

## Editorial

# Diagnosis Related Groups – Auswirkungen und Möglichkeiten für die stationäre Behandlung Suchtkranker

Markus Backmund

**Korrespondenzadresse:** Dr. med. Markus Backmund, Krankenhaus München Schwabing, Kölner Platz 1, D-80804 München;  
E-Mail: [Markus.Backmund@kms.mhn.de](mailto:Markus.Backmund@kms.mhn.de)

In einigen Krankenhäusern wurde bereits in diesem Jahr modellhaft das Abrechnungssystem von allgemein mit den Krankenkassen auszuhandelnden Pflegesätzen auf das per Gesetz beschlossene und ab 1.1.2004 für alle somatischen Krankenhäuser anzuwendende Fallpauschalensystem anhand der Diagnosis Related Groups (DRGs) umgestellt. Dies könnte einerseits enorme Auswirkungen auf die adäquate Behandlung Suchtkranker haben, bietet andererseits die Möglichkeit, die bisher kaum beachtete Patientengruppe mit Abhängigkeitserkrankungen an somatischen Krankenhäusern entsprechend ihrer Bedeutung wahrzunehmen und geeignete "Patienten-Pathways" für diese Patienten unter zur Verfügung Stellung geeigneter suchtmmedizinischer Settings zu entwickeln.

Auf den internistischen Intensivstationen wird fast jeder fünfte Patient wegen einer Intoxikation (560 von 2880 Patienten; Backmund 1998), meistens bei bestehender Abhängigkeitserkrankung, behandelt. Über 10% aller Notarztzeinsätze müssen wegen Intoxikationen bei Suchtkranken gefahren werden (Backmund et al. 1999). In den somatischen Abteilungen bilden die Suchtkranken zahlenmäßig eine nicht zu übersehende Gruppe. Obwohl jedoch die zur Aufnahme führenden Symptome, Krankheiten und Verletzungen meist unmittelbar im Zusammenhang mit der Suchtkrankheit stehen oder in Folge der Suchtkrankheit entstanden sind, existieren kaum Ansätze, die Behandlung, insbesondere die Behandlungsstrategie suchtmmedizinisch zu managen. Vielmehr werden alle Überlegungen von den bestehenden, eingesessenen chirurgischen und internistischen Fachabteilungen gesteuert, die fokussiert auf "ihr" Fachgebiet ihre fachspezifische Therapie anbieten. Dies funktioniert häufig nicht und bestätigt das Vorurteil, Suchtkranke seien nicht compliant. Dabei wird die prinzipiell zu Grunde liegende Erkrankung der Abhängigkeit nicht berücksichtigt und somit wird auch nicht adäquat behandelt. Jede noch so schwere Erkrankung eines Suchtkranken kann jedoch dann effektiv therapiert werden, wenn die Suchtkrankheit als ursächlich erkannt in den Vordergrund gerückt und behandelt wird. Angesichts der Zahlen, die in der vorliegenden Ausgabe von Privatdozentin Dr. Ezther Maylath aus Hamburg vorgestellt werden (ab S. 173), ist es verwunderlich, dass nicht bereits an allen größeren Allgemeinkrankenhäusern bzw. Krankenhäusern höherer bis maximaler Versorgungsstufen eigene Abteilungen oder Zentren für *somatische Suchtmmedizin* existieren.

Die DRGs für Alkoholkrankheit werden im Beitrag von Frau Maylath dargestellt. Ergänzend werden hier die DRGs für Opioidabhängige mit entsprechendem *Cost Weight* (CW) gezeigt (Tabelle 1). Dieser CW ist der Multiplikator des Basisatzes 1 (= 2700 Euro). Die volle Fallpauschale der gegroupeten DRG wird bezahlt, wenn die untere Behandlungsdauer bei z.B. Opioidabhängigkeit (DRG V63Z) von 4 Tagen nicht unterschritten wird. Muss der Patient länger behandelt werden, werden ab Tag 20 Zuschläge vergütet. Für die Suchtkrankheiten *per se* existieren vier DRGs, zwei mit Schweregrad A und B bei entsprechendem *Patient Clinical Complexity Level* (PCCL), der sich aus verschiedenen *Complication and Comorbidity Levels* (CCL) zusammensetzt. Andererseits führt die Hauptdiagnose zum Beispiel einer tiefen Beinvenenthrombose, eines Nierenversagens, einer Endokarditis oder Sepsis bei einem heroïnabhängigen Patienten bei zusätzlicher Verschlüsselung der Diagnose Opioidabhängigkeit regelmäßig zu einem höheren CW.

**Tabelle 1:** DRGs für Opioidabhängige

Diagnosis Related Groups (DRG)		CW
V61A	Drogenintoxikation und –entzug mit PCCL (> 1)	0,95
V61B	Drogenintoxikation und –entzug ohne PCCL	0,613
V62A	Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit	0,779
V62B	Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit, ein Belegungstag	?
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit	0,80
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit	0,615

Somatische Suchtmmedizin bedeutet, die somatischen Krankheiten Suchtkranker entweder bei Abstinenzwunsch und fehlender Kontraindikation der Patientinnen und Patienten während einer qualifizierten Entzugsbehandlung zu behandeln oder in einem suchtmmedizinischem Setting. Suchtmmedizinisches Setting heißt, dass die Patientinnen und Patienten zusätzlich zur medizinischen Behandlung, die in der Regel eine Substitutionsbehandlung beinhaltet, psychisch und sozial therapiert werden. So können auch schwerste Erkrankungen mit komplizierten Therapien bei Suchtkranken ebenso erfolgreich behandelt werden wie bei Nicht-Suchtkranken.

Abschließend sei noch einmal der ökonomische Aspekt hervorgehoben und am Beispiel der Heroinabhängigen (Opioidabhängigen), die zur qualifizierten Entzugsbehandlung stationär aufgenommen werden, beleuchtet: Wie oben gezeigt, existieren derzeit lediglich zwei DRGs für Heroinabhängigkeit, eine mit Schweregrad A und B, je nach Höhe des PCCL durch Nebendiagnosen und Prozeduren. Die meisten Heroinabhängigen leiden unter einer chronischen Hepatitis C (Backmund et al. 2003). Diese Nebendiagnose hebt die DRG V61 in Kategorie A zu V61A mit einem Erlös von 0,95 CW. Die Gruppe der Drogenabhängigen, die stationär wegen ihres Entzugssyndroms behandelt werden, befinden sich, wie vielfach publiziert, in unterschiedlichen Phasen und Stadien ihrer Suchtkrankheit. Dementsprechend stellt sich bei den einen bereits nach wenigen Tagen heraus, dass sie sich ein Leben ohne Betäubung noch gar nicht vorstellen können. Diese können eventuell rasch für eine Substitutionsbehandlung motiviert werden. Andere sind mehrfachabhängig (Darke et al. 1995), wobei die Entzugsbehandlung mindestens sechs Wochen dauert, bei neben der Opioidabhängigkeit vorliegender Benzodiazepinabhängigkeit (Garcia-Borreguero et al. 1991). Somit bilden sich aufgrund inhaltlicher Begebenheiten zwei Gruppen mit sehr unterschiedlichen Aufenthaltsdauern: Die erste Gruppe erhält bereits die volle Fallpauschale, bei der zweiten Gruppe werden die Kosten ebenfalls gedeckt, da ab Tag 20 die Zuschüsse zu einem deutlich höheren CW führen, sodass eine qualifizierte Entzugsstation in somatischen Kliniken für Drogenabhängige schwarze Zahlen schreiben kann. Dabei könnte synergistisch eine Kooperation mit einer psychiatrischen Suchtmedizin und einer Am-

bulanz (medizinisch und Substitutionsambulanz) sowie Entwöhnungstherapieeinrichtungen sowohl für die Patienten als auch ökonomisch Gewinn steigernd sein: Kostenträger für die somatische Suchtmedizin sind die Krankenkassen via DRG, für die psychiatrische Suchtmedizin die Pflegesätze, die Ambulanz rechnet via Kassenärztlicher Vereinigung ab, die Entwöhnungstherapieeinrichtungen über Rentenversicherungsträger.

Es scheint fachlich und ökonomisch sinnvoll zu sein

- somatische suchtmmedizinische Stationen, Fachabteilungen oder Fachzentren zu schaffen und
- Kooperationen zwischen den wenigen existierenden, bald hoffentlich zahlreich geschaffenen somatischen suchtmmedizinischen Fachzentren, der psychiatrischen Suchtmedizin, den Ambulanzen und den Entwöhnungstherapieeinrichtungen festzulegen.

#### Literatur

- Backmund M (1999): Suchttherapie. ecomed Verlag, Landsberg/Lech
- Backmund M, Meyer K, Wächtler D, Eichenlaub D (2003): Hepatitis C virus infection in injection drug users in Bavaria: Risk factors for seropositivity. *Eur J Epidemiol* 18, 563-568
- Darke S, Hall W (1995): Levels and correlates of polydrug use among heroin users and regular amphetamine users. *Drug Alcohol Depend* 39, 231-235
- Garcia-Borreguero D, Bronisch T, Apelt S, Yasouridis A, Emrich HM (1991): Treatment of benzodiazepine withdrawal symptoms with carbamazepine. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci* 241, 145-150

## Aus der Literatur: Neuerscheinungen

### Gesundheitsberichterstattung: GBE-Heft zu Hepatitis C erschienen

In Deutschland sind schätzungsweise 400 000 bis 500 000 Menschen mit dem Hepatitis-C-Virus infiziert, die Krankheit stellt also ein gravierendes medizinisches und gesundheitsökonomisches Problem dar. Der aktuelle Wissensstand ist im neuen GBE-Heft "Hepatitis C" zusammengefasst. Auf knapp 20 Seiten werden Verbreitung, Übertragungswege, Risikofaktoren und Krankheitsbild vorgestellt, außerdem die erreichten Fortschritte in der Therapie, gesundheitsökonomische Aspekte und Präventionsmöglichkeiten.

Die Betroffenen sind meist lange Zeit beschwerdefrei oder haben unspezifische Krankheitszeichen wie Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Übelkeit oder Oberbauchbeschwerden. Langzeitbeobachtungen haben gezeigt, dass bis zu 30% der Menschen mit chronischer Hepatitis C nach zwei bis drei Jahrzehnten eine Leberzirrhose entwickeln. Gegenwärtig ist die chronische HCV-Infektion in Deutschland mit die wichtigste Ursache für chronische Lebererkrankungen und auch ein häufiger Grund für Lebertransplantationen.

Daher "sollte selbst bei Patienten mit nur leichter und unspezifischer Beschwerdesymptomatik, bei Vorliegen von Infektionsrisiken in der Vergangenheit oder auch bei nur leicht

erhöhten Leberwerten eine gezielte HCV-Diagnostik durchgeführt werden, um das Vorliegen einer akuten beziehungsweise chronischen Infektion frühzeitig zu erkennen", schreiben die Autoren des GBE-Heftes, Eckart Schreier, Doris Radun, Hannelore Neuhauser und Klaus Stark, alle vom Robert Koch-Institut. Für stark gefährdete Gruppen wie Drogenkonsumenten sind gezielte Aufklärungsmaßnahmen notwendig.

Das GBE-Heft "Hepatitis C" kann kostenlos schriftlich angefordert werden:

Robert Koch-Institut  
Gesundheitsberichterstattung  
Seestraße 10  
13353 Berlin  
Fax 01888/754-3513  
E-Mail: [gbe@rki.de](mailto:gbe@rki.de)

Weitere Informationen:

<http://www.rki.de/GBE/GBE.HTM>

<http://www.rki.de/INFEKT/INFEKT.HTM> u.a. Ratgeber zu Hepatitis C.

[Quelle: RKI]