

# Krankenhausinfektionen: Komplex und kostenträchtig

Mehrkosten, die MRSA verursacht, trägt das DRG-System nur zum Teil

Mit dem Ende der Konvergenzphase gehen die Kostenrisiken für schwere nosokomiale Infektionen endgültig auf die Krankenhäuser über. Gerade für Infektionen mit multiresistenten staphylococcus aureus (MRSA) Erregern zeigt eine Studie, dass Mehrkosten von durchschnittlich 10.000 € anfallen, die durch das Deutsche DRG-System nur teilweise abgedeckt sind. Die Krankenhäuser stehen vor der Herausforderung, neue Strategien im Umgang mit diesen Infektionen zu entwickeln.



Dr. med. Michael Wilke, Geschäftsführer der Dr. Wilke GmbH

Infektionen, die im Krankenhaus auftreten, die so genannten nosokomialen Infektionen, stellen eine wachsende Herausforderung dar. Die aktuellen Zahlen des Krankenhaus-Infektions-Surveillance-Systems (KISS), zeigen dass mehr als 35% aller Staphylokokkenstämme bereits multiresistent sind. Dies sind noch

nicht so alarmierende Zahlen wie in den USA, wo die Rate in Großstädten bereits 80% und mehr beträgt, die Quoten steigen jedoch seit über zehn Jahren ungebremst.

Neben der Selektion der Erreger durch Antibiotikatherapie sind die zunehmende Zahl von Menschen, welche MRSA bereits (besonders aus Alten- und Pflegeheimen) mitbringen und fehlende verbindliche Standards bei der Früherkennung (Screening) als Ursachen zu nennen.

Deutschland liegt in Europa mit den aktuellen Zahlen im Mittelfeld. Auffällig ist, dass in Ländern, wo ein sehr stringentes Screening durchgeführt wird (z.B. Holland, Dänemark) nahezu keine MRSA-Problematik besteht. Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass MRSA auch ökonomisch ein relevantes Thema ist.

## Kosten von MRSA und deren Abbildung im G-DRG System

In der Studie wurden Kosten und Erlöse gemäß den geltenden DRG-Spielregeln (2005/2006) ermittelt, um ein Höchstmaß an Vergleichbarkeit zu erreichen und die Frage, ob die Mehrkosten von MRSA im G-DRG System abgebildet sind, beantworten zu können.

Insgesamt 11 Krankenhäuser haben rund 400.000 Fälle mit Kosten und Behandlungsdaten geliefert. In die Studie sind rund 314.000 plausibilisierte Fälle aufgenommen worden. Insgesamt wurden rund 1.400 MRSA-Fälle identifiziert (0,46%), sie verursachten 4% der Gesamtkosten, ein erster Hinweis auf Mehrkosten, ein erster Hinweis auf Mehrkosten. In den DRGs mit mindestens einem MRSA-Fall betrug die durchschnittliche Inzidenz 0,86%.

Am häufigsten finden sich MRSA-Infektionen im Bereich der Beat-

mungs-DRGs. Danach folgen die sonstigen Infektionen der Atemwege ohne Beatmung und chronische Wunden. (s. Tab.)

In der Detailanalyse wurden Vergleiche innerhalb der DRGs durch-

geführt. Betrachtet wurden ausschließlich die Patienten, deren Verweildauer innerhalb der im Katalog vorgegebenen Grenzen lag, die so genannten „Normallieger“. Für diese Patienten erhält das Krankenhaus die einheitliche Fallpauschale, d.h. Mehrkosten gehen voll zu Lasten des Leistungserbringers.

In dieser Subgruppe zeigten sich Mehrkosten von durchschnittlich 10.054,33 € für die MRSA-Fälle gegenüber Nicht-MRSA Fällen in den gleichen DRGs. (s. Abb.)

Die Mehrkosten waren nicht im DRG-System abgebildet (Version 2006).

## Möglichkeiten der Optimierung

Das DRG-System enthält ab seiner Version 2007 einige DRGs, bei denen die „Komplexbehandlung von multiresistenten Erregern“ als Gruppierungsmerkmal fungiert und das Vorhandensein von MRSA als Diagnose beeinflusst den Komplexitätsgrad der Fälle. Erste Analysen dieser Veränderungen haben gezeigt, dass damit ungefähr ein Drittel der Mehrkosten vom DRG-System aufgefangen werden.

Die ordnungspolitische Diskussion in wie weit das System „Anreize durch Vergütung von Komplikationen“ setzt, ist bereits in vollem Gange. Gerade weil in anderen Ländern deutlich niedrigere MRSA-Raten vorgefunden werden, sprechen sich z.B. auch die Experten aus dem Robert-Koch-Institut gegen eine 100%-ige Vergütung der Mehrkosten aus, die durch MRSA verursacht werden.

Im Fokus stehen also Maßnahmen zur Vermeidung der Infektion bzw. der Ausbreitung im Krankenhaus und die effektive Therapie vom

ersten Tag an. Beide Ansätze bedeuten unter Umständen eine Investition für das Krankenhaus, die sich angesichts der enormen Mehrkosten pro Fall schnell amortisieren kann.

Im Dezember 2007 erfolgte der Startschuss zum Projekt „ARD-Pilot“. Diese Pilotstudie für das „Antibiotika Register Deutschland“ wird sich mit der „Rentabilität“ bestimmter Antibiotikatherapieschemata unter DRG-Gesichtspunkten befassen. Im Fokus der Pilotierung stehen Atemwegsinfektionen mit und ohne MRSA-Beteiligung. Das wesentliche Ziel ist, herauszufinden, welche ökonomischen Ergebnisse unterschiedliche Therapieregimes aufweisen. Dabei werden als Parameter die Gesamtkosten bzw. der Deckungsbeitrag einer DRG betrachtet.

Für Screening von Risikopatienten auf Besiedelung oder Infektion mit MRSA existiert bisher eine medizinisch/ökonomische Untersuchung. Die Studie ist viel versprechend, die Kalkulation mit DRG-konformen Daten steht allerdings noch aus.

Die ökonomische Validierung neuer Strategien ist in Arbeit, angesichts der Mehrkosten – von medizinischen Tatsachen (z.B. 10 x höhere Krankenhaussterblichkeit!) ganz abgesehen – sollte sofort mit Maßnahmen zur Optimierung begonnen werden.

## Kontakt:

Dr. med. Michael Wilke  
Dr. Wilke GmbH  
D-München  
Tel.: 089/1890 8376-1  
Fax: 089/1890 8376-9  
michael.wilke@d-w-g.de  
www.inspiring-health.de

Basis-DRG	Text	Fälle mit MRSA	Fälle in Studie	Anteil MRSA (in %)
A09	Beatmung > 499 und < 1000 Stunden	83	512	16,21%
E77	Andere Infektionen der Atmungsorgane	54	1.996	2,71%
A13	Beatmung > 95 und < 250 Stunden	42	806	5,21%
K01	Diabetischer Fuß	38	352	10,80%
F21	Andere OPs Kreislaufkrankungen	32	323	9,91%
A11	Beatmung > 249 und < 500 Stunden	23	281	8,19%
L63	Infektionen der Harnorgane	23	773	2,98%
F28	Amputationen Kreislaufkrankungen	21	162	12,96%
<b>Total</b>	<b>MRSA in 357 von 845 DRGs aufgetreten</b>	<b>1443</b>	<b>168.057</b>	<b>0,86%</b>

