

# Die V.A.C.-Therapie® unter DRGs – das System lernt!

Dr. med. Nikolai von Schroeders,  
KSB Klinikberatung GmbH,  
Wuppertal / Berlin

Die Kosten-Nutzen-Betrachtung der V.A.C.-Therapie® führt in Krankenhäusern zu vielen Diskussionen zwischen Anwendern und Ökonomen. Durch eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema „V.A.C.-Therapie® unter DRG-Bedingungen“ zwischen Anwendern, Krankenhausökonomern, dem Hersteller sowie unabhängigen Beratern konnte der Prozess der Integration der V.A.C.-Therapie® ins DRG-System in kurzer Zeit weit vorangetrieben werden. Ab 2007 gibt es im DRG-System zwei eigene DRGs, die nur durch Anwendung der V.A.C.-Therapie® erreicht werden können. Die schon seit 2005 bestehenden Triggermechanismen der V.A.C.-Therapie® für 50 weitere DRGs besteht auch weiterhin. Ein beeindruckendes Beispiel, wie eine gute Zusammenarbeit über Fach- und Institutionsgrenzen hinweg ein sachgerechtes, lernendes DRG-System ermöglicht.

Die Einführung des DRG-Systems in deutschen Krankenhäusern hat zu einer erheblich gesteigerten Aufmerksamkeit des Klinikpersonals auf Kosten einzelner Behandlungen geführt. Da die Kosten der V.A.C.-Therapie® durch differenzierte Aufwandsnachweise und fallbezogene Rechnungen des Herstellers

in allen anwendenden Krankenhäusern sehr transparent sind, geriet die V.A.C.-Therapie® schnell in den Fokus der Kostenreduzierer. Dies hängt weniger mit der absoluten Höhe der Aufwendungen für die V.A.C.-Therapie® im Krankenhaus zusammen als vielmehr damit, dass eine Kostenreduktion hier sehr viel leichter messbar ist, als zum Beispiel bei Einsparungen durch effizientere Abläufe.

In der frühen DRG-Zeit schien es damit so, dass die Fallpauschalenvergütung im Krankenhaus zu einer Reduktion des Einsatzes der V.A.C.-Therapie® aus rein ökonomischen Gründen führen würde. Was sich zuerst als Problem darstellte, erwies sich schnell als hervorragende Basis für eine Weiterentwicklung des DRG-Systems: Die hohe Kostentransparenz und die seit 2005 mögliche differenzierte Abbildung des Behandlungsaufwandes bei Patienten mit V.A.C.-Therapie® schafft die Möglichkeit, im DRG-System den Kosten adäquate Erlöse gegenüber zu stellen. Der Weg zur Integration eines modernen Verfahrens ins DRG-System ist allein durch die Systematik der verschiedenen zu verändernden Systeme grundsätzlich langwierig - durch eine sehr stringente Zusammenarbeit aller Beteiligten konnte er bei der V.A.C.-Therapie® jedoch auf ein Minimum verkürzt werden.

Zu Beginn der Aktivitäten zeige sich, dass die V.A.C.-Therapie® gerade zu jenen Verfahren gehört, die zwar zu „neu“ sind, um bereits von Anfang an mit Aufwand und differenzierter Leistungsabbildung ins DRG-System integriert zu sein, andererseits aber auch zu „alt“, um offiziell als „neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode“ („NUB“) zu gelten, für die zusätzliche Entgelte vereinbart werden könnten. So musste der ganz reguläre Weg einer Verfahrensintegration in das DRG-System beschritten werden:

## Vorgehen der Integration:

Mit dem Jahr 2004 wurden erstmals Prozedurencodes für die Verwendung des spezifischen Verfahrens „V.A.C.-Therapie® zur Wundbehandlung“ als spezielle Verbandtechnik in den OPS-Katalog aufgenommen. Diese Codes waren damals optional, waren also nicht zwangsläufig zu kodieren und wurden von vielen Computersystemen auch nicht akzeptiert. Deshalb bestand weiterhin die Möglichkeit, die V.A.C.-Therapie® über den „Hilfscod“ 5 -916.7 (Temporäre Weichteildeckung mit alloplastischem Material) zu kodieren.

## Die Vakuumtherapie im deutschen DRG-System

2004	V.A.C. als optionaler Code für spezielle Verbandtechnik im OPS-Katalog enthalten, Kodierung freiwillig
2005	Erste Anpassung des OPS-Kataloges, Integration der V.A.C. in die DRG-Systematik
	V.A.C. als spezielle Verbandtechnik als offizieller Code im OPS-Katalog, Angabe der Anwendungsdauer möglich
	V.A.C. Anlage unter operativen Bedingungen erstmals im OPS-Katalog, dabei keine Anwendungsdauer kodierbar
	Gleichstellung des operativen V.A.C.-Codes mit dem Code für „Temporäre Weichteildeckung mit alloplastischem Material“ in der DRG-Systematik, dadurch Triggerwirkung für 37 DRGs erreicht
2006	Differenzierte OPS-Anpassungen
	Kombinierte Kodierung der V.A.C.-Anlage im OP mit Kodierung der V.A.C.-Dauer wird verpflichtend
	V.A.C. bleibt Trigger für DRGs
2007	Zwei eigene V.A.C. – DRGs
<b>G35Z</b>	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane (ca. 26.000 EUR Erlös*)
<b>I98Z</b>	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegew. (ca. 17.800 EUR Erlös*)

\* Baserate: 2900,- EUR

## Kodierung der Vakuumtherapie

5-916.a- **Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung**  
 Die Angabe dieses Codes ist an die Durchführung unter Operationsbedingungen mit Anästhesie gebunden  
 Die Dauer der Anwendung der Vakuumversiegelung ist gesondert zu kodieren (8-190.1 ff.)

.a0	An Haut und Unterhaut
.a1	Tiefreichend, an Knochen und Gelenken der Extremitäten
.a2	Tiefreichend, an Thorax, Mediastinum und Sternum, Inkl.: Vakuumversiegelung nach Herzoperation
.a3	Am offenen Abdomen, Exkl.: Anlage eines Laparostomas (5-541.4)
.ax	Sonstige, Inkl.: Retroperitoneum

Anmerkung: Operative Bedingungen liegen vor, wenn Räumlichkeit und Arbeitsbedingungen denen kleiner operativer Eingriffe entsprechen. Die Anästhesieform muss eindeutig dokumentiert werden; die Anwesenheit eines Anästhesisten ist nicht erforderlich.

8-190.-- **Kontinuierliche Sogbehandlung bei einer Vakuumversiegelung**  
 Der Code für die Dauer der Anwendung muss **immer** verwendet werden, wenn eine Vakuumtherapie durchgeführt wird!

.10	Bis 7 Tage
.11	8 bis 14 Tage
.12	15 bis 21 Tage
.13	Mehr als 21 Tage

Inkl.: Anlage oder Wechsel eines Systems zur Vakuumversiegelung ohne Operationsbedingungen und Anästhesie, Wechsel des Sogsystems.

Im Jahr 2005 wurde die V.A.C.-Therapie® mit dem Code 5-916.a dann in den offiziellen OPS-Code aufgenommen. Zeitgleich wurde sie dem bisher verwendeten Code 5-916.7 (Weichteildeckung mit alloplastischem Material) DRG-technisch gleichgestellt. Damit ergab sich, dass Patienten, die mit der V.A.C.-Therapie® behandelt wurden, ebenso wie schon in den Vorjahren, in spezifischen DRGs insbesondere aus dem Bereich der Hauttransplantationen eingruppiert werden konnten.

Ein kleiner Schönheitsfehler bestand zu dieser Zeit noch: Durch ein Missverständnis in der Prozedurendefinition war bei Anlage der V.A.C.-Therapie® unter operativen Bedingungen die parallele Verwendung des Codes aus dem konservativen Bereich nicht möglich. Damit war es auch unmöglich, die Dauer der Verwendung der V.A.C.-Therapie® zu kodieren, wenn die Anlage im OP erfolgte. Dieses Detail konnte mit dem Jahr 2006 korrigiert werden. Seit 2006 ist die parallele Verwendung der Codes zur Anlage der V.A.C.-Therapie® unter operativen Bedingungen und der Codes zur Angabe der Behandlungsdauer zwingend erforderlich. Damit konnte

erreicht werden, dass die für eine Kostenabbildung besonders relevante Information der Anwendungsdauer nun bei jedem Patienten, der mit V.A.C.-Therapie® behandelt wird, zwangsläufig kodiert werden muss.

Parallel zu einer Verbesserung der Codewerke führten Fachgesellschaften, die Firma KCI und die KSB Klinikberatung gemeinsam umfangreiche und intensive Schulungen aller Anwender in der Kodierung der V.A.C.-Therapie® durch. Damit konnte die Grundlage geschaffen werden, die das InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, DRG-Institut) benötigte, um eine Kostenrelevanz der V.A.C.-Therapie® rechnerisch nachvollziehen zu können. Der Erfolg dieser Maßnahme zeigt sich im Jahr 2007 mit der Schaffung zweier neuer DRGs für die besonders problematischen Bereiche von Abdominalwunden und Wunden des Bewegungssystems: die DRGs G35Z und I98Z sind ausschließlich erreichbar, wenn bei hochkomplexen Behandlungsverläufen von Patienten mit schwierigen Wundverhältnissen die V.A.C.-Therapie® angewandt wird. Voraussetzung für die Abbildung ist, dass der Patient mindestens vier Mal an unterschiedlichen

Terminen unter operativen Bedingungen versorgt wird und die Anwendung der V.A.C.-Therapie® über mindestens acht Tage erfolgt. Beide DRGs sind hoch bewertet (26.000,00 €/18.000,00 €) und ermöglichen den Kliniken durch adäquate Erlöse auch die Behandlung hochkomplexer und hochaufwändiger Patienten ohne dabei finanzielle Nachteile zu erleiden.

### Fazit

Die zügige Integration der V.A.C.-Therapie® in das deutsche DRG-System zeigt, dass das System tatsächlich sehr gut in der Lage ist, zu lernen und sich gegebenen medizinischen Sachverhalten schnell und ökonomisch adäquat anzupassen.

Erreichbar sind solche Erfolge für die Anwender und damit für die Patienten nur in einer engen Zusammenarbeit aller Beteiligten:

Die Anwender sind gefordert, das medizinische Basis-Know-how zur Verfügung zu stellen und die flächendeckende Kodierung aller erbrachten Leistungen sicher zu stellen. Der Hersteller muss

durch eine aktive Erzeugung von Kostentransparenz die Basis für Kalkulationen des DRG-Systems herstellen und den Kliniken ermöglichen, saubere Kostendaten an das InEK zu liefern. Last but not least bedarf es Beratern mit sehr spezifischem Know-how zur Funktionsweise und der Systematik einer Weiterentwicklung des DRG-Systems. Berater sind gefordert, die verschiedenen Beteiligten an einen Tisch zu bringen, die Prozesse zu koordinieren und nicht zuletzt Mitarbeiter der Hersteller und Anwender intensiv mit den notwendigen Maßnahmen vertraut zu machen und darin zu schulen.



Anschrift des Autors:  
**Dr. med. Nikolai von Schroeders**  
**KSB Klinikberatung GmbH**  
Mittelstrasse 8  
45549 Sprockhövel

## Konsequenzen für die Krankenhäuser in 2007

### Kodierung:

An der Durchführung der V.A.C.-Therapie® werden im Jahre 2007 erhebliche Erlösanteile festgemacht. Schon kleine Kodierfehler können hier Ausfälle von über 10.000,00 EUR im Einzelfall bewirken. Jeder Fall, bei dem die V.A.C.-Therapie® für mehr als sieben Tage zur Anwendung kommt, sollte daher sorgfältig anhand der Akte auf korrekte Kodierung und Dokumentation hin überprüft werden.

Dabei stellen sich folgende Fragen:

- Sind alle Prozedurencodes (5-916.a\* / 8-190.\*) erfasst?
- Sind bei allen Maßnahmen im OP die Datumsangaben korrekt erfasst?
- Ist die Hauptdiagnose korrekt gewählt und eindeutig nachvollziehbar?

### MDK-Prüfungen:

Wegen der sehr hohen Einzelerlöse der V.A.C.-Patienten sind intensive Nachfragen der Krankenkassen und der MDKs zu erwarten. Es wäre nicht ungewöhnlich, wenn die DRGs G35Z und I98Z zu 100% überprüft würden. Diesen Prüfungen sollte schon vor Fallabschluss und Abrechnung begegnet werden.

Dazu ist zu beachten:

- Vollständige und korrekte Dokumentation aller mit der V.A.C.-Therapie® einhergehender Aufwände.
- Fotodokumentation der Wundsituationen.
- Besonders sorgfältige Arztbriefschreibung möglichst mit direkter Nachvollziehbarkeit des betriebenen Aufwandes.
- Schaffung und Einhaltung von Dokumentationsstandards insbesondere für die Einhaltung von operativen Bedingungen und die Durchführung einer Anästhesie.

### Entgeltverhandlungen:

In das verhandelte Leistungsspektrum eines Krankenhauses sollte die V.A.C.-Therapie® direkt integriert werden.

Sorgfältige Vorbereitung ist dafür notwendig:

- Überprüfung der Behandlungsfälle aus den Vorjahren auf das Vorhandensein von Patienten, die in 2007 mit G35Z/I98Z abgerechnet werden könnten. Dafür werden in den allermeisten Krankenhäusern Einzelfallanalysen notwendig sein, da die Kodierung aus 2005/2006 meist keine korrekte Abbildung dieser DRGs erzeugt.
- Unbedingte Vereinbarung der DRGs G35Z und I98Z als Bestandteil der Leistungsaufstellung (E1) eines Krankenhauses. Nur so kann vermieden werden, dass Einzelfälle seitens der Kostenträger formal zurückgewiesen werden, weil sie nicht Bestandteil des Leistungsspektrums eines Krankenhauses seien.