

schaftspraxis, eines Medizinischen Versorgungszentrums oder einer Einrichtung gemäß § 311 Abs. 2 SGB V ein Vertragsarztstempel der Praxis bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums bzw. der Einrichtung zu verwenden, in dem zusätzlich der Name des verordnenden Arztes enthalten ist, oder der Name des verordnenden Arztes ist zusätzlich auf der Verordnung lesbar anzugeben.“

2. § 34 wird um folgenden Absatz 12 ergänzt:

„Bei der Abrechnung sind die abgerechneten Leistungen nach Maßgabe der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in versorgungsbereichs- und/oder arztgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen, Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V arztbezogen zu kennzeichnen.“

3. Diese Änderungen treten am 1. April 2005 in Kraft und sind befristet bis zum 31. Dezember 2005.

4. Protokollnotiz zu den Änderungen der §§ 22 Abs. 3 und 34 Abs. 12:

„Die Vertragspartner der Bundesmantelverträge werden bis zum 31. Dezember 2005 eine Weiterentwicklung der Vorschriften der §§ 22 Abs. 3 und 34 Abs. 12 Arzt-/Ersatzkassenvertrag mit dem Inhalt vorbereiten, dass jedem Vertragsarzt – auch in versorgungsbereichs- und/oder arztgruppenübergreifende(n) Gemeinschaftspraxen, Medizinischen Versorgungszentren und Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V – eine arztindividuelle Arztrechnungsnummer zugeordnet werden kann, die EDV-gestützt einzusetzen ist.“

Die Protokollnotiz tritt am 1. April 2005 in Kraft.

## II.

1. In der Protokollnotiz zur Umsetzung der Zuzahlungen gem. § 28 Abs. 4 SGB V des Arzt-/Ersatzkassenvertrages (Stand: 1. Juli 2004) wird der zweite Absatz durch folgenden Wortlaut ersetzt:

„Sofern die am 13. August 2004 (DÄ, Jg. 101, Heft 33) veröffentlichte Änderung zu Punkt 1.5 nicht rückwirkend zum 1. Juli 2004 umgesetzt werden kann, ist die nachträgliche Erhebung und somit die Verrechnung mit den Gesamtvergütungen gemäß § 53 Abs. 2 EKV bis zum 31. August 2004 ausgesetzt.“

2. Diese Änderung tritt am 1. April 2005 in Kraft.

Berlin/Siegburg, den 22. Februar 2005 □

## Mitteilungen

### Einführung einer Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

Am 11. November 2004 ist die Änderung der Anlage A Nr. 3 der „Richtlinien zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien)“ des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft getreten (BANz. Nr. 213 S. 22 699). Im Zuge der Aufnahme der kardiorespiratorischen Polysomnographie in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab zum 1. April 2005 wurde die bisherige Nr. 3 „Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe“ durch eine neue Nr. 3 „Polygraphie und Polysomnographie im Rahmen der Differenzialdiagnostik und Therapie der schlafbezogenen Atmungsstörungen“ ersetzt. Die Richtlinien regelten bislang, dass die in vier Stufen angelegte Diagnostik bis zur Stufe III (Polygraphie) grundsätzlich ambulant, die Stufe IV (Polysomnographie) stationär erfolgen sollte. Mit der Überarbeitung der Richtlinien kann nun auch die Polysomnographie unter definierten Vorgaben auch in ambulanten Einrichtungen erbracht werden, zur Verlaufskontrolle der CPAP-Therapie wird künftig die Polygraphie herangezogen.

Die BUB-Richtlinien stellen die Durchführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polygraphie und der kardiorespiratorischen Polysomnographie unter Genehmigungsvorbehalt. Die Voraussetzungen zur Erlangung der Genehmigung sind in der „Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2

SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen“ geregelt. Die Vereinbarung tritt zum 1. April 2005 in Kraft.

In Abschnitt B der Vereinbarung finden sich die Voraussetzungen an die fachliche Befähigung und apparative Ausstattung für die Durchführung und Abrechnung der Polygraphie. Ärzte bestimmter Fachgruppen, die nicht über die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ verfügen, müssen einen mindestens fünftägigen Kurs absolvieren, wie er auch in der bisherigen Fassung der BUB-Richtlinien vorgesehen war. Fachliche, apparative, räumliche und organisatorische Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung der Polysomnographie regelt Abschnitt C. Voraussetzung an die fachliche Befähigung ist die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ oder, wenn die Weiterbildungsordnung diese Zusatzbezeichnung nicht vorsieht, der Nachweis einer angeleiteten Tätigkeit in einem Schlaflabor, der angeleiteten selbstständigen Durchführung einer Mindestzahl von Untersuchungen und Behandlungen sowie der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium vor der Kassenärztlichen Vereinigung. Übergangsregelungen für Ärzte, die bereits Polygraphiegeräte verwenden, oder Ärzte, die bereits in einem Schlaflabor tätig waren und Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen behandelt haben, sind in Abschnitt E geregelt. □

## Bekanntmachungen

### Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

#### Abschnitt A Allgemeine Bestimmungen

##### § 1 Ziel und Inhalt

Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität bei der Erbringung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen in der ver-

tragsärztlichen Versorgung gesichert werden soll. „Schlafbezogene Atmungsstörungen“ im Sinne dieser Vereinbarung sind die obstruktiven und zentralen Schlafapnoe- und Hypopnoe-Syndrome sowie obstruktive Rhonchopathien, die während des Schlafes zu bedrohlichen Apnoe- oder Hypopnoe-Phasen, Sauerstoffentsättigungen des Blutes, Herzrhythmusstörungen und erheblichen, be-

handlungsbedürftigen Beeinträchtigungen der Schlafqualität führen können. Die Vereinbarung regelt die fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen in der vertragsärztlichen Versorgung (Nrn. 30900 und 30901 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes [EBM]). Der Ablauf der Stufendiagnostik ist in der Anlage A Nr. 3 der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) definiert.

## § 2

### Genehmigungspflicht

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt die nachstehenden fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen gemäß Abschnitt B (Voraussetzungen zur kardiorespiratorischen Polygraphie) oder Abschnitt C (Voraussetzungen zur kardiorespiratorischen Polysomnographie) im Einzelnen erfüllt.

## § 3

### Genehmigungsvoraussetzung

Die Erfüllung der in § 2 genannten Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das Verfahren richtet sich nach Abschnitt D dieser Vereinbarung. Das Nähere zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens (z. B. Inhalte der Kolloquien, Zusammensetzung der Kommissionen) regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Richtlinien nach § 75 Abs. 7 SGB V.

## Abschnitt B

### Voraussetzungen zur kardiorespiratorischen Polygraphie

## § 4

### Fachliche Befähigung

(1) Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen Polygraphie nach der Nr. 30900 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im Rahmen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen gilt als nachgewiesen, wenn der Arzt berechtigt ist, die

Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ zu führen und dies durch eine Urkunde gemäß § 9 Abs. 1 nachgewiesen wird.

(2) Soweit die unter Abs. 1 genannte Zusatzbezeichnung nicht erworben wurde, gilt die fachliche Befähigung als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 9 Abs. 2 nachgewiesen werden:

a) Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde“, „Kinder- und Jugendmedizin“ (bzw. „Kinderheilkunde“), „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder der Facharztbezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin“ (bzw. Gebietsbezeichnung „Allgemeinmedizin“) oder der Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung „Innere Medizin“ und „Pneumologie“.

b) Erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer an mindestens fünf Tagen, der während der letzten zwölf Monate vor der Antragstellung und innerhalb von sechs Monaten absolviert sein muss. Der Kurs muss die Vermittlung von Grundlagen der Ätiologie, Pathophysiologie, Diagnostik und Differenzialdiagnostik von schlafbezogenen Atemstörungen unter Einbeziehung praktischer Übungen zur Auswertung einfacher Schläfrigkeitstests und zur Registrierung der klinisch relevanten Parameter mit verschiedenen Polygraphie-Systemen beinhalten.

c) Der Kursleiter nach Buchst. b) muss mindestens seit drei Jahren eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen (nachfolgend „Schlaflabor“ genannt) leiten und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen selbstständig betreut und behandelt haben.

## § 5

### Apparative Voraussetzungen

(1) Die sachgerechte Durchführung der Polygraphie nach der Nr. 30900 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erfordert die Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten. Die Geräte müssen so ausgestattet sein, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:

1. Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
2. Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
3. Aufzeichnung der Herzfrequenz (z. B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)
4. Aufzeichnung der Körperlage

5. Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen

6. Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten).

(2) Die abgeleiteten Rohdaten müssen für eine visuelle Auswertung zur Verfügung stehen.

(3) Die Erfüllung der Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

## Abschnitt C

### Voraussetzungen zur kardiorespiratorischen Polysomnographie

## § 6

### Fachliche Befähigung

(1) Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen Polysomnographie (einschl. Polygraphie) nach der Nr. 30901 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) im Rahmen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen gilt als nachgewiesen, wenn der Arzt berechtigt ist, die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ zu führen. Dabei sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen und durch Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 9 Abs. 3 nachzuweisen:

1. Eine mindestens sechsmonatige ganztägige oder eine mindestens zweijährige begleitende Tätigkeit in einem Schlaflabor unter Anleitung

2. Selbstständige Durchführung und Dokumentation von mindestens 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen unter Anleitung

3. Selbstständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differenzialdiagnostik schlafbezogener Atemstörungen unter Anleitung

4. Selbstständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen unter Anleitung

5. Selbstständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT-Untersuchungen (Multipler Schlaf-latenz-Test) oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstests unter Anleitung

6. Die Anleitung nach den Nrn. 1 bis 5 hat bei einem Arzt stattzufinden, der mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen selbstständig betreut und behandelt hat.

(2) Sofern die Weiterbildungsordnung die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“

nicht vorsieht, gelten die Anforderungen an die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie (einschl. Polygraphie) als erfüllt, wenn die Kriterien nach Abs. 1 Nrn. 1 bis 6 erfüllt und die Befähigung durch die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium gemäß § 9 Abs. 4 vor der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen wurde.

## § 7

### Apparative, räumliche und organisatorische Voraussetzungen

(1) Die sachgerechte Durchführung der Polysomnographie (einschl. Polygraphie) nach der Nr. 30901 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) erfordert die Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter ableiten und den Patienten während des Schlafs im Schlaflabor überwachen zu können.

Die Geräte im Schlaflabor zur Durchführung von Polysomnographien müssen so ausgestattet sein, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:

1. Registrierung der Atmung
2. Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
3. Elektrokardiographie (EKG)
4. Aufzeichnung der Körperlage
5. Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
6. Atemfluss oder Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
7. Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen
8. Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen
9. Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen
10. Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens.

(2) Das Schlaflabor muss über geeignete Räumlichkeiten verfügen. Hierzu sind mindestens folgende Anforderungen zu erfüllen:

1. Für jeden Patienten muss ein eigener Schlafraum zur Verfügung stehen. Der Schlafraum muss räumlich getrennt vom Ableitraum sein, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen.
2. Der Schlafraum muss über eine entsprechend seiner Funktion angemessene Größe, eine Möglichkeit zur Verdunklung und eine Gegenschranke verfügen sowie so schallgeschützt sein, dass ein von äußeren Einflüssen ungestörter Schlaf gewährleistet ist.

(3) Während der Polysomnographie muss eine medizinische Fachkraft im Schlaflabor anwesend sein. Während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten muss bei Notfällen ein Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung stehen. Die Namen des Arztes und der medizinischen Fachkraft sowie die Uhrzeiten der Durchführung der Polysomnographie sind zu dokumentieren.

(4) Die Erfüllung der Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen.

## Abschnitt D Verfahren

### § 8

#### Genehmigungsverfahren

(1) Anträge auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen sind an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu stellen. Über die Anträge und über den Widerruf oder die Rücknahme einer erteilten Genehmigung entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung.

(2) Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen ist zu erteilen, wenn aus den vorgelegten Zeugnissen und Bescheinigungen hervorgeht, dass die in den Abschnitten B oder C genannten fachlichen, organisatorischen und apparativen Voraussetzungen erfüllt sind.

(3) Die Kassenärztlichen Vereinigungen können die zuständigen Kommissionen beauftragen, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen. Die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt.

### § 9

#### Zeugnisse und Kolloquien

(1) Der Kassenärztlichen Vereinigung ist für den Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 4 Abs. 1 die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ vorzulegen.

(2) Soweit die fachliche Qualifikation nicht mit einer Urkunde nach Abs. 1 nachgewiesen wurde, sind folgende Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 4 Abs. 2 vorzulegen:

1. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde“, „Kinder- und Jugendmedizin“ (bzw. „Kinderheilkunde“), „Neurologie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ oder der Facharztbezeichnung „Innere und Allgemeinmedizin“ (bzw. Gebietsbezeichnung „Allgemeinmedizin“) oder der Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung „Innere Medizin“ und „Pneumologie“.

2. Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an dem zu absolvierenden Kurs gemäß § 4 Abs. 2 Buchst. b mit der Bestätigung über die Erfüllung der festgelegten Anforderungen.

(3) Der Kassenärztlichen Vereinigung sind für den Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 6 Abs. 1 folgende Zeugnisse und Bescheinigungen vorzulegen:

1. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“

2. Zeugnisse, welche von dem anleitenden Arzt unterzeichnet sind und mindestens folgende Angaben beinhalten:

- Überblick über das Spektrum der Behandlungsfälle der Abteilung, in welcher die Anleitung stattfand
- Dauer der Tätigkeit im Schlaflabor unter Anleitung
- Zahl der vom Antragsteller durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen gemäß § 6 Nrn. 2 bis 5
- Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers zur selbstständigen Durchführung der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen.

(4) Wird die fachliche Befähigung nach § 6 Abs. 2 oder § 10 Abs. 3 erworben, darf die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen Polysomnographie nur nach erfolgreicher Teilnahme an einem Kolloquium erfolgen.

(5) Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung von Ärzten nach §§ 4 oder 6, so kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen Polygraphie bzw. der kardiorespiratorischen Polysomnographie von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen. Das Gleiche gilt, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist. Die nachzuweisenden Tätigkeitszeiten und geforderte Anzahl von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen können durch ein Kolloquium nicht ersetzt werden. ▷

**Abschnitt E****§ 10****In-Kraft-Treten, Übergangsregelung**

(1) Diese Vereinbarung tritt am 1. 4. 2005\*) in Kraft.

(2) Polygraphiegeräte, welche die Anforderungen gemäß § 5 Abs. 1 Nrn. 5 oder 6 nicht erfüllen, aber bereits vor dem In-Kraft-Treten dieser Vereinbarung verwendet wurden, dürfen bis zum 30. 9. 2008 für die (diagnostische) Polygraphie gemäß § 3 Abs. 5 BUB-Richtlinien weiterverwendet werden.

(3) Ärzte, die bis zum In-Kraft-Treten dieser Vereinbarung mindestens sechs Monate in einem Schlaflabor tätig waren und

\*) Zeitgleich mit den Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). Sollte sich das In-Kraft-Treten zeitlich verschieben, sind die nachfolgenden Übergangsfristen entsprechend anzupassen.

in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen regelmäßig selbstständig betreut und behandelt haben, erhalten eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie (einschl. Polygraphie) gemäß § 6, wenn sie die Voraussetzungen nach § 6 Nrn. 2 bis 6 und § 7 erfüllen und die Befähigung durch die erfolgreiche Teilnahme an einem Kolloquium gemäß § 9 Abs. 4 vor der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen haben.

**Protokollnotiz zu § 6:**

Die Vertragspartner verpflichten sich, nach In-Kraft-Treten der Weiterbildungsordnung der Länder zu prüfen, ob die Anforderungen an die fachliche Befähigung gemäß § 6 an deren Inhalte angeglichen werden sollen. □

gesetzlich Versicherten zugänglich zu machen. So appellierte der Erste Vorsitzende der KBV, Dr. Manfred Richter-Reichhelm, im Oktober 2003 an die Öffentlichkeit: „Schmerzkranken Patienten müssen ausreichend versorgt werden, und zwar flächendeckend in ganz Deutschland . . . Es kann nicht sein, dass die Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse über das Versorgungsniveau gerade dieser besonders belasteten Patientengruppe entscheidet.“

Zwischenzeitlich ist es der KBV gelungen, die Spitzenverbände aller gesetzlichen Krankenkassen von einer flächendeckenden und qualitätsgesicherten Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten zu überzeugen: Die „Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie)“ wird zeitgleich mit der Aufnahme der entsprechenden Gebührenordnungspositionen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in Kraft treten. Die Vereinbarung hat das Ziel, die Versorgung von chronisch schmerzkranken Patienten zu verbessern. Für diese Patienten hat der Schmerz bereits seine Warn- und Leitfunktion verloren und eigenständigen Krankheitswert erlangt, oder er ist zu einem beherrschenden Krankheitssymptom geworden. Hierfür ist eine besondere schmerztherapeutische Versorgung erforderlich, die qualitätsgesichert und wirtschaftlich nur von solchen Ärzten gewährleistet werden kann, die über eine besondere Qualifikation und Erfahrung verfügen sowie bestimmte organisatorische Vorgaben erfüllen. Symptomatische Schmerzen und Schmerzen im Frühstadium einer Chronifizierung dagegen können und sollen durch die bestehende medizinische Fachkompetenz der Vertragsärzte bereits in der Regelversorgung adäquat behandelt werden.

Vom Grundsatz her wurden wesentliche Bereiche aus der Schmerztherapie-Vereinbarung mit den Verbänden der Ersatzkassen in die neue Vereinbarung übernommen: Neben der regelmäßigen Teilnahme an interdisziplinären Schmerzkonferenzen vor Antragstellung wird eine ganztägige 12-monatige Tätigkeit in einer besonders qualifizierten Schmerzpraxis gefordert. Tätigkeiten im Rahmen der Weiterbildung im Fachgebiet werden dabei nicht anerkannt. Auch weiterhin muss der schmerztherapeutisch tätige Arzt eine bestimmte Anzahl von obligaten und fakultativen schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren vorhalten. Von besonderer Bedeutung ist die Interdisziplinarität der Behandlung unter der Federführung eines qualifizierten Schmerztherapeuten. So soll der Arzt

**Mitteilungen**

## Neufassung einer Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten

Die Therapie chronisch Schmerzkranker hat in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. Standardisierte Behandlungsmethoden sowie neue Wirkstoffe haben die Schmerztherapie deutlich verbessert. Auch wurde durch den Einsatz von validierten Messinstrumenten sowohl die Diagnosestellung als auch die Verlaufbeobachtung der Therapie auf eine objektivierbare Basis gestellt. Von diesen Verbesserungen haben bislang jedoch nicht alle gesetzlich Krankenversicherten profitiert. Je nach Krankenkasse und Region gab es erhebliche Unterschiede im Versorgungsniveau, ein flächendeckendes Angebot konnte nicht gemacht werden.

Am 1. April 2005 wird die „Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung schmerzkranker Patienten gem. § 135 Abs. 2 SGB V“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie) zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Kraft treten. Damit ist es gelungen, die Voraussetzungen für eine flächendeckende Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach bundeseinheitlichen Qualitätsstandards zu schaffen und damit die schmerztherapeutische Versorgung allen gesetzlich Versicherten zugänglich zu machen.

Bereits 1994 schlossen die KBV und die Verbände der Ersatzkassen VdAK

und AEV als Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen eine „Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten“ ab. Damit trat erstmals in Deutschland eine bundeseinheitliche Regelung mit dem Ziel in Kraft, die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten durch besonders dafür qualifizierte Vertragsärzte zu ermöglichen, zu fördern und in der vertragsärztlichen Versorgung dauerhaft sicherzustellen. Mit der darauf folgenden Einführung der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ in der (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer im Jahr 1995 wurden die Voraussetzungen für eine zeitgemäße Schmerztherapie weiter verbessert. Die Schmerztherapie-Vereinbarung wurde 1997 inhaltlich überarbeitet und neu gefasst. Zwar bestanden auch im Primärkassenbereich einige Schmerztherapie-Vereinbarungen auf Landesebene, doch nicht alle Kassen hatten für ihre chronisch schmerzkranken Patienten gesonderte Verträge abgeschlossen, sodass bislang nur Ersatzkassen-Versicherte nach bundeseinheitlichen Qualitätsstandards behandelt werden.

Die KBV hat in der Vergangenheit immer wieder auf diese unterschiedlichen Versorgungsniveaus hingewiesen und sich dafür eingesetzt, eine weiterentwickelte schmerztherapeutische Versorgung allen