



## **Stellungnahme**

**des Berufsverbands der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD),**

**der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS),**

**der Interdisziplinären Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST) und**

**der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V.**

**zum**

**IGES-Gutachten zur Reform des AOP-Katalogs**

**und zur**

**Dritten Empfehlung der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“**

### **Vorbemerkung**

Im Rahmen des 2020 in Kraft getretenen MDK-Reformgesetzes wurde vom Gesetzgeber eine substanzielle Erweiterung des Katalogs ambulant erbringbarer Leistungen gemäß § 115b SGB V („AOP-Katalog“) beschlossen. Demnach soll dieser Katalog aktualisiert, um stationersetzende Behandlungen ergänzt und zukünftig regelmäßig an den Stand der medizinischen Erkenntnisse angepasst werden.

Grundlage für eine Vereinbarung über einen neuen Katalog ambulant durchführbarer Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen sowie hierfür einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte, die der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) verhandeln, soll nach dem Gesetzgeber ein wissenschaftliches Gutachten sein. Dieses Gutachten wurde durch das IGES-Institut erstellt und im März 2022 veröffentlicht (IGES-Gutachten zur Reform des AOP-Katalogs).

Eine im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien vorgesehene Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung wurde im Mai 2022 eingerichtet und legte Ende 2022 eine Dritte Empfehlung für eine auf Leistungsgruppen und auf Versorgungsstufen basierende Krankenhausplanung vor.

## Hintergrund: Aktuelle Lage schmerzmedizinische Versorgung in Deutschland

Anhaltende Schmerzen können zum Krankheitsbild „Chronischer Schmerz“ führen. Hierbei spielen neben den somatischen Ursachen psychische Faktoren eine wichtige Rolle. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren kann zu erheblichen psychosozialen und beruflichen Einschränkungen führen.

Goldstandard der Therapie einer chronischen Schmerzerkrankung ist eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie. Diese umfasst die gleichzeitige, inhaltliche, zeitliche und in der Vorgehensweise aufeinander abgestimmte umfassende Behandlung von Patientinnen und Patienten mit chronifizierten Schmerzsyndromen. Für die multimodale Schmerztherapie zeigten nationale und internationale Studien auch auf hohem Evidenzniveau deutliche und nachhaltige Effekte.

Die Personalintensität multimodaler Schmerztherapie konnte dabei bisher nur im voll- und teilstationären Sektor realisiert werden, ambulante und rehabilitative Strukturen können das zum jetzigen Zeitpunkt weder strukturell, personell noch wirtschaftlich darstellen.

Chronische Schmerzen können jeden treffen. Etwa 23 Millionen Deutsche, das sind 28 Prozent, haben in einer bundesweiten Umfrage von chronischen Schmerzen, in vielen Fällen mit psychosozialen und funktionellen Beeinträchtigungen, berichtet (Häuser et al.: DER SCHMERZ, 2014). Rund 3,9 Millionen dieser Patienten leiden an schweren und hochproblematischen chronischen, nicht tumorbedingten Schmerzen mit psychischen Beeinträchtigungen (Bundesamt für Soziale Sicherung, 2019). Diese Gruppe benötigt in der Regel eine Therapie durch Schmerzspezialisten, bei der verschiedene Methoden kombiniert werden. Ähnliche Zahlen stellte die Barmer GEK 2016 fest: 3,25 Millionen Patienten leiden nach Angaben des Barmer GEK-Arztreports 2016 in Deutschland an chronischen Schmerzen.

Von diesen Patienten können heute in Deutschland im ambulanten Bereich nur etwa 400.000 Patienten von einem der 1.329 ambulant tätigen Schmerzmediziner im Quartal versorgt werden. Das Durchschnittsalter von Schmerzmedizinern liegt mehr als vier Jahre höher als der Altersdurchschnitt aller niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. In fünf Jahren stehen 49 Prozent der heute tätigen Schmerzmediziner vor dem Ruhestand. Die Unterversorgung der schmerzmedizinischen Versorgung ist evident. Es fehlt an qualifizierten Schmerzmedizinern. Es existiert kein Facharzt für Schmerzmedizin und keine schmerzmedizinische Bedarfsplanung. Der Bedarf an zusätzlichen Schmerzmedizinern ist sehr hoch. Nicht nur um die Versorgungslücke zu schließen, sondern um dringend benötigten Nachwuchs zu gewinnen. (1) (siehe Literaturangaben S. 5-6)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) stellt im Juli 2022 in den Tragenden Gründen zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 110a Absatz 2 Satz 1 SGB V fest: „In den letzten zehn Jahren zeigt sich eine stetige Zunahme der Schmerzpatienten, die mittels stationärer interdisziplinärer multimodaler Schmerztherapie behandelt werden. Eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (OPS 8-918) wurde 2010 in 33.788 Fällen, 2015 bereits in 62.247 Fällen und 2019 in 69.677 Fällen erfasst. In 2020 wurde erstmalig ein Rückgang um etwa 20.000 Fälle auf 48.905 Fälle verzeichnet (...). Es ist anzunehmen, dass dieser Rückgang im Vergleich zum Vorjahr durch die Coronavirus-Pandemie bedingt ist.

Zeitgleich zeigt sich ein Anstieg der Leistungserbringer. Im Jahr 2012 erbrachten 385 Krankenhäuser diese Leistung, im Jahr 2015 bereits 457 Krankenhäuser. Seit 2015 hat die Anzahl an Krankenhäusern leicht abgenommen. 2018 waren 445 Leistungserbringer ausgewiesen. Die Fallzahlen pro Krankenhaus haben entsprechend zugenommen und betragen im Jahr 2018 157 pro Krankenhaus mit interdisziplinärer multimodaler Schmerztherapie (...).

Die Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten ist in Deutschland weder quantitativ

noch qualitativ sichergestellt. Es besteht ein Mangel an multidisziplinär und –professionell ausgerichteten Schmerzzentren und es fehlt an Spezialisten der medizinischen, psychologischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung (...). Dies weist auf Strukturmängel hin.“ (2).

Die durch chronische Schmerzen entstehenden volkswirtschaftlichen Kosten in Deutschland sind hoch, verlässliche Angaben zur genauen Höhe sind aber schwierig. Die Angaben bewegen sich zwischen 20,5 und knapp 29 Mrd. Euro pro Jahr, bestehend aus direkten Kosten wie etwa für Behandlung, Rehabilitation oder Medikamente und indirekten Kosten durch vorzeitige Verrentung oder Arbeitsunfähigkeit. Es gibt auch höhere Schätzungen bis zu 38 Mrd. Euro. (3)

### **Stellungnahmen im Einzelnen**

Der Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD), die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS), die Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V. (IGOST) und die Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. nehmen hiermit zum IGES-Gutachten zur Reform des AOP-Katalogs und zur Dritten Empfehlung der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“ wie folgt Stellung:

### **IGES-Gutachten zur Reform des AOP-Katalogs**

Das IGES –Gutachten stützt sich in seinen Empfehlungen zur Aufnahme in den AOP-Katalog hauptsächlich auf Daten des Medizinischen Dienstes (MD) und der Krankenkassen. Vor allem wird die Häufigkeit der „primären Fehlbelegung“ als Gradmesser einer möglichen Ambulantisierung gesehen. Allein dieser Zusammenhang ist schon zweifelhaft, denn die Mehrzahl der Prüfungen der schmerzmedizinischen Komplexbehandlungen verläuft zugunsten des Krankenhauses.

Zusätzlich wird als „Expertenmeinung“ die Meinung des MD angeführt. Es sind – wie die Autoren des Gutachtens zugeben – weder die Einschätzungen der wissenschaftlichen schmerzmedizinischen Gesellschaften (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., DGS e.V., IGOST e.V.) noch die des Berufsverbandes BVSD e.V. diesbezüglich eingeholt worden.

Die teilstationäre Multimodale Schmerztherapie wird zur Aufnahme in den AOP-Katalog empfohlen, die Aufnahme der stationären Multimodalen Schmerztherapie soll vorbereitet werden, um ihre Aufnahme dann auch zu empfehlen.

Beide Verfahren stellen eine sinnvolle und notwendige Ergänzung der bestehenden ambulanten und rehabilitativen Strukturen dar. Die Autoren des Gutachtens haben dabei offenbar einige Begrifflichkeiten durcheinandergebracht.

Eine effiziente schmerzmedizinische Behandlung ist nur möglich unter Anwendung aller drei Behandlungssektoren: ambulant, teilstationär, vollstationär. Hierzu nimmt ein Positionspapier der Deutschen Schmerzgesellschaft („Sektorenpapier“) eindeutig und ausführlich Stellung. (4)

Im ambulanten vertragsärztlichen Bereich ist eine multimodale Schmerztherapie nicht in der EBM-Architektur abgebildet.

Die multimodale Schmerztherapie ist nicht nur eine Aneinanderreihung verschiedener Therapieverfahren, sondern stellt eine zwischen den Disziplinen in Therapieziel und Vorgehensweise engst abgestimmte, auf einem fachübergreifend identischen Krankheitsverständnis basierende Komplexbehandlung dar. Dies beinhaltet sowohl die Notwendigkeit einer interdisziplinären Diagnostik als auch regelmäßige und kurzfristige Abstimmung und Anpassung der Therapie unter Einbeziehung aller beteiligten Disziplinen an die erzielten Veränderungen. Dafür sind Zeitfenster fest einzuplanen. Ein solches Vorgehen ist bislang im ambulanten Sektor nicht vorgesehen und ist bisher nur in einzelnen Selektivverträgen verschiedener Kassen umgesetzt bzw. in spezifischen

Versorgungskonzepten vorgesehen.

Auch der im IGES-Gutachten dargestellte Verweis auf den rehabilitativen Sektor ist irreführend. Es existiert kein aktueller wissenschaftlicher Beleg aus Deutschland dafür, dass trotz verschiedener spezifischer Konzeptentwicklungen Rehabilitationsbehandlungen bei chronischen Schmerzen unter den derzeitigen Bedingungen (Aufwand und Kosten) überhaupt mehr als nur kurzfristige Effekte erreichen können. (5)

Für den chronischen Rückenschmerz wurde zudem die Ineffektivität rehabilitativer Behandlungen nachgewiesen (6)

Im Übrigen gilt die Rehabilitationsrichtlinie des G-BA, in der in §7 geregelt ist, wem überhaupt Reha verordnet werden darf:

„Leistungen zur medizinischen Rehabilitation können nur verordnet werden, wenn das innerhalb der Krankenbehandlung angestrebte Rehabilitationsziel voraussichtlich nicht durch

- Leistungen der kurativen Versorgung oder deren Kombination,
- die Leistungen der medizinischen Vorsorge nach §§ 23 und 24 SGB V erreicht werden kann, die Leistung zur medizinischen Rehabilitation dafür jedoch eine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet.“ (7)

### **Dritte Empfehlung der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“**

Dem behandelnden Krankenhausarzt soll in Absprache mit dem Patienten grundsätzlich erlaubt werden, die Behandlung tagesstationär durchzuführen, d.h. den Patienten abends nachhause zu schicken und am nächsten Tage wieder aufzunehmen. Hierbei ist bislang unklar, wie die Vergütung der Heim- und Anreise wie auch die im ländlichen Raum ggf. nötige Unterkunft in einer Pension o.ä. geregelt ist. Auch die Frage nach der medizinischen Verantwortung, wenn eine Komplikation zuhause bzw. in der nicht-klinischen Unterkunft auftreten sollte, ist unzureichend beantwortet. Darüber hinaus wird der MD im Rahmen der jetzigen Rechtslage auch bei tagesstationärer Behandlung häufig eine primäre Fehlbelegung konstatieren, weil z.B. die Überwachung im Krankenhaus gerade nicht 24h notwendig war. Diesbezüglich wären konstruktive Lösungen für die leistungserbringenden Einrichtungen dringend notwendig, um eine solche „ambulantisierte“ Versorgungsmöglichkeit zu sichern.

Grundsätzlich existieren in der Schmerzmedizin gut definierte Konzepte der multimodalen Therapie für die verschiedenen Sektoren. Wenn ein Patient abends nachhause könnte, würde er schon von vorneherein tagesklinisch behandelt werden können. Hier ist allerdings nachteilig, dass in vielen Regionen Deutschlands keine bzw. zu wenige Tageskliniken existieren, weil Krankenkassen und MD dies bisher vehement ablehnen.

Die Schlussfolgerungen des o.g. AOP-Gutachtens sowie die Empfehlungen der Regierungskommission gehen deshalb unserer Ansicht nach an den Erfordernissen und strukturellen Gegebenheiten moderner, interdisziplinärer, multimodaler Behandlung chronisch Schmerzkranker vorbei und berücksichtigen weder den wissenschaftlichen noch den versorgungspolitischen Status Quo der Schmerzmedizin in Deutschland. Letztlich droht die Umsetzung der in den verschiedenen Papieren angedeuteten Ideen einer Ambulantisierung schmerzmedizinischer Leistungen in eine katastrophale Versorgungssituation für unsere PatientInnen zu führen. Die Errungenschaften moderner Schmerzmedizin würden in ihrer Entwicklung in Deutschland auf den Stand vor 30 Jahren zurückgeworfen.

Bei Fragen und für ein persönliches Gespräch stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Berlin, 09.03 2023

## **Kontaktadressen:**

Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten  
in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD)  
Wolfgang Straßmeir, Geschäftsführer  
Katharinenstr. 8, 10711 Berlin  
Tel. 030 / 2 88 67 260  
Fax 030 / 2 88 67 261  
[ws@bvsd.de](mailto:ws@bvsd.de)  
[www.bvsd.de](http://www.bvsd.de)

Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin e.V. (DGS)  
Geschäftsstelle  
Dr. Heinz Beitinger, Geschäftsführer  
Lennéstr. 9, 10785 Berlin  
Tel. 030 /8562188-0  
Fax: 030 / 221 85 342  
[info@dgschmerzmedizin.de](mailto:info@dgschmerzmedizin.de)  
[www.dgschmerzmedizin.de](http://www.dgschmerzmedizin.de)

Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädische/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie e.V.  
(IGOST)  
Dr. Markus Schneider, Präsident  
Kärntenstr. 2, 96052 Bamberg  
Tel.: 0951/97444-0  
Fax: 97444-22  
[markus.schneider@alphamed-bamberg.de](mailto:markus.schneider@alphamed-bamberg.de)  
[www.igost.de](http://www.igost.de)

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.  
Bundesgeschäftsstelle  
Thomas Isenberg, Geschäftsführer  
Alt-Moabit 101b  
10559 Berlin  
Tel.: 0 30 / 39 40 96 89-0  
Fax: 0 30 / 39 40 96 89-9  
[info@schmerzgesellschaft.de](mailto:info@schmerzgesellschaft.de)  
[www.schmerzgesellschaft.de](http://www.schmerzgesellschaft.de)

## **Literatur**

**(1) Grobe T, Steinmann S, Szecsenyi J.** Barmer GEK Arztreport 2016: Auswertungen zu Daten bis 2014; Schwerpunkt Alter und Schmerz. Barmer; 2016

**Markus Dietl, Dieter Korczak,** HTA-Bericht des DIMDI zur „Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung“, 2011

**Nobis, Rolke und Baumann,** Schmerz- eine Herausforderung, 2012

**Qualitätsbericht der KBV, 2021,** [https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Qualitaetsbericht\\_2021.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/KBV-Qualitaetsbericht_2021.pdf)

**BVSD-Weißbuch Schmerzmedizin, 2019,** [https://www.bvsd.de/wp-content/uploads/2019/05/BVSD-Weissbuch\\_Schmerzmedizin\\_2019\\_final.pdf](https://www.bvsd.de/wp-content/uploads/2019/05/BVSD-Weissbuch_Schmerzmedizin_2019_final.pdf)

**Häuser W, Schmutzer G, Hilbert A et al** (2015) Prevalence of chronic disabling noncancer pain and associated demographic and medical variables: A cross-sectional survey in the general German population. *Clin J Pain* 31:886–892

**(2) Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses** über die Festlegung weiterer Leistungen oder Leistungsbereiche gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 4 i. V. m. § 110a Absatz 2 Satz 1 SGB V, 2022

**(3) Christina M Wenig, Carsten O Schmidt, Thomas Kohlmann, Bernd Schweikert**, Costs of back pain in Germany, 2009, *Eur J Pain*. 2009 Mar;13(3):280-6

**Breivik H et al** (2006) Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment *European Journal of Pain* 10 287–333

**Schmidt CO, Raspe H, Pfingsten M et al** (2007) Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. *Spine* 32:2005–2011

**Bellach, BM., Ellert, U. & Radoschewski, M.**, Epidemiologie des Schmerzes – Ergebnisse des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 43, 424–431

**(4) M. Pfingsten, B. Arnold, A. Böger, T. Brinkschmidt, H.-R. Casser, D. Irnich, U. Kaiser, K. Klimczyk, J. Lutz, M. Schiltenwolf, D. Seeger, B. Zernikow & R. Sabatowski**, Sektorenübergreifende interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie, 2019, *Schmerz*. 2019 Jun;33(3):191 -203

**(5) Marcus Schiltenwolf, Matthias Buchner, Bernhard Heindl, Johannes von Reumont, Annette Müller, Wolfgang Eich**, Comparison of a biopsychosocial therapy (BT) with a conventional biomedical therapy (MT) of subacute low back pain in the first episode of sick leave: a randomized controlled trial, 2006, *Eur Spine J*. 2006 Jul;15(7):1083-92

**C. Schmidt, T. Gottfried, K. Spyra**, Kostenanalysen therapeutischer Leistungen gemäß der Patientenklassifikation der Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) bei chronischem Rückenschmerz, *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 2014; 24(06): 326-332

**(6) Hüppe A, Raspe H** (2005). Zur Wirksamkeit von stationärer medizinischer Rehabilitation in Deutschland bei chronischen Rückenschmerzen – Aktualisierung und methodenkritische Diskussion einer Literaturübersicht. *Rehabilitation* 44: 24–33

**(7) G-BA**, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, 2021