

I. Sachverhalt

Die Versorgung von Schmerzpatienten der Gesetzlichen Krankenversicherung war bisher in so genannten Schmerztherapievereinbarungen der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen geregelt. Für diejenigen Leistungen, die in diesen Schmerztherapievereinbarungen aufgeführt waren, wurde zusätzlich zu der im Gesamtvertrag vereinbarten Gesamtvergütung nach § 85 SGB V ein eigenes Honorar einschließlich Kostenersatz gezahlt.

Pro **Krankheitsfall** erhielt ein behandelnder Arzt in Abhängigkeit von der jeweiligen Krankenkasse rund 82,00 oder 90,00 Euro. Für jeden **Behandlungsfall** bei der Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten wurden Beträge in Höhe von rund 62,00 bzw. 68,00 Euro erstattet. Diese Leistungen konnten nebeneinander im gleichen Quartal erbracht und abgerechnet werden.

Zusammen mit der Einführung des EBM 2000plus soll nun eine Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß § 135 Abs. 2 SGB V in Kraft treten. Nach dieser Qualitätssicherungsvereinbarung soll für chronisch schmerzkranken Patienten eine besondere schmerztherapeutische Versorgung bereitstehen. Die Qualitätssicherungsvereinbarung stellt daher strenge Anforderungen an die Qualifikation derjenigen Ärzte, die chronisch schmerzkranken Patienten versorgen können.

Nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gehört zur schmerztherapeutischen Betreuung eine umfassende Versorgung der Patienten. Diejenigen Leistungen, die dabei zu erbringen sind, sind im Einzelnen in § 5 und § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung geregelt.

Sämtliche dieser Leistungen sollen mit der Abrechnung der Ziffern 30700 und 30701 des EBM abgegolten sein. Die Ziffer 30700 steht für einen schmerztherapeutischen **Basiskomplex**, der die **umfassende schmerztherapeutische Versorgung** chronisch schmerzkranker Patienten nach der Qualitätssicherungsvereinbarung abdecken soll.

Die Ziffer 30701 steht hingegen für einen schmerztherapeutischen **Betreuungskomplex** für die **Fortführung** einer **umfassenden schmerztherapeutischen Versorgung**. Die Ziffern sollen **nicht gleichzeitig** in einem Quartal abgerechnet werden können.

Der Punktwert der Ziffern soll bei 1475 bzw. 896 Punkten liegen, was Beträgen in Höhe von ca. 75,00 bzw. 45,00 Euro entspräche. Aktuell sind die Ziffern noch nicht im Entwurf für den EBM 2000plus enthalten. Sie sollen jedoch nach Unterzeichnung der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie eingefügt werden. Die Erstattung der Kosten für diese Ziffern soll jedoch nach derzeitigem Kenntnisstand außerhalb der Gesamtvergütung erfolgen.

II. Rechtliche Begutachtung

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (Qualitätssicherungsvereinbarung) schreibt fest, welche Anforderungen Ärzte erfüllen müssen, um chronische Schmerzpatienten behandeln zu können. Die Vereinbarung regelt ebenfalls im Detail, welche Leistungen bei der Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten erbracht werden müssen. Schließlich bezieht sich die Qualitätssicherungsvereinbarung auf die Nummern **30700** und **30701** des EBM und legt damit indirekt den Leistungskatalog dieser beiden Ziffern fest.

Unsere rechtliche Begutachtung findet unter der Annahme statt, dass die Qualitätssicherungsvereinbarung in ihrer jetzigen Form unterzeichnet wird und in Verbindung mit dem neuen EBM in Kraft tritt.

**a.
Wer darf in Zukunft chronisch
schmerzkranken Patienten betreuen?**

Die Versorgung aller chronisch schmerzkranken Patienten soll sich künftig nach der Qualitätssicherungsvereinbarung richten. Wer „chronisch schmerzkranker Patient“ ist, wird in § 1 Abs. 1 Nr. 1 und 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung definiert:

Die erste Patientengruppe (Nr. 1) besteht aus jenen chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz seine Leit- und Warnfunktion verloren und **eigenständigen Krankheitswert** erlangt hat. Weiterhin muss diese Verselbstständigung des Schmerzleidens zu **psychopathologischen Veränderungen** führen und der Schmerz für diese Patienten zum **Mittelpunkt ihres Denkens und Verhaltens** werden.

Die zweite Patientengruppe (Nr. 2) umfasst jene chronisch schmerzkranken Patienten, bei denen der Schmerz zu einem **beherrschenden Krankheitssymptom**, z. B. bei einem inkurablen Grundleiden, geworden ist.

Alle Ärzte, die diese chronisch schmerzkranken Patienten schmerztherapeutisch betreuen wollen, müssen in der Zukunft eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung beantragen und alle Voraussetzungen für die Genehmigung erfüllen. **Ohne diese Genehmigung dürfen Ärzte chronisch schmerzkranken Patienten nicht mehr mit Leistungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung versorgen.**

Dies ergibt sich aus § 1 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung. Hiernach können nur solche Ärzte chronisch schmerzkranken Patienten schmerztherapeutisch versorgen, die die Anforderungen an die fachliche Befähigung, die Organisation sowie die räumliche und apparative Ausstattung erfüllen. Die Voraussetzungen der §§ 4 bis 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung sind der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber nachzuweisen, die daraufhin auf Antrag eine Genehmigung erteilt.

Die Verbindlichkeit der Qualitätssicherungsvereinbarung und der darin aufgestellten Anforderungen an die schmerztherapeutische Betreuung chronisch schmerzkranker Patienten ergibt sich auch aus § 11 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Hiernach können solche ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die besonderer Fachkunde bedürfen, in der vertragsärztlichen Versorgung nur ausgeführt und abgerechnet werden, wenn der Arzt die vorgeschriebenen Voraussetzungen erfüllt. § 11 bezieht sich dabei auf alle Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, unter die auch die Qualitätssicherungsvereinbarung fällt.

Die Versorgung solcher Patienten, die nach der Definition des § 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung „chronisch schmerzkrank“ sind, mit schmerztherapeutischen Leistungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung darf in Zukunft nur noch durch Ärzte mit einer entsprechenden Genehmigung erfolgen.

b.
**Können Ärzte auch ohne Genehmigung
schmerztherapeutische Leistungen abrechnen?**

Die Qualitätssicherungsvereinbarung regelt die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten umfassend und schreibt vor, welche Leistungen dabei im Einzelnen erbracht werden müssen.

Gemäß § 5 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung umfasst die schmerztherapeutische Versorgung die Erhebung einer Anamnese, Durchführung einer Schmerzanalyse, differentialdiagnostische Abklärung der Schmerzkrankheit, Aufstellung eines Therapieplans, eingehende Beratung des Patienten und gemeinsame Festlegung der Therapieziele sowie der indikationsbezogene Einsatz der unter § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung festgelegten schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren.

Gemäß § 6 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung ist weiterhin der Einsatz der folgenden schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren für den an dieser Qualitätssicherungsvereinbarung teilnehmenden Arzt verpflichtend: Pharmakotherapie, therapeutische Lokalanästhesie, psychosomatischen Grundversorgung, Stimulationstechniken, Koordination und Einleitung von psycho- und physiotherapeutischen Maßnahmen.

Ärzte benötigen eine Genehmigung für die Erbringung sämtlicher Leistungen, die in der Qualitätssicherungsvereinbarung aufgeführt sind. Dies ergibt sich aus § 2 S. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung: „Die **Ausführung** und **Abrechnung** von **Leistungen** [...] **im Rahmen dieser Qualitätssicherungsvereinbarung** durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig“.

Ein Arzt benötigt also keine Genehmigung für die Versorgung solcher Patienten, die nicht chronisch schmerzkrank im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung sind. Weiter bedarf er keiner Genehmigung für die Erbringung solcher Leistungen, die nicht in § 5 Abs. 1 oder in § 6 Abs. 1 und 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung aufgeführt sind.

Die Abrechnung der Ziffern 30700 und 30701 bedarf jedoch immer der Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung.

c.
**Können Ärzte die Teilnahme an der
Qualitätssicherungsvereinbarung ablehnen?**

Im Ergebnis kann kein Arzt gezwungen werden, eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zu beantragen. Ärzte können selbst entscheiden, ob sie einen entsprechenden Antrag stellen und an der Versorgung der chronisch schmerzkranken Patienten teilnehmen wollen.

Grundsätzlich ist zwar jeder Vertragsarzt gehalten, den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen alle diejenigen Leistungen anzubieten, die **üblicherweise** zu seinem **Fachgruppenstandard** und zum **Kernbereich** einer Praxis seines Fachgebietes gehören.

Vertragsärzte sind jedoch **nicht** gehalten, **sämtliche** Leistungen anzubieten, die im Rahmen des Fachgebietes zulässigerweise erbringbar und im EBM als abrechnungsfähig bezeichnet sind. Dies gilt insbesondere für den Bereich, in dem Leistungen besondere Fähigkeiten, Spezialisierungen, Einrichtungen oder apparative Ausstattungen verlangen. Die Schmerztherapie verlangt nach der Präambel der Qualitätssicherungsvereinbarung gerade „eine besondere Qualifikation und bestimmte organisatorische Vorgaben“.

Da die Algesiologie noch kein eigenes Fachgebiet darstellt, gibt es mithin bisher kein Fachgebiet, das diese Leistungen üblicherweise erbringt. Darüber hinaus gehört die Schmerztherapie nicht zum Kernbereich eines bestimmten Fachgebiets, sondern stellt eine fachübergreifende Spezialisierung dar, die unseres Erachtens von keinem Vertragsarzt eines Fachgebietes erwartet werden kann. Demnach kann auch nicht verlangt werden, dass eine bestimmte Gruppe von Vertragsärzten chronische Patienten behandeln und der Qualitätssicherungsvereinbarung „beitreten“ muss, indem sie eine Genehmigung zur Durchführung der beschriebenen Leistungen beantragt.

Ein Zulassungsentzug nach § 95 Abs. 6 i.V.m. § 27 Ärzte-ZV steht daher nicht zu befürchten, wenn ein Arzt einer bestimmten Fachgruppe (z.B. Anästhesie) nicht die Genehmigung zur Erbringung schmerztherapeutischer Leistungen beantragt.

Sofern jedoch ein Arzt die schmerztherapeutischen Leistungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung erbringen und chronisch schmerzkranken Patienten versorgen will, ist er faktisch gezwungen, die Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zu erfüllen und eine Genehmigung zu beantragen.

d.

Können Ärzte schmerztherapeutische Leistungen, insbesondere Schmerzkonferenzen, direkt mit den Patienten abrechnen?

Ärzte können stets nur solche Leistungen privat mit den Patienten abrechnen, die **nicht** vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfasst sind (so genannte individuelle Gesundheitsleistungen = IGEL-Leistungen). Der Leistungskatalog der GKV bestimmt sich nach dem EBM und nach Zusatzvereinbarungen wie der Qualitätssicherungsvereinbarung, § 87 Abs. 2 SGB V. ***All diejenigen Leistungen, die hierin aufgeführt sind, gehören zum Leistungskatalog der GKV und können nicht privat mit Patienten abgerechnet werden.***

Solche Vertragsärzte, die vom EBM erfasste Leistungen aus finanziellen Gründen von ihrem vertragsärztlichen Leistungsangebot ausnehmen und den Versicherten stattdessen nur noch im Wege der Privatbehandlung bzw. Kostenerstattung anbieten, verstoßen gegen die für sie verbindlichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung (BSG, Urteil vom 14.03.2001 – B 6 KA 67/00 R). Desgleichen stellt das Verlangen privater Zuzahlungen für vertragsärztliche Leistungen einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten dar (BSG, MedR 2002, 42).

Hierin würde eine gröbliche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten liegen, die eine Entziehung der Zulassung nach § 95 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 27 Ärzte-ZV zur Folge haben kann (Schallen, Zulassungsverordnung, 4. Auflage, Rn. 602).

Fraglich ist, ob dagegen z. B. Schmerzkonferenzen, die hier exemplarisch behandelt werden sollen, auch zum Leistungsspektrum der GKV zählen. Dafür müsste sie zur schmerztherapeutischen Versorgung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zählen.

Die schmerztherapeutische Versorgung umfasst nach § 5 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung insbesondere die Erhebung einer Anamnese, Aufstellung

eines Therapieplans, Beratung der Patienten und Festlegung der Therapieziele sowie den Einsatz der in § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung definierten schmerztherapeutischen Behandlungsverfahren.

Die Teilnahme an den Schmerzkonferenzen ist zwar unter § 8 der Qualitätssicherungsvereinbarung (Schmerztherapeutische Versorgung) geregelt. Hier findet sich jedoch lediglich die Regelung, dass der Arzt mindestens achtmal im Jahr an einer interdisziplinären Schmerzkonferenz teilnehmen muss. Nicht ausdrücklich geregelt ist, dass ein Patient auch einen Anspruch auf Teilnahme an einer Schmerzkonferenz hat, dass dies also auch zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört.

Hierfür könnte jedoch sprechen, dass sich die Regelung des § 5 insgesamt auf die „schmerztherapeutische Versorgung“ bezieht und sein gesamter Inhalt das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmt. Dies würde vom Wortlaut in § 5 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung unterstützt, wonach die schmerztherapeutische Versorgung nach dieser Vereinbarung „insbesondere“ die in Abs. 1 aufgeführten Leistungen umfasst.

Dagegen spricht, dass die Teilnahme an mindestens acht Schmerzkonferenzen pro Jahr zwar für den Arzt verbindlich ist, jedoch nicht geregelt ist, dass „Objekt“ dieser Konferenzen seine eigenen Patienten sein müssen. Somit unterfällt nach dem Wortlaut der Qualitätssicherungsvereinbarung die Schmerzkonferenz nicht den Leistungen, auf die gesetzlich versicherte Patienten einen Anspruch haben.

Da die Schmerzkonferenz als Leistung auch nicht im EBM aufgeführt ist, der Inhalt der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nach § 87 Abs. 2 SGB V im EBM abschließend beschrieben ist, ist die Schmerzkonferenz eine Leistung außerhalb des Leistungsbereichs der gesetzlichen Krankenversicherung und wäre demnach als IGEL-Leistung, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist, **privatärztlich abrechnungsfähig**.

Schmerzkonferenzen können daher unseres Erachtens mit dem Patienten direkt abgerechnet werden. Voraussetzung hierfür ist, dass der Patient zuvor der privatärztlichen Leistungserbringung zugestimmt hat. Weiterhin muss er auf die Pflicht zur Kostenübernahme hingewiesen worden sein, § 18 Abs. 1 Nr. 3 BMV-Ä. Alle Rechnungen für ärztliche Leistungen sind nach der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu erstellen.

e.

Haben Patienten gegenüber ihrer Krankenversicherung einen Anspruch auf Erstattung solcher Leistungen, für die sie selbst bezahlen müssen?

Gesetzlich versicherte Patienten haben zwar grundsätzlich einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, §§ 2, 27 SGB V. Da der Inhalt der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnungsfähigen Leistungen jedoch durch den EBM beschrieben wird, hat ein gesetzlich versicherter Patient keinen Anspruch auf solche Leistungen, die im EBM nicht aufgeführt sind.

Es bestünde auch kein Anspruch auf Kostenerstattung für einen Patienten aus § 13 Abs. 3 SGB V. Hiernach muss eine Krankenkasse solche Kosten erstatten, die für Leistungen entstanden sind, die der Patient sich selbst beschafft hat, weil sie unaufschiebbar waren und die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte. Die Norm bezieht sich allerdings nur auf solche Leistungen, die außerhalb des für Sachleistungen vorgesehenen Weges oder bei nicht zugelassenen Leistungserbringern beschafft wurden. **Letztendlich muss die Leistung**

jedoch zum Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Diejenigen Leistungen, die von vornherein hiervon nicht umfasst sind, können auch nicht im Wege der Kostenerstattung von der GKV vergütet werden.

Daher kann ein Patient, der eine Schmerzkonferenz selbst bezahlt, auch keinen Kostenerstattungsanspruch bei seiner Krankenkasse stellen.

f.

Müssen Ärzte schmerztherapeutische Leistungen auch dann erbringen, wenn sie diese kostentragend nicht erbringen können?

Sofern ein Arzt eine Genehmigung zur Schmerztherapie chronisch schmerzkranker Patienten erhalten hat, ist er gemäß § 5 Abs. 1 verpflichtet, diese Patienten umfassend ärztlich zu versorgen und alle Leistungen nach § 5 Abs. 1 und § 6 Abs. 1 bzw. 2 zu erbringen. Sämtliche aufgeführten Leistungen sind jedoch allein über die Ziffern 30700 oder 30701 abzurechnen und damit abgegolten.

Auch wenn durch die Honorare für die Ziffern 30700 und 30710 nicht alle Kosten gedeckt werden, die durch die Behandlung der chronisch schmerzkranken Patienten entstehen, und die Behandlung somit unwirtschaftlich ist, besteht die Verpflichtung des Arztes zur umfassenden Versorgung. Insofern kann die unzureichende Kostendeckung nicht als Argument für eine Verweigerung der Leistungserbringung angeführt werden und führt auch nicht dazu, dass Patienten bestimmte Leistungen selbst bezahlen müssen.

Trotz der Tatsache, dass die Honorare vielleicht nicht einmal die Kosten der Behandlungen an sich tragen, müssen alle in der Qualitätssicherungsvereinbarung aufgeführten schmerztherapeutischen Leistungen erbracht werden, wenn ein Arzt die Genehmigung erhalten hat und chronische Schmerzpatienten behandelt.

Angesichts des Missverhältnisses zwischen zu erbringenden Leistungen und finanziellem Ausgleich stellt sich die Frage, ob gegen die Qualitätssicherungsvereinbarung als solche rechtlich vorgegangen werden kann. Dies stellt sich jedoch in der Praxis eher schwierig dar. Die Rechtsschutzmöglichkeiten gegen die Qualitätssicherungsvereinbarung sind leider sehr begrenzt.

Eine unmittelbare Kontrolle der Qualitätssicherungsvereinbarung als vertraglicher Regelung mit normativer Wirkung und Verbindlichkeit ist nicht möglich. Die abstrakte Normenkontrolle gegen den EBM oder gegen Normen nach § 135 Abs. 2 SGB V kennt die Sozialgerichtsbarkeit nicht.

Die einzige Möglichkeit, die betroffenen Ärzten verbleibt, ist die Anfechtung des auf der Qualitätssicherungsvereinbarung beruhenden Honorarbescheides. In einem solchen Verfahren wird ein Gericht jedoch berücksichtigen, dass der EBM und nebenstehende Normen wie die Qualitätssicherungsvereinbarung grundsätzlich auf einen Interessenausgleich ausgerichtet sind. Dieses Prinzip untersagt es, das Gesamtgefüge durch punktuelle Entscheidungen ins Wanken zu bringen.

Dem Normgeber wird weiterhin bei der Errichtung des EBM ein Gestaltungs- und Regelungsspielraum zugestanden. Innerhalb dieses darf er verallgemeinern, typisieren und pauschalisieren. Zwar muss innerhalb des EBM der Grundsatz der angemessenen Vergütung beachtet werden. Hieraus folgt jedoch kein subjektives Recht des Arztes auf Vergütung bestimmter erbrachter Leistungen in bestimmter Höhe.

Im Ergebnis sind daher die Erfolgsaussichten eines gerichtlichen Vorgehens eher als gering einzuschätzen.

g.
**Welche Konsequenzen müssen diejenigen Ärzte befürchten,
die keine Genehmigung nach der
Qualitätssicherungsvereinbarung beantragen?**

Ärzte dürfen, sofern sie keine Genehmigung haben, die in der Vereinbarung aufgeführten Leistungen an chronischen Schmerzpatienten nicht erbringen und nicht abrechnen. Für den Fall, dass Ärzte ohne Genehmigung gleichwohl Leistungen aus der Qualitätssicherungsvereinbarung erbringen, gilt folgendes:

Diese Leistungen sind bezogen auf den Arzt, der sie erbringt, nicht erstattungsfähig. Die gesetzliche Krankenversicherung darf und wird die Kosten nicht übernehmen, solange der behandelnde Arzt nicht über eine Genehmigung verfügt.

Die Privatliquidation gegenüber den Patienten ist auch nicht möglich, da die Leistungen zur vertragsärztlichen Versorgung gehören. Ein Verstoß gegen diesen Grundsatz kann, wie oben bereits ausgeführt, zum Entzug der Zulassung führen.

Auf der anderen Seite können Ärzte ihren Patienten notwendige Leistungen nicht vorenthalten, ohne sich gleichzeitig der zivilrechtlichen Haftung auszusetzen. Somit bleibt in diesem Fall nur die Überweisung eines Patienten an Kollegen mit der Begründung, dass keine Genehmigung für die Erbringung der Leistungen vorliegt.

h.
**Was passiert, wenn kein Arzt
die Genehmigung beantragen würde?**

Sofern nicht eine genügende Anzahl von Ärzten eine Genehmigung zur Schmerztherapieversorgung beantragt und die Versorgung der chronisch schmerzkranken Patienten dadurch nicht mehr gewährleistet ist, muss dennoch die Versorgung der Patienten sichergestellt werden.

Auch die Überweisung an andere Kollegen ist nur solange möglich, als sichergestellt ist, dass genügend Ärzte mit Genehmigung für die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten zur Verfügung stehen. Andernfalls könnte der Sicherstellungsauftrag der Ärzteschaft nach § 72 SGB V in Bezug auf die gesetzlich versicherten chronischen Schmerzpatienten gefährdet sein.

In einem solchen Fall bestünde die Gefahr, dass letztendlich der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen überginge. Gemäß § 72a Abs. 1 S. 1 SGB V erfüllen die Krankenkassen und nicht mehr die Kassenärztlichen Vereinigungen den Sicherstellungsauftrag, wenn mehr als 50 von Hundert aller in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzte **die vertragsärztliche Versorgung verweigert** und wenn die Aufsichtsbehörde nach Anhörung der Landesverbände der Krankenkasse, der Verbände der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen feststellt, dass dadurch **die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt** ist. Die Tatsache, dass kein Schmerztherapeut die notwendige Genehmigung zur Versorgung der chronischen Schmerzpatienten beantragt, stünde der Verweigerung der vertragsärztlichen Versorgung zumindest in diesem Bereich gleich.

Wenn der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen übergeht, schließen diese nach § 72a Abs. 3 SGB V **Einzel- oder Gruppenverträge** mit Ärzten. Sie können auch Eigeneinrichtungen gemäß § 140 Abs. 2 errichten. Die Verträge nach Absatz 3 dürfen mit unterschiedlichem Inhalt abgeschlossen werden. Die Höhe der vereinbarten Vergütung soll sich an Inhalt, Umfang oder Schwierigkeit der zugesagten Leistungen oder vereinbarten Verfahren zur Qualitätssicherung orientieren.

Schließlich können sogar Verträge mit Ärzten und Einrichtungen mit **Sitz im Ausland** abgeschlossen werden, wenn die genannten Maßnahmen nicht ausreichen.

Somit besteht im Ergebnis die Gefahr, dass bei einer unzureichenden Versorgung der Patienten auf dem Gebiet der Schmerztherapie letztendlich der Sicherstellungsauftrag der kassenärztlichen Vereinigung in diesem Gebiet in Gefahr gerät.

Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander P. F. Ehlers
Rechtsanwalt und Arzt

Juliane Streib, LL.M. (UCLA)
Rechtsanwältin