

Ad-hoc-Kommission Versorgungsfragen der Deutschen Schmerzgesellschaft

1) Name der Kommission:

Ad-hoc-Kommission Versorgungsfragen

2) Namen der Mitglieder

Dr. med. Bernhard Arnold (Puchheim), Dr. med. Andreas Böger (Kassel), Prof. Dr. med. Hans-Raimund Casser (Mainz), Dr. Gabriele Lindena (Kleinmachnow), Dr. med. Johannes Lutz (Bad Berka), Prof. Dr. med. Winfried Meißner (Jena), Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Paul Nilges (Mainz), Dr. med. Matthias Psczolla (St. Goar), Dr. med. Michael Schenk (Berlin), Prof. Dr. med. Martin Schmelz (Mannheim), Dr. Reinhard Thoma (München), PD Dr. Albrecht Wiebalck (Bochum)

3) Namen und Kontaktdaten des Sprechers

Dr. Reinhard Thoma, Algesiologikum München, Heßstr. 22, 80799 München,
Tel 089 452445 10, Fax 089 452445 420, eMail: thoma@algesiologikum.de

4) Hauptthemen, an denen die (Ad-hoc-)Kommission/der AK im letzten Jahr gearbeitet hat

- Das Hauptthema der Ad-hoc-Kommission Versorgungsfragen ist seit 2003, Anpassungsvorschläge für die jährliche Weiterentwicklung des Deutschen Fallpauschalensystems für die voll- und teilstationäre Schmerztherapie zu erarbeiten. Hierzu ist die Kommission in engem Kontakt mit dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK).
- In diesem Zusammenhang ist die Kommission erste Ansprechpartnerin des BfArM Dienstsitz Köln (ehemals Deutschen Institut für Dokumentation und Information, DIMDI) bei der Weiterentwicklung der Kodiersysteme ICD und OPS, die die Haupttreiber für die Entwicklung des Fallpauschalen-Entgeltsystems sind.
- Teilnahme am Workshop des DIMDI am 9.-10.03.2020 zur ICD-11-Umstiegsanalyse Schmerz: Ziel des Workshops stellt die Identifikation des Impacts dar, der sich durch den Umstieg und die daraus resultierenden Änderungen für die Anwendungsbereiche der ICD ergibt. Hierzu zählen neben gesundheitspolitischen und versorgungsrelevanten Auswirkungen auch ökonomische Konsequenzen, z. B. für die Entgeltsysteme. ICD-Kodes sind für die Vergütung im deutschen Gesundheitssystem essentiell.
Während des Workshops wurde deutlich, dass die Einführung der ICD-11 für chronische Schmerzen bessere Möglichkeiten bietet, chronische Schmerzen abzubilden. Ein großer Vorteil der neuen Klassifikation ist, dass einige Formen chronischer sekundärer Schmerzen erstmals einen entsprechenden Schmerzkode erhalten, dazu sind u.a. drei neue Schmerzarten definiert worden: postoperative, tumorassoziierte und viszerale Schmerzen. Die Postkoordination ermöglicht außerdem die Einteilung nach Schweregraden (mild, moderate, severe) sowie die Angabe bestimmter Symptome (Ausprägungen).
Von Seiten der Schmerzgesellschaft wurde gefordert, dass das biopsychosoziale Modell chronischer Schmerzen in die Hauptdefinition für die Diagnose MG30 sowie in einem nächsten Schritt auch in die einzelnen Beschreibungen der chronischen sekundären Schmerzen aufgenommen werden.
Folgende Punkte wurden herausgearbeitet:
 - Um den Umstieg möglichst gut vorzubereiten, bedarf es schon jetzt einer Übergangslösung im aktuellen ICD-10-GM-System. Hierzu zählt, F45.41 als Nebendiagnose bei chronischen sekundären Schmerzen (v. a. krebsassoziiert, posttraumatisch und postoperativ, viszeral) einzuführen.
 - Relevante Abrechnungsstrukturen (z. B. G-DRG) sollten schon jetzt auf die neuen Diagnosen vorbereitet werden. Die Sichtweise von ambulanten und stationären Stakeholdern sollten bei der Umstiegsvorbereitung ausreichend berücksichtigt werden.

- Im pädiatrischen Bereich ist ein wichtiger nächster Schritt für die entsprechenden Fachgesellschaften, die vorhandenen Diagnosen und Beschreibungen in der ICD-11 zu sichten. Es ist dringend zu prüfen, ob in die Beschreibungen Zusätze bezüglich der Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen aufgenommen werden sollten, oder eine Spezifizierung auf Konzeptebene erfolgen muss.
- Es sollte sichergestellt werden, dass die neuen ICD-11-Schmerzdiagnosen Zugang zu ambulanter ärztlicher und psychologisch psychotherapeutischer Behandlung ermöglichen.
- Künftige Anwendende sollten frühzeitig über die Neuerungen informiert und Schulungsmöglichkeiten entwickelt werden, auch in Hinblick auf neue Kodierrichtlinien. Das ICD-11 Coding Tool ermöglicht allen Nutzenden die einfache Verwendung des Systems, muss jedoch in bestehende, respektive zukünftige IT-Lösungen eingebunden werden. Die Einführung der ICD-11 wird möglicherweise stufenweise erfolgen müssen. Die Zeit bis zur Umsetzung sollte bestmöglich für die Vorbereitung (z. B. Überleitungstabellen, Anpassung des aktuellen Systems) genutzt werden. Studien, wie z. B. retrospektive Doppelkodierungen im aktuellen sowie im neuen System können hier ebenfalls hilfreich sein.

5) Die wichtigsten Erfolge des letzten Jahres bzw. Zwischenergebnisse

Die Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) gilt für die Therapie hochgradig chronifizierter Schmerzpatienten als der Goldstandard. Schwerer chronifizierte Patienten benötigen eine IMST im vollstationären Setting. Deren Effektivität hängt von der Behandlungsintensität ab, welche durch die Zahl der Behandlungseinheiten und durch die Behandlungsqualität bestimmt wird. Beide hängen von der Aufenthaltsdauer ab.

Hingegen ist bei zu kurzen Behandlungsdauern die Gefahr groß, dass die Chronifizierung weiter verstärkt wird und weiterführende Therapien aufgrund negativer Erfahrungen belastet werden. Trotz der dann notwendigen erneuten stationären Aufnahmen, reduzieren sich die Erfolgchancen, oder noch längere Behandlungsdauern werden notwendig, um die Mechanismen der Chronifizierung zu durchbrechen. Die notwendige Behandlungsdauer sollte daher patientenindividuell festgelegt werden können und weitgehend frei von ökonomischen Vorgaben oder Zwängen erfolgen. Bei besonders schwer betroffenen Patienten können Behandlungsdauern von drei Wochen oder mehr sinnvoll notwendig sein, um einen Drehtüreffekt zu vermeiden.

Unter den Anreizen der Fallpauschalierung können sich damit betriebswirtschaftlich naheliegende Rationierung (Verweildauerverkürzungen bis auf die Mindestverweildauer) und ein medizinisch sinnvolles Vorgehen (lange Verweildauer mit hoher Behandlungsintensität) gegenüberstehen. Bei der krankenhausinternen Steuerung können nur sehr bedingt mehr Ressourcen eingesetzt werden als über das mittelwertbasierte DRG-System refinanziert werden. So können sich kurze Therapiezeiten mit dann erforderlichen Wiederaufnahmen für die Krankenhäuser als finanziell attraktiver darstellen. Dass dies der Realität entspricht, zeigt der fortgesetzte Trend zu kürzeren Verweildauern in der Kalkulationsstichprobe bei der multimodalen Schmerztherapie. Damit sinkt die Verweildauer in der multimodalen Schmerztherapie überproportional im Vergleich zu den restlichen G-DRGs.

Die beobachteten Effekte stellen offensichtlich die Reaktion auf die Anreize der DRG-Fallpauschalierung dar und sind aus medizinischer Sicht kritisch zu bewerten. Fälle, die eine längere Behandlungsdauer benötigen, sind nicht mehr kostendeckend zu behandeln. Da die Verweildauer durch die OPS-Kodes nach unten abgesichert ist, können – wenn sich die mittlere Verweildauer der Untergrenze immer weiter annähert - auch keine kurzverweilenden Fälle mehr zur Kompensation zur Verfügung stehen. Eine Normalverteilung der Verweildauer liegt nicht vor.

In Anbetracht der jährlich sinkenden Erlöse der drei Fallpauschalen B47, I42 und U42 für die interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie (IMST) hat die Kommission in Zusammenarbeit mit

Prof. Roeder und Partner folgenden Änderungsvorschlag zur Weiterentwicklung des Fallpauschalensystems 2021 erarbeitet und bei InEK eingereicht:

Das InEK wird gebeten, zu prüfen,

1. ob die Zusammenführung der Basis-DRGs B47, I42 und U42 möglich ist. Hierzu sollte alle Fälle mit einem OPS-Kode aus der Klasse 8-918 (Interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie) und ohne (bestimmte/komplexe) OR-Prozedur im Rahmen der prä-MDC-Verarbeitung einer einzigen MDC zugeordnet werden.
2. ob eine separate Abbildung von Fällen mit einer Behandlungsdauer von mindestens 21 Tagen möglich ist.

6) Die sich ergebenden Perspektiven und Aufgaben für die nächsten 12 Monate und ggf. darüber hinaus

Perspektiven für das Jahr 2021:

Eine Zusammenführung der Basis-DRGs B47, I42 und U42 und Abbildung einer IMST mit einer Behandlungsdauer von mindestens 21 Tagen kann

- zur Sicherung der schmerzmedizinischen Versorgung chronischer Patienten mit vollstationärer IMST durch Stabilisierung der wirtschaftlichen Situation einer sinnvollen und wirksamen IMST führen
- helfen, Abrechnungsstreitigkeiten zu vermeiden
- genügend Fälle beinhalten, um sinnvolle neue DRG-Definitionen und Abgrenzungen zuzulassen

Aufgaben für 2021:

Nach Veröffentlichung des Fallpauschalenkataloges 2021 und Sichtung des ergeben sich die Aufgaben für die Weiterentwicklung des DRG-Systems für das Jahr 2022.

7) Fazit bzw. kurze Forderungen an Wissenschaftsgremien/Politik bzw. sonstige Akteure

Gerade in Zeiten der Corona-Pandemie leiden interdisziplinäre multiprofessionelle Therapiekonzepte aufgrund der Herausforderungen der Hygieneregeln in intensiven Gruppentherapien. Die Krankenhäuser neigen dazu, weniger komplexe monodisziplinäre Therapien wie Operationen gegenüber komplexeren Therapiekonzepten mit höherem personellem und räumlichem Ressourcenverbrauch zu bevorzugen. In diesem Zusammenhang ist eine politische Unterstützung einer wirtschaftlichen Abbildung der höher intensiven und länger dauernden vollstationären IMST entscheidend für die Zukunft der Versorgung schwer chronifizierter Schmerzpatienten.