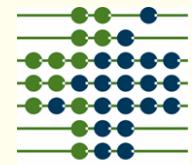


„Stationäre Fallpauschalen – Schmerztherapie in G-DRG 2008“

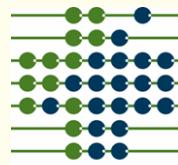
Schmerz in Deutschland
Jahrestagung DGSS / DMKG / DVS / DSG

Berlin, den 27. Oktober 2007
Christian Jacobs, InEK GmbH



Agenda

1. **DRG – ein pauschalierendes Entgeltsystem**
2. Schmerz und DRG – Entwicklung bis 2007
3. Neues für 2008
4. Ausblick

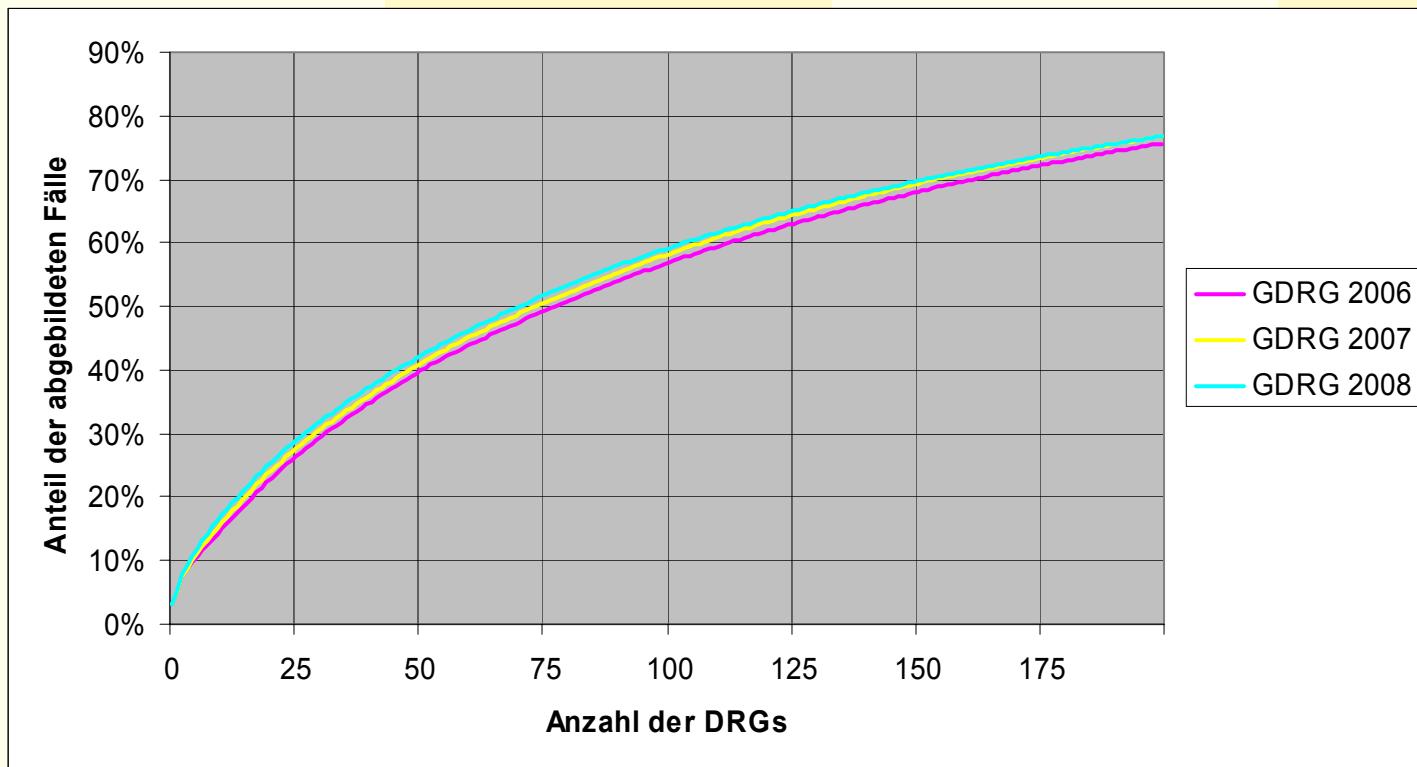


Pauschalierendes Entgeltsystem

Ein Fall, eine DRG

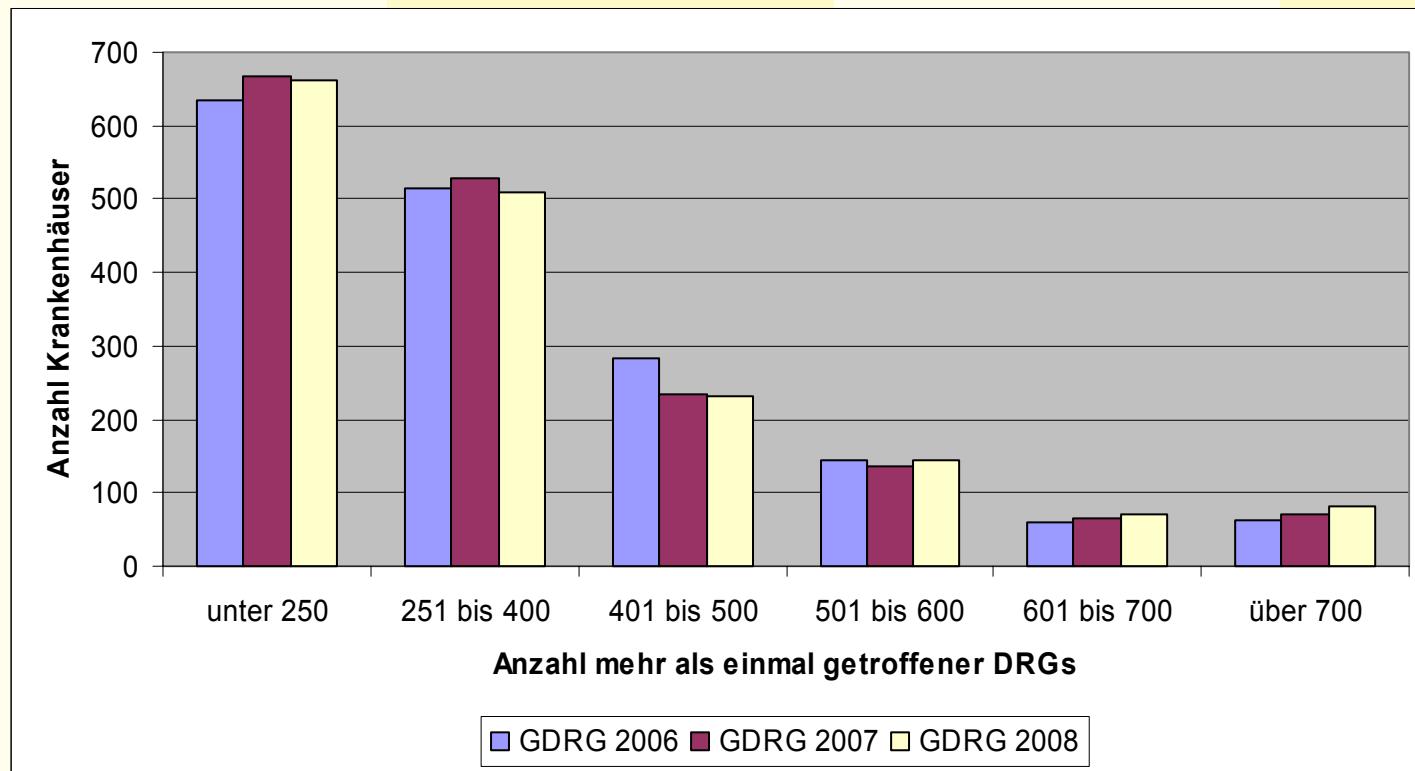
- Dabei ist zu unterscheiden zwischen **Definition** und **Kalkulation** einer DRG:
- Die DRG ist **definiert** anhand der medizinisch und v.a. ökonomisch bedeutsamsten Parameter
- Die DRG ist **kalkuliert** anhand sämtlicher Kosten der Fälle, nicht nur der Kosten der definierenden Leistungen
- Trotz höherer DRG-Zahl ist G-DRG stärker pauschalierend als die Vorversionen (mehr Fälle in weniger DRGs)

Anteil der abgebildeten Fälle in den jeweils 200 fallzahlstärksten DRGs



Getroffene DRGs pro Krankenhaus (n>1)

Daten nach §21, Datenjahr 2006, ohne teilstat. Fälle



Gesamtkosten bestimmen DRG-Preis

Nicht Einzelleistungen

Jage, Jürgen; Tryba, Michael; Neugebauer, Edmund; Wulf, Hinnerk; Rothmund, Matthias; Rommens, Paul Maria; Bauer, Hartwig; Aken, Hugo Van

Postoperative Schmerztherapie – eine interdisziplinäre Notwendigkeit

Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 6 vom 11.02.2005, Seite A-361/B-300/C-282

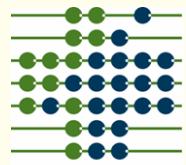
Zusammenfassung

Patienten haben nach Operationen einen Anspruch auf Schmerztherapie. [...]

Die Methoden der regionalen Analgesie ermöglichen über die größere Patientenzufriedenheit hinaus eine frühere, intensive Mobilisation, die Verringerung von Komplikationen und eine Verkürzung der Liegedauer.

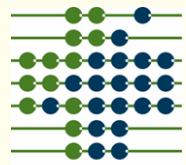
[...]

Die potenziellen ökonomischen Vorteile sind daher ebenfalls groß. [...]



Agenda

1. DRG – ein pauschalierendes Entgeltsystem
2. **Schmerz und DRG – Entwicklung bis 2007**
3. Neues für 2008
4. Ausblick



Deutscher Schmerzkongress 2003

08. - 12. Oktober in Münster



DGSS

Münster, Deutscher
Schmerzkongress,
11. Oktober 2003

**Neues Abrechnungssystem kennt keinen
(chronischen) Schmerz**

**DRG-System gefährdet ausreichende stationäre
Behandlung**

Pressemitteilung

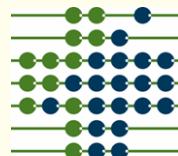
DRG-System gefährdet die stationäre Behandlung von Schmerzpatienten

Meike Drießen, Pressestelle

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS)

11.10.2003

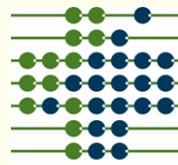
Nicht einmal die Hälfte der durch die stationäre Behandlung von chronischen Schmerzen entstehenden Kosten werden nach der Einführung des neuen Abrechnungssystems (DRG-System) gedeckt sein. Das zeigte eine Untersuchung mit fast 4000 Patienten aus 14 schmerztherapeutischen Zentren, die beim Deutschen Schmerzkongress in Münster vorgestellt wurde. Die Experten fordern daher eine Anpassung der Diagnoseschlüssel.



Weiterentwicklung des G-DRG-Systems

„Motoren“ der Veränderung

- Verbesserungsvorschläge jeder Art und Herkunft
 - **Vorschlagsverfahren** ← Input u.a. der Fachgesellsch.
 - NUB, Anfragen, Diskussionen, Analysen im InEK ..
- Verbesserung der Kostenkalkulation → Kostenunterschiede werden sichtbar, die 2003 noch nicht darstellbar waren
- Verweildauerrückgang



Weiterentwicklung des G-DRG-Systems

Methodik

- Vorschläge werden umgesetzt, wenn damit – auf den Kalkulationsdaten berechnet – eine verbesserte Abbildungsqualität des DRG-Systems resultiert
- Das erfordert:
 - Entsprechende Fälle
 - Erkennbarkeit dieser Fälle (spezifische Kodes!)
 - Erkennbare Kostenunterschiede

OPS-Kodes Schmerztherapie

Beispiel eines geeigneten Kodes

8-918 Multimodale Schmerztherapie

Hinw.: Hier ist eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin, nach Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung bei Patienten zu kodieren, die mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch
- gravierende psychische Begleiterkrankung
- gravierende somatische Begleiterkrankung

Dieser Kode erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie (Verhaltenstherapie), Spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- oder Musiktherapie oder sonstige übenden Therapien. Er umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung.

Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" bei der/dem Verantwortlichen voraus

8-918.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

8-918.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

8-918.2 Mindestens 21 Behandlungstage

Multimodale Schmerztherapie

Umsetzung seit G-DRG 2005/2006

- Vier über Komplexkode definierte DRGs bei
 - Erkrankungen des Nervensystems (B47)
 - Erkrankungen des Bewegungsapparates (I42)
 - Psychischen Krankheiten und Störungen (U42, Anlage 3)
 - Z44 (Hauptdiagnose *Sonstiger chronischer Schmerz*)
- Input aus dem Vorschlagsverfahren
Gelungene Umsetzung
- Keine Umsetzung in weiteren MDCs (Fallzahl)

Fallzahl Normallieger

115

v. MDC: 1,09%
v. gesamt: 0,01%

Bewertungsrelation

1,727

Verweildauer

| | |
|---------------------|--------|
| Kurzlieger | 0,00% |
| Normallieger | 90,55% |
| Langlieger | 9,45% |
| 1. Tag mit Abschlag | |
| 1. Tag zus. Entgelt | 27 |
| Mittl. arithm. VWD | 14,4 |
| Standardabw. VWD | 5,8 |

PCCL

| | |
|---|--------|
| 0 | 32,17% |
| 1 | 1,74% |
| 2 | 27,83% |
| 3 | 24,35% |
| 4 | 13,91% |

Geschlecht

| | |
|------------|--------|
| Männlich | 44,35% |
| Weiblich | 55,65% |
| Unbestimmt | 0,00% |

Alter

| | | | |
|------------------|-------|-------------------|--------|
| < 28 Tage | 0,00% | 30 - 39 Jahre | 7,83% |
| 28 T. - < 1 Jahr | 0,00% | 40 - 49 Jahre | 19,13% |
| 1 - 2 Jahre | 0,00% | 50 - 54 Jahre | 11,30% |
| 3 - 5 Jahre | 0,00% | 55 - 59 Jahre | 9,57% |
| 6 - 9 Jahre | 0,00% | 60 - 64 Jahre | 9,57% |
| 10 - 15 Jahre | 0,00% | 65 - 74 Jahre | 25,22% |
| 16 - 17 Jahre | 0,00% | 75 - 79 Jahre | 4,35% |
| 18 - 29 Jahre | 3,48% | 80 Jahre u. älter | 9,57% |

Profil drucken...

Profile:

Hauptdiagnosen | Nebendiagnosen | Prozeduren | Kosten | Recherche |

| Kostenbereich | Personalkosten: | | | Sachkosten: | | | | Pers.- u. Sachkosten: | | Summe | |
|---------------------------------------|-------------------|--------------|-------------------|--------------|-----|--------------------------|---------------------|-----------------------|--------------------------|-------|---------|
| | Ärztlicher Dienst | Pflegedienst | med.techn. Dienst | Arzneimittel | | Implantate / Transplant. | Übriger med. Bedarf | med. Infrastruktur | nicht med. Infrastruktur | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4a | 4b | 5 | 6a | 6b | 7 | 8 | |
| ► 01. Normalstation | 688,9 | 1.431,6 | 313,2 | 117,4 | 2,9 | 0,0 | 95,8 | 3,8 | 161,9 | 443,7 | 3.259,1 |
| 02. Intensivstation | 6,0 | 15,1 | 0,3 | 2,3 | 0,0 | 0,0 | 3,9 | 0,0 | 0,5 | 4,6 | 32,5 |
| 04. OP-Bereich | 2,4 | 0,0 | 3,2 | 0,0 | 0,0 | 1,3 | 1,3 | 0,0 | 1,8 | 2,2 | 12,2 |
| 05. Anästhesie | 2,4 | 0,0 | 1,5 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 0,0 | 0,2 | 0,9 | 6,0 |
| 07. Kardiologische Diagnostik / Thera | 8,6 | 0,0 | 14,6 | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 17,9 | 0,0 | 1,7 | 3,2 | 47,3 |
| 08. Endoskopische Diagnostik / Ther | 2,1 | 0,0 | 2,0 | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 1,7 | 0,0 | 1,0 | 1,8 | 8,8 |
| 09. Radiologie | 24,9 | 0,0 | 39,4 | 0,8 | 0,0 | 0,3 | 19,5 | 7,1 | 14,2 | 14,6 | 120,7 |
| 10. Laboratorien | 5,1 | 0,0 | 21,3 | 0,1 | 1,3 | 0,0 | 21,5 | 1,5 | 2,8 | 6,1 | 59,8 |
| 11. Übrige diagnostische und therape | 44,3 | 0,5 | 189,9 | 2,0 | 0,0 | 0,0 | 4,2 | 0,0 | 3,9 | 39,0 | 283,7 |
| 12. Basiskostenstelle | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 895,1 | 895,1 |

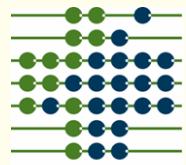
Summe:

784,6 1.447,2 585,1 124,4 4,2 1,7 166,6 12,4 187,9 1.411,0 4.725,2

Komplexe Akutschmerztherapie

Umsetzung nicht möglich

- Vorgeschlagen waren neue DRGs resp. ein Zusatzentgelt
- Keine höheren Kosten der Fälle
- Unscharfe Definition des OPS-Kodes 8-919
 - Keine Untergrenze der Behandlungsdauer
 - Geringe Anforderungen an Strukturqualität



Agenda

1. DRG – ein pauschalierendes Entgeltsystem
2. Schmerz und DRG – Entwicklung bis 2007
3. **Neues für 2008**
4. Ausblick

Klassifikatorische Überarbeitung

Weiterbearbeitung bisheriger Schwerpunkte



Klassifikatorische Überarbeitung

Neu für 2008



Vorschläge für 2008

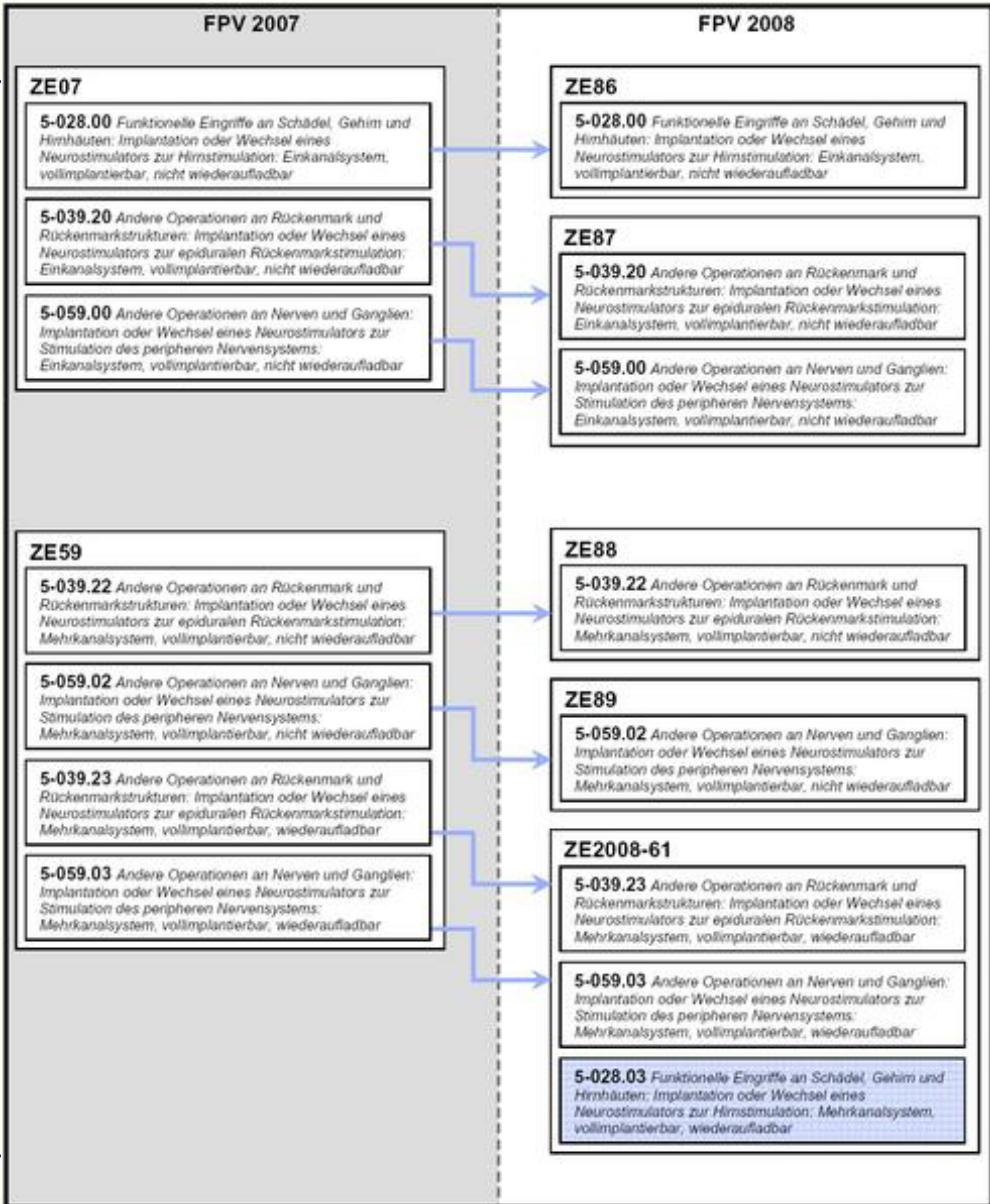
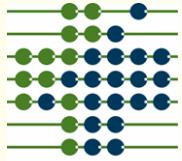
Geringe Anzahl von Vorschlägen zum Schmerz

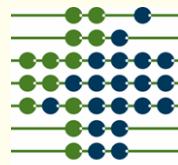
- Themen:
 - Neurostimulatoren
 - Neuer OPS „Entwöhnung bei Analgetikamissbrauch“
 - Split Schmerztherapie-DRG anhand qualifiz. Entzug
- Noch nicht spezifisch abgebildet:
 - Teilstationäre Schmerztherapie

Vorschläge für 2008

Ergebnis

- Neurostimulatoren: **Umgesetzt**
 - Neues ZE für wiederaufladbare Neurostimulatoren
 - Ausdifferenzierung der bisherigen ZE
 - Verschärfung der Kalkulationsvorgaben
- Neue OPS-Kodes → DIMDI
Ohne Leistungsbezeichner keine Kalkulation
- Split Schmerztherapie-DRG anhand qualifiz. Entzug
Fallzahl erlaubte keine Beurteilung





Teilstationäre Leistungen

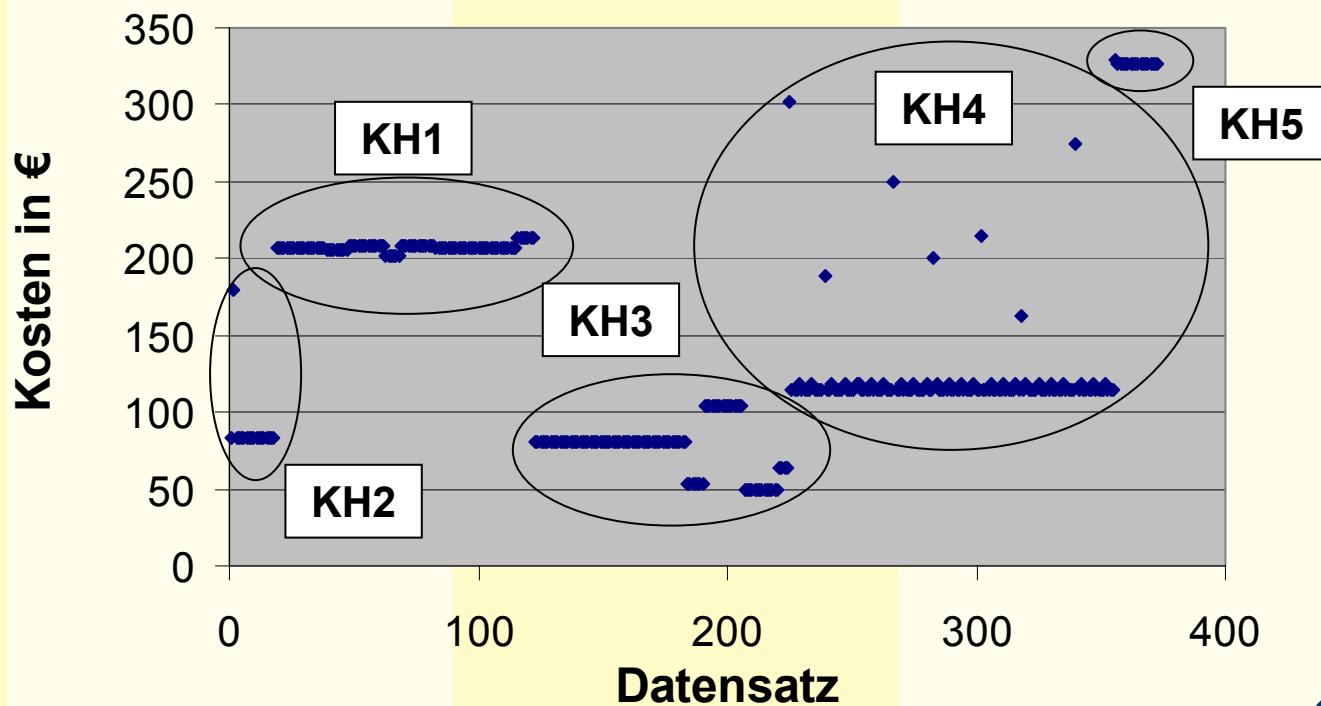
Problemfelder in der Kalkulation

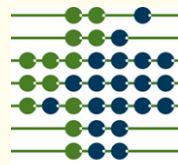
- Fehlende Leistungsdefinition
- Fehlende Leistungsbezeichner (Kodes)
- Unplausible Kostenverteilung (mehrgipflig, invers)
- Scheinhomogenität
- Medikamentenvariabilität (z.B. Onkologie)
- Aufsplittung von Fällen auf Kontakte (OPS-Problem)
- Fehlende teilstationäre Kostenstellen ...

Teilstationäre Leistungen

Scheinhomogenität

Kosten je Datensatz I75B teilstationär

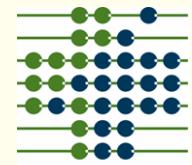




Teilstationäre Schmerztherapie

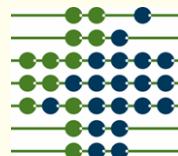
Neuer OPS-Kode?

- Bemühungen der Fachgesellschaft um einen OPS-Schlüssel „Multimodale Schmerztherapie, teilstationär“
- Problemfelder:
 - Behandlungsdauer (20 Behandlungstage?)
 - Diagnostik vor Beginn der Behandlung enthalten?
- Konsensfähige Definition für 2008 nicht gelungen
- Abrechnung: Teilstationäre Leistungen werden vor Ort verhandelt



Agenda

1. DRG – ein pauschalierendes Entgeltsystem
2. Schmerz und DRG – Entwicklung bis 2007
3. Neues für 2008
4. **Ausblick**



Wie geht es weiter?

Ausblick

- G-DRG bleibt ein pauschalierendes Entgeltsystem!
- Der strukturierte Dialog geht weiter:
 - Beteiligung am Vorschlagsverfahren!
 - NUB-Anträge noch bis 31.10.2007
- Teilstationäre DRGs?
- Ordnungspolitischer Rahmen ab 2009 ?

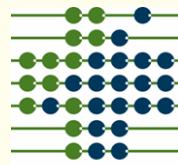


Abbildung von Innovationen: NUB

„Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden“

- Antragsverfahren: Krankenhaus → InEK
- Antragsteller legt plausibel dar, dass eine Verfahren
 - a) neu und
 - b) nicht sachgerecht vergütet ist
- Keine Entscheidung anhand von Kostendaten (möglich)
- KH-individuelle Entgeltvereinbarung vor Ort, nur beantragende KH können vereinbaren
 - = Wesentliche Unterschiede zum bundesweiten ZE

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**