

Peter O. Oberender (Hrsg.)

Clinical Pathways

Facetten eines
neuen Versorgungsmodells

Kohlhammer | *Krankenhaus*

Der Herausgeber

Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Peter O. Oberender

Inhaber des Lehrstuhls für Volkswirtschaftslehre (Wirtschaftstheorie) und Direktor der Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie; Dekan der Rechts- und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Bayreuth; Mitglied des Wissenschaftsrates und der Bayerischen Bioethik-Kommission.

Die Autoren

Dr. med. Gerhard Boeden; PD Dr. jur. Dietmar Boerner; Dipl.-Volkswirt Thomas Busse; Dr. med., Dr. jur. Alexander Ehlers; Dipl.-Kaufmann Jan Hacker; Dipl.-Betriebswirt (FH) Klaus Harder; Arnt Kirchner; Dr. med. Hanna Kirchner; Dr. med. Julika Loss; Dr. med. Hans-Peter Müller; Prof. Dr. med., Dr. phil. Eckhard Nagel; Prof. Dr. rer. nat., Dr. med. Günter Ollenschläger; Dipl.-Kaufmann Marc-Andreas Prill; Prof. Dr. med. Hans Reinauer; Betriebsökonom HWV Erwin Rieben; Prof. Dr. rer. pol. habil. Jörg Schlüchtermann; Prof. Dr. med. Matthias Schrappe; Dr. rer. pol. Rainer Sibbel; Dr. med. Evangelos Tsekos; Dr. jur. Isabel Weizel; Dipl.-Volkswirt Jürgen Zerth.

Peter O. Oberender (Hrsg.)

Clinical Pathways

Facetten eines neuen Versorgungsmodells

Mit Beiträgen von

Dr. med. Gerhard Boeden;
PD Dr. jur. Dietmar Boerner;
Dipl.-Volkswirt Thomas Busse;
Dr. med., Dr. jur. Alexander Ehlers;
Dipl.-Kaufmann Jan Hacker;
Dipl.-Betriebswirt (FH) Klaus Harder;
Arnt Kirchner;
Dr. med. Hanna Kirchner;
Dr. med. Julika Loss;
Dr. med. Hans-Peter Müller;
Prof. Dr. med., Dr. phil. Eckhard Nagel;
Prof. Dr. rer. nat., Dr. med. Günter Ollenschläger;
Dipl.-Kaufmann Marc-Andreas Prill;
Prof. Dr. med. Hans Reinauer;
Betriebsökonom HWV Erwin Rieben;
Prof. Dr. rer. pol. habil. Jörg Schlüchtermann;
Prof. Dr. med. Matthias Schrappe;
Dr. rer. pol. Rainer Sibbel;
Dr. med. Evangelos Tsekos;
Dr. jur. Isabel Weizel;
Dipl.-Volkswirt Jürgen Zerth

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

1. Auflage 2005

Alle Rechte vorbehalten

© 2005 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. KG, Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 3-17-017499-1

Vorwort

Die Einführung eines leistungsorientierten Vergütungssystems im Krankenhaus macht die Bedeutung einer geeigneten Umsetzungsstrategie innerhalb der Krankenhausorganisation deutlich. An diesem Problemfeld setzt die vorliegende Publikation an, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Bedeutung von Clinical Pathways, also vornehmlich klinikspezifischen Behandlungsprotokollen zur Standardisierung von Diagnose und Therapie, aus unterschiedlichen Blickwinkeln – Ökonomie, Medizin, Jura und angewandter Praxis – zu beleuchten und Implikationen für die Steuerungsdiskussion der Praxis zu geben. Folgende Fragen sind zu beantworten:

- Welche Anreize haben Leistungserbringer und Kostenträger Clinical Pathways einzuführen? Welche Anreiz- und Führungssysteme sind davon betroffen?
- Wie lassen sich Clinical Pathways aus wissenschaftlichen Leitlinien entwickeln und verursachungsgerecht umsetzen?
- Wie müsste der gesundheitspolitische Ordnungsrahmen für eine adäquate Umsetzung einer derartigen Prozesssteuerung aussehen?

Nach einer grundsätzlichen Einordnung des Instrumentariums Clinical Pathways in die gesundheitspolitische Diskussion durch Peter Oberender und Jürgen Zerth zeigt Thomas Busse aus Sicht der Krankenhausumgebung die Bedeutung und die grundsätzlichen Potenziale dieses Steuerungsansatzes auf.

Anschließend beleuchten Jörg Schlüchtermann, Rainer Sibbel und Marc-Andreas Prill die Auswirkungen von Clinical Pathways als Instrument der Prozesssteuerung im Krankenhaus. Insbesondere kommen sie zu dem Ergebnis, dass Clinical Pathways einen zentralen Ansatzpunkt aus betriebswirtschaftlicher Perspektive darstellen, um inadäquate Leistungen zu eliminieren und Ressourcen effizient dem Behandlungsfortgang anzupassen. In gleiche Stoßrichtung geht Klaus Harder, der die Verknüpfung des Steuerungsinstrumentariums Clinical Pathway mit dem Führungsinstrument Balanced Scorecard herausarbeitet. Eine Balanced Scorecard kann nach seiner Schlussfolgerung die „transparente“ Klammer sein, die vielfältigen Aktivitäten innerhalb eines Krankenhaus zieladäquat zu steuern.

Damit eine derartige Transparenz auch erreichbar wird, ist der Bezug zur Kostenrechnung zwangsläufig. Erwin Rieben und Hans-Peter Müller greifen diesen Bezug auf und zeigen anhand des „mipp-Modells“ eine Realisierungsvariante erfolgreicher Kostenrechnung in Kombination mit Clinical Pathways.

Die Rationalisierungspotenziale durch eine zielorientierte Standardisierung durch Clinical Pathways greift Jan Hacker auf. Anhang eines internationalen Überblicks wird deutlich, dass diejenigen Krankenhäuser

erfolgreich sind, die Clinical Pathways als zielgerichtetes Kapazitätssteuerungsinstrument einsetzen.

Die Diskussion um die Umsetzung leitliniengestützter Medizin in Kombination mit ökonomischen Vergütungsanreizen führt fast zwangsläufig zur Frage der Behandlungsqualität und der Patientensicherheit. Matthias Schrappe zeigt in seinem Beitrag auf, dass ein prozess-basiertes Verständnis der Behandlung von Patienten im Krankenhaus ein geeigneter Ansatz ist, Fehler und Schäden präventiv zu vermeiden.

Die Bildung und Verbreitung leitliniengestützter Medizin wirft die Frage nach dem Lösungsbeitrag der so genannten „evidenzbasierten Medizin“ auf. Hans Reinauer möchte die Begründung evidenzbasierter Medizin aufzeigen und vor allem mit einigen Fehlinterpretationen hinsichtlich des Evidenzcharakters aufräumen. Die Bedeutung evidenzbasierter Medizin macht sich in der Frage der Ausgestaltung und des Anwendungsräumens von Standards und Leitlinien fest. Günter Ollenschläger, Hanna Kirchner und Arnt Kirchner zeigen Ansatzpunkte für die zielgerichtete Bildung klinischer Entscheidungsalgorithmen auf und berücksichtigen insbesondere die Diskussion um die Sinnhaftigkeit der Leitlinienimplementierung.

Wie in der Praxis geeignete Diagnosen und Prozeduren bei der Generierung von Clinical Pathways Berücksichtigung finden, wollen Gerhard Boeden und Evangelos Tsekos diskutieren. Insbesondere die Bedeutung der medizinischen Kommunikation als Unterform der medizinischen Transparenz spielt dabei eine wachsende Rolle.

Leitliniengestützte Medizin impliziert zwangsweise eine Auseinandersetzung mit der Frage nach der möglichen Einschränkung ärztlicher Therapiefreiheit. Als Schlussfolgerung möchten Eckhard Nagel und Julika Loss verstanden wissen, dass es gerade im Sinne ärztlicher Therapiefreiheit sein kann, leitliniengestützte Medizin als Grundlage ärztlichen Handelns verwenden zu können, da sonst unter dem Diktat knapper Ressourcen intransparente Rationierungsentscheidungen greifen können.

Die Implementierung von Clinical Pathways in den Klinikalltag vollzieht sich innerhalb eines rechtlichen Umfelds. Dietmar Boerner zeigt in seinem Beitrag die Implikationen von Clinical Pathways im sozialrechtlichen Kontext auf. Insbesondere lässt sich keine normative Wirkung von Clinical Pathways aus dem Gesetz bzw. der laufenden Rechtsanwendung ableiten. Clinical Pathways finden jedoch ihre rechtliche Legitimation soweit sie den im Clearingverfahren geprüften wissenschaftlichen Leitlinien entsprechen.

Die Bedeutung von Clinical Pathways auf die ärztliche Berufstätigkeit macht sich auch im Aspekt des Arzthaftungsrecht fest. Alexander Ehlers und Isabel Weizel greifen diesen Aspekt heraus und zeigen, dass es auch aus juristischer Sicht am erfolgversprechendsten ist, Clinical Pathways als unverbindliche Leitlinie auszugestalten, da sowohl Effizienzaspekte gewahrt bleiben als auch die Therapiefreiheit adäquate Berücksichtigung findet.

Der vorliegende Sammelband stellt bewusst Beiträge aus unterschiedlichen Gesichtsfeldern und aus Wissenschaft und Gesundheitswirtschaft zusammen. Es ist daher Anlass, den vielen Autoren für Ihre Mitwirkung zu danken. Herzlich danken möchte ich dem Kohlhammer-Verlag für die Umsichtigkeit bei der Herausgabe des Buches und das Verständnis für einige Verzögerungen. Ebenfalls herzlich danken möchte ich Herrn Diplom-Volkswirt Jürgen Zerth für die verantwortliche Federführung bei der Herausgabe des Bandes. Maßgeblich an der konzeptionellen Gestaltung des Buches und der redaktionellen Bearbeitung beteiligt waren Frau Diplom-Gesundheitsökonomin Julia Fleckenstein, Frau cand. rer. pol. Claudia Jordan, Frau cand. rer. pol. Susanne Beyer und Herrn cand. rer. pol. Steffen Manke. Ihnen gebührt ein besonderer Dank.

Peter O. Oberender

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1 Clinical Pathways als eine Zukunftsstrategie des Krankenhauses: eine gesundheitsökonomische Einführung	15
<i>Peter Oberender, Jürgen Zerth</i>	
1.1 Ausgangssituation.....	15
1.2 Zielsetzungen der DRG-Einführung.....	16
1.3 DRG als gesundheitspolitischer Rahmen	17
1.4 Clinical Pathways auf der Mikroebene.....	19
1.5 Steuerungsmöglichkeiten durch Clinical Pathways	21
1.5.1 Produktionssteuerung im Krankenhaus	21
1.5.2 Instrument des Qualitätsmanagements.....	21
1.5.3 Zur Position der Stakeholder	23
1.5.4 Grundlage einer Integrierten Versorgung	24
1.6 Gesundheitspolitischer Ausblick	25
Literatur	26
2 Ausgangslage der deutschen Krankenhäuser im Rahmen veränderter Anforderungen	28
<i>Thomas Busse</i>	
2.1 Einführung	28
2.2 Die Krankenhausfinanzierung.....	29
2.3 Unterschiedliche Trägerformen	31
2.4 Die Unternehmensgröße	32
2.5 Die Entwicklung der Leistungsvergütung.....	34
2.6 Qualitätssicherung	36
2.7 Das Problem der Leistungsexplosion	37
2.8. Dreidimensionalität	39
2.8.1 Die Dimension des Leistungsanspruchs	39
2.8.2 Die Dimension der sektorübergreifenden Kooperation	39
2.8.3 Die Dimension der internen Leistungssteuerung	40
Literatur	42

3 Clinical Pathways als Prozesssteuerungsinstrument im Krankenhaus	43
<i>Jörg Schlächtermann, Rainer Sibbel, Marc-Andreas Prill</i>	
3.1 Einleitung	43
3.2 Charakteristika der Leistungserstellung im Krankenhaus ..	45
3.3 Effektivitäts- und Effizienzsteigerung durch (Prozess-) Standardisierung	48
3.4 Potenziale von Clinical Pathways für ein aktives Prozess- und Ressourcenmanagement	51
3.4.1 Prozess- und Ressourcenmanagement als Kernprobleme der Dienstleistungsproduktion im Krankenhaus	51
3.4.2 Standardisierung als Grundlage der Kapazitätsplanung und Prozesssteuerung	53
3.4.3 Materialwirtschaft	54
3.4.4 Weitere betriebswirtschaftliche Aspekte der Standardisierung	55
3.5 Fazit und Ausblick	56
Literatur	57
4 Wer die Prozesse beherrscht, beherrscht das Unternehmen	
Die Integration von Clinical Pathways in die Balanced Scorecard eines Krankenhauses	59
<i>Klaus Harder</i>	
4.1 Einführung	59
4.2 Was ist die Balanced Scorecard?	59
4.3 Welchen aktuellen Nutzen hat die Balanced Scorecard? ...	60
4.4 Die vier Perspektiven und ihre Umsetzung im Krankenhaus	62
4.4.1 Die Finanzperspektive	63
4.4.2 Die Kundenperspektive	63
4.4.3 Die Lern- und Entwicklungsperspektive	64
4.4.4 Die Interne Prozessperspektive	64
4.5 Der Prozess als Wertschöpfungskette im Krankenhaus ...	66
4.6 Reporting	67
4.7 Die Balanced Scorecard als „Klammer“ um alle strategischen Projekte der Klinik	69
Literatur	69

5 Clinical Pathways als Grundlage einer effizienten Kostenrechnung. Das Modell integrierter Patientenpfade »mipp«	70
<i>Erwin Rieben, Hans-Peter Müller</i>	
5.1 Was ist »mipp«?	70
5.2 Die einzelnen „Züge im Leiterlispel“	73
5.2.1 Pfad-Definition erstellen	73
5.2.2 Fallgruppensystemen zuordnen	73
5.2.3 Ärztliche Algorithmen entwickeln	75
5.2.4 Pfad-Konstruktion	76
5.2.5 Kennzahlen zur Qualitätssicherung der Patientenpfade ...	78
5.2.6 Kostensatzermittlung	79
5.2.7 Pfad-Kalkulation	80
5.2.8 Pfad-Benchmarking	81
5.2.9 Pfad-Controlling (Prozess-Controlling)	82
5.2.10 Preisvergleiche mit DRG-Systemen	84
5.2.11 Leistungsorientierte Finanzierung und Steuerung	85
5.3 Schlussbemerkung	86
Literatur	86
6 Kostensenkungspotenziale durch Standardisierung	88
<i>Jan Hacker</i>	
6.1 Einleitung	88
6.2 Standardisierung und Kosten	88
6.3 Internationale Erfahrungen	89
6.4 Interdependenz von Kosten und klinischen Ergebnissen ...	94
6.5 Fazit	95
Literatur	95
7 Patientensicherheit und Risk-Management	96
<i>Matthias Schrappe</i>	
7.1 Einleitung	96
7.2 Terminologie	97
7.3 Unerwünschte Ereignisse (Adverse Events)	99
7.4 Konzept der Fehlerentstehung, Fehlerursachen	101
7.5 Erfassung von Fehlern	103
7.6 Prävention von Fehlern und Schäden	104
7.7 Die Rolle von internen Leitlinien und Clinical Pathways ..	106
Literatur	107

8 Evidenzbasierte Medizin	110
<i>Hans Reinauer</i>	
8.1 Allgemein anerkannter Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse	110
8.2 SGB V und evidenzbasierte Medizin	111
8.3 Was ist „Evidence-based medicine“?	112
8.4 Evidence-based medicine und ärztliche Leitlinien	115
8.5 Zusammenfassung	116
Literatur	116
9 Standards und Richtlinien in Behandlungspfaden:	
Standardisierbarkeit ärztlicher Leistung	118
<i>Günter Ollenschläger, Hanna Kirchner, Arnt Kirchner</i>	
9.1 Einleitung	118
9.2 Werkzeuge der Standardisierung	118
9.2.1 Leitlinien, Empfehlungen, Richtlinien etc.	118
9.2.2 Qualitätsindikatoren	122
9.2.3 Kriterien	122
9.3 Ziele einer Standardisierung	124
9.4 Voraussetzungen für die Wirksamkeit: Gibt es einen Standard für die Qualität?	126
9.4.1 Qualitätssicherung der Standardisierung	131
9.4.2 Programme zur Qualitätssicherung	131
9.4.2.1 Das Leitlinienprogramm der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	131
9.4.2.2 Leitlinien aus dem Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung	132
9.4.3 Effektive Implementierung – Voraussetzung für die Wirksamkeit von Leitlinien	134
9.4.4 Implementierungsbarrieren	134
9.4.5 Leitlinienimplementierung: Was hat sich als wirkungsvoll erwiesen?	137
9.4.6 Klinische Algorithmen	138
9.4.7 Der Nutzen klinischer Algorithmen	139
9.4.8 Darstellung klinischer Algorithmen	139
9.4.9 Kritik an klinischen Algorithmen	141
Literatur	141

10 Auswahl geeigneter Diagnosen und Prozeduren	146
<i>Gerhard Boeden, Evangelos Tsekos</i>	
10.1 Einführung: Ausgangspunkt DRG	146
10.2 Die Antwort: „Clinical Pathways“	149
10.3 Die Auswahl der Diagnosen und Prozeduren	151
10.4 Module in den Pathways	153
10.5 Struktur und Kommunikation	154
10.6 Grenzen der Clinical Pathways	155
10.7 Grundvoraussetzungen	155
Literatur	156
11 Ärztliches Handeln im Spannungsfeld zwischen Leitlinien und Therapiefreiheit	158
<i>Julika Loss, Eckhard Nagel</i>	
11.1 Freiheit des Handelns	158
11.2 Das Selbstverständnis der Medizin?	159
11.2.1 Medizin als Naturwissenschaft	160
11.2.2 Medizin als Geisteswissenschaft	160
11.2.3 Medizin als praktische Wissenschaft	161
11.2.4 Medizin als Kunst	161
11.2.5 Besonderheiten des Arzt-Patienten-Verhältnisses	162
11.3 Ärztliche Therapiefreiheit	163
11.4 Einschränkung der Therapiefreiheit durch Leitlinien	165
11.4.1 Verrechtlichung der Medizin und Defensivmedizin	166
11.4.2 Schematisierung der Medizin	167
11.4.3 Behinderung des wissenschaftlichen Fortschritts	169
11.4.4 Dominanz der Ökonomie	170
11.5 Auswege aus der Problematik	170
Literatur	172
12 Auswirkungen von Clinical Pathways auf das Sozialversicherungsrecht	174
<i>Dietmar Boerner</i>	
12.1 Einleitung	174
12.2 Begriff und Funktion der Clinical Pathways	174
12.3 Auswirkungen von Clinical Pathways auf den Leistungsanspruch des sozialversicherten Patienten	175
12.3.1 Rechtskonkretisierungskonzept des Bundessozialgerichts ..	176

12.3.2	Rezeption von Clinical Pathways durch Normsetzung? ...	177
12.3.2.1	Rezeption von Clinical Pathways durch den Gesetzgeber?	178
12.3.2.2	Rezeption von Clinical Pathways durch die gemeinsame Selbstverwaltung?	179
12.3.3	Rezeption von Clinical Pathways durch Normkonkretisierung	184
12.3.3.1	Notwendigkeit der Normkonkretisierung	184
12.3.3.2	Grenzen der Normkonkretisierung	185
12.4	Zusammenfassung	189
	Literatur	190
13	Clinical Pathways und das ärztliche Berufsrecht	192
	<i>Alexander Ehlers, Isabel Weizel</i>	
13.1	Einleitung	192
13.2	Ärztliches Berufsrecht	192
13.2.1	Direkte Aufnahme in die Berufsordnungen	194
13.2.2	Verweis der Berufsordnungen auf Clinical Pathways	194
13.3	Richt- und Leitlinien	195
13.4	Rechtsqualität von Leitlinien	197
13.4.1	Zuständigkeit für die Aufstellung und Kontrolle	197
13.4.2	Bindungswirkung für den Arzt oder das Krankenhaus	199
13.5	Schlussbemerkung	201
	Literatur	201
	Herausgeber- und Autorenverzeichnis	203

1 Clinical Pathways als eine Zukunftsstrategie des Krankenhauses: eine gesundheitsökonomische Einführung

von Peter Oberender und Jürgen Zerth

1.1 Ausgangssituation

Die Einführung der fallpauschalierten Vergütung nach Diagnosis Related Groups (DRG) in der stationären Versorgung fordert die Akteure der stationären Versorgung massiv heraus. Es stehen entscheidende Strukturveränderungen für die kurative Medizin in Deutschland an, die mit Ausgaben von 46,032 Mrd. j den Löwenanteil der GKV-Ausgaben im Jahr 2002 von ca. 140 Mrd. j einnehmen (vgl. BMGS 2002). Seit 1990 ist die Verweildauer von durchschnittlich 14 Tagen auf unter 10 Tagen gesunken, die Fallzahlen steigen jedoch um ca. 15 % auf ca. 16 Mio. Fälle im Jahr (vgl. Neubauer 2003, S. 80). Mit der flächendeckenden Einführung des leistungsorientierten Vergütungsmaßstabes wird daher innerhalb der Klinik als auch zwischen den Kliniken der Wettbewerbsdruck wachsen, was auch Ergebnisse aus anderen Ländern, die bereits Erfahrungen mit leistungsorientierten Vergütungssystemen gemacht haben, belegen (vgl. Knüppel 2003; auch Gilman 2000).

Der Wettbewerbsdruck auf die Krankenhäuser wird neben der Vergütungsseite noch wesentlich von vorhandenen Überkapazitäten im Krankensektor vorangetrieben. Die Überkapazitäten sind wiederum Folge der dualen Finanzierung im stationären Bereich. Die duale Finanzierung führt dazu, dass die Krankenversicherungen vor allem die Finanzierungsfunktion der Betriebskosten übernehmen, wohingegen die Steuerungsfunktion für die Krankenhausplanung sowie die Investitionsförderung den Bundesländern obliegt.¹

Jede Reform im Gesundheitswesen hat unmittelbare Auswirkungen auf das Anreizverhalten der Beteiligten. Insbesondere ist zu fragen, inwiefern die Umsetzung der DRG auf Klinikebene das gesundheitspolitische Ziel, eine qualitativ hochwertige Versorgung bei rationalem Mitteleinsatz zu gewähr-

¹ Zu einer ausführlichen Auseinandersetzung mit der Problematik der dualen Finanzierung vgl. Neubauer 2003, S. 71 ff. Bei der dualen Finanzierung muss zwischen der eigentlichen Finanzierungsfunktion durch den Staat und der Planungsfunktion durch den Krankenhausbedarfsplan unterschieden werden. Letztere geht einher mit dem faktischen Kontrahierungszwang gegenüber Krankenkassen und kann somit als bestandswahrend interpretiert werden.

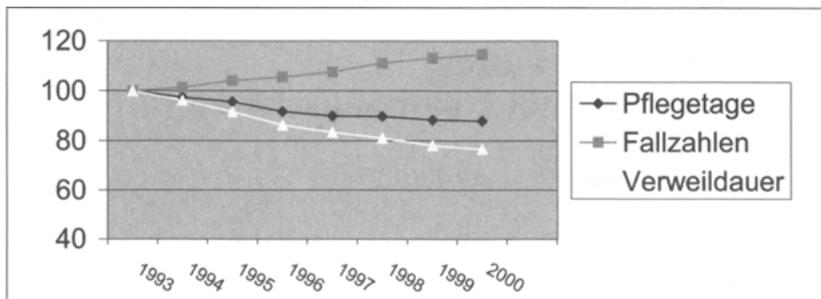


Abb. 1.1: Belegungsstatistik deutscher Krankenhäuser (Quelle: eigene Berechnungen auf Grundlage von Neubauer 2003)

leisten, unterstützen helfen kann. Ein Ansatz auf der Umsetzungsebene stellen Clinical Pathways dar. Der folgende Beitrag soll als einführender Beitrag die Frage nach der gesundheitspolitischen Einordnung von Clinical Pathways beleuchten. Aus diesem Grund ist zunächst die gesundheitspolitische Klassifikation einer Vergütung nach DRG zu erörtern.

1.2 Zielsetzungen der DRG-Einführung

Eine Vergütung nach DRG orientiert sich an einem Patientenklassifikationssystem. In Deutschland hat man sich für die Einführung des australischen AR-DRG-Systems entschieden. Patientenklassifikationssysteme unterteilen die Patientenschaft in

- klinisch definierte Gruppen
- mit ähnlichen Behandlungskosten (vgl. Hoffmann 2000, S. 12 f.).

Daraus ergibt sich schon zwingend die Ambivalenz bezüglich des Anspruchsniveaus an DRG. Von klinischer Seite ist die Zielsetzung, ausgehend von den Problemen und Zielen bei der Behandlung eines einzelnen Patienten, ähnliche Fälle in möglichst ausdifferenzierten homogenen Behandlungsgruppen zusammenzufassen. Aus einer ökonomischen Überlegung heraus sollen über DRG die Kosten für einen Behandlungsfall kalkuliert und damit die Grundlage für die Entgeltfindung gelegt werden. Problematisch, aber zugleich notwendig, bleibt bei der Ermittlung der Fallgruppen die Berücksichtigung der Schwere der Erkrankung und der Multimorbidität. Beide Ereignisse stehen in einem engen Verhältnis zum Ressourcenaufwand, weswegen eine mangelnde Berücksichtigung bei der Fallgruppenbildung dazu führen kann, dass erbrachte Leistungen nicht mehr angemessen vergütet werden.

Bei der Umsetzung in Deutschland sollen die Fallgruppen und ihre Bewertungsrelationen bundeseinheitlich festgelegt werden, wobei die Bewertungsrelationen als Relativgewichte auf eine Bezugsleistung zu definieren sind. Es ist jedoch zu beachten, dass das konkrete Patientenklassifikationssystem lediglich eine mehr oder weniger einheitliche Leistungsdefinition liefern kann. Für die konkrete Höhe der Entgelte, muss ein eigenständiger Regelmechanismus gefunden werden. Darüber hinaus gilt zu berücksichtigen, dass die reformierte Vergütungssystematik sowohl Mikro- als auch Makroziele zu erfüllen hat (vgl. dazu Neubauer 2001).

1.3 DRG als gesundheitspolitischer Rahmen

Die Vergütung nach DRG entspricht einer Fallpauschalenhonorierung. Alle Leistungen einer Fallbehandlung, also die einzelnen Tätigkeiten pro Fall und Tag, nehmen so Kostencharakter an. Es soll ein Anreiz für die Leistungserbringer bestehen, die Fallkosten zu reduzieren. Darüber hinaus geht das Morbiditätsrisiko auf das Krankenhaus über, wenn mit der Fallpauschale die Behandlungskosten nicht gedeckt werden können. Folglich lohnen sich Ansätze zur Prozess- und Organisationsoptimierung im Krankenhaus.

Im Gegensatz zu einer Vergütung über Tagespauschalen oder gar über Einzelleistungen können die Erlöse bei einer Vergütung nach Fallpauschalen nur über eine Steuerung der Zahl und der Struktur der Fälle beeinflusst werden (vgl. grundsätzlich Breyer 1992). Die rationale Strategie beruht darin, entweder die durchschnittlichen Kosten pro Fall zu reduzieren bzw. die Fallzahlentwicklung zu erhöhen um beispielsweise Spezialisierungseffekte nutzen zu können (vgl. Abb. 1.2).

Insbesondere durch die Fallkostenunterschiede, die durch eine unterschiedliche Zusammensetzung des Patientenkollektivs zu erwarten sind, können Preis- und Leistungsvergleiche vorgenommen und damit Leistungen von Krankenhäusern verglichen werden. Gleichwohl sind jedoch auch die Anreize zu berücksichtigen, die mit dem Versuch der Manipulation der Fallzahl und Fallschwere zusammenhängen. Insbesondere der Anreiz zur Verweildauerreduktion kann u. U. zu Qualitätsproblemen führen, was die Frage einer Qualitätssicherung und damit auch die Einbindung in die ordnungspolitische Steuerungssystematik des Gesundheitssystems unmittelbar deutlich macht. Die Entwicklung der Fallzahl muss aber noch unter dem Aspekt der Mindestmengen betrachtet werden. So sind bei einigen, vor allem chirurgischen Interventionen Zusammenhänge zwischen der Fallhäufigkeit und der Ergebnisqualität zu konstatieren (vgl. Abb. 1.3).

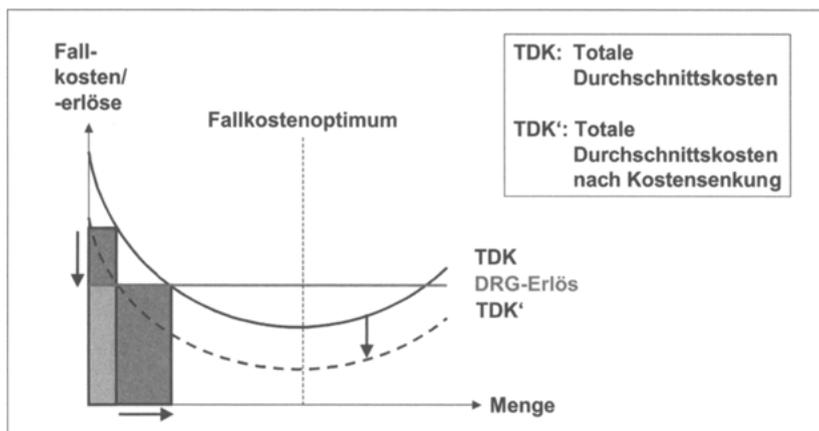


Abb. 1.2: Fallpauschalen und Mengenentwicklung (eigene Darstellung)

Mit Hilfe einer Vergütung nach DRG gelingt es vor allem, die Leistungen von Krankenhäusern nach gegebenen Kriterien zu definieren (Transparenzziel) und damit eine Grundlage für eine Neuregelung des Vergütungssystems zu bilden. Damit stellt sich unmittelbar die Frage nach der ordnungspolitischen Ausgestaltung. Es sind hinsichtlich der Zielsetzung auf der Makroebene zwei Aspekte zu beachten. Auf der einen Seite sind die Qualitätswirkungen durch die eingeforderte Steuerungswirkung auf der Mikroebene zu berücksichtigen, auf der anderen Seite steht eine neue Vergütungsregelung unter der Vorgabe des Prinzips der Beitragssatzstabilität im Vordergrund.

Fallpauschalen können ein Instrument wettbewerblicher Steuerung sein, da sich bei gleicher Vergütung pro Fall die Krankenhäuser über Kosten und Qualität messen lassen können. Sollen künftig die Patienten oder Ärzte und Krankenkassen als Agenten der Patienten stärker die Steuerung der Krankenhausversorgung übernehmen, so müssen Informationen über Leistungen, Leistungsqualität und Preise transparent sein. Damit aber auch Krankenkassen langfristig eine Steuerungsfunktion ausüben können, scheidet eine einheitliche Festlegung von Preisen (der Baserate) sowohl auf bundes- und landespolitischer Ebene aus.² Die Forderung der Beitragssatzstabilität konterkariert so wiederum wettbewerbliche Ausgestaltungsoptionen.

² Nach dem Krankenhausentgeltgesetz soll es ab 2005 eine landesweite Festlegung der Baserates geben.

Intervention	Mindestmengen pro Klinik und Jahr Referenz	Anzahl der deutschen Kliniken, die die Mindestmenge		
		erreichen	nicht erreichen	*
Katheter-Dilatation von Herzkranzgefäßen	400	101	110	48 %
Kniegelenkersatz	107	198	426	30
Eingriffe an der	101	47	330	13
Lebertransplantation	90	0	12	0%
Entfernung der Prostata wegen Karzinom	55	59	200	23 %
Entfernung der Gallenblase	31	885	69	93
Gefäßoperation am Bein wegen Verschlusskrankheit	20	303	193	61 %
Herztransplantation	13	9	12	43
Entfernen der Bauchspeicheldrüse	11	61	296	17 %
* = prozentualer Anteil jener deutschen Krankenhäuser, die die Referenz-Mindestmenge schaffen				

Abb. 1.3: Anzahl ausgewählter Interventionen im Krankenhaus im Jahr 2000 (Quelle: Gandjour et al. 2003, S. 195)

1.4 Clinical Pathways auf der Mikroebene

Mit der Einführung einer fallbezogenen Vergütung nach den DRG wird die Bedeutung des Morbiditätsrisikos für das einzelne Krankenhaus deutlich. Dem zukünftig weitgehend fixen Fallerlös steht ein heterogenes Kosten- und Qualitätsspektrum gegenüber. Darüber hinaus sind die betriebswirtschaftlichen Steuerungsinstrumente (medizinisches und ökonomisches Controlling) teilweise noch sehr rudimentär ausgebaut (vgl. Greiling 2002, S. 1). Sowohl die Kostenträger (Krankenkassen) als auch die Leistungsanbieter stehen vor dem Problem, dass die medizinische Qualität weitgehend intransparent ist, durch die langfristig wahrscheinliche Einführung selektiver Vertragsmodelle der Bedarf an Information über Qualität und Kosten ansteigt. Diese Tendenz wird gesundheitspolitisch durch die Forderung nach Integrationsmodellen und Disease-Management-Programmen verstärkt. In diesem Zusammenhang spielen Clinical Pathways eine wachsende Rolle.

Innerhalb des Krankenhauses liegen unterschiedliche Principal-Agent-Beziehungen vor, die bei der Einführung und Umsetzung von Vergütungssystemen zu beachten sind. Insbesondere die Ärzte stehen u. U. in einer „doppelten Agentenbeziehung“ (vgl. Ernst 2000, S. 17). Einerseits ist der Arzt im Krankenhaus dem Wohl der Patienten verpflichtet, andererseits schuldet er auch dem Kostenträger einen wirtschaftlichen Umgang mit den vorhandenen Ressourcen. Damit soll angedeutet werden, dass die Anreizbeziehung einer Vergütungsregelung entsprechenden Koordinations- und Kontrollinstrumentarien auf der Mikroebene bedarf. Clinical Pathways sollen im Sinne einer Arbeitsdefinition als klinikspezifische Behandlungsprotokolle zur Standardisierung von Diagnostik und Therapie bei Patienten mit spezifischen Symptomen, Diagnosen oder Therapien eingesetzt werden. Darüber hinaus können sie als Ansatz verstanden werden, das Agentenverhalten der Leistungserbringer entsprechend zu kontrollieren und kombiniert mit Anzelelementen unspezifische Entscheidungen im Leistungsprozess zu regeln. Bei Clinical Pathways geht es folglich darum, eine Standardisierung anhand von Kerninhalten vornehmen zu können:

- medizinische Vorgehensweise
- Standard-Bearbeitungszeiten
- Standard-Verbrauchsmengen
- Analyse der Varianzen (Abweichungen vom Normprotokoll)

Einzelwirtschaftliches Ziel ist dabei eine gleichbleibend hohe medizinische Qualität, die zeit- und kosteneffizient erbracht werden soll. Der Behandlungsverlauf (Aufnahme, Anamnese, Diagnostik, Therapie, Entlassung) soll transparent sowie medizinisch und ökonomisch evaluierbar werden. In Abgrenzung zu allgemeinen Leitlinien können Clinical Pathways in diesem Sinne als Umsetzungslösungen von Leitlinien für das einzelne Krankenhaus verstanden werden. Während die Vorstellung eines Indikationspfades, Patientenpfades oder Behandlungsablaufs, so die häufig deutsch übersetzten Begriffe, in Deutschland noch relativ ungewohnt erscheint, sind Clinical Pathways in vielen anderen englischsprachigen Ländern längst keine Neuheiten mehr. Seit den 70er Jahren, ausgehend von Boston/USA, werden sie dort bereits erfolgreich eingesetzt (vgl. Graff/Voelker/Gaedicke 2001).