

Aus für die Schmerztherapie?

Hessische Ärzte warnen: ab April ist nur noch Basisversorgung möglich

Eine bittere Pille werden Schmerzpatienten ab April schlucken müssen: Die Kassenpatienten unter ihnen hätten künftig keinen Anspruch mehr auf eine zeitgemäße Schmerztherapie, warnt der Wiesbadener Facharzt Thomas Nolte. Außerdem würden die Honorare so gekürzt, dass keine kostendeckende Behandlung mehr möglich sei. Deshalb haben die hessischen Schmerztherapeuten angekündigt, ihren Patienten nur noch eine Basisversorgung zu bieten. Das Nachsehen haben also - wen wundert's? - die Kranken.

Von unserem
Mitarbeiter
Christian Albers

„Das ist ein fataler Rückschritt zum Schaden der Kassenpatienten“, schlägt Thomas Nolte Alarm. Er ist Vize-Präsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie und leitet das Schmerz- und Palliativzentrum Wiesbaden. Er fühle sich von anderen Ärztegruppen über den Tisch gezogen und von der Politik verlassen, sagt er. „Die flächendeckende Versorgung von Schmerzpatienten steht vor dem Aus, wenn die Gebührenordnung für niedergelassene Ärzte wie geplant verändert wird.“

Die Bezahlung der Ärzte wird durch den „einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM) geregelt, den die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung (KV), untereinander aushandeln. Nolte erklärt:

„Darin sind alle ärztlichen Leistungen genannt, auf die ein Kassenpatient Anspruch hat.“ Anfang April soll eine neue Version in Kraft treten - die Nolte und seinen Kollegen schwer im Magen liegt:

„Nach dem gegenwärtigen Entwurf wird die qualifizierte Schmerzbehandlung für die Betroffenen auf zwei Jahre beschränkt - im Gespräch ist sogar eine Begrenzung auf zwei Quartale.“ Ob und wie lange ein Kranker behandelt werde, hänge künftig auch von psychologischen Gutachten ab. So würden chronische Schmerzpatienten wieder in die Nähe des „eingebildeten Kranken“ gerückt, kritisiert Nolte.

„Außerdem werden die Honorare für uns im Schnitt um 30 Prozent gekürzt.“ Das findet er besonders unverständlich, zumal die Krankenkassen zugesagt hätten, für die Schmerztherapie auch weiterhin die bisherige Gesamtsumme bereitzustellen. Die Folge, so der Arzt: Die Vergütung sei so niedrig, dass sich eine aufwändige Schmerztherapie für den Arzt nicht rechne: „Es gibt keine Berufsgruppe in der Ärzteschaft, die so viele Auflagen hat wie wir: Umfangreiche Fortbildungen und zeitaufwändige Dokumentationen zum Beispiel. Das ist natürlich alles sinnvoll, kostet aber viel Geld.“

Und so werde sich die Behandlung dieser „sowieso unterversorgten Patientengruppe“ weiter verschlechtern: „Die hessischen Schmerztherapeuten sind sich einig: Unter diesen Umständen können wir

keine Schmerztherapie anbieten. Letztendlich sind wir auch keine caritative Einrichtung, sondern müssen kostendeckend arbeiten.“ Für Kassenpatienten bedeute dies, dass man sie nicht mehr zeitgemäß behandeln könne. „Das heißt nicht, dass die Patienten gar nicht mehr versorgt werden - das wäre ja unterlassene Hilfeleistung.“ Aber es gebe eben nur noch eine „Standardbehandlung auf dem Niveau eines normalen Hausarztes“ und keine höherwertige Versorgung nach dem aktuellen Stand.

Hintergrund

Doch wer hat denn nun diese Entscheidung zu verantworten? Nolte meint, die Schuldigen ausgemacht zu haben: Zahlenmäßig starke Ärztegruppen wie Hausärzte und Internisten gäben innerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung den Ton an. Und das schlage sich dann in der Gebührenordnung nieder, so auch jetzt.

„Das nenne ich wirklich einen Skandal“, schimpft er: „Die finanziellen Interessen der stärkeren Berufsgruppen setzen sich derart durch, dass die Versorgung der Schmerzpatienten auf der Strecke bleibt.“ Bei der jetzigen Reform, klagt er, sei in der zuständigen Kommission nicht ein einziger Schmerztherapeut gehört worden.

„Das ist eine üble Entwicklung zur Zeit, dass sich die Ärzte gegenseitig kannibalisie-

ren und die Politik zuschaut.“ Ja, auch von der Politik fühlen sich die Schmerzärzte im Stich gelassen: „Wir haben uns an das Bundesgesundheitsministerium gewendet. Doch dort hieß es, das sei primär ein Problem zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztliche Bundesvereinigung.“

Dabei sei doch offensichtlich, dass hier unsachgemäße Ergebnisse herauskämen, die politisch nicht gewollt sein dürften. „Da muss mehr gesundheitspolitische Steuerung her“, fordert er. „Es geht hier um die medizinischen Bedürfnisse der Bevölkerung. So etwas kann man doch nicht allein der Selbstverwaltung von Kassenärzten und Krankenkassen überlassen.“

Die Kassenärztliche Vereinigung weist alle Vorwürfe zurück: „Es gibt im EBM keineswegs eine Benachteiligung einer Arztgruppe bei gleichzeitiger Bevorzugung einer anderen“, kontert Gerd Zimmermann, Vorstandsvize der KV Hessen. Die gesamte Ärzteschaft sei von negativen finanziellen Auswirkungen der neuen Gebührenordnung betroffen und erbrächte mittlerweile ein Drittel ihrer Leistungen ohne Bezahlung. Er macht dafür vor allem die Abrechnung über Kopfpauschalen verantwortlich - eine „unmittelbare Folge einer sehr starken politischen Einflussnahme auf die ärztliche Selbstverwaltung.“ Insofern, so Zimmermann, hätte es „fatale Konsequenzen“, sich noch stärker politischen Zielen zu unterwerfen.