Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP)

Krankenhausreform: Schmerztherapie vor dem Kollaps!

- **Einführung einer Leistungsgruppe „Interdisziplinäre Schmerztherapie“ ist nötig.**
- **Anderenfalls Kollaps der stationären multimodalen Schmerzversorgung, 40 Prozent derzeitiger Fälle/Kliniken bedroht**
- **Auch andere Reformthemen (z.B. Fachklinikdefinition) unzureichend als Nachbesserungsidee bzw. Lösung für interdisziplinäre, multimodale stationäre Schmerztherapie**

Eine interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie wird für chronisch Schmerzerkrankte aktuell in rund 450 Kliniken stationär durchgeführt. Aktuell kommt es bereits aufgrund der Regelungen der Krankenhausreform zu Schließungen schmerzmedizinischer Einrichtungen, Neuplanungen werden eingestellt.

Da Schmerz keine eigene „Leistungsgruppe“ mit eigenen Rahmenbedingungen und Planungssicherheit in der aktuellen Krankenhausreform ist, drohen gerade nötige spezialisierte Zentren der Schmermedizin weiter „ausgedünnt“ zu werden und wegzufallen.

Die ohnehin schon eingeschränkten Versorgungsmöglichkeiten für Schmerzpatientinnen und -patienten werden sich weiter verschlechtern – bis zu 40 Prozent der derzeitig erbrachten Fallzahlen drohen ohne zügige Nachbesserungen zukünftig wegzufallen bei gleichzeitigen Einbußen an Behandlungsqualität. Grund dafür ist, dass diese „Schmerzstationen“ in der übergeordneten Logik der Leistungsgruppen einfach einem fachfremden Bereich zugeschlagen werden und sie die dort fachfremd zugeordnete und somit unzutreffend geforderte Ausstattung, bspw. bezüglich Personal und Technik, nicht erfüllen, was zudem auch für die interdisziplinäre multimodale stationäre Schmerztherapie nicht sinnvoll wäre.

Dies möchten wir nachfolgend kurz erläutern:
Die Krankenhausbetriebswirtschaft wird u.a. durch den sogenannten Leistungsgruppen-Grouper bestimmt, der inzwischen auch vom dafür zuständigen Institut, dem InEK Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, offiziell veröffentlicht, worden ist. Es klingt nicht nur kompliziert, es ist es auch. Wichtig zu verstehen ist:

1. Fälle der medizinisch sehr klar und homogen definierten und in speziellen Einrichtungen konzentrierten Schmerztherapie können mangels eigener Leistungsgruppe derzeit über viele unterschiedliche und fachfremde Leistungsgruppen streuen.
2. Die Mindestvoraussetzungen keiner dieser resultierenden Leistungsgruppen beschreiben nur ansatzweise die qualitativen Voraussetzungen für die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie.
3. Auf die Behandlung chronisch kranker Schmerzpatienten spezialisierte Einrichtungen können unmöglich die fachfremden Mindestvoraussetzungen aller möglichen resultierenden fachfremden Leistungsgruppen erfüllen. Dies stellt kein qualitatives Defizit dar!

4. Jegliche Anpassungen am Leistungsgruppen-Grouper und/oder am DRG-System können wieder zu einer veränderten Leistungsgruppenzuordnung führen.

5. Nicht an allen Standorten mit spezialisierten schmerztherapeutischen Einrichtungen finden sich zusätzliche Fachabteilungen, die für die Erfüllung der für die Schmerzmedizin fachfremden Mindestvoraussetzungen anderer Leistungsgruppen z.B. der Leistungsgruppen Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie und Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin „einspringen“ können.

6. Es ist nicht damit genüge getan, mit der Schaffung einer eigenen Leistungsgruppe auf eine spätere Weiterentwicklung des Leistungsgruppensystems zu warten. Aufgrund des Abrechnungsverbotes nach § 8 Abs. 4 KHEntgG, der Systematik der Vorhaltefinanzierung und der geplanten Mindestvorhaltezahlen würden viele – dringend benötigte – schmerztherapeutische Einrichtung diese Weiterentwicklung nicht mehr erleben.

Die vorbestehenden Befürchtungen in Bezug auf die Abbildung der Schmerzmedizin ohne eigene Leistungsgruppe haben sich leider bestätigt. Im Detail und konkret bedeutet das: Fälle mit einer schmerztherapeutischen Behandlung mit interdisziplinär-multimodalem Behandlungskonzept (OPS-Kodes aus den Klassen 8-918/8-91b/8-91c) werden vom Leistungsgruppen-Grouper des InEK erratisch zugeordnet. Überwiegend erfolgt die Leistungsgruppenzuordnung nach dem Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V der Fachabteilung mit dem längsten Fachabteilungsaufenthalt. Abhängig von der historischen Entwicklung der Schmerzmedizin am jeweiligen Standort (und damit des genutzten Fachabteilungsschlüssels) erfolgt die Zuordnung der interdisziplinären Therapie daher zu völlig unterschiedlichen Leistungsgruppen (z.B. Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Neurologie, Neurochirurgie). Nutzt die schmerztherapeutische Einrichtung bereits einen spezifischen Fachabteilungsschlüssel der Schmerzmedizin (3753 oder 3759) erfolgt die Zuordnung in die Leistungsgruppe Allgemeine Innere Medizin. Das gleiche gilt, wenn ein „intensivmedizinischer“ Fachabteilungsschlüssel (36**) genutzt wird. Eine weitere – etwas skurrile – Ausnahme ist zu beachten: Wird ein Fachabteilungsschlüssel der Schmerzmedizin oder der „Intensivmedizin“ genutzt und bei einem OPS-Kode aus der Klasse 8-918 eine Schmerzdiagnose aus dem Muskel-Skelettsystem als Hauptdiagnose verschlüsselt (z.B. Rückenschmerzen), werden die Fälle (im DRG-System in den DRGs I42A/B gruppiert) immer der Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie zugewiesen. Wird ein anderer Fachabteilungsschlüssel (z.B. Innere Medizin, Neurologie, Neurochirurgie) genutzt, erfolgt die Umleitung in die Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie nicht. Ohne die Nachbesserung der Krankenhausreform durch die Einführung einer neuen, eigenständigen Leistungsgruppe „Interdisziplinäre Multimodale Schmerztherapie“ wird, wie oben beschrieben, die ohnehin schon schlechte Versorgungslage für chronisch Schmerzerkrankte weiter ausgedünnt werden, bestehende Einrichtungen werden schließen müssen.

Die Zeit drängt: Es ist nicht damit genüge getan, wenn die zuständigen Gremien und Entscheidungsträger ein Verständnis für das grundsätzliche Problem signalisieren, aber die Schaffung einer eigenen Leistungsgruppe auf eine (mögliche) spätere Weiterentwicklung des Leistungsgruppensystems in einigen Jahren verschieben. Aufgrund des Abrechnungsverbotes nach § 8 Abs. 4 KHEntgG, der Systematik der Vorhaltefinanzierung und der geplanten Mindestvorhaltezahlen würden viele – dringend benötigte – schmerztherapeutische Einrichtungen diese Weiterentwicklung nicht mehr erleben!

Grund dafür ist, dass in der Krankenhausreform bisher eine Regelung für die spezialisierte Schmerzmedizin nicht vorgehen ist. Nötig wäre es, die Auflistung der sogenannten „Leistungsgruppen“ um eine Leistungsgruppe „Interdisziplinäre multimodale Schmerzmedizin“ JETZT in einer Rechtsverordnung oder aber per Gesetz zu ergänzen.

Fachkrankenhausstatus versus eigene Leistungsgruppe

Das Problem der speziellen Schmerzmedizin wäre prinzipiell auch alternativ zu einer eigenen Leistungsgruppe über sehr weitgehende Ausnahmemöglichkeiten für die Bundesländer beispielsweise über die Ausweisung der Standorte als „Level F“ zu lösen.

Allerdings:

Bezüglich der Ausnahmemöglichkeiten für Fachkrankenhäuser nach § 135d Abs. 4 SGB V bestehen ebenfalls massive Probleme. Bei vielen Schmerzkliniken werden die Fälle den Leistungsgruppen 1 (Allgemeine Innere Medizin) und 14 (Allgemeine Chirurgie) zugeordnet, für die grundsätzlich keine Ausweisung als Fachkrankenhaus möglich sein soll. Wichtig ist auch, dass das Problem der Schmerzkliniken nicht nur in der Erfüllung der Mindestvoraussetzungen bei den „verwandten Leistungsgruppen“ (z.B. Leistungsgruppe Intensivmedizin) liegt, sondern dass die Fälle primär unpassenden Leistungsgruppen zugeordnet werden. Die Schmerzkliniken können daher die Mindestvoraussetzungen der Ihnen zugeordneten Leistungsgruppen nicht erfüllen. Die vorgesehenen Ausnahmeregelungen für Fachkrankenhäuser in Bezug auf die „verwandten Leistungsgruppen“ helfen in diesem Kontext grundsätzlich nicht weiter.

Wenn dieser Weg beschritten werden soll bzw. muss, weil eine eigene Leistungsgruppe politisch derzeit nicht durchsetzbar sein sollte, müssten viele Regelungen für die Fachkrankenhäuser passgenau so ausgestaltet und genutzt werden, dass die Standorte mit einem Leistungsangebot der speziellen Schmerzmedizin miterfasst würden:

1. Standorte müssten die noch festzulegenden Kriterien eines „Fachkrankenhauses“ erfüllen können
2. Alle Bundesländer müssten bereit sein, diese Standorte auch als „Level F“ auszuweisen oder es müsste ein Anspruch auf die Ausweisung bestehen.
3. Es bedürfte einer expliziten Ausnahmemöglichkeit von den meisten qualitativen Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen, denen die Fälle der speziellen Schmerzmedizin aufgrund der fehlenden eigenen Leistungsgruppe fachfremd zugeordnet werden.

Hierzu bedürfte es einer **konzertieren Aktion** des Gesetzgebers (Anpassung des § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V), der Planungsbehörden der Länder (Ausweisung als „Level F“) sowie des BMG, der Länder und des Leistungsgruppen-Ausschusses für die Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V (Entwicklung der Ausnahmemöglichkeiten für Bundesländer und Fachkrankenhäuser). Es ist allerdings fraglich, ob dies aufgrund der Komplexität – selbst bei vorhandenem politischen Willen – problemlos und zeitnah gelingen könnte.

Im Gegensatz dazu wäre eine eigene Leistungsgruppe kurzfristig zu realisieren und stellt eine vergleichsweise sehr simple und zukunftstaugliche Lösung dar. Beispielsweise könnte die Leistungsgruppe in den Referentenentwurf zum „KHVV-Optimierungsgesetz“ aufgenommen werden, der noch vor der Sommerpause ins Kabinett eingebracht werden soll. Alternativ wäre auch eine klare Empfehlung des Leistungsgruppen-Ausschusses denkbar, die erwarten lassen könnte, dass diese Leistungsgruppe Eingang in die Rechtsverordnung findet. Letzteres erscheint jedoch derzeit unwahrscheinlich, eine Klarstellung per Gesetz wäre möglich und nötig.

Ein **weiterer Vorteil einer eigenen Leistungsgruppe** bestünde darin, dass **eine zielgerichtetere und validere Bedarfs- und regionale Angebotsplanung ermöglicht würde**. Der Bedarf an stationären speziellen schmerzmedizinischen Angeboten ist hoch und bundesweit sicherlich nicht gedeckt. Allerdings bestehen deutliche regionale Unterschiede. Es erscheint durchaus sinnvoll, die spezielle Schmerzmedizin im Rahmen der Krankenhausplanung differenziert berücksichtigen zu können. Streut hingegen die spezielle Schmerzmedizin über viele fachfremde Leistungsgruppen, so erschwert dies nicht nur die Bedarfs- und Angebotsplanung der spezielle

Schmerzmedizin selbst, sondern auch aller tangierten fremden Leistungsgruppen, die mit schmerzmedizinischen Fällen „verunreinigt“ werden. Eine Schmerzklinik erbringt keine fachmedizinische Versorgung in den Leistungsgruppen, denen die schmerzmedizinischen Fälle derzeit zugeordnet werden. Es könnte daher suggeriert werden, dass an einem Standort, an dem z.B. eine schmerzmedizinische Fachklinik angesiedelt ist, Leistungen der Inneren Medizin, der Chirurgie oder der Neurologie erbracht würden. Ein benachbartes ländliches Krankenhaus, das bedarfsnotwendig ist, könnte damit in Bedrängnis geraten, weil sich beispielsweise die Entfernungsregelungen zur Identifikation der „zwingenden Erforderlichkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung“ (§ 6a Abs. 4 KHG), rein formal an den Leistungsgruppen und nicht den konkreten Leistungsangeboten orientieren. Aufgrund der Überdeckung des Angebotes in den Leistungsgruppen *Allgemeine Innere Medizin* und *Allgemeine Chirurgie* erschiene – algorithmisch nach dem Gesetzestext betrachtet – einer der beiden Krankenhausstandorte überflüssig, obwohl medizinisch-inhaltlich gänzlich andere Leistungen erbracht werden. Eine Unterstützung des bedarfsnotwendigen Krankenhausstandortes der Grundversorgung wäre bei fehlenden Nachweis der „zwingenden Erforderlichkeit zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung“ erschwert.

Auch weitere Instrumente, die mit dem KHVVG eingeführt worden sind, wie beispielsweise die Mindestvorhaltezahlen nach § 135f SGB V können nur dann sinnvoll genutzt werden, wenn Leistungsgruppen auch medizinisch homogen sind. Eine Schmerzklinik, die eine mit langen Verweildauern einhergehende interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie erbringt, wird niemals Fallzahlen erreichen können, die in einer internistischen, chirurgischen oder neurologischen Grundversorgung üblich sind.

Mit dem KHVVG wurden Regelungen und Fristen in das Gesetz aufgenommen, die bis zu einer möglichen Gesetzesänderung Bestandskraft besitzen: Geschäftsführungen und Krankenhausträger sind damit gezwungen, ihre strategischen Entscheidungen daran auszurichten. „Fachfremde“ Leistungen der Schmerzmedizin **(für die zukünftig kein Versorgungsauftrag und/oder auch große Probleme der Krankenhausbetriebswirtschaft erwartet wird)** in einer für den jeweiligen Krankenhausstandort anderen zentralen Leistungsgruppe (wie Innere Medizin oder Allgemeine Chirurgie) zu erbringen, kann aufgrund der Methodik der Vorhaltefinanzierung als fahrlässig gewertet werden. **Sofern daher kein zeitnahes und konkretes Commitment erkennbar wird, dass die spezielle Schmerztherapie in ihren Strukturen erhalten bleiben soll, werden Geschäftsführungen und Krankenhausträger reagieren müssen!** Ein Vertrauen darauf, dass die oben skizzierte „konzertiere Aktion“ zu einem Erfolg führen wird, dürfte nach den Erfahrungen der letzten Jahre bei Geschäftsführungen und Krankenhausträger kaum entstehen, sofern nicht **explizit eine Lösung konkret für die spezielle Schmerzmedizin in Aussicht gestellt** wird.

Eine eigene Leistungsgruppe für die spezielle Schmerzmedizin stellt die evident sinnvollste, simpelste, nachhaltigste und am kurzfristigsten zu realisierende Lösung für den Erhalt der speziellen Schmerzmedizin dar. Diese kann per Rechtsverordnung oder gesetzlich eingeführt werden.

Eine Lösung über den Status und die Ausnahmemöglichkeiten für Fachkrankenhäuser wäre nach derzeitigem Stand nicht möglich und selbst bei einer Anpassung des Gesetzes und einer darauf ausgerichteten Rechtsverordnung zum Leistungsgruppensystem schwer und nicht zeitnah umsetzbar.

Die Beibehaltung der Beimischung der speziellen Schmerzmedizin zu fachfremden Leistungsgruppen ist auch unter den Aspekten vieler anderer gesetzlicher Regelungen und einer zielführenden Krankenhausplanung wenig hilfreich.

Zudem braucht es ein zeitnahes, konkretes und für Geschäftsführungen und Krankenhausträger als verbindlich hörbares Commitment der Gesundheitspolitik, dass die spezielle Schmerztherapie in ihren Strukturen in Deutschland erhalten werden soll.

Detailerörterung in Hinblick auf Fachkrankenhäuser in der Krankenhausreform

Im Kontext der Krankenhausplanung über Leistungsgruppen stellen sich ergänzend zur Thematik der Leistungsgruppen in Hinblick auf Fachkrankenhäuser drei weitere grundlegende Fragen:

1. Welche Krankenhausstandorte können sich nach welchen Kriterien überhaupt als Fachkrankenhaus qualifizieren?
2. Wer entscheidet darüber, ob ein konkreter Standort dann auch als Fachkrankenhaus anerkannt wird?
3. Welche Ausnahmemöglichkeiten existieren für (anerkannte) Fachkrankenhäuser?

Sowohl der bundesweiten Krankenhausreform als auch der NRW-Landeskrankenhausplanung liegen ein so genanntes Pyramidenmodell der Versorgungsstrukturen zugrunde:

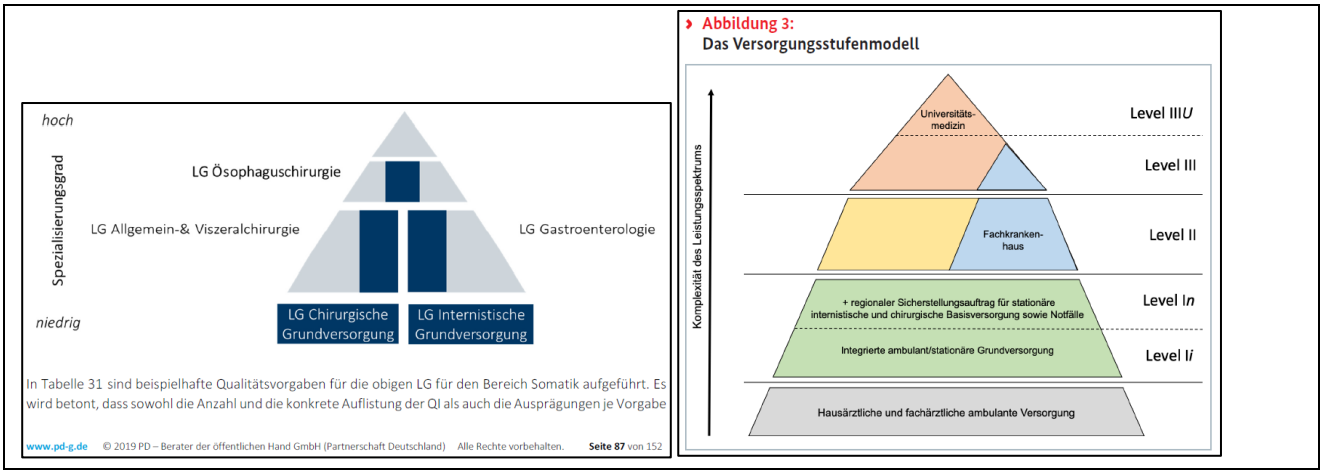

Abbildung 1 Pyramidenmodelle aus dem Gutachten Krankenhauslandschaft NRW (2019) und der Dritten Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung vom 6. Dezember 2022, Letzteres mit einer gedachten, aber wenig sinnvollen Einordnung der Fachkrankenhäuser ausschließlich an Krankenhäusern mit einer erweiterten Grundversorgung;
https://broschuerenservice.nrw.de/mags/shop/gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen%7C822;
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf

Fachkrankenhäuser, die häufig keine Grund- und Regelversorgung erbringen, lassen sich nicht einfach in ein gestuftes Modell der Versorgungsstrukturen einbauen. Insbesondere, wenn über Leistungsgruppen und ihre gegenseitigen Abhängigkeiten Versorgungsstrukturen beplant werden sollen, können Fachkrankenhäuser nicht in ein einfaches allgemeingültiges Konzept integriert werden. Es braucht daher Sonderregeln für Fachkrankenhäuser.

1. Identifikation potenzieller Fachkrankenhäuser

Die Definition der Fachkrankenhäuser nimmt das Gesetz selbst vor (§ 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V). Es obliegt daher weder dem Leistungsgruppen-Ausschuss noch der Rechtsversordnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) nach § 135e Abs. 1 und 3 SGB V, hierzu Vorgaben zu machen.

Nach § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V müssen potenzielle Fachkrankenhäuser kumulativ folgende Kriterien erfüllen:

1. **Spezialisierung** auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheits- oder Personengruppe

2. Erbringung eines **relevanten Versorgungsanteils** in diesem Bereich
3. Sie erbringen mindestens 80 Prozent der im vorhergehenden Kalenderjahr von ihnen abgerechneten Fälle in höchstens vier der in Anlage 1 genannten Leistungsgruppen abzüglich der Fälle der in Anlage 1 Nummer 1 und 14 genannten Leistungsgruppen *Allgemeine Innere Medizin* und *Allgemeine Chirur*gie; die Fälle der Leistungsgruppen *Allgemeine Innere Medizin* und *Allgemeine Chirurgie* bleiben bei der Bestimmung der Gesamtzahl der abgerechneten Fälle außer Betracht;

Die ersten beiden Kriterien entstammen dem Krankenhaustransparenzgesetz und nutzen unbestimmte Rechtsbegriffe. Ein Ausmaß der „Spezialisierung" oder eine Operationalisierung des „relevanten Versorgungsanteils" wurden nicht vorgegeben. Diskutiert wird – insbesondere von Seiten des GKV-SV – beispielsweise die Nutzung des Herfindahl-Hirschman-Index, wobei hier die Wahl der konkreten Parameter über das Ergebnis entscheidet und kaum für alle Formen der Spezialisierung und Bundesländer/Regionen einheitliche Grenzwerte vorgegeben werden könnten. Für die Identifikation einer schmerzmedizinischen Spezialisierung an einem Standort, eignet sich der Herfindahl-Hirschman-Index vermutlich wenig.

Das dritte Kriterium ist zum Ende des Gesetzgebungsprozesses über die Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschuss zum KHVVG „auf den letzten Metern" in das Gesetz gekommen. Es identifiziert viele Krankenhausstandorte der Grund- und Regelversorgung, die nur wenige weitere Leistungen erbringen. Kliniken, die sich hingegen in Bereichen spezialisiert haben, in denen das Leistungsgruppensystem bereits sehr differenziert ist (z.B. Herz- und Gefäßzentren, orthopädisch-rheumatologische Fachkliniken) werden zum Teil nicht identifiziert. Auch Fachkrankenhäuser brauchen Planungssicherheit. Die Möglichkeit zur Ausweisung von Fachkrankenhäusern von der Weiterentwicklung der Vergütungssysteme (z.B. Ausgliederung substanzieller Fälle in den Hybrid-DRG-Bereich) und des Leistungsgruppensystems (jede neue Leistungsgruppe oder Änderung der Leistungsgruppendefinitionen) abhängig zu machen, ist wenig sinnvoll. So würde beispielsweise eine eigene Leistungsgruppe *Spezielle Schmerzmedizin*, den Fachkrankenhausstatus einer orthopädisch-rheumatologische Fachklinik, die auch die IMST erbringt, gefährden, obwohl die Leistungserbringung unverändert bliebe[1]. Hinzu kommt, dass ein nicht unerheblicher Teil der Spezialisierung für Fallkollektive vorliegen kann, die den beiden Sammel-Leistungsgruppen *Allgemeine Innere Medizin* und *Allgemeine Chirur*gie zugeordnet werden. So könnte es beispielsweise in der Spezialisierung der Schmerzmedizin sein.[2]

Dass es ein Problem mit der derzeitigen Definition der Fachkrankenhäuser gibt, wurde inzwischen politisch erkannt und die Absicht in den **Koalitionsvertrag** aufgenommen, die Definition der Fachkrankenhäuser so zu überarbeiten, dass die in den Ländern bestehenden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können. Es ist zumindest davon auszugehen, dass das dritte Kriterium wieder gestrichen wird. Inwieweit eine alternative oder umfassende Definition der Fachkrankhäuser gefunden wird oder den Bundesländern gänzlich freie Entscheidungsspielraum überlassen wird, ist offen.

Schwierig ist datentechnisch-algorithmisch zwischen einem „echten Fachkrankenhaus", einem Standort ohne Grundversorgung aber mit einer besonderen Ausrichtung (z.B. Disziplinen ohne der Notwendigkeit der Vorhaltung einer Intensivstation, wie Schmerzmedizin/Palliativmedizin/Geriatrie/Frührehabilitation/Tageskliniken) und Allgemeinkrankenhäusern mit besonderen Schwerpunkten zu unterscheiden. Unbestritten ist, dass für Letztere

[1] Der Gesetzestext verweist zudem auch explizit und damit statisch auf die Anlage 1 des § 135e SGB V, die jedoch nur bis zur Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V gültig ist. Korrekt wäre, wie an anderen Stellen des Gesetzes auch, ein Verweis auf § 135e Abs. 2 Satz 2 SGB V gewesen.

[2] Nicht der Gesetzestext, sondern die Gesetzesbegründung gibt vor, dass „in den Leistungsgruppen Nr. 1 und Nr. 14 […] keine Zuordnung als Fachkrankenhaus erfolgen" kann. Dies verkennt, dass immer nur Standorte und nicht Leistungsgruppen als Fachkrankenhäuser ausgewiesen werden können. Es wird beispielsweise auch bei höchstem Spezialisierungsgrad immer ein Teil der herzchirurgischen, gefäßchirurgischen oder orthopädischen Fälle den Leistungsgruppen *Allgemeine Innere Medizin* und *Allgemeine Chirurgie* zugeordnet (z.B. Eingriffe an der thorakalen Aorta, Schulterendoprothetik, Hand-/Fußchirurgie, …).

eigentlich keine Ausnahmen von den qualitativen Mindestvoraussetzungen des neuen Leistungsgruppensystem gelten sollen.

Da spezielle Schmerzmedizin auch an Standorten ohne Grundversorgung erbracht wird, wären diese Standorte – ohne eigene Leistungsgruppe (!) – für eine positive Fortführungsprognose auf Ausnahmen für Fachkrankenhäuser und damit auf eine möglichst weitreichende Definition der Fachkrankenhäuser angewiesen.

2. Anerkennung und Ausweisung als Fachkrankenhaus

Anders als die Versorgungsstufen „Level 1n-3U" werden die beiden Versorgungsstufen „Level 1i" und „Level F" (für Fachkrankenhäuser) nicht aufgrund einer Datenauswertung vom InEK, sondern krankenhausplanerisch von den Planungsbehörden der Bundesländer zugewiesen. Im Gegensatz zu den einzelnen Leistungsgruppen (kein Anspruch auf Zuweisung) hat der Bundesgesetzgeber nicht explizit im Gesetzestext geregelt, ob Krankenhausstandorte, die die Kriterien des § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V erfüllen, einen **Anspruch** auf die Zuweisung des „Level F" und damit auf die Ausnahmeregelungen haben. Man könnte aus der Formulierung „…werden …zugeordnet, …" möglicherweise versuchen, einen solchen Anspruch juristisch abzuleiten. Da allerdings auch die unbestimmten Rechtsbegriffe der „Spezialisierung" und des „relevanten Versorgungsanteils" von der Landesbehörde ausgelegt werden müssen, kann es aus der Perspektive eines einzelnen Krankenhausträgers nicht als gesichert gelten, am Ende tatsächlich eine Ausweisung als „Level-F-Standort" zu erhalten. Eine mögliche **Abhängigkeit von planerischen Ermessenspielraum** ist zumindest nicht auszuschließen.

Für die spezielle Schmerzmedizin wäre abzuwägen, ob eine algorithmische Identifikation der Fachkrankenhäuser gekoppelt mit einem Anspruch auf Ausweisung als Versorgungstufe „Level F" oder eine möglichst freie Entscheidung der Planungsbehörden mehr Chancen oder Risiken bergen.

In Anbetracht der sehr unterschiedlichen schmerzmedizinischen Versorgungsstrukturen in den Bundesländern, würde die Abwägung in Abhängigkeit vom konkreten Bundesland möglicherweise unterschiedlich ausfallen.

3. Ausnahmeregelungen für Fachkrankenhäuser

Anders als die Definition der Fachkrankenhäuser, hat der Gesetzgeber die Ausnahmeregelungen in § 135e Abs. 4 SGB V geregelt. Damit sind die Ausnahmeregelungen nur vorläufig und – sofern nicht ein Vorschaltgesetz kommt – grundsätzlich Gegenstand der Rechtsverordnung nach § 135e Abs. 1 SGB V. Entsprechende Ausnahmeregelungen wären daher auch im Leistungsgruppen-Ausschuss nach § 135e Abs. 3 SGB V zu diskutieren sowie Anpassungen dort als Empfehlungen zu beschließen.

Auch wenn der derzeitige Gesetzestext zu den Ausnahmeregelungen für Fachkrankenhäuser sehr widersprüchlich und ggf. redundant formuliert ist[3], ist eindeutig, dass bislang ausschließlich Ausnahmen bei den qualitativen Vorgaben zu den „verwandten Leistungsgruppen" vorgesehen sind. Die qualitativen Mindestvoraussetzungen der Anforderungen in den Bereichen „Sachliche Ausstattung", „Personelle Ausstattung" sowie „Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen" wären daher uneingeschränkt für alle Leistungsgruppen zu erfüllen, denen die eigenen Fälle der Spezialisierung zugeordnet werden.

Für eine schmerzmedizinische Fachklinik mit dem Fachabteilungsschlüssel „3753", deren Fälle den beiden Leistungsgruppen *Allgemeine Innere Medizin* und *Allgemeine Chirurgie* zugeordnet werden, würde dies bedeuten,

[3] S. § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 4 SGB V im Vergleich zu § 135e Abs. 4 Satz 3 SGB V und die Nutzung der möglicherweise unterschiedlichen Vorgaben von „erbringen" und „erfüllen".

dass – selbst wenn eine Ausweisung entgegen § 135d Abs. 4 Satz 3 SGB V doch als „Level F“ erfolgen dürfte – am Standort u.a. noch folgende Mindestvoraussetzungen zu erfüllen wären:

- Endoskopie täglich zehn Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 20 Uhr
- mindestens zwei Operationssäle
- Drei fachärztliche Vollzeitäquivalente aus dem Gebiet Innere Medizin mit einer jederzeitigen Rufbereitschaft
- Drei fachärztliche Vollzeitäquivalente der Facharztkompetenzen „Allgemeinchirurgie“, „Orthopädie und Unfallchirurgie“ oder „Viszeralchirurgie“, davon mindestens ein Vollzeitäquivalent „Allgemeinchirurgie“ oder „Viszeralchirurgie“ sowie mindestens ein Vollzeitäquivalent „Orthopädie und Unfallchirurgie“ mit einer jederzeitigen Rufbereitschaft
- Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

Das „Level F“ ermöglicht einzig, dass am Standort selbst nicht mehr zwingend die Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ erbracht bzw. erfüllt werden muss, dafür aber – unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit – zwingend ein Kooperationsvertrag mit einem anderen Krankenhausstandort vorgelegt werden muss, der die Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ für die schmerzmedizinische Fachklinik sicherstellt.

Politisch wird derzeit erkannt, dass sowohl die Ausnahmeregelungen für Fachkrankenhäuser unzureichend sind, als auch, dass die beiden Leistungsgruppen *Allgemeine Innere Medizin* und *Allgemeine Chirurgie* nicht nur die internistische und chirurgische Grundversorgung, sondern auch viele weitere – zum Teil hoch spezialisierte – Leistungen abbilden, sodass die qualitativen Mindestvoraussetzungen dieser beiden Leistungsgruppen noch angepasst werden müssen.

Ob die zukünftigen Ausnahmeregelungen für Fachkrankenhäuser, verbunden mit einer Anpassung der Mindestvoraussetzungen der Leistungsgruppen und einer sinnvolleren Zuordnung von schmerzmedizinischen Fällen zu Leistungsgruppen das derzeitige Problem der Schmerzmedizin – alternativ zu einer eigenen Leistungsgruppe – lösen könnten, ist fachlich sowie politisch -auch im nötigen Detail- unsicher und offen.

Dabei besteht die hochgradige Gefahr, dass aufgrund der dann weiter notwendigen Streuung über unterschiedliche Leistungsgruppen, nicht alle existierenden Kombinationen aus Fachabteilungsschlüssel und resultierenden Mindestvoraussetzungen von möglichen Ausnahmeregeln erfasst würden.

Gesamtfazit

Eine eigene Leistungsgruppe für die spezielle Schmerzmedizin stellt die evident sinnvollste, simpelste, nachhaltigste und am kurzfristigsten zu realisierende Lösung für den Erhalt der speziellen Schmerzmedizin dar. Diese kann per Rechtsverordnung oder gesetzlich eingeführt werden.

Eine Lösung über den Status und die Ausnahmemöglichkeiten für Fachkrankenhäuser wäre nach derzeitigem Stand nicht möglich und selbst bei einer Anpassung des Gesetzes und einer darauf ausgerichteten Rechtsverordnung zum Leistungsgruppensystem schwer und nicht zeitnah umsetzbar.

Die Beibehaltung der Beimischung der speziellen Schmerzmedizin zu fachfremden Leistungsgruppen ist auch unter den Aspekten vieler anderer gesetzlicher Regelungen und einer zielführenden Krankenhausplanung wenig hilfreich.

Zudem braucht es ein zeitnahes, konkretes und für Geschäftsführungen und Krankenhausträger als verbindlich hörbares Commitment der Gesundheitspolitik, dass die spezielle Schmerztherapie in ihren Strukturen in Deutschland erhalten werden soll.