

Leserbrief zum Beitrag von J. Jage, F. Heid, W. Roth und M. Kunde

## "Postoperative Schmerztherapie vor dem Hintergrund der DRGs"

Anästhesiologie & Intensivmedizin 2002, 43: 262-278

Den Kollegen *Jage, Held, Roth* und *Kunde* muß man zu einer sehr guten Übersichtsarbeit zur multimodalen Schmerztherapie gratulieren. Der Titel dieses Beitrags suggeriert dem Leser jedoch die Herstellung eines Bezuges zu DRGs. De facto sind – wie im Titel der Arbeit angedeutet – DRGs aber wirklich weit im Hintergrund geblieben: Sie werden im ersten Satz einleitend erwähnt, werden nachfolgend aber in keiner Weise berücksichtigt. Für den Leser stellt sich nun die Frage, ob eine multimodale Schmerztherapie in einem DRG-basierten Abrechnungssystem nicht nur medizinisch sinnvoll, sondern auch wirtschaftlich ist. Im folgenden soll versucht werden, diese noch offene Frage zu beantworten:

Akut-Schmerztherapie ist im DRG-System nicht abbildbar. Die postoperative Schmerztherapie wird als notwendige Leistung verstanden. Die dadurch entstehenden Kosten müssen durch das Entgelt des DRG-Codes der operativen Leistung gedeckt werden. Dies schließt die bei patientenkontrollierter Analgesie entstehenden Kosten für Medikamente, Pumpen sowie ärztliches und pflegerisches Personal ein. Die im Vergleich zur konventionellen Schmerztherapie entstehenden nicht unerheblichen zusätzlichen Kosten rechnen sich dennoch:

1. Die Komplikationsrate einschließlich konsekutiv entstehender Kosten ist niedriger.
2. Die Verweildauer auf Intensivstationen und im Krankenhaus ist verkürzt.

Ein entscheidender Faktor ist dabei aber noch nicht berücksichtigt:

Ab 2005 sind die Krankenkassen verpflichtet, qualitätsrelevante Daten im Internet zu veröffentlichen (§ 137 SGB V). Dies impliziert, daß die gesamte Krankenhauslandschaft für den Kunden / Patienten transparenter wird: Er kann schauen, in welchem Haus mit welcher Qualität verfahren wird. Eine effektive Schmerztherapie ist dabei für den Patienten ein nicht unerhebliches Qualitätsmerkmal. Während vielerorts mit Argwohn und Schrecken die Veröffentlichung solcher qualitätsrelevanter Daten beängstigt wird, stellt diese Transparenz gleichzeitig eine hervorragende Möglichkeit zur Selbstdarstellung und -positionierung eines Krankenhauses dar.

Eine multimodale Schmerztherapie ist in einem DRG-basierten System somit nicht nur möglich, sondern auch wirtschaftlich absolut sinnvoll. Auch in Australien, dem Mutterland unserer DRGs, wird daher eine multimodale, patientenkontrollierte Analgesie angewendet.

### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. *Michael Booke*  
Priv.-Doz. Dr. med. *Frank Hinder*  
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie  
und operative Intensivmedizin  
Universitätsklinikum Münster  
Albert-Schweitzer-Straße 33  
D-48129 Münster.

### Stellungnahme zum Leserbrief von M. Booke und F. Hinder

Autoren werden durch lobende Bemerkungen erfreut und durch kritische stimuliert. Wir freuen uns darüber, daß die Herren *Booke* und *Hinder* die zwei Hauptresultate unserer Arbeit, dargestellt vor allem in den Tabellen 6 - 19, reflektiert haben. Die erwähnte zukünftige Veröffentlichung qualitätsrelevanter Daten wird wohl zusätzlich diesen oder jenen Ignoranten aufrütteln – wenn sie denn wirklich kommt.

Es ist mißverständlich, die patientenkontrollierte Analgesie in einem Atemzug mit der multimodalen Analgesie zu erwähnen. Dadurch entsteht der Eindruck, beides gehöre zwingend zusammen. Multimodale Konzeption bedeutet Integration der Schmerztherapie zur möglichst frühen Mobilisierung, Nah-

rungsaufnahme und Entlassung (1), um letztlich das postoperative Outcome einschließlich der Lebensqualität zu verbessern (2). Das ist mit einer epiduralen Analgesie (EDA) offenbar eher als mit einer systemischen Analgesie möglich, insbesondere hinsichtlich eines die Therapiedauer weit überschreitenden Nutzens (2). Auch die kontinuierliche EDA als Infusion erfüllt diese Ziele (2, 3, 4), nicht allein die zusätzlich patientenkontrollierte EDA (PCEA). Voraussetzung für die Wirksamkeit beider Verabreichungsmöglichkeiten sind vielmehr eine ausreichende Kontrolle und individuelle Therapieanpassung durch das Fachpersonal sowie die Integration in umfassende postoperative Rehabilitationsprogramme (5). Die technisch anspruchsvollere PCEA kann

## Forum

zumindest hinsichtlich der Analgesie vorteilhaft gegenüber der kontinuierlichen EDA sein, weil der Patient zur Adaptation beiträgt. Ob dieser Vorteil auch für das postoperative Outcome gilt, ist aufgrund fehlender Vergleichsstudien gegenwärtig eher Glaubenssache. In einer prospektiven Analyse (n = 875) wurden allerdings 12% gerätebedingte Probleme bzw. 15% personalbedingte Probleme während einer patientenkontrollierten Schmerztherapie festgestellt (6). Eigene, durchaus leidvolle Erfahrungen bestätigen diese relativ hohe Inzidenz zumindest für die PCEA. Ist die rechtzeitige Behebung solcher Probleme, insbesondere bei hohem Patientenaufkommen und einem speziell dafür abgestellten Schmerzdienst, nicht auch kostenrelevant im Verhältnis zu Schmerzdiensten, die noch weitere Aufgaben zu erledigen haben und mit einfacheren (= preiswerteren) Geräten arbeiten?

Dringlicher denn je sind die Kommunikation mit den chirurgischen Fächern sowie prospektive Kosten-Nutzen-Analysen verschiedener Methoden der postoperativen Schmerztherapie bei Risikopatienten nach Risikooperationen nötig. Andernfalls wird Beliebigkeit um sich greifen.

### Literatur

1. *Kehlet H*: Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anaesth* 1997, 78: 606-617

2. *Carli F, Mayo N, Klubien K et al*: Epidural analgesia enhances functional exercise capacity and health-related quality of life after colonic surgery. *Anesthesiology* 2002, 97: 540-549

3. *Rigg JRA, Jamrozik K, Myles PS et al*: Epidural anaesthesia and analgesia and outcome of major surgery: a randomized trial. *Lancet* 2002, 359: 1276-1282

4. *Seeling W, Bothner U, Eifert B et al*: Patientenkонтроllierte Analgesie versus Epiduralanalgesie mit Bupivacain oder Morphin nach großen abdominalen Eingriffen. Kein Unterschied in der postoperativen Morbidität. *Anaesthesist* 1991, 40: 614-623

5. *Werner MU, Soholm L, Rotboll-Nielsen P, Kehlet H*: (2002) Does an Acute Pain Service improve postoperative outcome? *Anesth Analg* 95: 1361-1372

6. *Wiebalck CA, Vandermeersch E, Decoster J, Van Hooreweghe S*: A prospective study of pain pump related problems in 875 patients. *Anesth Analg* 1996, 82: S 488.

### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. *Jürgen Jage*  
Klinik für Anästhesiologie  
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz  
Langenbeckstraße 1  
D-55131 Mainz.

## Personalia

Priv.-Doz. Dr. med. *Ansgar Brambrink*, Klinik für Anästhesiologie der Universität Mainz, wurde anlässlich der Eröffnung des DIVI-Kongresses in Hamburg mit dem **Else-Kröner-Memorial-Award 2002** für seine Arbeit "Induktion von Toleranz gegenüber globaler zerebraler Ischämie durch Gabe von 3-Nitropropionsäure im Tierexperiment" ausgezeichnet.

Dr. med. *Dirk Ebel*, wissenschaftlicher Assistent der Klinik für Anästhesiologie der Universität Düsseldorf, wurde mit dem **Förderpreis 2002 der Stiftung "Der herzkranke Diabetiker"** in der Deutschen Diabetiker-Stiftung für seine Arbeit "Effect of acute hyperglykemia and diabetes mellitus with and without shortterm insulin treatment on ischemic late preconditioning in the rabbit heart in vivo" ausgezeichnet.