

Zum neuen Jahr:

Die Bedeutung der Anästhesie innerhalb des German Refined DRG-Systems

B. Landauer und A. Schleppers

*„Wenn der Wind notwendiger Veränderungen weht, so bauen die einen Mauern, die anderen Windmühlen“
(chinesisches Sprichwort)*

Deutschland steht kurz vor der Einführung eines DRG-orientierten Patientenklassifikationssystems, welches bis auf wenige Ausnahmen ab 01.01.2004 bzw. optional ab 01.01.2003 die Basis der Krankenhausfinanzierung darstellen wird. Grundlage für die Einführung des deutschen DRG-Systems (GR-DRGs), dies haben die Selbstverwaltungsorgane am 27.06.2000 vereinbart, ist die Systematik der Australian Refined Diagnosis Related Groups (AR-DRGs), Version 4.1 mit 409 Basisfallgruppen und insgesamt 661 ökonomisch relevanten Fallgruppen. Diese moderne Version befindet sich auf einem relativ aktuellen medizinischen Entwicklungsstand und ist seit 1998 verschiedenenorts als Grundlage für Vergütungssysteme im Einsatz. Damit sind die gesetzlichen Anforderungen des § 17b KHG erfüllt.

Seit Juli 2000 wird von den Selbstverwaltungsorganen die Basisadaptation des AR-DRG Klassifikationssystems (z.B. Übersetzung der Handbücher, Übertragung auf deutsche Diagnose- und Prozedurenschlüssel, Änderungen von Leistungsabbildungen auf der Grundlage deutscher Versorgungsstrukturen) erarbeitet. Um die gesetzlichen Anforderungen an ein einheitliches Vergütungssystem für alle Krankenhäuser mit der erforderlichen Sorgfalt zu erfüllen, sind vielfältige Abstimmungen zwischen den Selbstverwaltungsorganen erforderlich, die zu einer Verzögerung von bisher ca. 10 Monaten im ursprünglichen Zeitplan geführt haben.

Was bedeutet dieses umfassende, pauschalierende Entgeltsystem?

Die Wurzeln der DRG-Systeme liegen in den USA. Hier werden Gruppierungssysteme von einzelnen Krankheitsfällen (Behandlungsfallgruppen) bereits seit mehr als 15 Jahren zu Vergütungszwecken eingesetzt. Anhand vordefinierter Hierarchiestufen können dabei unterschiedlichste Behandlungsfälle in klassifizierte Behandlungsfallgruppen eingeordnet werden. Jeder Fallgruppe im DRG-System wird als Ergebnis einer Kostenkalkulation ein Kostengewicht zugeordnet, das vom benötigten durchschnittlichen Ressourcenverbrauch für die Erbringung der Behandlungsleistung (allgemeine ärztliche Leistung, Pflegeleistung, OP-Leistung, "Hotelkosten") bestimmt wird.

Ziel ist es, die mittleren Behandlungskosten für jede Fallgruppe abbilden zu können, nicht jedoch die individuellen Behandlungskosten für einen einzelnen Patienten.

Aus diesen Vorgaben ist abzuleiten, daß es innerhalb einer einzelnen DRG "günstige" Behandlungsfälle geben wird, bei denen die Erlöse über den Kosten liegen werden, aber genauso auch "ungünstige" Behandlungsfälle, bei denen im Einzelfall die Erlöse unter den Kosten liegen werden.

Die Bedeutung der Anästhesie in diesem Szenario

Direkt beeinflußt die Anästhesie durch die Auswahl des Anästhesieverfahrens und durch die Qualität der Anästhesie die Liegedauer in verschiedenen kosten-trächtigen Bereichen, wie Aufwachraum, Intensivbehandlung und -Überwachung etc., die postoperative Mobilisation und das Outcome der Patienten. Die Anästhesie trägt damit unmittelbar zum wirtschaftlichen Ergebnis des Krankenhauses insbesondere bei den komplexen Krankheitsfällen bei.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, daß die Anästhesie als mitentscheidender Faktor des Gesamterlöses und nicht als "lästiger Kostenproduzent" gesehen wird.

Erlösverantwortung

Viele Diskussionen hat es in den letzten Monaten um die Bedeutung der Erlösverantwortung gegeben. Ausgelöst durch die sehr plakativ formulierte Aussage "Der entlassende Arzt entscheidet über das Budget des Krankenhauses", traten Krankenhausmanager, Chefärzte, aber auch berufspolitische Vertretungen bereits vor Beginn der eigentlichen Kalkulationsarbeiten des DRG-Systems in die von Begehrlichkeiten geprägte Diskussion der Erlösverteilung vor Ort ein.

Verkannt wird bei dieser oft mehr emotional als rational geführten Diskussion, daß sich bei der Behandlung der Patienten durch die Einführung eines DRG-Systems zunächst nur wenig ändern wird. Geprägt werden die einzelnen Behandlungsabschnitte weiterhin durch prozeß- und damit auch erlösverant-

Editorial

Derzeitiger Stand der Arbeiten		
Arbeitsschritte	Geplant bis	Stand der Umsetzung
Übersetzung des AR-DRG-Systems in die deutsche Sprache	30.10.2000	offen
Festlegung einheitlicher Kodierregelungen für das DRG-System - Deutsche Kodierrichtlinien	30.11.2000	August 2001
Evaluation des Leitfadens zur Kalkulation und Anpassung des DRG-Systems Evaluation der deutschen Relativgewichte	30.12.2000	Pretest seit 01.04.2001 ab 01.01.2002

wortliche Kliniken, die ihren Teil zeitnah und professionell erbringen müssen. So ist auch die Anästhesie, ebenso wie die Radiologie oder die Labormedizin, neben der Chirurgie ein unersetzbares Glied im Gesamtprozeß der Patientenbehandlung. Dies spiegelt sich auch in der vollständigen Erstellung des klinischen Datensatzes wider, der bei der Mehrzahl der heutigen Krankenhausfälle eine interdisziplinäre Leistung aller an der Erbringung der Gesundheitsleistung Beteiligten darstellt.

Prozeßverantwortung und Kodierung

Die Anästhesie wurde trotz aller berufspolitischen Bemühungen nur unvollständig, oder gar nicht gesondert in die Kodierungsrichtlinien des OPS 301 aufgenommen, obwohl eine moderne Anästhesie einen ebenso differenzierten Prozeßbestandteil wie die operative Leistung darstellt.

In den Deutschen Kodierrichtlinien wird die Anästhesieleistung stattdessen explizit als unmittelbarer Bestandteil einer DRG benannt, der, da er als regelmäßiger Prozeß zusammen mit den operativen Leistungen erbracht wird, nicht zusätzlich erfaßt werden muß. Damit fällt, wie oft vorschnell vermutet, die Vergütung für die Anästhesieleistungen etwa nicht unter den Tisch, sondern ist immanenter Bestandteil der Kalkulation des Gesamtfalles. Es ist Aufgabe der Krankenhausverwaltungen, diesem Sachverhalt bei den Budgetzuteilungen auszeichnend Rechnung zu tragen.

Die Ermittlung der Gesamtkosten in der Evaluierungsphase kann im Hinblick auf die entsprechende Erlösrelevanz nur dann ein vollständiges Bild des Ist-Zustandes abgeben, wenn tatsächlich alle direkten und indirekten Kosten in die Berechnung mit eingehen.

Hierzu gehören für die Anästhesiologie die Kosten für die präanästhesiologische Betreuung, ebenso wie die der eigentlichen Anästhesieleistung einschließlich aller perioperativen Maßnahmen, der postoperativen Betreuung bis hin zur Intensivtherapie sowie der Schmerzbehandlung.

Ob nach dem OPS 301 kodiert oder nicht, entscheidender ist die Frage, welche Leistungen die Anästhesie innerhalb der Patientenbetreuung übernimmt und wo die qualitativen Potentiale einer Anästhesieabteilung

zur Optimierung der DRG-bezogenen Prozeßabläufe beitragen können.

In der **präoperativen Phase** ist es unter anderem die Aufgabe des Anästhesisten, eine umfassende Anamnese sowie eine körperliche Untersuchung des Patienten durchzuführen. Hierbei sind nicht nur die speziellen Befunde, die zum aktuellen Kontakt mit dem Krankenhaus geführt haben, sondern alle Neben-erkrankungen und Nebenbefunde von Bedeutung. Es werden so zu einem sehr frühen Zeitpunkt eine Vielzahl DRG-relevanter Daten erfaßt, die elementarer Bestandteil der DRG-Eingruppierung, damit der Casemix-Berechnung und somit Grundlage des zu erzielenden Erlöses sind.

Mit der Erfassung von Nebendiagnosen ist häufig die Konsequenz zusätzlich erforderlicher diagnostischer Maßnahmen oder das Ab- bzw. Umsetzen von bestehenden Medikationen verbunden. In Zeiten definierter und immer kürzerer "Soll-Liegezeiten" bei steigender Fallzahl sowie detaillierter Ressourcenplanungen z.B. der OP-Kapazitäten oder der Bettenbelegung ist ein kurzfristiges Verschieben von Eingriffen nur unter Inkaufnahme einer Verschlechterung der gesamten organisatorischen Abläufe möglich. Eine frühzeitige Vorstellung und Evaluierung der Patienten in Anästhesieambulanzen sowie ein **OP-Management** durch die Anästhesie liefert hier einen entscheidenden Beitrag zur konsequenten Behandlungsfallplanung und Kostenkontrolle. Ganz zu schweigen davon, daß so die Abläufe effizienter und für unsere Patienten, aber auch operativen Partner sicherer und komfortabler werden.

In der **intraoperativen Phase** wird - wie bereits erwähnt - die eigentliche Anästhesieleistung nicht gesondert im OPS 301 codiert. Da neben der erforderlichen DRG-Dokumentation nach wie vor umfassende anästhesiologische Leistungsstatistiken und Qualitätsdokumentationen durchgeführt werden sollen, können diese Leistungen dennoch sowohl krankenhausintern als auch nach außen transparent gemacht werden. Gerade bei komplizierten operativen Prozeduren fallen hier zusätzliche anästhesiologische Diagnosen an, die zur Erhöhung des Schweregrades des Falles und damit ggf. zur Erhöhung des Erlöses mit beitragen.

Die **postoperative Betreuung** der Patienten ist nur eine logische Fortsetzung der intensiven Behandlung während der Narkose. Dem Anästhesisten steht hierzu der Aufwachraum und abhängig von Umfang und Dauer der Nachsorge die Intensivstation, beides relativ kostenträchtige Einrichtungen, zur Verfügung. Anästhesiologisches Ziel muß es sein, den Patienten so zu behandeln, daß er unter Minimierung postoperativer Komplikationen so rasch wie möglich wieder auf die Normalstation verlegt werden kann. Dies wird in Zeiten immer engerer Budgets mit fixen Erlösen für eine DRG für das Krankenhaus existentiell. Hinzu kommen die hohen erlösrelevanten Anforderungen an die Qualität der Behandlung. Diese Qualitätsanforderungen können nur dann erfüllt werden, wenn die postoperative Nachsorge eine qualifizierte anästhesiologische Betreuung gewährleistet und hilft, die Komplikationen auf den Stationen zu minimieren und die perioperative Versorgungskette zu optimieren.

Alles in allem: Noch nie, auch nicht in den USA, hat ein Gesetzgeber für das Gesundheitswesen "flächendeckend" derartig weitgehende Reforminhalte mit einem solch engen Zeitplan vorgegeben.

In den einzelnen Krankenhäusern und ihren jeweiligen Fachabteilungen, aber gerade auch im Zusammenspiel aller an der Patientenbetreuung Beteiligten ist eine intensive DRG-orientierte Ausrichtung der gesamten Prozesse der Patientenbehandlung erforderlich. In der zusammenfassenden Betrachtung der heutigen medizinischen und ökonomischen Situation, der Analyse des zu versorgenden Patientenkollektivs und der daraus resultierenden Aufgaben ergibt sich, daß der Patient neben der prä-, intra- und postoperativen

Betreuung durch das jeweilige operative Fachgebiet, insbesondere dann, wenn er mit Risiken belastet ist, eine vom Anästhesisten sicherzustellende perioperative Versorgungskette benötigt.

Gerade unser Fach hat im Zeichen der DRGs die Chance, seine Querschnittsposition - oft verglichen mit dem Öl im operativen Motor des Krankenhauses - erneut unter Beweis zu stellen und zu festigen. Dies geschieht in erster Linie durch eine sachgerechte Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren, etwa im Rahmen von Prämedikation, Schmerzsprechstunde, Intensivbehandlung etc. Darüber hinaus hat die Intensivbehandlung mit Beatmung und Tracheotomie - knapp 90% der deutschen operativen Intensivstationen stehen unter anästhesiologischer Leitung - im derzeit vorgesehenen System einen "erlössteigernden" Stellenwert. Durch Steuerung des Behandlungsprozesses im operativen Bereich, etwa durch Übernahme der OP-Organisation, der Abläufe beim ambulanten Operieren etc., lassen sich deutlich Kosten sparen. "Last but not least" hat es der Anästhesist auch in der Hand, durch die Wahl geeigneter eingriffs- und patientenorientierter Anästhesieverfahren den Aufenthalt in kostenträchtigen Bereichen zu verkürzen ("fast track anaesthesia") und damit in entsprechend gelagerten Fällen zu einer früheren Entlassungsfähigkeit des Patienten beizutragen. Wenn wir diese Erkenntnisse, gewappnet durch das nötige Rüstzeug, wobei wir dem Leser als Ratgeber für die Praxis besonders den von A. Schleppers und F. Metzger verfaßten "Fachkommentar DRG Anästhesiologie" (zu beziehen über die BDA-Geschäftsstelle) empfehlen, beherzigen, muß man sich um die Zukunft unseres Faches auch im Zeitalter der DRG kaum sorgen.

Der „**Fachkommentar DRG Anästhesiologie**“ kann gegen eine Schutzgebühr inkl. Porto für

BDA-Mitglieder: € 4,50
Nicht-Mitglieder: € 6,50

bei der

BDA-Geschäftsstelle
Roritzerstraße 27

D- 90419 Nürnberg
Fax: 0911 / 3 93 81 95

mit nachstehendem Coupon bestellt werden.

Bestellschein

Hiermit bestelle ich _____ Exemplar(e) des „**Fachkommentars DRG Anästhesiologie**“ des BDA.

Die Schutzgebühr inkl. Porto in Höhe von € _____ liegt als/in

☐ Verrechnungsscheck BDA-Mitglied ☐ ja
☐ Briefmarken ☐ nein bei.

☐ Wird gegen Rechnung überwiesen.

Name/Anschrift (bitte in Druckbuchstaben):

Datum, Unterschrift