Berlin, 02.02.2026

Änderungserfordernisse zum Entwurf einer neuen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Kompromiss zwischen Bundesärztekammer und Verband der Privaten Krankenversicherung zur Vorlage auf dem 129. Deutschen Ärztetag 2025 in Leipzig Stand: 30.04.2025

Abschnitt D II Palliativmedizinische und schmerzmedizinische Leistungen und
Abschnitt C II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen

Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V. (BDA)

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Markus Stolaczyk
Leiter Referat Gesundheitspolitik
Berufsverband Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e.V.
Leipziger Platz 15
10117 Berlin
Tel.: 030 – 398 40 710
Mail: mstolaczyk@bda-ev.de

1 Abschnitt D II Palliativmedizinische und schmerzmedizinische Leistungen

1.1 Leistung nach der Nr. 1820

Mit Mail vom 29.01.2026 wurde der BDA von der Bundesärztekammer um fachliche Stellungnahme zur Leistung nach der Nr. 1820 des Entwurfes einer neuen GOÄ gebeten. Die Bundesärzteklammer wurde von einem anästhesiologischen Gutachter aufgefordert die Nr. ersatzlos zu streichen. Der nicht namentlich genannte Gutachter führt aus, dass das Verfahren höchst riskant sei und kann zu schweren Komplikationen bis hin zu Querschnittslähmung führen könne. Darüber hinaus hätten die USA durch die FDA seit vielen Jahren bereits die epidurale Kortikoid-Injektion verboten.

1.2 Stellungnahme

1.2.1 Medizinische Einordnung und Versorgungsrelevanz

Die vorgesehene Ziffer beschreibt eine epidurale Kathetertechnik zur funktionellen Adhäsiolyse (Neuroplastie) bei chronischen, therapieresistenten Wirbelsäulensyndrom.
Sie wird ausschließlich bei ausgewählten Patientinnen und Patienten eingesetzt, insbesondere bei therapieresistenten postoperativen Zuständen (Failed-Back-Surgery-Syndrom (jetzt PSPS II)) und nach Ausschöpfen konservativer Therapieoptionen.
Es handelt sich nicht um ein Routineverfahren, sondern um eine selektive, indikationsgebundene Maßnahme (siehe Anhang).

1.2.2 Klarstellung der Terminologie – keine destruktive Neurolyse

Die beschriebene Leistung stellt keine chemische oder destruktive Neurolyse dar.
Ziel ist die funktionelle Lösung epiduraler Adhäsionen, die Wiederherstellung der epiduralen Gleitfähigkeit sowie die Modulation nozizeptiver Signalübertragung.
Zur terminologischen Klarstellung wird folgende Formulierung empfohlen:

„Wirbelsäulenkathetertechnik (epidural) – epidurale Neuroplastie / funktionelle Adhäsiolyse (nicht-destruktiv)“

1.2.3 Eigenständiger Leistungscharakter

Die Leistung unterscheidet sich von epiduralen Einzelinjektionen, diagnostischen Maßnahmen und operativen Eingriffen.
Sie erfordert spezielle schmerztherapeutische Qualifikation, bildwandlergestützte Technik, Katheteranlage und erhöhten zeitlichen Aufwand.

1.2.4 Evidenz und Indikationsbegrenzung

Die epidurale Kathetertechnik zeigt eine kurz- bis mittelfristige Wirksamkeit (Evidenzlevel I) bei ausgewählten Indikationen.
Sie ist kein Standardverfahren, sondern eine optionale Therapie für sorgfältig selektierte Patientinnen und Patienten (nach Ausschöpfen konservativer Maßnahmen).
Eine klare Definition in der GOÄ dient der Qualitätssicherung und Begrenzung der Anwendung.

1.2.5 Bewertung der Streichungsforderung

Die Streichung der Ziffer würde eine Abbildungslücke hinterlassen, zu uneinheitlicher Abrechnung führen und die ambulante schmerztherapeutische Versorgung schwächen. Aus fachlicher Sicht ist die Streichung nicht sachgerecht.

Die vorgesehene GOÄ-Ziffer sollte beibehalten werden. Die präzisierende Formulierung „epidurale Neuroplastie / funktionelle Adhäsiolyse (nicht-destruktiv)“ wird empfohlen.

1.3 Änderungsvorschläge

Vor dem Hintergrund der o. g. Sachverhalte schlagen DGAI und BDA folgende Änderungen am Entwurf vor:

1.3.1 Änderung des Titels der Leistung nach der Nr. 1820:

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
1820	**Wirbelsäulenkathetertechnik (z.B~~. Racz-Katheter, Pasha-Katheter,~~ epidurale Neuroplastie / funktionelle Adhäsiolyse (nicht-destruktiv~~), epidurale Neurolyse, Neuroplastik~~),** ggf. einschließlich - Anlage des Katheters (auch über unterschiedliche Zugangshöhen) - Bildwandler einschließlich Kontrastmittelgabe - Gabe von Medikamenten (auch mehrere Injektionssequenzen in den liegenden Katheter) - Neurolyse - Epidurographie - Bandscheibenshrinking - Stimulation und Verödung von schmerzweiterleitenden Nerven (Nervenmodulation) *Die Leistung nach Nummer 1820 ist je Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig, auch wenn die Leistung an mehreren Kalendertagen erfolgt.*	**146,76 €**

2 Abschnitt C II. Blutentnahmen, Injektionen, Infiltrationen, Infusionen, Transfusionen

2.1 Behandlung der chronischen Migräne mit Botulinum-Toxin nach dem PREEMPT-Schema / Leistung nach der Nr. 705

Die Behandlung der chronischen Migräne mit Botulinum-Toxin nach dem PREEMPT-Schema stellt eine standardisierte, indikationsbezogene und leitliniengerechte Gesamttherapie dar[1][2]. Eine Abrechnung über die Nr. 703 würde zu einer sachlich nicht intendierten Vervielfachung von Einzelleistungen (bis zu 31 Injektionen) führen und den Charakter der Behandlung als einheitliche therapeutische Maßnahme verkennen.

Die Leistungsbeschreibung der Nr. 705 ist primär auf klar abgrenzbare, muskelbezogene Indikationen ausgerichtet („Der Muskel ist in der Rechnung anzugeben"). Dies ist bei der Behandlung der chronischen Migräne nicht sachgerecht möglich, da die Injektionen im Rahmen des PREEMPT-Schemas in funktionelle Kopf- und Nackenareale zur Behandlung eines neurologischen Schmerzsyndroms erfolgen und nicht zur Therapie isolierter Muskelstörungen.

Zudem war die Behandlung der chronischen Migräne mit Botulinum-Toxin nach dem PREEMPT-Schema zum Zeitpunkt der Konsentierung des Leistungsverzeichnisses im Jahr 2017 noch nicht in dieser Form etabliert und daher in der beispielhaften Aufzählung der Nr. 705 nicht abgebildet.

2.2 Änderungsvorschlag

2.2.1 Änderung der Leistung nach der Nr. 705

Nummer	Titel/Zusatz/Abrechnungsbestimmung	Bewertung
705	**Therapeutische Injektion(en) von Botulinum-Toxin, z.B. zur Behandlung zentral-motorischer Störungen, einer Hyperhidrosis, einer peripheren Tendopathie, eines Torticollis oder eines Blepharospasmus, sowie zur Behandlung der chronischen Migräne nach etabliertem Injektionsschema (z. B. PREEMPT-Schema),** einschließlich Versorgung der Punktionsstelle(n) (Verband o.ä.), je Indikation, je Seite**; bei der Behandlung der chronischen Migräne je Therapieschema** *Der Muskel ist in der Rechnung anzugeben**; bei der Behandlung der chronischen Migräne sind stattdessen die entsprechende Diagnose sowie das angewandte Therapieschema in der Rechnung anzugeben.*** *Die Leistung nach Nummer 705 ist neben der Leistung nach Nummer 703, 708, 727, 728 oder 729 nicht berechnungsfähig.*	**90,08 €**

[1] Diener H.-C., Förderreuther S, Kropp P., Reuter U. et al., Therapie der Migräneattacke und Prophylaxe der Migräne, S1-Leitlinie, 2025, DGN und DMKG, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie.
[2] Diener H.-C., Kropp P. et al., Kopfschmerz bei Übergebrauch von Schmerz- oder Migränemitteln (Medication Overuse Headache = MOH), S1-Leitlinie, 2022; in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie.

Anhang: Wirksamkeit der epiduralen Adhäsiolyse bei chronischem Rückenschmerz

Wirksamkeit der epiduralen Adhäsiolyse bei chronischem Rückenschmerz (FBSS, jetzt Persistent Spinal Pain Syndrome II (PSPS II)

R. Thoma, 31.01.2026

1. Evidenzbewertung der epiduralen Adhäsiolyse

Konsens und Kontroversen

- **Mehrheitlich positive Evidenz**: Die meisten systematischen Reviews und Metaanalysen (z. B. Helm et al. 2016, Manchikanti et al. 2020/2023) stufen die perkutane epidurale Adhäsiolyse als wirksam ein, insbesondere bei:
  - FBSS (PSPS-2) mit epiduraler Fibrose.
  - Chronischer Spinalstenose oder rezidivierendem radikulärem Schmerz nach Bandscheibenoperationen.
  - Therapierefraktären Patienten, die auf konservative Maßnahmen (Physiotherapie, epidurale Steroidinjektionen) nicht ansprechen.
- **Schlüsselbefunde aus den positiven Reviews**:
  - Erfolgsraten: 60–80% der Patienten erreichen eine ≥50%ige Schmerzreduktion (VAS/ODI-Verbesserung) nach 6–12 Monaten.
  - Überlegenheit gegenüber Kontrollen: Signifikant bessere Ergebnisse als Placebo, epidurale Steroidinjektionen oder Physiotherapie ($p < 0{,}001$ in Metaanalysen).
  - Langzeiteffekte: Nutzen hält oft ≥1 Jahr an, besonders bei Auffrischungsinterventionen.
  - Evidenzlevel: Level I (stark) für Kurz- und Mittelfrist, Level II (moderat) für Langzeiteffekte (Manchikanti et al. 2023).
- **Kritische Ausreißer (Brito-García et al. 2019)**:
  - Kein Nachweis der Überlegenheit gegenüber Standardtherapie, basierend auf nur 2 RCTs mit methodischen Mängeln (hohe Bias-Risiken, kleine Stichproben).
  - Sicherheitsbedenken: Höhere Komplikationsrate bei endoskopischer Adhäsiolyse (z. B. Dura-Abrisse, Infektionen).
  - Fazit: Verfahren nur in studienbasierten oder hochspezialisierten Settings empfehlenswert.

Gründe für die Diskrepanz

Die Unterschiede erklären sich durch:

1. **Strikte vs. pragmatische Studienauswahl**:
   - Brito-García fokussierte nur auf FBSS und forderte Placebo-kontrollierte RCTs (die es kaum gibt).
   - Andere Reviews inkludierten aktive Kontrollgruppen (z. B. Steroidinjektionen) und Beobachtungsstudien, was die Evidenzbasis verbreiterte.
2. **Zeitliche Lücke**:
   - Brito-Garcías Literatursuche endete 2017 – neuere RCTs (z. B. 2019–2023) mit positiven Ergebnissen fehlten.
3. **Bewertung der Studienqualität**:
   - Brito-García stufte alle RCTs als hochgradig verzerrt ein (z. B. fehlende Verblindung).
   - Manchikanti et al. bewerteten dieselben Studien als methodisch ausreichend (Cochrane-Scores 8–12/13).

2. Aktualisierte Tabelle: Evidenz im Vergleich
(Fokus auf die wichtigsten Reviews mit klinischer Relevanz)

Evidenz zur epiduralen Adhäsiolyse – Kontroverse Bewertungen

Review (Jahr)	Design/Patienten	Ergebnisse	Evidenz-level	Klinische Empfehlung
Brito-García et al. (2019)	2 RCTs + 7 Beobachtungsstudien (nur FBSS)	Kein signifikanter Vorteil gegenüber Standardtherapie; hohe Komplikationsrate (endoskopisch).	**Sehr niedrig**	Nur in Studien oder Spezialzentren.
Helm et al. (2016)	7 RCTs (FBSS/Spinalstenose)	70–80% Responder (≥50% Schmerz↓); VAS-Verbesserung ~3 Punkte nach 6–12 Monaten.	**Level I (stark)**	Wirksam bei FBSS/epiduraler Fibrose.
Manchikanti et al. (2020)	6 RCTs + 4 kontrollierte Studien (FBSS)	Signifikante Überlegenheit in allen Studien; Odds Ratio für Erfolg >>1 ($p < 0,001$).	**Level I**	Klare Empfehlung bei therapierefraktärem FBSS.
Manchikanti et al. (2023)	9 RCTs (FBSS/Spinalstenose/Diskushernie)	65–75% Responder nach 1 Jahr; Nutzen auch vs. Placebo (Diskushernie-RCT).	**Level I–II**	Etablierte Therapie für chronische radikuläre Schmerzen.

3. Analyse des "besten" Reviews (Manchikanti et al. 2023)

Dieser Review gilt als methodisch robustester und aktuellster Beleg für die Wirksamkeit:

- **Stärken**:
  - Breites Patientenspektrum: FBSS, Spinalstenose, Diskushernie.
  - Placebo-kontrollierte Daten: Ein RCT zeigte Wirksamkeit auch gegenüber Scheinbehandlung.
  - Langzeitdaten: Nutzen blieb über 12 Monate signifikant (Responder-Rate: 65–80% vs. <20% Kontrolle).
  - Konsistenz: Alle eingeschlossenen RCTs zeigten positive Ergebnisse – keine negativen Ausreißer.
- **Limitationen**:
  - Heterogenität der Protokolle: Unterschiedliche Medikamentenkombinationen (z. B. Lidocain + hypertones NaCl + Steroide).
  - Publikationsbias: Mögliche Überrepräsentation positiver Studien (Autoren sind Schmerztherapie-Experten).

Praktische Implikation:

Die Adhäsiolyse sollte nicht als First-Line-Therapie, sondern bei Versagen konservativer Optionen eingesetzt werden – idealerweise in erfahrenen Zentren mit strenger Patientenselektion.

4. PSPS-1 vs. PSPS-2: Therapierelevanz

Die Unterscheidung bleibt entscheidend:

- **PSPS-1** (ohne OP-Vorgeschichte):
  - Konservative Therapie (Physiotherapie, Injektionen) im Vordergrund.
  - Adhäsiolyse keine Indikation (keine epidurale Fibrose).
- **PSPS-2** (postoperativ):
  - Adhäsiolyse als Option bei epiduraler Fibrose oder rezidivierendem Wurzelpain.

- Kombination mit anderen Verfahren (z. B. Spinal Cord Stimulation) oft sinnvoll.

5. Fazit & Empfehlung für die Praxis

1. **Evidenzlage**:
   - Die Mehrzahl der Daten spricht für eine Wirksamkeit der perkutanen Adhäsiolyse bei PSPS-2/FBSS, besonders bei sorgfältiger Patientenselektion.
   - Brito-Garcías Skepsis ist nachvollziehbar, aber durch neuere Studien relativiert.
2. **Klinische Entscheidung**:
   - **Indikation**: Therapierefraktäre PSPS-2-Patienten mit bildgebend gesicherter epiduraler Fibrose.
   - **Methode**: Perkutane Technik (geringeres Komplikationsrisiko als endoskopisch).
   - **Setting**: Spezialisierte Schmerzzentren mit Erfahrung in interventionellen Verfahren.
3. **Offene Fragen**:
   - **Langzeitdaten >2 Jahre** fehlen.
   - **Kosteneffektivität** ist unklar (keine belastbaren Studien).

Zusammenfassung der Methodik (Medikamente/Dosierungen)
(Basierend auf den analysierten Studien, z. B. Manchikanti et al.)

Autoren	**Injizierte Substanzen**	**Dosierung (Beispiele)**
Manchikanti et al. (2020)	Lidocain + hypertones NaCl (10%) + Betamethason	5–10 mL Lidocain 1%, 6–10 mL NaCl 10%, 6–12 mg Betamethason.
Helm et al. (2016)	Lidocain + NaCl 10% ± Hyaluronidase	5 mL Lidocain, 5–10 mL NaCl, optional Hyaluronidase.

Abschließende Bewertung

Die epidurale Adhäsiolyse ist eine evidenzbasierte Option für PSPS-2, aber kein Allheilmittel. Die kontroversen Reviews zeigen, wie stark die Interpretation von Studienqualität und Einschlusskriterien abhängt.

Für die Praxis bedeutet das:

- Ja bei geeigneten Patienten (FBSS mit Fibrose, Versagen konservativer Therapie).
- Nein als Routineverfahren oder bei PSPS-1.
- Kritische Patientenaufklärung über Nutzen/Risiken (z. B. Komplikationen, begrenzte Langzeitdaten).