

Management & Krankenhaus

M&K kompakt ist das regelmäßige Sonderheft von Management & Krankenhaus – zu besonderen Themen oder Events.



Ausgabe 1-2/2018
kompakt
Sonderheft



HYGIENE

Händehygiene

Compliance erfolgreich
schaffen

Bauliche Hygiene

Optimieren durch Planung

Wundheilung

Infektionen effektiv
vorbeugen

Antibiotikaeinsatz

Wirksamkeit gezielt steuern

WILEY

NEUE ICD-KODIERUNGEN – NEUE ERKENNTNISSE?

Schwere Clostridium-difficile-Infektionen stellen in Deutschland ein zunehmendes medizinisches und gesundheitsökonomisches Problem dar.

Dr. Michael H. Wilke und Tilman Kast,
Inspiring-Health, München

Das Robert Koch-Institut (RKI) schreibt in seinem Infektionsepidemiologischen Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2016: „Clostridium difficile ist ein anaerobes sporenbildendes grampositives Stäbchenbakterium, das ubiquitär in der Umwelt und im Magen-Darm-Trakt von Mensch und Tier vorkommen kann. C.-difficile-Bakterien besitzen teilweise die Fähigkeit, Toxine (Enterotoxin A, Cytotoxin B und binäres Toxin) zu produzieren, die wiederum zu einer Darmentzündung führen können. Die von C. difficile verursachten Krankheitsbilder reichen von asymptomatischer Besiedlung oder einer milden Durchfallerkrankung bis hin zu schweren lebensbedrohlichen Verläufen (z.B. Pseudomembranöse Kolitis, toxisches Megakolon).“

ABS senkt Risiko von Infektionen und Resistenzbildung

Clostridium-difficile-Erkrankungen (CDE) stellen auch eine gefürchtete Komplikation von Antibiotikatherapien dar. Gerade bestimmte Breitspektrumantibiotika, die zusätzlich die Selektion von Resistenzen fördern (z.B. Cefuroxim oder Ciprofloxacin), sind für ihr CDE-Risiko bekannt.

Wegen der erheblichen Krankheitsbelastung sind CDE seit Jahren ein wichtiger Fokus von Bemühungen rund um den rationalen Umgang mit Antibiotika – Antibiotic Stewardship Programmen (ABS), deren Einführung und Umsetzung seit 2012 auch im Infektionsschutzgesetz (IfSG) in § 13, Abs. 4 vorgeschrieben ist.

Anpassung der Meldekriterien

Zusätzlich existiert seit 2007 eine Meldepflicht für die schweren Verläufe von CDE. 2016 wurden die Meldekriterien wie folgt angepasst:

- Stationäre Aufnahmen von ambulant erworbenen CDE – wenn kein Klinik-Aufenthalt in den letzten 12



Dr. Michael H. Wilke

Wochen vorlag (davor: Wiederaufnahme bei rekurrenter Infektion)

- Aufnahme auf eine Intensivstation wegen Komplikationen der CDE
- Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) wegen Megakolon oder Darmperforation
- Tod innerhalb 30 Tagen nach Diagnosestellung, wenn die CDE ursächlich war oder zum Tod beigetragen hat

CDE im DRG-System massiv unterfinanziert

Gleichzeitig haben Krankenhäuser oft ein finanzielles Problem mit CDE-Fällen: In einer Studie, die 2015 veröffentlicht wurde, konnte gezeigt werden, dass Patienten mit CDE im DRG-System massiv unterfinanziert sind (Grube et al., Z Gastroenterol; 53: 391–397).



Tilman Kast

Ein Befund war dabei, dass schwere Verläufe, insbesondere Rezidive nicht gut über die ICD-Kodierung abbildbar waren. Es ergaben sich Verluste von bis zu 4.200 € pro CDE-Fall.

Seit 2016 kann man nun schwere Verläufe mindestens einmal besser kodieren. Es existieren jetzt die neuen ICD-Kodes, wie in Tab. 1 aufgeführt.

Zusätzlich existieren OPS-Komplexkodes, um Aufwände bei der Isolierung und der Therapie von CDE Patienten abbilden zu können.

Gesamtinzidenz von CDE sinkt leicht – schwere Fälle nehmen zu

Seit Oktober 2017 sind beim statistischen Bundesamt die kodierten Informationen zu Krankenhausaufenthalten 2016 verfügbar. Sie wurden von den

Autoren ausgewertet und die Ergebnisse in Abb. 1 dargestellt.

Nach einem Peak 2013 mit insgesamt 110.961 Fällen nehmen die Zahlen 2014 erstmals ab. Nach einer Zunahme 2015 sinken die Zahlen 2016 erkennbar ab.

Insgesamt sind es 96.112 also fast 100.000 Patienten in 2016. Davon haben 28.449 eine CDE als Hauptdiagnose, sind also deswegen aufgenommen worden. Umgerechnet auf 19,5 Mio. Entlassungen 2016 ergibt sich für die Hauptdiagnose CDE eine Inzidenz von 146 Fällen auf 100.000 Entlassungen. 2006 waren es noch 97,5.

Die genauere Betrachtung der differenzierten Kodierung zeigt Tab. 2.

Die komplizierten Fälle machen insgesamt nur etwa 6 % aus, während das Megakolon mit etwas über 1 % noch seltener ist. Bei Fällen mit HD CDE ist die Rate der komplexen Fälle höher (Tab. 3). Bis 2015 war die Aufnahme wegen einer rekurrenten Infektion ebenfalls meldepflichtig. In der Kostenstudie 2015 zeigten sich hier die größten Unterdeckungen. In 2016 wurden Rezidive wie in Tab. 4 zu sehen kodiert.

Sind kodierte Daten valide?

Die kodierten Daten für CDE liefern Aufschluss über die Häufigkeit von CDE in Deutschland. Verschiedene Untersuchungen im Bereich der Infektiologie haben gezeigt, dass die Kodier-

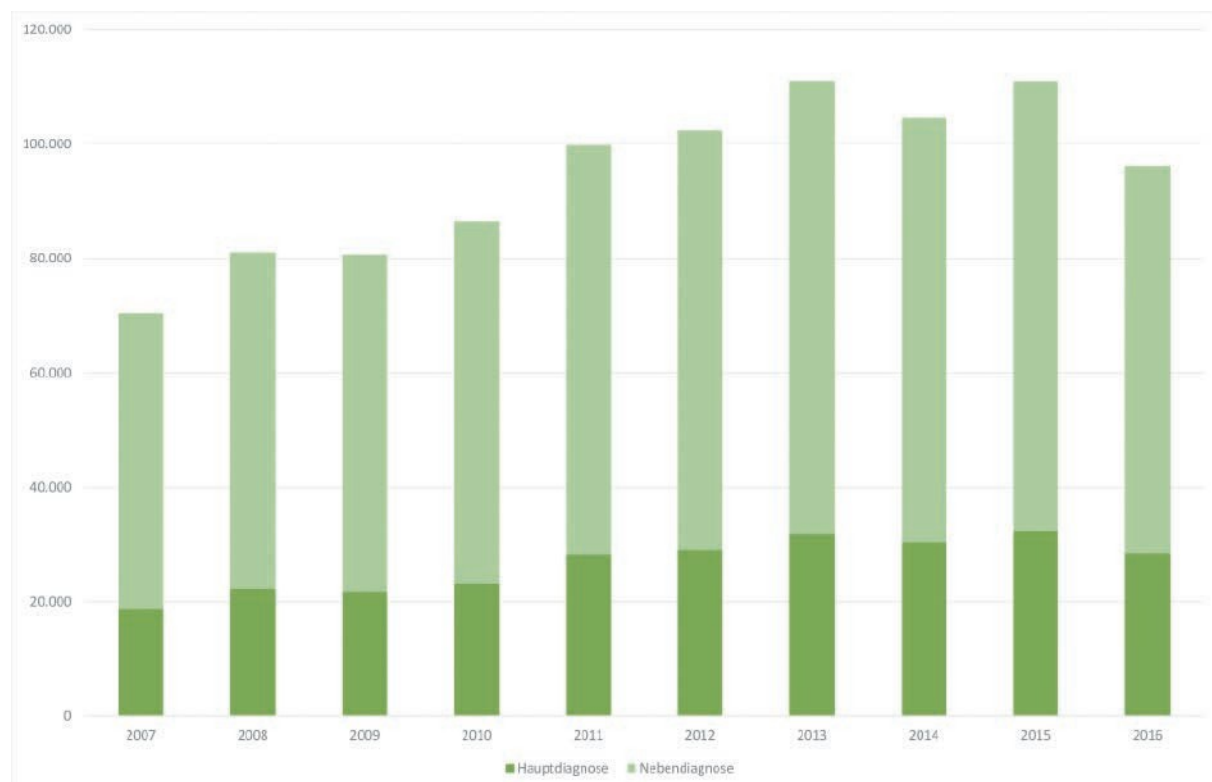


Abb. 1: Inzidenz mit Clostridium Difficile in Deutschland

(Quelle: Statistisches Bundesamt)

ICD Code	Text
A04.70	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen
A04.71	Enterokolitis durch Clostridium difficile ohne Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen
A04.72	Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, ohne sonstige Organkomplikationen
A04.73	Enterokolitis durch Clostridium difficile mit Megakolon, mit sonstigen Organkomplikationen
A04.79	Enterokolitis durch Clostridium difficile, nicht näher bezeichnet
U69.40	Rekurrente Infektion mit Clostridium difficile

Tab. 1: Kodierung infektiöser Darmkrankheiten

(Quelle: ICD-10-GM-2018)

ICD-Kode	Kurzbez.	HD	ND	Gesamt
A04.70	ohne Megakolon, ohne Organkomplikationen	20.710	45.356	66.066
A04.71	ohne Megakolon, mit Organkomplikationen	1.732	2.655	4.387
A04.72	mit Megakolon, ohne Organkomplikationen	245	454	699
A04.73	mit Megakolon, mit Organkomplikationen	179	345	524
A04.79	nicht näher bezeichnet	5.583	18.853	24.436
Gesamt		28.449	67.663	96.112

Tab. 2: Differenzierte Betrachtung der Schweregrade in der Kodierung

(Quelle: Eigene Auswertungen der DeStatis Daten aus 2016)

HD/ND	Ohne Komplikation oder o.n.A.	ohne in %	Komplizierte Fälle gesamt	Komp. in %	Organ-komplikation	Megakolon
HD	26.293	92,4 %	2.156	7,6 %	6,7 %	1,5 %
ND	64.209	94,9 %	3.454	5,1 %	4,4 %	1,2 %
Gesamt	90.502	94,2 %	5.610	5,8 %	5,1 %	1,3 %

Tab. 3: Ermittlung der prozentualen Anteile komplexer Fälle

(Quelle: Eigene Auswertungen der DeStatis Daten aus 2016)

HD/ND	Gesamt	Rezidiv kodiert	in %
HD	28.449	2.873	10,1 %
ND	67.663	2.411	3,6 %
Gesamt	96.112	5.284	5,5 %

Tab. 4: Ermittlung der prozentualen Anteile kodierter Fälle mit einer Angabe als „rekurrente Infektion“ (ICD-10: U69.40!) (Quelle: Eigene Auswertungen der DeStatis Daten aus 2016)

qualität hier insgesamt hoch ist. Durch rigorose Kontrollen der Kostenträger, softwarebasiert und mithilfe des MDK, kann man mindestens davon ausgehen, dass CDE nicht „überkodiert“ sind – denn sie sind sehr häufig DRG-relevant.

Die Rezidivraten, die für 2016 erstmals vorliegen, sind niedriger als in der Literatur, aber höher als die Meldungen beim RKI. Im Bereich der Hauptdiagnose wurden 2.873 Fälle als „Wiederaufnahme wegen rekurrenter Infektion“ kodiert. Beim RKI wurden für 2016 nur 999 solche Fälle gemeldet. Gleichzeitig spricht die Literatur von 20 % Rezidiven. Experten wie Dr. Walger von der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) bezweifeln die Zahlen der Literatur allerdings und halten die kodierten Angaben für durchaus plausibel.

Eine Auswertung, wie viele Fälle mit Megakolon operiert wurden, ist mit den verfügbaren Daten nicht ohne Weiteres möglich. Allerdings fällt auf, dass insgesamt 1.223 Mal das Megakolon kodiert wurde, beim RKI aber nur 134 Fälle gemeldet wurden. Wenn etwa jeder zehnte Patient operiert werden muss, wäre diese Zahl realistisch. Geht man davon aus, dass die „sonstigen Organkomplikationen“

(z. B. hypovolämischer Schock) häufig zu einem Intensivaufenthalt führen, so sieht man wieder eine Differenz: Organkomplikationen werden 4.911 Mal kodiert, aber nur 710 Aufnahmen auf Intensivstation gemeldet.

Positive Effekte, aber Differenzen bei Kodierungsdaten

Über die Jahre zeigt sich 2016 erstmals ein deutlicher Rückgang der Fallzahlen von CDE. Positiv interpretiert könnten das erste Effekte von ABS-Programmen in Deutschland sein. In anderen Ländern, insbesondere Schottland und England, konnte die Inzidenz von CDE durch ABS-Maßnahmen in kurzer Zeit stark gesenkt werden. Die Entwicklung wird man weiter betrachten müssen.

Meldezahlen des RKI und die differenzierte Kodierung in 2016 sind nicht direkt vergleichbar. Die sehr großen Differenzen lassen jedoch selbst bei Berücksichtigung der unterschiedlichen Definitionen vermuten, dass die bei den Gesundheitsämtern gemeldeten und vom RKI kumulierten Zahlen zu schweren Verläufen von CDE insgesamt zu niedrig sind. Gleichzeitig steigt die Zahl der gemeldeten Fälle mit „schweren Verläufen“ kontinuierlich an.

Die kodierten Daten wirken plausibel. Bei der Hauptdiagnose CDE sind etwa 10 % Rezidive, und komplexe Fälle sind prozentual in diese Gruppe ebenfalls häufiger.

Kostenanalysen zur Systemverbesserung dringend nötig

In einem nächsten Schritt müssen Kostenanalysen der Fälle folgen. Bestätigen sich die Mehrkosten aus der Studie 2015, so würden die Krankenhäuser derzeit bei der Behandlung von insgesamt 96.112 CDE Patienten mit 5.284 Rezidiven 274.000.000 € pro Jahr verlieren. Mit den Ergebnissen können Anträge zur Verbesserung des DRG-Systems gestellt werden. Zusätzlich scheint es angeraten, die Differenzen in Meldezahlen und Kodierung weiter zu erforschen und zu klären.

| www.inspiring-health.de |

Termin:

14. Kongress für Krankenhaushygiene, Berlin

21. März 2018, 13:15 – 14:45 Uhr
Symposium: Antibiotic Stewardship
www.krankenhaushygiene.de