleichsstudien zeigt sich Deutschland auf hervorragenden Plätzen, die deutsche GKV besteht den internationalen Vergleich mit Bravour. Kein weiteres Land bietet einen so breiten Leistungskatalog und einen so guten Zugang zu qualifizierten Ärzten wie unser Gesundheitssystem. Die





*Prof. Dr. Norbert Klusen*

Menschen kommen nach Deutschland und lassen sich hier behandeln – so schlecht kann unser System also nicht sein, und wir können es weiterentwickeln. Natürlich gibt es einzelne Punkte, in denen Deutschland von anderen Ländern lernen kann und muss. Es existieren hierzu lande Fehlanreize für die Akteure und unwirtschaftliche Prozesse – doch dies alles gibt es in jedem anderen System der Welt, im Übrigen am stärksten ausgeprägt in den staatlichen Systemen. Daran muss immer und überall gearbeitet werden. Die Frage ist, warum nicht wir selbst eine internationale Orientierungsgröße werden wollen. Die jetzige Reform jedoch ist visionslos, sie vergibt eine große Chance und verspielt überdies das Vertrauen der Bevölkerung.

### **Gesundheitsreform und schmerztherapeutische Versorgung**

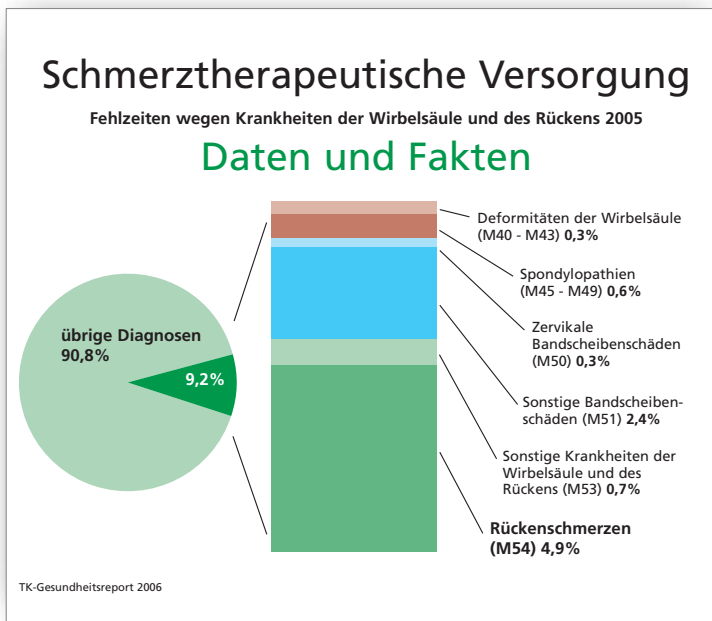
Schmerzen gehören zu den häufigsten körperlichen Beschwerden. Knapp ein Fünftel der europäischen Bevölkerung gibt an, chronisch schmerzkrank zu sein. Am stärksten betroffen sind die über 40-Jährigen. Millionen Menschen in Deutschland haben lang anhaltende oder häufig wiederkehrende, also chronische Schmerzen. Etwa 25 – 50% aller zu Hause lebenden älteren Menschen und 45 – 80% aller Bewohner von Alten- und Pflegeheimen leiden an chronischen Schmerzen. Unter ökonomischen Gesichtspunkten stellt sich das Bild wie folgt dar:

### **LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG**

**LEISTUNGSSTEUERUNG  
IN DER SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHEN  
VERSORGUNG**

**Prof. Dr. Norbert Klusen**  
Vorsitzender des Vorstandes  
der Techniker Krankenkasse

Schmerzbedingte Arbeitsausfälle verursachen Kosten von etwa 40 Milliarden Euro pro Jahr. Die meisten Fehltag gehen auf Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems zurück. Unter allen Erwerbspersonen in Deutschland entstehen mehr als 15 Millionen Fehltag allein wegen Rückenschmerzen. Dabei ist die häufigste Ursache Osteoarthrose. Unter TK-Versicherten verursachen Rückenschmerzen jeden zwanzigsten krankheitsbedingten Fehltag. Insgesamt drei Millionen Fehltag gehen auf das Konto von Rückenbeschwerden. Zahlen, die bedenklich stimmen: 80 Prozent der chronischen Rückenschmerzen entstehen wegen Vernachlässigung der Rückenmuskulatur und 60 Prozent der Schulkinder haben Haltungsschwächen.



**Schmerztherapeutische Versorgungsinitiativen der TK**

Die TK hat etliche Versorgungsinitiativen in der Schmerztherapie gestartet, vor allem gegen Rückenleiden. Denn dies ist das häufigste Schmerzereignis der Patienten und auch für uns als Kostenträger von großer Bedeutung. Wie die zuvor genannten Zahlen zeigen, können wir dadurch erhebliche Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit einsparen. Daher setzen wir auf Angebote der Verhältnis- und Verhaltensprävention. Eine wichtige Aktion ist die Kampagne „Rückhalt für Deutschland“, mit der wir vermeiden möchten, dass Rückenschmerzen über-

haupt auftreten. In der Therapie von Schmerzen fördern wir interdisziplinäre Ansätze. Wir haben dazu zwei große Verträge der Integrierten Versorgung abgeschlossen.

Eines ist das Projekt „Integrierte Versorgung Rückenschmerz“ (IVR). Wir als Krankenkasse selbst steuern Patienten mit Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigungen in einem frühen Stadium in diese Versorgung. Diese Steuerung ermöglicht eine zeitnahe umfassende Intervention und eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen bei schnellerer Rückkehr in den Lebens- und beruflichen Alltag. 300 Rehabilitationsberater stehen als Ansprechpartner zur Verfügung. Die Patienten unterlaufen eine interdisziplinäre Therapie in einem anerkannten Schmerzzentrum. Das Besondere hieran ist die vertraglich gekoppelte erfolgsabhängige Vergütung für die Ärzte. Der Arzt erhält einen Bonus, wenn ein Patient innerhalb einer bestimmten Zeit wieder arbeitsfähig wird, und einen Malus, falls nicht. Die Erfolge sind erheblich: Wir konnten in diesem therapieorientierten Ansatz etwa die Hälfte der sonst üblichen Arbeitsunfähigkeitszeiten einsparen.

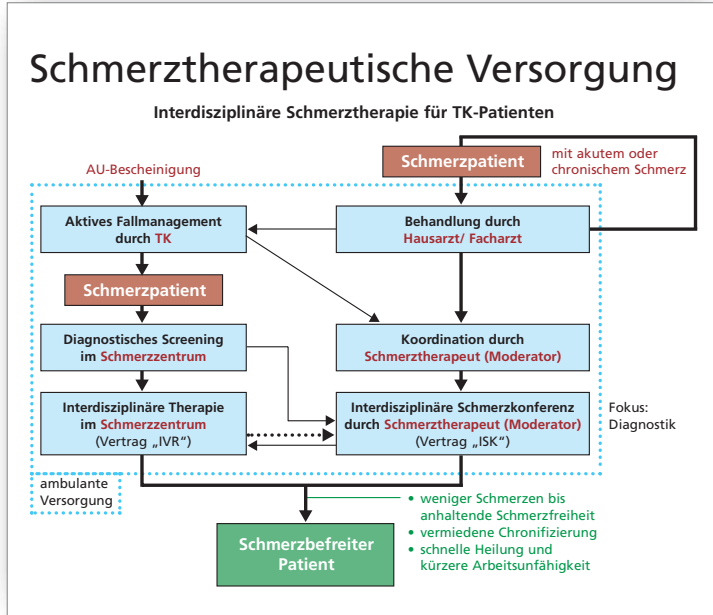
Der zweite Vertrag fokussiert stärker die diagnostische Qualität. Einbezogen sind 120 Schmerztherapeuten. Schmerzpatienten, bei denen die Diagnose schwierig ist, werden vom Hausarzt oder Facharzt einem Schmerztherapeuten vorgestellt. Dieser stellt die Patienten bei Bedarf einer Schmerzkonferenz vor. Experten verschiedener Fachrichtungen, beispielsweise Neurologen, Orthopäden, Anästhesisten oder Vertragspsychotherapeuten, analysieren die Schmerzen der Patienten. So wird die Diagnose gestellt und dann über die Therapie entschieden. Gut möglich ist auch, dass die Patienten im Anschluss eine interdisziplinäre schmerztherapeutische Versorgung in einem Schmerzzentrum erhalten (siehe erstgenannter Vertrag).

Bei diesen Ansätzen nutzen wir die Vorteile, die sich aus der Vernetzung hausärztlicher, fachärztlicher und schmerztherapeutischer Versorgung ergeben. Wir setzen auf bewährte Therapiekonzepte, die Versorgung durch die besten Experten und auf individuelle Therapiepläne.

## **LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG**

**LEISTUNGSSTEUERUNG  
IN DER SCHMERZ-  
THERAPEUTISCHEN  
VERSORGUNG**

**Prof. Dr. Norbert Klusen**  
Vorsitzender des Vorstandes  
der Techniker Krankenkasse



Einen dritten Integrationsvertrag zur schmerztherapeutischen Versorgung hat die TK in der Palliativmedizin geschlossen. Zielgruppe sind hier Patienten in der Lebensendphase. Im Vordergrund stehen die Linderung körperlicher und seelischer Beschwerden, die Begleitung von Patienten und ihren Angehörigen sowie prioritär die ambulante Versorgung der Betroffenen bei möglichst optimaler Vernetzung hausärztlicher, fachärztlicher, schmerztherapeutischer, palliativmedizinischer und pflegerischer Einrichtungen. Ziel ist es, unheilbar Kranken so lange wie möglich ein weitgehend schmerzfreies, würdevolles und selbstbestimmtes Leben zu Hause zu ermöglichen.

### **Fazit und Ausblick**

Die Gesundheitsreform setzt auf mehr Transparenz, Flexibilität und Wettbewerb in den Beziehungen der Akteure. Allerdings wird die sogenannte Finanzierungsreform alle entsprechenden Neuregelungen aushebeln. Kurativ oder heilsam ist diese Gesundheitsreform mit Sicherheit nicht. Und eine Verbesserung der Palliativversorgung hätte man selbstverständlich auch ohne schädliche Eingriffe ins System erreichen können. Die Reform selbst wird daher auch nicht palliativ wirken, sondern extrem schmerzhaft, besonders für die Versicherten und Patienten.

### **LEISTUNGSSTEUERUNG IN DER SCHMERZ- THERAPEUTISCHEN VERSORGUNG**



*Prof. Dr. Norbert Klusen und Günter van Aalst (Leiter der Landesvertretung der Techniker Krankenkasse NRW)*

### „EIN KRANKES SYSTEM ERFORDERT SANIERUNGSBEITRÄGE VON ALLEN“

Dr. Albrecht Klopfer  
im Gespräch mit  
Willi Zylajew,  
Bundestagsabgeordneter  
der CDU  
und Mitglied im  
Gesundheitsausschuss

**Klopfer:** Herr Zylajew, die Pläne zur Gesundheitsreform sind viel kritisiert worden – auch auf diesem Kongress –, und ich habe das Gefühl, dass bei der Ärzteschaft gerade die Enttäuschung über die Union groß ist. Vielleicht können Sie noch einmal kurz die Ausgangslage für diese Reform darstellen?



**Zylajew:** Die Union hat auf dem Leipziger Parteitag 2003 ein klares Konzept entwickelt, das vorsieht, die Kosten für eine wirkliche Krankenversicherung von Lohn und Einkommen abzukoppeln. Für Menschen, die sich finanziell weniger gut stehen, sollte der Beitrag durch staatliche Zuschüsse sichergestellt werden. Nun müssen wir aber leider zur Kenntnis nehmen, dass rund 65 Prozent der Wähler diesem Konzept nicht ihre Stimme gegeben, sondern bei der Bundestagswahl vor einem Jahr andere Parteien gewählt haben. Das ist die Schwierigkeit, in der sich die Union heute befindet: Auf der einen Seite das Gesundheitssystem sanieren zu müssen, auf der anderen Seite aber keinen nahen Koalitionspartner zur Verfügung zu haben, der in etwa diesen Weg mitgeht.

**Klopfer:** Ist denn dann die Enttäuschung bei den Leistungserbringern nicht auch berechtigt?

**Zylajew:** Natürlich sind bei den Leistungserbringern zu großen Teilen einfach Sorge und Angst vorhanden. Es ist eben heute nicht mehr so, dass jeder Arzt zu den Spitzenverdienern gehört, und es ist eben nicht mehr so, dass jeder Apotheker nach ein paar Jahren zum Millionär wird, sondern es gibt sehr viele Apotheken und Arztpraxen, wo das Geld inzwischen wirklich knapp ist und wo es in einem härter werdenden Wettbewerb kaum Überlebenschancen gibt. Natürlich ist hier die Enttäuschung groß. Andererseits kann es auch nicht so sein, dass in einem kranken Gesundheitssystem die Leistungserbringer in ihrer Gesamtheit nicht auch ihren Beitrag zur Sanierung des Systems leisten. Das ist nicht machbar, denn eine solche Schonung würde ja automatisch auf Kosten der Gesamtgesellschaft erfolgen. Hier hat also die Politik die Aufgabe, auch bei den Lasten verteilend und ausgleichend einzugreifen.

**Kloepfer:** Ich habe den Eindruck, dass vor allem jener Teil des Gesetzes klar geworden ist, den die Kritiker als „Staatsmedizin“ bezeichnen, dass aber der andere, eher ins Wettbewerbliche zielende Teil überhaupt noch nicht richtig betrachtet wurde.

**Zylajew:** Fest steht, dass ein stärkeres Vertragsrecht der Krankenkassen, wie es ja auch von Kassenvertretern gefordert wird, vor allem den engagierten, innovativen und patientenorientierten Ärzten zukünftig eine größere Chance bietet, wirtschaftlich gut zurechtzukommen, als Ärzten, die ihren Praxisbetrieb unflexibel und fast wie eine Behörde fahren. Was aber in diesem Wettbewerb herauskommt, lässt sich im Einzelnen nicht prognostizieren. Auch das verursacht natürlich Ängste. Ich kenne aus der lokalen Beobachtung viele Ärzte, die – vorsichtig formuliert – ein hohes Interesse an einer geregelten Freizeit haben. Für solche Ärzte wird es jetzt natürlich schwieriger.

**Kloepfer:** Im Moment hat man den Eindruck, dass die Kritik an der Reform relativ breit aufgestellt ist, dass aber diejenigen, die in dem Gesetz auch Vorteile und Chancen erkennen, kaum zu Wort kommen oder diese Zustimmung nur hinter vorgehaltener Hand und sehr zurückhaltend zu erkennen geben.

**„EIN KRANKES SYSTEM  
ERFORDERT  
SANIERUNGSBEITRÄGE  
VON ALLEN“**

### „EIN KRANKES SYSTEM ERFORDERT SANIERUNGSBEITRÄGE VON ALLEN“

Dr. Albrecht Klopfer  
im Gespräch mit  
Willi Zylajew,  
Bundestagsabgeordneter  
der CDU  
und Mitglied im  
Gesundheitsausschuss

**Zylajew:** Genauso ist es. Wenn ich von Veranstaltungen nach Hause fahre, habe ich fast jedes Mal noch auf der Heimfahrt zustimmende Anrufe von Leuten, die sich nicht öffentlich bekennen wollen. Die Leistungsstarken, die in dem Gesetz Chancen für sich sehen, haben regelrecht Angst davor, sich dazu öffentlich zu bekennen. Denn sie befürchten Repressalien von ihren Kollegen, von der KV oder von der Kammer und anderen Verbänden. Unsolidarität wird in der Gemeinschaft der Heilberufler von jeher brutal abgestraft. Davor haben auch diejenigen Angst, die sich vor dem Wettbewerb nicht fürchten und darin ihre Chancen sehen.

**Klopfer:** Was kann Politik da tun? Durchhalten?

**Zylajew:** Zunächst einmal sind im Gesetzentwurf ganz eindeutig Veränderungen notwendig. Hier müssen sich die Koalitionsfraktionen noch mal sehr ernsthaft mit dem Ministerium unterhalten, denn da gibt es noch einige bürokratische Hirngespinnste im Text, die ausgebügelt werden müssen. Aber im Wesentlichen sollten wir zu den Eckpunkten stehen, und dann müssen die entsprechenden Widerstände eben auch ausgehalten werden. So viel Durchhaltevermögen sollte die Politik schon haben und hat sie auch.

**Klopfer:** Und wenn Ihnen dabei das KV-System um die Ohren fliegt?

**Zylajew:** Das glaube ich zwar nicht. Aber wenn es so wäre? Ich kenne viele Ärzte – leistungsstarke und leistungsschwächere, wie das in jedem Beruf so ist. Die Leistungsstarken würden zügig eine Alternative für das KV-System auf die Beine stellen. Es wäre doch keine Frage, dass auch im ambulanten Bereich Organisationen und Netzwerke entstehen würden, die das alte KV-System sehr schnell funktional ersetzen könnten. Die KV ist ein Verteilungssystem der Ärzteschaft, das nicht mehr unbedingt den aktuellen Anforderungen an eine Gesundheitsversorgung in marktwirtschaftlichen Strukturen entspricht.

**Klopfer:** Nun haben wir ja gerade in diesem Zusammenhang auch über die Frage diskutiert, was in der Gesundheitsversorgung Wettbewerbsfelder sind und was nicht. Bis wohin kann der Wettbewerb ein vernünftiges Regulativ darstellen und wo hört er auf, sinnvoll zu sein?



**Zylajew:** Natürlich geht nicht alles mit Wettbewerb. Sich Zeit zu nehmen für einen Menschen, kann nicht wettbewerblich vorgegeben werden, weil ich dann auch ganz schnell beim Gegenteil davon lande. Es gibt also Grenzen. Aber es muss in der Gesundheitsversorgung Wettbewerb geben, weil nur darin die Garantie für Fortschritt liegt. Fortschritt und Wettbewerb sind untrennbar miteinander verbunden – das Gegenteil hat spätestens die DDR gezeigt. Es muss aber auch eine bestimmte Sicherheit geben. Ein Arzt, der sich auf einen Patienten einlässt, der sich also in Interaktionen begibt, die nicht bis ins letzte Detail vorhergesehen werden können, kann nicht mit Vorgaben konfrontiert werden, die sofort in Regressen münden, wenn der Prozess nicht läuft wie vorgesehen. Wir müssen jetzt aber sehen und aktiv weiterentwickeln wo wettbewerbliche Strukturen Sinn haben und hilfreich sind und wo nicht. Wir befinden uns hier am Anfang einer Entwicklung. Wichtig aber ist, dass die Leistungserbringer sich auch in einem stärker wettbewerblich orientierten System auf die Grundlagen verlassen können, die jeweils zwischen den Vertragspartnern vereinbart wurden. Dieser Freiraum ist die Basis heilberuflichen Arbeitens.

**„EIN KRANKES SYSTEM  
ERFORDERT  
SANIERUNGSBEITRÄGE  
VON ALLEN“**



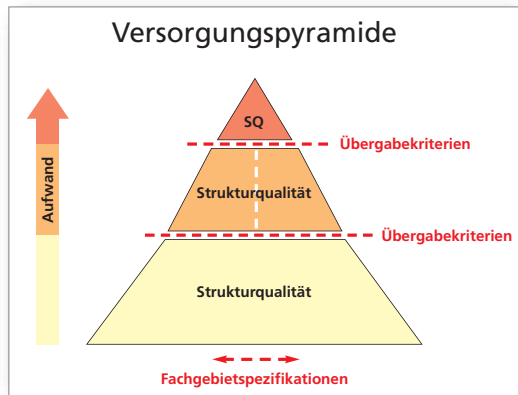
*Willi Zylajew, MdB, CDU*

## PAUSCHALEN – IST DIE SCHMERZTHERAPIE VORBEREITET?

Arbeitsgruppe 1

Mit der Umsetzung des GKV-WSG steht den ambulanten Leistungserbringern die Einführung eines neuen pauschalierten Vergütungssystems ins Haus. Zudem stehen die Ärzte im Rahmen der besonderen Versorgungsformen (Integrationsverträge, Hausarztmodelle und Direktverträge) immer öfter vor der Situation, zu den von ihnen angebotenen medizinischen Leistungen auch einen entsprechenden Preis benennen zu müssen. Auch hier geht der Trend eindeutig in Richtung pauschale Vergütungsformen wie Capitation oder Leistungskomplexe.

Auf beide Bereiche ging Christian Luley, Mitarbeiter der Grünenthal GmbH, im Verlauf des ersten Impulsvortrags ein. Das Hauptaugenmerk lag auf den Herausforderungen, die ein pauschaliertes Entgeltsystem, unabhängig ob Regelversorgung oder besondere Versorgungsform, für die schmerztherapeutischen Leistungserbringer mit sich bringt. Das GKV-WSG sieht jeweils – nach einem wahrscheinlichen Inkrafttreten zum 1. April 2007 – die Einführung eines neuen Hausärzte- und Fachärzte-EBM zum Oktober desselben Jahres und eine endgültige Umsetzung des neuen Vergütungssystems zum 1. Januar 2009 vor. Für die Leistungserbringer gilt es nach Luleys Ansicht, im Vorhinein das eigene Leistungsspektrum im Detail zu definieren und gerade auch in der Abgrenzung zu anderen Leistungserbringern an Profil zu gewinnen. Zum anderen sind Vorschläge zu erarbeiten, wie die realen Aufwände der schmerztherapeutischen Versorgung im Rahmen eines neuen EBM adäquat abgebildet werden könnten.



Auf Basis der im Gesetzesentwurf vorgesehenen Eckpunkte wurden hierzu drei unterschiedliche Szenarien vorgestellt und diskutiert, wie eine

Berücksichtigung schmerztherapeutischer Leistungen in einem neuen EBM umzusetzen wäre. Als schwierige Thematik erweist sich hierbei eine adäquate Berücksichtigung der hausärztlich tätigen Schmerztherapeuten. Diese sind im bisherigen EBM-System den fachärztlichen Kollegen gleichgestellt. Durch eine weitgehende Pauschalierung der hausärztlichen Vergütung und eine dadurch bedingt weitere Entfernung vom fachärztlichen EBM ist eine gleiche Honorierung bei gleicher Qualifikation zumindest fraglich.

Nach der Diskussion über Strukturqualität und klinische Indikatoren als Differenzierungskriterien der verschiedenen schmerztherapeutischen Versorgungsebenen ging Dr. Michael Greiling vom IWIG-Institut im Rahmen seines Impulsvortrags auf die dritte entscheidende Größe ein: die Behandlungskosten. Abgeleitet von den im stationären Sektor gemachten Erfahrungen – Stichwort DRGs – stellte er eine Systematik vor, wie Prozesskosten auch für den niedergelassenen Bereich ermittelt werden können. Auf Basis definierter Behandlungspfade werden Tätigkeiten zu Teilprozessen aggregiert. Abläufe könnten somit präzise modelliert werden. Aus einer Kostenstellenbetrachtung wird eine an medizinischen Behandlungspfaden orientierte Prozesskostenrechnung. Eine seriöse Kostenaussage zu definierten Leistungskomplexen wäre somit möglich. Voraussetzung hierfür sind allerdings eine Standardisierung der Behandlungspfade sowie ein möglichst homogenes Patientenkollektiv.

In der anschließenden Diskussion wurden Zweifel geäußert, ob diese Voraussetzungen in der ambulanten Schmerztherapie erfüllt werden können. Zum einen wird der chronische Schmerz als zu komplexes Thema gesehen, als dass hier die Bildung homogener Gruppen möglich sei. Zum anderen scheint die Beschreibung des Schmerzpatienten in der Regelversorgung ohne eigene Schmerz-ICD schwer vorstellbar. Deren Einführung ist aber noch ungewiss.

Dennoch wurde in der Gruppe die Notwendigkeit gesehen, auf diesem Weg weiter vorangehen zu müssen. Ohne eine klare Kostenvorstellung wird die Argumentation in der Selbstverwaltung zur Neugestaltung des EBM und gegenüber Krankenkassen, z. B. im Rahmen von Vertragsverhandlungen zur Integrationsversorgung, zukünftig schwierig.

**PAUSCHALEN – IST  
DIE SCHMERZTHERAPIE  
VORBEREITET?**

**PALLIATIVE CARE TEAMS:  
FIKTION ODER  
REALITÄT?**

Arbeitsgruppe 2

In seinem Beitrag über strukturelle Anforderungen an Palliative Care Teams in der spezialisierten ambulanten Versorgung betonte Dr. Thomas Schindler, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, die Unterscheidung zwischen allgemeiner und spezialisierter Palliativversorgung. Ein Bedarf für spezialisierte ambulante Palliativmedizin bestehe bei ca. 10 – 15 Prozent der Sterbenden. Anhand eines schematischen Überblicks differenzierte Schindler unterstützende und betreuende Angebote im ambulanten respektive stationären Sektor. Palliative Care Teams (PCT), die in der spezialisierten ambulanten Versorgung tätig werden, sollten Schindlers Auffassung nach multiprofessionell qualifiziert sein und über eine angemessene technische sowie räumliche Ausstattung verfügen.

**Hospiz- und Palliativbetreuung  
im Gesundheitswesen**

**Strukturelle Anforderungen an Palliative Care Teams  
Österreich: Abgestuftes Konzept der Hospiz- und Palliativversorgung (12/2004)**

	Traditionelle Dienstleister des Gesundheitswesens	Hospiz- und Palliativbetreuung		
		unterstützende Angebote	betreuende Angebote	
<b>im Akutbereich</b>	Abteilungen, Stationen und Ambulanzen des Krankenhauses	Hospiz-teams	Palliativ-konsiliardienste	Palliativ-stationen
<b>im Langzeitbereich</b>	Senioren- und Pflegeheime		Mobile Palliativ-teams	Stationäre Hospize
<b>zu Hause</b>	Ärzte für Allgemeinmedizin, niedergelassene Fachärzte, Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Sozialarbeit, Physiotherapie...			Tageshospize

Anhand der zurzeit bundesweit bestehenden 15 Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung zeigte Schindler auf, dass mittels dieser Form der Vertragsgestaltung eine Flächendeckung nicht möglich sei. Je nachdem, ob der Kristallisationspunkt der Versorgung im ambulanten oder stationären Sektor lokalisiert sei, komme es zu deutlichen Unterschieden hinsichtlich der professionellen Ausgestaltung der Versorgung (mono- vs. multiprofessionell).

Im Rahmen der Diskussion bestand Konsens dahingehend, dass die Integrierte Versorgung grundsätzlich nicht das geeignete Instrumentarium für den Bereich der Palliativversorgung ist. Ein ökonomischer Wettbe-

werb ist in diesem Segment fehl am Platz. Gleichwohl wurde anerkannt, dass die IV-Projekte ein Feld für wertvolle Erfahrungen waren und gute Impulse gesetzt haben. Nicht absehbar war, dass auf politischer Ebene eine so schnelle Reaktion erfolgen würde und somit nachhaltige Erfahrungen aus den Modellprojekten nicht in die Gesetzgebung einfließen können. Unsicherheit besteht bei den Teilnehmern auch noch hinsichtlich der personellen Ressourcen der PCT gemessen an der Einwohnerzahl und der Stadt-Land-Situation.

Dr. Bernd-Oliver Meier (HSK Wiesbaden) stellte in seinem Vortrag eines der beiden Projekte der Palliativversorgung in Wiesbaden vor. Kristallisationspunkt ist hier der stationäre Sektor. Meier forderte aufgrund seiner bisherigen Erfahrungen klare Strukturen und Qualitätsanforderungen bei der Umsetzung der Palliative Care Teams.

Anhand der Präsentation von Meier entwickelte sich eine intensive Kosten-Nutzen-Diskussion, bei der insbesondere im Mittelpunkt stand, inwieweit letztlich im Rahmen des IV-Projektes Leistungen auf Kosten der Kliniken erbracht würden. Obgleich in Wiesbaden eine Mischkalkulation vorliegt, stimmte Meier grundsätzlich dem Fazit zu, dass es sich hierbei um eine Risiko-Risiko-Situation handele. Plausibilität scheinbar vorhanden zu sein, wurde aber aufgrund der kurzen Laufzeit des Projektes bisher noch nicht überprüft. Dennoch hob Meier hervor, dass sich durch die enge An- und personelle Einbindung des PCT in den stationären Sektor Synergieeffekte ergäben.

Abschließend ging Matthias Grün (AOK Hessen) aus Sicht der Kostenträger auf die Frage ein, ob die Integrierte Palliativversorgung auch weiterhin eine interessante Option darstelle. Zum einen ging Grün noch einmal auf das von Meier präsentierte IV-Projekt ein. Als entscheidende Kriterien für einen stationären Kristallisationspunkt sieht Grün die Sicherstellung der Qualität, sich ergebende Synergieeffekte, die Wahrung einer bekannten Bezugsperson für die Patientinnen und Patienten sowie die Vermeidung eines Aufbaus von kostenintensiven Parallelstrukturen. Andererseits gesteht Grün auch ein, dass die strukturellen Voraussetzungen in den Kliniken sehr verschieden und die Vorbehalte im ambulanten Sektor ausgeprägt seien.

### **PALLIATIVE CARE TEAMS: FIKTION ODER REALITÄT?**

Arbeitsgruppe 2

### **PALLIATIVE CARE TEAMS: FIKTION ODER REALITÄT?**

Arbeitsgruppe 2

Die Diskussion ergab, dass es auf Seiten der Krankenkassen eine unterschiedliche Beurteilung hinsichtlich der Sinnhaftigkeit von IV-Verträgen im Rahmen der Palliativversorgung gibt. Offensichtlich ist auch die Haltung der einzelnen Regionaldirektionen der Krankenkassen höchst verschieden, da eine Multiplikation von Verträgen sich ausgesprochen schwierig gestaltet.

Einigkeit bestand bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern dahingehend, dass bestimmte Versorgungsbereiche notwendig sind und dem Wettbewerb entzogen werden müssen. Ein einheitliches und gemeinsames Vorgehen der Krankenkassen wird gewünscht. Vielfältige zurzeit existente Schnittstellenprobleme können jedoch dazu führen, dass die angestrebte flächendeckende Umsetzung der sektorenübergreifenden Palliativversorgung scheitert. Wichtig ist in diesem Kontext die Berücksichtigung regionaler Strukturen, beispielsweise bereits bestehender Versorgungskonzepte. Diese sollten als Ausgangspunkt für die Implementierung einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung genutzt werden.

Die intensive und den zeitlichen Rahmen weit überschreitende Diskussion zeigte den hohen Diskussionsbedarf im Bereich der Palliativversorgung. Als Fazit kann formuliert werden, dass die Entwicklung auf gesetzlicher Ebene sicherlich einen Meilenstein darstellt. Die Ausgestaltung bedarf aber noch einer intensiven Reflexion über Qualitätsanforderungen und die personelle, räumliche und technische Ausstattung auf struktureller Ebene sowie über die Prozesse und Qualitätssicherung im Rahmen der Umsetzung.



*In der Arbeitsgruppe*

### Impulsvortrag 1

„Schmerztherapie im Rahmen der hausärztlichen Versorgung vor dem Hintergrund der gesetzlichen Änderungen“ –

*Dr. Gabriele Müller de Cornejo, Deutscher Hausärzterverband*

Im kommenden Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) entstehen für niedergelassene Ärzte neue Möglichkeiten:

- Eine Tätigkeit als Vertragsarzt ist in Zukunft an mehreren Standorten möglich („Filialbildung“).
- Überörtliche Gemeinschaftspraxen sind zukünftig zwischen allen zugelassenen Leistungserbringern gestattet, diese können auch über KV-Grenzen hinweg etabliert werden. Die Bindung an eine KV ist für den Zeitraum von 2 Jahren erforderlich. Die Bildung einer solchen „Berufsausübungsgemeinschaft“ geschieht unter Beibehaltung der Vertragsarztsitze, bedarf aber der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Ein Arzt kann mehreren Berufsausübungsgemeinschaften angehören.

Eine Anstellung von mehreren Ärzten mit besonderen Qualifikationen (z. B. Schmerztherapie, Palliativmedizin) kann in offenen Planungsbereichen erfolgen. Die Anrechnung auf die Bedarfsplanung erfolgt entsprechend dem Beschäftigungsumfang. Eine Budgetausweitung der Praxis mit angestellten Ärzten (hierbei werden Weiterbildungsassistenten nicht angerechnet) kann nur in offenen Planungsbereichen diskutiert werden.

### Änderungen durch das WSG im Hinblick auf die Palliativmedizin

- Anspruch der Patienten auf eine spezialisierte Palliativversorgung:  
Der Gemeinsame Bundesausschuss wird bis September 2007 die näheren Einzelheiten zum Inhalt und Umfang der Palliativversorgung sowie zum Versorgungsbedarf in einer Richtlinie festlegen. Weitere Anforderungen wie z. B. die Qualifikation (Mindestanforderung) an die Leistungserbringer sowie die Definition der sächlichen und personellen Anforderungen müssen noch geregelt werden.

## POSITIONIERUNG IN EINEM WETTBEWERBS- UMFELD – SCHMERZ- THERAPIE ALS PRODUKT

Arbeitsgruppe 3

### POSITIONIERUNG IN EINEM WETTBEWERBS- UMFELD – SCHMERZ- THERAPIE ALS PRODUKT

Arbeitsgruppe 3

Die lebhafteste Teilnehmerdiskussion der neuen gesetzlichen Änderungen fokussierte vor allem auf folgende Aspekte:

**VÄndG:** Eine Gefahr für niedergelassene Ärzte und auch eine neue Konkurrenzsituation für die MVZs scheint durch das VÄndG nicht ausgeschlossen. Eine noch bessere Vernetzung der Praxen untereinander hilft hierbei besonders beim Informationsaustausch.

**WSG:** Der Hausarztverband, so die Referentin, favorisiert im Hinblick auf die Entwicklung neuer Verträge eher den Vertragsabschluss nach § 73 c SGB V (Strukturvertrag) als Verträge zur Integrierten Versorgung (§ 140 ff). Die bisherige 1%-Anschubfinanzierung (für IV-Verträge) ist für die Diskussionsteilnehmer nicht akzeptabel, die Kommunikationswege zu den Krankenkassen sind vielfach noch verbesserungsfähig.

Besonders bei der Palliativversorgung werden flächendeckende und kassenübergreifende Konzepte mit einer Finanzierung über separate Budgets bevorzugt, Einzellösungen wie z. B. ein IV-Vertrag nach § 140 ff können nur ein Einstieg sein.

#### Impulsvortrag 2

„Aufbau einer ambulanten Markenmedizin – Lösung für die zukünftige Versorgung?“

*Dr. Felix Cornelius, Polikum Berlin*

Eine „Marke“ bietet einen hohen Wiedererkennungswert für den Verbraucher („... da weiß man, was man hat“). Der Verbraucher vertraut auf die hohe Qualität und die Verlässlichkeit des Angebotes (Beispiel Starbucks). Für den Markenanbieter entstehen ein Wettbewerbsvorteil sowie ein leichter Zugang zum Kapital. Die Marke muss nicht an feste Orte oder Personen gebunden sein, die dadurch entstandene Flexibilität ist ein zusätzlicher Vorteil. Der Aufbau und die Entwicklung einer Marke sind mit einigen Herausforderungen verbunden:

- Standardisierungen der Prozesse sind in einem hohen Maße erforderlich, daher ist ein potenzieller Konflikt mit dem ärztlichen Selbstverständnis möglich.



- Die Dokumentation der Handlungen ist ebenso wie das Controlling und das Feedback als selbstverständlicher Bestandteil im Alltag zu etablieren.
- Kontinuierliche intensive Schulungseinheiten sind für alle Prozessbeteiligten unbedingt notwendig.
- Für den Patienten entsteht eine hohe Verbindlichkeit, die die Compliance und das Vertrauen stärkt.

### POSITIONIERUNG IN EINEM WETTBEWERBS- UMFELD – SCHMERZ- THERAPIE ALS PRODUKT

Arbeitsgruppe 3

**Fazit:** Durch den rasanten Umbruch im ambulanten Gesundheitsmarkt wird die Markenentwicklung auch im Sinne der Schaffung von Wettbewerbsvorteilen weiter an Bedeutung zunehmen.

Die Diskussion der Teilnehmer war zunächst von der Klärung des Begriffes „Marke“ geprägt. Die Frage „Eignet sich die Schmerztherapie als Marke?“ wurde kontrovers diskutiert. Hier wurde von einigen Teilnehmern die fehlende Erfahrung mit diesem „Begriff“ verbalisiert. Vorteile für den Patienten und den Schmerztherapeuten wurden konkretisiert. Speziell bei der Einsicht aller beteiligten Ärzte in die zentrale Patientenakte und hier auch speziell in die Ergebnisse der psychologischen Untersuchungsbefunde eines Schmerzpatienten (Kenntnis über Missbrauch werden auch anderen Therapeuten zugänglich) wurden Bedenken aus dem Teilnehmerkreis formuliert. Hier ist eine Regelung im konkreten Einzelfall sicherlich notwendig.

Die Markenbildung im Gesundheitsmarkt stellt für Mediziner eine neue Herausforderung dar. Die Antwort auf die Frage „Marken in der Medizin – braucht man das?“ kann erst in der zukünftigen Gestaltung der Gesundheitsversorgung gegeben werden.

### SCHMERZTHERAPIE UND ÖFFENTLICHKEITS- ARBEIT – MÖGLICH?

Arbeitsgruppe 4

Einzig Referentin in der Arbeitsgruppe war die ehemalige Gesundheitsstaatssekretärin Gudrun Schaich-Walch. Anhand und auf Grundlage ihres Einleitungsreferates, das im Wesentlichen Fragen der politischen Interessenvertretung und des Lobbyismus im Fokus hatte, wurden in der Diskussion folgende 12 Thesen entwickelt und diskutiert:



*Gudrun Schaich-Walch und Dr. Albrecht Kloepper*

**I** – Lobbyismus im klassischen Sinne ist der bestimmende Einfluss, den Interessenvertreter oder die Verbände auf Gesetzgebung, Politik und Verwaltung durch persönliche Einflussnahme auf maßgebende Politiker nehmen.

**II** – Interessenvertretung ist legitim. Die Verantwortung für die Wirksamkeit von Interessenvertretung und Lobbyismus liegt beim Entscheider. Es ist seine Aufgabe, die vorgetragenen Argumente abzuwägen und in die richtige Relation zum Gesamtgefüge zu setzen. Politiker sind gut beraten, verschiedene Sichtweisen und Einschätzungen kennenzulernen. Eine umfassende Funktionsweise der Demokratie.

**III** – Interessenvertretung sollte öffentlich sein. Neben den politischen Ansprechpartnern sollten Interessenvertreter auch den Kontakt zu den Medien suchen und ihre Anliegen dort erläutern. Dabei sollte in konkreten Einzelfällen jedoch darauf geachtet werden, die politischen Ansprechpartner nicht bloßzustellen oder ihnen in den Rücken zu fallen. Als langfristige und kontinuierliche Dialogpartner sind jedoch gerade die Spezialisten unter den

Pressevertretern wichtige Kontaktstellen, die kontinuierlich in die Aktivitäten der Interessengruppen mit einbezogen werden sollten. Grundsätzlich gilt: Erfolgreiche und verlässliche Interessenvertreter haben nichts zu verbergen.

**IV** – Interessenvertretung sollte innerhalb einer Gruppe abgestimmt und einheitlich sein. Die verantwortlichen Kontaktpersonen haben dafür Sorge zu tragen, dass Positionen, Meinungen und Aktivitäten einer Interessengruppe zunächst innerhalb der Gruppe diskutiert und weitgehend konsentiert wurden. Interessenvertretung ist nur so wirksam wie der konsentierte gemeinsame Wille, den sie vertritt. Nicht konsentiert und/oder isolierte Interessenvertretung wird – gerade im Gesundheitswesen – gegeneinander ausgespielt.

**V** – Interessenvertretung sollte kontinuierlich sein, sie darf sich nicht in einmaligen Auftritten erschöpfen. Zur wirksamen Arbeit als Interessenvertreter gehört der kontinuierliche Dialog über einen möglichst festen Ansprechpartner (auf beiden Seiten). Der Versuch einer hektischen Einflussnahme ist zu vermeiden, das Feld muss bereits vorbereitet sein, wenn Entscheidungen anstehen. Dafür muss ein Vertrauensverhältnis aufgebaut sein, das sich aus einem mäßigen, aber regelmäßigen verlässlichen Austausch speist.

**VI** – Interessenvertretung muss verständlich sein. Die Ansprechpartner für Interessenvertreter haben in der Regel viele verschiedene Themen auf ihrer Agenda und können daher nicht annähernd so intensiv „im Stoff“ stehen wie ihr Gegenüber. Zudem sind häufig nicht einmal Fachpolitiker der erste Ansprechpartner, sondern örtliche Abgeordnete, die dann erst den Kontakt zu ihren Fachkollegen knüpfen. Daraus folgt als Grundregel: Keep it short and simple!

**VII** – Interessenvertretung muss wahrheitsgetreu sein. Eine subjektive Sicht auf die Dinge ist nachvollziehbar und wird vom Gegenüber vorausgesetzt. Dennoch müssen Fakten und Daten jederzeit überprüfbar und grundsätzlich haltbar sein. Der Interessenvertreter hat hier auch Verantwortung für seinen Ansprechpartner, denn dieser wird unter Umständen seine Angaben weitergeben oder auf Grundlage dieser Angaben eigene Positionen entwickeln. Hier durch Fehlinformationen aufgefallen zu sein, bedeutet in der Regel das Ende einer erfolgreichen Kooperation.

### SCHMERZTHERAPIE UND ÖFFENTLICHKEITS- ARBEIT – MÖGLICH?

Arbeitsgruppe 4

### SCHMERZTHERAPIE UND ÖFFENTLICHKEITS- ARBEIT – MÖGLICH?

Arbeitsgruppe 4

**VIII** – Interessenvertretung sollte unterschiedliche Interessen nicht gegeneinander ausspielen. Die Abwägung der verschiedenen Argumente nimmt die handelnde Person vor, nicht die informierende. Deswegen ist es kontraproduktiv, andere Akteure zur eigenen Position in Relation zu setzen und sich dadurch vielleicht besser positionieren zu wollen. Das Gegenteil wird in der Regel der Fall sein. Merke: Keiner ist kränker als der andere.

**IX** – Interessenvertretung braucht Partner. Idealerweise vollzieht sich der Dialog mit der Politik in einem wechselseitigen Geben und Nehmen von Informationen und Argumenten. Auch für die politischen Ansprechpartner ist es wohlthuend zu erleben, wenn die eigenen Anliegen auch von anderen unterstützt werden. Darüber hinaus kann Interessenvertretung der Politik und sich selbst nützliche Dienste erweisen, wenn sie für bestimmte Fragestellungen strategische Allianzen schmiedet und Kooperationen auf Zeit eingeht. Für alle Beteiligten gilt: Zusammenarbeit erweitert den Horizont.

**X** – Interessenvertretung muss sich weiterentwickeln. Der aktuelle Wissensstand ist für Interessenvertreter eine Grundvoraussetzung. Erfolgreicher ist es, selbst ein spannender zukunftsorientierter Gesprächspartner zu sein, der über neue Wege und Möglichkeiten nachdenkt und Vorschläge zur Lösung von Problemen macht, die erst noch kommen werden. Mit diesem Wissensvorsprung kann auch der Gesprächspartner bei seinen weiteren Kontakten oder im Zuge seiner politischen Arbeit glänzen.

**XI** – Interessenvertretung kann nicht immer erfolgreich sein. Ein gewisses Maß an Frustrationstoleranz ist unerlässlich. Übergeordnete Erwägungen und Kompromisszwänge lassen Politik häufig zu anderen Entscheidungen gelangen, als es sich die jeweiligen Interessenvertreter gewünscht haben mögen. Auch wenn das eigene Vorgehen selbstkritisch überprüft werden muss, die eingespielten Kontakte sollten weiter gepflegt werden. Zum Trost: Schon beim nächsten Mal kann alles anders sein.

**XII** – Interessenvertretung muss einen langen Atem haben. Schnelle und vor allem, spektakuläre Erfolge sind eher die Ausnahme. Was sind überhaupt Erfolge? Vielfach gilt es vor allem, ein Klima zu schaffen, dass eine Entscheidungsfindung positiv im gewünschten Sinne beeinflusst. Qualität, Kontinuität und Vertrauen sind dabei mehr als die halbe Miete.

Im Rahmen dieser Arbeitsgruppe wurde der Stellenwert der Arzneimitteltherapie innerhalb der Schmerztherapie erörtert und der Einfluss der politischen Steuerungsinstrumente diskutiert. Als Einstieg in die Diskussion dienten vier Impulsreferate, die die Thematik aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchteten.

**ARZNEIMITTEL-  
VERSORGUNG 2007:  
ONE DRUG FOR ALL?**

Arbeitsgruppe 5

**Vortrag 1: Steuerungsinstrumente im Arzneimittelbereich –  
gewappnet für den individuellen Bedarf?**

*Dr. Jürgen Bausch, KV Hessen*

Statistisch gesehen kann man davon ausgehen, dass chronisch schmerzkranken Menschen annähernd gleichmäßig über ein Bundesland verteilt sind. Trotzdem zeigen die Opioid-Verbrauchsdaten erhebliche Unterschiede im Verteilungsmuster. In Flächenstaaten wie Bayern kann dieses Phänomen besonders gut beobachtet werden. Es existiert aber auch in allen anderen Bundesländern. Die Ursachen solcher Verbrauchsunterschiede bedürfen der gezielten Analyse. Zu simpel und sachlich falsch wäre es, die Regionen mit geringem Opioidverbrauch als „schlecht versorgt“ abzustempeln oder andererseits jene mit hohem Opioidverbrauch als unwirtschaftlich zu brandmarken.

Grundsätzlich gibt es verschiedene Möglichkeiten, sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene in das Verordnungsgeschehen einzugreifen. Eine besondere Rolle spielt dabei der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Neben der Regulierung der Festbeträge bis hin zu Jumbogruppenbildung kann er über Richtlinien und Therapiehinweise das Ordnungsverhalten der Ärzte steuern.

Auf Landesebene kann eine Verordnungssteuerung durch das Instrument der Wirtschaftlichkeitsprüfung erzielt werden oder über neue, vom AVWG vorgesehene Varianten wie die Bonus-Malus-Regelung. Sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene zeigen die Maßnahmen vor allem durch ihr Drohpotenzial Wirkung. Allein der Schutzmantel derartiger Vorschriften bewirkt die Disziplinierung.

Im Bereich der Analgetika stiegen die Ausgaben in den Jahren 2004 und 2005 stetig, 2006 wurde durch das AVWG eine Stagnation auf mitt-

### ARZNEIMITTEL- VERSORGUNG 2007: ONE DRUG FOR ALL?

Arbeitsgruppe 5

lerem Niveau bei etwa 175 Mio Euro erzielt. Die transdermalen Darreichungsformen haben die oralen Formen im Verordnungsanteil überholt. Die sogenannten „neuen Opioiden“ (Hydromorphon, Oxycodon, Fentanyl, Buprenorphin) sollen vom IQWiG in Zukunft auf Basis aussagefähiger Studien im direkten Vergleich mit der Referenzsubstanz Morphin gemessen werden.

### **Vortrag 2: Welche Arzneimittel benötigen wir für eine differenzierte Schmerztherapie?**

*Dr. Oliver Emrich, Schmerzzentrum Ludwigshafen*

Die Einführung des WHO-Stufenschemas zur Behandlung von Tumorschmerzen im Jahre 1986 rückte die Schmerztherapie, die bis dahin selbst in den Industrieländern als vernachlässigte Aufgabe der öffentlichen Gesundheitsfürsorge galt, in den Blickpunkt.

Das Arzneirepertoire der ersten Stufenleiter war recht klein. Lediglich ASS und Paracetamol standen auf der Stufe 1 zur Verfügung. Stufe 2 wurde durch Codein und Dextropropoxyphen abgedeckt und in der dritten Stufe rangierten Morphin, Methadon, Pethidin und Buprenorphin.

1996 wurde das Arzneyspektrum auf der Stufe 1 zwar um Ibuprofen und Indometacin ergänzt, die Situation der Tumorschmerzpatienten jedoch blieb weitestgehend unverändert. Auch heute noch haben 10 bis 30% der Schmerzpatienten nach wie vor keine gute oder signifikante Schmerzlinderung noch wenigstens eine „Erleichterung“ ihrer Schmerzen.

Noch eklatanter ist der Bereich der Tumorschmerztherapie: 95 % der Tumorpatienten im Finalstadium leiden unter Schmerzen. Würde man diese Patienten leitliniengerecht therapieren, entstünden Kosten in Höhe von ca. 455 Mio. Euro. Verauslagt werden aber nur 221 Mio. Euro pro Jahr.

Die Schmerztherapie vor allem im Tumorbereich ist somit längst noch nicht an einem Zielpunkt angelangt. Moderne Arzneimittel und

vielfältige Therapieoptionen sind für eine differenzierte Behandlung nach wie vor wichtig.

**ARZNEIMITTEL-  
VERSORGUNG 2007:  
ONE DRUG FOR ALL?**

**Vortrag 3: Der schwierige Schmerzpatient**

*Dr. Uwe Junker, Sana-Klinikum Remscheid*

Arbeitsgruppe 5

Der chronische Schmerz ist nicht nur eine therapeutische, sondern auch eine gesundheitsökonomische Herausforderung: Im Bereich des Rückenschmerzes verursachen 50 % der Chroniker 90 % der Kosten: 12 – 15 Milliarden Euro pro Jahr, rechnet man die sozialen Folgekosten (70 – 95 %) mit ein.

Eine gezielte und frühzeitige Analgetika-Therapie kann helfen, die Chronifizierung des Schmerzgeschehens zu verhindern und damit enorme Folgekosten zu sparen.

Neben somatischen, psychischen und sozialen Chronifizierungsfaktoren sind auch die Chronifizierungsfaktoren „Partnerschaft“ und „Arzt“ von Bedeutung. Fördernd auf das Chronifizierungsgeschehen wirkt sich beispielsweise ein schmerzbedingtes Zuwendungsverhalten in der Partnerschaft aus.

Annahmen über die Krankheitsursache bestimmen vielfach das diagnostische Vorgehen des Arztes. Zudem ist das in der westlichen Medizin vorherrschende organmedizinische Krankheitsmodell geprägt durch die Suche nach einer dem Schmerz zugrunde liegenden Pathologie.

Der Kampf gegen die Chronifizierung eines Schmerzgeschehens macht ein multimodales Therapiekonzept erforderlich. Interdisziplinarität ist hierbei absolute Voraussetzung.

**Vortrag 4: Forschung als Basis der Therapieviefalt**

*Dr. Perry de Jong, Grünenthal GmbH*

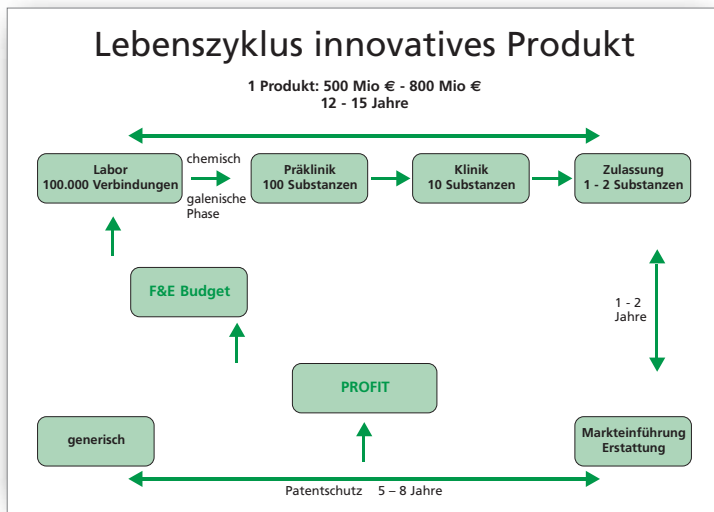
Sind in Zeiten knapper Kassen (vermeintlich teure) Innovationen notwendig? Für etliche Indikationen besteht nach wie vor ein Medical Need, der die Suche nach neuen Therapeutika zwingend erforderlich macht. Neue Technologien und Wirkmechanismen führen nicht selten

## ARZNEIMITTEL- VERSORGUNG 2007: ONE DRUG FOR ALL?

Arbeitsgruppe 5

zu Arzneimitteln, die alten Therapiekonzepten aus Sicht der Kosten-Nutzenbewertung überlegen sind. Die Gesellschaft fordert langfristige Gesundheit, höhere Lebensqualität und bessere Versorgungsqualität. Die Frage aber muss letztlich lauten: Ist sie auch bereit, den Preis dafür zu zahlen?

Innovationen kann es nicht zum Nulltarif geben. Die Entwicklung eines Arzneimittelwirkstoffs kostet etwa 500 bis 800 Mio Euro. Wenn alles gut läuft, bleiben dem Hersteller fünf bis acht Jahre Zeit, seine Entwicklung unter Patentschutzbedingungen zu vermarkten, also etwa ein Drittel des ca. 15-jährigen Produktentwicklungszyklus. Das hohe Risiko der Forschung ist hier noch nicht eingerechnet: Von 100.000 vielversprechenden chemischen Verbindungen schaffen gerade ein bis zwei Substanzen den Weg in den Markt. „Profit“ im Bereich innovativer Arzneimittel darf somit nicht als unethisches Schimpfwort abgetan werden, sondern ist für das Überleben der Arzneimittelforschung essenziell.



Als innovatives Familienunternehmen forscht Grünenthal in den nächsten Jahren vorwiegend im Indikationsbereich „Schmerz“. Ein niedrig dosiertes, sieben Tage wirksames Buprenorphin-Pflaster\* kann für Patienten, die unter arthrosebedingten Schmerzen leiden, eine therapeutische Alternative zu NSAR sein. Weitere Zukunftsoptionen sind



ein Lidocain-Pflaster bei neuropathischen Schmerzen und ein neuer Arzneistoff im Bereich der starken Opiode.

### Fazit:

Chronische Schmerzpatienten sind meist schwierige Patienten. Ihre Therapie ist in aller Regel multimodal und interdisziplinär. Die Vielfalt und individuelle Steuerung müssen auch im Arzneimittelbereich gegeben sein. Auch auf den Analgetikamarkt wirken politische Steuerungsmechanismen ein. Die meisten Steuerungsinstrumente haben jedoch eher eine Art „Schutzmannfunktion“ und zielen auf den vorauseilenden Gehorsam der Ärzte.

### ARZNEIMITTEL- VERSORGUNG 2007: ONE DRUG FOR ALL?

Arbeitsgruppe 5



*In der Arbeitsgruppe*

## 7. ERGEBNISSE DER PLENUM-BEFRAGUNGEN

Zu welchen der heute vorgestellten 6 Themenblöcke besteht aus Ihrer Sicht der größte Diskussionsbedarf?

Mehrere Antworten möglich!

- Vergütung palliativmedizinischer Leistungen
- Neue palliativmedizinische Versorgungskonzepte
- Der Hausarzt als Lotse in einem Palliative Care System
- Bezahlte der Arzt in Zukunft die Medikamente seiner Patienten?
- Ein pauschaliertes Entgeldsystem für die ambulante Versorgung - nur anders oder doch gerechter als das gegenwärtige System?
- Gesundheitsreform - kurativ, palliativ oder schmerzhaft?

Zu welchen der heute vorgestellten 6 Themenblöcke besteht aus Ihrer Sicht der größte Diskussionsbedarf?

Vergütung palliativmedizinischer Leistungen	8
Neue palliativmedizinische Versorgungskonzepte	7
Der Hausarzt als Lotse in einem Palliative Care System	6
Bezahlte der Arzt in Zukunft die Medikamente seiner Patienten?	6
Ein pauschaliertes Entgeldsystem für die ambulante Versorgung - nur anders oder doch gerechter als das gegenwärtige System?	11
Gesundheitsreform - kurativ, palliativ oder schmerzhaft?	2

Laut dem Referentenentwurf der Gesundheitsreform 2006 (GKV-WSG) wird die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (§37b SGB V) zur Pflichtleistung. Ihre Einschätzung: Wohin geht der Weg?

Team:	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	15	16	Σ
Wir sind damit auf dem Weg zur Einheitsversorgung			●				●		●				●			4
Nur noch wenig individuelle Therapie des Patienten möglich									●							1
Eine große Chance tut sich auf	●	●	●	●	●	●	●	●			●	●	●	●	●	12
Sonstiges					●	●				●						3

Wo sind aus Ihrer Sicht die wesentlichen Schnittstellenproblematiken?

Team:	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	15	16	Σ
Hausarzt und Schmerztherapeut			●	●		●	●	●		●			●		●	8
Hausarzt und Palliative Care Team			●	●				●				●	●	●		6
Hausarzt und stationäre Einrichtung			●	●			●	●	●				●	●	●	8
Hausarzt und...	●							●		●	●		●	●		6

Ihre Meinung: welche Konsequenzen ergeben sich aus der Umsetzung eines pauschalierten Entgeltsystems für die ambulante Versorgung?

Team:	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	15	16	Σ
Fördert die Tendenz zur Einheitstherapie			●	●	●							●				4
Pauschalierung ist nie ein guter Weg								●		●						2
Erhöhte Budgeteffizienz	●															1
Planungssicherheit - Chance auf ein gesichertes Arzthonorar	●	●		●	●	●		●	●	●				●	●	10
Sonstiges				●	●		●					●		●	●	6

Ihre Meinung: welche Konsequenzen ergeben sich aus der Umsetzung eines pauschalierten Entgeltsystems für die ambulante Versorgung?

Team:	1	2	3	4	5	6	7	9	10	11	12	13	14	15	16	Σ
Vertragswettbewerb (Kassen - Leistungsanbieter)			●													1
Tarifwettbewerb (Kassen - Versicherte)									●							1
Kostenwettbewerb (Mindestqualität definiert)																0
Qualitätswettbewerb (Vergütung Pauschalisiert)			●									●	●			3
Schmerztherapie und Palliativmedizin sind für Wettbewerb ungeeignet und sollten von den Partnern der Selbstverwaltung einheitlich und gemeinsam festgelegt werden	●	●		●	●	●	●	●		●	●				●	10
Sonstiges							●									1

## 8. ÜBER DIE REFERENTEN

### DIE REFERENTEN ZUM 2. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“

#### **Prof. Dr. Volker Amelung**

Berlin  
Medizinische Hochschule Hannover

#### **Wolfgang Becker**

Aachen  
Geschäftsleiter Deutschland, Grünenthal GmbH

#### **Dr. Leonhard Hansen**

Düsseldorf  
Vorsitzender des Vorstandes der KV Nordrhein

#### **Rudolph Henke**

Düsseldorf  
MdL NRW, Vorstand der Bundesärztekammer

#### **Prof. Dr. Norbert Klusen**

Hamburg  
Vorsitzender des Vorstandes der Techniker Krankenkasse

#### **Dr. Regina Mansfeld-Nies**

Siegen  
Niedergelassene Schmerztherapeutin

#### **Dr. Norbert Paquet**

Berlin  
Leiter Berliner Büro BKK Bundesverband

#### **Dr. Diethard Sturm**

Hohenstein-Ernstthal  
2. Vorsitzender des Deutschen Hausärzteverbandes

#### **Ulrich Weigeldt**

Berlin  
Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

#### **Prof. Dr. Michael Zenz**

Bochum  
Präsident der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes

## **Dr. Martin Albrecht**

Berlin, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES)

## **MODERATION UND IMPULSREFERAT**

## **Dr. Jürgen Bausch**

Frankfurt a.M., Ehrenvorsitzender KV Hessen

## **Dr. Felix Cornelius**

Berlin, Geschäftsführung Polikum-Gruppe

## **Dr. Oliver Emrich**

Ludwigshafen, Schmerzzentrum

## **Dr. Michael Greiling**

Münster, Geschäftsführer IWIG-Institut

## **Matthias Grün**

Bad Homburg, AOK Hessen, Abteilungsleiter Integrierte Versorgung

## **Dr. Perry de Jongh**

Aachen, Medical Director, Geschäftsbereich Deutschland,  
Grünenthal GmbH

## **Dr. Uwe Junker**

Remscheid, Chefarzt Sana-Klinikum GmbH

## **Dr. Albrecht Kloepfer**

Berlin, Büro für gesundheitspolitische Kommunikation

## **Dr. Marc Kurepkat**

Berlin, Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES)

## **Christian Luley**

Aachen, Gesundheitsmanagement Grünenthal GmbH

## **Dr. Bernd-Oliver Maier**

Wiesbaden

Horst Schmidt Kliniken, Leiter Abteilung Palliativmedizin

## MODERATION UND IMPULSREFERAT

### MODERATION UND IMPULSREFERAT

#### **Dr. Ursula Marschall**

Düsseldorf, Geschäftsführung Sanacon GmbH

#### **Dr. Gabriele Müller de Cornejo**

Köln, Deutscher Hausärzteverband

#### **Gudrun Schaich-Walch**

Frankfurt, Staatssekretärin a. D.

#### **Dr. Thomas Schindler**

Geldern

Geschäftsführer Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin

### KONTAKT

#### **Grünenthal GmbH – Gesundheitsmanagement**

52099 Aachen

Tel. 0241/569-1222

Fax 0241/569-3151

E-Mail [Norbert.vanRooij@grunenthal.com](mailto:Norbert.vanRooij@grunenthal.com)

[www.grunenthal.de](http://www.grunenthal.de)



Gesundheitsmanagement

**TRANSTEC PRO® 35µg/h; - 52,5µg/h; - 70µg/h**  
**Wirkstoff:** Buprenorphin. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: Ein transdermales Pflaster enthält 20, 30 bzw. 40 mg Buprenorphin. Wirkstoffhaltige Fläche: 25, 37,5 bzw. 50 cm<sup>2</sup>. Nominale Abgaberate: 35, 52,5 bzw. 70 µg Buprenorphin pro Stunde (über einen Zeitraum von 96 Stunden). **Sonstige Bestandteile:** Adhäsive Matrix (Buprenorphin enthaltend): [(Z)-Octadec-9-en-1-yl]oleat, Povidon K90, 4-Oxopentansäure, Polyacrylsäure-co-butylacrylat-co-(2-ethylhexyl)acrylat-co-vinylacetat] (5:15:75:5), vernetzt. Adhäsive Matrix (ohne Buprenorphin): Polyacrylsäure-co-butylacrylat-co-(2-ethylhexyl)acrylat-co-vinylacetat] (5:15:75:5), vernetzt. Trennfolie zwischen den beiden adhäsiven Matrices mit/ohne Buprenorphin: Poly(ethylenterephthalat)-Folie. Abdeckgewebe (rückseitig): Poly(ethylenterephthalat) Gewebe. Abdeckfolie (vorderseitig/die adhäsive Buprenorphin enthaltende Matrix abdeckend; wird vor Anwendung des Pflasters entfernt): Poly(ethylenterephthalat)-Folie, silikonisiert, einseitig mit Aluminium beschichtet. **Anwendungsgebiete:** Mäßig starke bis starke Tumorschmerzen und starke Schmerzen bei ungenügender Wirksamkeit von nicht-opioid Schmerzmitteln. Transtec PRO® ist zur Behandlung von akuten Schmerzzuständen nicht geeignet. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff Buprenorphin oder einem der Hilfsstoffe, Schwangerschaft und Stillzeit. Myasthenia gravis. Delirium tremens. Transtec PRO® darf nicht bei opioidabhängigen Patienten und nicht zur Drogensubstitution angewendet werden. Nicht anwenden bei Krankheitszuständen, bei denen eine schwergradige Störung des Atemzentrums und der Atemfunktion vorliegt oder sich entwickeln kann. Bei Patienten, die MAO-Hemmer erhalten oder innerhalb der letzten 2 Wochen angewendet haben. Hinweis: Transtec PRO® darf nur unter besonderer Vorsicht angewendet werden bei Alkoholintoxikation, zerebralen Anfallsleiden, Kopfverletzung, bei Schock, bei Bewusstseinsstörungen unbekannter Genese, bei Zuständen mit erhöhtem Hirndruck ohne Möglichkeit der Beatmung, bei Störungen der Leberfunktion, bei eingeschränkter Atemfunktion bzw. bei gleichzeitiger Behandlung mit einem Arzneimittel, das auch eine Atemdepression auslösen kann. Da Transtec PRO® bei Patienten, die jünger als 18 Jahre sind, bisher nicht untersucht wurde, wird eine Anwendung in dieser Altersgruppe nicht empfohlen. Hinweis: Fieber und äußere Wärmeanwendung können möglicherweise zu erhöhter Hautpermeabilität führen. Bei Anwendung von Transtec PRO® können in solchen Situationen theoretisch die Buprenorphin-Konzentrationen im Serum erhöht sein. Bei Fieber bzw. anderweitig verursachter erhöhter Hauttemperatur sollte deshalb ab evtl. verstärkte Opioidreaktionen geachtet werden. **Nebenwirkungen:** (> 10%): Übelkeit, Erythem, Juckreiz; (< 10%): Schwindel, Kopfschmerzen, Luftnot, Erbrechen, Verstopfung, Exantheme, Schwitzen, Ödeme, Müdigkeit; (< 1%): Verwirrtheit, Schlafstörungen, Unruhe, Sedierung, Beeinflussung der Kreislaufregulation, Mundtrockenheit, Ausschlag, Miktionsstörung und Harnverhaltung; (> 0,1%): Appetitverlust, Sinnes- und Wahrnehmungstäuschungen (z.B. Halluzinationen, Angstzustände und Alpträume), vermindertes Interesse am Geschlechtsverkehr, Konzentrationstörungen, Sprechstörungen, Benommenheit, Gleichgewichtsstörungen, Taubheitsgefühl (z.B. Hautprickeln oder brennende Hautirritationen), Sehstörungen, verschwommenes Sehen, Schwellung der Augenlider, Hitzegefühl, eingeschränkte Atemtätigkeit, Sodbrennen, lokale allergische Reaktionen mit Anzeichen einer Entzündung, Erektionsschwäche; (< 0,01%): schwere allergische Reaktionen, Stimmungsschwankungen, Muskelkrämpfe, Geschmacksstörungen, Pupillenverengung, Ohrschmerz, Hyperventilation, Schluckauf, Brechreiz, Pusteln, Hautbläschen, Brustschmerz. Buprenorphin hat ein geringes Abhängigkeitsrisiko. Nach Absetzen von Transtec PRO® sind Entzugssymptome unwahrscheinlich, da die Buprenorphin-Konzentrationen im Serum kontinuierlich abnehmen. Nach Langzeitanwendung von Transtec PRO® können Entzugssymptome wie bei Opiatentzug jedoch nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Hinweis: Verkehrstüchtigkeit: Transtec PRO® kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird, insbesondere im Zusammenwirken mit anderen zentralwirksamen Mitteln, einschließlich Alkohol, Beruhigungsmitteln, Sedativa und Hypnotika. Patienten, die Transtec PRO® anwenden, sollten währenddessen und bis zu 24 Stunden nach der Entfernung des Pflasters nicht fahren oder Maschinen bedienen. **Art der Anwendung:** Kleben Sie ein Transtec PRO® Pflaster auf und wechseln Sie es regelmäßig, spätestens aber nach 96 Stunden. So können Sie das Pflaster zweimal in der Woche zu zwei festen Zeitpunkten, z.B. jeden Montag morgen und jeden Donnerstag abend, wechseln. **Verschreibungspflichtig/Betäubungsmittel**  
**Stand der Information:** 12/06

# Transtec PRO®

## Das einzige Schmerzpfaster mit 2 festen Wechsel-Tagen

Einmal festgelegt – immer gültig.\*

morgens:	Mo.	Di.	Mi.	Do.	Fr.	Sa.	So.
abends:	Do.	Fr.	Sa.	So.	Mo.	Di.	Mi.

\* z. B. Pflasterwechsel immer Montags morgens und Donnerstags abends; oder an anderen festen Wechseltagen



Mit Sicherheit einzigartig.

## 2. AACHENER WORKSHOP „ZUKUNFT DER SCHMERZTHERAPIE“

In welchen Versorgungsstrukturen wird die Schmerztherapie in Zukunft stattfinden? Wie wird die Vergütung der erbrachten Leistungen geregelt sein? Wie kann eine politische Interessensvertretung im Sinne einer qualifizierten Schmerztherapie gestaltet werden? Und mit welchen Herausforderungen wird sich die Palliativversorgung konfrontiert sehen?

Mit diesen und anderen für die schmerztherapeutische Versorgung zukunftsweisenden Fragen beschäftigte sich der von Grüenthal initiierte 2. Workshop „Zukunft der Schmerztherapie“, der am 1. und 2. Dezember 2006 in Aachen stattgefunden hat.

Ein diffuses Krankheitsbild, der fehlende „eigene“ Facharzt sowie die bisherige Nichtberücksichtigung in der Approbationsordnung für Ärzte führen noch immer dazu, dass Schmerz und Schmerztherapie nur am Rande der medizinischen Versorgung eine Wahrnehmung erfahren, obwohl sie aus medizinischer und volkswirtschaftlicher Sicht zu den dringendsten Problemen der gesundheitlichen Versorgung gehören.

Im vorliegenden Workshop-Berichtsband finden Sie Zusammenfassungen der verschiedenen Vorträge sowie die Berichte aus den Arbeitsgruppen „Vergütung“, „Neue Versorgungsstrukturen“, „Palliativversorgung“, „Gesellschaftlicher Diskurs“ und „Arzneimittelversorgung“.

### **Grüenthal GmbH**

Gesundheitsmanagement

52099 Aachen

[www.gruenthal.de](http://www.gruenthal.de)

