Weniger Komplikationen durch DRG – aber wo liegen die Grenzen?

Mit der Abgeltung nach Fallkostenpauschalen übernimmt das behandelnde Spital auch die Folgekosten von Behandlungsrisiken und Komplikationen. Durch DRGs (Diagnosis Related Groups) werden die Spitäler einerseits motiviert, jegliche Komplikationen – und damit Kosten durch zusätzlichen Aufwand in der Behandlung des Patienten – zu vermeiden oder gar nicht zu behandeln. Andererseits stellt sich jedoch die Frage, wie das Risiko der natürlichen Komplikationsrate entgolten werden soll. Am Beispiel der Clostridieninfektion wird die Problematik analysiert.

T. Kaufmann, M. Rossi, G. Schüpfer

Einleitung

Mit der Spitalfinanzierung über Fallkostenpauschalen, die 2009 gesamtschweizerisch mittels DRG (Diagnosis Related Groups) umgesetzt werden soll, wird die Behandlung eines Patienten einheitlich mittels einer Pauschale abgegolten. Dabei handelt es sich um einen Mittelwert, mit dem alle Leistungen wie Operationen, Pflege usw. nicht separat bzw. nach individuellem Aufwand, sondern mit einem Fixbetrag, unabhängig von der Verweildauer im Spital, abgegolten werden sollen. Das Kostenrisiko für Patienten, die einen überdurchschnittlichen Aufwand erfordern bzw. einer überdurchschnittlich langen Hospitalisation bedürfen (Outlier), trägt – bis zu einem gewissen Grade – das Spital. Es handelt sich also nicht einfach um ein neues Tarifsystem [1], sondern um eine Verschiebung von finanziellen Risiken – primär zu Lasten der Leistungserbringer. Das Beispiel der «*Clostridium-difficile*-assoziierten Diarrhö» illustriert die Problematik einer Abgeltung von Durchschnittsfallkosten [2]. Eine Infektion mit *Clostridium difficile* während einer Hospitalisation bewirkt nach heutigem Kenntnisstand keine Veränderung der DRG-Gruppe, d.h. keine Änderung der Zuordnung zu einer Fallpauschale höherer Vergütung.

Da die Inzidenz von *C.-difficile*-Infektionen, die sich um 0,7% aller Eintritte [3, 4] bewegt, zu steigen scheint [5], ist damit auch eine Ausweitung des Kostenrisikos zu erwarten. Eine Antibiotikatherapie und ein höheres Alter stellen einen wichtigen Risikofaktor dar [6].

Durch eine Infektion wird die Hospitalisationsdauer um 8 bis 21 Tage verlängert [7], damit werden zusätzlichen Kosten von Fr. 2600.– [4] bis zu Fr. 9600.– [8] generiert. Allerdings tritt die Infektion teilweise erst 1–4 Wochen nach der Antibiotikatherapie auf [9], d.h., es führen sicher nicht alle Fälle zu einer Verlängerung der Hospitalisationsdauer, möglicherweise aber zu Rehospitalisationen und ambulanten Weiterbehandlungen.

Die Infektionsrate mit *C. difficile* kann durch gezielten Einsatz der Antibiotika und Vermeidung unnötiger Anwendung von Breitspektrumantibiotika reduziert werden [10, 11]. Es wird vermutet, dass mehr als 50% der verabreichten Antibiotika nicht optimalen Therapiestandards folgen [12, 13].

Daneben gilt es, durch geeignete Hygienemassnahmen, insbesondere durch eine konsequente Händedesinfektion, den Übertragungsweg zu blockieren.

Methode

Der Median der Hospitalisationsdauer für jede ICD-10-Hauptdiagnose aller stationären Patienten vom 1. Januar 2000 bis zum 20. November 2006 wurde ermittelt. Den stationär hospitali-

Moins de complications avec les DRG – mais où se situent les limites?

Avec la rémunération des forfaits par cas, l'hôpital traitant prend également en charge les coûts complémentaires des risques de traitement et des complications. Par les DRG (Diagnosis Related Groups), les administrations hospitalières sont d'une part motivées à éviter toutes complications – et donc dépenses supplémentaires – dans le traitement des patients, voire à renoncer au traitement. D'autre part, la question se pose néanmoins de savoir comment le risque inhérent au taux de complications naturel peut être indemnisé. Le problème est analysé à l'exemple de l'infection au clostridium.

Korrespondenz:
Dr. med. Thomas Kaufmann
Qualitätsmanagement
Infektiologie und Spitalhygiene
Kantonsspital Luzern
CH-6000 Luzern

thomas.kaufmann@ksl.ch

sierten Patienten mit mindestens einmaligem *C.-difficile*-Toxinnachweis wurde die korrespondierende ICD-10-Hauptdiagnosegruppe der Referenzpatienten gegenübergestellt.

Zusätzlich wurde eine Subgruppenanalyse für unter 60jährige und 60jährige und ältere Patienten durchgeführt.

Resultate

Zwischen dem 1. Dezember 2000 und dem 31. Juli 2006 wurden 5549 Untersuchungen durchgeführt und bei 279 Patienten mindestens einmalig *C.-difficile*-Toxin nachgewiesen. Von den 279 Patienten wurden 148 stationär behandelt.

Der Median der Hospitalisationsdauer betrug 10,2 Tage in der Vergleichsgruppe, bei den Patienten mit mindestens einmaligem Nachweis von *C.-difficile*-Toxin 27,5 Tage, also fast das Dreifache ($p<0,05$). Bei unter 60jährigen Patienten sind es 9,8 bzw. 22,2 Tage; bei den 60jährigen und älteren Patienten 10,4 und 29,1 Tage. Beide Unterschiede sind statistisch signifikant ($p<0,05$).

Im Gesamtkollektiv lag der Anteil der 60jährigen und älteren Patienten bei 57,1%, bei der Clostridiengruppe waren 75,6% der Patienten 60jährig oder älter. Die Hospitalisationdauer der jüngeren Subpopulation betrug im Durchschnitt 22,2 Tage, bei der älteren waren es 29,2 Tage.

Die Clostridieninfektionen führten zu einer um 0,77% höheren Hospitalisationsrate. Erworbene Clostridieninfektionen führen bei rund 2400 Eintritten monatlich zu 71,3 zusätzlichen Hospitalisationstagen. Die generierten Zusatzkosten lassen sich aus den durchschnittlichen Kosten pro Tag auf Fr. 85 500.– pro Monat schätzen.

Diskussion

Bei über 60jährigen Patienten ist die Wahrscheinlichkeit einer Clostridieninfektion während einer Hospitalisation erhöht. Dies führt typischerweise zu einer verlängerten Hospitalisation ohne eine Änderung der Zuordnung in eine DRG-Gruppierung mit höherer Vergütung für das Spital. Daher sind einerseits Präventionsmassnahmen wie Hygienestandards und ein adäquater Antibiotikaeinsatz vordringlich. Gleichzeitig sind aber derartige Confounder beim Reeingering eines DRG-Systems zu berücksichtigen. Die Komplikation einer Clostridieninfektion wird sich aber nicht in allen Fällen vermeiden lassen, sondern ist auch unter Fallpauschalen abzubilden. Die demographische Entwicklung wird dazu führen, dass die relativen Kosten bzw. die relativ verlängerten Hospitalisationen bei Clostridieninfektionen noch zunehmen werden.

War die Thematik der Clostridieninfektionen bisher vorwiegend eine medizinische, werden sich in Zukunft die finanziellen Aspekte dieser Komplikation in den Vordergrund schieben. Unter den geänderten Rahmenbedingungen der Fallkostenpauschale mit DRG wird der Leistungserbringer zum Risikoträger. Das Spitalmanagement muss somit interessiert sein, die Infektionsraten möglichst tief zu halten. Ansätze dazu bieten ein optimiertes Antibiotikamanagement sowie eine konsequente Umsetzung von Hygienestandards.

Literatur

1 Oggier W. SwissDRG: Bloss ein neues Tarifsystem oder ein Instrument mit Hebelwirkung? Referat am Swiss DRG Forum vom 20. September 2005. www.swissdrg.org.

2 Davey P, et al. Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients [Systematic Review]: Cochrane Database of Systematic Reviews 2006;(4).

3 Svenungsson B, Burman LG, Jalakas-Pornull K, Lagergren A, Struwe J, Akerlund T. Epidemiology and molecular characterization of Clostridium difficile strains from patients with diarrhea: low disease incidence and evidence of limited cross-infection in a Swedish teaching hospital. J Clin Microbiol. 2003;41(9):4031-7.

4 Kofsky P, Rosen L, Reed J, Tolmie M, Ufberg D. Clostridium difficile – a common and costly colitis. Dis Colon Rectum. 1991;34(3):244-8.

5 Gould M. Number of C difficile cases rises. BMJ. 2006;333(7561):215.

6 Barbut F, Petit JC. [Epidemiology, risk factors and prevention of Clostridium difficile nosocomial infections]. Pathol Biol (Paris). 2000;48(8):745-55.

7 Barbut F, Petit JC. Epidemiology of Clostridium difficile-associated infections. Clin Microbiol Infect. 2001;7(8):405-10.

8 Wilcox MH, Cunniffe JG, Trundle C, Redpath C. Financial burden of hospital-acquired Clostridium difficile infection. J Hosp Infect. 1996;34(1):23-30.

9 Tedesco FJ. Pseudomembranous colitis: pathogenesis and therapy. Med Clin North Am. 1982; 66(3):655-64.

10 Climo MW, Israel DS, Wong ES, Williams D, Coudron P, Markowitz SM. Hospital-wide restriction of clindamycin: effect on the incidence of Clostridium difficile-associated diarrhea and cost. Ann Intern Med. 1998;128(12 Pt 1):989-95.

11 Pear SM, Williamson TH, Bettin KM, Gerding DN, Galgiani JN. Decrease in nosocomial Clostridium difficile-associated diarrhea by restricting clindamycin use [see comment]. Ann Intern Med. 1994; 120(4):272-7.

12 Behar P, Wagner MB, Freitas I, Auler A, Selistre L, Fossatti L, Asquidamini S. Assessing the antimicrobial prescription request process in a teaching hospital in Brazil: regulations and training. Braz J Infect Dis. 2000;4(2):76-85.

13 Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287(2):226-35.