

Krankenhausreform bedroht die Schmerzmedizin

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., des Berufsverbands der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), der Arbeitsgemeinschaft nicht-operativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken e.V. (ANOVA) und des Berufsverbands für Physikalische und Rehabilitative Medizin (BVPRM)

- Die mit dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) konzipierte Krankenhausreform zielt primär darauf ab, Überversorgung abzubauen und redundante Versorgungsangebote bei unwirtschaftlich niedriger Auslastung zu reduzieren. Die Versorgung soll an größeren Krankenhausstandorten konzentriert werden. Über Leistungsgruppen mit qualitativen Mindestvoraussetzungen und Mindestvorhaltezahlen sollen Qualitätsdefizite in der Vorhaltung und aufgrund von Gelegenheitsversorgung verhindert werden. Ohne Versorgungsauftrag für eine Leistungsgruppe soll ein Abrechnungsverbot etabliert werden.
- **Eine wichtige Aufgabe der stationären und teilstationären Schmerzmedizin ist die Behandlung chronischer Schmerzerkrankungen. Hier besteht seit langer Zeit eine deutliche Unterversorgung mit langen Wartezeiten auf eine Behandlung.**
- Fast alle Krankenhausstandorte, die sich auf die Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen spezialisiert haben, erbringen eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST).
- Die Qualität der Vorhaltung und Durchführung einer IMST wird bereits jetzt ausreichend über die Struktur- und Mindestkriterien der OPS-Komplexkodes gesichert. Höhere Fallzahlen stehen nicht für ein höheres Qualitätsniveau.
- **Die geplante Krankenhausreform mit ihrem Leistungsgruppensystem gefährdet daher lediglich die bereits qualitativ auf hohem Niveau stattfindende Schmerzmedizin, ohne zu einer Qualitätsverbesserung in der Schmerzmedizin beizutragen.**
- Nach dem KHVVG ist Zuweisung von Leistungsgruppen und die Erfüllung deren Qualitätskriterien Voraussetzung für die weitere Abrechenbarkeit.

- Fälle der Schmerzmedizin werden voraussichtlich über eine Vielzahl unterschiedlicher und inhaltlich unpassender Leistungsgruppen streuen.
- Einrichtungen, die sich auf die Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen spezialisiert haben, werden für diese fachfremden Leistungsgruppen vermutlich weder die Mindestvoraussetzungen erfüllen noch die Mindestvorhaltezahlen erreichen.
- **Bei diesem Szenario ist zum Überleben der Krankenhausreform die Schmerzmedizin auf die Einführung einer oder mehrerer spezifischer Leistungsgruppen angewiesen.**
- Mindestvorhaltezahlen setzen in der Schmerzmedizin qualitätsgefährdende Fehlanreize und dürfen für Leistungsgruppen der Schmerzmedizin nicht genutzt werden.
- Auch für Auswirkungsanalysen bedarf es einer spezifischen Abbildung der Schmerzmedizin im Leistungsgruppensystem.
- **Die schmerzmedizinischen Verbände mahnen eine Reform an, die sich am tatsächlichen Bedarf orientiert.**
- Aussagefähige Auswirkungsanalysen müssen neben reinen Fahrzeiten auch Bedarf und Kapazitäten verbleibender Krankenhausstandorte mitberücksichtigen.
- Starre und unbeeinflussbare Automatismen, die für alle medizinischen Versorgungsbereiche trotz unterschiedlicher Bedarfe einheitlich wirken, sind ebenso wie eine weitere Zunahme von administrativen Aufwänden zu vermeiden.

Etwa 23 Millionen Deutsche (28 %) berichten über chronische Schmerzen. Hierbei handelt es sich um erhebliche Schmerzen, die mindestens 6 Monate, in der Regel jedoch über Jahre bestehen. Rund vier Millionen dieser Menschen leiden an schweren und hochproblematischen chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen mit psychischen Beeinträchtigungen. Die durch chronische Schmerzen entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten in Deutschland bewegen sich zwischen 20,5 und knapp 50 Mrd. Euro, bestehend aus direkten Kosten wie etwa für Behandlung, Rehabilitation oder Medikamente und indirekten Kosten durch vorzeitige Verrentung oder Arbeitsunfähigkeit.¹

Die Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten ist in Deutschland weder quantitativ noch qualitativ sichergestellt. Es besteht ein Mangel an multidisziplinär und -professionell ausgerichteten Schmerzzentren und es fehlt an Spezialisten der medizinischen, psychologischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung. Dies weist auf Strukturmängel hin.²

Menschen mit schweren chronischen Schmerzen profitieren von einer speziellen Schmerztherapie, in der interdisziplinäre Teams aus verschiedenen Professionen komplexe Therapieziele

¹ Zusammenstellung (Quellen): BVSD-Weißbuch Schmerzmedizin 2024, https://www.bvsd.de/wp-content/uploads/2024/09/BVSD-Weissbuch-2024_final.pdf

² Gemeinsamer Bundesausschuss: Tragende Gründe zum Beschluss über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 110a Absatz 2 Satz 1 SGB V vom 21. Juli 2022, https://www.g-ba.de/downloads/40-268-8792/2022-07-21_Qualitaetsvertraege_weitere-Leistungsbereiche_TrG.pdf

durch die strukturierte Kombination mehrerer Verfahren und Methoden verfolgen. Die so genannte interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) ist eine inhaltlich, zeitlich und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die IMST am 21.07.2022 deshalb als eine Leistung ausgewählt, für die Qualitätsverträge nach § 110a SGB V erprobt werden sollen.

Die IMST wird im G-DRG-System über eigene Fallpauschalen vergütet. Durch unspezifische Eingriffe in die Kalkulation der Fallpauschalen („Dämpfung“) im Nachgang zur Coronapandemie wurde die IMST in den vergangenen Jahren deutlich unterfinanziert. Eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie wird derzeit nur noch in rund 450 Kliniken durchgeführt. Aktuell kommt es bereits zu Schließungen schmerzmedizinischer Einrichtungen, Neuplanungen werden eingestellt.³

Der 128. Deutsche Ärztetag 2024 hat Bund und Länder deshalb aufgefordert, *im Zuge der anstehenden Krankenhausreform für eine **bessere und weiterhin flächendeckende Versorgung** von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen zu sorgen. **Dazu sind die bereits bestehenden schmerztherapeutischen Versorgungsstrukturen im stationären und teilstationären Bereich zu erhalten sowie bedarfsgerecht und sektorenverbindend auszubauen.***⁴

Die in der Gesetzesbegründung zum Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) genannten Ziele der Reform (Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung, Steigerung der Effizienz in der Krankenhausversorgung sowie eine Entbürokratisierung) werden von der Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., dem BVSD, der ANOA und des BVPRM uneingeschränkt geteilt. Auch eine Entökonomisierung, die zwischenzeitlich mit dem KHVVG noch verfolgt werden sollte, würde unterstützt. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., der BVSD, die ANOA und der BVPRM können jedoch nicht erkennen, wie mit den Maßnahmen im KHVVG die erklärten Ziele in der Schmerzmedizin erreicht werden sollen. In der Schmerzmedizin wäre mit einer weiter zunehmenden Unterversorgung bei steigenden ökonomischen und administrativen Zwängen zu rechnen.

Die in der Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen bestehenden Qualitäts- und Versorgungsdefizite werden durch die Krankenhausreform nicht adressiert.

Die Schmerzmedizin zur Behandlung chronischer komplexer Schmerzen findet in der Krankenhausreform keine Beachtung

Das zentrale Instrument zur Umsetzung der großen Krankenhausreform sollen **Leistungsgruppen** werden. Leistungsgruppensysteme werden in der Regel für einen konkreten Zweck konzi-

³ Beschlussprotokoll des 128. Deutschen Ärztetags vom 10.05.2024 zu Ic – 85, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerzte-tag/128.DAET/2024-05-10_Beschlussprotokoll_neu.pdf

⁴ Beschlussprotokoll des 128. Deutschen Ärztetags vom 10.05.2024 zu Ic – 85, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Aerzte-tag/128.DAET/2024-05-10_Beschlussprotokoll_neu.pdf

piert. Das geplante bundesweite Leistungsgruppensystem soll mehreren, sehr unterschiedlichen Zwecken (Krankenhausplanung, Umverteilung von finanziellen Ressourcen, Aggregations-ebene für Kennzahlen zur Versorgungsqualität) dienen. Es erscheint bereits jetzt sehr unwahrscheinlich, dass dies mit einem einzigen Leistungsgruppensystem gut gelingen kann.

Weder das im KHVVG geplante bundesweite Leistungsgruppensystem noch das in Nordrhein-Westfalen zur Krankenhausplanung verwendete Leistungsgruppensystem nutzen eine oder mehrere Leistungsgruppen zur Abbildung der Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen. In Nordrhein-Westfalen wird die „Schmerztherapie“ außerhalb des Leistungsgruppensystems als so genanntes „Besonderes Angebot“ beplant und stellt daher auch mittelbar eine Voraussetzung für die Zuweisung von Versorgungsaufträgen dar.⁵ Ursprünglich war eine Übernahme der Besonderen Angebote in das bundesweite Leistungsgruppensystem geplant, soll jedoch nach der rechtsförmlichen und rechtssystematischen Prüfung durch das Bundesministerium der Justiz wieder aus dem Gesetz gestrichen werden.⁶

In Nordrhein-Westfalen werden schmerztherapeutische Fälle zu einem erheblichen Teil gar keiner Leistungsgruppe zugeordnet. Aufgrund der geplanten Nutzung des bundesweiten Leistungsgruppensystems auch für Vergütungszwecke müssen jedoch alle Abrechnungsfälle zwingend und eindeutig einer Leistungsgruppe und einem Krankenhausstandort zugeordnet werden. Dieser Zwang erhöht die Komplexität, die Fehleranfälligkeit und mangelnde Flexibilität des Leistungsgruppensystems erheblich. Insbesondere die Verknüpfung mit dem DRG-System stellt eine erhebliche Herausforderung für die Weiterentwicklung dar.

Für die Schmerzmedizin bedeutet dies, dass zunächst alle schmerztherapeutischen Fälle einer der geplanten 65 Leistungsgruppen zugeordnet werden müssen. Die Logik Leistungszuordnung (Grouper) ist noch nicht bekannt, es ist jedoch davon auszugehen, dass die Behandlung chronischer Schmerzen (eine Aufgabe der Schmerzmedizin) **über viele unterschiedliche fachfremde Leistungsgruppen streuen** werden. Die jeweiligen Leistungsgruppen (z.B. *Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Neurochirurgie, Orthopädie, Intensivmedizin*) bilden nicht die Erfordernisse der Schmerzmedizin ab.⁷ Damit sind die Mindestvoraussetzungen der fachfremden Leistungsgruppen für die Schmerzmedizin unpassend und könnten, wenn diese gefordert werden, die schmerzmedizinische Versorgung gefährden. Werden die Mindestvoraussetzungen nicht erfüllt, ist ein Abrechnungsverbot vorgesehen.

Für die Zwecke einer differenzierten bedarfs- und qualitätsorientierten Krankenhausplanung nach bundesweit einheitlichen Regeln bedarf es daher bei Umsetzung des KHVVG zwingend einer oder mehrerer Leistungsgruppen, die in der Lage sind, die Schmerzmedizin zur Diagnostik und Behandlung chronischer Schmerzen mit ihren konkret notwendigen Vorhaltungen abzubilden.

⁵ Krankenhausplan NRW 2022: Kapitel 5.2 Besondere Angebote, <https://www.mags.nrw/krankenhausplanung-neuer-krankenhausplan>

⁶ Änderungsantrag 0 der Fraktionen der SPD, Bündnis 90/DIE GRÜNEN und FDP, Ausschussdrucksache 20(14)221.2 vom 16. September 2024, Download am 18.09.2024 von der Webseite des Gesundheitsausschusses, Download derzeit nicht mehr möglich

⁷ So könnte sich beispielsweise die Leistungszuordnung an den Hauptdiagnosen und/oder Fachabteilungsschlüsseln orientieren. Erfolgt bei der Hauptdiagnose Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Unterleibschmerzen, Fibromyalgie etc. die Leistungszuordnung nach dem Organsystem, streuen die Fälle über viele unterschiedliche Leistungsgruppen. Dass Schmerzkliniken die dortigen Mindestvoraussetzungen insbesondere bei den fachärztlichen Vorhaltungen erfüllen, dürfte unwahrscheinlich sein.

Die notwendigen Vorhaltungen, Qualitätskriterien und Mindestvorhaltezahlen von fachfremden Leistungsgruppen dürfen nicht in Ermangelung einer fehlenden Abbildung der Schmerzmedizin im Leistungsgruppensystem auf die Schmerzmedizin angewandt werden.

Es besteht dringlicher Anpassungsbedarf, da unter dem derzeitig geplanten Leistungsgruppensystem Krankenhauträger mit spezialisierten schmerztherapeutischen Abteilungen häufig keine Perspektive sehen, die Mindestvoraussetzungen der fachfremden Leistungsgruppen zu erfüllen, und sich deshalb für eine zeitnahe Schließung der schmerztherapeutischen Einrichtung entscheiden könnten.

Die Schaffung einer spezifischen Abbildung der Schmerzmedizin über eine oder mehrere Leistungsgruppen wird herausfordernd. Für die Abbildung der IMST stehen OPS-Kodes zur Verfügung (8-918, 8-91b und 8-91c). Allerdings erhalten nicht alle Fälle in schmerztherapeutischen Kliniken eine IMST.⁸ Die Hauptdiagnosen streuen über unterschiedliche Organsysteme und kommen ebenso in anderen Versorgungskontexten vor. Schmerzdiagnosen sind nicht exklusiv für eine Versorgungsform. Aus historischen Gründen hat sich die Schmerzmedizin zudem lokal aus unterschiedlichen Fachabteilungen heraus entwickelt. Deshalb wird spezialisierte interdisziplinäre Schmerzmedizin aktuell in Fachabteilungen mit sehr unterschiedlichen Fachabteilungsschlüsseln nach § 301 SGB V erbracht. Der Fachabteilungsschlüssel kann daher derzeit nicht zur Identifikation von Schmerzmedizin genutzt werden.⁹ Über die IMST und die OPS-Kodes können Standorte, die spezialisierte Schmerztherapie erbringen, dagegen einfach identifiziert werden. Auf der Ebene der einzelnen Abrechnungsfälle existiert hingegen kein gemeinsames Merkmal, über das schmerztherapeutische Fälle umfassend erkannt werden könnten. Ein besonderes Problem stellt auch die Abbildung der Schmerztherapie von Kinder- und Jugendlichen dar. Der spezifischen Abbildung der Schmerzmedizin in einer oder mehreren Leistungsgruppen widmet sich eine ergänzende Stellungnahme der Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., des BVSD, der ANOA und des BVPRM, welche nach Beschlussfassung des KHVVG im Bundestag veröffentlicht wird.

Ohne eine spezifische Abbildung in Leistungsgruppen wären die Auswirkungen des KHVVG auf die Schmerzmedizin desaströs.

Eine Auswirkungsanalyse für die Schmerzmedizin ohne eine spezifische Abbildung in Leistungsgruppen ist nicht aussagefähig.

⁸ So erhielten nach dem InEK-DatenBrowser 2023 nur ca. 80% der vollstationären Fälle (Hauptabteilung), die in einer Fachabteilung mit dem Fachabteilungsschlüssel 3753 *Schmerztherapie* behandelt wurden, einen OPS-Kode für die IMST (8-918, 8-91b). In der teilstationären Versorgung waren es sogar < 50% (OPS 8-91c).

⁹ Nach dem InEK-DatenBrowser wurden 2023 nur ca. 22% der vollstationären Fälle (Hauptabteilung) mit einem OPS-Kode für die IMST (8-918, 8-91b) in einer Fachabteilung mit dem Fachabteilungsschlüssel 3753 *Schmerztherapie* behandelt. In der teilstationären Versorgung waren es ca. 60% (OPS 8-91c).

Leistungsgruppen haben keinen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität in der Schmerzmedizin

Leistungsgruppen zur Abbildung der Schmerzmedizin sind bei einer Umsetzung des KHVG zwingend erforderlich, um ein Abrechnungsverbot zu verhindern und die Schmerzmedizin in ihrer Existenz zu sichern. Dennoch sind damit keine positiven Effekte auf die Versorgungsqualität zu erwarten. Die notwendigen Qualitätskriterien für die *personelle Ausstattung* sowie die *sonstigen Struktur- und Prozessvoraussetzungen* werden bereits ausreichend durch die OPS-Kodes für die IMST abgesichert. Eine proprietäre *sachliche Ausstattung* in Sinne von Großgeräten oder spezifischer apparativer Diagnostik/Therapie existiert in der Schmerzmedizin nicht. Eine Anforderung (und Überprüfung) des Vorhandenseins von ubiquitär verfügbaren Kleingeräten (z.B. EKG, Sonographiegerät) ist nicht geboten. Diese haben weder eine krankenhauplanerische Bedeutung noch einen relevanten Einfluss auf die Vorhaltekosten. Ebenso wenig bedarf es der Vorhaltung von anderen Leistungsgruppen am Standort oder durch besondere Kooperationsverträge. Die DRGs der IMST weisen aufgrund des therapeutischen Schwerpunkts der Schmerztherapie die mit Abstand niedrigsten Pflegepersonalkosten der mehr als 1.200 DRGs auf. Die nicht gesetzeskonforme Berechnung und Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen in der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung führen derzeit zu einer Fehlallokation der knappen Ressourcen in der Pflege und sind bereits Gegenstand der Rechtsprechung.¹⁰ Eine Fehlallokation von Pflegepersonal führt zu keiner Qualitätsverbesserung, kann aber in Versorgungsstrukturen mit Pflegemangel zu einer niedrigeren Versorgungsqualität und Ineffizienz beitragen.

Nutzen Leistungsgruppen OPS-Komplexcodes zur Definition aber trotzdem von den OPS-Komplexcodes abweichende Qualitätskriterien, so ist es nicht unwahrscheinlich, dass weniger Krankenhausstandorte als vorher die Leistungen des OPS erbringen dürfen (da die Qualitätskriterien der Leistungsgruppe dann additiv zu denen des OPS zu erfüllen sind). In Leistungsbereichen wie der Schmerzmedizin, in denen einerseits die Qualität der Leistungserbringung bereits ausreichend über den OPS abgesichert wird und andererseits eine Unterversorgung besteht, besteht daher die Gefahr, dass die Leistungsgruppen (z.B. über Abrechnungsausschluss, Umverteilung der Vorhaltebudgets, Mindestvorhaltezahlen und Mengenanreize) lediglich die Versorgung bedrohen, ohne erwartbaren Qualitätszuwachs. Ein nicht notwendiger Wegfall eines Versorgungsangebotes mit einer Verlängerung der Warterlisten und Fahrzeiten stellt einen erheblichen Rückgang in der Qualität der Versorgung dar.

Die durch das KHVG notwendige Abbildung aller Leistungen über Leistungsgruppen stellt in Bereichen, in denen bereits funktionale OPS-Komplexcodes bestehen, bestenfalls eine Doppelung in Bezug auf die Qualitätssicherung dar.

Diese ist jedoch mit erheblichem administrativem Mehraufwand (krankenhauplanerisch, Prüfungen des Medizinischen Dienstes, Aufteilung des Personaleinsatzes nach Leistungsgruppen,

¹⁰ s. beispielsweise Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 13.12.2023, Az. L 5 KR 3223/22, jetzt anhängig beim Bundessozialgericht unter dem Az. B 1 KR 3/24 R

etc.) verbunden. Es sollte daher geprüft werden, ob die Ziele des KHVVG nicht auf einem aufwandsärmeren Weg erreicht werden können.

Für die Schmerzmedizin ist - außer administrativem Mehraufwand - durch die Einführung eines bundesweiten Leistungsgruppensystems kein Zugewinn zu erkennen.

Nur wenn ein solches mit den gewünschten Konsequenzen (insbesondere der „Lizenz zur Abrechnung“, Mindestvorhaltezahlen) eingeführt wird, ist die Schmerzmedizin auf eine Abbildung in eigenen Leistungsgruppen angewiesen.

Eine qualitäts- und bedarfsorientierte Krankenhausplanung für die Schmerzmedizin ist mit fachfremden Leistungsgruppen nicht möglich und gefährdet die Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen.

Der Einsatz von Mindestvorhaltezahlen für Leistungsgruppen der Schmerzmedizin verbietet sich

Die geplanten Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V sollen nach der Gesetzesbegründung eine sachgerechte Konzentration von Versorgungsstrukturen fördern und dadurch patientengefährdende Gelegenheitsversorgung verhindern.

In der Schmerzmedizin ist eine Konzentration von Versorgungsstrukturen weder notwendig noch sinnvoll.

Die Fallzahlen stehen in der Schmerzmedizin anders als bei hochkomplexen Operationen nicht in relevantem Zusammenhang mit der Versorgungsqualität. Um das Ziel der effizienten und damit wirtschaftlichen Leistungserbringung zu erreichen, ist es für Schmerzkliniken wichtig, die Vorhaltung möglichst auszulasten. Derzeit besteht aufgrund von Unterversorgung und bestehenden Wartelisten keine Notwendigkeit zu Konzentration und Abbau von Versorgungsangeboten. Ganz im Gegenteil sollten dringlich - auch aus Gründen der volkswirtschaftlichen Gesamtkosten, die durch chronische Schmerzen entstehen - neue Versorgungsangebote aufgebaut werden. Bei einer Auslastung der Vorhaltung kann keine weitere Leistungssteigerung an verbleibenden Standorten entstehen und eine Zentralisierung würde lediglich zu einer Verlängerung der Wartelisten führen.

Eine höhere Qualität wäre durch höhere Fallzahlen pro Standort nicht zu erwarten.

Ein wesentlicher Einfluss auf den Erfolg und damit Qualität einer IMST entsteht durch die Behandlungsdauer unter einer IMST. Würde bei limitierten Ressourcen über Mindestvorhaltezahlen der Anreiz auf eine Fallzahlsteigerung gesetzt, so würden medizinisch indizierte längere Behandlungen für Schmerzkliniken zu einer Existenzbedrohung. Die IMST mit längeren Verweildauern müsste dann zugunsten einer IMST mit kurzen Verweildauern oder anderen schmerztherapeutischen Kurzinterventionen aufgegeben werden. Nur so können mit den Vorhandenen Kapazitäten

die Fallzahlen gesteigert werden. Bislang ist nicht bekannt, wie das KHVVG bei der Leistungsgruppenzuordnung mit teilstationären Fällen und deren Fallzählung umgehen will. Je nach Methodik können Mindestvorhaltezahlen auch starke, nicht-medizinische Anreize zur Verlagerung in oder aus der Tagesklinik setzen.

Sofern mit dem KHVVG ernsthaft die Ziele der Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, der Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung und einer Entökonomisierung verfolgt werden sollen, wäre auf Mindestvorhaltezahlen in der Schmerzmedizin zwingend zu verzichten.¹¹

Sinnvoll wären allenfalls „Grenzfallzahlen“ nach § 135d Abs. 4 Satz 8 SGB V.¹²

Die geplanten Veränderungen am Vergütungssystem sind einseitig auf den Abbau von Versorgungsstrukturen ausgerichtet

Das neue Vergütungssystem soll die Konzentration (Zentralisierung) von Leistungsangeboten unterstützen. Dabei ist eine Umverteilung von Anteilen des „Vorhaltebudgets“ auf zunehmend weniger Krankenhausstandorte vorgesehen. Diese profitieren jedoch finanziell mittelfristig nur, wenn sie auch die Versorgung der ausscheidenden Krankenhausstandorte übernehmen. Geschieht dies nicht, weil sich beispielsweise nur die Wartezeiten bis zur Behandlung verlängern, so kommt es spätestens nach zwei Jahren zum kompletten Abzug der finanziellen Mittel ausgediesener Standorte aus der Krankenhausfinanzierung. Dieses „Reise-nach-Jerusalem-Prinzip“ findet stets innerhalb einer Leistungsgruppe statt. Ressourcenverlagerungen zwischen Leistungsgruppen sind nur durch technische und ungeplante Effekte zu erwarten.¹³

Die neue Finanzierungslogik stellt ausschließlich für Leistungsgruppen mit einer Überversorgung in einem Bundesland eine nachvollziehbare Methodik dar. Bei Leistungsgruppen, bei denen eine Unterversorgung besteht oder perspektivisch mit einem, z.B. demographisch bedingten Zuwachs von Leistungen zu rechnen ist, ist die Methodik zum Scheitern verurteilt.

Die Nutzung von Planfallzahlen durch die Planungsbehörden kann dieser Fehlkonstruktion der Finanzierungsmethodik nicht begegnen, da **stets nur eine Umverteilung finanzieller Ressourcen historischer Mengen innerhalb der jeweiligen Leistungsgruppe vorgesehen ist.**

Eine Bedarfsorientierung ist im neuen Finanzierungssystem nicht vorgesehen.

¹¹ Analoges dürfte für eine Vielzahl von Leistungsgruppen zutreffen, bei denen längere Verweildauern medizinisch sinnvoll und notwendig sind (z.B. Geriatrie, Palliativmedizin, Frührehabilitation, Intensivmedizin, ...).

¹² Insbesondere um die Ausweisung von Kodierfehlern, die von den Kostenträgern aufgrund resultierender niedriger Rechnungsbeträge nicht mit Einzelfallprüfungen verfolgt wurden, in Auswertungen zu verhindern (z.B. 8-918.21 statt 8-981.21). So haben nach den Qualitätsberichten 2022 ca. 40 Krankenhausstandorte OPS-Kodes aus 8-918 weniger als 4mal kodiert. Hierbei dürfte es sich um simple Kodierfehler und keine „Gelegenheitsversorgung“ handeln.

¹³ Beispielsweise durch so genannte Migrationseffekte des Groupers, die dazu führen, dass identisch dokumentierte Fälle in unterschiedlichen Jahren unterschiedlichen Leistungsgruppen zugeordnet werden (z.B. durch Veränderungen an der Hierarchie der Leistungsgruppenzuordnung im Grouper).

Auch wenn die bisherige Fallpauschalierung zu Recht kritisiert wird, bietet diese zumindest die Möglichkeit einer leistungsorientierten Finanzierung, bei der das „Geld der Leistung folgt“. Leistungsbereiche, die aufgrund medizinischer Notwendigkeiten wachsen müssen, können so sachgerechter finanziert werden.

Ein bundesweit einheitlicher Finanzierungsautomatismus, der alle Leistungsbereiche einheitlich und unabhängig von Bedarf, sowie möglichem Zentralisierungs- oder Ambulantisierungspotenzial finanziell budgetiert, gefährdet eine bedarfsgerechte Versorgung.

Ein wichtiger Grund für die Unterversorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen ist die geringe Zahl ärztlichen Personals mit der Zusatzbezeichnung *Spezielle Schmerztherapie*. Bei der geplanten Reform sind daher die Auswirkungen auf die bereits in zu geringem Umfang erfolgende Weiterbildung genau zu beachten.

Soll die Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen nicht noch prekärer werden, ist eine Reduktion der Weiterbildungsstätten für die Zusatzbezeichnung *Spezielle Schmerztherapie* unbedingt zu vermeiden.

Aussagefähige Auswirkungsanalysen sind nicht erkennbar

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., der BVSD, die ANOA und der BVPRM halten es für unverzichtbar, dass vor der Umsetzung einer so weitreichenden und für die Versorgungssituation riskanten Reform aussagefähige Auswirkungsanalysen durchgeführt werden. Dabei ist es essenziell, dass auch die Schmerzmedizin betrachtet wird und nicht aufgrund einer fehlenden Abbildung im Leistungsgruppensystem unbeachtet bleibt.

Es ist bei Auswirkungsanalysen immer auf den Bedarf der Bevölkerung abzustellen.

Eine bestehende Unterversorgung darf durch die Reform und die in ihr enthaltenen, nicht beeinflussbaren Algorithmen nicht für die Zukunft zementiert werden.

Bei Auswirkungsanalysen sind neben reinen Fahrzeiten immer auch die Kapazitäten verbleibender Standorte mit zu berücksichtigen.

Dies gilt insbesondere in Leistungsbereichen, in denen an Krankenhausstandorten nicht einfach Fallzahlen erhöht und damit die Versorgung ausscheidender Standorte übernommen werden kann. Krankenhausstandorte, die die IMST erbringen, arbeiten bereits überwiegend mit maximaler Auslastung. Ein Monitoring von entstehenden Wartezeiten im Zuge der Reform ist für eine spätere Evaluation unabdingbar.

Weiter steigende Belastung durch administrative Zusatzaufgaben

Der Gesetzentwurf des KHVVG lässt die angekündigten Maßnahmen zur Entbürokratisierung bislang vermissen. Ganz im Gegenteil werden und wurden bereits im Vorfeld administrative Aufwände – beispielsweise durch neue sanktionsbewehrte Verpflichtungen zu Dokumentation und Datenlieferungen – erheblich gesteigert.

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., der BVSD, die ANOA und der BVPRM warnen ausdrücklich vor einer weiteren Demotivation des in Krankenhäusern tätigen Fachpersonals durch die inzwischen dynamisch weiter ausufernde Bürokratie.

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