

# **„Umfassende Schmerztherapie am Krankenhaus: Abbildung im DRG-System“**

Deutscher Schmerzkongress  
Jahrestagung DGSS / DMKG / DVS / DSG

Berlin, den 11. Oktober 2008

Christian Jacobs, Leiter DRG-Entwicklung, InEK GmbH



## Agenda

1. **DRG – ein pauschalierendes Entgeltsystem**
2. Schmerz und DRG – Entwicklung bis 2008
3. Neues für 2009
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
- Nur vergleichsweise wenige DRGs sind anhand schmerztherapeutischer Leistungen **definiert**

# DRG-Kalkulation anhand Vollkosten

## Beispiel: Große Magen-OP bei BNB

Die DRG definierende Leistung

Kostenmatrix der DRG G03A, Datenjahr 2006, DRG-System 2008	Personalkosten Ärzte	Personalkosten Pflege	Personalkosten Funktionsdienst	Medikamente	Implantate	Andere Sachkosten	Infrastruktur	Summe Kostenstelle
Normalstation	502	1.263	98	266	0	153	1.453	3.735
Intensivstation	813	1.589	54	417	0	303	1.005	4.181
Dialyse	0	0	0	0	0	0	0	0
OP	1.151	0	819	45	42	922	947	3.926
Anästhesie	584	0	389	53	0	146	230	1.403
Kreißsaal	0	0	0	0	0	0	0	0
Kardiologie	3	0	4	0	1	4	4	15
Endoskopie	63	0	63	4	1	42	73	245
Radiologie	103	0	158	2	6	99	154	522
Labor	102	0	314	233	0	317	185	1.151
Sonstige	57	1	197	4	0	27	106	393
<b>Summe Kostenart</b>	<b>3.377</b>	<b>2.854</b>	<b>2.096</b>	<b>1.025</b>	<b>49</b>	<b>2.014</b>	<b>4.156</b>	<b>15.571</b>

Narkose

Blutprodukte

Gesamtkosten  
→ Relativgewicht

# 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.

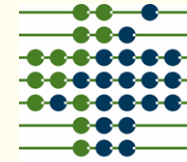
[...]

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



## Agenda

1. DRG – ein pauschalierendes Entgeltsystem
2. **Schmerz und DRG – Entwicklung bis 2008**
3. Neues für 2009
4. Ausblick



[DGSS](#)

Münster, Deutscher  
Schmerzkongress,  
11. Oktober 2003

## Deutscher Schmerzkongress 2003

08. - 12. Oktober in Münster

**Neues Abrechnungssystem kennt keinen  
(chronischen) Schmerz  
DRG-System gefährdet ausreichende stationäre  
Behandlung**

### Pressemitteilung

#### DRG-System gefährdet die stationäre Behandlung von Schmerzpatienten

Meike Drießen, Pressestelle

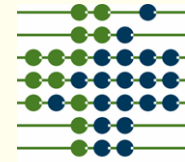
[Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. \(DGSS\)](#)

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 Fachgesellschaften
  - NUB, Anfragen, Diskussionen, Analysen im InEK ..
- Verbesserung der Kostenkalkulation → Kostenunterschiede werden sichtbar, die zuvor noch nicht darstellbar waren
- Veränderte Leistungserbringung, u.a. 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  
(Datengrundlage rund 4 Mio. Kalkulationsfälle aus dem Vorjahr, u.a. aus 10 Universitätsklinika)
  - Auffindbarkeit dieser Fälle (spezifische Codes!)
  - Erkennbare Kostenunterschiede

## Beispiel eines spezifischen Codes (OPS 2008)



**Code-Suche in OPS Version 2008:**  
**Drei- oder Viersteller:**

**Übersicht**  
**Vorige Gruppe**  
**Nächste Gruppe**

**Kommentar**  
**Nutzungshinweise**  
**Aufwandspunkte**  
**Abkürzungen**

**OPS Homepage**

**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 Code 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 Codes 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 Komplexcode definierte DRGs bei
  - Erkrankungen des Nervensystems (B47)
  - Erkrankungen des Bewegungsapparat (I42)
  - Psychischen Krankheiten und Störungen (U42, unbewertet)
  - Z44 (Hauptdiagnose *Sonstiger chronischer Schmerz*)
- Input aus dem Vorschlagsverfahren  
Gelungene Umsetzung
- Keine Umsetzung in weiteren MDCs (Fallzahl)

## Weitere Änderungen 2004 bis 2008 zur Abbildung schmerztherapeutischer Leistungen

- Zusatzentgelte
  - Neurostimulatoren: Einkanal – Mehrkanal  
ZNS – RM – PNS  
Wiederaufladbar – Nicht w.
  - Medikamentenpumpen: Programmierbar - Konstant
  - Palliativmedizinische Komplexbehandlung
  - „Multimodal nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems“  
(OPS-Kode 8-977, u.a. manuelle Medizin)



## Vorschläge für 2009

### Wenige Vorschläge zur Schmerztherapie

- Zusatzentgelt ZE2008-41 „Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems“ soll differenziert werden (mit / ohne Schmerztherapie)
- Unterscheidung zwischen Wechsel eines Neurostimulators (mit Sonde) und reinem Aggregatwechsel
- Keine weiteren spezifischen Vorschläge zum DRG-System
- Schwerpunkt von Vorschlägen und Weiterentwicklung:
  - Ausdifferenzierung der Codes zur Darstellung schmerztherapeutischer Leistungen (OPS)

## Ergebnisse für 2009

### Zusatzentgelt manuelle Medizin

- Als problematisch beschrieben wurde die Vereinbarung der Höhe des ZE, da die Erbringung bei mehreren DRGs möglich und diese DRGs sehr unterschiedlichen Inhalt haben können
- Lösung: Klarstellung zur Kalkulation des ZE im Fallpauschalenkatalog
  - „Die Bewertung des Zusatzentgeltes ZE2009-41 mittels einer Differenzkostenbetrachtung hat unter Beachtung der Hinweise zur Leistungsplanung/Budgetverhandlung des InEK in Abhängigkeit der abzurechnenden DRG-Fallpauschalen zu erfolgen.“*
- (das ist eigentlich keine Neuerung)

## **Ergebnisse für 2009**

### Neurostimulatoren

- Erhebliche Kosten- und Verweildauerunterschiede zwischen reinem Aggregatwechsel und Neuimplantation oder Komplettwechsel (einschließlich der Sonde)
- Im OPS derzeit nicht eindeutig voneinander abzugrenzen
- Etablierung neuer Codes
- Split der DRG B21 (Hirnstimulation, Mehrkanalsystem) auf Basis ergänzender Daten
- Schmerztherapeutisch relevantere Verfahren (ZE) zunächst unverändert



## **Ergebnisse für 2009**

### Neue Codes

- Prozeduren (OPS)
  - Neurostimulatoren
  - Präzisierung multimodale Schmerztherapie
  - Differenzierung interventioneller Verfahren
  - Teilstationäre Schmerztherapie
- Diagnosen (ICD)
  - Neuer Kode F45.41

**OPS Vorabversion**

**8-918 Multimodale Schmerztherapie**

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

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 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
- gravierendeschmerzunterhaltende 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, 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 mit, eine tägliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung.

Bei Gruppentherapie ist die Gruppengröße auf maximal 8 Personen begrenzt

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

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

**OPS Vorabversion**

## Anästhesie und Schmerztherapie (8-90 ... 8-91)

### **8-91** Schmerztherapie

8-914 Injektion eines Medikamentes an Nervenwurzeln und wirbelsäulennahe Nerven zur Schmerztherapie

#### 8-914.0 Ohne bildgebende Verfahren

- .00 An der Halswirbelsäule
- .01 An der Brustwirbelsäule
- .02 An der Lendenwirbelsäule
- .0x Sonstige

#### 8-914.1 Mit bildgebenden Verfahren

Inkl.: Computertomographie oder Fluoroskopie

- .10 An der Halswirbelsäule
- .11 An der Brustwirbelsäule
- .12 An der Lendenwirbelsäule
- .1x Sonstige

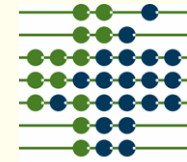
8-915 Injektion **und Infusion** eines Medikamentes an andere periphere Nerven zur Schmerztherapie



## **Teilstationäre Schmerztherapie**

Voraussichtlich neuer Kode ab 2009

- Für 2008 war keine konsensfähige Definition gelungen
- Noch nicht in der Vorabversion des OPS enthalten!
- Daher hier keine Details
- „Teilstationäre multimodale Schmerztherapie“ mit Mindestbedingungen und Strukturkriterien (Komplexbcode)
  - Leistungsumfang
  - Ausbildung der Leistungserbringer
- Zukünftig teilstationäre DRG (??)



LINKS

IMPRESSUM

KONTAKT

D  
G  
S  
S



DGSS

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V.

News

Organisation

Kongresse und Fort-  
bildungsveranstaltungen

Weiterbildung

Förderpreise

Mitgliedschaft

Dokumente

Presse

Pressearchiv

Medienresonanz

Downloads

A bis Z

Suchen

Suchen [erweiterte](#)

[Suche](#)

**Endlich: Neue Schmerzdiagnose im ICD-10 verankert**

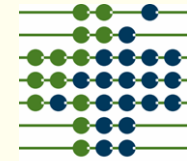
06.10.2008 10:47

Schmerzspezialisten feiern Erfolg eines fünfjährigen Kampfes

**Nach fünf Jahre währenden Debatten feiern die Spezialisten der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) nun die Aufnahme der Diagnose „Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ in den Katalog der Krankheiten ICD-10 (International Classification of Diseases). Endlich wird damit die moderne Auffassung chronischen Schmerzes als bio-psycho-soziale Erkrankung gewürdigt. Damit wird auch eine angemessene multi-modale Behandlung chronischer Schmerzen sowie deren korrekte Abrechnung möglich. „Profitieren werden davon letztlich die 8 bis 10 Millionen Schmerzpatienten in Deutschland“, freut sich Prof. Dr. Rolf-Detlef Treede, Präsident der DGSS.**

**Unter falscher Flagge**

Unter chronischem Schmerz leiden ca. 17% der deutschen Bevölkerung, am häufigsten sind Rücken-, Kopf-, Nerven- und Tumorschmerz. Schmerzen sind der Anlass für 50% aller Arzt-Patienten-Kontakte. Die direkten und indirekten Kosten allein der Rückenschmerzen werden auf 25 Mrd. Euro pro Jahr geschätzt. Bislang segelten Schmerzpatienten in Kliniken jedoch unter falscher Flagge: Für sie kamen nur unzutreffende Diagnosen in Frage, die entweder nur auf körperliche Erkrankungen oder ausschließlich auf psychische Probleme Bezug nahmen. Eine angemessene Behandlung, die sowohl körperliche als auch seelische und soziale Aspekte der Schmerzkrankheit berücksichtigt, war nur schwierig umzusetzen und konnte von den Krankenkassen nicht angemessen vergütet werden. Zudem blieb die tatsächliche Anzahl der Betroffenen und somit der Bedarf qualifizierter Schmerztherapie unerfasst.



**Aktualisierungsliste zur ICD-10-GM 2009 – Vorabversion**

**F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung**

Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt. Die Folge ist meist eine beträchtlich gesteigerte persönliche oder medizinische Hilfe und Unterstützung.

Psychalgie

Psychogen:

- Kopfschmerz
- Rückenschmerz

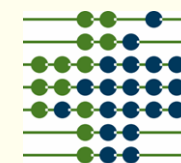
Somatoforme Schmerzstörung

Exkl.: Spannungskopfschmerz (G44.2)

**F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren**

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.

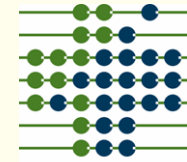
Exkl.: Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80)  
Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten  
Krankheiten (F54)



# Multimodale Schmerztherapie

## DRGs im Fallpauschalenkatalog 2009

DRG	Name	G-DRG 2008		G-DRG 2009	
		Relativ-gewicht	Mittlere Verweildauer	Relativ-gewicht	Mittlere Verweildauer
<b>B47Z</b>	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	1,477	15,3	1,435	14,1
<b>I42Z</b>	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	1,278	14,6	1,186	13,2
<b>U42Z</b>	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	unbewertet		unbewertet	
<b>Z44Z</b>	Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	1,039	11,7	1,276	12,8



## Schmerztherapie in G-DRG 2009

### Ergebnis

- Dank Vollkostenansatz auch alle schmerztherapeutischen Leistungen einkalkuliert
- Unverändert vier spezifische DRGs für multimodale Schmerztherapie
- Klarstellung zur ZE-Kalkulation manuelle Medizin
- Erheblich verbesserte Leistungsdarstellung ab 2009 durch zahlreiche Änderungen in OPS und ICD



## 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 31.10.2008
- Tendenz zur Bewertung bisher unbewerteter Leistungen
- Teilstationäre DRGs?
- Zukünftiger ordnungspolitischer Rahmen??



**Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit!**