



Änderungen zur Durchführung CT-gestützter interventioneller schmerztherapeutischer Leistungen im EBM mit Wirkung zum 01.04.2013

Inhalt

1. **Einleitung**
2. **Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes**
3. **Neueinführung: GOP 34 504**
4. **Neueinführung: GOP 34 505**
5. **Konsequenzen der EBM-Änderungen**
6. **Relevanz der EBM-Änderung für Plausibilitätsverfahren**
7. **Ausblick**

1. Einleitung

Der Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V hat in seiner 290. Sitzung wesentliche Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im Bereich der Durchführung „CT-gestützter interventioneller schmerztherapeutischer Leistungen“ mit Wirkung zum 01.04.2013 beschlossen.“ Die Änderungen gehen zurück auf einen Änderungsvorschlag des G-BA aus dem Jahre 2011 zur damals geltenden Regelung zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte in seiner Sitzung am 19.05.2011 beschlossen, die Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V zu ändern [veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 155 (S. 3526) vom 13. Oktober 2011, in Kraft getreten am 14. Oktober 2011]. Die Änderungen betrafen die Anlage 1 Nummer 1 „CT / MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen“. Der

vorliegende Beschluss des Bewertungsausschusses soll die gebührenrechtlichen Regelungen im EBM für ambulant tätige Vertragsärzte sowohl inhaltlich an diese geänderte Richtlinie, als auch in Bezug auf die dort von den Ärzten geforderten Qualifikationen anpassen.

Kernpunkt der Änderung der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V des G-BA aus dem Jahre 2011 war, dass die Leistungen entweder

1. nur noch von Fachärzten mit der Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erbracht werden sollen oder
2. eine Überweisung durch einen Vertragsarzt mit der Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V oder mit der Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ erfolgen muss.

Im Falle einer Überweisung sollte eine gesicherte ICD-10-GM Diagnose (Zusatzkennzeichen „G“) vorliegen. Die schmerztherapeutische Leistung (neue Gebührenordnungsposition 34 504) sollte nicht solitär erfolgen, sondern im multimodalen Schmerztherapiekonzept eingebettet sein.

Die Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus ist indes ein Auslaufmodell, nachdem der Gesetzgeber durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vom 22.12.2011 (BGBl. I, S. 2983) die Regelung in § 116b SGB V in die ambulante spezialfachärztliche Versorgung umfunktioniert und zu einer sektorenübergreifenden Kooperationsform umgestaltet hat, der niedergelassene Vertragsärzte und Krankenhäuser gleichermaßen teilnehmen können. Die nach § 116b Abs. 4 SGB V vorgesehene Richtlinie zur Ausgestaltung der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, die die Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus ablösen sollte, wurde seitens des G-BA jedoch nicht fristgerecht zum 31.12.2012 vorgelegt, nachdem eine Einigung zwischen den Beteiligten im Unterausschuss nicht erfolgt ist.

Ungeachtet der ausstehenden Richtlinie hat der Bewertungsausschuss den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit Wirkung zum 01.04.2013 für CT-gestützte interventionelle Leistungen nach der bisherigen Gebührenordnungsposition (GOP) 34 502 geändert. Nach dem Willen des Bewertungsausschusses soll auch für ambulant tätige Vertragsärzte analog, die Durchführung CT-gestützter interventioneller schmerztherapeutischer Leistungen in ähnlicher Weise an die Qualifikation geknüpft werden, die der G-BA in seiner Richtlinie gefordert hatte.

Der Bewertungsausschuss hat mit seinem Beschluss neue GOP, insbesondere die GOP 34 504 für die CT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistungen eingeführt. Diese Leistung ist zugleich eine hochspezialisierte Leistung im Sinne des § 116b Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 a SGB V. Mit welchem Inhalt die neue Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung für den Bereich „CT / MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen“ erlassen wird und ob danach nur noch derjenige Radiologe zur Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen berechtigt sein wird, der seine Tätigkeit nach § 116b Abs. 2 SGB V gegenüber dem Landesausschuss angezeigt hat, ist derzeit noch rechtlich ungeklärt. Für die vertragsärztliche Ver-

sorgung treten die Änderungen des EBM für die CT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistungen dagegen mit Wirkung zum 01.04.2013 in Kraft. Die Änderungen werfen jedoch einige Fragestellungen auf.

2. Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes

Die Einführung des § 116b SGB V in seiner Fassung bis zum 31.12.2011 und in seiner heutigen Fassung hat für die Radiologen in der vertragsärztlichen Versorgung zunächst zur Folge, dass die GOP 34 502 im EBM zum 01.04.2013 entfällt, wie der Bewertungsausschuss in seiner 290. Sitzung entschieden hat. Stattdessen werden die GOP 34 504 und GOP 34 505 eingeführt und die GOP 34 502 gestrichen.

Mit den Änderungen des EBM zum 01.04.2013 beabsichtigt der Bewertungsausschuss, die Voraussetzungen für den vertragsärztlich tätigen Radiologen den Voraussetzungen an die Ausführung und Abrechnung von CT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistungen durch ein zugelassenes Krankenhaus nach dem § 116b SGB V a. F. anzugleichen. Das vom Bewertungsausschuss mit diesen Änderungen intendierte Ziel besteht darin, den Einsatz dieser Leistung einer gezielten Indikationsstellung im Bereich der Schmerztherapie zuzuführen.

Dieses Ziel wird jedoch in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung bereits heute durch das Überweisungserfordernis nach § 24 Abs. 3 des Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 27 Abs. 3 Ersatzkassen-Arzt-Vertrag (EKV) erreicht. Demgegenüber dienen die Erfordernisse in der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus dazu, dem bis dahin ausschließlich für Krankenhäuser eröffneten Versorgungsbereich nach § 116b SGB V a. F. keine leistungserbringungsrechtliche Vorrangstellung gegenüber der vertragsärztlichen Versorgung einzuräumen und einer nicht indizierten Leistungsverlagerung im Bereich der CT / MRT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistungen in diesen Versorgungsbereich entgegenzuwirken. Für die eigentliche Leistungserbringung durch die Krankenhäuser sah die Richtlinie dann zusätzlich vor, dass zur Durchführung der hochspezialisierten Leistungen eine Kooperation mindestens folgender Fachärztinnen oder Fachärzte bzw. Disziplinen notwendig war:

- eine Fachärztin oder ein Facharzt mit der Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“
- eine Fachärztin oder ein Facharzt für Radiologie (interventionsabhängig kann dies für die CT-gestützte schmerztherapeutische Intervention alternativ zu einer Fachärztin oder einem Facharzt für Radiologie auch eine Fachärztin oder ein Facharzt, z. B. Neurochirurgie, mit der Zusatzweiterbildung Röntgendiagnostik fachgebunden und Fachkunde Computertomographie sein.)

Nach der Richtlinie des G-BA über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V, in Kraft getreten am 31.12.2011, gilt für Krankenhäuser, dass bei Zuweisung eines Patienten zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus ein Überweisungserfordernis durch einen Vertragsarzt mit Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie gemäß § 135 Absatz 2 SGB V oder einen Vertragsarzt mit Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ besteht. Eine Überweisung kann nur für Patienten mit einer gesicherten Diagnose (Zusatzkennzeichen „G“ nach ICD-10-GM) erfolgen. Diese frühere offensichtliche Ungleichbehandlung der insoweit aufgrund höherer Zugangsvoraussetzungen benachteiligten zugelassenen Krankenhäuser wurde durch die Änderung des EBM zum Nachteil der niedergelassenen vertragsärztlich tätigen Radiologen nivelliert.

3. Neueinführung: GOP 34 504

Zum 01.04.2013 führt der Bewertungsausschuss die GOP 34 504 neu in den EBM ein. Die Gebührenordnungsposition ist beschrieben als CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention bei akutem oder chronischem Schmerz nach vorausgegangener Diagnostik. Die Anforderungen des EBM in der GOP 34 504 sollen nunmehr den Voraussetzungen entsprechen, die nach der Richtlinie des G-BA über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V, in Kraft getreten am 31.12.2011, gelten.

Die CT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistungen dürfen zukünftig nur noch von Ärzten erbracht werden, die die Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch

schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllen oder wenn der Überweiser über die Qualifikation nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie bzw. über die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ verfügt. Nach dem Stand des EBM zum 01.04.2013 reicht es hingegen als Zulässigkeitsvoraussetzung zur Leistungserbringung nicht aus, dass der Radiologe selbst über eine Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ verfügt. Daneben dürfte es kaum rechtlich und tatsächlich möglich sein, dass ein Radiologe die Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie erfüllt. Voraussetzung nach der Vereinbarung ist u. a., dass der Arzt verpflichtet ist, die chronisch schmerzkranken Patienten umfassend ärztlich zu versorgen. Die schmerztherapeutische Versorgung umfasst insbesondere,

- die Erhebung einer standardisierten Anamnese einschließlich Auswertung von Fremdbefunden, Durchführung einer Schmerzanalyse,
- differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit,
- die Aufstellung eines inhaltlich und zeitlich gestuften Therapieplans unter Berücksichtigung des ermittelten Chronifizierungsstadiums,
- die eingehende Beratung des Patienten und gemeinsame Festlegung der Therapieziele oder die Vermittlung bio-psycho-sozialer Zusammenhänge und von Schmerzbewältigungsstrategien.

Daneben müsste der Radiologe an vier Tagen pro Woche mindestens je vier Stunden schmerztherapeutische Sprechstunden vorhalten, in denen er ausschließlich Patienten mit chronischen Schmerzkrankheiten behandelt. Die ständige Rufbereitschaft müsste während der Praxiszeiten zur Beratung der Schmerzpatienten gewährleistet sein und der Radiologe müsste nachweisen, dass er in seiner Praxis überwiegend chronisch schmerzkranken Patienten behandelt.

Die weiteren Voraussetzungen der GOP 34 504 betreffen die Diagnose. Eine Überweisung kann ab dem 01.04.2013 nur für Patienten mit einer gesicherten Diagnose (Zusatzkennzeichen „G“ nach ICD-10-GM) erfolgen. Die Leistung nach der GOP 34 504 darf nicht solitär erbracht werden, sondern ausschließlich im Rahmen eines multi-

modalen Schmerztherapiekonzeptes. Bei funktionellen Störungen und chronischen Schmerzsyndromen mit überwiegend funktionellem Störungsanteil ist die Leistung nach der GOP 34 504 nicht berechnungsfähig. Zu beachten ist daneben, dass die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts nicht für Interventionen in bzw. an Bandscheiben berechnungsfähig sind. Diese Eingriffe bleiben über die Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 31.2 bzw. 36.2 zu berechnen. Bewertet ist die CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention, wie die GOP 34 502, mit 2790 Punkten.

4. Neueinführung: GOP 34 505

Die GOP 34 505 umfasst die sonstigen CT-gesteuerten Interventionen, wie die Punktion oder pharmakotherapeutischen Applikationen, Interventionen in oder an Nerven, Ganglien, Malignomen, Gelenkkörpern und Gelenkfacetten. Im Unterschied zu der GOP 34 502 ist die GOP 34 505 nur berechnungsfähig, wenn mindestens eine der Erkrankung nach den ICD-10-GM Kodes: Neubildungen C00-D48 sowie Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems D50-D-90 vorliegt. Bei anderen Erkrankungen setzt die Abrechnung eine ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit der CT-gesteuerten Intervention voraus. Die Begründung muss bei der Abrechnung erfolgen. Bewertet wurde die GOP 34 505, ebenso wie die GOP 34 504, mit 2790 Punkten, was der Bewertung der bisherigen GOP 34 502 entspricht.

5. Konsequenzen der EBM-Änderungen

Bei den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina ist für CT-Interventionen, ausgehend von den Änderungen des EBM, mit Folgeänderungen zu rechnen. Das bei den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehene qualifikationsgebundene Zusatzvolumen „CT Interventionen“ wird den neuen Gebührenordnungspositionen angepasst werden müssen, weil die GOP 34 502 ab dem 01.04.2013 für die Berechnung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens „CT Interventionen“ nicht mehr herangezogen werden kann. Daneben ist die Zahl von Ärzten mit der Zusatz-Weiterbildungsbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ und Ärzten, die die Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung

Schmerztherapie erfüllen, sehr gering, so dass die Patientenversorgung unter der Überweisungs-voraussetzung erheblich leiden könnte.

Die Änderungen des EBM haben für niedergelassene Radiologen nicht unerhebliche Auswirkungen, da sie bei einigen Praxen zu Einnahmeverlusten führen werden, wenn die Voraussetzungen der GOP 34 504 nicht erfüllt oder nachgewiesen werden können. Ungeklärt sind derzeit Anwendungsfragen zu den Änderungen. Wie soll ein Radiologe erkennen, dass der überweisende Arzt die Anerkennung als Schmerztherapeut nach der Qualitätssicherungsvereinbarung besitzt und zur Führung der Zusatzweiterbildung „Schmerztherapie“ gemäß der Weiterbildungsordnung berechtigt ist? Welche Folgen ergeben sich für die Abrechnung der Leistung, wenn sich nachträglich herausstellt, dass der Überweiser die entsprechende Qualifikation zur Schmerztherapie nicht besessen hat? Formal liegen in diesem Fall die Abrechnungsvoraussetzungen der GOP 34 504 nicht vor, so dass die Leistungen des Radiologen von der zuständigen KV nicht vergütet bzw. nachträglich im Rahmen der Honorarberichtigung u. U. gekürzt werden könnten.

Die Abrechnungsfähigkeit der radiologischen Leistungen hängt in diesem Fall von der Qualifikation eines Dritten, des Überweisers ab, die der Radiologe weder kennen muss, noch im Einzelfall überprüfen kann. § 24 Abs. 3 BMV-Ä und § 27 Abs. 3 EKV regeln verschiedene Arten der Überweisung und zumindest teilweise ausdrücklich, ob der überweisende Vertragsarzt oder der auf die Überweisung tätig werdende Vertragsarzt das Regressrisiko tragen muss. Der BMV-Ä / EKV unterscheidet nach der Zielrichtung der Überweisung. Im Einzelnen erfolgt eine Differenzierung als „Auftragsleistung“, „Konsiliaruntersuchung“, „Mitbehandlung“ oder „Weiterbehandlung“. Die Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen erfordert die Definition der Leistungen nach Art und Umfang (Definitionsauftrag) oder eine Indikationsangabe mit Empfehlung der Methode (Indikationsauftrag). Für die Notwendigkeit der Auftragserteilung ist der auftragserteilende Vertragsarzt verantwortlich. Die Wirtschaftlichkeit der Auftragsausführung hingegen ist vom auftragsausführenden Arzt zu gewährleisten. Dies erfordert bei Definitionsaufträgen dann eine Rücksprache mit dem überweisenden Arzt, wenn der beauftragte Arzt aufgrund seines fachlichen Urteils eine andere, als die in Auftrag gegebene Leistung für medizinisch zweckmäßig, ausreichend und

notwendig hält.

Auftragserteilungen, die auf die Indikationsangabe und Empfehlung der Methode zurückgehen, erfordern eine Rücksprache nur dann, wenn der beauftragte Arzt eine konsiliarische Absprache zur Indikation für notwendig hält. Die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung erfolgt ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen. Sie gibt dem überweisenden Vertragsarzt die Möglichkeit, den Überweisungsauftrag auf die Klärung einer Verdachtsdiagnose einzugrenzen. Art und Umfang der zur Klärung dieser Verdachtsdiagnose notwendigen Leistungen sind vom ausführenden Vertragsarzt nach medizinischem Erfordernis und den Regeln der Stufendiagnostik unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes zu bestimmen. Die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit liegt hinsichtlich der Indikationsstellung beim Auftragsgebenden Vertragsarzt, hinsichtlich der ausgeführten Leistungen beim Auftragsnehmenden Vertragsarzt. Die Überweisung zur Mitbehandlung erfolgt zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, über deren Art und Umfang der Vertragsarzt, an den überwiesen wurde, entscheidet. Bei einer Überweisung zur Weiterbehandlung wird die gesamte diagnostische und therapeutische Tätigkeit dem weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen.

Die vergütungsrechtlichen Folgen für eine CT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistung, die vom Radiologen erbracht wird, obwohl die zu Grunde liegende Überweisung fehlerhaft war, haben als Auftragsleistung zulasten des überweisenden Vertragsarztes zu gehen. Da dem Auftragsgebenden Arzt die erforderliche Qualifikation als Schmerztherapeut fehlt, ist er zur Beurteilung der Notwendigkeit der CT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistung nicht befugt, so dass er für die Folgen seines fehlerhaften Verhaltens gegenüber der Kassennärztlichen Vereinigung einzustehen hat. Dieses Ergebnis ist aus Regressgründen für den Radiologen von Vorteil. Nachdem eine Überweisung eines Patienten an einen Radiologen, der nicht selbst die Voraussetzungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V erfüllt, nur mit einer gesicherten Diagnose im Falle der GOP 34 504 erfolgen darf, bedarf es zwar ungeachtet dessen der rechtfertigenden Indikationsstellung durch den Radiologen. Trotzdem handelt es sich bei die-

ser Leistung um eine Auftragsleistung nach § 24 Abs. 3 BMV-Ä, § 27 Abs. 3 EKV. Die Leistung der CT-gesteuerten schmerztherapeutischen Intervention muss nach dem Wortlaut des EBM zum 01.04.2013 in ein multimodales Schmerztherapiekonzept eingebunden sein.

Dies spricht für die Annahme, dass der Auftragsgebende Arzt, der in der Regel das Schmerztherapiekonzept erstellt, die konkrete Leistung in Auftrag gibt und nicht eine Mitbehandlung fordert. Ungeachtet des konkreten Auftrages an den Radiologen, kann und muss er im Zweifel in einen fachlichen Dialog mit dem überweisenden Arzt treten.

Problematisch kann sich indes die Abrechnungsbedingung Nr. 2 zum Abschnitt 34.5 erweisen. Diese lautet: „Die Leistung nach der Gebührenordnungsposition 34 504 darf nicht solitär erbracht werden, sondern ausschließlich im Rahmen eines multimodalen Schmerztherapiekonzeptes.“ Nach den seitens des Bewertungsausschusses mitgeteilten entscheidungserheblichen Gründen für die Änderung des EBM soll die schmerztherapeutische Leistung zukünftig in ein multimodales Schmerztherapiekonzept eingebettet sein. Was nach den Gründen des Bewertungsausschusses nur sein „sollte“, wurde in dem Beschluss des Bewertungsausschusses zu einer zwingenden Bedingung, zu der keine Ausnahme zugelassen worden ist. Hier ist der Bewertungsausschuss gefragt, um klarzustellen, ob eine Abrechnung der GOP 34 504 außerhalb eines multimodalen Schmerztherapiekonzeptes unter keinen Umständen möglich sein soll oder Ausnahmen zulässig sind.

Auch nach der Änderung des EBM zum 01.04.2013 werden niedergelassene Radiologen, wie bereits heute, für die CT-gesteuerten schmerztherapeutischen Intervention(en) nach der GOP 34 504 und für die CT-gesteuerten Intervention(en) nach der GOP 34 505 die Voraussetzungen nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie erfüllen und über eine entsprechende Abrechnungsgenehmigung verfügen müssen, um diese Leistungen erbringen und abrechnen zu dürfen.

6. Relevanz der EBM-Änderung für Plausibilitätsverfahren

Zunehmend werden, trotz der mangelnden Beeinflussbarkeit der erbrachten Leistungen aufgrund des Überweisungsvorbehaltes nach § 13

Abs. 4 BMV-Ä bzw. § 7 Abs. 4 EKV, auch bei radiologisch tätigen Vertragsärzten durch Plausibilitätsverfahren nach § 106a SGB V seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen durchgeführt. Der vom Gesetzgeber geförderte überörtliche Fusionsprozess bei Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren hat zu einer besseren und schnelleren technischen Ausstattung in vielen Praxen geführt, wodurch die statistischen Auffälligkeiten durch Überschreitung der Tages- und Quartalsprofile zunehmen.

Ein Radiologe ist nach § 8 Abs. 3 der Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Abrechnungsprüfungen gemäß § 106a SGB V bereits auffällig, wenn er an mehr als drei Tagen pro Quartal radiologische Leistungen von umgerechnet zwölf Stunden oder pro Quartal mehr als 780 Stunden abrechnet. Ausgangspunkt der Tages- oder Quartalsprofile ist die Prüfzeit der jeweiligen Untersuchung bzw. Intervention nach Anhang 3 zum EBM. Für die GOP 34 504 und 34 505 werden weiterhin pro abgerechneten Leistungsfall in den Profilen 25 Minuten vorgesehen. Der zukünftige Zeitansatz nach dem EBM entspricht damit dem bisherigen Zeitansatz nach GOP 34 502, so dass insoweit keine Änderung eingetreten ist. Obwohl nunmehr zwischen den Leistungsinhalten nach der CT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistung, GOP 34 504 und der nicht schmerztherapeutischen CT-gestützten Intervention, GOP 34 505 differenziert wird, bleibt der Zeitansatz für beide Gebührenordnungspositionen gleich. Dies war bereits bei der GOP 34 502, aufgrund der Breite der CT-gestützten Interventionen nicht nachvollziehbar, weil der tatsächliche Zeitaufwand bei einer Schmerztherapie deutlich unter dem Zeitaufwand einer Organpunktion liegt. Geübte und erfahrene Radiologen können in einer Stunde bis zu sechs CT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen erbringen. Die Prüfzeit von 25 Minuten widerspricht daher der vom BSG für die Plausibilitätsprüfung aufgestellten Vorgabe für die Festlegung der Prüfzeiten, wonach das Kriterium für die Auffälligkeit sein sollte, dass selbst ein erfahrener Arzt kaum in der Lage ist, innerhalb der Prüfzeit die abgerechnete Leistung zu erbringen.

Nicht vergessen sollte allerdings, wer eine Änderung der Prüfzeit fordert, dass mit einer Reduzierung der Prüfzeit voraussichtlich eine niedrigere Bewertung der Leistung einhergehen müsste. Eine statistische Auffälligkeit ist in radiologischen Praxen vorprogrammiert, wenn die Erbringung der

hochspezialisierten Leistungen konzentriert an einem oder zwei Tagen in einer Woche stattfindet. In solchen Fällen sind Tagesprofile von weit mehr als zwölf Stunden üblich. Im Rahmen von Plausibilitätsprüfungen wird zukünftig das Argument, der Zeitanstieg im EBM differenziere nicht hinreichend zwischen den verschiedenen Arten von CT-gesteuerten Interventionen, schwieriger darzustellen sein. Wie bisher wird es dem in eine Plausibilitätsprüfung geratenen Radiologen möglich sein nachzuweisen, dass seine tatsächliche Arztzeit unter der Prüfzeit des EBM liegt. In der Praxis bedeutet dies, dass der Radiologe, wenn er auffällig geworden ist und geprüft wird, darstellen muss, dass er die abgerechneten Leistungen tatsächlich und vollständig erbracht hat. Diese Darstellung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ist allerdings mit einem nicht unerheblichen Aufwand verbunden.

7. Ausblick

Die vollständigen Auswirkungen der Änderung im Bereich der CT / MRT-gestützten interventionellen schmerztherapeutischen Leistungen lassen sich derzeit nicht mit letzter Bestimmtheit bemessen. Durch die Streichung der GOP 34 502 und die Neueinführung der GOP 34 504 und 34 505 und die damit verbundene Einführung verschärfter Überweisungsanforderungen will der Bewertungsausschuss erreichen, dass die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Patienten im Bereich der Schmerztherapie erhöht wird. Er meint dieses Ziel dadurch zu erreichen, indem er den Einsatz dieser Leistung einer gezielten Indikationsstellung im Bereich der Schmerztherapie zuführt. Für die Praxis ungelöst ist die Frage der Einbindung der CT-gesteuerten schmerztherapeutischen Intervention in ein multimodales Schmerztherapiekonzept und die Frage, wie der Radiologe von diesem Konzept Kenntnis erlangen soll. Die wirtschaftliche Bewertung der neuen GOP 34 504 und 34 505 als Ersatz für die bisherige GOP 34 502 blieb, wie die Prüfzeit, unverändert bestehen. Für überwiegend im Bereich der CT-gesteuerten schmerztherapeutischen Interventionen tätige Radiologen werden zeitliche Auffälligkeiten zukünftig noch häufiger zu Plausibilitätsverfahren führen, da für erfahrene Radiologen eine Prüfzeit von 25 Minuten für eine CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention eindeutig zu lang ist.

Ob durch die ausstehende Richtlinie über die am-

bulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V n. F. besondere persönliche oder apparative Anforderungen an den Radiologen gestellt werden, wenn er weiterhin CT / MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen erbringen und abrechnen will, wird sich noch zeigen müssen.

Die Anzahl der Ärzte mit der Zusatz-Weiterbildungsbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ oder die die Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie erfüllen, ist eher gering. Zu erwarten ist daher, dass es bei der Überweisung von Patienten, die auf eine CT-gesteuerte schmerztherapeutische Intervention angewiesen sind, zu personellen und zeitlichen Engpässen und damit zu erhöhten Wartezeiten für die Patienten kommen wird. Nach der heute gültigen Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie wird ein Fall, dass ein Radiologe selbst die Voraussetzungen nach dieser Richtlinie im Sinne der GOP 34 504 erfüllt, in naher Zukunft nicht zu erwarten sein, so dass es letztlich alleine auf die Qualifikation des jeweiligen Überweisers ankommen wird. ■

Impressum

René T. Steinhäuser,
Rechtsanwalt

Dr. Peter Wigge,
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Rechtsanwälte Wigge
Neuer Wall 44
20354 Hamburg
Telefon: (040) 3398705-90
Telefax: (040) 3398705-99
E-Mail: kanzlei@ra-wigge.de
Internet: www.ra-wigge.de