

Schmerzambulanz an einem nichtuniversitären Klinikum in Baden- Württemberg



Klinikum Karlsruhe

Regina Wolf

Zentrum für Schmerztherapie

Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

Direktor Prof. Dr. F. Kehl

Agenda

- ▶ Was beinhaltet „Schmerzambulanz“
 - Organisatorisch
 - Finanziell
- ▶ Schwierigkeiten einer Ermächtigungsambulanz
 - Organisatorisch
 - Personell
 - Finanziell
 - Planerisch
- ▶ Wünsche
- ▶ Welche Möglichkeiten ergeben sich (in Zukunft)

Schmerzmedizin heute

- Umfassend:
 - ➡ Diagnostik, Therapie und Nachsorge und Prävention
- Interdisziplinär
- Multiprofessionell
- Entsprechend dem bio-psycho-sozialen Schmerzkonzept



Was steckt hinter einer „Schmerzambulanz“:

- Gehört zu einer Klinik (Anästhesie, Neurologie etc.)
 - D.h. meistens fachgebunden: in B-W überwiegend Anästhesisten
- Wird meistens als Ermächtigungsambulanz geführt
- Die Ermächtigte hat oft noch weitere Aufgaben in einer Klinik
 - „fachfremde“ Aufgaben: Anästhesie, Prämedikation, Schockraumversorgung, Notarzt, Intensivsupervision
 - Akutschmerzdienst
 - Konsiliardienst

„Ermächtigungsambulanz“ im Kassenarztrecht

- Alle 2 Jahre kann ein Klinikarzt von der KV mit der Teilnahme an der ambulanten Versorgung beauftragt werden, wenn die ambulante Versorgung von Schmerzpatienten sonst nicht gesichert ist
- Dies hängt von der Zustimmung der niedergelassenen Kollegen ab
- Wird alle 2 Jahre neu überprüft
- Die Ermächtigte muss alle Leistungen höchstpersönlich erbringen
- Fachübergreifende Zulassungen sind nicht vorgesehen
- Klinikinterne Überweisungen sind ausgeschlossen
- Einschränkungen in Diagnostik und Therapie: oft keine Überweisungsmöglichkeit, keine Laborüberweisungen

Mögliche Ambulanzformen

- Unterschiedlichste Ausstattungen
 - Ein-Frau-Betrieb oder mehrere Ärzte, mit und ohne Schmerzschwestern, mit und ohne Psychologen, mit und ohne Sekretariat, mit und ohne eigene Räume
- Sprechstunde, die eine Oberärztin am Ende des Normalbetriebes in ihrer Freizeit abhält
- Teilzeitbeauftragung (mindestens 4 Std /Tag um nach der „Schmerztherapievereinbarung“ abrechnen zu können)
- Ganztagesaufgabe (mit und ohne Zusatzaufgaben)

Zusatzaufgaben für Schmerzambulanzen im Rahmen der Schmerzkonzeption Baden- Württemberg

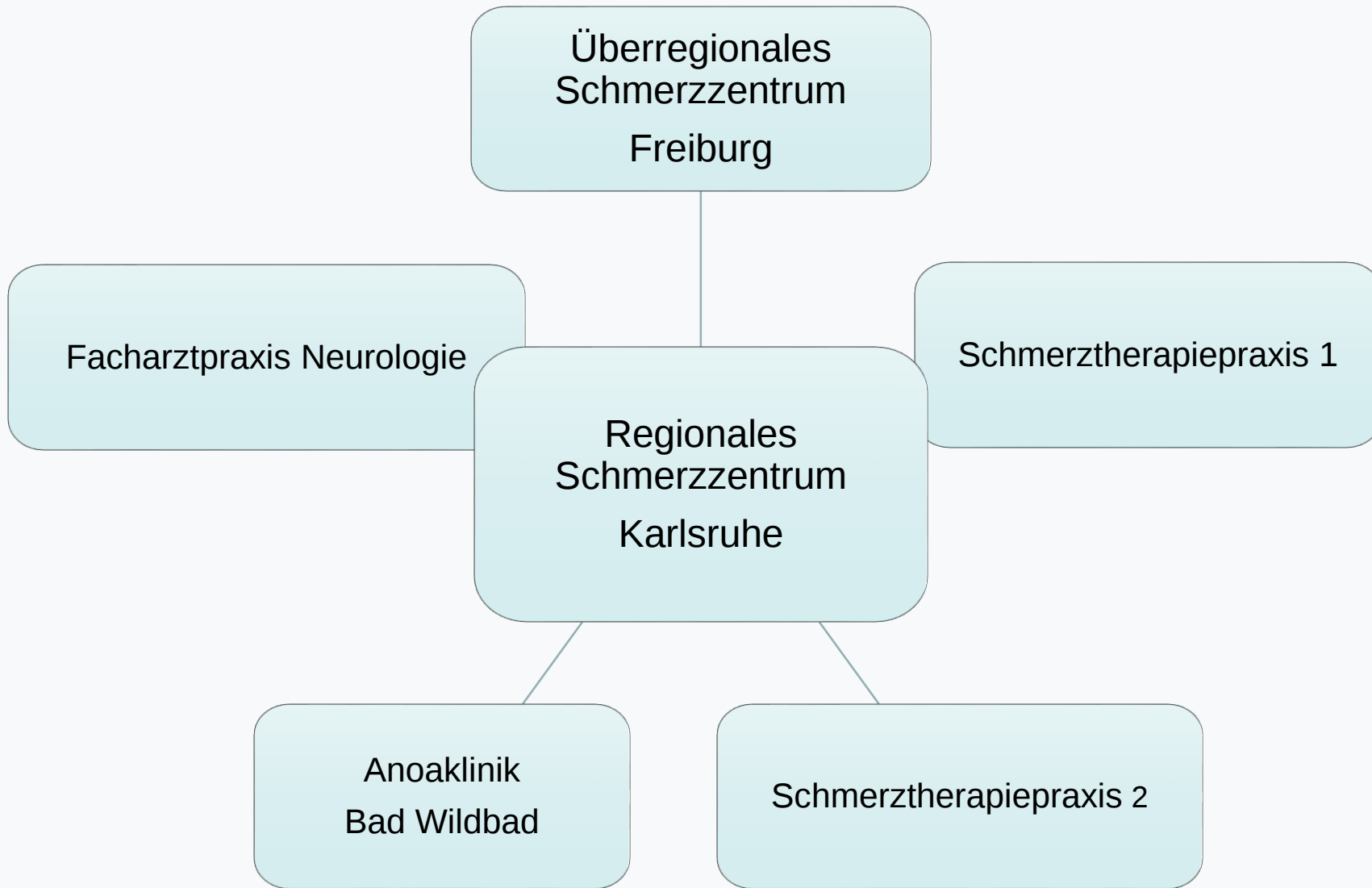
Eine Initiative des Ministeriums für Soziales und Integration:

- Gründung des Landesbeirates Schmerzversorgung (1999)
- Ausweisung von 17 regionalen und 4 überregionalen (universitären) Schmerzzentren in B-W
- Festschreibung der Zentren im Landeskrankenhausplan
- Zertifizierung der Zentren durch den Landesbeirat Schmerzversorgung ab 2011

Aufgaben der regionalen Schmerzzentren

Aufgabe entsprechend dem Landeskrankenhausplan:

Die 17 regionalen Zentren kooperieren mit niedergelassenen Kollegen, führen offene Schmerzkonferenzen mit diesen gemeinsam durch und verbreiten die gesicherten Standards der Schmerztherapie in der Region.



Verbreitung schmerztherapeutischer Standards

- Organisation interdisziplinäre offene Schmerzkonferenz (ambulant)
- Offene Tagungen und Fortbildungen
- Weiterbildung „spezielle Schmerztherapie“
- Weiterbildung in der Facharztweiterbildung der Anästhesisten
- Kurse für Pflegende und Ärzte
- Konsiliardienst für das Klinikum
- Erstellen und Veröffentlichen von Therapieempfehlungen in der eigenen Einrichtung

Schmerzzentrum in der Definition der KV

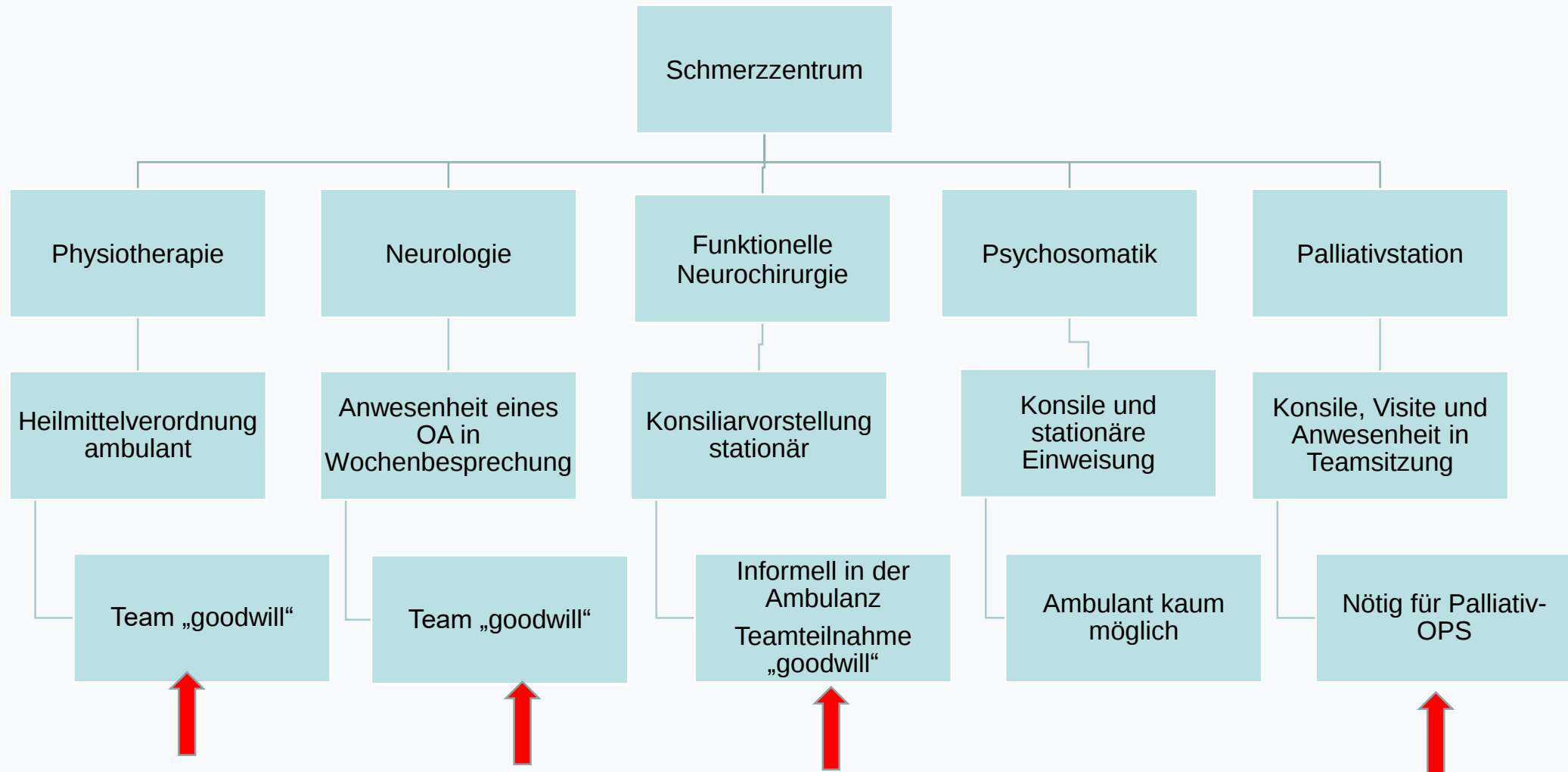
- Erfordert deutliche Mehrleistungen
(definierte Kooperationen, Fallzahlminimum 150,
12 Konferenzen)
- Wird an Einzelpraxen vergeben
- Dafür werden dann zusätzliche Ziffern genehmigt
- Wird nur eingeschränkt an Ermächtigte vergeben oder gar nicht
(nur auf Zuweisung vom Schmerztherapeuten)

Gemeinsames Arbeiten in der Schmerzambulanz

- Wöchentliche Interdisziplinäre Fallbesprechung
(Schmerztherapeuten, Psychologin, Neurologische Oberärztin, Leiter Physiotherapie, Schmerzschwestern)
- Gemeinsame Arbeit von Psychologin, Physiotherapeuten, Schmerzschwestern und Kollegin in Weiterbildung
- Monatliche offene Schmerzkonferenzen
unter wesentlicher Mitwirkung der niedergelassenen Kollegen
(Schmerztherapeuten, Psychologen, Orthopäden, Klinikärzte, niedergelassene Ärzte)



Interne Vernetzung –interdisziplinär ?



Vergütung und Anreiz für Teamarbeit

Teamsitzung in der Ambulanz mit innerklinischen Kollegen:

- Jeder nimmt sich dafür eine Stunde Zeit („goodwill“)
- Es gibt keine weiteren Schnittstellenvergütungen

Externe Offene Schmerzkonferenz:

(1,5 – 2Std. plus Anfahrt)

- Pro Fallvorstellung EBM € 6,26 (2-3 Fälle/Termin) und
- wird benötigt für Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung und Akupunkturvereinbarung

Schwierigkeiten

Organisatorisch

Personell

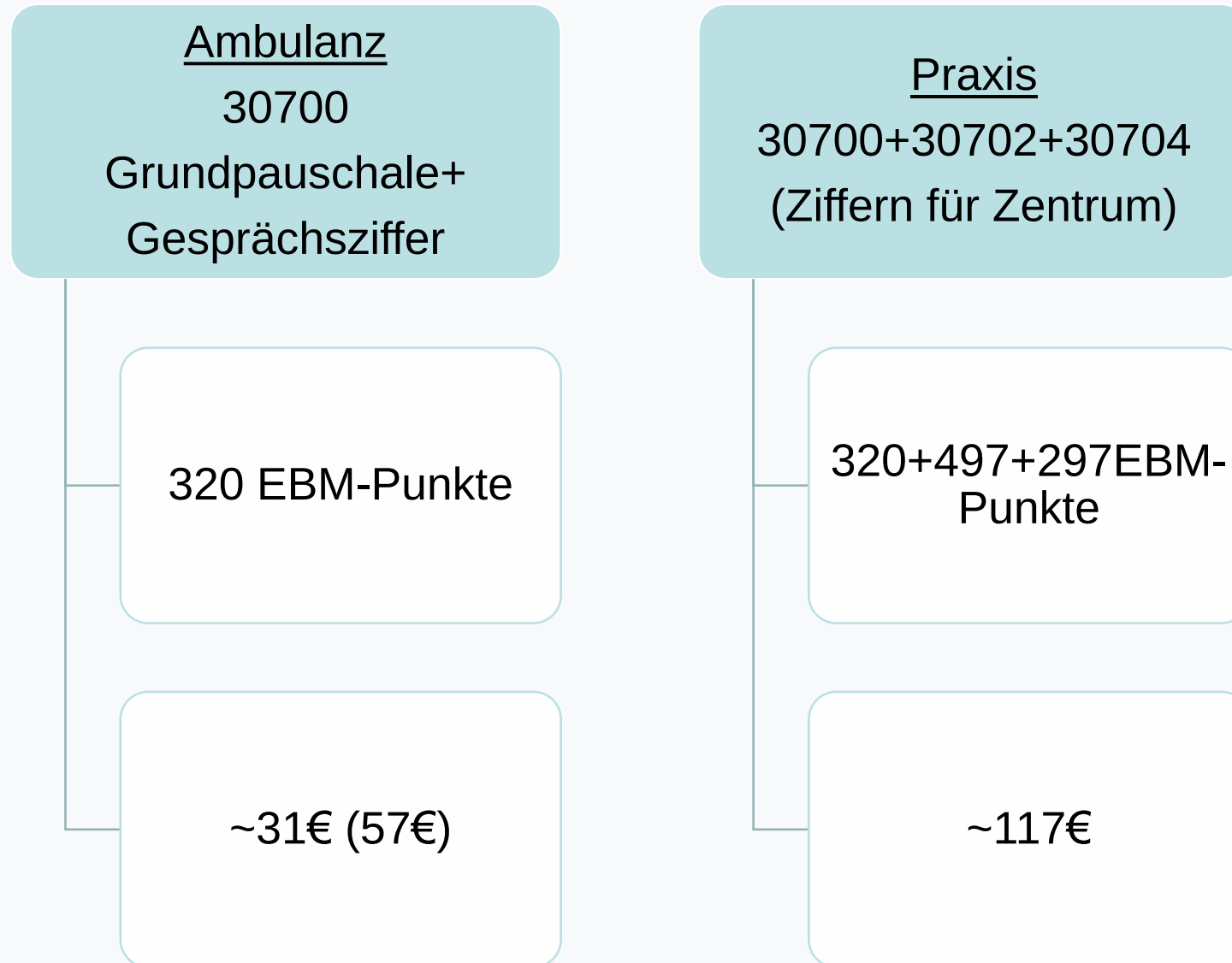
Finanziell

Planerisch

Einschränkungen bei ambulanter Schmerztherapie durch ermächtigte Ärzte

- Zuweisungsmodalitäten sind durch KV geregelt und kontingentiert
 - Zuweisung durch Hausärzte, oder Fachärzte oder Schmerztherapeuten
 - 300 (-400) Fälle
- Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten sind eingeschränkt
 - Innerklinische und außerklinische Überweisungen einschl. Labor sind ausgeschlossen
 - Für ambulante Patienten seitens der KV explizit nicht gewünscht

Finanzen für Ermächtigte – eine Erstvorstellung



Finanzierung

Die ermächtigten Ärzte werden durch die KVen von einer adäquaten Finanzierung ausgeschlossen :

- Einzelabrechnung nach EBM und GOÄ
- 80% der Vergütung eines Niedergelassenen Schmerztherapeuten werden von der KV ausbezahlt
- Weniger Ziffern als bei Niedergelassene Kollegen genehmigt,
 - z.B. Psychosomatische Grundversorgung ist Voraussetzung, kann aber nicht abgerechnet werden
- Gleichzeitig werden erhebliche Vorleistungen an Zeit (mindestens 4x 4 Std/Woche) , Raum (behindertengerecht) und Ausstattung gefordert

Ausgaben der Klinik

- ▶ Personal (1 Sekretärin; 1 Schwester; 1 Arztstelle; 0,2 Psychologin)
 - ▶ Alle Mitarbeiter haben auch Aufgaben in der stationären Versorgung (Konsile, ASD)
- ▶ Räume, Ausstattung
- ▶ Verbrauchskosten



Massive Unterdeckung und Querfinanzierung durch die „cash-cows“ des Hauses

Problem: Regress

- Bei Überschreiten einer bestimmten Höhe von Medikamenten- und Heilmittelverschreibung pro Patient werden Prüfverfahren eingeleitet und gegebenenfalls vom ermächtigten Arzt Gelder zurückverlangt
- Gilt für niedergelassene und ermächtigte Schmerztherapeuten gleichermaßen
- ABER: Schmerzpatienten an Zentren sind häufig chronisch kranke Patienten, die über Jahre behandelt werden
- In B-W gibt es Handlungsempfehlungen für den Nicht-Tumorschmerz, die vor Regress schützen, aber nicht den Empfehlungen für spezielle Patientengruppen entsprechen (Geriatric, Organinsuffizienzen)

Weitere Einschränkungen für Ermächtigte

- Grundsatz der höchstpersönlichen Leistungserbringung
 - Androhung zivilrechtlicher, disziplinar- und ggfs. strafrechtlicher Konsequenzen

- Plausibilitätsprüfung:

Die Abrechnung ist bereits ab einem Ansatz von 156 Stunden auffällig mit der Folge, dass ein Prüfverfahren eingeleitet werden kann.

(entsprechend 4 Std täglich !)

Es gibt Genehmigungen für 13 Wochenstunden !

Einschränkungen KV-Recht

- Es gelten alle Regelungen des Kassenarztesrechtes:
ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich
- Gleichzeitig wird gefordert und auch von den Zuweisern, dem Land und der KV erwartet:
 - Schmerzmedizin mit Diagnostik und Therapie
 - Behandlung komplexer Patienten
 - Jahrelange Führung „teurer“ Patienten
 - Case Management von Patienten
 - Therapie nach neuesten Erkenntnissen mit z.B.
Physiotherapie, Psychotherapie und gemeinsamer Teamarbeit



Weiterbildung zum Schmerztherapeuten an „Ermächtigungsambulanzen“

- Durch die ausschließlich höchstpersönliche Leistungserbringung in der Ambulanz ist die Aus- und Weiterbildung schwierig
- Die Weitergebildete muß den Leistungskatalog persönlich erbringen
- Nicht alles kann stationär gelehrt werden
- Welche Klinik kann sich einen „zweiten Ausfall“ eines Facharztes für die Weiterbildung zum Schmerztherapeuten leisten ?

Warum gibt es die ambulante Schmerztherapie (noch) in Kliniken ?

- Schmerztherapie spielt bei allen Zertifizierungen, Zentrumsbildungen etc. eine wesentliche Rolle-allerdings oft nur pro forma
- Häufiges Thema bei Veranstaltungen für Patienten (Werbung)
 - Weil es nötig ist
 - Weil es gut fürs Image der Klinik ist
 - Weil es das Hobby des Chefarztes ist
 - Weil Schmerztherapie eine 4 der Säulen der Anästhesie ist

Schmerzambulanzen mit
Ermächtigten werden in ihren
verschiedenen Aufgaben als
Schmerzzentrum
unterfinanziert

Zertifizierungen von Schmerzzentren bzw. Ambulanzen in Baden-Württemberg

- Durch die Klinik (KTQ, EFQM, DIN-ISO)
 - ➡ Die Klinik trägt die Kosten
- Certkom
 - ➡ Kostet Geld
- Durch den Landesbeirat Schmerzversorgung seit 2011
 - ➡ Peerzertifizierung, Kriterien vorgegeben durch Landesbeirat Schmerzversorgung, keinerlei Kostenübernahme, „Ehrenamt“ aller Beteiligten

ABER

- In jeder Zertifizierung ist Schmerztherapie ein Thema (Klinik, Organzentren, Tumorzentren)

Wünsche

- Schmerzambulanzen sollten mehr sein als eine Ermächtigungsambulanz
 - Modell der Hochschulambulanzen ?
 - Institutsambulanzen?
- Ermächtigung muss länger gelten als 2 Jahre (planerische Sicherheit für die Klinik)
- Interdisziplinarität soll ermöglicht werden
- (Es gehört stationäre und teilstationäre Therapie dazu)
- Zuschläge für die Aufgaben eines Zentrums ?
 - Analog den onkologischen Schwerpunktzentren



Wünsche der regionalen Zentren in Baden-Württemberg (18 von 20)

- Wünschen Sie sich eine andere Form der Zulassung zur ambulanten Versorgung?

16/2

- Welche Zulassung:

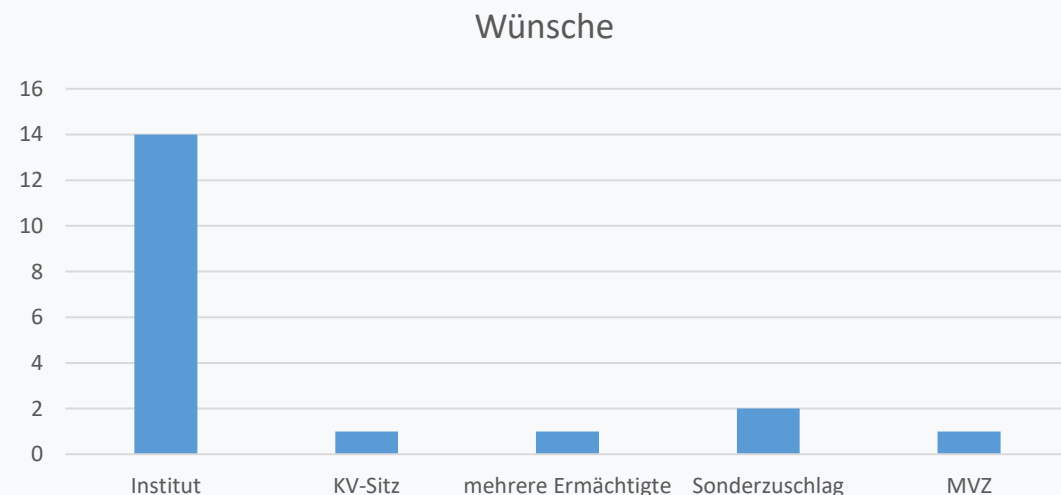
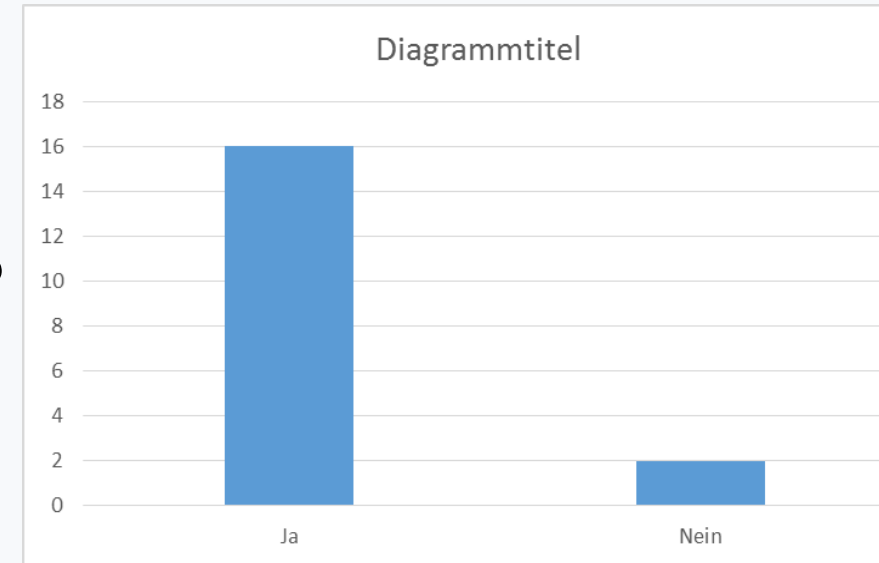
Institutsermächtigung 14

KV-Sitz 1

MVZ 1

Mehrere Ermächtigte 1

Sonderzuschlag 2



Sorgen



Werden in Zukunft, bei enger werdenden finanziellen Spielräumen in den Kliniken

Die defizitären Ambulanzen

- abgebaut ?
 - verkleinert ?
 - nur als Zuliefereinrichtungen für die stationäre Multimodale Therapie belassen ?

These

- die Zeiten, in denen die Schmerzambulanzen von Idealisten und Männern und Frauen der ersten Stunde aufgebaut wurden, die Mitarbeiter „irgendwie“ abgestellt wurden und auf Einkünfte auch nicht so großen Wert gelegt wurde, sind vorbei.
- Nun muss die Verankerung im System erfolgen.

Weitere Organisations- Möglichkeiten ambulanter Schmerztherapie

ASV-ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach §116b

- interdisziplinäre Ärzteteams in Praxen und Kliniken.
- Vertragsärzte und Krankenhausärzte gemeinsam die ambulante hochspezialisierte Versorgung
- Die ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die zum Beispiel eine spezielle Qualifikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordern. Hierzu gehören:
 - Tuberkulose und atypische Mykobakteriose (seit 24. April 2014)
 - gastrointestinale Tumoren/Tumoren der Bauchhöhle (seit 26. Juli 2014)
 - Marfan-Syndrom (seit 30. Juni 2015)
 - pulmonale Hypertonie (seit 01. Juni 2016)
 - gynäkologische Tumoren (seit 10. August 2016)



Spezielle Schmerztherapie ?

ASV-ambulante spezialfachärztliche Versorgung

- Schmerztherapie ist überall „mit drin“, aber nicht eigenständig

Außer:

- Bei hochspezialisierte Leistungen, zum Beispiel: CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen (geplant)

Vorteile ASV

- Alle Leistungen werden zu festen Preisen bezahlt, extrabudgetär und ohne Mengenbegrenzung.
- Interdisziplinarität gefordert
- Keine Richtgrößen, aber Wirtschaftlichkeitsgebot

Medizinisches Versorgungszentrum

Ärzte gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen arbeiten unter einem Dach zusammen

Träger: Vertragsärzte, Krankenhäuser, bestimmte Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen sowie bestimmte gemeinnützige Trägerorganisationen.

Ärztliche Leitung

Benötigt einen Kassenarztsitz

Integrierte Versorgung-IV

Bei der Integrierten Versorgung werden Patientinnen und Patienten qualitätsgesichert und in sektorenübergreifend beziehungsweise fachübergreifend vernetzten Strukturen versorgt.

Ärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Vorsorge- und Reha-Kliniken sowie andere zur Versorgung der Versicherten berechnigte Leistungserbringer können kooperieren und sorgen für den notwendigen Wissensaustausch.

Hierzu schließen Krankenkassen mit Leistungserbringern entsprechende Verträge.

Zu Diskussion mit weiteren Fragezeichen

- Fallpauschalen ?
- Behandlungspauschale ?
- Ambulante Tagessätze ?
- Zuschläge für Zentren wie OSP, CCC, SozPäd für Kliniken mit Schmerzambulanzen ?
- ???

Wie werden wir weiter balancieren ?



Unser Team – gutgelaunt !

