



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD)

Arbeitsgemeinschaft nicht-operativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken e.V. (ANOVA)

Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin (BVPRM)

An Herrn
Bundesminister Prof. Dr. Lauterbach, MdB
Bundesministerium für Gesundheit

-Zusendung per Email-

21. Dezember 2024

Betr.: Abbildung der Schmerzmedizin im Leistungsgruppensystem des KHVVG:
Qualitätskriterien für eine oder mehrere Leistungsgruppe der Schmerzmedizin

Sehr geehrter Herr Bundesminister Prof. Dr. Lauterbach MdB,

das in Anlage 1 zum § 135e SGB V beschriebene Leistungsgruppensystem berücksichtigt die Schmerzmedizin noch nicht. In Nordrhein-Westfalen wurde die Schmerztherapie als so genanntes „Besonderes Angebot“ geplant, sodass keine Abbildung im Leistungsgruppensystem in NRW erforderlich war. Anders als in NRW muss für die Verknüpfung der Leistungsgruppen mit der geplanten Vorhaltevergütung nach dem KHVVG jeder einzelne Abrechnungsfall eindeutig einer Leistungsgruppe zugeordnet werden. Für die Zwecke des KHVVG bedarf es daher zwingend einer oder mehrerer Leistungsgruppen, die in der Lage sind, die Schmerzmedizin mit ihren konkret notwendigen Vorhaltungen abzubilden. Ohne eine eigene spezifische Abbildung im Leistungsgruppensystem kann die Schmerzmedizin die Krankenhausreform nicht überleben. **Die Schmerzmedizin muss daher in der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V Berücksichtigung finden.** Das KHVVG sieht eine Frist für die Rechtsverordnung bis zum 31. März 2025 vor. Die Bundesländer müssen nach § 275 Abs. 2 SGB V bereits bis zum 30. September 2025 Prüfungsaufträge an den Medizinischen Dienst vergeben. Zu diesem Zeitpunkt müssen die Leistungsgruppen und deren Mindestvoraussetzungen/Auswahlkriterien sowie die leistungserbringenden

Standorte (Leistungsgruppen-Grupper) bekannt sein, damit die Planungsbehörden der Länder den Medizinischer Dienst gezielt beauftragen können. Bis sich der Ausschuss nach § 135e Abs. 3 SGB V konstituiert und eine Geschäftsordnung gegeben hat (die vom BMG zu genehmigen ist), kann viel Zeit vergehen, die dann für eine inhaltliche Befassung nicht zur Verfügung steht. Letzen Endes muss auch noch der Bundesrat der Rechtsverordnung zustimmen, was den Zeitablauf ebenfalls beeinflussen kann. **Es besteht damit ein erheblicher Zeitdruck.** Dazu passt, dass wir aus der Presse erfahren haben, dass die Rechtsverordnung „im Grunde schon fertig“ sei.

Zu Unterstützung des InEK bei der Definition einer oder mehrerer Leistungsgruppen für die Schmerzmedizin haben wir deshalb bereits ein Schreiben verfasst (s. Anlage). Im Folgenden möchten wir unsere fachlichen Überlegungen zu Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien mit Ihnen teilen.

Qualitätskriterien in Abhängigkeit von der Anzahl und Definition der Leistungsgruppen in der Schmerzmedizin

Zum jetzigen Zeitpunkt ist schwer festzulegen, wie viele und welche Leistungsgruppen für die Schmerzmedizin sinnvoll wären. Grund hierfür sind weitere Regelungen des KHVVG, die für die Schmerzmedizin unpassend oder gefährlich sein könnten. Siehe hierzu auch das Schreiben an das InEK in der Anlage und unsere Stellungnahme vom 15. Oktober 2024 (https://www.bvsvd.de/wp-content/uploads/2024/10/Stellungnahme-KHVVG_2024-10-10finalmitlogo1.pdf).

Trotzdem können bereits Qualitätskriterien für resultierende Leistungsgruppen aus fachlicher Sicht vorgeschlagen werden. Nahezu alle Standorte mit schmerzmedizinischem Angebot erbringen auch interdisziplinäre multimodale Schmerztherapien (IMST)¹. Die IMST stellt dabei in der Regel die höchsten Ansprüche an die Vorhaltung. Es ist daher naheliegend, sich bei den qualitativen Mindestvoraussetzungen an denen für eine IMST zu orientieren.

Der Gesetzentwurf des KHVVG sieht neben Mindestvoraussetzungen auch so genannte Auswahlkriterien vor, die von den Planungsbehörden der Bundesländer zu einer Bestenauswahl genutzt werden könnten. Da in seltenen Fällen trotz einer bundesweiten Unterversorgung bei lokal redundanten Vorhaltungen und möglicherweise zusätzlich bestehenden Überkapazitäten eine krankenhauserplanerische Bestenauswahl denkbar wäre, werden aus fachlicher Perspektive im Folgenden auch Auswahlkriterien formuliert, die eine Bestenauswahl unterstützen könnten.

Bei der Auswahl der Mindestvoraussetzungen und Auswahlkriterien wurde darauf geachtet, dass diese eindeutig operationalisiert sowie ohne hohen Aufwand nachgewiesen und geprüft werden können.

¹ Eine Auswertung der Qualitätsberichte 2022 zeigt, dass nur sehr wenige bettenführende Einrichtungen (4-5 vollstationär, 2 teilstationär) existieren, die einen Fachabteilungsschlüssel der Schmerzmedizin (3753, 3759) nutzen, aber keinen OPS aus den Kategorien 8-918, 8-91b, 8-91c oder 1-910 kodiert haben. Nur diese wenigen Einrichtungen könnten potenziell von einer Erfüllung von an einer IMST ausgerichteten Qualitätskriterien herausgefordert werden.

Die ausgewählten Qualitätskriterien stehen einer gemeinsamen Abbildung der Schmerzmedizin von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in gemeinsamen Leistungsgruppen nicht entgegen. Es existieren in Deutschland nur sehr wenige Einrichtungen, die sich auf die Schmerzmedizin bei Kindern und Jugendlichen spezialisiert haben. Vielfach muss die Behandlung an Einrichtungen stattfinden, die überwiegend erwachsene Menschen mit chronischen Schmerzen behandeln. Um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen nicht zu gefährden, sollten für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen keine abweichenden Mindestvoraussetzungen festgelegt werden.

Eine Übersicht der vorgeschlagenen Qualitätskriterien findet sich in der folgenden Tabelle, die sich an der Tabellenstruktur der Anlage 1 zum § 135e SGB V orientiert.

	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
	Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
Mindestvoraussetzung				Facharztstatus UND ZW Spezielle Schmerztherapie	Rufbereitschaft gemäß § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 7b SGB V (mindestens ein Facharzt muss jederzeit in Rufbereitschaft verfügbar sein, in der Tagesklinik keine 24/7 Rufbereitschaft erforderlich) Zwei FÄ mit ZW, Anwesenheit eines FA mit ZW mindestens 4 Stunden werktätlich (Mo-Fr)	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen erst nach Einführung der in § 137i Abs. 1 Satz 3 SGB V geforderten Differenzierung nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand und eindeutiger Operationalisierung dieser Mindestvoraussetzung Personal mit Approbation Psychotherapie verfügbar
Auswahlkriterien		LG Allgemeine Innere Medizin LG Allgemeine Chirurgie LG Wirbelsäuleneingriffe LG Allgemeine Neurologie LG Neurochirurgie LG Allgemeine Frauenheilkunde LG Urologie	CT (am Standort, Kooperation möglich) MRT (am Standort, Kooperation möglich) Ggf. „Fähigkeit zu Telemedizin und Telekonsilen“ (sofern sinnvoll operationalisierbar)	Facharztstatus und ZW Spezielle Schmerztherapie	Mind. zwei FÄ mit ZW und unterschiedlichen Facharztqualifikationen	Angebot sowohl einer vollstationären (OPS 8-918) als auch einer teilstationären IMST (OPS 8-91c) Angebot einer ambulanten schmerztherapeutischen Versorgung am Standort (Poliklinik, MVZ, Ermächtigung) Weiterbildungsbefugnis für ZW "Spezielle Schmerztherapie" Qualitätsvertrag "Multimodale Schmerztherapie" nach § 110a SGB V Spezielle Schmerzpsychotherapie (Curriculum Psychotherapeutenkammern) Spezielle Schmerzpflege (Curriculum Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.) Algesiologische Fachassistenz (Curriculum Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.) Schmerzphysiotherapie (Curriculum Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.) Schmerzergotherapie (Curriculum Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.)

Verwandte Leistungsgruppen

Für die Schmerzmedizin und die IMST ist es medizinisch meist nicht erforderlich, dass andere Leistungen oder Leistungsbereiche am Standort vorgehalten werden. Schmerzmedizin wird auch auf qualitativ hohem Niveau an Fachkrankenhäusern ohne Grundversorgung erbracht. Die OPS-Kodes für die IMST enthalten entsprechend auch keine solchen Strukturmerkmale. Es sollten daher keine weiteren Leistungsgruppen am Standort gefordert werden.

Kooperationen können hingegen in Einzelfällen und je nach Schwerpunkt der Schmerzklinik sinnvoll sein. Konkrete Kooperationsverträge können aber Kosten, Abhängigkeiten und administrativen Aufwand verursachen. Sie sollten deshalb nur dann gefordert werden, wenn dies aus medizinischer Sicht für einen Standort mit seinem individuellen medizinischen Schwerpunkt sinnvoll ist und diese nicht aus reinem Formalismus gefordert wird. Häufig reicht in der Schmerzmedizin eine konsiliarische Einbindung anderer Fachdisziplinen aus. Eine „Erbringung“ verwandter Leistungsgruppen dürfte nur selten und nur für besonders spezialisierte Schmerzkliniken von entscheidendem qualitativem Vorteil sein. Aus diesem Grund sind Kooperationen auch nur als Auswahlkriterium für die Planungsbehörden der Länder sinnvoll.

Der Algorithmus der Zuordnung von Fällen zu Leistungsgruppen war zum Zeitpunkt der Diskussion über die Qualitätskriterien noch nicht bekannt. Die in der Tabelle aufgeführten Leistungsgruppen wurden aus fachlicher Sicht anhand der Textbezeichnungen und Definitionen aus NRW ausgewählt. Eine Revision könnte notwendig werden, wenn nach Veröffentlichung des Leistungsgruppen-Groupers bekannt wird, welche Fälle tatsächlich in den jeweiligen Leistungsgruppen abgebildet werden sollen.

Sachliche Ausstattung

Die Schmerzmedizin nutzt keine proprietäre gerätebasierte Diagnostik oder Therapie, die am Standort zwingend vorgehalten werden müsste. Die IMST ist eine überwiegend therapeutisch geprägte Behandlung. Die OPS-Kodes fordern daher auch keine besondere sachliche Ausstattung. Die Forderung des Vorhandenseins von ubiquitär verfügbaren Kleingeräten (z.B. EKG, Sonographiegerät), wie sie sich für viele Leistungsgruppen in der Anlage 1 zum SGB V wiederfindet, ist nicht geboten. Kleingeräte haben weder eine krankenhauplanerische Bedeutung noch einen relevanten Einfluss auf die Vorhaltekosten. Anhand des Vorhandenseins von Kleingeräten könnte in der Schmerzmedizin niemals zwischen Standorten mit guter und schlechter Qualität unterschieden werden. Die Auflistung von Kleingeräten sichert auch nicht die Fachabteilung vor Sparmaßnahmen einer Geschäftsführung ab, da diese im Vergleich zu den Personalkosten kaum ins Gewicht fallen dürften. Kleingeräte werden selbst im höherpreisigen Bereich in der Regel nicht von den Bundesländern über Einzelförderungen finanziert, sodass auch hier durch eine Auflistung als Mindestvoraussetzung keine Verbesserungen in der Ausstattung zu erwarten wäre. Auf der anderen Seite bindet die Prüfung der Vorhaltung von Kleingeräten unnötige Ressourcen beim MD, den Krankenhäusern und den Planungsbehörden. Eine besondere sachliche Ausstattung am Standort sollte daher nicht gefordert werden.

Menschen mit Schmerzen benötigen gelegentlich eine ausgedehntere radiologische Diagnostik. Um sonst notwendige Patiententransporte zu vermeiden, könnte im Rahmen einer Bestenauswahl die Vorhaltung der Großgeräte CT und MRT am Standort als Auswahlkriterium genutzt werden. Eine Vorhaltung „jederzeit“ oder „24/7“ ist in der Schmerzmedizin nicht erforderlich. Kooperationen oder mit anderen Anbietern (MVZ, Vertragsärzte) gemeinsam genutzte Strukturen sollten ermöglicht werden.

Auch die Fähigkeit zu Telemedizin und Telekonsilen könnte ein sinnvolles Auswahlkriterium darstellen. Diese wäre vermutlich in vielen Leistungsgruppen nützlich. Eine einheitliche Operationalisierung für alle Leistungsgruppen, die sich am aktuellen Stand der Technik orientiert, erscheint sinnvoll. Bevor jedoch unbestimmte Rechtsbegriffe oder aufwändig zu prüfende Merkmale aufgenommen werden, sollte eher auf ein Auswahlkriterium verzichtet werden. Digitalisierung und Vernetzung können auch über alternative Wege gefördert werden.

Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung enthält im KHVVG nur fachärztliche Vorgaben. Andere Berufsgruppen werden bislang unter den sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen aufgeführt.

Die für die Schmerzmedizin relevante *Spezielle Schmerztherapie* ist curricular auf der Ebene einer Zusatzweiterbildung angesiedelt. Die Zusatzbezeichnung darf Personal unterschiedlicher fachärztlicher Qualifikation erwerben. Anforderungen an spezifische fachärztliche Qualifikationen sind daher nicht sinnvoll.

Die Inanspruchnahme einer Rufbereitschaft dürfte in der Schmerzmedizin eine Seltenheit darstellen. Wenn dennoch akute Ereignisse die Inanspruchnahme einer Rufbereitschaft erfordern, sind diese kaum spezifisch schmerzmedizinischer Natur und sollten von fachärztlichem Personal unterschiedlicher Provenienzen beherrschbar sein. Eine Rufbereitschaft von Personal mit der Zusatzweiterbildung *Spezielle Schmerztherapie* ist medizinisch daher nicht erforderlich. Auch wirtschaftlich ist aufgrund der begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen die Forderungen einer eigenständigen Rufbereitschaftsdienstes nicht vertretbar. Im KHVVG wurde in § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 7b SGB V die Regelung aufgenommen, dass mindestens ein Facharzt jederzeit (24/7) in Rufbereitschaft verfügbar sein muss. Diese fachlich unspezifische Rufbereitschaft ist medizinisch in der Schmerztherapie ausreichend und könnte so in die Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V übernommen werden. Dabei kann das Personal anderer Leistungsgruppen – auch der Leistungsgruppen *Allgemeine Innere Medizin* und/oder *Allgemeine Chirurgie* im Sinne eines gemeinsamen Rufbereitschaftsdienstes genutzt werden.

Es ist jedoch wichtig, dass die jederzeitige fachärztliche Rufbereitschaft nach § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 7b SGB V für eigenständige Tageskliniken keinen Sinn ergibt. Dies betrifft allerdings alle Tageskliniken und sollte daher unabhängig von der Schmerzmedizin einheitlich in der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V geregelt werden.

Der Erfolg einer Schmerztherapie hängt von einem gut funktionierenden therapeutischen Team ab. Die fachärztliche Behandlungsleitung hat hier vor allem eine koordinierende und überwachende Funktion. In Bezug auf die Vorhaltung von fachärztlichem Personal mit der Zusatzbezeichnung *Spezielle Schmerzmedizin* sollten daher die Kriterien der OPS-Kodes 8-918 und 8-91c unter Beachtung der bisherigen Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 18.07.2013, Az. B 3 KR 7/12 R) und der etablierten Prüfkriterien des MD übernommen werden. Entsprechend wäre eine fachärztliche Verfügbarkeit mit der abgeschlossenen Zusatzweiterbildung *Spezielle Schmerzmedizin* mindestens vier Stunden an Werktagen zu fordern. Das Personal sollte am Krankenhaus angestellt, muss aber nicht zwingend dem konkreten Krankenhausstandort zugeordnet sein. Damit die Behandlungsleitung durchgängig mindestens vier Stunden an Werktagen verfügbar ist, muss es eine Vertretung für Zeiten der Abwesenheit (z.B. Urlaub, Fortbildung, Krankheit) geben. Es sind damit zwei Personen („Köpfe“) mit der Zusatzweiterbildung *Spezielle Schmerzmedizin* notwendig. Dies wird auch vom MD bei den OPS-Strukturprüfungen so gefordert. Zwei Personen sind jedoch nicht mit zwei am Standort festangestellten Vollzeitäquivalenten (nach dem KHVG zu einer Regelarbeitszeit von 40 Wochenstunden) zu verwechseln. Die medizinisch notwendige personelle Vorhaltung kann mit weniger Vollzeitäquivalenten ausreichend erfüllt werden.

Die Schmerzmedizin und IMST profitiert qualitativ von einer Interdisziplinarität. Aus diesem Grund kann im Rahmen einer Bestenauswahl als Auswahlkriterium die personelle Ausstattung mit fachärztlichem Personal mit Zusatzweiterbildung *Spezielle Schmerzmedizin* aber unterschiedlicher Facharztqualifikation genutzt werden. Dieses Kriterium ist fachlich höherwertiger einzuschätzen als die reine Menge von fachärztlichem Personal mit der Zusatzbezeichnung *Spezielle Schmerzmedizin*.

Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen

Die Nutzung von Kriterien der Prozessqualität in der Krankenhausplanung ist fragwürdig. Krankenhausplanung muss sich am Bedarf orientieren. Bestehende Prozessdefizite müssen an bedarfsnotwendigen Krankenhausstandorten selbstverständlich behoben werden. Die Sicherung und Verbesserung von Prozess- und Ergebnisqualität ist jedoch zielführender über andere Instrumente als eine bedarfsorientierte Krankenhausplanung zu erreichen.

Für die IMST führt der OPS bereits zahlreiche Prozesskriterien auf, die für die Abrechnung erfüllt werden müssen und vielfach durch den MD geprüft werden. Eine zusätzliche und redundante Übernahme von in der Behandlung von Einzelfällen notwendigen Prozessen in die Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen ist zum Erzielen einer höheren Versorgungsqualität nicht erforderlich. Zudem würde der definitorische Zuschnitt der Leistungsgruppen unnötig eingeschränkt (nicht alle Fälle der Schmerzkliniken erhalten z.B. eine IMST).

Die Anlage 1 zu § 135e SGB V im KHVG fordert für fast alle Leistungsgruppen die „Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen“, wobei unklar bleibt, was darunter

konkret zu verstehen ist (im Monatsmittel oder wie in § 6 Abs. 1 PPUGV gefordert: „stets einzuhalten“?). Nach § 137i Abs. 1 Satz 3 SGB V sind die Pflegepersonaluntergrenzen für jeden pflegesensitiven Bereich differenziert nach Schweregradgruppen nach dem jeweiligen Pflegeaufwand (nach dem vom InEK entwickelten Katalog zur Risikoadjustierung) festzulegen. Das BMG hat in seinen bisherigen Verordnungen den Gesetzesauftrag allerdings noch nicht umgesetzt. Das InEK identifiziert die pflegesensitiven Bereiche mit hohen Pflegepersonaluntergrenzen sehr „sensitiv“ und wenig „spezifisch“. Das führt dazu, dass in der Schmerzmedizin sehr unterschiedliche und völlig unpassende Pflegepersonaluntergrenzen (z.B. die der operativen Orthopädie über die DRG-Listen oder die des verwendeten Fachabteilungsschlüssels) zur Anwendung kommen. Die sechs bundesweit bewerteten DRGs der IMST gehören aufgrund des therapeutischen Schwerpunkts der Schmerztherapie zu den zehn DRGs mit den niedrigsten Pflegepersonalkosten der mehr als 1.200 DRGs. Die Pflegepersonalkosten liegen zwischen 34,5 % und 55,6 % des Durchschnitts aller DRGs. Trotzdem müssen die meisten Schmerzkliniken die Pflegepersonaluntergrenzen einer operativen Orthopädie, einer Inneren Medizin oder einer Neurologie erfüllen, ohne dass ein Vorteil für die behandelten Menschen erkennbar wäre. Die Ziele des § 137i SGB V werden damit in der Schmerzmedizin klar verfehlt. Die starke Sanktionierung verpflichtet hingegen sogar Schmerzkliniken zur Fehlallokation des Pflegepersonals, wodurch der Mangel in anderen Bereichen der Medizin verstärkt wird. Diese inadäquate Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen ist derzeit beim BSG unter dem Az. B 1 KR 3/24 R anhängig. Fachlich ist daher die Übernahme der „Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen“ in die sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen von Leistungsgruppen der Schmerzmedizin so lange abzulehnen, bis die gesetzlich vorgeschriebene Differenzierung nach dem Pflegeaufwand sachgerecht umgesetzt wurde.

Wichtig für die Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen ist die kontinuierliche Einbindung von psychotherapeutischer Expertise, die entsprechend auch in den Struktur- und/oder Mindestmerkmalen der OPS-Kodes der IMST gefordert wird. Unter dem Gesichtspunkt der Vorhaltung am Standort reicht jedoch eine grundsätzliche Verfügbarkeit aus. Der patientenindividuelle Einsatz hat nach Bedarf und konkreten Vorgaben des jeweiligen OPS-Kodes im Einzelfall zu erfolgen. Ein direktes Beschäftigungsverhältnis am Krankenhausstandort ist medizinisch nicht zwingend erforderlich.

Die Schmerztherapie ist eine interprofessionelle Therapie. Auch andere weiterqualifizierte Personalgruppen sind daher wünschenswert, allerdings nicht flächendeckend verfügbar. Aus diesem Grund sollte die Verfügbarkeit von Personal mit den Weiterbildungsqualifikationen der Speziellen Schmerzpsychotherapie, Speziellen Schmerzpflege, der algesiologischen Fachassistenz, der Schmerzphysiotherapie und der Schmerzergotherapie derzeit nur als Auswahlkriterium bei einer Bestenauswahl genutzt werden.

Schmerztherapie erfolgt voll- und teilstationär sowie ambulant. Für eine umfassende Versorgung kann es förderlich sein, wenn am Krankenhausstandort sowohl eine vollstationäre (OPS 8-918) als auch eine teilstationäre IMST (OPS 8-91c), sowie eine ambulante schmerztherapeutische

Versorgung (Poliklinik, MVZ, Ermächtigung) angeboten wird. Entsprechende Auswahlkriterien könnten eine Bestenauswahl sinnvoll unterstützen.

Ein wichtiger Grund für die Unterversorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen ist die geringe Anzahl ärztlichen Personals mit der Zusatzbezeichnung *Spezielle Schmerztherapie*. Damit die Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen nicht noch prekärer wird, ist eine Reduktion der Weiterbildungsstätten für die Zusatzbezeichnung *Spezielle Schmerztherapie* dringend zu vermeiden. Es erscheint daher sinnvoll, die Weiterbildungsbefugnis für die Zusatzbezeichnung *Spezielle Schmerztherapie* mit als Auswahlkriterium aufzunehmen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die *Multimodale Schmerztherapie* am 21.07.2022 als eine weitere Leistung ausgewählt, für die Qualitätsverträge nach § 110a SGB V erprobt werden sollen. Da es ungünstig wäre, wenn Krankenhausstandorte mit einem Qualitätsvertrag ausscheiden, wird auch das Vorhandensein eines Qualitätsvertrags als Auswahlkriterium empfohlen.

Bei der Festlegung von Mindestvoraussetzungen für die Leistungsgruppen der Schmerzmedizin ist dringend darauf zu achten, dass keine Widersprüche zu den Struktur- und Mindestmerkmalen der OPS-Kodes gesetzt werden. Ebenso ist eine nicht zwingend notwendige Mehrbelastung durch die zusätzlich zur OPS-Strukturprüfung stattfindende Prüfung der Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen zu vermeiden! Wenn möglich sollten die Prüfungen der Strukturmerkmale zusammengeführt werden.

Spezielle Schmerztherapie als qualitative Voraussetzung für andere Leistungsgruppen

Fälle, die in andere Leistungsgruppen gruppiert werden, könnten von der Kooperation mit einem Standort der Schmerzmedizin profitieren. In NRW wurde die Schmerztherapie (IMST) als so genanntes „Besonderes Angebot“ als Mindestvoraussetzung oder Auswahlkriterium für andere Leistungsgruppen genutzt. Ursprünglich war eine Übernahme der Besonderen Angebote in das bundesweite Leistungsgruppensystem geplant, wurde jedoch nach der rechtsförmlichen und rechtssystematischen Prüfung des BMJ wieder aus dem Gesetz gestrichen.

In Abweichung vom Krankenhausplan NRW erscheint die „Erbringung“ einer Leistungsgruppe der Schmerzmedizin am Standort selbst regelhaft nicht notwendig. Eine Kooperation ist ausreichend. Da es in Bezug auf die Leistungsgruppen jeweils auch Spezialisierungen geben kann, die keinerlei Bezug zur Schmerzmedizin aufweisen, ist es nicht sinnvoll, Kooperationen als Mindestvoraussetzungen zu fordern. Dort, wo Kooperationen medizinisch sinnvoll wären, könnten die Planungsbehörden der Länder diese jedoch als Auswahlkriterium nutzen.

Leistungs- gruppe		Erbringung verwandter LG	
		Standort	Kooperation
Wirbelsäulen- eingriffe	Mindestvoraussetzung		
	Auswahlkriterium		LG Schmerz.... (IMST)
Urologie	Mindestvoraussetzung		
	Auswahlkriterium		LG Schmerz.... (IMST)
Allgemeine Frauenheilkunde	Mindestvoraussetzung		
	Auswahlkriterium		LG Schmerz.... (IMST)
Neurochirurgie	Mindestvoraussetzung		
	Auswahlkriterium		LG Schmerz.... (IMST)
Allgemeine Neurologie	Mindestvoraussetzung		
	Auswahlkriterium		LG Schmerz.... (IMST)

Der Krankenhausplan NRW nutzt das Angebot Schmerztherapie (entspricht IMST) auch bei der Leistungsgruppe MKG. Selbst wenn in Einzelfällen ein solches Angebot medizinisch sinnvoll sein kann, erscheint im Hinblick auf die Seltenheit die Formalisierung einer Kooperation über einen Kooperationsvertrag mit entsprechendem administrativem Aufwand und Prüfaufwand über den MD unangemessen. Eine Kooperation eines Standortes mit der Leistungsgruppe „Allgemeine Frauenheilkunde“ mit dem Angebot Schmerztherapie (entspricht IMST) als Auswahlkriterium bietet sich hier eher an, wurde im Krankenhausplan in NRW jedoch nicht berücksichtigt.

Die Kooperation mit einem Angebot Schmerztherapie (entspricht IMST) für die Leistungsgruppe Palliativmedizin, wie sie in NRW als Auswahlkriterium genutzt wurde, ist nicht sinnvoll. Palliativmedizinisch betreute Menschen dürften nur in den seltensten Fällen von einer IMST profitieren. Die palliativmedizinischen Komplexbehandlungen fokussieren sich auf die spezifischen Bedürfnisse dieser Menschen und umfassen auch die entsprechende Schmerzmedizin. Besondere schmerzmedizinische Kompetenz kann in Einzelfällen konsiliarisch hinzugezogen werden, bedarf aber keiner krankenhauplanerischen Verknüpfung.

Die obenstehende Auswahl wurde aus fachlicher Sicht anhand der Textbezeichnungen und Definitionen aus NRW getroffen. Eine Revision könnte notwendig werden, wenn nach Veröffentlichung des Leistungsgruppen-Groupers bekannt wird, welche Fälle tatsächlich in den jeweiligen Leistungsgruppen abgebildet werden sollen.

Ihre Ansprechpartner/-innen:

ANOA – Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken e.V.

Geschäftsstelle

Hospitalgasse 11

55430 Oberwesel

Telefon: 06744 712-156, Telefax: 06744 712-156

Email: info@anoa-kliniken.de Internet: www.anoa-kliniken.de

BVPRM - Berufsverband für Physikalische und Rehabilitative Medizin e.V.

Herr Helfried Böhme, Geschäftsstelle

Tzschimmerstraße 30

01309 Dresden

Telefon: 0351 89759-31, Telefax: 0351 89759-39

E-Mail: info@bvprm.de Internet: www.bvprm.de

BVSD - Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V.

Wolfgang Straßmeir, Geschäftsführer

Katharinenstr. 8

10711 Berlin

Telefon: 030 28867-260, Telefax: 030 2 88 67-261

E-Mail: ws@bvsd.de Internet: www.bvsd.de

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Thomas Isenberg, Geschäftsführer

Telefon: 030 39409689-1, Telefax: 030 39409689-9

E-Mail: isenberg@schmerzgesellschaft.de Internet: www.schmerzgesellschaft.de