

6.3 Kosten- und Finanzierungsmodelle

A. Langenmaier, R. Thoma

Kosten- und Finanzierungsmodelle im ambulanten Sektor.....	1	Kosten- und Finanzierungsmodelle im stationären und teilstationären Sektor.....	9
Schmerztherapeutische ambulante Leistungen	2	Vergütung der vollstationären Schmerztherapie	12
Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen und freie Leistungen	3	Die multimodale Schmerztherapie	12
Privatärztliche Leistungen	4	Kosten- und Finanzierungsmodelle in der vollstationären Schmerztherapie.....	16
Interdisziplinäre Schmerztherapie im ambulanten Sektor	6	Kosten und Finanzierung der teilstationären Schmerztherapie	19
Ambulante Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen – die Realität	6	Fazit	20
		Anhang	23
		Literatur	27

Die strikte Sektorierung des deutschen Gesundheitssystems bedingt völlig unterschiedliche Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich. Die ambulante Versorgung wird durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vergütet. Zusätzlich können einzelne Leistungserbringer selektive Verträge mit einer oder mehreren Krankenkassen nach § 73 b und c sowie § 140 a–e SGB V abschließen. In der vollstationären Versorgung werden Fälle mit neuropathischen Schmerzen (DRG B47Z), Rückenschmerzen (DRG I42Z) und sonstigen Schmerzsymptomen (DRG Z44Z) über Fallpauschalen finanziert. Schmerzen bei einer Diagnose aus dem ICD-Kapitel F (F45.40, F45.41) werden ebenso wie die teilstationären Fälle nach § 6 KHEntG krankenhausspezifisch individuell verhandelt.

6.3.1 Kosten- und Finanzierungsmodelle im ambulanten Sektor

Die Finanzierung der ambulanten GKV-Leistungen erfolgt 2-stufig: Die Krankenkassen zahlen eine fixe Kopfpauschale an die Kassenärztliche Vereinigung. Diese vergütet den Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten die Leistung nach dem EBM. Der EBM stellt die bundeseinheitliche GKV-Gebührenordnung dar (abrechenbare Leistungen + abrechenbare Punkte/Leistung). Er basiert auf Kosten- und Zeitwerten ausgewählter Arztpraxen. Die Kalkulationsgrundlagen sind ein kalkulatorischer Wert für den ärztlichen Anteil der Leistung: 0,85 € pro Minute, der mit der geschätzten oder gemessenen Zeit für die Leistungserbringung multipliziert wird. Dazu addiert wird der Wert für den technischen Anteil

der Leistung. Der Gesamtwert wird in Punkten ausgedrückt. Die Verteilung und die Gewichtung der Punktwerte des EBM für die einzelnen Fachgruppen erfolgt über den Honorarverteilungsmaßstab (HVM).

Dieses Kollektivvertragssystem zwischen KVen und Landesverbänden der Krankenkassen lässt wenig marktwirtschaftlichen Verhandlungsspielraum, da Menge und Preis reguliert sind. Zudem blieb das Budget im ambulanten Bereich bis 2008 weitgehend fixiert trotz systemimmanenter Ausweitungstendenzen wie technischer Fortschritt, demographische Entwicklung und angebotsinduzierter Nachfrage, die bei fallendem Punktwert zu noch mehr Leistungen führt, um die Erlöse zu sichern.

Als Gegenmaßnahmen wurden folgende Regelungen getroffen: Trennung in ein haus- und ein fachärztliches Budget, Zusammenfassung von Einzelleistungen in Leistungskomplexe, und die Begrenzung der Punktzahl pro Patient und/oder Praxis durch „arztgruppenbezogene Regelleis-

tungsvolumina“ (RLV) (Busse 2015). Wenn Ärzte die durch das RLV vorgegebenen Grenzen überschreiten, kann eine Punktwertabsenkung die Folge sein, wobei eine über das RLV hinausgehende Fallzahl Auswirkungen auf das RLV des Folgejahres hat, das sich dann entsprechend erhöht. Werden allerdings mehr Leistungen erbracht als das Regelleistungsvolumen vorgibt, werden die darüber hinausgehenden Leistungen mit abgestaffelten Preisen oder gar nicht vergütet (AOK 2014a). Die Zusammensetzung des ärztlichen Honorars zeigt *Abbildung 1*.

Schmerztherapeutische ambulante Leistungen

Schmerztherapeutische Maßnahmen sind im EBM unter der Ziffer 30.7 festgelegt. Diese ist unterteilt in die Ziffern 30.7.1, die schmerztherapeutische Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach § 135

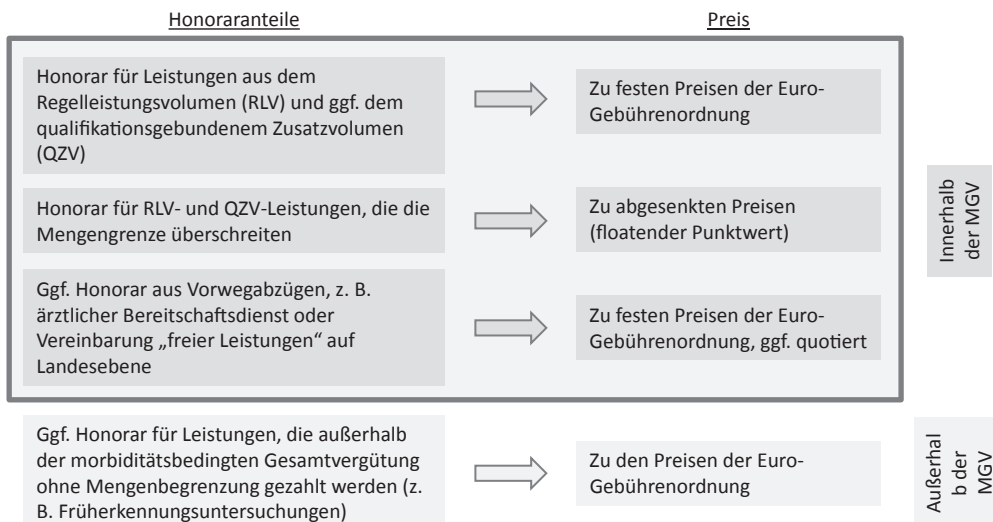


Abb. 1: Zusammensetzung des ärztlichen Honorars seit 2010 (modifiziert nach Busse 2015)

Abs. 2 SGB V (im Folgenden QsV genannt), die Ziffer 30.7.2, in der andere schmerztherapeutische Behandlungen festgelegt werden und die Ziffer 30.7.3 mit Körperakupunktur gemäß den Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V.

Regelleistungsvolumen, qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen und freie Leistungen

Wie bereits zu Anfang dieses Kapitels erwähnt, handelt es sich bei den im EBM festgelegten Vergütungswerten lediglich um Orientierungswerte. In der Realität werden schmerztherapeutische Leistungen je nach KV-Bezirk nicht nur innerhalb, sondern auch als freie Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet. Für diese, außerhalb des MGV erbrachten Leistungen, wurde unabhängig vom gedeckelten Regelleistungsvolumen (RLV) 2010 ein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen (QZV) geschaffen, das nur für bestimmte Leistungen gilt. Des Weiteren gibt es KV-Bezirke, in denen die ambulante Schmerztherapie als freie Leistung abgerechnet werden darf. In diesem Fall darf jede erbrachte Leistung abgerechnet werden, ohne zahlenmäßig gedeckelt zu werden.

Sowohl für die ambulante Versorgung (Kapitel 30.7.1 EBM) als auch für die ambulante Behandlung (Kapitel 30.7.2 EBM) von chronischen Schmerzpatienten handelt jede KV einzeln aus, ob die Leistungen über das RLV, das QZV oder als freie Leistung finanziert werden und wie hoch die jeweilige Vergütung de facto ist. Dabei ist zu beachten, dass die Honorare innerhalb der einzelnen KVen zusätzlich zwischen den verschiedenen Arztgruppen variieren können. Eine genaue Übersicht dazu gibt es leider nicht,

allerdings konnten einige Zahlen über die Internetseiten oder Ansprechpartner in den jeweiligen KV-Bezirken ermittelt werden. *Tabelle 1* zeigt eine Übersicht, wie die ambulante schmerztherapeutische Versorgung (Kapitel 30.7.1 EBM) in den unterschiedlichen KVen geregelt ist.

Die zur Vervollständigung der *Tabelle 1* notwendigen Informationen standen leider nicht für alle KVen zur Verfügung. Dennoch sieht man bereits an den vorhandenen Daten die unterschiedliche Organisation der ambulanten schmerztherapeutischen Versorgung in den einzelnen KVen. Da die Datenstrukturen der KVen unterschiedlich sind, dürfen die in *Tabelle 1* genannten Informationen nur als Anhaltspunkt zu den verschiedenen Finanzierungsstrukturen gesehen werden. Beispielsweise sind die Honorare verschiedenen Arztgruppen zugeordnet, wobei nicht für jede KV die gleichen Arztgruppen extra gelistet waren; teilweise werden überhaupt keine Honorare genannt. Zudem unterscheiden sich die KVen hinsichtlich der Zusammensetzung der GOPs, für die Ärzte Leistungen über die RLV, QZV oder freie Leistung abrechnen können. Die hohe Honorarspanne in einem einzelnen KV-Bereich ergibt sich aus unterschiedlichen QZV für einzelne Fachgruppen.

Auch die Finanzierungsstrukturen für die ambulante schmerztherapeutische Behandlung (Kapitel 30.7.2 EBM) gestalten sich sehr variabel.

Die ambulante schmerztherapeutische Behandlung fällt häufiger in den Bereich des RLV als die Versorgung. Allerdings gelten auch für die Finanzierungsinformationen zur ambulanten schmerztherapeutischen Behandlung in *Tabelle 2* die gleichen Einschränkungen wie für *Tabelle 1*.

Tab. 1: Unterschiedliche Regelung der Vergütung der Leistungen des Kapitel 30.7.1 durch die einzelnen Landes-KVen

KV	RLV	QZV	Freie Leistung/ Extrabudgetär	Honorarspanne	Stand nach Quartal
Baden-Württemberg		X		Keine Angabe der Honorare	Ab 1/2015
Bayern		X	X	Nach EBM	Ab 1/2015
Berlin		X		11,55 € – 91,44 €	Ab 1/2015
Brandenburg		X		12,74 € – 45,02 €	2/2012
Bremen		X		Keine Angabe der Honorare	4/2014
Hamburg	Nicht ersichtlich				
Hessen		X		5,75 € – 77,73 €	3/2013
Mecklenburg-Vorpommern		X		1,24 € – 122,04 €	Ab 1/2015
Niedersachsen	Nicht ersichtlich				
Nordrhein		X		Keine Angabe der Honorare	Ab 1/2015
Rheinland-Pfalz	Nicht ersichtlich				
Saarland	Nicht ersichtlich				
Sachsen		X		17,35 € – 40,28 €	Ab 1/2015
Sachsen-Anhalt		X		33,48 € – 70,18 €	
Schleswig-Holstein		X	X	30,50 € – 51,04 €	4/2014
Thüringen			X	Keine Angabe der Honorare	2014
Westfalen-Lippe	Nicht ersichtlich				

Es wird deutlich, dass die Kosten- und Finanzierungsmodelle für die ambulante GKV-Versorgung und die Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzen je nach Region nicht nur strukturell, sondern auch hinsichtlich der Vergütung selbst stark differieren. Hinzu kommt, dass die Modelle jedes Jahr von den KVen verändert werden können und somit kaum ein aktuelles Bild gezeichnet werden kann. Es kann an dieser Stelle lediglich auf die hohe Komplexität der ambulanten Finanzierungsstruktur hingewiesen werden, ohne den Anspruch auf eine vollständige Darstellung des Systems

zu stellen. Aktuelle Tabellen mit Fallwerten, RLVs und QZVs stellen die Landes-KVen ihren Mitgliedern quartalsweise zur Verfügung.

Privatärztliche Leistungen

Privatärztliche Leistungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vergütet (Bundesjustizministerium 2015). Der Behandlungsvertrag kommt direkt mit dem Patienten zustande, der die Leistungen i. d. R. von einer privaten Krankenversicherung erstattet bekommt. *Tabelle 3* zeigt die Unterschiede zwischen GKV und PKV.

Tab. 2: Regelung von RLV, QZV und freier Leistung bzgl. Kapitel 30.7.2 EBM

KV	RLV	QZV	Freie Leistung/ Extrabudgetär	Honorarspanne	Stand nach Quartal
Baden-Württemberg			X	Keine Angabe der Honorare	Ab 1/2015
Bayern		X		10,31 € – 72,83 €	Ab 1/2015
Berlin		X		0,03 € – 74,83 €	Ab 1/2015
Brandenburg		X		0,68 € – 8,09 €	2/2012
Bremen	X				4/2014
Hamburg		X		8,80 € – 161,08 €	
Hessen		X		0,40 € – 21,32 €	3/2013
Mecklenburg- Vorpommern		X		1,09 € – 4,82 €	Ab 1/2015
Niedersachsen	Nicht ersichtlich				
Nordrhein		X		Keine Angabe der Honorare	Ab 1/2015
Rheinland-Pfalz	Nicht ersichtlich				
Saarland	Nicht ersichtlich				
Sachsen		X		4,31 € – 51,04 €	Ab 1/2015
Sachsen-Anhalt		X		4,40 € – 57,22 €	
Schleswig-Holstein	X				4/2014
Thüringen	X				2014
Westfalen-Lippe	Nicht ersichtlich				

Tab. 3: Finanzierung ambulanter Leistungen GKV vs. PKV (Busse 2015)

	GKV	PKV
Honorierungsverfahren	zweistufig	einstufig
Gebührenordnung	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) mit Punkten → regionale „Euro-Gebühren“	Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit €-Betragen
Abrechnungsvoraussetzung	Kassenzulassung	Approbation
Abrechenbare Leistungen	festgelegt durch Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und Bewertungsausschuss	gemäß den Regeln der ärztlichen Kunst, medizinisch notwendig, nach dem Stand der wissenschaftlichen Forschung
Honorarhöhe	abhängig vom Punktwert (regional unterschiedlich) und Mengenbegrenzung	i. d. R. 2,3-facher Satz der GOÄ, bis zu 3,5-facher Satz bei besonderer Schwierigkeit; nicht von Menge der Leistungen abhängig

Interdisziplinäre Schmerztherapie im ambulanten Sektor

Ambulante Schmerztherapie kann in Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Klinikambulanzen oder MVZ erfolgen. Für eine effektive Schmerztherapie sollte grundsätzlich mit approbierten Psychologen, entweder durch enge Kooperation oder Anstellung in der Einrichtung, und nach Möglichkeit auch mit Physiotherapeuten zusammengearbeitet werden.

In einem Assessment mit einem Arzt und einem approbierten Psychologen wird beim Ersttermin festgestellt, ob ein Patient eine spezielle Schmerztherapie benötigt und wenn ja, ob sie ambulant oder stationär erbracht werden sollte. Voraussetzung für dieses Assessment ist die gemeinsame Besprechung der Ergebnisse zwischen Arzt und Psychologen. Dies ist am ehesten in interdisziplinär besetzten Gemeinschaftspraxen oder MVZ möglich. Die Inhalte und Erlöse eines ambulanten interdisziplinären Assessments mit einem Arzt und einem approbierten Psychologen sowie die eines Behandlungstages werden in *Tabelle 4* aufgezeigt. Die Erlöse gelten nur in KV-Bezirken, in denen die schmerztherapeutische Versorgung (EMB Kap. 30.7.1) als freie Leistung vergütet wird.

Eine langfristige intensive, v. a. interdisziplinäre Schmerztherapie in der ambulanten Regelversorgung ist bisher nicht machbar, da maximal 5 probatorische Sitzungen möglich sind und auch die Physiotherapie in den meisten Fällen mit einer maximalen Frequenz von 2 Behandlungen je Woche verordnet werden darf. Eine gute Alternative zur intensitätsarmen ambulanten Regelversorgung stellt die integrierte Versorgung nach § 140 a–d SGB V dar (s. Kapitel 6.2). Neben der Behandlungsin-

tensität wird im Rahmen eines IV-Vertrags auch die Vergütung individuell zwischen der jeweiligen Kasse und dem Leistungserbringer festgesetzt. Die meisten IV-Verträge im Bereich Versorgung von chronischen Schmerzpatienten sehen eine wesentlich höhere Therapiedichte vor als der EBM und brauchen dafür Leistungserbringer, die eine entsprechende Infrastruktur im ambulanten Sektor vorhalten. Auf diese Weise ist es möglich, Schmerzpatienten auch im ambulanten Sektor hochintensiv und dennoch wirtschaftlich zu behandeln. Ob ein Kosten- und Finanzierungsmodell eines bestimmten IV-Vertrags sinnvoll ist, muss jeder Leistungserbringer individuell für seine eigene Infrastruktur prüfen. Eine Übersicht über die Vielzahl an IV-Verträgen und deren genauen Inhalte bzw. „Preise“ gibt es leider nicht, sodass an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen werden kann.

Ambulante Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen – die Realität

Trotz der beschriebenen Schwierigkeiten bei der vollständigen Darstellung der ambulanten Finanzierungsstruktur in der Schmerztherapie, soll an dieser Stelle versucht werden, die Realität in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen abzubilden. Arnold hat auf dem Deutschen Schmerzkongress 2014 folgende Auswertung zu schmerztherapeutischen Praxen basierend auf Einzelpraxen im dritten Quartal 2013 vorgestellt:

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die Anzahl bzw. den Anteil der schmerztherapeutischen Behandlungsfälle und die daraus resultierenden durchschnittlichen Honorare für Einzelpraxen im dritten Quartal 2013. Dabei wird zwischen Schmerzzentren, in denen die GOP 30704 abgerechnet

Tab. 4: Ambulantes interdisziplinäres Assessment und Behandlungstag, Vergütung nach EBM

Therapiebaustein	EBM-Bezeichnung	EBM-Ziffer	Vergütung	Anmerkung	Summe	
Assessment 1 Tag Arzt: 90 Minuten; Psychologe: Probatorische Sitzung (Patient zwischen 6 und 59 Jahre)	Grundpauschale	30700	32,87 €	1 x je Behandlungsfall	305,75 €	
	Zusatzpauschale	30702	51,01 €	1 x je Behandlungsfall		
	Zuschlag	30704	30,51 €	1 x je Behandlungsfall		
	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz	30706	6,16 €	immer		
	Beratung und Erörterung und/oder Abklä- rung im Rahmen der Schmerztherapie			12,12 €		immer, je 10 Minuten
			30708	109,08 €		für 90 Minuten
				36,36 €		für 30 Minuten
	Probatorische Sitzung (max. 5-mal)		35450	63,79 €		mindestens 50 Minuten
	Psychotherapeutische Grundpauschale		23211	12,33 €		6–59 Jahre
			23212	10,89 €		ab 60 Jahre
Therapie 1 Tag Arzt: 30 Minuten Psychologe: Probatorische Sitzung	Teilnahme an einer schmerztherapeutischen Fallkonferenz	30706	6,16 €	immer		
	Beratung und Erörterung und/oder Abklä- rung im Rahmen der Schmerztherapie	30708	36,36 €	für 30 Minuten		
		35450	63,79 €	mindestens 50 Minuten		
	Psychotherapeutische Grundpauschale	23211	12,33 €	6–59 Jahre		
			118,64 €			

Tab. 5: Detailauswertung zu schmerztherapeutisch tätigen Praxen (Datenquelle: Abrechnungsstatistik der KBV)

Kategorie	Schmerzzentren (Abrechnung GOP 30704)		Nicht-Schmerzzentrum (Abrechnung GOP 30702, aber nicht GOP 30704)	
	Keine Aufhebung der EBM-Regelung	Aufhebung der EBM-Regelung bei schmerztherapeutischem Zentrum	Keine Aufhebung der EBM-Regelung	Aufhebung der EBM-Regelung bei nicht-schmerztherapeutischem Zentrum
Anzahl Ärzte/Praxen	77	110	167	52
Behandlungsfälle (BHF) gesamt	30.120	52.921	130.840	43.895
BHF aus Schmerztherapie gesamt	18.156 (60,3 %)	47.469 (89,7 %)	32.837 (25,1 %)	20.920 (47,7 %)
BHF je Praxis gesamt	391	481	783	844
BHF aus Schmerztherapie je Praxis	236	432	197	402
BHF 30700 je Praxis	236	432	197	402
BHF 30702 je Praxis	216	404	154	381
BHF 30704 je Praxis	213	404	–	–
Honorar aus Schmerztherapie je BHF	97 €	95 €	67 €	71 €
Honorar aus Schmerztherapie je Praxis	22.983 € (47,6 %)	41.031 € (59,9 %)	13.114 € (22,2 %)	28.610 € (38,1 %)
Gesamt-Honorar je Praxis	48.285 €	68.491 €	58.970 €	75.159 €

werden darf und Nicht-Schmerzzentren, die lediglich die GOPs 30700 und 30702 abrechnen dürfen unterschieden. Innerhalb der Schmerzzentren bzw. Nicht-Schmerzzentren wird zwischen solchen Praxen unterschieden, für die die EBM-Regelung, nämlich die Fallzahllimitierung auf 300 Fälle pro Quartal entsprechend der QSV, gilt und solchen, bei denen die Regelung aufgehoben wurde. Diese EBM-Regelung wird nur in den Gebieten aufgehoben, in denen keine ausreichenden schmerztherapeutischen Versorgungsstrukturen vorhanden sind. Aus *Table 5* geht hervor, dass mehr chronische Schmerzpatienten in Schmerzzentren als in Nicht-Schmerzzentren versorgt werden, auch wenn die Anzahl der Praxen bei den

Nicht-Schmerzzentren höher liegt (187 vs. 219 Praxen; 65 625 vs. 53 757 schmerztherapeutische Behandlungsfälle (BHF)). Der Anteil der chronischen Schmerzpatienten beträgt in den Schmerzzentren ohne Aufhebung der EBM-Regelung 60 % und in den Schmerzzentren mit Aufhebung der EBM-Regelung 90 %, wobei der Anteil des schmerztherapeutischen Honorars je Praxis niedriger liegt (48 %; 60 %). Der Anteil der chronischen Schmerzzentren in den Nicht-Schmerzzentren liegt zwar um einiges niedriger (keine Aufhebung der EBM-Regelung: 25 %; mit Aufhebung der EBM-Regelung: 38 %), doch auch hier liegt der Anteil des Honorars aus der Schmerztherapie (22 %; 38 %) niedriger als der Anteil der Patienten.

Der größere Anteil der schmerztherapeutischen Honorare bei den Einrichtungen mit Aufhebung der EBM-Regelung resultiert vermutlich aus den nicht limitierten Fallzahlen. Der geringere Anteil an schmerztherapeutischem Honorar im Verhältnis zu den Patientenzahlen führt zu der Annahme, dass es lukrativer ist, Nicht-Schmerzpatienten zu behandeln und dass die Praxen teilweise sogar auf nicht-schmerztherapeutisches Honorar angewiesen sind, um chronische Schmerzpatienten versorgen zu können.

Bei den eben beschriebenen durchschnittlichen Honoraren handelt es sich um eine bundesdeutsche Momentaufnahme des 3. Quartals 2013, ohne die individuellen Honorare in den einzelnen KV-Bezirken im Einzelnen zu beleuchten. Der Berufsverband der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD) hat über mehrere Jahre hinweg die Honorare für einen Musterpatienten zusammengestellt, bei dem die GOPs 30700, 30702 und 30704 abgerechnet wurden. 2-mal wurde der Musterpatient zusätzlich über die 30708 definiert. *Tabelle 6* zeigt die Entwicklung der schmerztherapeutischen Honorare in den verschiedenen KV-Bezirken anhand dieses Musterpatienten.

Da nicht zu allen KVen Angaben hinsichtlich der schmerztherapeutischen Honorare vorliegen, enthält *Tabelle 6* einige Zellen ohne Angabe. Dennoch werden nicht nur Schwankungen der Honorarhöhe zwischen den verschiedenen KVen deutlich, sondern auch im Zeitverlauf innerhalb einzelner KVen. Bei der KV Berlin lag das Honorar je Schmerzpatient in Quartal 4/2011 bspw. auf seinem niedrigsten Niveau von 2,15 € und im darauffolgenden Quartal bei dem für Berlin höchsten Wert von 152,75 €. Es

gibt allerdings auch wenige KV-Bezirke (Hamburg: 122,14 € und Bayern 133,84 €), in denen das schmerztherapeutische Honorar über mehrere Quartale hinweg gleich geblieben ist (BVSD 2014a).

Den Ärzten der verschiedenen KV-Bezirke stehen unterschiedlich hohe Honorare für dieselbe Leistung zur Verfügung, was die schmerztherapeutische Versorgung mehr oder weniger rentabel macht. Durch die, teilweise extremen, Schwankungen der Honorarhöhe ist es für schmerztherapeutisch tätige Einrichtungen oft schwierig, langfristig zu planen und zu kalkulieren.

Aufgrund der vielfältigen ambulanten Versorgungsstrukturen – Einzelpraxen, Gemeinschaftspraxen, Klinikambulanzen und MVZ – mit individuellen Infrastrukturen und komplexen Vergütungssystemen, ist es wenig sinnvoll ein allgemein gültiges Kosten- und Finanzierungsmodell vorzustellen. Letztendlich muss jeder Leistungserbringer sein eigenes Konzept für das jeweilige Vergütungssystem erstellen. Dennoch können die hier analysierten Vergütungsstrukturen als Grundlage für die Erstellung eines individuellen Kosten- und Finanzierungsmodells im ambulanten Sektor dienen.

6.3.2 Kosten- und Finanzierungsmodelle im stationären und teilstationären Sektor

Alle voll- und teilstationären Leistungen werden über Fallpauschalen im deutschen DRG-System (Diagnosis Related Groups) nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) vergütet. Verantwortlich für die Einführung und die (Weiter-)Entwicklung dieses Entgeltsystems waren und

Tab. 6: BVSD: Honorare Musterpatient (GOP 30700, GOP 30702, GOP 30704 und 2 x GOP 30708)

KV	1/2010	2/2010	3/2010	4/2010	1/2011	2/2011	3/2011	4/2011	1/2012	2/2012	3/2012	4/2012	1/2013	2/2013	3/2013	4/2013
Baden-Württemberg	117,52 €	117,95 €	121,59 €	115,48 €												
Bayern	133,84 €	133,84 €	133,84 €	133,84 €	133,88 €	133,88 €	133,88 €	133,84 €	133,84 €	133,84 €	133,84 €	133,84 €	133,84 €	133,84 €	133,84 €	133,84 €
Berlin < 200 Pat.	8,43 €	93,61 €	97,69 €	87,70 €	64,03 €	85,38 €	24,91 €	2,15 €	152,75 €	88,46 €	74,21 €	71,03 €	103,58 €	52,28 €	64,54 €	44,48 €
Berlin > 200 Pat.			81,06 €	83,11 €	143,97 €	84,49 €	98,82 €	98,17 €	70,66 €	81,17 €	85,84 €	82,14 €	67,92 €	83,99 €	92,36 €	73,50 €
Brandenburg	93,86 €	93,86 €	93,38 €	91,61 €	84,25 €											
Bremen	137,05 €	137,05 €	91,20 €	95,07 €	102,88 €	105,79 €	115,15 €	114,12 €	102,07 €	105,49 €						96,74 €
Hamburg					133,88 €	127,72 €	122,37 €	125,31 €				122,14 €	122,14 €	122,14 €	122,14 €	
Hessen	133,88 €	133,88 €	133,88 €	133,88 €	133,88 €											
Mecklenburg-Vorpommern																
Niedersachsen	104,44 €	104,44 €	70,97 €	68,08 €	68,61 €											
Nordrhein	112,06 €	146,13 €	141,01 €	145,64 €	132,13 €	117,92 €	112,03 €		134,27 €	134,27 €	134,27 €	134,27 €	135,22 €	135,48 €	135,48 €	
Rheinland-Pfalz	166,12 €	156,65 €	119,68 €	113,33 €	118,44 €					122,62 €	114,21 €	116,13 €	126,06 €	124,15 €	116,51 €	
Saarland	137,42 €	135,08 €	60,99 €- 135,86 €	101,90 €- 135,86 €	133,88 €	133,88 €	133,88 €	133,88 €	133,88 €	143,72 €						
Sachsen					90,73 €	91,70 €	90,32 €	92,64 €	118,50 €	85,81 €						
Sachsen-Anhalt									133,88 €	134,74 €	134,74 €	133,78 €	133,57 €	135,09 €	135,09 €	
Schleswig-Holstein	133,88 €	133,88 €	136,00 €	136,00 €	121,30 €	121,13 €	120,24 €		133,84 €	122,87 €	128,36 €	133,88 €	135,09 €	135,09 €	126,40 €	126,40 €
Thüringen																
Westfalen-Lippe	153,93 €	151,00 €	156,27 €	155,38 €	136,51 €	137,05 €	137,05 €									

sind die Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene, also die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband Bund der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV). Der Einbezug der PKV macht deutlich, dass im Gegensatz zum ambulanten Vergütungssystem, die Entgelte für die allgemeinen Krankenhausleistungen im stationären Bereich für alle Leistungserbringer einheitlich sind. Die beschriebenen Entgeltbereiche sind ausschließlich auf die Betriebskostenfinanzierung beschränkt und umfassen keine Investitionskosten, da diese von den Ländern zu tragen sind (duale Finanzierung).

Das DRG-System ist ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalisierendes Vergütungssystem (§ 17 b Abs. 1 Satz 1 KHG) (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz) und wurde in Deutschland seit 2003 schrittweise im Rahmen eines lernenden Systems eingeführt und weiterentwickelt. In der Konvergenzphase bis 2009 wurden die krankenhausindividuellen Preise, also die Krankenhausbudgets, an landesweit einheitliche Preise mit dem Ziel „gleiche Leistung, gleicher Preis“ angeglichen. Seit 2010 rechnen grundsätzlich alle Krankenhäuser, bis auf wenige zeitlich befristete Ausnahmen, in jedem Bundesland ihre Leistungen in einem landeseinheitlichen Preisniveau (Landesbasisfallwert) ab.

Die Eingruppierung in die DRG-Fallpauschale erfolgt über die Krankheitsart (Diagnose ICD), den Schweregrad der Erkrankung sowie erbrachte Operationen und Prozeduren (OPS), wobei der unterschiedliche Behandlungsaufwand durch Bewertungsrelationen ausgedrückt wird. Mit der Fallpauschale wird somit die Vergütung einer definierten Krankheit und deren Behandlung in einer

festgelegten Verweildauer kalkuliert. Innerhalb dieser sog. mittleren Grenzverweildauer wird unabhängig von der tatsächlichen Verweildauer die gleiche Pauschale bezahlt. Eine Über- oder Unterschreitung der ermittelten Grenzverweildauer wird durch Ab- oder Zuschläge je Fall verrechnet. Der Preis für eine Fallpauschale lässt sich durch die Multiplikation der Bewertungsrelation der jeweiligen DRG mit dem Landesbasisfallwert berechnen. Der DRG-Katalog wird jedes Jahr auf der Grundlage der Ist-Leistungsdaten aller Krankenhäuser sowie Ist-Kostendaten einer freiwilligen Stichprobe von Krankenhäusern neu erstellt und plausibilisiert. Für die Erstellung des DRG-Katalogs 2014 wurden hierfür bspw. bereinigte Kosten- und Leistungsdaten von 244 Krankenhäusern (davon 12 Universitätskliniken) mit insgesamt etwa 3,5 Mio. Fällen verwendet. In 2014 enthielt der Katalog 1.196 verschiedene Fallpauschalen und 159 Zusatzentgelte (hauptsächlich für teure Medikamente und Medizinprodukte), die in eng begrenzten Ausnahmefällen zusätzlich zu den Fallpauschalen abgerechnet werden dürfen. Insgesamt darf je Krankenhausaufenthalt lediglich eine DRG abgerechnet werden. Für die Weiterentwicklung der Fallpauschalen werden medizinische Fachgesellschaften und andere Betroffene zur aktiven Teilnahme an dem sog. „strukturierten Dialog“ des DRG-Instituts (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, InEK) angehalten. Zudem ist es dringend notwendig, dass sich genügend Krankenhäuser an der freiwilligen Kalkulation des DRG-Systems beteiligen und differenzierte Kalkulationsdaten an das InEK liefern (Bundesministerium für Gesundheit 2014).

6.3.3 Vergütung der vollstationären Schmerztherapie

Die multimodale Schmerztherapie

Die Vergütung der vollstationären multimodalen Schmerztherapie ist seit 2005 mit eigenen Fallpauschalen im Deutschen DRG-System abgebildet. Bis Ende 2015 löste die vollstationäre multimodale schmerztherapeutische Leistung über den OPS-Kode 8-918.* in Verbindung mit der Hauptdiagnose eine von vier schmerztherapeutischen DRGs B47Z, I42Z, U42Z oder Z44Z aus (Abb. 2).

Den DRGs B47Z, I42Z und Z44Z wurden Fallgewichte zugeordnet, die vom InEK auf der Basis der betriebswirtschaftlichen Daten der Kalkulationskrankenhäuser jährlich neu kalkuliert wurden. Die DRG U42Z fällt unter die nicht im Fallpauschalenkatalog vergüteten vollstationären Leistungen. Es ist also ein krankenhausindividuelles tages- oder fallbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 des KHG zu vereinbaren (InEK 2014a).

Grundlage der schmerztherapeutischen DRGs multimodale Schmerztherapie ist die Leistungsbeschreibung des OPS-Kodes 8-918.*. Dieser umfasst neben Struktur- und Prozessqualitätsvorgaben die Leistungsdauer (7 bis 13 Tage, 14 bis 20 Tage und mehr als 20 Tage) und seit dem OPS-Katalog 2009 auch die psychotherapeutischen und bewegungstherapeutischen Therapieintensitäten (Tab. 7).

Leider blieb in den Fallpauschalenkatalogen bis 2015 die Tatsache nicht berücksichtigt, dass bei der multimodalen Schmerztherapie, im Gegensatz zu den anderen vollstationären Krankenhausleistungen, jeder Tag ein Behandlungstag mit hoher Therapieintensität ist und somit eine länger dauernde Behandlung einen erheblich höheren Ressourcenverbrauch hat als eine Kurzzeittherapie. Dadurch wurde durch das DRG-System ein für die Therapie fataler Anreiz gesetzt: Wer kürzer als die mittlere Verweildauer mit möglichst wenig Therapieintensität behandelte, erlöste einen höheren Tageserlös (Abb. 3 und Abb. 4). Das DRG System belohnte also eine „Schmerztherapie light“ (Tab. 8).

Im neuen DRG-Fallpauschalenkatalog 2016 hat sich ab 1.1.2016 die Vergütung der vollstationären multimodalen Schmerztherapie grundsätzlich geändert. Die seit sechs Jahren von der schmerzmedizinischen Fachgesellschaft und dem Berufsverband geforderte Höherbewertung der länger dauernden und höher intensiven Schmerztherapie wurde durch eine Splittung der DRGs B47Z (in B47A und B47B) und der DRG I42Z (in I42A und I42B) umgesetzt. Gleichzeitig wurde die DRG B44Z aus dem Fallpauschalenkatalog gestrichen. Die DRG U42Z blieb unverändert (Abb. 5).

Der multimodalen Schmerztherapie (OPS 8-918.*) wird oft im Rahmen der multimodalen schmerztherapeutischen Kurzzeitbehandlung (OPS 8-91b) ein Assessment zur

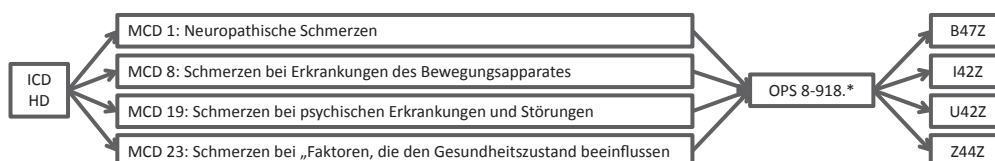


Abb. 2: Auslösung der schmerztherapeutischen DRGs (DGSS 2005)

Tab. 7: OPS-Kode 8-918.* „Multimodale Schmerztherapie“ (OPS-Katalog 2016)

OPS-Kode Multimodale Schmerztherapie	Text
8-918.0	Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
8-918.00	Bis zu 20 Therapieeinheiten
8-918.01	Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren
8-918.02	Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon mindestens 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren
8-918.1	Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
8-918.10	Bis zu 41 Therapieeinheiten
8-918.11	Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon weniger als 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren
8-918.12	Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon mindestens 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren
8-918.13	Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon weniger als 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren
8-918.14	Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon mindestens 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren
8-918.2	Mindestens 21 Behandlungstage
8-918.20	Bis zu 83 Therapieeinheiten
8-918.21	Mindestens 84 Therapieeinheiten, davon weniger als 21 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren
8-918.22	Mindestens 84 Therapieeinheiten, davon mindestens 21 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

Therapieerprobung nach einer multidisziplinären algesiologischen Diagnostik (OPS 1-910) vorgeschaltet. Sie kann allerdings auch im Anschluss an eine multimodale Schmerztherapie (OPS 8-918.*) zur Therapiestabilisierung erfolgen. In Abhängigkeit von der jeweiligen Diagnose ergeben sich unterschiedliche DRGs (Tab. 9):

Die Fallgewichte der multimodalen schmerztherapeutischen Kurzzeittherapie lagen in 2016 zwischen 0,209 und 0,750 mit einer MVWD von einem bis zehn Tagen.

Neben der multimodalen Schmerztherapie werden chronische Schmerzpatienten, ins-

besondere solche mit therapieresistenten neuropathischen Schmerzen auch operativ vollstationär in Krankenhäusern behandelt.

Im Gegensatz zu vielen anderen typischen Krankenhausleistungen sind der Therapieaufwand bei der multimodalen Schmerztherapie und der damit verbundene Ressourcenverbrauch täglich hoch. Die Behandlungsintensität bleibt nämlich in der Regel während des gesamten Aufenthaltes mindestens konstant und wird oft sogar gesteigert. Um die multimodale OPS 8-918.* erfüllen und auch abrechnen zu dürfen, muss ein interdisziplinäres Team von Ärzten

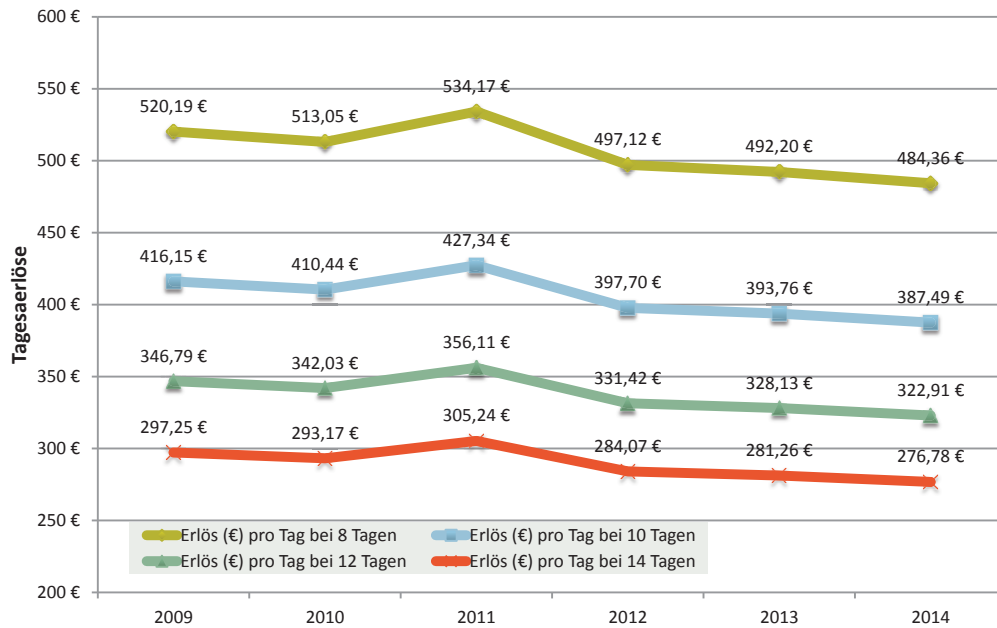


Abb. 3: Tageserlöse DRG I42Z abhängig von der Verweildauer
(Quelle: Folien Dr. Schenk, 2016, BVSD-Vorstand)

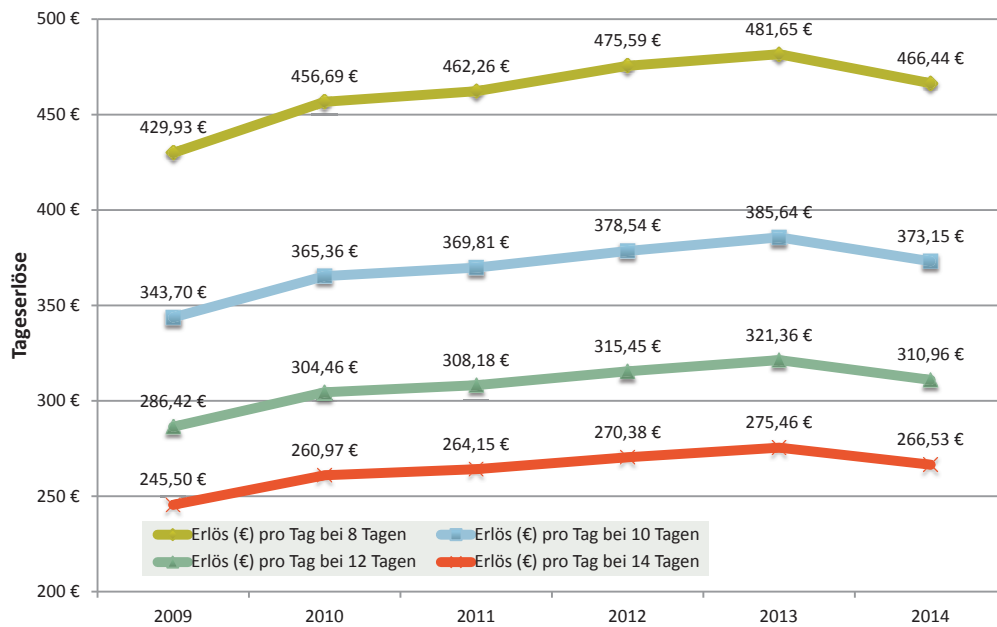


Abb. 4: Tageserlöse DRG B47Z abhängig von der Verweildauer
(Quelle: Folien Dr. Schenk, 2016, BVSD-Vorstand)

Tab. 8: Erlöse der multimodalen Schmerztherapie in den DRGs B47Z, I42Z und U42Z (Fallpauschalenkatalog 2015)

	Rücken- schmerzen	Nerven- schmerzen	Schmerzen bei psych. Erkrankungen
	I42Z	B47Z	U42Z
Bewertungsrelation (2015)	1,182	1,256	–
Basisfallwert (2015)/Nach § 6 KHEntG verhandelter Tagessatz	3.231,20 €		300 €
8-918.0* Therapie 7–13 Tage	3.819,28 €	4.058,39 €	2.100,00 € – 3.900,00 €
8-918.1* Therapie 14–20 Tage	3.819,28 €	4.058,39 €	4.200,00 € – 6.000,00 €
8-918.2* Therapie = 21 Tage (Obere Grenzverweildauer)	3.819,28 €	4.058,39 €	6.300,00 €
8-918.2* Therapie ≥ 22 Tage Zuschlag je Tag/Tagessatz	203,57	439,44 €	300 €
8-918.2* bei 22 Tagen	4.022,85 €	4.497,83 €	6.600,00 €

Tab. 9: DRGs, die bei unterschiedlichen Hauptdiagnosen durch die multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung OPS 8-91b getriggert werden. Die Aufstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. (InEK 2016)

DRG	Bezeichnung	Fallgewicht 2016	MVWD 2016
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie	0,648	5,1
B77Z	Kopfschmerzen	0,545	3,4
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose	0,750	5,4
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur	0,595	5,4
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag	0,209	1,0
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag	0,686	6,7
I71B	Muskel- und Sehnenenerkrankungen außer bei Para-/Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur	0,541	4,5
I79Z	Fibromyalgie	0,892	10,4
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen	0,623	4,4

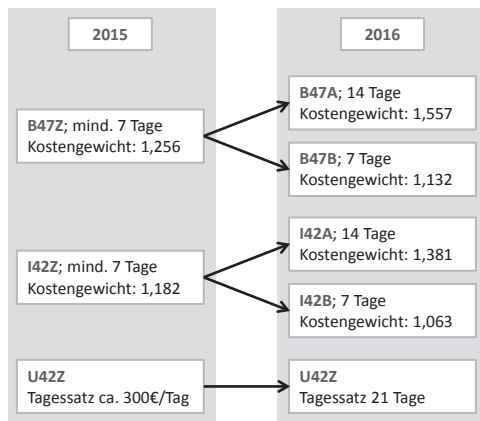


Abb. 5: Neubewertung der multimodalen Schmerztherapie in den DRGs B47Z, I42Z und U42Z (Fallpauschalenkatalog 2015 und 2016) Quelle Algesiologikum 2016

verschiedener Fachrichtungen, Psychologen und Bewegungstherapeuten dauerhaft vorgehalten werden, was erhebliche Personalkosten verursacht. Wie bereits in Kapitel 6.2 erwähnt, wird die vollstationäre multimodale Schmerztherapie in Abhängigkeit der Therapiedauer und der Therapieintensität kodiert. Bei der Vergütung hingegen wird hier kein Unterschied gemacht (bis auf die neu eingeführte Differenzierung zwischen einer 7- und mindestens 14-tägigen Behandlung, s. o.). Das bedeutet, dass ein Krankenhaus für einen Patienten mit geringer Therapiedauer und -intensität dieselbe Vergütung erhält wie für einen Patienten mit langer Therapiedauer und hoher -intensität. Mit der Reduktion von Therapiedauer und Therapieintensität steigt somit die Wirtschaftlichkeit, v. a. durch die Senkung der Personalkosten, wobei gleichzeitig der Anreiz für eine längere Therapiedauer und höhere Therapieintensität verloren geht. Eine geringere Aufenthaltsdauer und der damit niedrigere Aufwand führen im Rahmen der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems zu einer Abwertung der schmerzthe-

rapeutischen Fallpauschalen im Folgejahr (BVSD 2014b).

Beachte: Die internationale Literatur fordert für einen Therapieerfolg der multimodalen Schmerztherapie hohe Therapieintensitäten. Diese sind bei stationär behandelten Patienten, die aufgrund ihrer körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung nur eine begrenzte Therapiedauer pro Tag leisten können, mit einer längeren Behandlungsdauer (Verweildauer) verbunden.

Kosten- und Finanzierungsmodelle in der vollstationären Schmerztherapie

Die Effektivität, aber v. a. auch die Kosten der vollstationären Schmerztherapie hängen erheblich von der geleisteten Therapieintensität ab. Ein Beispiel eines solchen Wochenstundenplans für eine vollstationäre intensive multimodale Schmerztherapie zeigt *Abbildung 6*.

Die Kosten differieren in jedem Krankenhaus und in jedem therapeutischen Setting. Deshalb bilden in den folgenden Berechnungen die Kostenkalkulationsdaten des InEK die Grundlage für die Berechnungen der Fall- und Tageskosten der einzelnen Fallpauschalen. In diesem Beispiel (*Abb. 6*) wird davon ausgegangen, dass das Behandlungsteam aus Fachärzten, Stationsärzten, approbierten Psychologen und Bewegungstherapeuten besteht. Einzeltherapiestunden bei Psychologen und Bewegungstherapeuten sind mit „Einzel“ gekennzeichnet. Bei allen anderen therapeutischen Therapieeinheiten handelt es sich um Gruppenstunden.

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
08:00 - 08:30						Visite im Laufe des Vormittags	Visite im Laufe des Vormittags	
08:30 - 09:00	Visite im Laufe des Vormittags	Visite im Laufe des Vormittags	Visite im Laufe des Vormittags	Team	Visite im Laufe des Vormittags			
09:00 - 09:30					Psychoth. Einzel			
09:30 - 10:00	Physiotherapie		Atemtherapie	CA-Visite	Med Info	Eigenübung		
10:00 - 10:30		Psychoth. Gruppe						
10:30 - 11:00					Physio Einzel			
11:00 - 11:30	Psychoth. Einzel		Physio Einzel					
11:30 - 12:00		Physiotherapie						
12:00 - 12:30								
12:30 - 13:00	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	
13:00 - 13:30								
13:30 - 14:00			Rücken- und Bewegungsschule					
14:00 - 14:30	Physio Einzel	Nordic Walking		Physiotherapie	Rücken- und Bewegungsschule	Physiotherapie		
14:30 - 15:00								
15:00 - 15:30	Rücken- und Bewegungsschule	Ärztl. Gespräch Einzel	Psychoth. Einzel	Psycholog. Info		Meditation		
15:30 - 16:00		Physio Einzel						
16:00 - 16:30					Entspannung			
16:30 - 17:00	Entspannung	Meditation	Entspannung	Meditation				
17:00 - 17:30					Eigenübung			
17:30 - 18:00				Nordic Walking				
18:00 - 18:30								

Abb. 6: Bsp. für einen Wochenstundenplan in der multimodalen Schmerztherapie

Die Therapiedauer in der OPS 8-918.* bemisst sich nach den Behandlungstagen, die sich durchaus von den Berechnungstagen im Krankenhaus unterscheiden können, wenn z. B. am Wochenende keine Behandlung stattfindet. Multimodale Therapie am Wochenende führt dagegen zu einer Steigerung der Personalkosten, z. B. durch Sonntagszuschläge.

Als Grundlage der folgenden Berechnungen dient die InEK-Kostenkalkulationsmatrix 2014 des G-DRG-Reportbrowser 2016, basierend auf dem Datenjahr 2014 (vgl. Tab. 14 bzw. Tab. 15). Für die Berechnungen wurde der Bundesbasisfallwert 2015 (3.311,98 €) und die den DRGs entsprechenden Basis-kostengewichte 2016 herangezogen.

Für die multimodale Schmerztherapie bei Rückenschmerzen und neuropathischen Schmerzen können entweder für einen oder zwei Tage Assessment, für eine multimoda-

le Kurzzeitbehandlung (OPS 8-91b), für eine multimodale Schmerztherapie von mindestens sieben bis 13 Tagen (OPS 8-918.0*), für eine multimodale Schmerztherapie von mindestens 14 Tagen (OPS 8-918.1* oder OPS 8-918.2*) Erlöse erzielt werden. Die fallbezogenen Erlöse in 2016 können Tabelle 10 entnommen werden.

Zur Veranschaulichung der Entwicklung der DRG-Erlöse in Abhängigkeit der Verweildauer wurde der Erlös der jeweiligen DRG durch die Anzahl der Behandlungstage dividiert (Abb. 7). Der Tageserlös für neuropathische Schmerzen liegt höher als der für Rückenschmerzen. Ab dem dritten Behandlungstag laufen die Kurven parallel. Es zeigt sich, dass der Erlös der DRGs mit der Zunahme der Verweildauer sinkt.

Wichtig für die Praxis: Durch die neuen DRGs in der Schmerztherapie wirkt sich die Therapiedauer von mindestens 14 Tagen zwar

Tab. 10: Erlöse der multimodalen Schmerztherapie bei Rücken- und neuropathischen Schmerzen (InEK 2016)

	Rückenschmerzen				Nervenschmerzen		
	I68D	I68E	I42A	I42B	B71D	B47A	B47B
Bewertungsrelation (2016)	0,595	0,209	1,381	1,063	0,648	1,557	1,132
Basisfallwert (2016)	3.311,98 €						
Assessment 1 Tag/2 Tage		692,20 €			837,93 €/2.146,16 €		
8-91b Multimodale Kurzzeitbehandlung	1.970,63 €				2.146,16 €		
8-918.0* Therapie 7–13 Tage				3.520,63 €			3.749,16 €
8-918.1* Therapie 14–20 Tage			4.573,84 €			5.156,76 €	
8-918.2* Therapie = 21 Tage (Obere Grenzverweildauer)			4.573,84 €			5.156,76 €	
8-918.2* Therapie ≥ 22 Tage Zuschlag je Tag			208,65 €			218,59 €	
8-918.2* bei 22 Tagen			4.782,49 €			5.375,35 €	

zunächst positiv auf die Erlöse für eine intensive Therapie (B47A, I42A) aus, sinkt allerdings mit jedem weiteren Behandlungstag bis unter den minimalen Erlös der weniger intensiven multimodalen Schmerztherapie ab (B47B, I42B).

Gegenüber den täglichen Erlösen sind die Tageskosten entsprechend der InEK Kostenkalkulation aufgezeigt. Aus *Abbildung 7* und *Tabelle 11* geht hervor, dass die Erlöse für die multimodale Schmerztherapie bis zum 10. Tag höher liegen als die Tageserlöse des länger dauernden Programms (mind. 14 Tage). Die Kostendeckung hängt dabei von der internen Kostenstruktur des Krankenhauses und dem Ressourcenverbrauch im jeweiligen therapeutischen Setting ab.

Beachte: Die multimodale Schmerztherapie bei Patienten mit Schmerzen bei psychischen Erkrankungen oder Störungen werden nicht über Fallpauschalen, sondern über krankenhausesindividuell entsprechend § 6 KHEntG verhandelte Tagessätze vergütet.

Eine Erlösübersicht, für den Fall, dass das Krankenhaus mit den Krankenkassen einen Tagessatz von 300,00 € verhandelt hat, findet sich in *Tabelle 12*.

Tabelle 12 zeigt, dass die Erlöse für die multimodale Schmerztherapie bei Patienten mit psychischen Erkrankungen oder Störungen die Fallpauschalenerlöse für Rückenschmerzen (I42*) erst ab dem 13. Tag und bei neuropathischen Schmerzen (B47*) erst ab dem 14. Tag übersteigen.

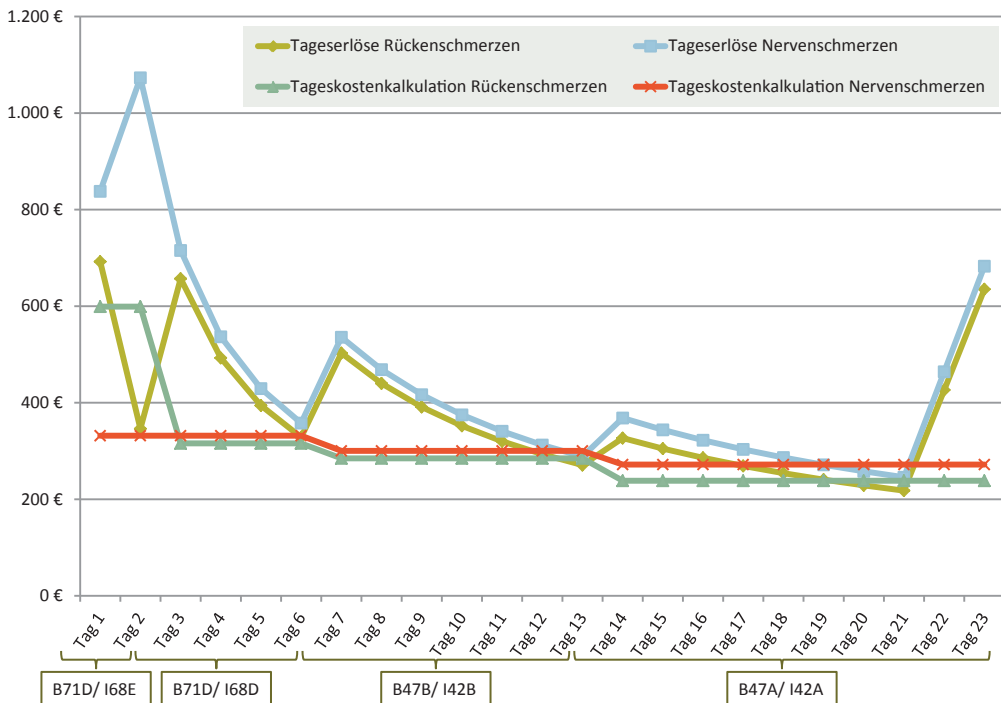


Abb. 7: Tagesbezogene Kosten und Erlöse

Wichtig für die Praxis: Im Gegensatz zur multimodalen Schmerztherapie bei Rücken- oder neuropathischen Schmerzen nimmt die Rentabilität mit der Therapiedauer nicht ab, sondern zu. Daher können bei der Fallpauschale U42Z Therapieprogramme mit einer höheren Therapieintensität und längeren Therapiedauer angeboten werden, ohne einen negativen Deckungsbeitrag zu erwirtschaften.

Kosten und Finanzierung der teilstationären Schmerztherapie

Die multimodale Schmerztherapie wird nicht nur voll- sondern auch teilstationär in Tageskliniken erbracht. Diese Versorgungsform unterliegt bisher allerdings nicht dem DRG-System. Die teilstationäre Schmerztherapie kann zwar in der OPS

8-91c verschlüsselt werden, aber eine DRG kann daraus nicht generiert werden. Zur Abrechnung wird für jeden Patienten täglich die OPS 8-91c kodiert, also täglich ein neuer „Fall“ angelegt. Der Erlös je „Fall“ wird nach § 6 des KHEntgG im Rahmen der Budgetverhandlungen zwischen den einzelnen Krankenhäusern und den Krankenkassen individuell verhandelt. Geht man davon aus, dass der Erlös je Fall, also je Tag und Patient, bei 300 € liegt, so ergeben sich für unterschiedliche Therapiedauern folgende Erlöse (Tab. 13).

In der Literatur gibt es keine Daten über die real verhandelten Erlöse bzw. einen Durchschnitt der Erlöse für die teilstationäre Schmerztherapie. Es ist anzunehmen, dass der Tagessatz in der teilstationären Schmerztherapie von Bundesland zu Bun-

Tab. 11: Tagesbezogene Kosten- und Erlöskalkulation

	VWD	Rückenschmerzen			Nervenschmerzen		
		Tages- erlöse	Tages- kosten	Differenz	Tages- erlöse	Tages- kosten	Differenz
B71D/I68E	Tag 1	692,20 €	599,00 €	93,20 €	837,93 €	331,73 €	506,20 €
	Tag 2	346,10 €		-252,90 €	1.073,08 €		741,35 €
B71D/ I68D	Tag 3	656,88 €	315,80 €	341,08 €	715,39 €	331,73 €	383,65 €
	Tag 4	492,66 €		176,86 €	536,54 €		204,81 €
	Tag 5	394,13 €		78,33 €	429,23 €		97,50 €
	Tag 6	328,44 €		12,64 €	357,69 €		25,96 €
B47B/I42B	Tag 7	502,95 €	284,73 €	218,22 €	535,59 €	300,27 €	235,32 €
	Tag 8	440,08 €		155,35 €	468,65 €		168,37 €
	Tag 9	391,18 €		106,45 €	416,57 €		116,30 €
	Tag 10	352,06 €		67,33 €	374,92 €		74,64 €
	Tag 11	320,06 €		35,33 €	340,83 €		40,56 €
	Tag 12	293,39 €		8,66 €	312,43 €		12,16 €
	Tag 13	270,82 €		-13,91 €	288,40 €		-11,88 €
B47A/I42A	Tag 14	326,70 €	238,37 €	88,33 €	368,34 €	271,98 €	96,36 €
	Tag 15	304,92 €		66,55 €	343,78 €		71,80 €
	Tag 16	285,87 €		47,49 €	322,30 €		50,31 €
	Tag 17	269,05 €		30,67 €	303,34 €		31,35 €
	Tag 18	254,10 €		15,73 €	286,49 €		14,50 €
	Tag 19	240,73 €		2,35 €	271,41 €		-0,58 €
	Tag 20	228,69 €		-9,68 €	257,84 €		-14,15 €
	Tag 21	217,80 €		-20,57 €	245,56 €		-26,42 €
	Tag 22	426,45 €		188,08 €	464,15 €		192,17 €
	Tag 23	635,10 €		396,73 €	682,74 €		410,76 €

desland und von Krankenhaus zu Krankenhaus großen Schwankungen unterliegt. Genaue Informationen können bei der zuständigen Landes-Krankenhausgesellschaft erfragt werden. Inwiefern die teilstationäre Schmerztherapie kostendeckend angebo-

ten werden kann, hängt immer von den individuellen Kosten für die Infrastruktur der Tagesklinik und dem Verhandlungsgeschick der Betreiber ab.

Tab. 12: Vergleich der Erlöse I42Z, B47Z und U42Z

	Rückenschmerzen		Nervenschmerzen		Schmerzen bei psych. Erkrankungen
	I42A	I42B	B47A	B47B	U42Z
Bewertungsrelation (2016)	1,381	1,063	1,557	1,132	
Basisfallwert (2016)/Nach § 6 KHEntG verhandelter Tagessatz	3.311,98 €				300 €
8-918.0* Therapie 7–13 Tage		3.520,63 €		3.749,16 €	2.100,00 €–3.900,00 €
8-918.1* Therapie 14–20 Tage	4.573,84 €		5.156,76 €		4.200,00 €–6.000,00 €
8-918.2* Therapie = 21 Tage (Obere Grenzverweildauer)	4.573,84 €		5.156,76 €		6.300,00 €
8-918.2* Therapie ≥ 22 Tage Zuschlag je Tag/ Tagessatz	208,65 €		218,59 €		300 €
8-918.2* bei 22 Tagen	4.782,49 €		5.375,35 €		6.600,00 €

Tab. 13: Erlöse teilstationäre Schmerztherapie bei einem Tagessatz von 300 €

Therapie	Erlöse
Assessment	300,00 €
Assessment 2 Tage	600,00 €
Assessment + 1 Woche Therapie	1.800,00 €
Assessment + 2 Wochen Therapie	3.300,00 €
Assessment + 3 Wochen Therapie	4.800,00 €

Fazit

Chronische Schmerzpatienten werden in allen Sektoren unseres Gesundheitssystems versorgt und behandelt. Allerdings weisen die strukturellen und politischen Voraussetzungen für eine adäquate Versorgung an vielen Stellen Schwächen auf. Eine intensive interdisziplinäre und multimodale Schmerztherapeutische Versorgung ist im ambu-

lantem Bereich über die Regelversorgung bisher organisatorisch und wirtschaftlich nicht darstellbar. Allein über die selektiven Verträge mit Krankenkassen (Integrierte Versorgung) können Schmerzpatienten auch ambulant mit hoher Therapieintensität versorgt werden. Es wäre zu begrüßen, wenn eine tagesklinische multimodale Therapie nicht nur von Krankenhäusern, sondern auch von interdisziplinär arbeitenden größeren Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren erbracht werden dürfte. Damit könnten Patienten am Beginn der Chronifizierung ambulant multimodal behandelt werden.

Im teilstationären Setting hängt eine ausreichende Vergütung für eine „gute“ Versorgungsqualität von dem mit den Krankenkassen verhandelten Tagessatz ab.

Im vollstationären Sektor konnten bis zum Jahr 2015 durch länger dauernde und höher

intensive Therapieprogramme keine positiven Deckungsbeiträge erzielt werden. Das DRG-System zwang die Krankenhäuser, die Therapiedauer und -intensität zu verringern, um multimodale Therapie wirtschaftlich leisten zu können. Es bestand die Gefahr, dass der Patientennutzen dabei auf der Strecke blieb.

Diese falschen Anreize durch das Fallpauschalensystem wurden jetzt zwar abgemildert, dennoch ist die Erlössituation der höher intensiven Therapieprogramme immer noch problematisch. Die neue Splittung der Fallpauschalen B47* und I42* bevorzugt immer noch die kurzen Therapiedauern. Das zeigt sich in den höheren Tageserlösen in den DRGs B47B und I42B.

Auch unter den neuen Bedingungen der Splittung der DRGs B47* und I42* besteht weiterhin ein Anreiz zur möglichst kurzen Schmerztherapie mit möglichst niedriger Therapieintensität. Ob im Rahmen der Weiterentwicklung des deutschen DRG-Systems für 2017 eine adäquate Vergütung auch der höher intensiven Therapieprogramme mit einer Therapiedauer von mehr als 13 Tagen erreicht werden kann, hängt

davon ab, dass diese Programme häufiger durchgeführt werden und sich in den Kostendaten der Kalkulationskrankenhäusern abbilden. Dadurch würde die Kalkulationsgrundlage für diese längeren Therapiedauern und -intensitäten breiter.

Fachgesellschaft und Berufsverband müssen also auch in Zukunft darauf hinarbeiten, dass höher intensive multimodale Therapieprogramme entsprechend ihres Ressourcenaufwandes adäquat vergütet werden.

Eine weitere Aufgabe ist es, durch Vortreiben der Versorgungsforschung die Patientengruppen herauszufinden, die von kürzeren Therapien profitieren und diese durch klare Trennparameter von den Schmerzpatienten zu unterscheiden, die eine längere Therapie benötigen. Der Erfolg der multimodalen Schmerztherapie, der am Patientennutzen gemessen werden muss, und deren Wirtschaftlichkeit hängt entscheidend davon ab, ob es uns durch neue Projekte der Versorgungsforschung gelingt die Frage zu beantworten, wie viel multimodale Therapie der chronische Schmerzpatient benötigt, um die Ziele der Behandlung zu erreichen.

Anhang

Tab. 14: Erlöse I42A (InEK-Kostenkalkulationsmatrix 2016)

Kostenart / Kostenstelle	Personalkosten			Sachkosten						Per- und Sachkosten		Summe
	Ärztl. Dienst	Pflege- dienst	Med./ techn. Dienst	Arzneimittel	Implan- tate	Übriger medizini- scher Bedarf		Med. Infra- struktur	Nicht med. Infrastruk- tur			
						4a	4b			5	6a	
01. Normalstation	436,42 €	820,89 €	30,79 €	68,67 €	3,98 €	0 €	35,74 €	14,84 €	308,85 €	1.124,42 €	2.844,6 €	
02. Intensivstation	0,60 €	0,80 €	0 €	0,03 €	0 €	0 €	0,07 €	0,02 €	0,25 €	0,80 €	2,57 €	
04. OP-Bereich	0,22 €	0 €	0,19 €	0,01 €	0 €	0 €	0,11 €	0,02 €	0,19 €	0,19 €	0,93 €	
05. Anästhesie	0,53 €	0 €	0,33 €	0,02 €	0 €	0 €	0,08 €	0 €	0,10 €	0,10 €	1,16 €	
07. Kardiologische Diagnostik/Therapie	0,03 €	0 €	0,03 €	0 €	0 €	0 €	0,03 €	0,22 €	0,01 €	0,02 €	0,34 €	
08. Endoskopische Diagnostik/Therapie	1,59 €	0 €	1,54 €	0,04 €	0 €	0 €	0,39 €	0,11 €	0,45 €	0,91 €	5,03 €	
09. Radiologie	15,90 €	0 €	22,57 €	0,42 €	0,01 €	0 €	7,25 €	19,67 €	9,00 €	13,06 €	87,88 €	
10. Laboratorien	1,31 €	0 €	14,95 €	0,21 €	0,30 €	0 €	5,79 €	28,52 €	1,70 €	6,41 €	59,19 €	
11. Übrige diagnosti- sche und therapeuti- sche Bereiche	146,97 €	9,42 €	452,19 €	4,31 €	0 €	0 €	16,50 €	13,49 €	45,90 €	266,54 €	955,32 €	
I42A	603,57 €	831,11 €	522,59 €	73,71 €	4,29 €	0 €	65,96 €	76,89 €	366,45 €	1.412,45 €	3.957,02 €	

Tab. 15: Erlöse I42B (InEK-Kostenkalkulationsmatrix 2016)

Kostenart /	Personalkosten			Sachkosten				Per- und Sachkosten		Summe
	Ärztl. Dienst	Pflegedienst	Med./techn. Dienst	Arzneimittel	Implantate	Übriger medizinischer Bedarf		Med. Infrastruktur	Nicht med. Infrastruktur	
Kostenstelle	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8
01. Normalstation	499,79 €	627,02 €	47,70 €	44,68 €	1,30 €	0 €	41,75 €	24,67 €	215,65 €	725,54 €
02. Intensivstation	0,43 €	0,93 €	0 €	0,09 €	0 €	0 €	0,12 €	0,04 €	0,16 €	0,39 €
04. OP-Bereich	0,18 €	0 €	0,11 €	0,01 €	0 €	0,23 €	0,14 €	2,22 €	0,06 €	0,09 €
05. Anästhesie	0,62 €	0 €	0 €	0,02 €	0 €	0 €	0,08 €	1,30 €	0,07 €	0,12 €
07. Kardiologische Diagnostik/Therapie	0,22 €	0 €	0,08 €	0 €	0 €	0 €	0,03 €	0 €	0,02 €	0,07 €
08. Endoskopische Diagnostik/Therapie	1,25 €	0 €	1,14 €	0,05 €	0 €	0 €	0,41 €	0,06 €	0,53 €	0,79 €
09. Radiologie	21,20 €	0 €	25,12 €	0,41 €	0 €	0 €	6,55 €	16,29 €	13,09 €	17,75 €
10. Laboratorien	0,83 €	0 €	9,16 €	0,38 €	0,05 €	0 €	8,75 €	22,66 €	1,33 €	4,28 €
11. Übrige diagnostische und therapeutische Bereiche	70,72 €	1,01 €	381,51 €	1,05 €	0 €	0 €	8,17 €	5,25 €	21,60 €	169,27 €
I42B	595,24 €	628,96 €	464,82 €	46,69 €	1,35 €	0,23 €	66,00 €	72,49 €	252,51 €	918,30 €
										3.046,59 €

Tab. 16: Erlöse B47A (InEK-Kostenkalkulationsmatrix 2016)

Kostenart Kostenstelle	Personalkosten			Sachkosten				Per.- und Sachkosten		Summe	
	Ärztl. Dienst 1	Pflege- dienst 2	Med./ techn. Dienst 3	Arzneimittel 4a	4b	Implan- tate 5	Übriger medizini- scher Bedarf 6a	6b	Med. Infra- struktur 7		Nicht med. Infrastruk- tur 8
01. Normalstation	611,49 €	939,03 €	88,04 €	72,27 €	4,25 €	0 €	60,32 €	37,25 €	303,85 €	1.167,89 €	3.284,39 €
02. Intensivstation	0,21 €	0,25 €	0,01 €	0,02 €	0 €	0 €	0,07 €	0 €	0,11 €	0,18 €	0,85 €
04. OP-Bereich	0,29 €	0 €	0,23 €	0 €	0 €	0 €	0,06 €	0 €	0,20 €	0,12 €	0,90 €
05. Anästhesie	2,69 €	0 €	1,52 €	0,10 €	0 €	0 €	0,62 €	0 €	0,64 €	0,65 €	6,22 €
07. Kardiologische Diagnostik/Therapie	0,05 €	0 €	0,04 €	0 €	0 €	0 €	0,05 €	0 €	0,01 €	0,04 €	0,19 €
08. Endoskopische Diagnostik/Therapie	4,00 €	0 €	3,45 €	0,07 €	0 €	0 €	0,73 €	0,06 €	1,23 €	3,24 €	12,78 €
09. Radiologie	12,04 €	0 €	18,90 €	0,24 €	0 €	0 €	9,35 €	26,93 €	8,02 €	13,95 €	89,43 €
10. Laboratorien	0,65 €	0 €	14,21 €	0,11 €	0 €	0 €	7,94 €	26,50 €	1,88 €	5,26 €	56,55 €
11. Übrige diagnosti- sche und therapeuti- sche Bereiche	163,87 €	5,36 €	451,61 €	2,77 €	0 €	0 €	25,27 €	75,29 €	45,18 €	239,89 €	1.009,24 €
B47A	795,29 €	944,64 €	578,01 €	75,58 €	4,25 €	0 €	104,41 €	166,03 €	361,12 €	1.431,22 €	4.460,55 €

Tab. 17: Erlöse B47B (InEK-Kostenkalkulationsmatrix 2016)

Kostenart Kostenstelle	Personalkosten			Sachkosten						Per- und Sachkosten		Summe
	Ärztl. Dienst	Pflege- dienst	Med./ techn. Dienst	Arzneimittel	Implan- tate	Übriger medizini- scher Bedarf		Med. Infra- struktur	Nicht med. Infrastruk- tur			
	1	2	3	4a	4b	5	6a	6b	7	8		
01. Normalstation	595,98 €	627,11 €	99,21 €	51,08 €	1,13 €	0 €	59,04 €	34,79 €	220,08 €	769,13 €	2.457,55 €	
02. Intensivstation	0,40 €	0,96 €	0 €	0,10 €	0 €	0 €	0,12 €	0,04 €	0,18 €	0,38 €	2,18 €	
04. OP-Bereich	0,15 €	0 €	0,06 €	0 €	0 €	0 €	0,04 €	1,76 €	0,01 €	0,03 €	2,05 €	
05. Anästhesie	0,04 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	0,01 €	0,36 €	0 €	0,01 €	0,42 €	
07. Kardiologische Diagnostik/Therapie	0,14 €	0 €	0,12 €	0,01 €	0 €	0 €	0,15 €	0 €	0,02 €	0,12 €	0,56 €	
08. Endoskopische Diagnostik/Therapie	1,42 €	0 €	1,49 €	0,05 €	0 €	0 €	0,41 €	0,08 €	0,60 €	1,06 €	5,11 €	
09. Radiologie	13,71 €	0 €	16,93 €	0,21 €	0 €	0 €	4,10 €	32,38 €	9,64 €	11,87 €	88,84 €	
10. Laboratorien	0,93 €	0 €	7,88 €	0,25 €	0 €	0 €	6,05 €	24,81 €	1,30 €	3,15 €	44,37 €	
11. Übrige diagnosti- sche und therapeuti- sche Bereiche	74,52 €	0,61 €	353,02 €	0,71 €	0 €	0 €	9,95 €	23,29 €	21,20 €	158,57 €	641,87 €	
B47B	687,29 €	628,68 €	478,71 €	52,41 €	1,13 €	0 €	79,87 €	117,51 €	253,03 €	944,32 €	3.242,95 €	

Literatur

- AOK (2014a): Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. http://www.aok-bv.de/lexikon/m/index_01997.html. 01/2016
- AOK (2014b). Übersicht über die für 2014 gültigen Landesbasisfallwerte in den einzelnen Bundesländern. http://www.aokgesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bund/krankenhaus/budgetverhandlung/landesbasisfallwert/lbfw_2014_07-11-14.pdf. 01/2016
- Bundesministerium für Gesundheit (2014): Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen. <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/stationaere-versorgung/krankenhausfinanzierung.html>. 01/2016
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz: § 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser. http://www.gesetze-im-internet.de/khg/___17b.html. 01/2016
- Arnold B (2014): Der Steinige Weg der Breitenversorgung. Vortrag auf dem Deutschen Schmerzkongress 2014 in Hamburg
- Bundesjustizministerium (2015). GOÄ, <http://www.gesetze-im-internet.de/go1982/>. 01/2016
- Busse R. Management im Gesundheitswesen: Krankenversicherung und Leistungsanbieter. Ambulanter Sektor IV: Vergütung, http://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2014.teaching.ws/MiG_2/2015.01.22_RB_Amb3_Verguetung.pdf. 02/2015
- BVSD (2014a). Honorare Musterpatient. Erhalten auf Anfrage beim BVSD. 04/2014
- BVSD (2014b). Delegiertenversammlung vom 6. Juni 2014 in Berlin. Beschluss: Einführung eines adäquaten Abrechnungssystems zur stationären multimodalen Schmerztherapie. <http://www.bv-schmerz.de/medien/pdf/Adaequates%20Abrechnungssystem%20stat.%20Schmerztherapie.pdf>. 01/2016
- Damm O, Bowles D, Greiner W (2008). Krankheitskostenanalyse und gesundheitsökonomische Bewertung eines modellierten Gesundheitspfades Rückenschmerzen
- Deutscher Bundestag (2003). Drucksache 15/2295. 15. Wahlperiode. 22.12.2003. <http://dgss.org/fileadmin/pdf/1502295.pdf>. 01/2016
- DGSS 2005. Ad Hoc Kommission DRGs & AEP Jahresbericht 2005) http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/Jahresbericht_DRG-Kommission_2005.pdf. 01/2016
- Dietl M, Korczak D (2011). Versorgungssituation in der Schmerztherapie in Deutschland im internationalen Vergleich hinsichtlich Über-, Unter- oder Fehlversorgung, Schriftenreihe HTA, Bd. 111. DIMDI, Köln
- IGES (2011). Versorgungsatlas Schmerz. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft. http://www.sip-platform.eu/tl_files/redakteur-bereich/National%20Initiatives/Publication_Versorgungsatlas%20Schmerz_August%202011.pdf. 01/2016
- InEK (2014a). Fallpauschalen-Katalog 2014. http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2014/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2014. 01/2016
- InEK (2016). G-DRG Browser Hauptabteilung Version 2014. http://www.g-drg.de/cms/G-DRG-System_2016/Fallpauschalen-Katalog/Fallpauschalen-Katalog_2016. 01/2016
- Jungck D (2008). Die Lage der Schmerztherapie in Deutschland. Verband Deutscher Ärzte für Algesiologie. http://www.vdaea.de/download/news_september08_schmerztherapie_deutschland.pdf. 01/2016
- Kohlmann T, Schmidt C O (2005). Rückenschmerzen in Deutschland – eine epidemiologische Bestandsaufnahme. Orthopädie und Rheuma, 1: 38–41
- KBV Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Stand 1. Quartal 2015. http://www.kbv.de/media/sp/EBM_Gesamt_Stand_1_Quartal_2015.pdf. 01/2016
- KV Baden-Württemberg. http://www.kvbw-admin.de/data/dateiverwaltung/fl_gnr_15-1.pdf. 01/2016
- KV Bayern. <http://www.kvb.de/abrechnung/honorar/honorar-ab-010115/>. 01/2016
- KV Berlin. https://www.kvberlin.de/20praxis/30abrechnung_honorar/90honorarverteilung/qzv/qzv_1501.pdf. 01/2016

- KV Brandenburg. http://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/Praxis/Honorar/2014/140627_Fallwerte_II_2014_aktualisiert.pdf. 01/2016
- KV Bremen. <http://www.kvhh.de/sites/default/files/QZV-FA-20144.pdf>. 01/2016
- KV Hamburg. http://www.kvhh.net/media/public/db/media/1/2012/06/501/qzv-werte-32013-1.korrekturlauf_stand27.01.2014.pdf. 01/2016
- KV Mecklenburg-Vorpommern. http://www.kvmv.info/aerzte/15/20/10/HVM2015_05122014.pdf. 01/2016
- KV Niedersachsen. http://www.kvn.de/icc/inter-net/nav/123/broker?uMen=73e70a92-b004-e121-cf5a-7e25028130e5&uTem=aaaaaaaaaaaa-aaaa-aaaa-000000000026&class=net.icteam.cms.utils.search.IndexManager%3Bcurrentsize%3D1%3Bpagesize%3D10&class_cms1=a4a09e95-0fe1-4cca-9288-02c585112826&class_text=schmerz. 01/2016
- KV Nordrhein. https://www.kvno.de/downloads/honorar/qzv_je_ag2015-1.pdf. 01/2016
- KV Rheinland-Pfalz. https://www.kv-rlp.de/anmeldung/?redirect_url=https%3A%2F%2Fwww.kv-rlp.de%2Fmitglieder%2Fverguetung%2Fabrechnung%2F%3Ffile%3D1237%23c1060. 01/2016
- KV Saarland. <http://www.kvsaarland.de/dante-cms/live/struktur.jdante?sid=FPGEGBENFDEIEMFPCIADAAAAAAGJAIAEAAAAGGBEDBCODEDBDIDJDBDDDDADDDJDDDDIDGDIDADH>
- DHEFDJGMADAAAAAAEODJCHFEJODD0295&dph=&aid=1131&back_id=15921&parent_id=3857&node_id=4919. 01/2016
- KV Sachsen. http://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/img/Mitglieder/Honorar/Honorardaten/141212_20151_qzv_gop.pdf. 01/2016
- KV Sachsen-Anhalt. http://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Praxis/Honorarverteilung/2013/Fallwerte_4_2013_Tabellen_fuer_Internet_neu.pdf. 01/2016
- KV Schleswig Holstein. <http://www.kvsh.de/KVSH/index.php%3FstoryID%3D414>. 01/2016
- KV Thüringen. http://www.kv-thueringen.de/mitglieder/abr_hon/30_honorar/20_2014/10_ausserhalb_IPV_neu/ausserhalb_IPV_neu_internet.pdf. 01/2016
- KV Westfalen-Lippe. <https://www.kvwl.de/arzt/abrechnung/honorar/index.htm>. 01/2016
- Porter M (2008). Redefining Health Care: value based competition on results. Harvard Business Press
- Schneider A-M, Amelung VE, Stumm J, Thoma R (2014). Einführung zum Schmerz. In: Amelung VE (Hrsg.), Läger R (Hrsg.) (2014): Innovative Konzepte und Verträge in der Rückenschmerztherapie. Medizinisch Wissenschaftlicher Verlag. Berlin. S. 1–49
- Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B (2009). Costs of back pain in Germany. Eur J Pain, 13(3): 280–286