

Versorgungslandschaft 2012: Chancen und Risiken der voll- und teilstationären Schmerztherapie

R. Thoma
Interdisziplinäres Zentrum für Schmerztherapie und
Palliativmedizin
Benedictus Krankenhaus Tutzing

Deutscher Schmerzkongress
Berlin 2008



Leitlinien gegen Schmerz



Berlin, 8. bis 11. Oktober 2008

Chancen und Risiken der voll- und teilstationären Schmerztherapie

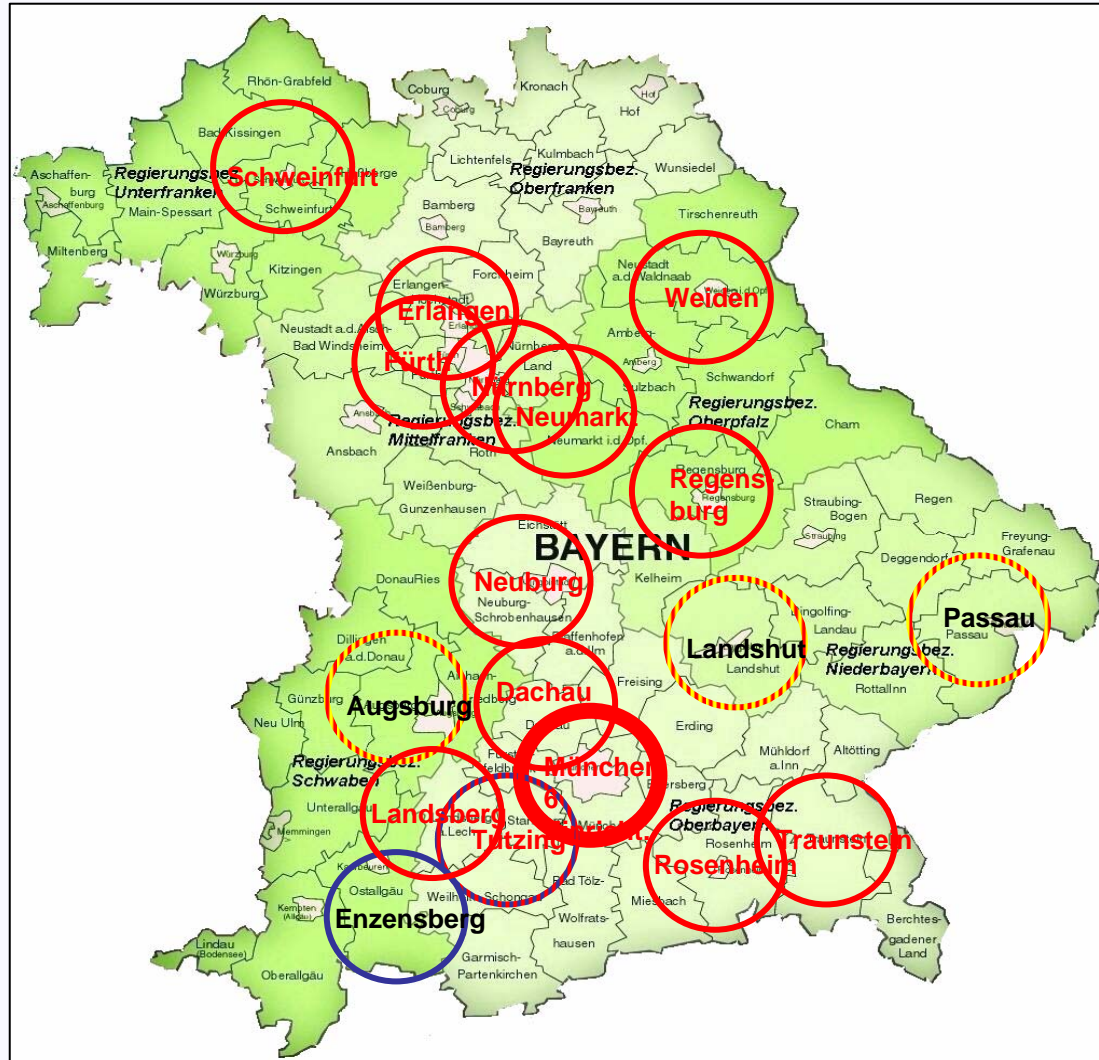
AGENDA

- Stand 2008/2009
- Risiken
- Chancen
- Visionen 2012
- Fazit

Stand 2008: stationäre schmerztherapeutische Versorgung

- Krankenhausplanung
 - Teilstationär: Schmerztherapie-Tagesklinik
 - Vollstationär: meist in internistischen Planbetten
- Eigene Fachabteilung
 - Sonstige Fachabteilung

Arbeitsgemeinschaft schmerztherapeutischer Einrichtungen in Bayern



astib

Schmerztherapie als eigene Fachabteilung möglich

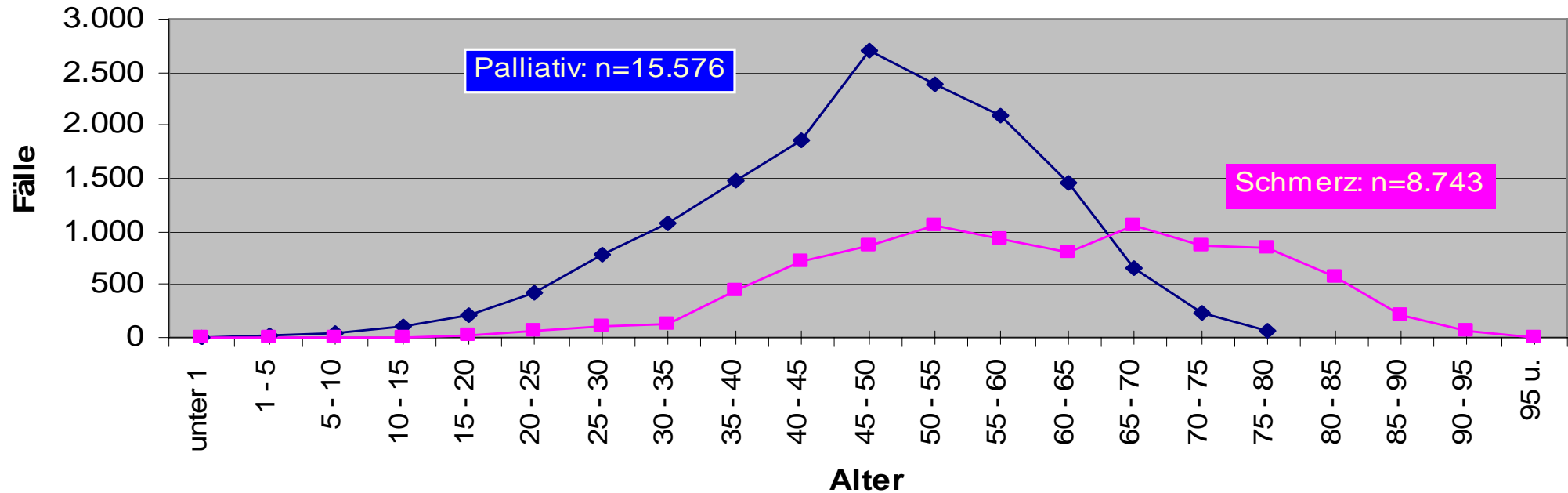
87	Sonstige Fachabteilung.....	62.612
88	dar.: Angiologie.....	4.689
89	Radiologie.....	2.791
90	Palliativmedizin	7.588
91	Schmerztherapie.....	3.398
92	Wirbelsäulenchirurgie.....	6.186
93	Suchtmedizin	816
94	Unbekannte Fachabteilungen	1.346

Statistisches Bundesamt (2007): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik 2006

DRG-Statistik 2006

sonst. Fachabteilungen

Fallzahlen Schmerz & Palliativ



Quelle Destatis (2007): Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Diagnosen und Prozeduren der vollstationären Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern

Stand 2008: Kodierung – Darstellung im System

- ICD 10 GM
- OPS

ICD10-GM: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

- Definition
 - Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation). Schmerzstörungen insbesondere im Zusammenhang mit einer affektiven, Angst-, Somatisierungs- oder psychotischen Störung sollen hier nicht berücksichtigt werden.
- Exkl.:
 - Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom ([F62.80](#))
 - Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten ([F54](#))

Schmerztherapie-relevanter OPS

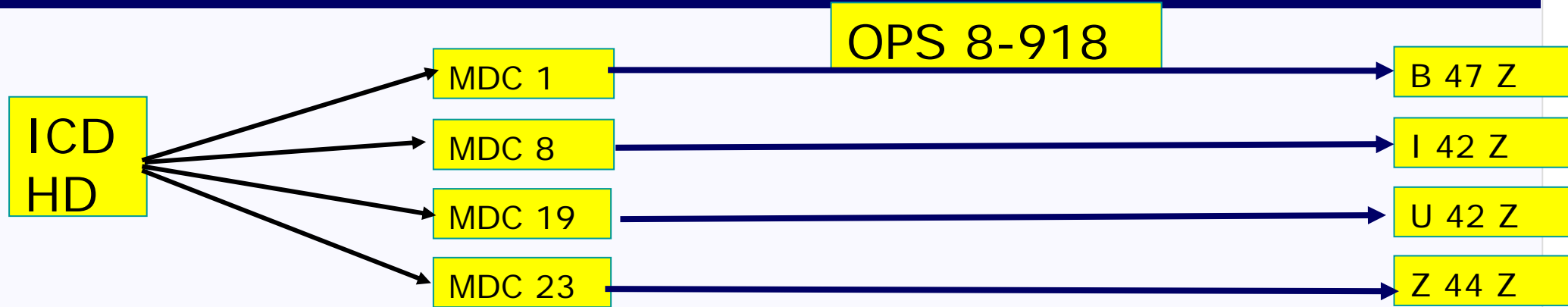
Stand 2009

- Schmerzdiagnostik:
 - 1-910 Multidisziplinäres Assessment
 - 1-911 Apparativ überwachte interventionelle Schmerzdiagnostik
 - 1-912 Neurophysiologische apparative Testverfahren
- Multimodale Schmerztherapie: 8-918.* , 8-91b
- Interventionelle anästhesiologische Schmerztherapie (8-011.* , 8-910 bis 8-917)
- Komplexe Akuschmerztherapie: 8-919
- Operative Schmerztherapie:
 - Spinalkatheter/Medikamentenpumpen: 5-038.*
 - SCS: 5-039.*
 - Periphere Nervenstimulation: 5-059.*
- Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems: 8-977
- Palliativmedizinische Komplexbehandlung: 8-982
- Motivationsbehandlung abhängig Kranker: 8-985

Stand 2008: Erlöse multimodale Schmerztherapie

- Vollstationär: DRGs B47Z, I42Z, U42Z, Z44Z
- Teilstationär: taggleiche Pflegesätze

Stationäre Erlöse Multimodale Schmerztherapie

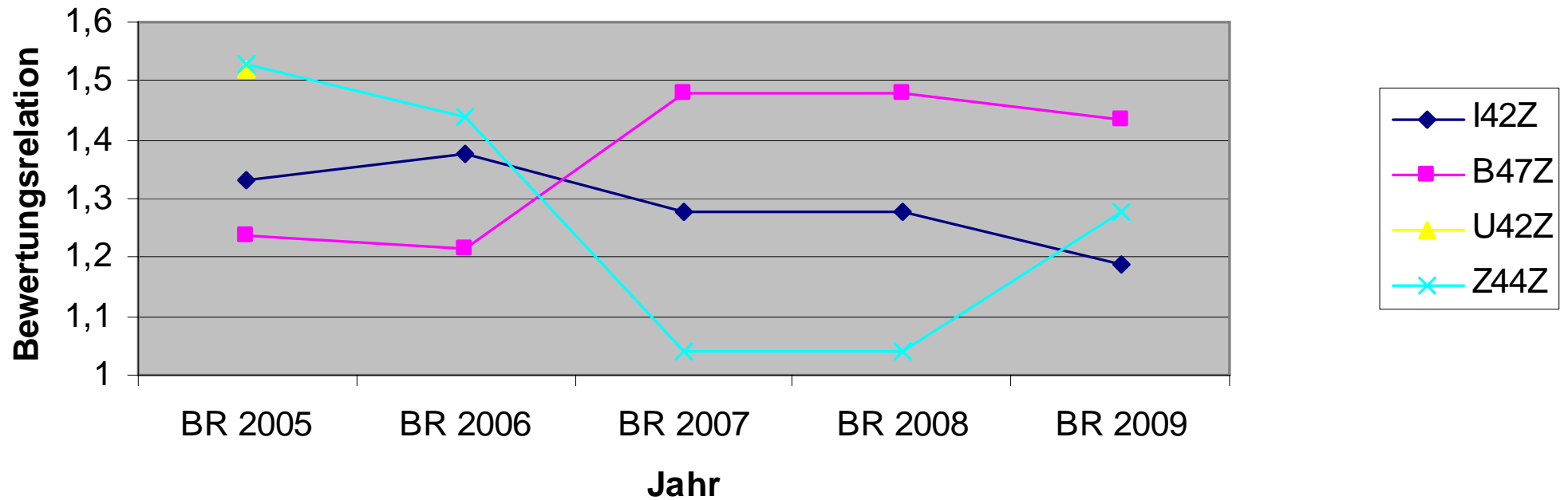


Landes-Basisfallwert 2008: 2.805,19 €

Schmerzbild	DRG	KG 2005	KG 2006	KG 2007	KG 2008	KG 2009
neuropathische Schmerzen	B47 Z	1,331	1,376	1,485	1,477	1,435
Schmerzen bei Erkrankungen des Bewegungsapparates	I42 Z	1,239	1,213	1,308	1,278	1,186
Schmerzen bei psychischen Erkrankungen	U42 Z	1,52	Krankenhaus-individuell mit den Kostenträgern zu vereinbaren			
Schmerzen bei "Faktoren, die den Gesundheitszu-stand beeinflussen"	Z44 Z	1,527	1,439	1,727	1,039	1,276

DRGs Multimodale Schmerztherapie

Entwicklung der Kostengewichte 2005 - 2009

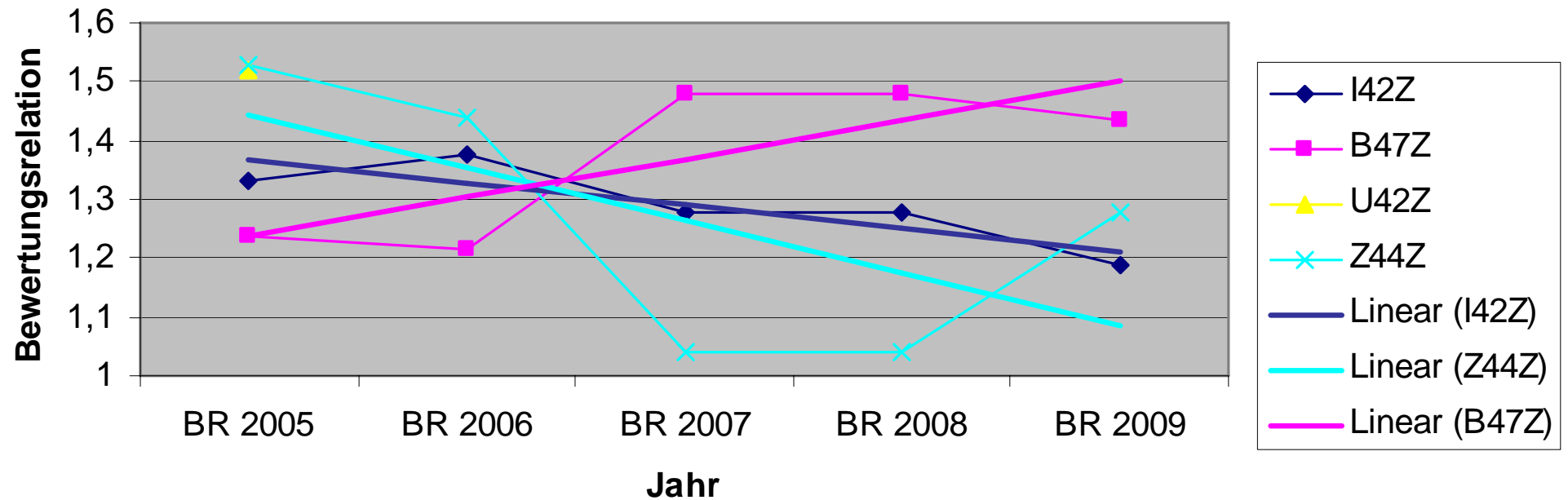


Risiken für die vollstationäre Schmerztherapie

- Erlösminderung:
 - Fallende Kostengewichte durch mehr „Schmerztherapie light“ in der Kostenkalkulation
 - Änderung der Therapiekonzepte in Kalkulationshäusern
 - Änderungen der Kodierrichtlinien
- Kostensteigerungen
 - Kleineres Therapie-Portfoliio
 - Personelle Mindestbesetzung
 - Wegfall von Synergieeffekten innerhalb eines Hauses
 - Wegfall von wichtigen Kooperationspartnern

DRGs Multimodale Schmerztherapie

Entwicklung der Kostengewichte 2005 - 2009



Neufassung OPS 8-918: Multimodale Schmerztherapie (1)

Exkl.: Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (8-91b)

Hinw.: Hier ist eine mindestens siebtägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin, nach festgelegtem 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
- schmerzunterhaltende 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, Spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie) oder sonstige übenden Therapien. Die Therapieeinheiten umfassen durchschnittlich 30 Minuten. Der Kode umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment, eine tägliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinärer wöchentliche Teambesprechung.

Bei Gruppentherapie ist die Gruppengröße auf maximal 8 Personen begrenzt

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

Neufassung OPS 8-918: Multimodale Schmerztherapie (2)

8-918.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage

.00 Bis zu 20 Therapieeinheiten

.01 Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

.02 Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon mindestens 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

8-918.1 Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage

.10 Bis zu 41 Therapieeinheiten

.11 Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon weniger als 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

Hinw.: Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich je ein ärztliches und psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen in die Therapieentscheidungen eingebunden

.12 Mindestens 42 bis höchstens 55 Therapieeinheiten, davon mindestens 10 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

Hinw.: Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich je ein ärztliches und psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen in die Therapieentscheidungen eingebunden

.13 Mindestens 56 Therapieeinheiten, davon weniger als 14 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

Hinw.: Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich je ein ärztliches und psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen in die Therapieentscheidungen eingebunden

Neufassung OPS 8-918: Multimodale Schmerztherapie (3)

8-918.2 Mindestens 21 Behandlungstage

.20 Bis zu 83 Therapieeinheiten

.21 Mindestens 84 Therapieeinheiten, davon weniger als 21 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

Hinw.: Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich je ein ärztliches und psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen in die Therapieentscheidungen eingebunden

.22 Mindestens 84 Therapieeinheiten, davon mindestens 21 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren

Hinw.: Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich je ein ärztliches und psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen in die Therapieentscheidungen eingebunden

Risiken für die teilstationäre Schmerztherapie

- Abschaffung der Rechtsform teilstationär
- Teilstationäre DRG mit Festpreis (s. Geriatrie)

W.-D. Leber: teilstationär muss weg!

Mageres Ergebnis: „teilstationäre DRGs“

Teilstationäre DRGs 2006:

- L90A Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter < 15 Jahre (ohne Bewertungsrelation)
- L90B Niereninsuffizienz, teilstationär, Alter > 14 Jahre

Teilstationäre Leistungen sind ganz überwiegend ambulante fachärztliche Leistungen. Es ist kein Wunder, dass sie durch ein Fallpauschalsystem für vollstationäre Leistungen nicht ordentlich abgebildet werden.

Der gleiche Auftrag würde auch 2007 nicht zum Erfolg führen. Es erfolgte deshalb eine Beschränkung auf geriatrische Tageskliniken.

Ansonsten gehört der unscharfe Rechtsbegriff „teilstationär“ abgeschafft.

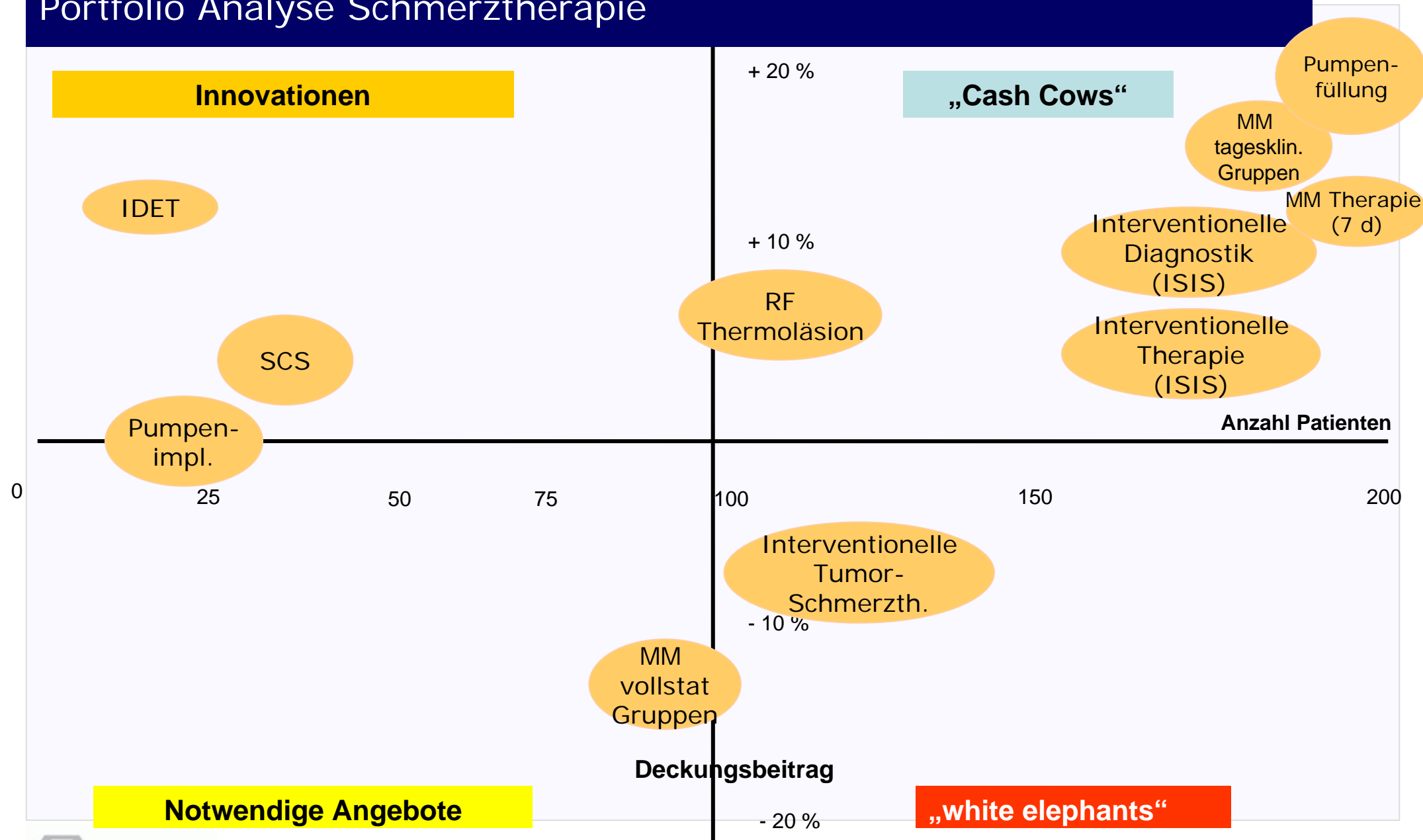
Dr. Wulf-Dietrich Leber
AOK-Bundesverband

AOK
Die Gesundheitskasse.

Chancen für die Schmerztherapie am/im Krankenhaus

- Ein breites Portfolio anbieten
- Nachhaltigkeit, nicht kurzfristige Wertschöpfung anstreben
- aktuelle Gesetzesänderungen nutzen
- die neue Situation der Kassen unter den Bedingungen des Morbi-RSA nutzen

Portfolio Analyse Schmerztherapie



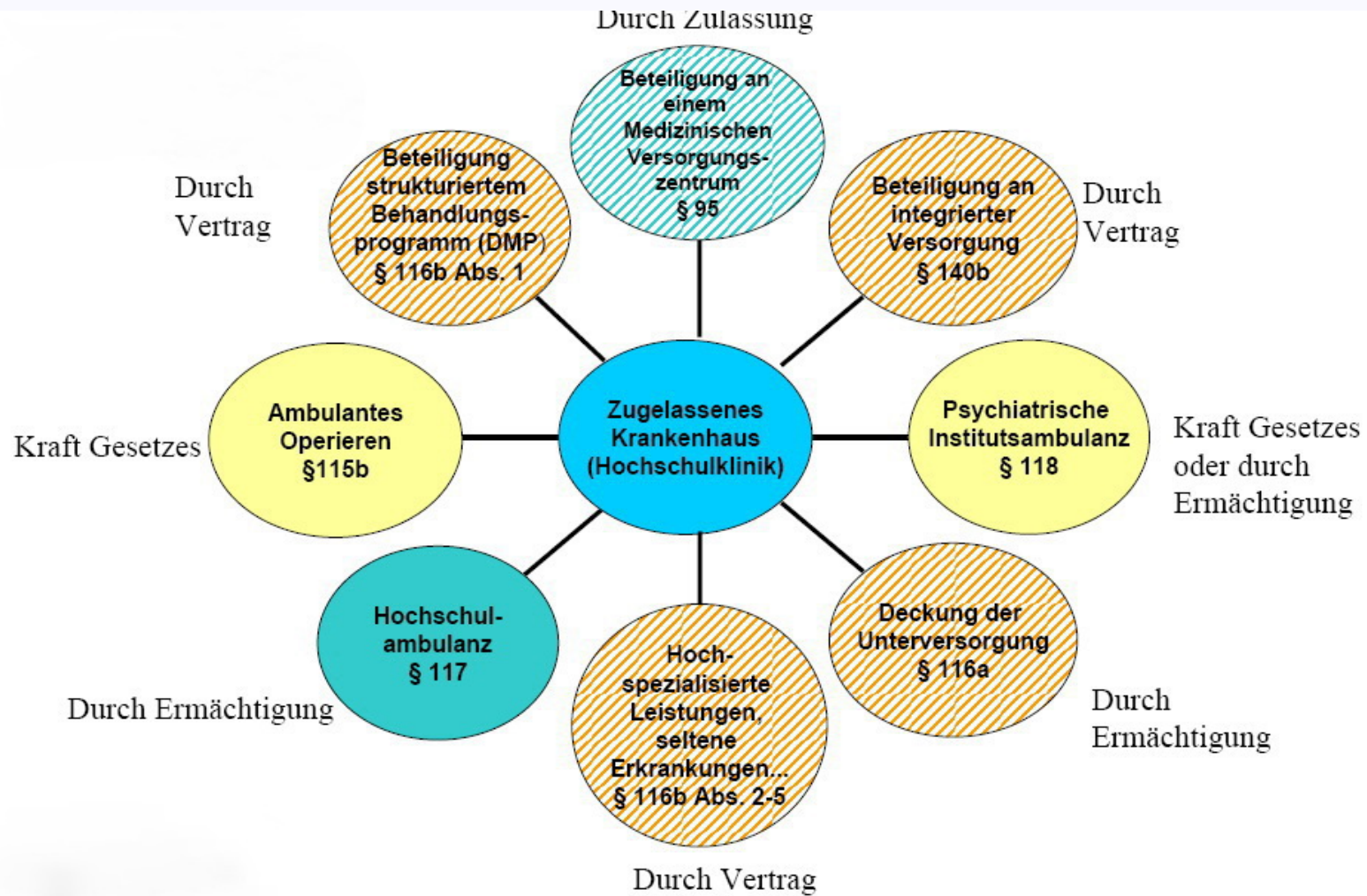
Möglichkeiten der ambulanten Behandlung an Krankenhäusern seit 1989

1989	Teilstationäre Versorgung
1989	Hochschulambulanzen
1989	Sozialpädiatrische Zentren
1989	Psychiatrische Institutsambulanzen
1993	Ambulantes Operieren
1993	Vor- und nachstationär
1993	Integrierte Versorgung
2004	Disease-Management-Programme
2004	Hochspezialisierte Leistungen
2008	Belegarztvergütung, Notfallvergütung

Nutzung der aktuellen Reformgesetze

- Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung
(Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz - AVWG)
am 01.05.2006 in Kraft getreten; Bonus-Malus Regelung seit 01.01.2007 in Kraft.
- Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts
(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz - VÄndG) seit 01.01.2007 in Kraft.
- GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) seit 01.04.2007 in Kraft.
- Entwurf der Vertragsgebührenordnung (VOG).
- Entwürfe für EBM Hausärzte / Fachärzte 2008 bzw. 2009.

Ambulante Versorgungsmöglichkeiten durch das Krankenhaus



elektiv = selektiv = Wettbewerb

Neuer Ordnungsrahmen für Klinikleistungen im Überblick

	STATIONÄRE LEISTUNGEN		AMBULANTE LEISTUNGEN	
	Notfall	elektiv	kollektiv	selektiv
Vergütungssystem	DRGs		EBM + ?	
Vergütungshöhe	Landesbasisfallwert (LBFW)	Rabatt vom LBFW	verhandelt	
Kontrahierungspflicht	ja	nein, aber Volumen fest	ja, Volumen fest	nein, Volumen fest
Preisverhandlung	gemeinsam	je Kasse	gemeinsam	je Kasse
Landesplanung	ja	je nach Modell	nein	nein
Landesförderung	ja	nein	nein	nein

Quelle: Leber et al.

Die großen Entwicklungslinien

Erosion der dualen Finanzierung

- Die Länder ziehen sich unaufhaltsam aus der Krankenhausfinanzierung zurück.

Kassenwettbewerb

- Das Verhandlungsprinzip „gemeinsam und einheitlich“ ist nicht kompatibel mit der wettbewerblichen Neuordnung des Gesundheitswesens.

Öffnung der Krankenhäuser

- Ambulante Klinikleistungen nehmen zu und es entsteht ein eigener Regelungsbereich neben der rein stationären Versorgung.

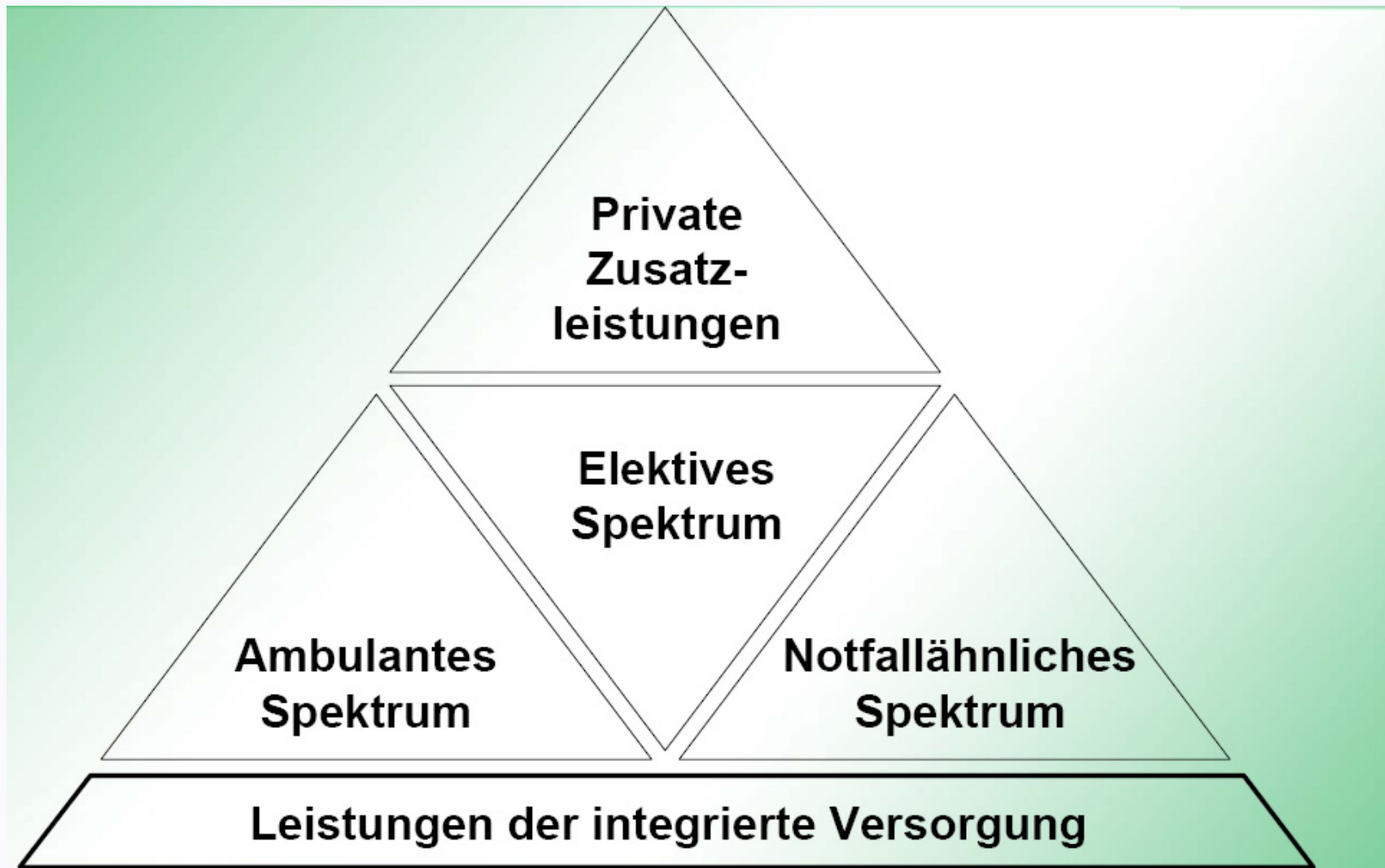
nach Leber (2006)

Nichts ist unmöglich

- Konsiliararztverträge
- Stundenaufteilungen
- Zweigstellen

- Anstellung von Vertragsärzten im Krankenhaus
oder
- Anstellung von Krankenhausärzten im MVZ

Das Erlösbudget des Krankenhauses wird komplexer



Quelle: Leber (2008)

Fazit

- Kodierung alleine reicht nicht
- Konzentration auf Erlöse aus einem Bereich (DRG, teilstationär,) reicht nicht
- Jeder mache das, was er am besten kann, und kooperiere mit den anderen!
- notwendig ist
 - Horizontale Vernetzung
 - Vertikale Integration stationär – ambulant – Reha
- Qualität zu einem besseren Preis anbieten
- den Spielraumes für Wettbewerb nutzen

Ich nehme an
der Zukunft teil.

- JA
- NEIN
- VIELLEICHT

www.zukunftslabor.brandenburg.de