

Schmerztherapie und Palliativmedizin unter DRG-Bedingungen

Pain treatment and palliative medicine under DRG conditions

U. Junker¹, R. Thoma² und A. Schleppers³

¹ Klinik für spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin, Sana Klinikum Remscheid (Chefarzt: Dr. U. Junker)

² Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Schmerztherapie, Krankenhaus der Missions-Benediktinerinnen von Tutzing e.V. (Chefarzt: Dr. R. Thoma)

³ Klinik für Anästhesie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Mannheim gGmbH (Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. K. van Ackern)

► **Zusammenfassung:** Dank der Aktivitäten der jeweiligen Fachgesellschaften konnten in den letzten Jahren sowohl schmerztherapeutische als auch palliativmedizinische Leistungen vergütungsrelevant in das deutsche DRG-System implementiert werden. Wir möchten an dieser Stelle darum bitten, diese Leistungen auch vor Ort zu dokumentieren, wenn diese im Rahmen der Behandlung erbracht werden. Nur wenn diese Leistungen auch dokumentiert werden, können die entsprechenden Kostenkalkulationen durch das InEK (Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus) für die Weiterentwicklung des G-DRG Systems durchgeführt werden. Die derzeitigen Kalkulationsdaten zeigen, dass die Dokumentation der schmerztherapeutischen Leistungen immer noch lückenhaft ist.

► **Schlüsselwörter:** G-DRG-System – Dokumentation – Schmerztherapie – Palliativmedizin.

► **Summary:** Thanks to the efforts of the respective medical associations, services in the areas of pain treatment and palliative medicine have been incorporated into the German DRG system as reimbursement items. Here, we would like to request that these services be documented wherever they are provided, whenever they are offered within the overall framework of treatment. Only when such services are documented can the InEK (Institut für Entgeltsysteme im Krankenhaus (Institute for reimbursement systems in the hospital) calculate the relevant costs with an eye to the further development of the G-DRG system. The current calculation data show that the documentation of pain treatment services continues to leave much to be desired.

► **Keywords:** G-DRG System – Documentation – Pain Therapy – Palliative Medicine.

OPS 8-919 Komplexe Akutschmerzbehandlung

Hinw.: Dieser Kode umfasst die Einleitung, Durchführung und Überwachung einer speziellen Schmerz-

therapie oder Symptomkontrolle bei Patienten mit schweren, akuten Schmerzzuständen (z.B. nach Operationen, Unfällen oder schweren, exazerbierten Tumorschmerzen) mit einem der unter 8-910 bis 8-911 genannten Verfahren, mit kontinuierlichen Regionalanästhesieverfahren (z.B. Plexuskatheter) oder parenteraler patientenkontrollierter Analgesie PCA durch spezielle Einrichtungen (z.B. Akutschmerzdienst) mit mindestens zweimaliger Visite pro Tag. Der Kode ist auch bei Tumorschmerzen anzuwenden, bei denen akute Schmerzexazerbationen oder Therapieresistenz von tumorbedingten oder tumorassoziierten Schmerzzuständen im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen und den Einsatz spezieller schmerztherapeutischer Verfahren und Techniken erfordern.

Dieser OPS-Kode darf ab 2006 nicht nur bei der Behandlung akuter perioperativer Schmerzen, sondern auch bei der Behandlung von schweren Schmerzepisoden bei Tumorpatienten kodiert werden. Nicht dokumentiert werden darf diese Leistung bei der postoperativen Schmerztherapie am OP-Tag. Eine umfassende Dokumentation und Evaluation der Schmerzmessung und Schmerzdokumentation hilft, in Auseinandersetzungen mit dem MDK die geforderten Leistungsinhalte zu belegen.

OPS 8-918 Multimodale Schmerztherapie

Hinw.: Hier ist eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen 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). Nur wenn der für die Behandlung federführende Arzt über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ verfügt, darf dieser OPS-Kode kodiert werden. Je nach Behandlungsdauer werden Zusatzziffern angefügt:

OPS 8-918 .0 bei einer Woche,
 .1 bei zwei Wochen,
 .2 bei drei Wochen und
 .3 bei mehr als 21 Behandlungstagen.

Hier zeigt sich ein für die G-DRG-Systematik mittlerweile typisches Phänomen, nämlich die vergütungsrelevante Vermischung operativer Prozeduren und Verweildauer. Letztere wollte man bei Einführung der DRGs ja ursprünglich insgesamt verkürzen, in Schmerztherapie und Palliativmedizin bleibt sie auch zukünftig ein wichtiger ökonomischer Faktor.

Neu und ab 2006 kodierbar ist der OPS Codes 91 b – Multimodale Schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung. Die Prozedur ist anwendbar zur Therapieerprobung nach einer interdisziplinären Diagnostik oder zur Stabilisierung nach stattgehabter multimodaler Schmerztherapie. Sie bedingt die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei Therapieverfahren.

- Psychotherapie (Verhaltenstherapie),
- spezielle Physiotherapie,
- Entspannungsverfahren,
- Ergotherapie,
- medizinische Trainingstherapie,
- sensomotorisches Training,
- Arbeitsplatztraining,
- Kunst- oder Musiktherapie,
- oder sonstige übenden Therapien.

Die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ beim für die Behandlung verantwortlichen Arzt ist auch bei dieser OPS erforderlich, die Behandlungsdauer darf 6 Tage nicht überschreiten.

Invasive Verfahren, wie z.B. die Neurostimulation oder die Implantation einer Medikamentenpumpe, sind in den Zusatzentgelte-Katalogen (Anlagen 2 - 6 des Fallpauschalenkatalogs 2006) enthalten, u.a.:

- ZE07 Neurostimulatoren zur Hirn- oder Rückenmarkstimulation, Einzelelektrodensystem

- ZE09 Elektrisch betriebene, implantierbare Medikamentenpumpen
- ZE2006-42 Neurostimulatoren zur Rückenmarkstimulation, Mehrelektrodensysteme.

Operative Prozeduren und Diagnosen für die Palliativmedizin

Die OPS 8-982 „Palliativmedizinische Komplexbehandlung“ umfasst die „aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne Beeinflussung der Grunderkrankung unter Einbeziehung der Angehörigen“. Sie darf nur kodiert werden, wenn die Behandlung unter Leitung eines Facharztes erfolgt, der eine Qualifikation im Bereich der Palliativmedizin vorweisen kann (z. B. mindestens einjährige Erfahrung im Bereich der Palliativmedizin oder entsprechende Qualifikation). Auch hier wird wiederum spezifiziert in vier für den Erlös relevante Verweildauern wie bei der multimodalen Schmerztherapie (s. o.). Die Leistungsanforderungen für die OPS 8-982 sind wie folgt festgelegt:

- Erstellung u. Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans
- wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechungen mit Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer -ziele
- Einsatz von mind. 2 Therapiebereichen: Sozialarbeit, Psychologie, Physiotherapie, künstlerische Therapie, Entspannungstherapie, Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche mit insgesamt 6 Stunden pro Patient in der Woche.

Ein aktuelles Problem der Repräsentanz von Palliativmedizin im G-DRG-System ist die Tatsache, dass der Begriff „Palliativstation“ nicht geschützt ist. Derzeit kann palliativmedizinische Komplexbehandlung auch auf „Nicht-Palliativstationen“ abgerechnet werden, die die wichtigen und grundlegenden Qualitätsvorgaben der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin nicht erfüllen:

Personal

- Ärztlich: 1 zu 6,5 Patienten
- Pflegerisch: 1,2 pro Patient, Qualifikation: 160 Std. „palliative care“ für Leitung, Stellvertretung und mindestens 30 % des gesamten Personals.

Räumlichkeiten

- Abgeschlossener Bereich
- 8 - 12 Betten
- 1 - / 2-Bettzimmer
- Übernachtungsmöglichkeiten für Angehörige
- Wohnzimmer.

► Das bedeutet, jetzt retrospektiv erhobene Daten auch solcher Behandlungseinheiten, die noch nicht über die erforderliche Personal- und Raumstruktur verfügen, leisten zur Sicherung einer zukünftigen Kostendeckung leider einen negativen Beitrag. In diesem Zusammenhang bleibt zu hoffen, dass kurzfristig – z.B. durch zusätzliche Kodierung eines Fachabteilungsschlüssels – zwischen qualitativ hochwertigen Palliativstationen und Normalstationen mit Palliativbetreuung unterschieden werden kann.

Schmerztherapie im DRG-System – Quo vadis?

Mehrere Fachgesellschaften (BDA, DGAI, DGSS und DIVS) haben im Rahmen des "Vorschlagsverfahren zur Einbindung des medizinischen, wissenschaftlichen und weiteren Sachverständes bei der Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2006" gemeinsam 65 Änderungsanträge beim DRG-Institut InEK gestellt. Diese Anträge hatten zum Ziel, folgende Finanzierungsprobleme der stationären Schmerztherapie zu lösen:

1. Verbesserung der Erlössituation der multimodalen intensiven Langzeitprogramme chronischer Schmerzpatienten in Gruppen oder einzeln (OPS 8-918.2, DRGs B47Z, I42Z, U42Z und Z44Z), die einen hohen Ressourcenverbrauch haben.
2. Verbesserung der Erlössituation der Tumorschmerztherapie, die über die nicht-operativen Tumor-DRGs B66A, C67Z, D60A, E71A, G60A, I65A, J62A, L62Z, M60A, N60A, R60 A-C, R60D, H61A, S62Z, S63 vergütet werden. Diese DRGs haben durch die Definition von Zusatzentgelten für die Chemotherapie eine erhebliche Reduktion der Kostengewichte erfahren.
3. Anpassung von Codes für die Implantation, Explantation und Revision von Spinalkathetern und Pumpen.

Die Vorschläge wurden allesamt vom InEK nicht umgesetzt, da in den von den Kalkulationskrankenhäusern gelieferten Daten keine oder nur wenige Fälle betroffen waren. Gründe hierfür sind:

- Die Kalkulationsdaten stammen aus dem Jahre 2004. Manche Leistungen wurden erst 2005 in die Kataloge aufgenommen, so dass sie für 2006 nicht gerechnet werden konnten.
- Die Leistungen wurden ungenügend dokumentiert und kodiert.
- Die an der Kostenkalkulation teilnehmenden Krankenhäuser erbrachten diese speziellen schmerztherapeutischen Leistungen nicht.

Daraus lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1. Die Vorschläge der Fachgesellschaften können nur erlösrelevant umgesetzt werden, wenn ausreichend Daten in der Kalkulationsstichprobe vorhanden sind und die neuen Kodierungsmöglichkeiten umfangreich genutzt werden:
 - OPS 8-918.2: Multimodale Schmerztherapie länger als 20 Tage
 - OPS 8-91b: Multimodale Kurzzeitbehandlung
 - OPS 8-918.0, 8-918.1, 8-918.2, wenn multimodale Schmerztherapie bei Tumorpatienten durchgeführt wird
 - OPS 8-919: komplexe Akutschmerztherapie bei Tumorschmerzen
2. Auch teilstationäre Einheiten müssen Ihre Leistungen vollständig dokumentieren. Es ist zu erwarten, dass auch die teilstationären Leistungen in Kürze im DRG-System abgebildet sein werden.
3. Nur wenn die Datenbasis in der Kalkulationsstichprobe breiter wird, können die Vorschläge der Fachgesellschaften vom InEK auch gerechnet werden. Alle stationär tätigen Schmerztherapeuten sind aufgefordert, das Management ihres Hauses zu überzeugen, dass es 2005 und 2006 entscheidend ist, dass möglichst viele schmerztherapeutisch tätige Krankenhäuser an der Kalkulationsstichprobe teilnehmen! Nur so kann die ökonomische Basis der stationären und teilstationären Schmerztherapie auch in Zukunft sichergestellt werden.

Die Fachgesellschaften werden sich auch am DRG-Änderungsverfahren 2007 intensiv beteiligen. Federführend werden die neuen Vorschläge von der Ad-hoc-Kommission DRGs & AEP der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) in enger Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGA) und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten erarbeitet. Nähere Informationen finden sich unter <http://www.dgss.org/neu/drgaepkomm.asp>

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Uwe Junker
Abteilung spezielle Schmerztherapie und Palliativmedizin
Sana-Klinikum Remscheid GmbH
Burger Straße 211
D-42859 Remscheid
Tel.: 02191 135100
Fax: 02191 135109
E-Mail: u.junker@sana-klinikum-remscheid.de ■