



InEK Datenportal

InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus

DRG Vorschlagsverfahren V160279

Feld	Wert
Verfahrensnummer	V160279
Bearbeitungsstatus	Bereitgestellt
Benennung	Anpassungsvorschlag Multimodale Schmerztherapie
Kategorie	Vorschlag zur Systementwicklung DRG
Vorschlagender	Deutsche Schmerzgesellschaft
Geschlecht	Männlich
Titel	Dr.
Vorname	Reinhard
Name	Thoma
Abteilung	Algesiologikum-Klinik für Schmerzmedizin
Funktion	6
Straße	Heißstr. 22
PLZ	80799
Ort	München
Telefon	016096400058
Telefax	089 2122 757
E-Mail	thoma@algesiologikum.de
Problemstellung	<p>Die Abrechnung der stationären multimodalen Schmerztherapie erfolgt über Fallpauschalen im G-DRG-System. Die Kodierung der Leistung erfolgt über die OPS-Kodes der Klasse 8-918 (Multimodale Schmerztherapie). Die Zuordnung zu einer DRG erfolgt auf Grundlage der Hauptdiagnose in unterschiedlichen MDCs. In den meisten Fällen erfolgt die Abbildung in einer für die Schmerztherapie spezifischen DRG (B47Z, I42Z, U42Z und Z44Z). Davon sind die G-DRGs B47Z, I42Z und Z44Z bundesweit bewertet. Die mittlere Verweildauern dieser G-DRGs nach dem G-DRG-Fallpauschalenkatalog betragen 13,0 (B47Z, oGVD 20 Tage), 13,1 (I42Z, oGVD 21 Tage) und 11,5 Tage (Z44Z, oGVD 17 Tage). Der Anteil der Langlieger ist gering, Kurzlager können aufgrund der OPS-Definition nicht vorkommen. Die Bewertungsrelation pro Tag bei Zugrundelegung der mittleren Verweildauer liegt zwischen 0,090 (I42Z) und 0,115 (Z44Z) und damit nicht über den Tageskosten anderer konservativer DRGs. Die relativ hohe Bewertung der schmerztherapeutischen DRGs resultiert damit aus den verhältnismäßig langen Verweildauern und nicht so sehr aus hohen Behandlungskosten pro Tag. Für die Therapie hochgradig chronifizierter Schmerzpatienten ist die Multimodale Schmerztherapie der Goldstandard (Guzmán 2006). Deren Effektivität hängt von der Behandlungsintensität ab, welche durch die Zahl der Behandlungseinheiten (Bendix 1997, Härkäpää 1990, Schiltenswolf 2006, Arnold 2008, Arnold 2009) und durch die Behandlungsqualität bestimmt wird. Beide hängen von der Aufenthaltsdauer ab. Die Deutsche Schmerzgesellschaft hat über ihre Ad-Hoc-Kommission Multimodale Schmerztherapie die Konzepte und Indikationen (Arnold 2009), Inhalte (Arnold 2014) sowie die Prozess- und Strukturqualität festgelegt (Nagel 2012). Derzeit führen alle OPS-Kodes aus der Klasse 8-918 (Multimodale Schmerztherapie) in die entsprechenden DRGs. Damit ist neben den „Basiskriterien“ lediglich eine siebentägige Behandlungsdauer (d.h. minimal</p>

sechs Belegungstage) notwendig. Unter den Anreizen der Fallpauschalierung stehen sich damit betriebswirtschaftlich naheliegende Rationierung (Verweildauerverkürzungen bis auf die Mindestverweildauer) und ein medizinisch sinnvolles Vorgehen (lange Verweildauer mit hoher Behandlungsintensität) gegenüber. Bei der krankenhausinternen Steuerung können nur sehr bedingt mehr Ressourcen eingesetzt werden als refinanziert werden. Seit Einführung der o.g. spezifisch schmerztherapeutischen DRGs ist es zu einem - mit ziemlicher Sicherheit DRG-bedingten - Rückgang der Verweildauer in den betreffenden DRGs gekommen. Hiermit dürfte es nach wissenschaftlichen Erkenntnissen auch ein Rückgang der Effektivität der Behandlung gekommen sein. In einem System der fallbezogenen Krankenhausfinanzierung bei strikter Trennung der Sektoren mit gesonderter Arzneimittel- und AU-Finanzierung besteht wenig Anreiz, Patienten mit einer ausreichenden Verweildauer stationär zu behandeln, solange dies ökonomisch sanktioniert wird. Durch die jährliche Nachkalkulation des G-DRG-Systems resultiert eine Abwärtsspirale der Verweildauern und Bewertungsrelationen, die lediglich durch die im OPS definierte Mindestverweildauer von sechs Belegungstagen nach unten abgesichert wird. Allerdings ist aufgrund der vergleichsweise nicht übermäßig hohen Tageskosten nicht unwahrscheinlich, dass ab Erreichen eines niedrigen Verweildauerniveaus irgendwann gänzlich auf die spezifische Abbildung der Schmerztherapie und ihrer Inhalte im G-DRG-System verzichtet wird. Perspektivisch könnten dann Patienten nicht mehr die in der OPS-Klasse definierten Behandlungen zu Gute kommen. Die aktuelle Situation ist bedrohlich und gefährdet die weitere Durchführung eines sehr gut evaluierten und sinnvollen Therapiekonzeptes. Die derzeitige Abbildung der Schmerztherapie im G-DRG-System programmiert einen Konflikt zwischen der Notwendigkeit der Kostendeckung (bei wirtschaftlicher und gleichzeitig medizinisch sinnvoller Leistungserbringung) auf der einen Seite und der Notwendigkeit einer nachhaltigen Schmerztherapie auf der anderen Seite. Ein Vergleich der Daten aus dem G-DRG-Browser der Daten nach § 21 (2013/14) mit den DRG-Fallpauschalenkatalogen 2014 und 2015 (Daten der Kalkulationshäuser aus 2012/2013) zeigt eindrücklich, dass die Stichprobe, auf der die DRGs B47Z, I42Z und Z44Z nicht repräsentativ ist. Die mittleren Verweildauern der Kalkulationsstichprobe liegen deutlich höher als im Bundesdurchschnitt – insbesondere bei der zahlenmäßig weit überwiegenden G-DRG I42Z. B47Z §21-Daten 2013/14: mittlere Verweildauer 12,3 Tage, Langliegerquote 5,89% Kostendaten 2012/14: mittlere Verweildauer 12,7 Tage, Langliegerquote 6,01% Kostendaten 2013/15: mittlere Verweildauer 13,0 Tage I42Z §21-Daten 2013/14: mittlere Verweildauer 11,7 Tage, Langliegerquote 4,95% Kostendaten 2012/14: mittlere Verweildauer 12,5 Tage, Langliegerquote 5,42% Kostendaten 2013/15: mittlere Verweildauer 13,1 Tage Z44Z §21-Daten 2013/14: mittlere Verweildauer 11,7 Tage, Langliegerquote 2,90% Kostendaten 2012/14: mittlere Verweildauer 12,8 Tage, Langliegerquote 6,21% Kostendaten 2013/15: mittlere Verweildauer 11,5 Tage (deutlich gesunkene obere Grenzverweildauer → Verschiebung der Inlierfensters)

Lösungsvorschlag

Die gruppierungsrelevanten Attribute (OPS-Komplexbehandlung) definieren im G-DRG-System einen Mindeststandard, der vor Rationierungen geschützt wird. Dort, wo die Anreize einer reinen Fallpauschalierung (Verweildauerverkürzung, Leistungsreduktion innerhalb der DRG-Definition) medizinisch nicht gewünscht oder sogar gefährlich sind, bedarf es bei einer DRG-Finanzierung einer gruppierungsrelevanten Absicherung der Leistung. Eine eigenständige DRG-Abbildung ist nur dann sinnvoll, wenn relevante Mehrkosten entstehen und eine Schieflage der Leistungserbringung besteht bzw. Fehlanreize gesetzt werden. Das InEK wird daher gebeten, anhand der Kostendaten zu analysieren, ob die Definitionen der schmerztherapeutischen G-DRGs nicht angepasst werden sollten. Denkbar wäre auch ein Split der bisherigen DRGs, wenn sich dies als sinnvoll herausstellt. 1. Zum einen erscheint eine Mindestbehandlungsdauer von 14 Behandlungstagen sinnvoll (entspricht Streichung der OPS-Kodes der Klasse 8-918.0 aus den Definitionen). Diese Mindestverweildauer ist für viele Fälle, die eine stationäre multimodale Schmerztherapie erhalten, medizinisch sachgerecht (s. auch mittlere Verweildauern der G-DRGs). Außerdem ist bei dieser Verweildauer ein relevanter Kostenunterschied im Gegensatz zu unspezifischen konservativen DRGs zu erwarten. Auch viele andere DRGs für Komplexbehandlungen nutzen diese Verweildauergrenze (z.B. Geriatrie, Frührehabilitation, Rheumatologie). 2. Zum anderen sollte geprüft werden, ob die Kostendaten auch ein Mindestniveau an Therapieeinheiten nahelegen. Insbesondere sollte geprüft werden, ob die nach unten nicht begrenzten OPS-Kodes 8-918.00 und 8-918.10 in der Definition der G-DRGs für die multimodale Schmerztherapie verbleiben sollten. Sollten die resultierenden Fallzahlen in den G-DRGs B47Z und Z44Z für eine valide Kalkulation nicht ausreichen, so wären entweder: 1. die Überführung in eine unbewertete G-DRG (analog U42Z) oder 2. die MDC-übergreifende

Zusammenfassung der Fälle mit multimodaler Schmerztherapie (beispielsweise durch eine Zuordnungsregel bei der prä-MDC-Verarbeitung) denkbar. Die Entscheidung für die sinnvollste Lösung sollte vom InEK auf Basis der Kostendaten getroffen werden.		
DRG		
Diagnos(en), Text		
Diagnos(en), Kode(s)		
Prozeduren		
Prozeduren Beschreibung		
Dokumente (1)	Name	Artikel Multimodale Schmerztherapie Dachau.pdf
Dokumente (2)	Name	Struktur- und Prozessqualitäts.pdf
Dokumente (3)	Name	Multimodale Therapie bei Fibromyalgie.pdf
Dokumente (4)	Name	Schütze multimodal Dresden.pdf
Dokumente (5)	Name	Schiltewolf 2006_Eur Spine J_Comparison of a biopsychosocial therapy (BT).pdf
Dokumente (6)	Name	Artikel Multimodale Schmerztherapie - Konzepte und Indikation.pdf
Dokumente (7)	Name	Multimodal_Inhalte_2014.pdf
Dokumente (8)	Name	Schr. Heimig Anpassungsvorschlag OPS mit Unterschriften.pdf
Dokumente (9)	Name	Guzmán2006.pdf
Dokumente (10)	Name	BENDIX 1996.pdf
Dokumente (11)	Name	Harikapa 1990.pdf
Dokumente, Post		
Bemerkungen	Betrifft die DRGs B47Z, I42Z, U42Z, Z44Z	