

che in OPS 2018

er Viersteller:

OK!

t über die Kapitel

iederung

gliederung

de Informationen

ruppe

Gruppe

8-918

Multimodale Schmerztherapie

Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbeha

Bedarfsplanung in der einträchtigung o

Stationären bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit o

Schmerztherapie eine interdisziplinäre Diagr

Verantwortlichen voraus

Ric zu 20 Thoranicoinhoitan

Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psych Disziplin, nach festgelegtem Behandlungsplan mit müssen mindestens drei der nachfolgenden Merk

schmerzunterhaltende psychische Begleiterk

eine psychiatrische, psychosomatische oder p

gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergother

Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Thera

Therapien. Die Therapieeinheiten umfassen durch Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein s

ärztliche Visite oder Teambesprechung und eine i

Bei Gruppentherapie ist die Gruppengröße auf ma

Die Anwendung dieser Kodes setzt die Zusatzbez

Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

oder einer Entzugsbehandlung

Hinw.: Mit einem Kode aus diesem Bereich ist eine mind

mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich

8-918.0



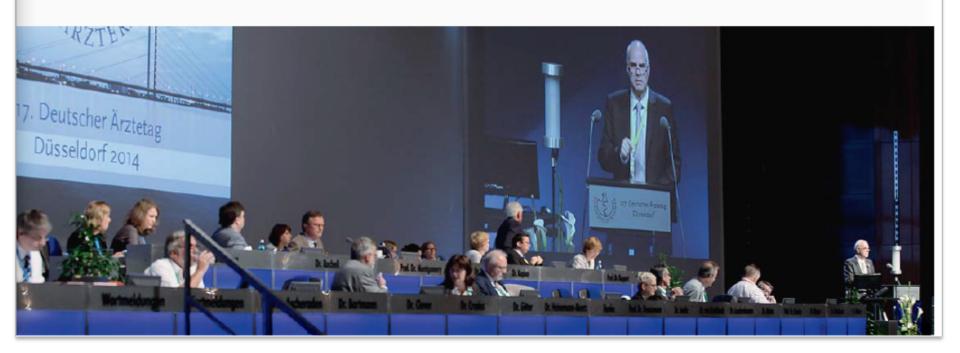


117. Deutscher Ärztetag 2014

SCHMERZMEDIZIN

Wenn der Schmerz zur Qual wird

Der Deutsche Ärztetag fordert eine strukturierte und wirksame Schmerztherapie auf dem Stand der Wissenschaft. Noch leiden zu viele Betroffene zu lange, bis ihnen geholfen wird.



117. Deutscher Ärztetag 2014 TOP IV. Schmerztherapeutische Versorgung

- Jeder Patient hat Anspruch auf eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung. Dazu gehört eine dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechende Prävention und Behandlung von akuten und chronischen Schmerzen." Diesen Grundsatz bekräftigt der 117. Deutsche Ärztetag mit einem Beschluss.
- Sieben Prozent der Erwachsenen in Deutschland und etwa fünf Prozent der Kinder angaben, im Alltag unter beeinträchtigenden chronischen Schmerzen zu leiden.
- Die dadurch anfallenden Gesamtkosten werden hier auf über 20 Milliarden Euro jährlich geschätzt.



Was ist bereits erreicht?

TOP IV. Schmerzmedizinische Versorgung

- Chronischer Schmerz als eigenständige Krankheit im ICD-10 und im Morbi RSA.
- Schmerzmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in der ärztlichen Approbationsordnung (Querschnittsfach 14) im Jahr 2012.
- Zusatz- Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie n=3.181 (2005) und n=4.886 (2012).
- Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten n=1043 (2012)

Was ist nicht erreicht?

TOP IV. Schmerzmedizinische Versorgung

 ... es werden weitere konkrete Schritte zur Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung in Deutschland für notwendig erachtet ...

 ... es werden weiterhin viele Menschen von den ambulanten und stationären schmerztherapeutischen Angeboten nicht erreicht ...

TOP IV. Schmerzmedizinische Versorgung

Niedrigschwelliger Zugang für alle betroffenen Patienten zu den erforderlichen schmerzmedizinischen Versorgungsebenen

- ... die wohnortnahe ambulante ärztliche Versorgung ... zur elementaren Daseinsvorsorge unseres Sozialstaates gehört ...
- ... eine adäquate und für die betroffenen Patienten jederzeit flächendeckend und wohnortnah verfügbare schmerzmedizinische Versorgung...

TOP IV. Schmerzmedizinische Versorgung

Hausarzt

- ... erster Ansprechpartner
- ... Unterscheidung akuter und chronischer Schmerz (Anm.: yellow flags)
- Erstellung Therapieplan mit gestufter schmerztherapeutischer Versorgung ...
- ... bis hin zu spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen mit einem interdisziplinären und multiprofessionellen Behandlungsteam ...
- ... Bildung regionaler Netzwerke über alle Versorgungsebenen sowie die Umsetzung integrierter Versorgungsprogramme ...

TOP IV. Schmerzmedizinische Versorgung

- Konsequente Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen in den Bedarfsplänen der vertragsärztlichen Versorgung
- Berücksichtigung schmerztherapeutischer Einrichtungen mit definierten Strukturmerkmalen zur flächendeckenden Erreichbarkeit ... in den Bedarfsplänen der Landesvertragspartner nach § 99 SGB V von zentraler Bedeutung.
 - Zentren für interdisziplinäre Schmerzmedizin
 - Interdisziplinäre Kopfschmerz- / Rückenschmerz- / Kinderschmerzzentren
 - Ambulanzen/Praxen mit qualifizierter und spezialisierter Schmerzmedizin
 - schmerzpsychotherapeutische Einrichtungen
 - ... zur Sicherstellung einer adäquaten und wohnortnahen schmerzmedizinischen Versorgungstruktur ...
 - ... als Voraussetzung für angemessene Vergütung und wirtschaftliche Planungssicherheit schmerztherapeutisch tätiger Ärzte ...

TOP IV. Schmerzmedizinische Versorgung

Verbesserung der Akutschmerztherapie in den Krankenhäusern

- Vorhanden: Nationale Benchmark-Projekte wie die "Qualitätsverbesserung in der postoperativen Schmerztherapie - QUIPS" für Erwachsene bzw. "QUIPSI" für Kinder
- Forderung nach "Implementierung eines strukturierten Akutschmerzmanagements in die QM- Systeme der Krankenhäuser mit einem fächerübergreifenden Qualitätsindikator "Schmerz" analog den infektiologischen Qualitätsindikatoren ... Grundlage einer dauerhaften Verbesserung der schmerzmedizinischen Versorgung im Krankenhaus ...

TOP IV. Schmerzmedizinische Versorgung

Stärkung schmerzmedizinischer Kompetenz in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung

- Verankerung der Schmerzmedizin als Pflichtlehr- und Prüfungsfach in der ärztlichen Approbationsordnung (ÄAppO).
- systematische Berücksichtigung schmerzmedizinischer Kompetenz ... in der allgemeinen Schmerzmedizin unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen ist bereits seit 2003 in der MWBO in allen Patienten versorgenden Fachgebieten verankert.

TOP IV. Schmerzmedizinische Versorgung

Finanzielle Förderung der Versorgungsforschung mit nationalen Forschungsprojekten "Schmerzmedizin"

- Es soll sichergestellt werden, dass neue, evidenzbasierte Erkenntnisse Einzug in die schmerzmedizinische Versorgung finden
- Wissenschaft und Forschung im Bereich der Schmerzmedizin sind auch aus öffentlichen
 Mitteln finanziell zu fördern
- Zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (wie zum Beispiel multimodale Konzepte) im Bereich der Schmerztherapie

Entschließung ...

TOP IV. Schmerzmedizinische Versorgung

Schaffung interdisziplinärer ambulant-stationärer Versorgungsstrukturen für Schmerztherapie

- Aufforderung an ... den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA), die Versorgungslücken in der sektorenübergreifenden schmerztherapeutischen Versorgung zu schließen mit Integration der bestehenden Einzelmaßnahmen in multimodale Therapiekonzepte
- trotz ... Ausweitung der Behandlungskapazitäten für Patienten mit chronischen
 Schmerzen ... weiterhin Lücken in der Versorgung, sowohl im ambulanten als auch im stationären oder rehabilitativen Sektor.
- ... fehlende Verknüpfung der einzelnen Behandlungskonzepte, sodass häufig begonnene
 Therapien nicht oder nicht sinnvoll fortgeführt werden.
- Der daraus entstehende volkswirtschaftliche Schaden ist erheblich, da 5- 8% aller Versicherten betroffen sind.
- Ziel ... Schaffung wirtschaftlich tragfähiger interdisziplinärer Versorgungsnetze mit
- engem und regelmäßigem fallbezogenem Austausch ...

Entschließung ...

TOP IV. Schmerzmedizinische Versorgung

Schmerztherapie - Verbesserung der Verordnungsfähigkeit von Physiotherapie

- Die Durchführung von regelmäßiger, auf die Aktivierung der Patienten ausgerichteter Physiotherapie und gegebenenfalls Ergotherapie ist daher zentraler Bestandteil multimodaler Behandlungskonzepte bei chronischen Schmerzen.
- Regelmäßige körperliche Aktivität hat nachgewiesene positive Effekte auf die Krankheitsverläufe bei nahezu allen Schmerzerkrankungen sowie auch auf häufig bestehende Komorbiditäten wie zum Beispiel depressive Erkrankungen
- Die gesetzlichen Krankenversicherungen werden ... aufgefordert, den ausreichenden Zugang von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen zu aktivierender Physiotherapie, medizinischer Trainingstherapie und anderen aktivierenden Therapieangeboten durch Aufhebung der Budgetierung bzw. Verbesserung der Verordnungsfähigkeit in diesem Bereich zu gewährleisten





Ärztekammer Berlin Körperschaft des öffentlichen Rechts Friedrichstraße 16, 10969 Berlin



Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin

bsch	nitt B Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen	24
	Gebiet Allgemeinmedizin	26
	Gebiet Anästhesiologie	28
i.	Gebiet Anatomie	30
	Gebiet Arbeitsmedizin	31
j.	Gebiet Augenheilkunde	32
	Gebiet Biochemie	34
_	Gebiet Chirurgie	35
.1	Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Chirurgie	36
.2	Facharzt/Fachärztin für Gefäßchirurgie	37
.3	Facharzt/Fachärztin für Herzchirurgie	38
.4	Facharzt/Fachärztin für Kinderchirurgie	39
.5	Facharzt/Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie	41
.6	Facharzt/Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie	42
.7	Facharzt/Fachärztin für Thoraxchirurgie	44
8.	Facharzt/Fachärztin für Viszeralchirurgie	45
	Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe	47
l. 1	Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	47
.1.1	Schwerpunkt Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	49
.1.2	Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie	50
.1.3	Schwerpunkt Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	50
).	Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	51
.1	Facharzt/Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	53
.2	Facharzt/Fachärztin für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	54
0.	Gebiet Haut- und Geschlechtskrankheiten	56
1.	Gebiet Humangenetik	58
2.	Gebiet Hygiene und Umweltmedizin	59
3.	Gebiet Innere Medizin	60
3.1	Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin	62
3.2	Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie	63

Gebiete Facharztkompetenzen Schwerpunkte

13.3	Facharzt/Facharztin für innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	b
13.4	Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie	60
13.5	Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Geriatrie	6
13.6	Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	70
13.7	Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie	7
13.8	Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie	72
13.9	Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie	7
13.10	Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie	7
14.	Gebiet Kinder- und Jugendmedizin	7
14.1	Facharzt/Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin	7
14.1.1	Schwerpunkt Kinder-Hämatologie und Onkologie	7
14.1.2	Schwerpunkt Kinder-Kardiologie	8
14.1.3	Schwerpunkt Neonatologie	8
14.1.4	Schwerpunkt Neuropädiatrie	8
15.	Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	8
16.	Gebiet Laboratoriumsmedizin	8
17.	Gebiet Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	8
18.	Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	8
19.	Gebiet Neurochirurgie	9
20.	Gebiet Neurologie	9
21.	Gebiet Nuklearmedizin	9
22.	Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen	9
23.	Gebiet Pathologie	9
23.1	Facharzt/Fachärztin für Neuropathologie	9
23.2	Facharzt/Fachärztin für Pathologie	9
24.	Gebiet Pharmakologie	9
24.1	Facharzt/Fachärztin für Klinische Pharmakologie	10
24.2	Facharzt/Fachärztin für Pharmakologie und Toxikologie	10
25.	Gebiet Physikalische und Rehabilitative Medizin	10
26.	Gebiet Physiologie	10
27.	Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie	10
27.1	Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie	10
27.1.1	Schwerpunkt Forensische Psychiatrie	10
28.	Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	10
29.	Gebiet Radiologie	11
29.1	Facharzt/Fachärztin für Radiologie	11
29.1.1	Schwerpunkt Kinderradiologie	11:
29.1.2	Schwerpunkt Neuroradiologie	11

Facharztkompetenzen Schwerpunkte

Gebiete

Michael Schenk Berlin

Abschr	nitt C Zusatz-Weiterbildungen	. 120
1.	Ärztliches Qualitätsmanagement	. 122
2.	Akupunktur	. 122
3.	Allergologie	. 123
4.	Andrologie	. 124
5.	Dermatohistologie	. 125
6.	Diabetologie	. 126
7.	Ernährungsmedizin	. 127
8.	Flugmedizin	. 128
9.	Geriatrie	. 129
10.	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	. 130
11.	Hämostaseologie	. 131
12.	Handchirurgie	. 132
13.	Homöopathie	. 133
14.	Infektiologie	. 134
15.	Intensivmedizin	. 134
16.	Kinder-Endokrinologie und-Diabetologie	. 136
17.	Kinder-Gastroenterologie	. 137
18.	Kinder-Nephrologie	. 138
19.	Kinder-Orthopädie	. 139
20.	Kinder-Pneumologie	. 140
21.	Kinder-Rheumatologie	. 141
22.	Klinische Notfall- und Akutmedizin	. 141
23.	Krankenhaushygiene	. 143
24.	Labordiagnostik – fachgebunden –	. 145
25.	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	. 146
26.	Manuelle Medizin/Chirotherapie	. 146
27.	Medikamentöse Tumortherapie	. 147
28.	Medizinische Informatik	. 148
29.	Naturheilverfahren	. 149
30.	Notfallmedizin	. 150
31.	Orthopädische Rheumatologie	. 151

32.

Zusatz-WB

Hämostaseologie	131			
Handchirurgie	132			
Homöopathie	133		1200-0170-0	
Infektiologie	134	33.	Phlebologie	
Intensivmedizin	134	34.	Physikalische Therapie und Balneologie	
Kinder-Endokrinologie und-Diabetologie	136	35.	Plastische Operationen	
Kinder-Gastroenterologie	137	36.	Proktologie	
Kinder-Nephrologie	138	37.	•	
Kinder-Orthopädie	139		Psychoanalyse	
Kinder-Pneumologie	140	38.	Psychotherapie	
Kinder-Rheumatologie	141	39.	Rehabilitationswesen	
Klinische Notfall- und Akutmedizin	141	40.	Röntgendiagnostik – fachgebunden	
Krankenhaushygiene	143	40.1	Röntgendiagnostik Skelett:	
Labordiagnostik – fachgebunden –	145	40.2	Röntgendiagnostik Thorax:	
Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	146			
Manuelle Medizin/Chirotherapie	146	40.3	Röntgendiagnostik Verdauungstrakt und Gallenwege:	
Medikamentöse Tumortherapie	147	40.4	Röntgendiagnostik Harntrakt:	
Medizinische Informatik	148	40.5	Röntgendiagnostik der Mamma:	
Naturheilverfahren	149	40.6	Röntgendiagnostik des Gefäßsystems:	
Notfallmedizin	150	41.	Schlafmedizin	
Orthopädische Rheumatologie	151			
Palliativmedizin	152	42.	Sexualmedizin	
		43.	Sozialmedizin	
		44.	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
		45.	Spezielle Schmerztherapie	
		46.	Spezielle Unfallchirurgie	
		47.	Spezielle Viszeralchirurgie	
		48.	Sportmedizin	

49.

50.



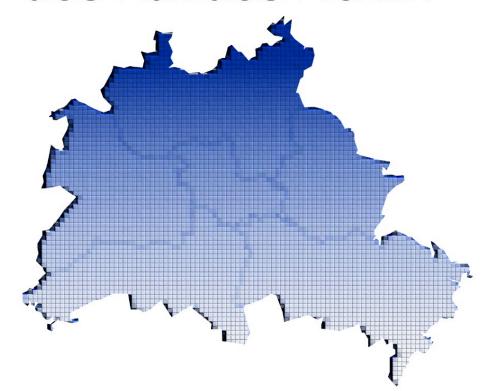
Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin







Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin



... schmerz ...

10. Versorgungsschwerpunkte

10.4. Neurologie

Das Gebiet der Neurologie hat sich aus der Inneren Medizin entwickelt und umfasst als eigenständiges Fachgebiet die Vorbeugung, Erkennung, konservative Behandlung und Rehabilitation der Erkrankungen des zentralen, peripheren und vegetativen Nervensystems einschließlich der Muskulatur (Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin, Fassung von 2014). Zu den häufigsten neurologischen Krankheitsbildern zählen neben dem Schlaganfall Epilepsie, Polyneuropathien, multiple Sklerose u. a. entzündliche ZNS-Erkrankungen, Schwindel- und Kopfschmerzsyndrome sowie Bewegungsstörungen.

10.12. Krankenhausversorgung am Lebensende

Die meisten Menschen wünschen sich, möglichst bis zum Lebensende zuhause in ihrer vertrauten Umgebung und begleitet von vertrauten Menschen bleiben zu können. Beinahe jede zweite Berlinerin bzw. jeder zweite Berliner, die oder der stirbt, stirbt in einem Krankenhaus. Nur ganz wenige Menschen versterben tatsächlich ihren Wünschen entsprechend im Kreis ihrer Nächsten zuhause.

Berlin besitzt inzwischen ein dichtes ambulantes und stationäres palliativmedizinisches Versorgungsnetz (stationäre Palliativstationen und Hospize, ambulante Hospiz- und Pflegedienste, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte), dessen verschiedene Sektoren sich gegenseitig ergänzen und vielfältig miteinander kooperieren, um Menschen zu begleiten, deren Grunderkrankung nicht mehr kurativ beeinflusst werden kann. Hierbei stehen spezialisierte Schmerztherapie, Symptomlinderung und soziale Unterstützung im Vordergrund. Informationslücken und Defizite in der ambulanten Versorgung führen aber noch immer zu ungewollten und kostenintensiven Krankenhausaufenthalten für die Patienten.

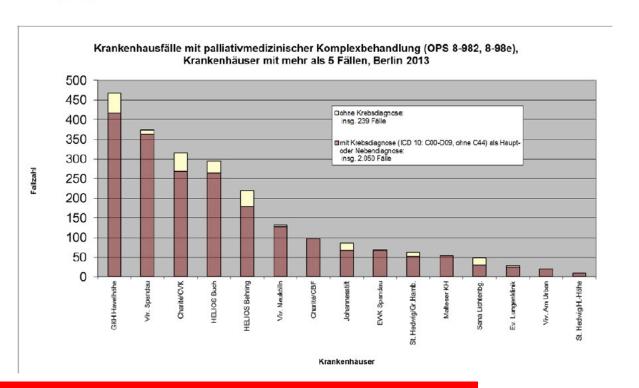
Es ist die Aufgabe von Krankenhäusern, die schwerpunktmäßig unheilbar erkrankte und schwerstsymptombelastete Patienten behandeln, deren Wunsch nach Schmerztherapie und Symptomlinderung entweder durch eigene palliativmedizinische Behandlungsangebote oder mit Hilfe entsprechender Kooperationspartner zu erfüllen und hierbei auch die lückenlose Weiterversorgung nach der Entlassung organisatorisch vorzubereiten. Ziel ist es, so die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass immer mehr unheilbar erkrankte Menschen möglichst schmerzfrei den Behandlungsumfang und ihre Betreuung am Lebensende selbst bestimmen können und ihre Angehörigen in dieser schwierigen Zeit möglichst einfühlsam und umfangreich unterstützt werden.

Es ist die Aufgabe von Krankenhäusern, die schwerpunktmäßig unheilbar erkrankte und schwerstsymptombelastete Patienten behandeln, deren Wunsch nach Schmerztherapie und Symptomlinderung entweder durch eigene palliativmedizinische Behandlungsangebote oder mit Hilfe entsprechender Kooperationspartner zu erfüllen und hierbei auch die lückenlose Weiterversorgung nach der Entlassung organisatorisch vorzubereiten. Ziel ist es, so die notwendigen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass immer mehr unheilbar erkrankte Menschen möglichst schmerzfrei den Behandlungsumfang und ihre Betreuung am Lebensende selbst bestimmen können und ihre Angehörigen in dieser schwierigen Zeit möglichst einfühlsam und umfangreich unterstützt werden.

3.6. Palliativmedizin

Die Palliativmedizin begleitet unheilbar schwer erkrankte Menschen (lat.: palliare = mit einem Mantel bedecken), am häufigsten bei Krebs. Spezialisierte Schmerztherapie, Symptomlinderung und soziale Unterstützung stehen dabei im Vordergrund. Im Prozedurenkatalog werden unter OPS 8-982 (Palliativmedizinische Komplexbehandlung) bzw. OPS 8-98e (Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung) umfangreiche Anforderungen zum Personaleinsatz und zur Personalqualifikation für eine hierauf besonders spezialisierte Behandlung im Krankenhaus beschrieben. Sie soll in schwierigen Fällen die Weiterbetreuung der Patienten in der von ihnen gewünschten Umgebung, meist ist es das Zuhause, vorbereiten und ermöglichen und so andere palliativmedizinische Versorgungsangebote im ambulanten Bereich und in Hospizen ergänzen.

Dem Diagramm ist zu entnehmen, in welchen Berliner Krankenhäusern 2013 diese Behandlungen erfolgten. Außerdem ist der Anteil der Patienten, die keine Krebserkrankung hatten, dargestellt.



5.2. Gliederung nach Fachgebieten – Fachabteilungssystematik

Grundlage für die Differenzierung nach Fachgebieten bildet die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin (WBO). Die WBO gliedert sich fachlich in Gebiete, die in der Fachabteilungssystematik der Krankenhausplanung den Hauptdisziplinen entsprechen. Die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin differenzieren sich jeweils in mehrere Facharztkompetenzen, die in der Fachabteilungssystematik der Krankenhausplanung den Subdisziplinen entsprechen.

5.2. Gliederung nach Fachgebieten – Fachabteilungssystematik

Grundlage für die Differenzierung nach Fachgebieten bildet die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin (WBO). Die WBO gliedert sich fachlich in Gebiete, die in der Fachabteilungssystematik der Krankenhausplanung den Hauptdisziplinen entsprechen. Die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin differenzieren sich jeweils in mehrere Facharztkompetenzen, die in der Fachabteilungssystematik der Krankenhausplanung den Subdisziplinen entsprechen.

Weiterbildungsordnung (WBO)

Gebiete

mit Facharztkompetenzen*

*in Chirurgie und Innere Medizin

5.2. Gliederung nach Fachgebieten – Fachabteilungssystematik

Grundlage für die Differenzierung nach Fachgebieten bildet die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin (WBO). Die WBO gliedert sich fachlich in Gebiete, die in der Fachabteilungssystematik der Krankenhausplanung den Hauptdisziplinen entsprechen. Die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin differenzieren sich jeweils in mehrere Facharztkompetenzen, die in der Fachabteilungssystematik der Krankenhausplanung den Subdisziplinen entsprechen.

Weiterbildungsordnung (WBO)	Krankenhausplanung		
Gebiete	Hauptdisziplinen		
mit Facharztkompetenzen*	mit Subdisziplinen		
*in Chirurgie und Innere Medizin			

Tab. 5.2. – 1: Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2016

Fachgebiet ¹⁾	SchlNr.	Ausweis im Krankenhausplan 2016		
	(§ 301 Abs. 3 SGB V)	Angabe mit Bettenzahl	Angabe ohne Bettenzahl	generell kein Ausweis
Augenheilkunde	2700	X	10	
Chirurgie		X		
davon: Gefäßchirurgie	1800			X 2)
Herzchirurgie	2100	X		
Kinderchirurgie	1300		X	
Orthopädie und Unfallchirurgie	2316		X ³⁾	
Plastische und Ästhetische Chirurgie	1900		3	X
Thoraxchiru gie	2000		X	
Visceralchirurgie	1500		3	Х
Allgemeine Chirurgie	1500 / 1590			Х
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	2400 / 2425 2490 / 2500	x		
Geriatrie	0200	х		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	2600	Х	3	
Haut- und Geschlechtskrankheiten	3400	х		
Innere Medizin		Х	0.	
davon: Innere Medizin und Angiologie	3750			X 2)
Innere Medizin und Endokrinologie	0600		0	Х
Innere Medizin und Gastroenterologie	0700			X
Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	0500 ⁴⁾		8	X 5)
Innere Medizin und Kardiologie	0300		Х	
Innere Medizin und Nephrologie	0400		Х	
Innere Medizin und Pneumologie	0800		X	
Innere Medizin und Rheumatologie	0900		Х	
Allgemeine Innere Medizin	0100 / 0190 4)			X
Kinder- und Jugendheilkunde	1000 / 1100 / 1200	X		
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	3000	X		
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3500	х		
Neurochirurgie	1700	X		
Neurologie	2800 ⁶⁾	х		
Nuklearmedizin	3200	х		
Physikalische und Rehabilitative Medizin	3792	х		
Psychiatrie und Psychotherapie	2900	X		
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	3100	х		
Strahlentherapie	3300 ⁴⁾	х		
Urologie	2200	X		

Anästhesie?

					grant and the second se
		(§ 301 Abs. 3 SGB V)	Angabe mit Bettenzahl	Angabe ohne Bettenzahl	generell kein Ausweis
-		•	-	•	
Aug	enheilkunde	2700	х		
Chir	urgie		х		
davo	n: Gefäßchirurgie	1800			X ²⁾
	Herzchirurgie	2100	Х		
	Kinderchirurgie	1300		Х	
	Orthopädie und Unfallchirurgie	2316		X ³⁾	
	Plastische und Ästhetische Chirurgie	1900			Х
	Thoraxchirurgie	2000		Х	
	Visceralchirurgie	1500			Х
	Allgemeine Chirurgie	1500 / 1590			Х
Frau	enheilkunde und Geburtshilfe	2400 / 2425 2490 / 2500	х		
Geriatrie		0200	Х		
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		2600	Х		
Haut- und Geschlechtskrankheiten		3400	Х		
		Total Control Control	***************************************		

Schl.-Nr.

Fachgebiet 1)

Ausweis im Krankenhausplan 2016

Fachgebiet 1)		SchlNr.	Ausweis im Krankenhausplan 2016			
		(§ 301 Abs. 3	Angabe mit	Angabe ohne	generell kein	
		SGB V)	Bettenzahl	Bettenzahl	Ausweis	
					_	
Innere	Medizin		X			
davon:	Innere Medizin und Angiologie	3750			X ²⁾	
	Innere Medizin und Endokrinologie	0600			Х	
	Innere Medizin und Gastroenterologie	0700			X	
	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	0500 ⁴⁾			X ⁵⁾	
	Innere Medizin und Kardiologie	0300		Х		
	Innere Medizin und Nephrologie	0400		Х		
	Innere Medizin und Pneumologie	0800		Х		
·	Innere Medizin und Rheumatologie	0900		Х		
·	Allgemeine Innere Medizin	0100 / 0190 4)			Х	

Fachgebiet 1)

Kinder- und Jugendheilkunde	1000 / 1100 / 1200	X	
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	3000	Х	
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	3500	Х	
Neurochirurgie	1700	Х	
Neurologie	2800 ⁶⁾	Х	
Nuklearmedizin	3200	Х	
Physikalische und Rehabilitative Medizin	3792	Х	
Psychiatrie und Psychotherapie	2900	Х	
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	3100	Х	
Strahlentherapie	3300 ⁴⁾	Х	
Urologie	2200	Х	

Schl.-Nr.

(§ 301 Abs. 3

SGB V)

Fachgebiet 1)

Ausweis im Krankenhausplan 2016

Angabe mit | Angabe ohne | generell kein

Bettenzahl

Ausweis

Bettenzahl

GeriatrieKrankenhausbedarfsplanung

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der damit verbundenen zunehmenden Bedeutung der geriatrischen Versorgung wird abweichend von der WBO die Geriatrie krankenhausplanerisch als Hauptdisziplin ausgewiesen (in der WBO ist Geriatrie eine Facharztkompetenz innerhalb der Inneren Medizin). Dies ist sachgerecht und hat zur Folge, dass für die Geriatrie eine differenzierte Bedarfseinschätzung und ein quantitativer Bettenausweis vorzunehmen ist.

In der WBO Teil des GEBIETES Innere Medizin ...

... Ausnahme wegen des demographischen Wandels und der Bedeutung

Geriatrie: Differenzierte Bedarfseinschätzung und ein quantitativer Bettenausweis

Interdisziplinäre Betten

In die Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2016 sind nur Betten führende Haupt- und Subdisziplinen aufgenommen. Intensivbetten oder andere interdisziplinär genutzte Einheiten (z. B. Betten einer Aufnahmestation) werden dabei entsprechend den Vorgaben der amtlichen Krankenhausstatistik im Umfang der durchschnittlichen Nutzung den einzelnen Disziplinen gemäß Fachabteilungssystematik zugeordnet. Sie sind in der nachstehenden Übersicht (Tab. 5.2.) dargestellt:

Anästhesie ist keine bettenführende Abteilung ...

Kalkulation Bettenbedarf
 für stationäre MMST –
 Beispiel Berlin

Wie sieht es im Bundesland Berlin aus?



Chronische Schmerzen in Deutschland

Epidemiologie Chronische Schmerzen

- Prävalenz in Deutschland
 - 10-20 Prozent entspricht 7-13 Millionen (Europäisches Weißbuch Schmerz 2010).
 - 17 Prozent (Internationale Querschnittsstudie Breivik 2006)
 - Schmerz > 6 Monate, Schmerzstärke > 5 (NAS), 30 % > 8, 9 oder 10 (NAS).
- Stationäre Behandlungsbedürftigkeit: bei 10 % der Patienten mit komplexen starken Schmerzen mindestens 1- Mal/ Jahr.
- Ältere Mitbürger: 5 Millionen der älteren Mitbürger haben chronische Schmerzen (Wolf 2011).

Stationärer Versorgungsbedarf in Deutschland

Epidemiologie Chronische Schmerzen

		Anzahl
-	Einwohnerzahl Deutschland	85.000.000
-	ca. 17% davon chronische Schmerzpatienten (Breivik 2006)	14.450.000
•	ca. 30% davon chronische Schmerzpatienten	
	mit starken Schmerzen	4.335.000
	ca. 5% davon hochgradig chronifizierte Schmerzpatienten	
	stationär zu versorgen	216.750

SEHR niedrig geschätzt

Stationärer Versorgungsbedarf in Berlin

Epidemiologie Chronische Schmerzen

Deutschland: Chronische Schmerzpatienten		
Einwohnerzahl (n)	85.000.000	
davon chronische Schmerzpatienten ca. 17% (Breivik 2006)	14.450.000	
Berlin: Chronische Schmerzpatienten		
Einwohnerzahl (n)	3.520.031	
davon chronische Schmerzpatienten ca. 17%	598.405	
davon chronische Schmerzpatienten mit starken Schmerzen ca. 30% (n)	179.521	
davon hochgradig chronifizierte stationär zu versorgende Patienten ca. 5% (n)	8.976	
Berlin: Kalkulation des Bedarfs an Schmerzbetten		
Bedarf an Schmerzbetten gesamt Berlin (s.u.)	408	
Bedarf an Schmerzbetten pro 100.000 Einwohner	ca. 12	
bisher vollstationär versorgte Patienten (Basis QB 2015)	1.322	
zusätzlich vollstationär zu versorgende Patienten	7.654	
fehlende Betten	340	

Multimodale vollstationäre Schmerztherapie nach OPS 8-918 von 2010- 2015 Berliner Krankenhäuser

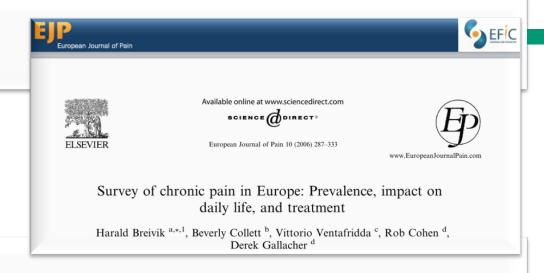
Krankenhaus	Bezirk	Ortsteil (OT)	Jahr		
			2010	2012	2015
Schlosspark-Klinik	Charlottenburg- Wilmersdorf	OT Charlottenburg	165	62	76
DRK Kliniken Berlin Westend	Charlottenburg- Wilmersdorf	OT Westend	3	2	0
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH	Lichtenberg	OT Lichtenberg	21	5	2
Unfallkrankenhaus Berlin	Marzahn- Hellersdorf	OT Marzahn	19	2	1
Jüdisches Krankenhaus	Mitte	OT Wedding	6	1	0
Charité alle Standorte	Mitte, Steglitz- Zehlendorf		80	194	105
Helios Klinikum Berlin-Buch	Pankow	OT Buch	148	65	107
Park-Klinik Weißensee	Pankow	OT Weissensee	54	74	70
St. Joseph-Krankenhaus Weißensee	Pankow	OT Weissensee	94	94	64
Vivantes Klinikum Spandau	Spandau	OT Spandau	3	0	2
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe	Spandau	OT Kladow	298	348	419
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk	Steglitz- Zehlendorf	OT Nikolassee	319	347	385
Helios Klinikum Emil von Behring	Steglitz- Zehlendorf	OT Zehlendorf	24	31	74
Immanuel Krankenhaus	Steglitz-Zehlendorf	OT Wannsee	0	0	17
St. Marien Krankenhaus	Steglitz- Zehlendorf	OT Lankwitz	3	0	0

https://www.weisse-liste.de/de/krankenhaus/krankenhaussuche/ergebnisliste/?searchHospital=Multimodale+Schmerztherapie& searchKey=8-

Multimodale vollstationäre Schmerztherapie nach OPS 8-918 von 2010- 2015 Berliner Krankenhäuser

Krankenhaus	Bezirk	Ortsteil (OT)	Jahr		
			2010	2012	2015
Schlosspark-Klinik	Charlottenburg- Wilmersdorf	OT Charlottenburg	165	62	76
DRK Kliniken Berlin Westend	Charlottenburg- Wilmersdorf	OT Westend	3	2	0
Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH	Lichtenberg	OT Lichtenberg	21	5	2
Unfallkrankenhaus Berlin	Marzahn- Hellersdorf	OT Marzahn	19	2	1
Jüdisches Krankenhaus	Mitte	OT Wedding	6	1	0
Charité alle Standorte	Mitte, Steglitz- Zehlendorf		80	194	105
Helios Klinikum Berlin-Buch	Pankow	OT Buch	148	65	107
Park-Klinik Weißensee	Pankow	OT Weissensee	54	74	70
St. Joseph-Krankenhaus Weißensee	Pankow	OT Weissensee	94	94	64
Vivantes Klinikum Spandau	Spandau	OT Spandau	3	0	2
Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe	Spandau	OT Kladow	298	348	419
Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk	Steglitz- Zehlendorf	OT Nikolassee	319	347	385
Helios Klinikum Emil von Behring	Steglitz- Zehlendorf	OT Zehlendorf	24	31	74
Immanuel Krankenhaus	Steglitz-Zehlendorf	OT Wannsee	0	0	17
St. Marien Krankenhaus	Steglitz- Zehlendorf	OT Lankwitz	3	0	0

Epidemiologie Chronische Schmerzen



- Prävalenz in Deutschland
 - 17 Prozent (Internationale Querschnittsstudie Breivik 2006)
 - Schmerz > 6 Monate, Schmerzstärke > 5 (NAS), 30 % > 8, 9 oder 10 (NAS).
 - 10-20 Prozent entspricht 7-13 Millionen (Europäisches Weißbuch Schmerz 2010).

- Stationäre Behandlungsbedürftigkeit: bei 10 % der Patienten mit komplexen starken Schmerzen mindestens 1- Mal/ Jahr.
- Ältere Mitbürger: 5 Millionen der älteren Mitbürger haben chronische Schmerzen (Wolf 2011).

Anteile der Bevölkerung mit Diagnose chronischer Schmerzen (codiert!)

Prävalenz chronischer Schmerzen

	F45.4, R52.1, R52.2	F45.41, R52.1, R52.2	R52.1, R52.2	F45.41
Schleswig- Holstein	3,81%	3,59%	3,21%	0,85%
Hamburg	3,48%	3,07%	2,50%	1,02%
Niedersachsen	4,11%	3,75%	3,37%	0,83%
Bremen	3,27%	2,94%	2,54%	0,91%
Nordrhein- Westfalen	3,74%	3,46%	3,04%	0,93%
Hessen	4,28%	3,99%	3,62%	0,82%
Rheinland-Pfalz	4,35%	4,05%	3,53%	1,06%
Baden- Württemberg	3,89%	3,49%	3,10%	0,89%
Bayern	4,51%	4,10%	3,54%	1,23%
Saarland	4,77%	4,54%	4,25%	0,86%
Berlin	6,10%	5,69%	5,26%	1,53%
Brandenburg	6,18%	5,79%	5,14%	1,65%
Mecklenburg- Vorpommern	4,96%	4,60%	3,98%	1,51%
Sachsen	4,68%	4,22%	3,19%	1,71%
Sachsen-Anhalt	4,70%	4,41%	3,91%	1,07%
Thüringen	5,06%	4,80%	4,21%	1,32%
Gesamt	4,36%	4,02%	3,53%	1,09%

F45.41: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Einwohnerzahl Berlin 3,7 Millionen, davon mit der Diagnose ...

F45.41: 1,53% = 56.610

F45.41, R52.1, 2: 5,69% = 210.530

betroffene Einwohner

Betroffene mit multimodaler Schmerztherapie (OPS 8-918) im Krankenhaus

	Betroffene je 100.000 (95% KI)			
	Männer	Frauen	Gesamt	
Schleswig- Holstein	30,0 (21,4-38,7)	54,4 (44,7-64,1)	42,4 (35,9-49,0)	
Hamburg	21,0 (10,3-31,6)	26,8 (16,7-36,9)	24,0 (16,6-31,3)	
Niedersachsen	37,7 (30,8-44,6)	89,8 (81,1-98,5)	64,3 (58,7-69,8)	
Bremen	39,1 (7,8-70,5)	105,9 (62,5-149,3)	73,2 (46,2-100,1)	
Nordrhein- Westfalen	56,4 (51,3-61,4)	112,8 (107,2-118,4)	85,1 (81,3-88,9)	
Hessen	45,5 (37,9-53,2)	100,3 (90,9-109,7)	73,4 (67,4-79,5)	
Rheinland-Pfalz	63,4 (51,6-75,2)	165,2 (150,1-180,4)	115,3 (105,7-125,0)	
Baden- Württemberg	33,7 (27,3-40,1)	51,3 (44,7-57,8)	42,7 (38,1-47,2)	
Bayern	63,0 (55,3-70,7)	112,7 (104,7-120,8)	88,4 (82,8-94,0)	
Saarland	67,1 (45,0-89,2)	85,0 (63,9-106,2)	76,2 (60,9-91,5)	
Berlin	27,6 (19,7-35,5)	58,1 (48,7-67,5)	43,1 (37,0-49,3)	
Brandenburg	64,3 (52,6-76,0)	152,4 (136,8-168,0)	109,2 (99,4-119,0)	
Mecklenburg- Vorpommern	28,8 (18,0-39,7)	47,2 (35,9-58,6)	38,2 (30,4-46,1)	
Sachsen	55,2 (43,6-66,9)	101,2 (88,8-113,6)	78,7 (70,2-87,2)	
Sachsen-Anhalt	71,8 (56,5-87,2)	134,3 (118,0-150,7)	103,7 (92,5-114,9)	
Thüringen	55,2 (40,2-70,2)	76,3 (62,1-90,6)	66,0 (55,6-76,3)	
Gesamt	49,7	99,2	74,9	

"In Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg wurde dagegen bei weniger als 45 Personen je 100.000 und damit bevölkerungsbezogen bei weniger als halb so vielen Personen eine multimodale Schmerztherapie dokumentiert."

Betroffene mit multimodaler Schmerztherapie im Krankenhaus 2014

	Betroffene je 100.000 (95% KI)		
Schleswig- Holstein	30,0 (21,4-38,7)	54,4 (44,7-64,1)	42,4 (35,9-49,0)
Hamburg	21,0 (10,3-31,6)	26,8 (16,7-36,9)	24,0 (16,6-31,3)
Niedersachsen	37,7 (30,8-44,6)	89,8 (81,1-98,5)	64,3 (58,7-69,8)
Bremen	39,1 (7,8-70,5)	105,9 (62,5-149,3)	73,2 (46,2-100,1)
Nordrhein- Westfalen	56,4 (51,3-61,4)	112,8 (107,2-118,4)	85,1 (81,3-88,9)
Hessen	45,5 (37,9-53,2)	100,3 (90,9-109,7)	73,4 (67,4-79,5)
Rheinland-Pfalz	63,4 (51,6-75,2)	165,2 (150,1-180,4)	115,3 (105,7-125,0)
Baden- Württemberg	33,7 (27,3-40,1)	51,3 (44,7-57,8)	42,7 (38,1-47,2)
Bayern	63,0 (55,3-70,7)	112,7 (104,7-120,8)	88,4 (82,8-94,0)
Saarland	67,1 (45,0-89,2)	85,0 (63,9-106,2)	76,2 (60,9-91,5)
Berlin	27,6 (19,7-35,5)	58,1 (48,7-67,5)	43,1 (37,0-49,3)
Brandenburg	64,3 (52,6-76,0)	152,4 (136,8-168,0)	109,2 (99,4-119,0)
Mecklenburg- Vorpommern	28,8 (18,0-39,7)	47,2 (35,9-58,6)	38,2 (30,4-46,1)
Sachsen	55,2 (43,6-66,9)	101,2 (88,8-113,6)	78,7 (70,2-87,2)
Sachsen-Anhalt	71,8 (56,5-87,2)	134,3 (118,0-150,7)	103,7 (92,5-114,9)
Thüringen	55,2 (40,2-70,2)	76,3 (62,1-90,6)	66,0 (55,6-76,3)
Gesamt	49,7	99,2	74,9

"In Berlin ……, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg wurde dagegen bei weniger als 45 Personen je 100.000 und damit bevölkerungs-bezogen bei weniger als halb so vielen Personen eine multimodale Schmerztherapie dokumentiert."

Kalkulation Berlin (3,7 Millionen Einwohner)
43 Betroffene von 100.000 = 1.591 Patienten

Beispiel Bayern → Berlin
88 Betroffene von 100.000 = 3.256 Patienten

Beispiel Rheinland- Pfalz → Berlin 115,3 Betroffene von 100.000 = 4.266 Patienten

Mittelwert für Berlin 100 Betroffene von 100.000 = 3.700 Patienten

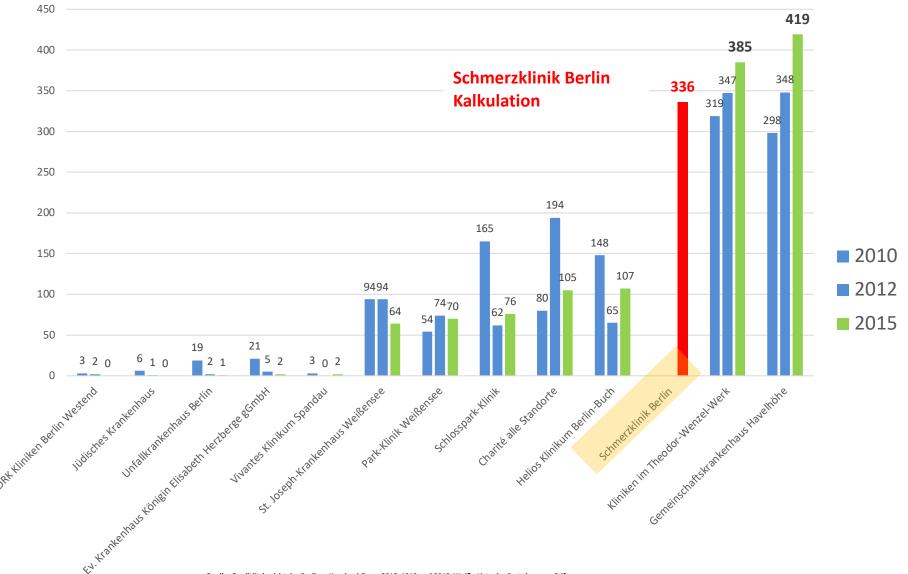
Stationärer Versorgungsbedarf in Berlin

Bedarfsermittlung: Stationäre u./o. teilstationäre MMST

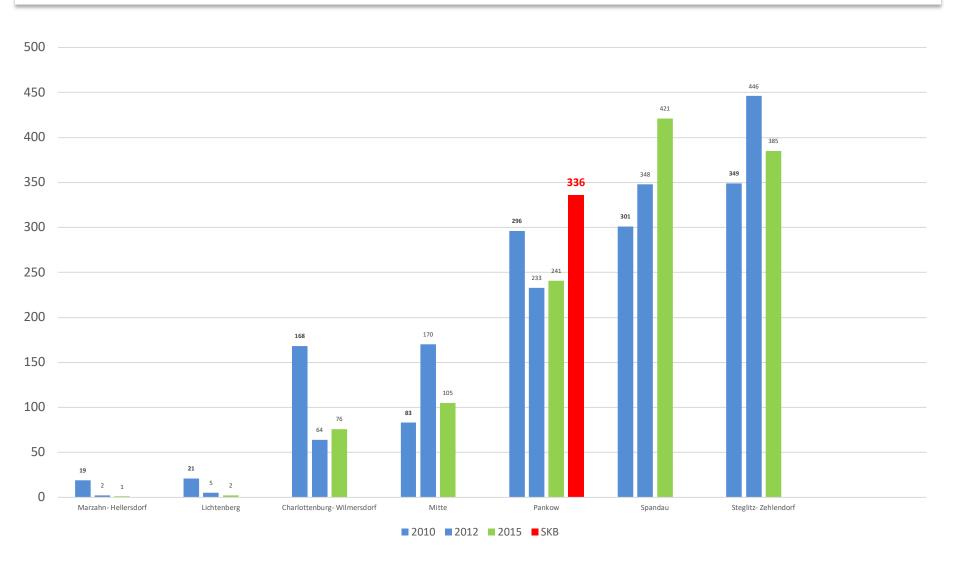
Variante 1 (17%- nach Breivik)			
Deutschland: Chronische Schmerzpatienten			
Einwohnerzahl (n)	85.000.000		
davon chronische Schmerzpatienten ca. 17% (Breivik 2006)	14.450.000		
Berlin: Chronische Schmerzpatienten			
Einwohnerzahl (n)	3.700.000		
davon chronische Schmerzpatienten ca. 17%	629.000		
davon chronische Schmerzpatienten mit starken Schmerzen ca. 30% (n)	188.700		
davon hochgradig chronifizierte stationär zu versorgende Patienten ca. 5% (n)	9.435		
Berlin: Kalkulation des Bedarfs an Schmerzbetten Variante 1 ("17%")			
Bedarf an Schmerzbetten gesamt Berlin (s.u.)	428		
Bedarf an Schmerzbetten pro 100.000 Einwohner	ca. 12		
bisher vollstationär versorgte Patienten (Basis QB 2015) (14% des Bedarfes)	1.322		
zusätzlich vollstationär zu versorgende Patienten	8.113		
fehlende Betten	368		
Variante 2 (Analogie zu anderen Bundesländern)			
Bedarf an Schmerzbetten gesamt (Berlin)	168		
Vollstationär zu versorgende Patienten	3.700		
fehlende Betten	108		

Erläuterung zu der Berechnung: Es wurde mit einer 7- Tage- Woche gerechnet. Abzüglich der Feiertage (n=) bleiben pro Jahr 346 Tage, an denen sich bei einer Aufenthaltsdauer von 16 Tagen jährlich 22 Schmerzpatienten/ Bett behandeln Rechenk Berlin

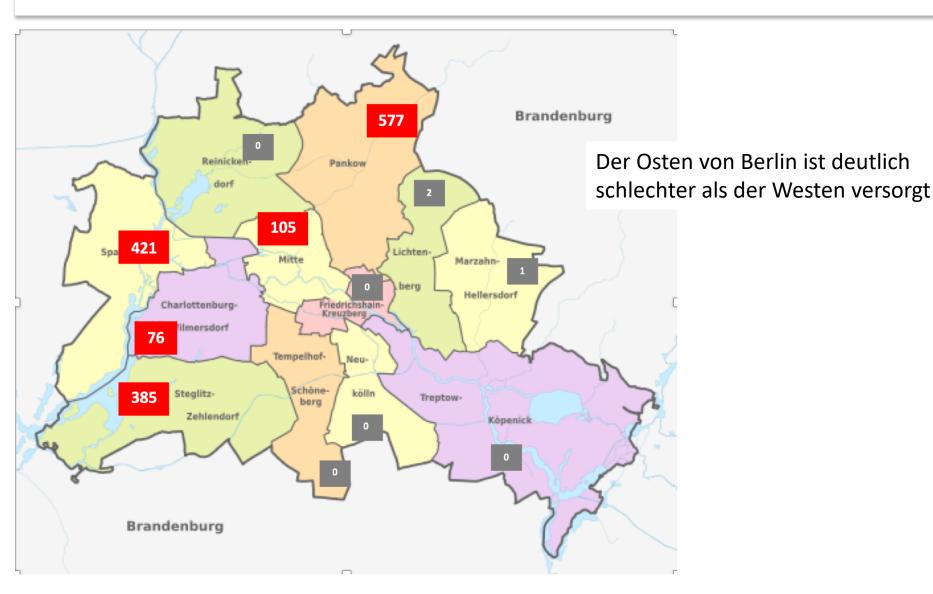
Multimodale vollstationäre Schmerztherapie nach OPS 8-918 Berliner Krankenhäuser 2010- 2015



Multimodale vollstationäre Schmerztherapie nach OPS 8-918 von 2010- 2015 Berliner Bezirke



Multimodale vollstationäre Schmerztherapie nach OPS 8-918 im Jahr 2015 Berliner Bezirke



Multimodale vollstationäre Schmerztherapie nach OPS 8-918 im Jahr 2015 Berliner Krankenhäuser

- MMST wurde von 12 Einrichtungen durchgeführt
- Einrichtungen mit mehr als 150 Patienten/ Jahr
 - Zwei Einrichtungen hatten mehr als 150 Patienten behandelt: das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe (n=419)und das Theodor-Wenzel-Werk (n=385)
- Einrichtungen mit wenigen Patienten
 - Zehn andere Einrichtungen behandelten pro Jahr im Durchschnitt 58 Patienten, was einer durchschnittlichen täglichen Belegung von (nur) 1,5 Patienten entspricht.
 - Eine Gruppentherapie ist so nicht durchführbar.
 - Wie ist die Versorgungsqualität in Einrichtungen mit so geringer Fallzahl ?

FAZIT

- Bettenkalkulation ist möglich ...
- Ob kleine Einrichtungen sinnvoll arbeiten können, sollte hinterfragt werden ...



Aufnahme in den Krankenhausplan

Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes



... dass ein Krankenhaus einen Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan dann hat, wenn es leistungsfähig, kostengünstig und bedarfsgerecht ist und zur Deckung des zu versorgenden Bedarfs kein anderes ebenfalls geeignetes Krankenhaus zur Verfügung steht (Zulassungsanspruch auf der ersten Stufe).



Aufnahme in den Krankenhausplan

Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes

- Stehen zur Bedarfsdeckung mehrere geeignete Krankenhäuser zur Verfügung, entfällt ein Anspruch auf Feststellung der Aufnahme in den Krankenhausplan.
- An seine Stelle tritt auf der zweiten Entscheidungsstufe ein Anspruch auf fehlerfreie Auswahlentscheidung, da sich dann die Notwendigkeit einer Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern auf der Grundlage des § 7 Abs. 2 Satz 2 LKG ergibt.

Ablehnung des Antrages auf Aufnahme in den Krankenhausplan 2010

S. 3 Bescheid der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales vom 08.10.2014

- Die Bedarfsermittlung und –Prognose finde im Krankenhausplan mit Ausnahme der Geriatrie nur anhand der Hauptdisziplinen der WB-Ordnung der ÄK Berlin, nicht aber für Subdisziplinen bzw. einzelne Therapieangebote statt.
- … in den entsprechenden Gebieten Neurologie, Innere Medizin (ohne Geriatrie), Neurochirurgie und Chirurgie (inkl. der Subdisziplin Orthopädie), die an der Behandlung von Krankenhausfällen mit multimodaler Schmerztherapie beteiligt seien sei der Bettenbedarf in der Summe gedeckt. Entsprechendes ergebe die Prognose zur weiteren Entwicklung zur weiteren Entwicklung des Bedarfs bis zum Jahr 2020.

Ablehnung des Antrages auf Aufnahme in den Krankenhausplan 2010

S. 4 Bescheid der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales vom 08.10.2014

- Im Vergleich mit den vorhandenen zehn Plankrankenhäusern im Land Berlin, die multimodale Schmerztherapie anböten, seien diese besser als die Klägerin geeignet, den Versorgungsauftrag zu erfüllen, weil sie mindestens über eine chefärztlich geleitete Hauptabteilung der für die multimodale Schmerztherapierelevanten Fachdisziplinen verfügten.
- Isolierte schmerztherapeutische Angebote würden im Berliner Krankenhausplan nicht gesondert ausgewiesen. (!!!)
- Vielmehr müsse eine qualifizierte akute und chronische Schmerzbehandlung aus Sicht der Planungsbehörde immer eingepasst sein in den nach Fachgebieten strukturierten Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses. Demzufolge sei die Schmerzklinik auch als weniger leistungsfähig anzusehen.

Verwaltungsgericht Berlin Lintegel Lintegel

Aufhebung des Ablehnungsbescheides

Verwaltungsgericht Berlin, 1.7.2015

- Verpflichtung zur Neubescheidung
- … eine einschränkende gesetzliche Regelung, die die Bedarfsgerechtigkeit eines Krankenhauses von ihrer konzeptionellen Einordnung in eine bestimmte Fachrichtung der Weiterbildungsordnung abhängig mache, finde sich weder im Krankenhausgesetz des Bundes noch im Landeskrankenhausgesetz Berlin.

Versorgungsbedarf muss berechnet werden



Verwaltungsgericht Berlin, 1.7.2015

- Demzufolge müsse der Beklagte den Versorgungsbedarf für Schmerzpatienten in Berlin erheben und auswerten, woran es vorliegend fehle.
- ... es fehle an einer fundierten Analyse der Schmerzbehandlungen in den Plankrankenhäusern, die einen Vergleich mit dem angestrebten Konzept der Klägerin ermögliche.



OVG BerlinOVG Berlin, 5.10.2017

- Nach Auffassung des OVG soll hier ein Anspruch der SKB auf Aufnahme in den Krankenhausplan bereits an der fehlenden Bedarfsgerechtheit scheitern.
- Bedarfsgerecht sei ein Krankenhaus, wenn es nach seinen objektiven Gegebenheiten in der Lage ist, einem vorhandenen Bedarf gerecht zu werden, also diesen Bedarf zu befriedigen. Das sei zum einen der Fall, wenn das zu beurteilende Krankenhaus und die von ihm angebotenen Betten notwendig sind, um den in seinem Einzugsbereich vorhandenen Bettenbedarf zu decken, weil andernfalls ein Bettenfehlbestand gegeben wäre.
- Zum anderen sei ein Krankenhaus auch dann bedarfsgerecht, wenn es neben anderen Krankenhäusern geeignet ist, den vorhandenen Bedarf zu decken.



Bedarfsanalyse OVG Berlin, 5.10.2017

Beide Alternativen würden einerseits eine Bedarfsanalyse erfordern, d.h. eine Feststellung des gegenwärtigen und voraussichtlich in der Zukunft zu erwartenden tatsächlichen Bedarfs unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung im Einzugsgebiet und zum anderen eine Krankenhausanalyse, die die tatsächlichen Versorgungsbedingungen in den einzelnen Krankenhäusern, die in den Krankenhausplan aufgenommen worden sind oder aufgenommen werden wollen, nach u.a. Standort, Bettenzahl und Fachrichtungen beschreibt.



Bedarfsgerechtheit

OVG Berlin, 5.10.2017

- Das Kriterium der Bedarfsgerechtheit unterliege grundsätzlich der vollen gerichtlichen Kontrolle.
- Allerdings müsse sich ein Gericht hinsichtlich der Prognose des zukünftigen Bedarfs wegen der tatsächlichen Schwierigkeiten bei der Nachprüfung prognostischer Feststellungen und Schätzungen bei einer gebotenen Sachaufklärung auf die Nachprüfung beschränken, ob die Behörde von zutreffenden Werten, Daten und Zahlen ausgegangen ist und ob sie sich einer wissenschaftlich anerkannten Berechnungsmethode bedient hat. Nur in besonderen Fällen sei das Gericht gehalten, die Prognose der Behörde, weil sie der Nachprüfung nicht standhält, durch eine eigene Prognose zu ersetzen.





Dieser Bestands- und Bedarfsanalyse bzw. -prognose vorgelagert sei die Frage, ob der Beklagte berechtigt ist, den Bedarf (nur) ausgehend von den im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachgebieten, die sich grundsätzlich an den Hauptdisziplinen der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin orientieren, festzustellen, oder ob er verpflichtet ist, bei der Ermittlung des Bedarfs und des ihm gegenüberzustellenden Bestands an Betten den Bedarf speziell für einzelne Krankheitsbilder - hier für eine fachgebietsunabhängige multimodale Schmerztherapie festzustellen.



Entgegen der Auffassung des Verwaltungsgerichts ist es aus Sicht des OVG nicht zu beanstanden, dass der Beklagte sich bei der Ermittlung des Versorgungsbedarfs für die begehrten Betten im Bereich der multimodalen Sachmerztherapie an dem Krankenhausplan mit den dort festgelegten Fachgebieten orientiert und spätestens im Gerichtsverfahren die Bedarfsgerechtheit der Schmerzklinik verneint hat.





- Auch der Krankenhausplan 2016 differenziere nach Fachabteilungen bzw. Haupt- und Subdisziplinen.
- In die Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans seien nur Betten führende Haupt- und Subdisziplinen aufgenommen. Die Hauptdisziplinen würden den in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin genannten Gebieten entsprechen, während die Subdisziplinen den Facharztkompetenzen der Weiterbildungsordnung entsprechen.



Folglich würde der Krankenhausplan keine eigenständige Fachabteilung für multimodale Schmerztherapie vorsehen. Die Versorgung von Schmerzpatienten erfolge vielmehr in den psychiatrischen und somatischen Fachgebieten. Insoweit habe das Bundesverwaltungsgericht ausgeführt, dass es mit dem Krankenhausgesetz in Einklang stehe, wenn die Ermittlung des landesweiten Versorgungsbedarfs in Bezug auf die fachliche Gliederung an den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer anknüpfe.



Folglich bestehe keine Verpflichtung des Landes, bei der Krankenhausplanung den Bedarf für die Behandlung eines spezifischen Krankheitsbildes innerhalb einer bestimmten Fachdisziplin zu ermitteln und als eigenständiges Gebiet aufzunehmen.



Ist aber die Ermittlung des landesweiten Versorgungsbedarfs anknüpfend an die Fachgebiete der ärztlichen Weiterbildungsordnung entsprechend dem Krankenhausplan rechtens, müsse die Planungsbehörde grundsätzlich nicht im Rahmen einer Einzelfallentscheidung nach § 7 LKG eine tatsächliche Bedarfsanalyse für ein spezifisches Angebot des antragstellenden Krankenhauses - hier dasjenige der multimodalen Schmerztherapie - unterhalb der Ebene der Gliederung nach den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildungsordnung vornehmen. Die gegenteilige Auffassung des Verwaltungsgerichts gehe fehl.



Eine Zersplitterung des Behandlungsangebots in dem Sinne, dass Teilbereiche eines Fachgebiets auf der Ebene der Zusatzbezeichnungen spezialisiert und ohne Vorhaltung einer Fachabteilung mit der entsprechenden Personal- und Sachausstattung angeboten und so in den Krankenhausplan durch Feststellungsbescheid aufgenommen werden müssten, würde die qualitativ hochwertige und umfassende Versorgung der Bevölkerung mit stationären Behandlungsleistungen der Fachgebiete gefährden.



- Abgesehen davon wäre eine Bedarfsermittlung und -prognose spezifisch für Subdisziplinen und einzelne Therapieangebote nicht leistbar. Der Beklagte weise zu Recht auf die fehlende Datengrundlage hin.
- Dass die Fachabteilung die kleinste Einheit für die Bedarfsermittlung darstelle, folge auch aus § 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V, wonach die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet seien, den gesetzlichen Krankenkassen bei Krankenhausbehandlung u.a. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung (und nicht das Krankheitsbild oder die Zusatzbezeichnung des behandelnden Arztes) zu übermitteln.



Schließlich würden die Ausführungen der Bundesregierung in ihrer Antwort vom 26. August 2013 auf eine Kleine Anfrage zur Versorgungslage chronisch schmerzkranker Menschen bestätigen, dass eine isolierte Ermittlung eines Bettenbedarfs für die stationäre Schmerztherapie zumindest derzeit kaum und schon gar nicht zeitnah zu leisten sei.



Eine Bedarfsanalyse bzw. eine Prüfung der Bedarfsgerechtheit anhand der Gebiete der Weiterbildungsordnung führt auch nicht zu einer "unzulässigen Versteinerung" der bestehenden Krankenhauslandschaft. Hier gehe es nicht darum, die Aufnahme in den Krankenhausplan bei Bedarfsdeckung von vorneherein unmöglich zu machen, sondern die Bedarfsermittlung und Prüfung der Bedarfsgerechtheit im Sinne der Qualitätssicherung auf Gebietsebene durchzuführen.



Gerade im Sinne der Qualitätssicherung sei eine Parallelisierung der Entwicklung des ärztlichen Weiterbildungsrechts, hier in Form einer durch ein neutrales und fachlich qualifiziertes Gremium aufgestellten Weiterbildungsordnung, und der Krankenhausplanung angebracht.



- Würde z.B. das ärztliche Weiterbildungsrecht aufgrund eines geänderten Erkenntnisstandes die multimodale Schmerztherapie als eigenständiges Gebiet regeln, bestünde Anlass, diese Entwicklung auf ihre Übernahmefähigkeit in die Krankenhausplanung zu prüfen.
- Ohne einen spezifischen Anlass bestehe diese Notwendigkeit jedoch nicht.
- Abgesehen davon sei die multimodale Schmerztherapie seit Jahren integraler Bestandteil der Krankenhausversorgung innerhalb der Fachabteilungen.



Hieraus könne die Klägerin schon deshalb keine Rechte für sich herleiten, weil es sich bei der Schmerztherapie - entgegen der Begriffsverwendung durch die Klägerin - nicht um eine "Subdisziplin" im Sinne der Krankenhausplanung handele. Die Schmerztherapie sei hingegen nur eine Zusatzbezeichnung im Sinne der Weiterbildungsordnung und grundsätzlich Bestandteil der jeweiligen Gebiete und Facharztkompetenzen.



Der Bedarf an Schmerztherapien einschließlich der multimodalen Schmerztherapie, wie sie die Klägerin anbietet, gehe in die Bedarfsplanung für die Fachgebiete ein und sei dadurch in der gebietsbezogenen Bedarfsplanung abgebildet.

Lösung?????

5.4. Festlegung von speziellen Versorgungsaufgaben

Für wenige Bereiche unterhalb der Ebene einer Abteilung werden Schwerpunktbildungen bzw. spezifische Versorgungseinheiten ausgewiesen. Diese Ausweisung ist an die Erfüllung spezifischer Anforderungen gebunden und dient zur näheren Ausgestaltung des Versorgungsauftrages im Krankenhausplan. Sie erfolgt in Fußnotenform an der dritten Soll-Betten-Spalte im Krankenhausdatenblatt gemäß Anlage 1.

Diese nach einheitlichen Kriterien ausgewiesenen Schwerpunktbildungen bzw. spezifischen Versorgungseinheiten sind:

- Stroke Units
- Neurologische Frührehabilitation, Phase B
- Einheiten für Weaning
- Psychosomatische Tageskliniken im Rahmen der regionalen psychiatrischen / psychosomatischen Pflichtversorgung.

demografisch bedingter Zuwachs errechnet wurde, zu ergänzen ist. Schließlich sind ca. 150 Betten für die neurologische Frührehabilitation (Phase B) hinzuzuzählen. Diese

45 Nennungen im KHP

Beispiel: Neurologische Früh-Reha

10.4. Neurologie

10.4.2. Neurologische Frührehabilitation

Patientinnen und Patienten in der neurologischen Frührehabilitation sind in der Regel aufgrund von komplexen, meist kombinierten Funktionsstörungen schwer beeinträchtigt und bedürfen einer langfristig angelegten intensivmedizinischen Behandlung und

Die neurologische Frührehabilitation Phase B kombiniert – wie oben beschrieben – die akutmedizinische und rehabilitative Behandlung und stellt damit einen fließenden Übergang zwischen diesen Phasen her. Seit Jahren wird kontrovers diskutiert, in welchem Versorgungssetting die neurologische Frührehabilitation stattfinden soll. Seit Inkrafttreten des SGB IX im Jahr 2001 und der Neuformulierung des § 39 Abs. 1 SGB V ist die neurologische Frührehabilitation leistungsrechtlich der Krankenhausbehandlung zugeordnet (verschlüsselt unter OPS 8-552; neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation). Dennoch wird diese in unterschiedlichen Versorgungssettings, z. B. in Akutkrankenhäusern oder in Krankenhausabteilungen, die an Rehabilitationseinrichtungen angegliedert sind, durchgeführt.

Beispiel: Neurologische Früh-Reha

Schmerzmedizin in der Krankenhausplanung

- Schmerzmedizin in der WBO:
 - Als ZUSATZBEZEICHNUNG
 - NICHT als Gebiet.
 - NICHT als Facharztkompetenz
- Schmerzmedizin in der Krankenhausplanung
 - Taucht nicht auf

Weiterbildungsordnung (WBO)	Krankenhausplanung
Gebiete	Hauptdisziplinen
Facharztkompetenzen*	Subdisziplinen
*in Chirurgie und Innere Medizin	



Gibt es ein Problem?

- Stationäre multimodale Schmerztherapie läuft doch SUPER!
- Sie lässt sich prima abrechnen und kann auch medizinisch sehr wirksam sein!





Auf der anderen Seite die Krankenhausökonomen ... um leere Betten in den Gebieten Innere Medizin, Orthopädie und Neurologie zu füllen

Innere "... unsere Patienten lassen sich nicht mehr gut abrechnen"

Orthopädie "... die, die wir (leider) nicht operieren, müssen wir doch irgendwie abrechnen... "
Neurologie "... wir haben keine Stroke Unit...wie können wir anderweitig überleben?"

Wie läuft es denn in der Praxis?

- Keine Rechtssicherheit, da nur Lückenfüllung
- Keine Bedarfsplanung

Perspektive

 Damit auch die stationäre Schmerzmedizin eine stabile, kontinuierliche Entwicklung für eine hochqualitative
 Patientenversorgung nehmen kann, muss sie strukturell verankert sein und zwar im Bettenplan

 Sonst bleibt sie ein Spielball wechselnder Interessen ohne Zukunft



Kreative Lösungen sind gefragt!

