



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

[www.schmerzgesellschaft.de](http://www.schmerzgesellschaft.de)

# Information für Schmerzkliniken

## Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) und Krankenhausreform

### Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Stand: 15. April 2026, Version2.0 mit Foliensatz2.0

Mit dem Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) wurden nochmals relevante Aspekte der Krankenhausreform angepasst und Fristen verändert. Trotz intensiver Bemühungen haben die Belange der Schmerzmedizin in der geplanten Krankenhausreform bis dato keine besondere Berücksichtigung gefunden. Eine grundlegende Änderung des Rechtsrahmens vor Einstieg in die Reform ist nicht mehr zu erwarten.

Aus diesem Grund möchte die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Schmerzkliniken über den aktuellen Sachstand und mögliche Optionen informieren. In diesem pdf-Dokument übersenden wir Ihnen:

- Eine schriftliche Information für Schmerzkliniken im Umfang von 12 Seiten
- Inklusive eines entsprechenden Foliensatzes im Umfang von 17 Seiten

Wir hoffen, die Unterlagen helfen Ihnen sowie der Geschäftsführung bzw. Verwaltung Ihrer Klinik, die Herausforderungen der nächsten Monate zu meistern.

Wir bleiben am Thema dran. Halten auch Sie uns gerne informiert über aktuelle Entwicklungen bei Ihnen: [info@schmerzgesellschaft.de](mailto:info@schmerzgesellschaft.de)

Viele Grüße aus Berlin, Ihre Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

**Wichtig: Liegt Ihre Schmerzklinik in Nordrhein-Westfalen, so gelten die folgenden Aussagen nicht oder allenfalls sehr bedingt für Ihre Klinik!** Nach derzeitigem Stand erfolgt die Umsetzung der bundesweiten Regelungen in Nordrhein-Westfalen erst zum Jahr 2031.

Das Regelwerk der Krankenhausreform ist hoch komplex. Durch das KHAG ist der Komplexitätsgrad erneut gestiegen. **Zu den gesetzlichen Regelungen existieren bereits unterschiedliche Interpretationen und Rechtsauffassungen.** Die vorliegenden Informationen wurden nach sorgfältiger Recherche zusammengetragen. Trotzdem ist nicht auszuschließen, dass sich lokal oder im Zeitverlauf abweichende Interpretationen durchsetzen. **Alle folgenden Informationen werden daher ohne Gewähr bereitgestellt!**

## Leistungsgruppen

**Ab 2028 dürfen Krankenhäuser nur noch die Fälle abrechnen, die Leistungsgruppen zugewiesen werden, für die die jeweiligen Krankenhausstandorte eine Leistungsgruppenzuweisung von der Krankenhausplanungsbehörde des Bundeslandes erhalten haben. Wie Leistungsgruppen beantragt und in die Krankenhausplanung integriert werden, entscheidet das jeweilige Bundesland. Bis spätestens 31.09.2027 müssen die Planungsbehörden der Länder die Zuweisung der Leistungsgruppen an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gemeldet haben.**

Schmerztherapeutisch behandelte Fälle werden primär nach dem bei der Abrechnung verwendeten Fachabteilungsschlüssel (nach § 301 SGB V) einer Leistungsgruppe zugewiesen. Wird ein internistischer Fachabteilungsschlüssel verwendet, erfolgt die Zuordnung zur Leistungsgruppe *Allgemeine Innere Medizin*, wird ein chirurgischer oder orthopädischer Fachabteilungsschlüssel verwendet, erfolgt die Zuordnung zur Leistungsgruppe *Allgemeine Chirurgie*, wird ein neurologischer Fachabteilungsschlüssel verwendet, erfolgt die Zuordnung zur Leistungsgruppe *Allgemeine Neurologie*, etc. ... Eine Ausnahme stellen die Fälle dar, die in Einrichtungen mit schmerztherapeutischem oder anästhesiologischem/intensivmedizinischem Fachabteilungsschlüssel behandelt wurden. Auch diese Fälle werden überwiegend der Leistungsgruppe *Allgemeine Innere Medizin* zugeordnet. Ausnahme sind die Fälle mit einer interdisziplinären multimodalen Schmerztherapie (IMST), die aufgrund der Wahl einer Schmerzdiagnose aus dem Muskel-Skelett-System als Hauptdiagnose in die DRGs I42A/B gruppiert werden. Diese Fälle werden abweichend in die Leistungsgruppe *Allgemeine Chirurgie* gruppiert. Einrichtungen mit schmerztherapeutischem oder anästhesiologischem/intensivmedizinischem Fachabteilungsschlüssel steuern mit ihren Fällen daher meist zwei unterschiedliche Leistungsgruppe an.

Tabelle beschreibt die Zuordnung von Fällen zu den Leistungsgruppen in Abhängigkeit des genutzten Fachabteilungsschlüssels			
Fachabteilungsschlüssel	allgemein	DRG I42A/B	mind. notwendige FA VZÄ
<b>0100</b> oder weitere nicht spezialisierte Fachabteilungsschlüssel der <b>Inneren Medizin</b> (z.B. 019*)	LG001 (Allgemeine Innere Medizin)		3 aus Gebiet Innere Medizin
<b>3753</b> oder 3759 <b>Schmerztherapie</b>	LG001 (Allgemeine Innere Medizin)	LG014 (Allgemeine Chirurgie)	3 aus Gebiet Innere Medizin + 3 Allgemein Chirurgie <sup>1</sup>
<b>3600</b> und die meisten weiteren Fachabteilungsschlüssel der <b>Intensivmedizin</b> (36**)	LG001 (Allgemeine Innere Medizin)	LG014 (Allgemeine Chirurgie)	3 aus Gebiet Innere Medizin + 3 Allgemein Chirurgie <sup>1</sup>
<b>1500, 1600, 2300, 3755</b> und weitere Fachabteilungsschlüssel der <b>Chirurgie</b> (15**, 16**, 23** <b>außer 2309</b> )	LG014 (Allgemeine Chirurgie)		3 Allgemein Chirurgie <sup>1</sup>
<b>2800</b> und die meisten weiteren Fachabteilungsschlüssel der <b>Neurologie</b> (28**)	LG053 (Allgemeine Neurologie)		3 Neurologie
<b>1700</b> und die meisten weiteren Fachabteilungsschlüssel der <b>Neurochirurgie</b> (17**)	LG052 (Neurochirurgie)		3 Neurochirurgie
FA VZÄ: fachärztliches Vollzeitäquivalent			
Tabelle beschreibt die Zuordnung von Fällen zu den Leistungsgruppen in Abhängigkeit des genutzten Fachabteilungsschlüssels			
Die DRG beeinflusst die Leistungsgruppenzuordnung <b>nur</b> bei den Fachabteilungsschlüsseln der Schmerzmedizin und Intensivmedizin			
<b>&gt;&gt;</b> die Zuordnung der Fälle mit den DRG I42A/B zur Leistungsgruppe Allgemeine Chirurgie ist eine <b>Ausnahme</b> der Grundregel der Fallzuordnung über den Fachabteilungsschlüssel!			
<sup>1</sup> Jeweils ein FA VZÄ für Allgemein Chirurgie kann durch ein FA VZÄ für Orthopädie und Unfallchirurgie <b>und</b> ein FA VZÄ für Viszeralchirurgie ersetzt werden			

**Eine Anpassung des Leistungsgruppensystems ist frühestens nach Einstieg in die Konvergenzphase mit einer Rechtsverordnung zum Jahr 2029 zu erwarten. Eine eigene Leistungsgruppe für die Schmerztherapie wird es vorher aller Voraussicht nach nicht geben!**

Denkbar sind jedoch kleinere Änderungen am Leistungsgruppensystem, die beispielsweise dazu führen könnten, dass schmerztherapeutische Fälle stets nur einer einzigen fachfremden Leistungsgruppe zugeordnet werden. Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. wird sich weiter für eine Verbesserung der Abbildung schmerztherapeutischer Fälle im Leistungsgruppensystem einsetzen.

## Qualitative Mindestvoraussetzungen

**In der Regel können Krankenhausstandorten nur dann Leistungsgruppen von der Krankenhausplanungsbehörde des Bundeslandes zugewiesen bekommen, wenn am Standort bestimmte vorgegebene qualitative Mindestvoraussetzungen erfüllt werden.**

**Wichtig: Die qualitative Mindestvoraussetzungen müssen nicht von der leistungserbringenden Fachabteilung selbst, sondern nur am Standort erfüllt werden.** Können an Ihrem Standort andere Fachabteilungen die fachfremden Mindestvoraussetzungen stellvertretend für die Schmerzmedizin erfüllen, ist eine Zuweisung der Leistungsgruppen möglich und voraussichtlich kein Abrechnungsverbot zu erwarten.

Die folgende Tabelle listet die qualitativen Mindestvoraussetzungen für die beiden für die Schmerzmedizin wichtigsten Leistungsgruppen auf. Es ist offensichtlich, dass die dort aufgeführten Mindestvoraussetzungen keinen Zusammenhang zu einer qualitativ hochwertigen und interdisziplinären Schmerztherapie aufweisen. Trotzdem müssen die Mindestvoraussetzungen erfüllt werden. Schwierigkeiten werden vermutlich die „Erbringung der verwandten Leistungsgruppe“ *Intensivmedizin* am Standort, die sachliche Ausstattung und deren zeitlich Gewährleistung sowie die personelle Ausstattung bereiten.

Leistungsgruppe	Anforderungsbereiche				
	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung	
	Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit
Allgemeine Innere Medizin	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Chirurgie	Konventionelles Röntgengerät zur Aufnahme von Radiographien insbesondere des Skeletts, Thorax und Abdomens (Röntgen) jederzeit, Sonographiegerät, CT jederzeit mindestens in Kooperation, Gastroduodenoskopie und Koloskopie jederzeit	Facharzt (FA) aus dem Gebiet Innere Medizin	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit
Allgemeine Chirurgie	LG Intensivmedizin	LG Allgemeine Innere Medizin	Konventionelles Röntgengerät zur Aufnahme von Radiographien insbesondere des Skeletts, Thorax und Abdomens (Röntgen) jederzeit, Sonographiegerät, CT jederzeit mindestens in Kooperation, mindestens zwei Operationssäle	FA Allgemeinchirurgie  FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit  Jeweils ein FA für Allgemeinchirurgie kann durch einen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und einen FA für Viszeralchirurgie ersetzt werden

## Pflegepersonaluntergrenzen

**Krankenhausstandorte können in der Regel nur dann Leistungsgruppen zugewiesen bekommen, wenn in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort ermittelt wurden, die festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen im Monatsdurchschnitt erfüllt wurden.**

Schmerztherapeutische Leistungen benötigen in der Regel wenig pflegerische Unterstützung. Die DRGs für die IMST sind diejenigen DRGs mit den mit Abstand niedrigsten Pflegepersonalkosten (s. Pflege Bewertungsrelationen) aller fast 1.300 DRGs. Trotzdem werden in schmerztherapeutischen Einrichtungen – auch hier in Abhängigkeit vom verwendeten Fachabteilungsschlüssel und der Abrechnung der DRGs I42A/B – pflegesensitive Bereiche mit hohen Pflegepersonaluntergrenzen identifiziert. Die im Gesetz geforderte Differenzierung nach Pflegeaufwand wurde bislang vom Ordnungsgeber ignoriert.

**Wichtig: Sofern Ihr Krankenhaus aus Fairness mit den lokalen Krankenkassen vereinbart hat, dass auf einen medizinisch unnötigen Personalaufbau in der Pflege im Gegenzug zu einer Aussetzung der Sanktionen verzichtet wird, bedroht diese Einigung nun die Existenz Ihres Krankenhausstandortes! In diesem Fall sollten Sie dringlich das notwendige Pflegepersonal einstellen, um die Pflegepersonaluntergrenzen erfüllen zu können!**

Dies erscheint auch deshalb sinnvoll, weil es fraglich ist, wie lange es noch die Möglichkeit des refinanzierten Personalaufbaus in der Pflege über das Pflegebudget geben wird. Insbesondere Krankenhäuser, die an der DRG-Fallkostenkalkulation teilnehmen, müssen dazu beitragen, dass die Pflegepersonalkosten mindestens bis zu den Pflegepersonaluntergrenzen in die DRG-Fallkostenkalkulation einfließen, bevor die Finanzierung über das Pflegebudget weiter eingeschränkt wird. Sofern das Pflegebudget abgeschafft

wird, werden die lokalen Krankenkassen möglicherweise auch nicht mehr auf die Sanktionszahlungen verzichten wollen.

Die Forderung der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in allen pflegesensitiven Bereichen am Krankenhausstandort bedroht unmittelbar einen Großteil aller Krankenhäuser in Deutschland u.a. auch Universitätskliniken. Das Problem wurde inzwischen politisch erkannt, sodass Anpassungen der Vorgaben zur Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen wahrscheinlich sind.

## Prüfung der Qualitätskriterien durch den Medizinischen Dienst (MD)

**Um eine Leistungsgruppe zuweisen zu können, muss die Krankenhausplanungsbehörde des Bundeslandes den Medizinischer Dienst (MD) beauftragen, die qualitativen Mindestvoraussetzungen am Standort für die Leistungsgruppen zu prüfen, die die Planungsbehörde zuweisen will.**

Die Prüfungen wären bis zum 31. Dezember 2025 zu beauftragen gewesen, wenn die Leistungsgruppen für 2027 bereits zugewiesen werden sollen. Die Prüfungen müssten dann vom MD bis spätestens zum 31. Juli 2026 abgeschlossen werden. Ansonsten sind die MD-Prüfungen innerhalb von 10 Wochen nach deren Beginn abzuschließen. Für die Prüfungen ist eine Richtlinie des MD-Bund („LOPS-Richtlinie“) maßgeblich. Diese ist nach dem Inkrafttreten des KHAG noch zu aktualisieren.

Das geprüfte Krankenhaus hat keinen Anspruch auf das Gutachten des MD, das eine rein verwaltungsinterne Maßnahme zur Vorbereitung der Zuweisungsentscheidung durch die zuständige Landesbehörde darstellt. Dem Krankenhaus wird das Gutachten erst in seiner finalen Fassung zu rein informatorischen Zwecken übermittelt. **In Bezug auf die Erfüllung der Qualitätskriterien ist das MD-Gutachten für die Landesbehörde verbindlich. Ein inhaltliches Widerspruchsverfahren ist nicht vorgesehen.** Das MD-Gutachten ist infolge der fehlenden Außenwirkung auch nicht selbstständig anfechtbar. Das Ergebnis eines möglicherweise fehlerhaften MD-Gutachtens kann nur mit einer Klage des Krankenhauses gegen eine negative Planungsentscheidung der Landesbehörde einer Prüfung unterzogen werden. Dabei haben Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid der Landesbehörde keine aufschiebende Wirkung, solange im Rahmen der Klage nicht vorläufiger Rechtsschutz beantragt und gewährt wird. Durch eine neue „Abwägungsdirektive“ (§ 6a Abs. 8 KHG) sollen Gerichte jedoch verpflichtet werden, „die gesetzgeberisch herausgehobenen Belange [...] bei gerichtlichen Entscheidungen, und hier insbesondere bei Eilentscheidungen, besonders zu berücksichtigen“. „Eine Vergütung ohne Zuweisung der einschlägigen Leistungsgruppe und ein Rückgriff auf das frühere Vergütungssystem sind grundsätzlich vom Gesetzgeber nicht mehr vorgesehen, weil dies den einheitlichen Vollzug der Krankenhausreform gefährden und die finanzielle Stabilität der GKV beeinträchtigen würde.“

**Ein negatives MD-Gutachten ist daher, wenn möglich, zu vermeiden!**

## Ausnahmemöglichkeiten

**Nachdem es für die meisten schmerztherapeutischen Einrichtungen – ohne Hilfestellung anderer Fachabteilungen am Standort – kaum möglich sein dürfte, die geforderten fachfremden Mindestvoraussetzungen zu erfüllen, spielen in der Schmerzmedizin die noch existierenden Ausnahmemöglichkeiten eine herausragende Rolle.**

Schmerzkliniken an Allgemeinkrankenhäusern mit internistischer und chirurgischer Grundversorgung dürften (mit Ausnahme der Pflegepersonaluntergrenzen) selten Probleme mit der Erfüllung der Mindestvoraussetzungen haben. In Fachkliniken hingegen, die keine Grundversorgung anbieten, sondern auf die Schmerzmedizin spezialisiert sind, können fachfremde Mindestvoraussetzungen häufig nicht erfüllt werden. Eine Erfüllung wäre weder medizinisch noch wirtschaftlich sinnvoll – auch nicht aus Sicht der Solidargemeinschaft. Eine Aufstellung unterschiedlicher Ausnahmemöglichkeiten findet sich am Ende des Dokuments. Die wichtigsten werden im Folgenden näher erläutert:

1. Für **Fachkrankenhäuser** dürfen die in den Anforderungsbereichen *Erbringung verwandter Leistungsgruppen* und *Sachliche Ausstattung* aufgeführten Mindestvoraussetzungen „in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung“ erfüllt werden. Dies bedeutet, dass Schmerzkliniken, die die beiden Leistungsgruppen *Allgemeine Innere Medizin* und *Allgemeine Chirurgie* benötigen, hier Kooperationsverträge zur „Erbringung der verwandten Leistungsgruppe“ *Intensivmedizin*, zu den jederzeit verfügbaren radiologischen Leistungen (Röntgen, CT), zu den jederzeit verfügbaren Gastroduodenoskopien und Koloskopien, sowie zur Verfügungsstellung zweier Operationssäle abschließen müssen. Zumindest die „Erbringung der verwandten Leistungsgruppe“ *Intensivmedizin* dürfte schwerlich in Kooperation mit Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung zu erfüllen sein.

**Die Mindestvoraussetzungen in den Anforderungsbereichen *Personelle Ausstattung* und *Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen* dürfen allerdings nicht in Kooperationen und Verbänden erfüllt werden.** Krankenhausstandorte von Schmerzkliniken, die die beiden Leistungsgruppe *Allgemeine Innere Medizin* und *Allgemeine Chirurgie* benötigen, müssen daher selbst als Fachkrankenhäuser 3 Vollzeitäquivalente mit einer fachärztlichen Qualifikation aus dem Gebiet der Inneren Medizin und zusätzlich 3 Vollzeitäquivalente mit der fachärztlichen Qualifikation *Allgemeinchirurgie* (bzw. alternativ jeweils ein Vollzeitäquivalent mit der fachärztlichen Qualifikation *Unfallchirurgie* und *Orthopädie* sowie zusätzlich ein Vollzeitäquivalent mit der fachärztlichen Qualifikation *Viszeralchirurgie*) vorhalten. Ebenso sind zwingend die Pflegepersonaluntergrenzen aller identifizierten pflegesensitiven Bereiche im Monatsdurchschnitt einzuhalten.

**Nach derzeitigem Stand bietet die Ausnahmeregelung für Fachkrankenhäuser für die meisten Schmerzkliniken daher keine ausreichende Perspektive.** Die Forderung von möglichst vielen identischen fachärztlichen Qualifikationen steht dem medizinischen Vorteil der Interdisziplinarität der Schmerztherapie entgegen. **Trotzdem sollten Schmerzkliniken ohne internistische und chirurgische Grundversorgung versuchen, als Fachkrankenhäuser anerkannt zu werden.** Möglicherweise wird es mit zunehmenden Erkenntnisgewinn auch zu einer Anpassung der Ausnahmeregelungen kommen.

Um die Ausnahmeregelungen für Fachkrankenhäuser in Anspruch nehmen zu können, müssen kumulativ folgende Kriterien erfüllt sein:

- Der Krankenhausstandort ist **im Krankenhausplan** des jeweiligen Landes als Fachkrankenhäuser ausgewiesen

- Die Planungsbehörde hat dem Standort die Versorgungsstufe „Level F“ zugewiesen
- Der Krankenhausstandort hat sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums spezialisiert (z.B. Schmerztherapie) und leistet „einen relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich“.

Die Zuordnung zum „Level F“ durch das Bundesland ist dabei bis zum 31.12.2030 zu befristen. Danach soll eine noch zu findende bundeseinheitliche Definition eines Fachkrankenhauses mit zu erfüllenden Kriterien die Bewertungen der Bundesländer ersetzen. Die Bundesländer dürfen danach nur noch auswählen, welche der sich qualifizierenden Standorte als Fachkrankenhäuser in den Krankenhausplan aufgenommen und als „Level F“ ausgewiesen werden.

2. Eine weitere sehr wichtige Ausnahmemöglichkeit ist die grundsätzliche Möglichkeit der Erfüllung der Qualitätskriterien „in Kooperationen und Verbänden mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung“, wenn dies **zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung** zwingend erforderlich ist. Die Interpretation, welche Krankenhausstandorte, mit welchem Leistungsangebot zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich sind, obliegt dabei zunächst den Planungsbehörden der Bundesländer. Inwiefern eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie wohnortnah und flächendeckend sinnvoll ist, sollte bei Bedarf gegenüber der Planungsbehörde argumentativ dargestellt werden. Wichtig ist, dass diese Ausnahmemöglichkeit die einzig bedeutsame ist, die im alleinigen Entscheidungsbereich der Bundesländer verbleiben soll. Inhaltlich stellt sich im Vergleich zur Ausnahmeregelung für Fachkrankenhäuser die Frage, wie rein praktisch die personelle Ausstattung und die Erfüllung der Pflegepersonaluntergrenzen überhaupt über Kooperationen und Verbände sichergestellt werden kann. Im Gesetz und seiner Begründung finden sich hierzu keine Hinweise. Ob die Ausnahmeregelung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung damit überhaupt eine relevante Option für Schmerzkliniken darstellen kann, wird sich noch zeigen müssen. **Wichtig ist jedoch, dass Schmerzkliniken zeitnah mit der zuständigen Planungsbehörde Kontakt aufnehmen und gemeinsam nach einer geeigneten Lösung suchen.**
3. Als „**letzter Strohalm**“ dürfte die **Ausnahmeregelung nach § 6a Abs. 4 KHG dienen**. Auch hier ist erforderlich, dass die Ausnahmen **zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich** sind. Zudem soll diese Ausnahmeregelung nach der Gesetzesbegründung „ausschließlich der geordneten Umsetzung der Krankenhausreform dienen und nicht zur dauerhaften Umgehung von Qualitätsvorgaben führen“ und insofern „Versorgungslücken während laufender Umstrukturierungsprozesse [...] vermeiden, ohne die bundeseinheitlichen Qualitätsvorgaben grundsätzlich in Frage zu stellen.“ Trotzdem bietet diese Ausnahmeregelung **als einzige die Möglichkeit, dass Mindestvoraussetzungen z.B. im Anforderungsbereich der personellen Ausstattung und den Pflegepersonaluntergrenzen nicht erfüllt werden müssen. Da dies für einige Schmerzkliniken zwingend notwendig sein wird und auch die Krankenkassen kaum ein Interesse daran haben dürften, dass aufgrund von einer erratischen Leistungsgruppenzuordnung fachlich unpassende Mindestvoraussetzungen zu erheblichen Kostensteigerungen ohne qualitativen Mehrwert führen, könnte es möglich sein, in engem Kontakt mit den Planungsbehörden und den Kostenträgern, Verständnis für die Notwendigkeit einer temporären Ausnahme zu schaffen, bis es zu einer sachgerechten Anpassung des Leistungsgruppensystems (und ggf. eine Differenzierung der Pflegepersonaluntergrenzen nach Pflegeaufwand) gekommen ist.** Bei einer Vergabe der Leis-

tungsgruppen bis Ende 2026 bedarf es „nur“ eines Benehmens der Planungsbehörde mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen, danach eines „Einvernehmens (= Zustimmung). Theoretisch bedürfte es auch spezieller Auflagen an den Krankenhausstandort, die maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen. Da dies jedoch weder medizinisch noch wirtschaftlich sinnvoll wäre und nur zu einer weiteren unnötigen Erhöhung der Gesundheitsausgaben führen würde, sollte hier, wenn möglich, eine pragmatische Lösung mit der Planungsbehörde und den Kostenträgern angestrebt werden.

4. Weitere Ausnahmemöglichkeiten betreffen besondere Konstellationen:
  - a. Solange sich **Kooperationspartner in einem Gebäude des jeweiligen Krankenhausstandortes befinden oder der Abstand nicht mehr als 2000 Meter Luftlinie** beträgt, dürfen die Mindestvoraussetzungen immer in „Kooperationen und Verbänden“ (auch extern und ggf. vertragsärztlich möglich) erfüllt werden. Hierzu ist weder eine Ausweisung in der Versorgungsstufe „Level F“ noch die zwingende Notwendigkeit der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung notwendig.
  - b. An Krankenhausstandorten, an denen keine vollstationäre Krankenhausbehandlung erbracht wird, d.h. an eigenständigen Tageskliniken, sind die Mindestvoraussetzungen in den Anforderungsbereichen in den Bereichen der *Personellen* und *Sachlichen Ausstattung* nur während der Betriebszeit zu erfüllen. Dabei können die Mindestvoraussetzungen in den Anforderungsbereichen *Erbringung verwandter Leistungsgruppen* und *Personelle Ausstattung* in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Leistungserbringern der vertragsärztlichen Versorgung erfüllt werden. Für Tageskliniken an Standorten, an denen auch vollstationär (z.B. in anderen Fachabteilungen) behandelt wird, gelten diese Ausnahmen nicht. Entsprechend müssten auch hier ein Rufbereitschaftsdienst sowie z.B. die radiologische Bildgebung und die Endoskopie rund-um-die-Uhr sichergestellt werden.
  - c. **Bundeswehrkrankenhäuser** und **Krankenhäuser der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung** und ihrer Vereinigungen können die für eine Leistungsgruppe als Qualitätskriterien festgelegten *verwandten Leistungsgruppen* auch in Kooperation erbringen.

## Kooperationen

In Bezug auf die Ausnahmeregelungen aber auch im Anforderungsbereich *Erbringung verwandter Leistungsgruppen* sind vielfach Kooperationen vorgesehen. Viele Schmerzkliniken werden Kooperationsvereinbarungen für die *Erbringung der verwandten Leistungsgruppe Intensivmedizin*, die Vorhaltung zweier Operationssäle, sowie die jederzeitige Vorhaltung von Röntgen, CT, Gastroduodenoskopie und Koloskopie inklusive des dafür erforderlichen Personals benötigen.

Diese Kooperationen müssen schriftlich niedergelegt sein und Angaben zu den Parteien der Kooperation, deren Eignung, zu Ort, Inhalt und Dauer enthalten. Zusätzlich muss zur zeitlichen Verfügbarkeit von sachlicher und personeller Ausstattung vereinbart werden, wann das für die Kooperationsleistung erforderliche Personal und die erforderlichen Sachmittel verfügbar zu sein haben, um die Qualitätskriterien in Kooperation zu erfüllen.

Für Schmerzkliniken werden die Kooperationen dadurch belastet sein, dass es für die meisten Kooperationen zur Erfüllung der Mindestvoraussetzungen keinen nachvollziehbaren medizinischen Grund gibt und damit Kooperationsvereinbarungen ausschließlich aus formalen Gründen geschlossen werden müssen. Schwierig wird es sein, in den Vereinbarungen Formulierungen für Kooperationen zu finden, die zwar nicht gelebt werden, aber trotzdem einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst (MD) standhalten können. **Es empfiehlt sich, wenn möglich unter Moderation der Planungsbehörde, mit dem lokalen MD die Minimalvoraussetzungen für entsprechende Vereinbarungen abzustimmen.** Dies erscheint auch deshalb sinnvoll, um die Kosten (auch für die Solidargemeinschaft) für medizinisch abwegige Kooperationen möglichst gering zu halten. Auch sollte mit dem MD inhaltlich abgestimmt werden, wie die vom Gesetzgeber angedachten Kooperationen zur Erfüllung der *Personellen Ausstattung* (fachärztliche Qualifikation und Verfügbarkeit) oder der Pflegepersonaluntergrenzen ausgestaltet sein könnten.

Es ist zu beachten, dass der Gesetzgeber bislang kein Anrecht auf Kooperationen vorgesehen hat und damit mögliche Kooperationsgeber nicht zur Kooperation gezwungen werden können. **Auch aus diesem Grund kann es sich empfehlen, frühzeitig die jeweilige Planungsbehörde in die Suche nach einem geeigneten Kooperationspartner mit einzubinden.**

## Einstieg in die Reform und strategische Aspekte

**Eine Anpassung des Leistungsgruppensystems ist frühestens nach Einstieg in die Konvergenzphase 2028 zu erwarten. Bis zu einer Anpassung des Leistungsgruppensystems und der Korrektur dysfunktionaler gesetzlicher Vorgaben müssen Schmerzkliniken prioritär versuchen, mit Unterstützung der Planungsbehörden und der lokalen Kostenträger ihre Existenz zu sichern. Auch wenn die Einführung der Vorhaltevergütung in der im Gesetz vorgesehenen Form nicht sehr wahrscheinlich ist, kann es passieren, dass zumindest ein Einstieg in die komplexen Mechanismen der Konvergenzphase droht.**

Bis spätestens zum 30.09.2027 müssen die Bundesländer erstmalig die Leistungsgruppenzuweisung zu Standorten an das InEK übermitteln, das daraufhin bis zum 30.11.2027 die Vorhaltevolumina je Land, Leistungsgruppe und Standort ermittelt. Spätestens zum 10.12.2027 stellt das InEK durch Bescheid gegenüber dem jeweiligen Krankenträger für seine Krankenhausstandorte dann die Höhe der aufgeteilten Vorhaltevolumina für das Jahr 2028 je Leistungsgruppe fest.

In der zweijährigen Konvergenzphase, die mit dem Jahr 2028 beginnt, konvergiert ein *Ausgangswert* auf einen *Zielwert*. Der **Zielwert** repräsentiert die Vorhaltevergütung, wie sie mit Umsetzung der Reform angestrebt wird. Dazu wird ein auf Landesebene berechnetes Vorhaltevolumen für eine Leistungsgruppe auf die Krankenhausstandorte, die die Leistungsgruppe von der Planungsbehörde zugewiesen bekommen haben, anhand des Anteils des Casemix der Vorhaltebewertungsrelationen verteilt. Zur Ermittlung des Landesbudgets für die Vorhaltevergütung je Leistungsgruppe werden während der gesamten Konvergenzphase die Leistungsdaten des Jahres 2024 herangezogen. **Die Verteilung des Landesbudgets für die Vorhaltevergütung in einer Leistungsgruppe wird jedoch anhand der erstmaligen Meldung der Bundesländer und der mit dieser Meldung in Zusammenhang stehenden Leistungsdaten aus dem Vorjahr (entweder 2025 oder 2026) vorgenommen.** Wird oder kann wegen Nichterfüllung der Mindestvoraussetzungen eine Leistungsgruppe nicht zugewiesen (werden), entfällt die Vorhaltevergütung für den Zielwert komplett. Der prozentuale Anteil des einzelnen Krankenhausstandorts am Vorhaltebudget einer

Leistungsgruppe im Bundesland soll sich nach der erstmaligen Ermittlung eigentlich zunächst nicht mehr ändern (allerdings greifen hier viele Ausnahmen).

Der Ausgangswert basiert auf den für das Kalenderjahr 2027 für das jeweilige Krankenhaus vereinbarten und genehmigten Vorhaltebewertungsrelationen und ändert sich ebenfalls während der Konvergenzphase nicht mehr. **Strukturelle Veränderungen wie z.B. Verlagerungen und Fusionen wirken sich daher in der Konvergenzphase nicht mehr auf den Ausgangswert aus!** Sofern die krankenhausindividuelle Entgeltvereinbarung für 2027 (teil-)prospektiv getroffen wird, dürften damit die **Leistungsdaten aus 2026 für den Ausgangswert in der Konvergenzphase ausschlaggebend** sein.

Des Weiteren ist zu beachten, dass das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) bis zum 12.12.2026 eine **Rechtsverordnung zu den Mindestvorhaltezahlen** zu erlassen hat. Diese soll dann frühestens nach einem Jahr und spätestens nach drei Jahren in Kraft treten. Es kann damit nicht ausgeschlossen werden, dass bereits ab 2028 aufgrund der Mindestvorhaltezahlen für die großen Leistungsgruppen der jeweiligen Grundversorgungen (Allgemeine Innere Medizin, Allgemeine Chirurgie, Allgemeine Neurologie, etc.) Schmerzkliniken mit ihrer relativ geringen Fallzahl im Zielwert **keine Vorhaltevergütung mehr für ihre Leistungen** angerechnet bekommen. Ob die Mindestvorhaltezahlen am Krankenhausstandort für ein Abrechnungsjahr als erreicht gelten, orientiert sich an den Leistungszahlen aus dem vorvergangenen Jahr, für 2028 also an den Leistungszahlen aus 2026. Trotz Unterschreitung der Mindestvorhaltezahlen kann die Planungsbehörde eines Bundeslandes (jährlich) festlegen, dass ein Krankenhausstandort für eine Leistungsgruppe trotzdem eine Vorhaltevergütung erhalten soll, wenn dies „zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich ist“.

Nachdem noch keine spezifische Leistungsgruppe für die spezielle Schmerztherapie existiert, werden die Fälle von Schmerzkliniken, wie oben dargestellt, unterschiedlichen fachfremden Leistungsgruppen zugeordnet. Dabei spielt der bei der Datenübermittlung in der Abrechnung genutzte Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V eine herausragende Rolle. Besonders ungünstig in Bezug auf die Leistungsgruppenzuordnung ist es für Schmerzkliniken den spezifischen Fachabteilungsschlüssel der *Schmerztherapie* (3753) oder einen anästhesiologisch-intensivmedizinisch Fachabteilungsschlüssel zu nutzen (s.o.). **Es könnte daher naheliegen, eine Änderung des verwendeten Fachabteilungsschlüssels anzustreben.** Ungeachtet dessen, dass dies – lokal sehr unterschiedlich gehandhabt – möglicherweise nur mit Einverständnis mit den Kostenträgern und/oder der Planungsbehörde bzw. manchmal nur im Rahmen der jährlichen Entgeltverhandlung möglich ist, sollten die **Auswirkungen der Änderung des Fachabteilungsschlüssels stets auch im Kontext der Vorhaltevergütung (Zielwert) und der Mindestvorhaltezahlen beachtet werden.** Für den Zielwert sind voraussichtlich die Fallzahlen je Leistungsgruppe der Jahre 2025 oder 2026 ausschlaggebend. **Kommt es zu einem zwischenzeitlichen Leistungsgruppenwechsel aufgrund eines veränderten Fachabteilungsschlüssels, muss dies eng mit der Planungsbehörde abgestimmt werden, da diese möglicherweise dann über Planfallzahlen korrigierend in Kalkulation der Vorhaltebudgets eingreifen müsste.** Analog kann ein Wechsel des Fachabteilungsschlüssels dazu führen, dass bei der Ermittlung der Mindestvorhaltezahlen des eigenen Krankenhausstandortes anhand von historischen Leistungszahlen keine oder nur sehr wenige Fälle identifiziert werden. Um auch hier keinen Verlust der Vorhaltevergütung zu riskieren, sind Absprachen mit der Planungsbehörde notwendig, sodass über eine Feststellung nach § 6b Abs. 2 KHEntgG in Zusammenhang mit einer Planfallzahl eine Berücksichtigung bei der Ermittlung eines Vorhaltebudgets ermöglicht wird.

**Wichtig:** nachdem das Krankenhausreformatanpassungsgesetz (KHAG) viele Probleme in der praktischen Umsetzung der Krankenhausreform noch nicht adressiert hat, ist es nicht unwahrscheinlich, dass kurzfristig weitere Reparaturgesetze folgen werden, möglicherweise auch als Anhang zu fremden Gesetzgebungsverfahren. Die hier aufgeführten Probleme und Empfehlungen sind daher immer wieder auf Aktualität zu überprüfen und Strategien an die aktuelle Gesetzeslage anzupassen. Es empfiehlt sich daher, die politische Diskussion aufmerksam zu verfolgen und durch Aufklärung die Landespolitik und die Selbstverwaltungspartner zu befähigen, sich auf Bundesebene für sachgerechte Lösungen einzusetzen. Hierzu ist es wichtig, immer wieder die Unterversorgung in der Schmerztherapie und die Kosteneffizienz der spezialisierten Schmerzmedizin darzulegen.

**Achtung: Zu den Ausnahmemöglichkeiten existieren unterschiedliche Rechtsauffassungen! Zur Sicherheit ist es ratsam, sich ein eigenes Bild zu machen und sich zur lokalen Interpretation abzustimmen (Planungsbehörde, Medizinischer Dienst, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft)!**

Ausnahmen (Auswahl)	Bedingungen	Ausnahmemöglichkeiten	Kooperation nötig	Rechtsgrundlage
<b>Standortnähe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kooperationspartner innerhalb von 2 km</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung</li> <li>Personelle Ausstattung ???</li> <li>Erfüllung Pflegepersonaluntergrenzen ???</li> </ul>	ja	§ 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 7c SGB V
<b>Sicherstellung flächendeckender Versorgung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich (Interpretation durch Bundesland)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung</li> <li>Personelle Ausstattung ???</li> <li>Erfüllung Pflegepersonaluntergrenzen ???</li> </ul>	ja	§ 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 7b SGB V
<b>Fachkrankenhäuser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>als Fachkrankenhaus im Krankenhausplan</li> <li>Zuweisung zur Versorgungsstufe „Level F“</li> <li>Spezialisierung auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums (Interpretation Land)</li> <li>leistet relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich (Interpretation Land)</li> </ul> <p><b>ab 2030:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Erfüllung <b>bundesweit</b> gültiger Definition und Kriterien der SV-Partner bzw. Schiedsstelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung</li> <li>Personelle Ausstattung</li> <li>Erfüllung Pflegepersonaluntergrenzen</li> </ul>	Ja	§ 135d Abs. 4a SGB V i.V.m. § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 SGB V
<b>„Letzter Strohalm“</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich <u>oder</u></li> <li>zur Aufrechterhaltung des Betriebs bis zu dessen Einstellung zwingend erforderlich <u>oder</u></li> <li>Zuweisung für Vollziehung eines Zusammenschlusses zwingend erforderlich und</li> <li>Einvernehmen mit den Krankenkassen (bis einschließlich 2026 nur Benehmen)</li> <li>für maximal 2 x 3 Jahre (unbefristet nur für Sicherstellungskrankenhäuser)</li> <li>nur unter Auflagen und angemessener Befristung</li> </ul> <p><u>Gesetzesbegründung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ausschließlich zur geordneten Umsetzung der Krankenhausreform</li> <li>zur Vermeidung von Versorgungslücken während laufender Umstrukturierungsprozesse</li> <li>keine dauerhafte Umgehung oder Infragestellung der Qualitätsvorgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung</li> <li>Personelle Ausstattung</li> <li>Erfüllung Pflegepersonaluntergrenzen</li> </ul>	Nein	§ 6a Abs. 4 KHG
<b>Tageskliniken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>am Standort darf keine vollstationäre Versorgung erbracht werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung nur während Betriebszeiten zu erfüllen</li> <li>Personelle Ausstattung nur während Betriebszeiten zu erfüllen</li> <li>Erfüllung Pflegepersonaluntergrenzen nicht relevant</li> </ul>	Ja Nein  Nein  ./.	§ 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 SGB V § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 SGB V § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 6e SGB V
<b>Bundeswehrkrankenhäuser und BG-Kliniken</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung</li> <li>Personelle Ausstattung</li> <li>Erfüllung Pflegepersonaluntergrenzen</li> </ul>	Ja	§ 6a Abs. 3 Satz 4 KHG
<b>Tele-Stroke-Units</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung</li> <li>Personelle Ausstattung</li> </ul>	Ja telemedizinisch	§ 135e Abs. 4 Satz 3 SGB V

# Krankenhausreformanpassungsgesetz (KHAG)

**Das neue Gesetz zur Krankenhausreform & Schmerztherapie:  
Was ist beschlossen? Was ist zu tun?**

**Fakten, Tipps, Fragen & Antworten**

DRG RESEARCH  
GROUP

Dr. med. Wolfgang Fiori

**Roeder & Partner** Ärzte  
Berater im Gesundheitswesen



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

# Wichtig:

Die folgenden Informationen beruhen auf dem **Stand vom 13. April 2026**  
Es existieren bereits unterschiedliche **Interpretationen** des Gesetzestextes!

Die folgenden Informationen sichern keinen Rechtsanspruch!

Im Zweifelsfall sollte lokal mit den Planungsbehörden, den Krankenkassen, dem MD und der Landeskrankengesellschaft das sinnvollste Vorgehen abgesprochen werden!

# Timeline: Krankenhausplanung und Vorhaltevergütung

Wann

Wer

30.12.2025

Bundesland

- Beauftragung MD mit Leistungsgruppenprüfung (Krankenhausplanung bereits abgeschlossen?)

31.07.2026

MD

- Abschluss der Leistungsgruppenprüfung (für 2027)

31.12.2026

Bundesland

- Abschluss endgültige Leistungsgruppenzuweisung für Folgejahr, Übermittlung an InEK (Standort, Leistungsgruppe, Planfallzahl, Ausnahmen Mindestvorhaltezahlen)

DRG-/Leistungsgruppengrouper und Hybrid-DRGs für das Folgejahr?

31.09.2027

28.02.2027

InEK

- Ermittlung der Vorhaltevolumina je Land, Leistungsgruppe und Standort (ohne Hybrid-DRGs)

30.11.2027

10.12.2027

InEK

- Erster Bescheid gegenüber Krankenhaus

01.01.2028

Krankenhaus

- Beginn der Konvergenzphase: Abrechnung Vorhaltebudget (BWR), Abrechnungsverbot für nicht zugewiesene Leistungsgruppen, Abrechnungsverbot Vorhaltebudget bei Unterschreitung der Mindestvorhaltezahl, Abrechnungsverbot Mindestmengen in der Onkochirurgie

01.01.2030

- Ende der Konvergenzphase ???

Wichtig: Sonderweg NRW !!!

# Die wichtigsten Leistungsgruppen für die Schmerzmedizin

(Zuordnung abhängig vom verwendeten Fachabteilungsschlüssel und DRG)

Fachabteilungsschlüssel	allgemein	DRG I42A/B
<b>0100</b> oder weitere nicht spezialisierte Fachabteilungsschlüssel der <b>Inneren Medizin</b> (z.B. 019* außer 09* oder 0109)	LG001 (Allgemeine Innere Medizin)	
<b>3753</b> oder 3759 <b>Schmerztherapie</b>	LG001 (Allgemeine Innere Medizin)	LG014 (Allgemeine Chirurgie)
<b>3600</b> und die meisten weiteren Fachabteilungsschlüssel der <b>Intensivmedizin</b> (36**)	LG001 (Allgemeine Innere Medizin)	LG014 (Allgemeine Chirurgie)
<b>1500, 1600, 2300, 3755</b> und weitere Fachabteilungsschlüssel der <b>Chirurgie</b> (15**, 16**, 23** <b>außer 2309</b> )	LG014 (Allgemeine Chirurgie)	
<b>2309 Rheumaorthopädie</b> oder 09** oder 0109* <b>Rheumatologie</b>	LG007 (Komplexe Rheumatologie)	
<b>2800</b> und die meisten weiteren Fachabteilungsschlüssel der <b>Neurologie</b> (28**)	LG053 (Allgemeine Neurologie)	
<b>1700</b> und die meisten weiteren Fachabteilungsschlüssel der <b>Neurochirurgie</b> (17**)	LG052 (Neurochirurgie)	

Achtung: Die Leistungszuordnung von Kindern ist komplex und ebenfalls vom Fachabteilungsschlüssel abhängig. Unter Umständen kann auch die Leistungsgruppe Allgemeine Kinder- und Jugendmedizin angesteuert werden

DRG RESEARCH  
GROUP



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.  
Selbstverwalteter Verein für Schmerzmedizin

# Mindestvoraussetzungen der beiden wichtigsten Leistungsgruppen für die Schmerzmedizin

(Zuordnung abhängig vom verwendeten Fachabteilungsschlüssel und DRG)

Leistungsgruppe (LG)	Anforderungsbereiche				
	Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung	
	Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit
Allgemeine Innere Medizin	<b>LG Intensivmedizin</b>	LG Allgemeine Chirurgie	Konventionelles Röntgengerät zur Aufnahme von Radiographien insbesondere des Skeletts, Thorax und Abdomens ( <b>Röntgen</b> ) <b>jederzeit</b> , Sonographiegerät, <b>CT jederzeit</b> mindestens in Kooperation, <b>Gastroduodenoskopie und Koloskopie jederzeit</b>	Facharzt (FA) aus dem Gebiet Innere Medizin	<b>Drei FA</b> , mindestens Rufbereitschaft: jederzeit
Allgemeine Chirurgie	<b>LG Intensivmedizin</b>	LG Allgemeine Innere Medizin	Röntgen, Sonographiegerät, CT jederzeit mindestens in Kooperation, <b>mindestens zwei Operationssäle</b>	FA Allgemeinchirurgie  FA Orthopädie und Unfallchirurgie FA Viszeralchirurgie	<b>Drei FA</b> , mindestens Rufbereitschaft: jederzeit  Jeweils ein FA für Allgemeinchirurgie kann durch einen FA für Orthopädie und Unfallchirurgie und einen FA für Viszeralchirurgie ersetzt werden

Grün hinterlegte Mindestvoraussetzungen können bei ausgewiesenen Fachkrankenhäusern (Level F) in Kooperation erbracht werden

# Pflegepersonaluntergrenzen

DRG	Bezeichnung <sup>6)</sup>	Pflegeerlös Bewertungs- relation pro Tag
1	3	14
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage	0,3138
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage	0,3924
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	0,4030
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mindestens 14 Tage	0,4549
V40Z	Qualifizierter Entzug	0,4790
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage	0,4904
I79Z	Fibromyalgie	0,4992
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage	0,5157
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen	0,5437
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose, mit schwerer Erkrankung der Haut, ohne aufwendige Behandlung	0,5995
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie mit bestimmter Arthropathie oder Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- / Tetraplegie	0,6036
...	...	...
U42C	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage	0,6426

Die durchschnittliche tagesbezogene Bewertungsrelation in Deutschland (aller vollstationären Fälle aus 2024) beträgt 1,0

➔ Die DRG B47A weist nur 31,4 % der durchschnittlichen Pflegepersonalkosten aller vollstationären DRG-Fälle auf, die DRG U42C 64,3%

# Pflegepersonaluntergrenzen, Leistungsgruppen und Pflegebudget

## Ab jetzt gilt für jede Leistungsgruppe:

- **Erfüllung der in § 6 der PpUGV festgelegten PpUG im Monatsdurchschnitt in allen pflegesensitiven Bereichen, die an dem jeweiligen Krankenhausstandort nach § 3 der PpUGV ermittelt wurden**
- ➔ Wird nur eine einzige PpUG im Monatsdurchschnitt nicht erfüllt, droht der Entzug sämtlicher LG (MD prüft!)
- ➔ Lokale Vereinbarungen mit Krankenkassen sind daher nicht mehr möglich (bestehende können Leistungszuweisung/Versorgungsauftrag gefährden!)
- ➔ Schneller Personalaufbau solange das ungedeckelte Pflegebudget noch besteht (Kosten bis mind. zur PpUG müssen jetzt auch schnell in die DRG-Kalkulation)

## Pflegebudget:

- **Pflegepersonalkosten für Tätigkeiten, die nicht der unmittelbaren Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen und in Kreißsälen dienen, insbesondere hauswirtschaftliche, logistische, administrative oder technische Tätigkeiten, sind unabhängig von der dienstlichen Zuordnung im Krankenhaus nicht im Pflegebudget zu berücksichtigen.**
- ➔ Erneut Diskrepanz zwischen Neuausgliederung aus historischen Daten aus dem DRG-System und Vereinbarung der Pflegebudgets sowie Streit bei der Normierung des DRG-Systems zu erwarten ...

Ausnahmen (Auswahl)	Bedingungen	Ausnahmemöglichkeiten	Kooperation nötig	Rechtsgrundlage
<b>Standortnähe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kooperationspartner innerhalb von 2 km</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung</li> <li>Personelle Ausstattung ???</li> <li>Erfüllung Pflegepersonaluntergrenzen ???</li> </ul>	ja	§ 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 7c SGB V
<b>Sicherstellung flächendeckender Versorgung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich (Interpretation durch Bundesland)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung</li> <li>Personelle Ausstattung ???</li> <li>Erfüllung Pflegepersonaluntergrenzen ???</li> </ul>	ja	§ 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 7b SGB V
<b>Fachkrankenhäuser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>als Fachkrankenhaus im Krankenhausplan</li> <li>Zuweisung zur Versorgungsstufe „Level F“</li> <li>Spezialisierung auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung, Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums (Interpretation Land)</li> <li>leistet relevanten Versorgungsanteil in diesem Bereich (Interpretation Land)</li> </ul> <p><b>ab 2030:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Erfüllung <b>bundesweit</b> gültiger Definition und Kriterien der SV-Partner bzw. Schiedsstelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung</li> <li>Personelle Ausstattung</li> <li>Erfüllung Pflegepersonaluntergrenzen</li> </ul>	Ja	§ 135d Abs. 4a SGB V i.V.m. § 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 1 SGB V
<b>„Letzter Strohalm“</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zwingend erforderlich <u>oder</u></li> <li>zur Aufrechterhaltung des Betriebs bis zu dessen Einstellung zwingend erforderlich <u>oder</u></li> <li>Zuweisung für Vollziehung eines Zusammenschlusses zwingend erforderlich und</li> <li>Einvernehmen mit den Krankenkassen (bis einschließlich 2026 nur Benehmen)</li> <li>für maximal 2 x 3 Jahre (unbefristet nur für Sicherstellungskrankenhäuser)</li> <li>nur unter Auflagen und angemessener Befristung</li> </ul> <p><u>Gesetzesbegründung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ausschließlich zur geordneten Umsetzung der Krankenhausreform</li> <li>zur Vermeidung von Versorgungslücken während laufender Umstrukturierungsprozesse</li> <li>keine dauerhafte Umgehung oder Infragestellung der Qualitätsvorgaben</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung</li> <li>Personelle Ausstattung</li> <li>Erfüllung Pflegepersonaluntergrenzen</li> </ul>	Nein	§ 6a Abs. 4 KHG
<b>Tageskliniken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>am Standort darf keine vollstationäre Versorgung erbracht werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung nur während Betriebszeiten zu erfüllen</li> <li>Personelle Ausstattung nur während Betriebszeiten zu erfüllen</li> <li>Erfüllung Pflegepersonaluntergrenzen nicht relevant</li> </ul>	Ja Nein  Nein  ./	§ 135e Abs. 4 Satz 2 Nr. 2 SGB V § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 4 SGB V  § 135e Abs. 4 Satz 1 Nr. 6e SGB V
<b>Bundeswehrkrankenhäuser und BG-Kliniken</b>				
<b>Tele-Stroke-Units</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Erbringung verwandter Leistungsgruppen</li> <li>Sachliche Ausstattung</li> <li>Personelle Ausstattung</li> <li>Erfüllung Pflegepersonaluntergrenzen</li> </ul>	Ja telemedizinisch	§ 135e Abs. 4 Satz 3 SGB V

**Grün:** Ausnahme möglich  
**Rot:** keine Ausnahme möglich

# Versorgungsstufe „Level F“ für (ausgewählte) Fachkrankenhäuser

- § 135d Abs. 4 SGB V i.V.m. § 135e Abs. 4 Satz 2 SGBV und § 6a Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz KHG -

- Es besteht **kein Rechtsanspruch** für eine Ausweisung als „Level F“ (neu: „Kann-Regel“)!
- Klarstellung: **Standortbezug** für Level F
- **Voraussetzungen:**
  - Standort hat sich auf die Behandlung einer bestimmten Erkrankung (Gesetzesbegründung: auch mehrere!), Krankheitsgruppe, Personengruppe oder eines bestimmten Leistungsspektrums **spezialisiert**,
  - leistet einen **relevanten Versorgungsanteil** in diesem Bereich und
  - ist **im Krankenhausplan** des jeweiligen Landes als Fachkrankenhaus ausgewiesen\*
- **Welche Ausnahmen** gibt es für „Level-F-Standorte“:
  - Mindestvoraussetzungen in den Anforderungsbereichen „**Erbringung verwandter Leistungsgruppen**“ und „**Sachliche Ausstattung**“ können in Kooperationen und Verbänden insbesondere mit anderen Krankenhäusern oder Vertragsärzten erfüllt werden
  - Schriftliche Kooperationsvereinbarung notwendig!
  - ➔ **Schmerzklinik** braucht **Kooperationsvereinbarungen** für die **LG Intensivmedizin**, für **zwei Operationssäle**, sowie für **Röntgen, CT, ÖGD** und **Koloskopie jederzeit**

**CAVE: Neudefinition** und Festlegung von Kriterien durch Partner der SV (bzw. Schiedsstelle) innerhalb von 3 bzw. 3½ Jahren

➔ **Keine Planungssicherheit für Fachkrankenhäuser!!**

**Aber Personelle Ausstattung und PPUG müssen immer erfüllt werden:**

- ➔ 3 VZÄ Innere + 3 VZÄ Allgemeinchirurgie oder
- ➔ 3 VZÄ Innere + 3 VZÄ Viszeralchirurgie + 3 VZÄ Unfallchirurgie und Orthopädie = 9 fachärztliche VZÄ für die Schmerzmedizin

# Letzter Strohalm?

Eine Leistungsgruppe darf trotz Nichterfüllung der Qualitätskriterien ausnahmsweise zugewiesen werden, wenn:

1. dies **zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung zwingend erforderlich** ist,
  2. der **Betrieb des jeweiligen Krankenhausstandortes vollständig oder teilweise eingestellt wird** und die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Aufrechterhaltung des Betriebs bis zu dessen Einstellung zwingend erforderlich ist oder
  3. die Zuweisung der Leistungsgruppen für die Vollziehung eines **Zusammenschlusses von Krankenhausstandorten** zwingend erforderlich ist.
  4. und die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen diesem zustimmen („**Einvernehmen**“)  
(Ausnahme: erstmalige Zuweisung noch im Jahr 2026 für 2027, dann nur im **Benehmen**)
- Ausnahmeregelung gilt **maximal (zweimalig) für je 3 Jahre!** (unbefristet nur für „Sicherstellungskrankenhäuser“)
  - Sie ist mit **Auflagen** zu verbinden (die maßgeblichen Qualitätskriterien innerhalb einer angemessenen Frist zu erfüllen)

➔ **Ausnahmeregelung soll eigentlich nicht der Kompensation von Fehlzuordnungen im Leistungsgruppensystem bzw. fachlich unpassenden Mindestvoraussetzungen der Anlage 1 dienen**

➔ **Trotzdem für viele Schmerzkliniken ab 2028 die einzige Möglichkeit weiterhin abrechnen zu dürfen**

➔ **Frühzeitig Kontakt mit Planungsbehörde und ggf. Kostenträgern aufnehmen!**

# Was ist eigentlich, wenn das MD-Gutachten zur Erfüllung der Mindestvoraussetzungen negativ und/oder fehlerhaft ist?

- MD schließt erste Prüfung bis zum 31.07.2026 ab, sonst innerhalb von 10 Wochen  
→ Das Gutachten ist **allein** der zuständigen Landesbehörde zuzusenden (§ 275a Abs. 2 Satz 5 SGB V)
- MD-Gutachten ist eine **rein verwaltungsinterne Maßnahme** zur Vorbereitung der Zuweisungsentscheidung durch die zuständige Landesbehörde
- Das MD-Gutachten ist **für die Landesbehörde** in Bezug auf die Erfüllung der Qualitätskriterien **verbindlich**
- Dem Krankenhaus wird das Gutachten erst in seiner finalen Fassung zu **rein informatorischen Zwecken** übermittelt
- Das **MD-Gutachten** ist infolge der fehlenden Außenwirkung **nicht selbstständig anfechtbar**
- Ein durch die Planungsentscheidung der Landesbehörde beschwerter **Krankenhausträger muss gegen diese Planungsentscheidung vorgehen**
- Erst dann wird das Ergebnis des Gutachtens über die Erfüllung der Qualitätskriterien beiläufig mitgeprüft
- Widerspruch und Anfechtungsklage gegen den Bescheid der Landesbehörde haben **keine aufschiebende Wirkung** → Klage auf Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes notwendig

# Klagen gegen die Planungsentscheidung

(oder mittelbar gegen das zugrundeliegende MD-Gutachten)

- Neuer § 6a Abs. 8 KHG:

*Bei gerichtlichen Entscheidungen über die Zuweisung einer Leistungsgruppe [...] sind die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, flächendeckenden und bedarfsgerechten Krankenhausversorgung und die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung besonders zu berücksichtigen. **In Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes ist zu berücksichtigen, dass eine Vergütung von Leistungen außerhalb des leistungsgruppenbezogenen Vergütungssystems gesetzlich nicht vorgesehen ist.***

Aus der Gesetzesbegründung:

- Die „*Abwägungsdirektive*“ soll Gerichte verpflichten, „*die gesetzgeberisch herausgehobenen Belange [...] bei gerichtlichen Entscheidungen, und hier insbesondere bei Eilentscheidungen, besonders zu berücksichtigen*“.
  - **Eine Vergütung ohne Zuweisung der einschlägigen Leistungsgruppe** und ein Rückgriff auf das frühere Vergütungssystem sind grundsätzlich vom Gesetzgeber nicht mehr vorgesehen, weil dies den einheitlichen Vollzug der Krankenhausreform gefährden und die finanzielle Stabilität der GKV beeinträchtigen würde (Gesetzesbegründung)
- ➔ Klagen im einstweiligen Rechtsschutz werden deutlich erschwert!  
Leistungsgruppenzuweisung muss eingeklagt werden (Aussetzen der Planungsentscheidung reicht nicht aus!)

# Änderung des Fachabteilungsschlüssels (FAB)

- Beispiele: Fachklinik für Neurologie oder Orthopädie nutzt für die Schmerztherapie den FAB 3753  
→ Durch Wechsel auf die bereits genutzten FAB 2800 (Neurologie) oder 2300 (Orthopädie) bräuchten keine zusätzlichen Mindestvoraussetzungen mehr erfüllt werden!

**Aber Vorsicht: das Leistungssystem ist – entgegen häufiger Darstellungen kein „lernendes System“!**

- Auswirkungen auf **Vorhaltevergütung** beachten!  
→ Für den krankenhausindividuellen Zielwert sind voraussichtlich die Fallzahlen je Leistungsgruppe der Jahre 2025 oder 2026 ausschlaggebend (für das Landesbudget die Zahlen aus 2024)  
→ Ggf. müsste Planungsbehörde daher über Planfallzahlen korrigierend eingreifen
- Auswirkungen auf **Mindestvorhaltezahlen** beachten (vorvergangene Jahr ist Bezugsjahr!)  
→ Ggf. müsste Planungsbehörde über Bescheid nach § 6b Abs. 2 KHEntgG eingreifen
- GKV-SV und DKG sollen noch „eine bundeseinheitliche Bezeichnung und Bestimmung von Fachabteilungen“ vereinbaren (möglicherweise bald Entscheidung über die Schiedsstelle)
- Wie Fachabteilungsschlüssel geändert werden können, wird lokal sehr unterschiedlich gehandhabt (ggf. Abstimmung mit den Krankenkassen und/oder der Planungsbehörde notwendig)

**Keine unkoordinierte Änderung  
des Fachabteilungsschlüssels  
im Alleingang empfohlen!**

# Perspektive

- Das Problem, das die Schmerzmedizin mit der Krankenhausreform hat, wurde erkannt
  - Dass die Krankenhausreform weiter reformiert werden muss, ist eigentlich Konsens
  - Wird der Kurs der Krankenhausreform eingehalten, kann ab 2029/2030 auf eine eigene LG gehofft werden
  - Denkbar sind aber auch weitere (disruptive) Reformen
- ➔ Wichtig wäre, beständig darauf hinzuweisen, dass medizinisch sinnfreie Mindestvoraussetzungen und Kooperationsverträge die Kosten der Krankenhausversorgung erhöhen und die Produktivität senken
- ➔ ... und das ohne dabei in irgendeiner Weise die Qualität zu erhöhen!
- ➔ Das Gleiche gilt für die Mindestvorhaltezahlen in der Schmerzmedizin!



# Roeder & Partner Ärzte

Berater im Gesundheitswesen

**Roeder & Partner**  
Ärzte, Partnerschaftsgesellschaft  
**DRG-Research-Group**  
Am Dorn 10, 48308 Senden  
[www.roederpartner.de](http://www.roederpartner.de)

Dr. med. Holger Bunzemeier  
Geschäftsführender Partner

Prof. Dr. med. Norbert Roeder  
Geschäftsführender Partner

Dr. med. Wolfgang Fiori  
Geschäftsführender Partner



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

# MITGLIED WERDEN

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. ist mit rund 3.700 persönlichen Mitgliedern die größte wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft im Bereich Schmerz in Europa. Darüber hinaus ist sie Mitglied der IASP (International Association for the Study of Pain) sowie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften).

**Werden Sie jetzt Mitglied  
in der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.**

**Helpen Sie mit, dass das Netzwerk  
der Schmerzmedizin in Deutschland wächst!**



**\*YOUNG-PROFESSIONAL-TARIF Mitglied werden** und sparen!  
Jetzt Neu-Mitglied werden und für nur  
105,00 € pro Jahr dabei sein!

## Eine Mitgliedschaft im großen Netzwerk der Schmerzmedizin in Deutschland „tut gut“, sowohl ideell als auch direkt für das Neumitglied, und lohnt sich zugleich:



Mitglieder-Vorteil unzähliger Vergünstigungen, insbesondere bei allen Weiterbildungsveranstaltungen.



Für Mitglieder ist der Online- und Print-Zugang zum "DER SCHMERZ" direkt und frei inkludiert.



Rabatte in Höhe von bis zu 30 Prozent, beispielsweise oftmals beim Deutschen Schmerzkongress.



Bleiben Sie up-to-date zu wissenschaftlichen und versorgungspolitischen Themen, exklusive Online-Webinare und Hintergrundpapiere.



Mitglieder erhalten spezielle Materialien auch zur Auslage in der Praxis/Klinik.



Unterstützen Sie den „Kampf gegen den Schmerz“, gemeinsam mit der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

### **Jetzt als YOUNG PROFESSIONAL in unserem YOUNG-PROFESSIONAL-TARIF Mitglied werden und sparen!**

Jetzt Neu-Mitglied werden und für nur 105,00 € pro Jahr dabei sein!

Profitieren Sie von einem Rabatt über maximal drei Kalenderjahre innerhalb des Zeitraums Ihrer ersten drei Berufsjahre ab Approbation (Medizin/Psychologie) bzw. ab Master- oder Bachelorabschluss (bei allen anderen Fächern)



[www.schmerzgesellschaft.de](http://www.schmerzgesellschaft.de)

Telefon: +49 30 39409689-0

Telefax: +49 30 39409689-9

E-Mail: [info@schmerzgesellschaft.de](mailto:info@schmerzgesellschaft.de)

**Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.**

Bundesgeschäftsstelle

Alt-Moabit 101 b

10559 Berlin