



Schmerz · 20:254–256  
DOI 10.1007/s00482-006-0484-5  
© Springer Medizin Verlag 2006

## DGSS-Mitteilungen

### DGSS-Geschäftsstelle

Beate Schlag, Obere Rheingasse 3, D-56154 Boppard

Tel. 06742/800 121 Fax 06742/800 122

info@dgss.org www.dgss.org

### Geschäftsführer

Prof. Dr. T. Graf-Baumann

### Pressestelle

Meike Driessen, presse@dgss.org

### DGSS-Informationen

Über die DGSS · Antrag auf Mitgliedschaft · Infoblatt

(Geschäftsstelle / Organe) · Kontakte (Arbeitskreise / Sonstige)

## President`s Corner

# Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

es wird langsam wärmer und heller, der Sommer naht. Die Sonne ist ein hervorragendes Antidepressivum, jedoch hilft sie leider nicht in der oder gegen die Gesundheitspolitik. Hier stehen immer noch die dunklen Winterwolken am Himmel.

### AVWG: Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz

Ein ähnlicher Zungenbrecher wie Betäubungsmittelverschreibungsverordnung. Man kann den Verdacht haben, immer wenn so komplizierte Ausdrücke erfunden werden, soll die mögliche einfache Lösung unter unaussprechlichen Worthülsen verborgen werden.

Worum geht es? Es ist zuviel Geld bei Arzneimitteln ausgegeben worden. Also muss gespart

werden. Die bisher schon durchgeführten Wirtschaftlichkeitsprüfungen – die im übrigen auch schon zu erheblichen Behinderungen im Umgang mit Schmerzpatienten geführt haben – sollen durch neue unfruchtbare Grausamkeiten abgelöst werden. Die „Lösung“ heißt diesmal Bonus-Malus-Regelung. An sich könnte das eine gute Idee sein. Die sähe dann so aus: Ein Schmerztherapeut, der interdisziplinär mit Physiotherapie, Verhaltenstherapie und Entzugstherapie behandelt, bekommt das ordentlich bezahlt. Und für die Einsparung beim Arzneimittelbudget erhält der Arzt dann einen Bonus. Das wäre doch vernünftig, leider aber auch Utopie.

Die ganze Regelung bezieht sich auf DDD - „defined daily dosages“, definierte Tagesdo-

sierungen. Werden bestimmte Tagesdosierungen überschritten, erhält der einzelne Arzt einen Malus, d. h. er bezahlt einen bestimmten Betrag an die Krankenkasse (zurück). Werden diese Tagesdosierungen unterschritten, erhält nicht der einzelne Arzt einen Bonus, sondern die KV, die diesen dann an die „guten“ Ärzte verteilt. Alles ganz einfach, aber wenig plausibel, einseitig nur auf Arzneimittel bezogen, wieder ein Gesetz, das zu nichts - außer Ärger - führt. Diese Regelung hat für keinen einen Bonus, für die chronisch Schmerzkranken aber einen erheblichen Malus. Alternativen bei Opioiden wird es danach nicht mehr geben, ebenso keine Alternativen bei den Triptanen. Durchschnittliche Tagestherapiekosten gibt es schon schwerlich für den durchschnittlichen Patienten. Der Schmerzpatient ist aber von jedem Durchschnitt meilenweit entfernt. Die DGSS wird – auch zusammen mit anderen Fachgesellschaften – dagegen protestieren.

Ein Hoffnungsschimmer ergibt sich allerdings. Wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen bis zum 15. November 2006 zu geeigneten Alternativvorschlägen finden, kann die Bonus-Malus-Regelung vermieden werden. Die Selbstverwaltungsorgane sind aufgerufen, ihrer Verantwortung im Sinne der Patienten nachzukommen. Allein aus ethischen Gründen ist eine Bonus-Malus-Regelung nicht akzeptabel. Wir müssen uns gegen jede Form der budgetierten Ethik wehren.

### Akupunktur

Am 18. April hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschlossen, die Akupunktur - unter bestimmten Bedingungen - in den Leistungskatalog aufzunehmen. Dies gilt nach den Untersuchungen der Modellvorhaben – z. B. der GERAC-Studie – für die Indikationen Kreuzschmerzen und Knieschmerzen durch Gonarthrose. Eine wei-

tere Einschränkung betrifft die Qualifikation des Arztes und die Verlaufskontrolle. Unter anderem wird ein interdisziplinärer Kurs über Schmerztherapie von 80 h Dauer gefordert. Es wird eine Eingangs- und Verlaufsdocumentation mit verschiedenen Parametern gefordert. Einerseits ist dies zu begrüßen, weil es die allgemeine schmerztherapeutische Kompetenz der Kollegen erhöht und Qualitätssicherungsmaßnahmen verbessert. Auf der anderen Seite wird aber immer mehr von uns Ärzten gefordert und gleichzeitig auch immer weniger dafür gezahlt. Das ist so nicht akzeptabel.

Das Beispiel Akupunktur zeigt aber auch etwas anderes. Das System hat Geld für alles, was gewollt ist. Für Schmerztherapie ist kein Geld da. Also ist Schmerztherapie – im Gegensatz zu einzelnen Methoden der Schmerztherapie – wohl nicht gewollt.

### Honorierung der Schmerztherapie

Unser Mitglied Dr. T. Lange hat dankenswerterweise eine kleine Umfrage zur Honorierung der Schmerztherapie durchgeführt. Danach wird Schmerztherapie in Deutschland sehr unterschiedlich entlohnt. Es gibt KV-Bereiche, die noch nach der alten Schmerztherapievereinbarung abrechnen, in anderen KV-Bereichen, ist die Existenz von Schmerztherapeuten tatsächlich bedroht. In mehreren KV-Bereichen liegt der Umsatzrückgang bei 40%, eine Reihe von Kollegen hat die Schmerztherapie aufgegeben, einige sind danach aus der DGSS ausgetreten. Sehr schade - aber verständlich. Gemeinsame konzertierte Aktionen sind erforderlich. Allein aufgrund des Grundgesetzes ist es nicht vertretbar, dass für unsere Patienten Länderunterschiede in der Versorgung bestehen.

### Akutschmerztherapie

Eine Erfassung der Daten zur Akutschmerztherapie ist schon

von der Sache her schwierig. Nach dem Internetauftritt und nach dem Qualitätsbericht wird Akutschmerztherapie flächen-deckend in unseren Krankenhäusern ausgeübt. Da die Kodierung der OPS 8-919 mit keinerlei finanziellen Konsequenzen verbunden ist, wird dies vielfach nicht kodiert, erscheint also kaum oder nirgends. Von den unterschiedlichen Kalkulationshäusern wurde die komplexe Akutschmerztherapie v. a. bei Operationen am Bewegungssystem und bei Bauchoperationen kodiert. Eine Repräsentanz der tatsächlichen schmerztherapeutischen Arbeit ist damit natürlich in keiner Weise gegeben.

Wir und alle anderen dürfen daraus aber auf keinen Fall irgendwelche (falschen) Schlüsse ableiten. Es gibt eine hervorragende Akutschmerztherapie in Deutschland, Fast-track-Chirurgie ohne Periduralkatheter ist schwer vorstellbar, und es gibt diese Akutschmerztherapie schon, ohne dass sie vergütet wird. Aber wenn wir nicht bald Fortschritte machen, gehen Strukturen in den Kliniken verloren, gibt es nur noch eine Low-budget-Schmerztherapie, PCA-Pumpen statt Plexuskathetern. Hier muss etwas unternommen werden, um den Standard aufrecht zu erhalten.

### Umfrage zur ambulanten Schmerztherapie

Die Erfahrungen mit der Umfrage zur Akutschmerztherapie waren nicht sehr ermutigend, haben aber zu einem Erfahrungsgewinn geführt, der hoffentlich dem nächsten Projekt zugute kommt. Wir wollen eine neue Umfrage, diesmal zur Situation der ambulanten Schmerztherapie in ganz Deutschland durchführen. An dieser Aktion wird sich auf jeden Fall neben der DGSS auch der Berufsverband der Anästhesisten (BDA) beteiligen. Ich hoffe, dass sich noch andere Gesellschaften anschließen, damit wir möglichst vollständige Daten erhalten.

Für eine wirkungsvolle berufspolitische Arbeit ist die genaue Kenntnis der ambulanten Versorgungsangebote eine wesentliche Voraussetzung. Während viele offizielle Stellen von einer gesicherten Versorgung ausgehen, gehen unsere eigenen Erfahrungen in eine ganz andere Richtung. Hier ist unbedingt Klärungsbedarf erforderlich, nur mit diesen Daten haben wir Argumentationshilfen.

➤ **Ich möchte alle Mitglieder herzlich und dringlich bitten, sich an dieser Umfrage zu beteiligen. Wir müssen für zukünftige berufspolitische Aktivitäten besser mit harten Fakten ausgestattet sein.**

### F62.80

Wir haben inzwischen bei DIMDI im März ein Gespräch über die Kodierung der Schmerzkrankheit geführt, an dem auch Dr. Nilges und Dr. Thoma teilgenommen haben. Ich hoffe sehr, dass die konsentiertere Lösung auch umgesetzt werden kann. Bis jetzt kann ich nur sagen, dass der chronische Schmerz und nicht die Persönlichkeitsänderung im Vordergrund stehen soll. Vielleicht kann auch erreicht werden, dass auch die Schweregrade separat abgebildet werden.

### Deutscher Schmerzfragebogen

Die Validierung des Schmerzfragebogens ist erfolgt. Dabei hat sich erheblicher Korrekturbedarf gezeigt. Wir müssen jetzt gemeinsam die Ergebnisse auswerten und uns auf die neue Version einigen. Gleichzeitig ist die erste Version des neuen Programms zum Einlesen des Fragebogens über einen Scanner fertig geworden. Auch dieses Programm wird jetzt in der Praxis getestet. Bis alles zusammengeführt ist, wird sicher noch ein halbes Jahr ins Land gehen. Bis dahin wird weiter der alte Schmerzfragebogen eingesetzt.

### Berufsverband

In der letzten Zeit sind heftige Debatten über die Berufspolitik

in allen Bereichen geführt worden. Und ohne Absprachen ist es zur Gründung einer berufspolitischen Organisation gekommen. Alle Vorstandsmitglieder sind Mitglieder der DGSS. Eine solche Entwicklung zeigt, wie dringend hier eine Diskussion über anstehende, verdrängte, verschwiegene Probleme geführt werden muss, um eine weitere Pulverisierung innerhalb der Schmerzszene zu vermeiden. Wir haben mehrere berufspolitische Organisationen und Gruppierungen in Deutschland, die womöglich alle parallel und sich widersprechend aktiv werden. Das ist der Tod der Schmerztherapie in Deutschland.

Wir müssen auch zugestehen, dass insbesondere im Bereich Berufspolitik die Arbeit nicht schnell genug und nicht systematisch und koordiniert genug abgelaufen ist. Daraus kann aber nicht der Schluss gezogen werden, immer wieder neue Gruppierungen zu bilden. Wir brauchen einen einzigen starken gemeinsamen Berufsverband. Weder die DGSS noch die DGS sind Berufsverbände, selbst wenn beide – auch teilweise gemeinsam zusammengesetzte - berufspolitische Organisationen haben. Intensive Gespräche haben bereits stattgefunden und werden fortgeführt. Von Seiten der DGSS kann ich sagen: es wird einen deutschen Berufsverband „Schmerztherapie“ geben, der allen offen ist, der Ärzte und Psychologen vertritt, der sowohl die Spezialisten als auch die Interessen der „allgemeinen“ Schmerztherapeuten vertreten muss, der berufspolitischer Gesprächspartner in Berlin sein wird. Es wäre

ideal, wenn ein solcher Berufsverband paritätisch aus DGSS und DGS zusammengesetzt wäre, wenn ex officio Vertreter beider Präsidien im Vorstand wären, und wenn bestehende Organisationen integriert würden.

Der neuen berufspolitischen Kommission möchte ich ausdrücklich für ihre hervorragende Arbeit in den ersten Monaten dieses Jahres danken. Diese Arbeit entbindet aber nicht von der Notwendigkeit, einen Berufsverband für alle Mitglieder zu schaffen, mit eigenem Vorstand, mit klaren durchsichtigen Strukturen und Offenheit zu allen Berufsgruppen und beruflichen Fragen. Ich hoffe, dass ich in der nächsten President's Corner Vollzug melden kann.

### Palliativmedizin – Sterbehilfe

Ich habe schon verschiedentlich über das Problem Sterbehilfe berichtet. In der letzten Ausgabe habe ich auf den unsäglichen Versuch des Hamburger Justizsenators zur Legalisierung der Sterbehilfe hingewiesen. Inzwischen hat sich dieses Problem auf „natürliche“ Weise gelöst. Senator Kusch ist vom Bürgermeister entlassen worden und jetzt Senator a. D. Manche Probleme lösen sich von selbst. Leider nicht alle. Aber dafür müssen wir arbeiten. In diesem Sinne grüßt Sie herzlich Ihr



**Michael Zenz**  
Präsident der DGSS

Hier steht eine Anzeige.

