

Dr. med. Axel Paeger
MBA / MBI (EUR)

Vorsitzender des Vorstandes
AMEOS Holding AG

Clinical Pathways aus Management-Sicht



Pathway Management in amerikanischen und Indikationspfade-Praxis in deutschen Krankenhäusern

Pflege übernimmt Organisationshoheit

Von Claus Schwing

Was amerikanische Hospitäler hinter sich haben, steht den deutschen Krankenhäusern noch bevor.

Dr. med. Axel Paeger, Vorstandsvorsitzender der AMEOS Holding AG, konnte profunde Erfahrungen im amerikanischen Gesundheitswesen sammeln. Sein Resümee: „Wir werden nicht umhinkommen, Pfade einzuführen“.

Amerikanische Krankenhausmanager sind sich heute weitgehend einig: Nur durch sogenannte Indikationspfade kann der Aufenthalt der Patienten verkürzt werden. Krankenhäuser, lässt Paeger die aufregenden amerikanischen DRG-Zeiten Revue passieren, die die Verweildauerverkürzung nicht schafften, „konnten ihre Fallkosten nicht mit den DRG-Erlösen decken und wurden geschlossen“. Da konnten die Diagnosen noch so gut und vollständig codiert sein, entscheidend für das Überleben war das Stationsmanagement und seine schnelle Umsetzung. Wo die Berufsgruppen sich nicht zusammenraufen konnten, gings bergab. Nur die Kombination aus Fallpauschalen und Indikationspfaden sichern das Überleben.

Wie gewöhnungsbedürftig es ist, mit Patientenpfaden zu arbeiten, durfte der einst

frischgebackene Mediziner und heute zum Vorstandsvorsitzenden der AMEOS AG gereifte Paeger am eigenen Leibe erfahren, als er seinen Dienst in einem US-Krankenhaus im Bundesstaat Kalifornien antrat. Es habe ihn doch arg „verwirrt“, als ihm bei der Visite, gleich am ersten Tage, der Chefarzt gefragt hat, wann der gerade eingewiesene Patient wieder das Hospital verlassen werde. Da sei er mit einem ihm „völlig fremden Denken“ konfrontiert worden, bereits bei der Einweisung des Patienten an seine Entlassung zu denken.

Ein Blick über den großen Teich lässt auch die Machtverschiebung erahnen, die in bundesdeutschen Krankenhäusern mit Einführung des neuen Abrechnungssystems vonstatten gehen werden. Politisch gewollt, musste sich jedes dritte amerikanische Krankenhaus im Sonnenstaat Kalifornien

vom Markt verabschieden, ausgelöst durch das vor 21 Jahren eingeführte Vergütungssystem (DRGs, Diagnosis Related Groups). Jedes zweite Krankenhausbett verschwand, die Verweildauer sank um die Hälfte. Das könnte auch dem deutschen Krankenhauswesen blühen.

Im Mutterland der DRGs sank die durchschnittliche Verweildauer von 7,6 Tagen im Jahre 1980 auf 6,2 Tage im Jahre 1996, während im gleichen Zeitraum die stationäre Belegungsquote von 75 auf 61 Prozent absackte. Ökonomischer Erfolgsindikator: Von 67 auf 49 Prozent der Gesamtausgaben reduzierten sich die Aufwendungen für die stationären Behandlungen von 1980 auf 1995. Demgegenüber nahm die Zahl der Krankenhauskooperationen um 27 auf über 45 Prozent zu.

Mit den DRGs kommt es zur Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten

ten Bereich. So verdoppelte sich bei der Einführung der DRG-basierten staatlichen Vergütung in den USA, Medicare genannt, bei der ein Viertel der amerikanischen Bevölkerung versichert sind, im Zeitraum von 1980 zu 1993 die Zahl der ambulanten Operationen, während die der stationären Eingriffe fast konstant blieb. Bieten 1980 rund 16 Prozent der amerikanischen Krankenhäuser ambulante Operationen an, waren es sechs Jahre später bereits 60 Prozent.

Ob Vergleichbares auch in Deutschland stattfinden wird? Sicher ist, die zunehmende Leistungsdichte in bundesdeutschen Krankenhäusern ist mit den heutigen Methoden der Arbeits- und Ablauforganisation nicht mehr beherrschbar. Wenn man bedenkt, dass in den USA ein Patient nur halb so lange im Krankenhausbett liegt wie in Deutschland und das bei einer erheblich höheren Fallschwere, da viel mehr Leistungen ambulant erbracht werden, werden die Dimensionen des bevorstehenden Umbruchs offensichtlich. Nur wem es gelingt, den stationären Aufenthalt des Patienten einem konsequenten Zeitmanagement zu unterwerfen, wird die erzwungene Verkürzung der Verweildauer bei erheblich gesteigerter Leistungsdichte bewältigen.

Wer Indikationspfade einführt, begeht einen Kulturbruch. Mit der Einführung des Prozessmanagements in den USA wurde das klassische Rollenverständnis des Klinikers in Frage gestellt. Dass er für die Medizin und der Verwaltungsleiter für die Kosten verantwortlich ist, „das geht nicht mehr im Zeitalter der DRGs“, sagt Paeger. Um diese bisher getrennten Welten zusammen zu bringen, sei der Patientenpfad genau der richtige Weg.

Das Berufsbild und Selbstbewusstsein der Pflege wurde deutlich aufgewertet. Sie erhielt die Organisationshoheit und hat, wie in allen angelsächsischen Ländern, die Organisationsverantwortung für die Indikationspfade übernommen. So erhielt die Pflege in den USA ein neues, zukunftsweisendes Aufgabenfeld, das des Fallmanagements. Und das, erinnert sich Paeger, „haben sich die Ärzte am Anfang nicht gefallen lassen“. Generell hätten sich die Ärzte „durchaus skeptischer“ verhalten als das Pflegepersonal.

Um bei erhöhter Leistungsdichte den Patienten überhaupt im Bett anzutreffen, holt sich der Arzt bei der Krankenschwester einen Termin für die Examinierung seines Patienten, er geht quasi bei der Pflege Leistungen einkaufen. Die Ärzte haben sich „erziehen“ lassen, und schlussendlich gerne akzeptiert, dass die Pflege für alles Organisatorische zuständig ist. Diese „markante Änderung“, die einer erheblichen Aufwertung des Pflegedienstes gleichkomme, sagt Paeger, sei für ihn „einer der prägenden Eindrücke“ aus dem amerikanischen Strukturumbruch.

Als wenig sinnvoll erachtet Paeger Organi-



„Vieles können wir nicht, vieles wollen wir nicht aus den USA übernehmen. Doch einiges sollten wir uns aneignen“.

„Bereits bei der Einweisung die Entlassung planen, ein in deutschen Kliniken völlig fremdes Denken.“

sationsmodelle, nach denen Arzthelferinnen innerhalb des ärztlichen Dienstes das Pfadmanagement übernommen haben. Da sei das Zusammenspiel von Pflege und Kliniker nicht optimiert. Paeger: „Der ärztliche Dienst ist fortan fachlich die maßgebliche Instanz, die Pflege ist organisatorisch Herr der Dinge“, und das habe sich bewährt.

Unterm Strich profitieren alle Berufsgruppen von der Einführung von Indikationspfaden, die Paeger als eine „geregelt Kommunikation zwischen Ärzten und Pflege“ umschreibt. Die Vorteile: Die Kliniker haben weniger Dokumentations- und Kommunikationsaufwand, das nimmt ihnen die Pflege zu großen Teilen ab. Durch die Aufwertung der Pflege ist der Pflegedienst interessierter und motivierter als zuvor, attestieren amerikanische Ärzte den Schwestern und Pflegern eine „höhere Compliance“. Generell, schlussfolgert Paeger, sei eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit festzustellen, einhergehend mit einem deutlich erhöhten Kostenbewusstsein.

Denkbar ist, dass mit der Einführung der DRGs in Deutschland die Entgeltfrage erneut auf die gesundheitspolitische Tagesordnung gesetzt wird. Denn in den USA wurde vier Jahre später das DRG-Vergütungssystem durch Kopfpauschalen abgelöst. Für die amerikanischen L.A.S.-Hospitäler, die in einem Verbundsystem mit 4000 niedergelassenen Ärzten stehen, heißt das: Ob krank oder gesund, für jeden betreuten Versicherten erhält der Verbund einen festen Dollarbetrag pro

Monat. Damit muss man auskommen. Aus Indikationspfaden wird DiseaseManagement.

Der Grund für die Einführung von Kopfpauschalen: Die DRG-Systematik führte dazu, „möglichst viele Fälle zu erbringen und sich nach Möglichkeit auf bestimmte Indikationen zu konzentrieren“. Fallzahlensteigerung und eine Spezialisierung auf lukrative Fälle, erinnert sich Paeger, waren die negativen Beweggründe der Krankenkassen, dass nur wenige Jahre später nach Einführung der DRGs in den USA die Kopfpauschale als globales, total pauschalisiertes Vergütungssystem sich durchzusetzen begann.

Wurde im DRG-System die Tonsillektomie, die Entfernung der Halsmandeln, bei jedem Kind und jedem Jugendlichen zum Dogma der HNO-Ärzte, Millionen kerngesunder Menschen wurden operiert, hat sie heute eine Randstellung. Denn nun, wo die totale Pauschalisierung greift, hat sich die wissenschaftliche Meinung völlig umgekehrt. Jetzt ist die Indikation zur Tonsillektomie eine Ausnahme geworden.

Erhebliche Eingriffe in die Krankenhausstruktur sind auch aus Australien zu vermelden, deren DRGs man in Deutschland übernommen hat, wie es Stuart McAlister, DRG-Experte vom australischen Bundesministerium für Gesundheit und Alter zu berichten weiss.

Gut die Hälfte der Betten wurde mit Einführung der DRGs in Australien stillgelegt bei gleichzeitiger Senkung des durchschnittlichen Krankenhausaufenthalts der Patienten um ein Viertel. Von 1991 bis 1997 stieg die Zahl der Krankenhauspatienten von 2,9 auf 3,5 Millionen. Gleichzeitig nahmen auch die Zahl der dokumentierten Diagnosen pro Patient zu, von durchschnittlich zwei auf fast drei (2,8).

Und in Dänemark wurden gar mit Einführung der DRGs die Verweildauer um die Hälfte reduziert, bei ebenfalls 50-prozentigem Bettenabbau. Parallel erhöhte sich in Dänemark die Zahl des Krankenhauspersonals um das 1,6fache, vorwiegend durch die Übernahme ambulanter Pflege, die massive medizinische Leistungen erbringt. ■

