

Qualifikationsvoraussetzungen / Genehmigungen
Kapitel 30.7.1 Schmerztherapie
Auslegung der EBM-Bestimmungen
(Elmar Mertens)
(Version 2)

Die Leistungen des Abschnitts 30.7.1 dienen der

„schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker **Patienten gem. der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen** Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V“
Offensichtlich soll hiermit das im Rahmen dieses Abschnitts zu behandelnde Patientengut definiert werden. Damit ist die Abrechnungsfähigkeit der Ziffern dieses Abschnitts bei Patienten, die nicht unter diese Definition fallen, selbstverständlich nicht gegeben.

Innerhalb des Kapitels gibt es sowohl Leistungen, die einem speziellen Genehmigungsvorbehalt der KV unterliegen (30700 und 30702, bzw. 30704) und solche, bei denen es formal noch keinen Genehmigungsvorbehalt gibt (30706 und 30708).

Ziffer 30700 und 30702

Die Abrechnung der beiden o. g. Ziffern setzt die Genehmigung der jeweiligen KV im Rahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V voraus. Die Rechtsgrundlage ist hier im SGB V in Satz 1 des § 135 Abs. 2 gegeben. Somit spielt die von den Ärztekammern verliehene Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ in diesem Zusammenhang keine Rolle. Die Vorschriften der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie sind jetzt teilweise als Abrechnungsbestimmungen in den EBM aufgenommen, haben sich inhaltlich im Vergleich zu den Zugangsvoraussetzungen zu den „alten“ Ziffern 30700 und 30701 jedoch nicht wesentlich geändert. Daher ist hier keine Neubeantragung bzw. Prüfung durch die KV erforderlich. Es kann davon ausgegangen werden, dass die KVen die vorhandenen Genehmigungen auf diese Ziffern übertragen. Gleiches gilt für erteilte Genehmigungen, die Höchstzahl von 300 Patienten unter Versorgungs- und Sicherstellungsgesichtspunkten überschreiten zu dürfen.

Grundsätzlich ersetzt die Grundpauschale nach 30700 die Grundpauschale des jeweiligen Fachgruppenkapitels. Die dadurch entstandene Budgetproblematik wird unten erläutert.

Bei gemeinsamer Berufsausübung (Gemeinschaftspraxis oder MVZ) setzt die Abrechnung der Grundpauschale nach Ziffer 30700 und der Zusatzpauschale 30702 den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt mit dem Arzt oder einem der Ärzte voraus, bei dem/denen die Abrechnungsvoraussetzung besteht/bestehen. Wenn der Patient in einem Quartal die Praxis aufsucht, ohne dass es zu diesem Kontakt kommt, wird zunächst bei einem Arzt-Patienten-Kontakt an diesem Tag die fachspezifische Grundpauschale angesetzt.

Beim einem evtl. späteren Arzt-Patienten-Kontakt mit dem Arzt, der über die Genehmigung verfügt, wird die Grundpauschale nach Ziffer 30700 abgerechnet. Für die Abrechnung des Erstkontaktes gibt es derzeit im EBM noch keine Abrechnungsmöglichkeit. Diese wird jedoch derzeit erarbeitet und in Kürze bekannt gegeben.

Ziffer 30704

Der Zuschlag zur Förderung hoch spezialisierter schmerztherapeutischer Einrichtungen gem. Ziffer 30704 ist zwar formal nicht gesondert genehmigungspflichtig.

Allerdings ist eine Voraussetzung die Erfüllung der Bedingungen der Anlage I der Vereinbarung zur Qualifikationsvoraussetzung. Dies definiert eigentlich die zugelassenen Ausbildungsstellen, welche wiederum von den jeweiligen KVen anerkannt sein müssen.

Die Abrechnungsfähigkeit ergibt sich teilweise aus der Abrechnung des jeweiligen Quartals, da das Fallzahlverhältnis der Schmerzpatienten des einzelnen zur Abrechnung der Ziffern 30700 und 30702 zugelassenen Arztes (auch als Mitglied einer Gemeinschaftspraxis oder MVZs) zu Nicht-Schmerzpatienten von Quartal zu Quartal schwanken kann. In Gemeinschaftspraxen oder MVZs ist zur Umsetzung der Abrechnungsbestimmungen daher erforderlich, dass auch die von diesem Arzt behandelten Nicht-Schmerzpatienten erfasst werden. Nur so lässt sich die geforderte Verhältniszahl von 75% überprüfen. Für die Obergrenze von 300 Patienten gilt auch hier, dass bestehende Ausnahmegenehmigungen fortgeschrieben werden.

Es empfiehlt sich, bezüglich der Abrechnung dieser Ziffer mit der einzelnen KV Rücksprache zu halten, auch wenn formal hierzu kein Antrag erforderlich ist. Dies gilt nicht für bereits anerkannte Ausbildungsstätten, die in aller Regel auch die anderen Bedingungen erfüllen.

Ziffern 30706 und 30708

Die Abrechnung der *arztgruppenübergreifenden bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähigen Gebührenordnungspositionen* des Abschnitts IV im EBM unterliegen gem. den allgemeinen Bestimmungen zunächst grundsätzlich der Fachgruppenspezifität. Im Rahmen der Genehmigungsvoraussetzung zur Abrechnung der Akupunkturziffern 30790 und 30791 wurden im EBM die Fachgruppen, bei denen (allgemeine) Schmerztherapie Weiterbildungsinhalt ist, in der Präambel des Kapitels 30.7 Abs. 7 aufgeführt. Die Zugehörigkeit zu einer dieser Fachgruppen dürfte somit eine Grundvoraussetzung zur Abrechnung der Ziffern des Abschnittes 30.7.1 sein.

Ferner ist Voraussetzung, dass der Patient die Definition des chronisch schmerzkranken Patienten gem. der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt. Dies sind Patienten, bei denen der Schmerz seine Warn- und Leitfunktion verloren hat, bzw. Tumorpatienten.

Ziffer 30706

Für die Ziffer 30706 soll die Möglichkeit gegeben sein, dass auch z.B. ein Hausarzt, der keine schmerztherapeutischen Zusatzqualifikationen hat, seine Patienten in einer Schmerzkonzferenz vorstellt. In diesem Fall kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass die Definition „Schmerzpatient“ zutrifft. Der den Patienten vorstellende Arzt rechnet die Ziffer am Tag der Leistungserbringung unter Angabe des Leiters der Schmerzkonzferenz ab. Es muss sich grundsätzlich um eine von der jeweiligen KV anerkannte Schmerzkonzferenz handeln. Anerkannte Schmerzkonzferenzen haben die KVen ohnehin gelistet, da diese im Rahmen der jährlichen Überprüfung der Qualifikationsvoraussetzungen Schmerztherapie (Abrechnungsgenehmigung der „alten“ Ziffern 30700 und 30701) in der Vergangenheit definiert und anerkannt werden mussten.

Die patientenbezogenen Inhalte und Ergebnisse der Schmerzkonzferenz sind in der Patientenakte zu dokumentieren.

Die Teilnehmer der Schmerzkonzferenz, die über eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen des Kapitels 30.7.1 verfügen, können ebenfalls die Ziffer 30706 abrechnen. Hierzu erhalten sie vom vorstellenden Arzt eine Überweisung (als Auftragsleistung, nicht zur Mit- oder Weiterbehandlung!) zur Erbringung der Ziffer 30706. Eine Grundpauschale oder sonstige Leistungen können darüber nicht abgerechnet werden.

Da es sich um eine patientenbezogene Leistung handelt, kann die Ziffer 30706 für jeden Patienten, der in der Schmerzkonzferenz vorgestellt wird, abgerechnet werden.

30708

Für die Abrechnungsfähigkeit der Ziffer 30708 ist eine über die Weiterbildung im jeweiligen Fach hinausgehende Qualifikation zu fordern: Um einen Schmerzpatienten qualifiziert im Rahmen der Schmerztherapie beraten und einschätzen zu können, müssen zusätzlich zum Fach mindestens theoretische Kenntnisse in der Schmerztherapie vorausgesetzt werden.

Die Ziffer 30708 kann daher nur von dem Arzt, der den Patienten im Rahmen der Qualifikationsvoraussetzungen/Genehmigungen zum Kapitel 30.7.1 behandelt, abgerechnet werden. D.h. im gleichen Behandlungsfall (=Quartal) muss mindestens die Grundpauschale 30700 abgerechnet werden.

Dies ist im Bewertungsausschuss konsentiert und wird ab dem 1. April 2008 im EBM klargestellt.

Die im alten EBM vorhandene Abrechnungsvoraussetzung im Anästhesiekapitel, dass die Beratungs- und Abklärungsziffer 05220 nur in Verbindung mit Leistungen des Kapitels 30.7, jetzt 30.7.2 berechenbar ist, ist für die dem entsprechende Ziffer 30708 entfallen.

Abrechnungsauschlüsse und alternative Abrechnungsmöglichkeiten

Die Abrechnung der Grundpauschale 30700 schließt die Abrechnung einer Grund- oder Versichertenpauschale des jeweiligen Fachgruppenkapitels aus. Sollte zufällig ein Schmerzpatient während eines Behandlungsfalles, in dem die Ziffer 30700 abgerechnet wurde, wegen einer Operation Anästhesieleistungen des Kapitels 5, 31 oder 36 benötigen, sind diese nicht ausgeschlossen, eine Grundpauschale nach den

Ziffern 05310 bis 05312 kann jedoch nicht abgerechnet werden, alle anderen Abrechnungsziffern aus diesen Leistungsbereichen durchaus.

Die Ziffern 30700, 30702 und 30704 können am gleichen Tag abgerechnet werden. Es kann aber durchaus vorkommen, dass zunächst nur die Ziffer 30700 erbracht und abgerechnet wird und zu einem späteren Zeitpunkt im Quartal die 30702 und evtl. die 30704. Die Ziffern 30702 und 30704 müssen bei Vorliegen der Bedingungen am gleichen Tag abgerechnet werden.

Berichte/Briefe (0160 und 01601) sind als fakultativer Leistungsbestandteil jeweils in der Grundpauschale enthalten. Die Kostenpauschalen des Abschnittes 40.4 sind jedoch zusätzlich anzusetzen.

Leistungen des Kapitels 35.1 und 53.2 (nicht antragspflichtige und antragspflichtige Psychotherapie) sind neben der Ziffer 30700 abrechnungsfähig. Neben der Ziffer 30702 jedoch nicht, im gleichen Behandlungsfall (Quartal) sehr wohl.

Wie allen anderen Fachgruppen auch, steht den Anästhesisten, die nicht die Abrechnungsgenehmigung Schmerztherapie im Kapitel 30.7.1 haben, selbstverständlich die Möglichkeit offen, Schmerzpatienten zu behandeln, sie haben jedoch nur die Abrechnungsmöglichkeit der Grundpauschalen 05310 bis 05312 und des Kapitels 30.7.2.

Leistungsbewertung / Budgetierung

Die Bundesempfehlung zur Bewertung schmerztherapeutischer Leistungen besteht weiter und wurde seinerzeit ja in fast allen KVen mit den Krankenkassen vereinbart. Die Neufassung der Bundesempfehlung Schmerztherapie wurde im DÄ Heft 48 veröffentlicht. Unter der Voraussetzung, dass sich das Punktvolumen und die Fallzahlen in diesem Bereich nicht dramatisch ändern werden, kann man zunächst von einer adäquaten Bewertung für die beiden (extrabudgetären) Ziffern 30702 und 30704, die hierüber gefördert werden, ausgehen.

Da jedoch alle anderen Ziffern des Kapitels 30.7.1 und 30.7.2 gem. der Bundesempfehlung im Budget bleiben, kann für einzelne speziell ausgerichtete Praxen ein Budgetproblem entstehen, da die neue Grundpauschale 30700 mit 685 Punkten weit über den bisherigen Ordinationskomplexen einzelner Fachgruppen liegt. Diese Differenz wird nicht kompensiert durch den Wegfall des Konsultationskomplexes.

In diesen Fällen sollten die betroffenen Praxen umgehend bei der KV einen Antrag auf Budgetanpassung stellen.

Siehe hierzu „Notwendigkeit der Budgetanpassung für Schmerztherapeuten“

EBM
Allgemeine Bestimmungen
1.3

1.3 Qualifikationsvoraussetzungen

<p>Gebührenordnungspositionen, deren Berechnung an ein Gebiet, eine Schwerpunktkompetenz (Teilgebiet), eine Zusatzweiterbildung oder sonstige Kriterien gebunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung oder eine genehmigte Anstellung und die Erfüllung der Kriterien voraus. Die Berechnung von Leistungen, für die es vertragliche Vereinbarungen gemäß § 135 Abs. 1 oder Abs. 2 SGB V gibt, setzen die für die Berechnung der Leistungen notwendige Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung voraus. Beschäftigt der Vertragsarzt einen angestellten Arzt, kann der Vertragsarzt die erbrachten Leistungen seines angestellten Arztes auf der Basis des Beschlusses des Zulassungsausschusses berechnen. Satz 1 und Satz 2 gelten entsprechend.</p>
--

§135 Abs. 2

1 Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis) sowie einer besonderen Praxisausstattung oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität bedürfen, können die Partner der Bundesmantelverträge einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen vereinbaren.

2 Soweit für die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen, welche als Qualifikation vorausgesetzt werden müssen, in landesrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung, insbesondere solchen des Facharztrechts, bundesweit inhaltsgleich und hinsichtlich der Qualitätsvoraussetzungen nach Satz 1 gleichwertige Qualifikationen eingeführt sind, sind diese notwendige und ausreichende Voraussetzung.

3 Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation abhängig gemacht, so können die Vertragspartner für Ärzte, welche entsprechende Qualifikationen nicht während einer Weiterbildung erworben haben, übergangsweise Qualifikationen einführen, welche dem Kenntnis- und Erfahrungsstand der facharztrechtlichen Regelungen entsprechen müssen.

4 Abweichend von Satz 2 können die Vertragspartner nach Satz 1 zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung Regelungen treffen, nach denen die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen den Fachärzten vorbehalten ist, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören.