

**Bundesempfehlung  
der Spitzenverbände der Krankenkassen und der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur  
Finanzierung der Einführung der  
schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker  
Patienten in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)  
zum 01. April 2005**

- Der AOK-Bundesverband, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bonn
- der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Essen
- der IKK-Bundesverband, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bergisch-Gladbach
- der Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Kassel
- die Bundesknappschaft, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Bochum
- die See-Krankenkasse, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Hamburg
- der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie der AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

- einerseits -

und die

- Kassenärztliche Bundesvereinigung, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Köln,

- andererseits -

geben im Zusammenhang mit der Einführung der schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) zum 01. April 2005 folgende Empfehlung zur Finanzierung unter Bezug auf § 85 Abs. 3 SGB V:

- (1) Die Partner dieser Bundesempfehlung erkennen mit der Einführung weiterer qualitätsgesicherter Leistungen zur Schmerztherapie an, dass mit den Leistungen nach den Nummern 30700 und 30701 in Verbindung mit der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zwar neue Leistungen in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingeführt werden, diese aber teilweise andere bisher gültige Leistungen des EBM bzw. teilweise Leistungen der bundesweit oder regional gültigen Schmerztherapievereinbarungen substituieren.
- (2) Für die Vergütung dieser Leistungen wird daher den Gesamtvertragspartnern folgende Vorgehensweise empfohlen:
  - (2.1) Sofern in den Gesamtverträgen Regelungen zur Vergütung schmerztherapeutischer Leistungen existieren, werden die o. g. Leistungen hierin übernommen. Ist die Vergütung der Leistungen bisher außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütungen vereinbart, so wird dies fortgeführt. Andernfalls soll für die Vergütung der o. g. Leistungen ein fester Punktwert außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütungen vereinbart werden; dabei sind die pauschalierten Gesamtvergütungen um die speziell für schmerztherapeutische Leistungen von den Kostenträgern eingestellten Beträge zu bereinigen. Über das Verfahren der Bereinigung (u.a. Aufsatzjahr, Berücksichtigung der vereinbarten Veränderungen der Gesamtvergütungen, für die Festlegung der Höhe der Gesamtvergütungen zu berücksichtigende gesetzliche Regelungen) vereinbaren sich die Gesamtvertragspartner.

Sofern in den Gesamtverträgen keine Regelungen zur Vergütung schmerztherapeutischer Leistungen existieren, soll für die Vergütung dieser o. g. Leistungen ein fester Punktwert außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütungen vereinbart werden.
  - (2.2) Für die Folgejahre werden die Partner der Gesamtverträge Substitutionseffekte, die mit der Einführung dieser Leistungen einhergehen, berücksichtigen.
- (3) Die Leistungen nach den Nummern 30700 und 30701 unterliegen gemäß des Beschlusses zur Festlegung von Regelleistungsvolumen gemäß § 85 Abs. 4a SGB V weder Arztgruppentöpfen noch Regelleistungsvolumen.
- (4) Die Partner dieser Bundesempfehlung empfehlen den Partnern der Gesamtverträge eine unverzügliche Aufnahme der Beratung zur Finanzierung und Vergütung dieser Leistungen.

Protokollnotiz:

Für Ersatzkassen ist als Aufsatzjahr in 2.1 das Jahr 1999 zu verwenden.