

1 Motive und Hintergründe zur Einführung von Fallsteuerung im Krankenhaus

Peter Stratmeyer

Dieses Kapitel führt grundlegend in das Thema der Fallsteuerung ein. Dabei wird herausgearbeitet, dass Fallsteuerung professionsübergreifend die gesamten Versorgungsprozesse in den Blick nehmen muss (►Kap. 1.1), komplexe Anforderungen an die Krankenhausversorgung stellt (►Kap. 1.2) sowie im Spannungsfeld zwischen einerseits eher wirtschaftlichen Interessen und andererseits fachlich-professionellen Motiven angesiedelt ist (►Kap. 1.3).

1.1 Fallsteuerung im Schnittfeld medizinischer und pflegerischer Krankenhausleistungen

Seit vielen Jahren beklagen Krankenhausverantwortliche und deren Mitarbeiterinnen sowie auch ärztliche und pflegerische Berufsverbände die unzureichend abgestimmten Arbeitsprozesse zwischen Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus. Darunter leidet die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser, die Dienstleistungsqualität wie auch gleichermaßen die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. So hat beispielsweise der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) in seinem Jahresgutachten 2007 hier erheblichen Reformbedarf festgestellt¹.

1 Vgl. dazu Sachverständigenrat 2007.

Es wird deutlich, dass auch die Kernleistung des Krankenhauses – die stationäre Behandlung und Pflege von Patienten – nicht mehr ohne Weiteres als qualitativ hochwertig und effizient angesehen werden kann. Zu viele Schwachpunkte und Probleme werden in den Krankenhäusern und auch in der Öffentlichkeit thematisiert: hohe Kosten der Diagnostik und Therapie bei vergleichsweise nur mittelmäßigen Gesundheitswirkungen, Unterversorgung in bestimmten Bereichen, mangelhafte Kooperation zwischen den Akteuren, Überdiagnostik ohne Therapierelevanz, zunehmender Fachkräftemangel usw.

In den letzten Jahren haben viele Krankenhäuser sich engagiert um Reformen bemüht, die auch den Kernleistungsbereich der ärztlich-pflegerischen Versorgung qualitativ besser und effizienter organisieren sollen. Größere Öffentlichkeitswirksamkeit haben in jüngerer Zeit Konzepte erzielt, die die Arbeitsteilung von Ärzten und Pflegenden neu arrangieren. Im Vordergrund stand dabei eine Delegation von ehemals ärztlichen Aufgaben an Pflegenden. Erst im Jahre 2011 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Richtlinie zur Heilkundeübertragung im Rahmen von Modellvorhaben beschlossen, die Pflegenden vermehrt autonome Handlungsmöglichkeiten im medizinischen Bereich ausgewählter Diagnosen und Prozeduren gewähren soll.² Weitergehende Konzepte – wie die aus dem angloamerikanischen Raum stammende *Advanced Nursing Practice* – stehen noch nicht so im Vordergrund, weil für deren Realisierung derzeit die strukturellen und rechtlichen Hürden zu hoch sind. Sie stehen für eine größere therapeutische Verantwortungsübernahme in einem erweiterten Aufgaben- und Handlungsspielraum von Pflegenden.

Im Rahmen der derzeit geltenden rechtlichen Möglichkeiten will auch das Modell »Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus« (KoPM®) eine funktionelle, qualitätsfördernde und für Ärzte und Pflegenden gleichermaßen befriedigende kooperative Arbeitsteilung erreichen. Pflegenden erhalten einen erweiterten Verantwortungs- und Kompetenzrahmen und Ärzte können sich auf ihre Kernkompetenzen

2 Vgl. dazu Gemeinsamer Bundesausschuss 2012.

konzentrieren. Besonderes Kennzeichen dieses Modells ist die Nutzung des Ansatzes der Prozessorganisation, der auf die Optimierung der kooperativen Arbeitsabläufe von Ärzten und Pflegenden abzielt.³

Fallsteuerung im Krankenhaus ist ein Ansatz, der aus einer fallbezogenen Perspektive heraus die Leistungen für die Gesundheitsversorgung des einzelnen Patienten bedarfsgerecht, qualitativ hochwertig und effizient planen und bereitstellen will. Die Fallsteuerung führt den Patienten durch den ab und zu als Dschungel wahrgenommenen Versorgungsalltag im Krankenhaus und unterstützt ihn in seiner Rolle als mündiger Leistungsnehmer – auch dann, wenn er diese Rolle nicht oder nicht mehr ausfüllen kann. Zudem sorgt eine gut funktionierende Fallsteuerung auch für fallgerechte Erlöse und liefert valide Informationen für das Krankenhaus, z.B. wie die Versorgung ganzer Patientengruppen zukünftig noch besser gestaltet werden kann. Sie geht so in eine *Systemsteuerung* über.

1.2 Merkmale einer bedarfsgerechten Versorgung

Weitgehender Konsens in der Krankenhausversorgung ist, dass den Patienten notwendige Leistungen nicht vorenthalten werden dürfen, aber Unnötiges und Verschwenderisches nach Möglichkeit vermieden werden soll. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat in seiner Analyse der Versorgungssituation chronisch Kranker hierzu Maßstäbe entwickelt, die nicht nur, aber insbesondere für die Zielgruppe der chronisch Kranken von großer Bedeutung sind.

3 Eine ausführliche Darstellung des KoPM®-Ansatzes kann an dieser Stelle nicht erfolgen. Genauere Angaben zu Forschungsansatz, KoPM®-Modell, Projekten, Kooperationspartnern und Veröffentlichungen finden sich in der Internetdarstellung des KoPM®-Zentrums (<http://kopm-zentrum.de>).

Im Hinblick auf die Indikationsgenauigkeit von Gesundheitsleistungen unterscheidet der SVR

- einen objektiven Gesundheitsbedarf, der sich unter Berücksichtigung evidenzbasierter Erkenntnisse aus Expertensicht ergibt, sowie
- einen subjektiven Gesundheitsbedarf, wie ihn die Betroffenen sehen und wie er von ihnen nachgefragt wird.⁴

Eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung im Sinne des Krankenversorgungsrechts (Sozialgesetzbuch V) liegt nach Ansicht des SVR vor, wenn

- gesundheitliche Leistungen angezeigt sind, d. h. nicht ausschließlich aus subjektiven Wünschen resultieren,
- diese einen hinreichend gesicherten, positiven Netto-Nutzen aufweisen, d. h. die zu erwartende Verbesserung des Gesundheitszustands größer ist als die mit der Maßnahme verbundenen Risiken,
- die Leistung fachgerecht und
- mit akzeptabler Kosten-Nutzen-Relation erbracht wird.⁵

An dieser Aufstellung wird deutlich, dass die Probleme einer optimalen Patientenversorgung mit dem Grad der Versorgungskomplexität zunehmen. Je mehr Behandlungsalternativen in ihren jeweiligen Konsequenzen auf Heilungserfolg bzw. Leidensverringerung abgewogen werden müssen, je mehr die Patienten- oder Angehörigennachfrage nach Leistungen sich an der Experteneinschätzung bricht und je weniger der Gesundheitsnutzen den Ressourceneinsatz rechtfertigt, desto schwieriger ist es, eine vermeintlich richtige Entscheidung zu treffen.

Der SVR identifiziert viele Anhaltspunkte für Über-, Unter- und Fehlversorgung, die er wie folgt definiert:

Eine *Unterversorgung* liegt vor, wenn Leistungen »trotz individuellen, professionell, wissenschaftlich und gesellschaftlich anerkannten Bedarfs [...] mit hinreichend gesichertem Netto-Nutzen« verweigert werden.

4 Vgl. dazu Sachverständigenrat 2001, S. 25 f.

5 Vgl. dazu a.a.O. S. 31 ff.

Eine *Überversorgung* tritt ein, wenn »nicht indizierte Leistungen« oder »Leistungen ohne hinreichend gesichertem Netto-Nutzen« oder mit nur geringem Nutzen und nicht zu rechtfertigendem Kostenaufwand (ökonomische Überversorgung) erbracht werden.

Eine *Fehlversorgung* tritt auf, wenn durch die Leistungen vermeidbare Schäden entstehen:

- durch an sich bedarfsgerechte Leistungen, die nicht fachgerecht erbracht werden,
- durch nicht bedarfsgerechte Leistungen, die fachgerecht oder nicht fachgerecht erbracht werden,
- durch unterlassene bzw. nicht rechtzeitige Durchführung indizierter Leistungen im Rahmen einer Behandlung.⁶

Bedarfseinschätzung und Versorgungsqualität lassen somit diverse Kombinationsmöglichkeiten zu, die für bedarfsgerechte bzw. nicht bedarfsgerechte Versorgung sprechen können.

Tab. 1.1: Kombinationsmöglichkeiten im Hinblick auf die Versorgungsgerechtigkeit⁷

	Leistung wird fachgerecht erbracht	Leistung wird nicht fachgerecht erbracht	Leistung wird nicht erbracht
nur objektiver, kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	(latente) Unterversorgung
subjektiver und objektiver Bedarf	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung (ggf. Fehlversorgung)
nur subjektiver, kein objektiver Bedarf	Überversorgung (ggf. Fehlversorgung)	Überversorgung und Fehlversorgung	bedarfsgerechte Versorgung

6 Vgl. dazu ebd.

7 Vgl. dazu Sachverständigenrat 2001, S. 33.

Eingedenk der Ausführungen des SVR hat Fallsteuerung im Krankenhaus darauf abzielen, den Anteil der Patienten, der eine bedarfsgerechte Versorgung erhält, möglichst zu erhöhen und Über-, Fehl- bzw. Unterversorgung zu minimieren. Allerdings muss angenommen werden, dass an den Rändern des oben genannten Grundkonsenses, das Richtige richtig zu tun und alles Weitere zu unterlassen, erhebliche Interessensgegensätze wirksam werden. Wie unten zu zeigen sein wird, programmiert das derzeitige Finanzierungssystem die Krankenhäuser nicht automatisch in Richtung einer bedarfsgerechten Versorgung, sondern setzt durchaus Impulse zur Unter- und Fehlversorgung. Zwar bieten die Kontrollinstanzen der Krankenversicherung hier ein gewisses Regulativ. Aber auch die Krankenversicherungen unterliegen wettbewerblichen Zwängen und staatlicher Regulation, sodass sie den Krankenhäusern nicht nur ein gehöriges Maß an (teilweise berechtigtem) Misstrauen entgegenbringen, sondern auch ihrerseits durchaus Anreize ausgesetzt sind, die in Richtung Unterversorgung weisen können. Auch drohen Patienten (oder ihre Zuweiser) den Krankenhäusern verloren zu gehen, wenn bestimmte erwartete Leistungen nicht erbracht werden. In diesem Spannungsfeld zwischen

- Patientenbedürfnissen,
- Zuweiseranforderungen,
- eigenen professionellen Ansprüchen an eine fachgerechte Diagnostik, Therapie und Pflege,
- wirtschaftlichen Interessen zur nachhaltigen Sicherung des (eigenen Arbeitsplatzes) Krankenhauses sowie
- einem auf das Gemeinwohl orientierten Interesses zum schonenden Umgang mit gesellschaftlich begrenzten Ressourcen

bewegt sich Fallsteuerung im Krankenhaus. Dabei geht es – zum Glück nicht immer, aber häufig – um schwierige Abwägungsprozesse zwischen externen Anforderungen, fachlich-professionellen Motiven und moralischen Ansprüchen an eine humane und gerechte Gesundheitsversorgung.

In der Darstellung des anglo-amerikanischen Case Managements verweist *Ewers* auf drei Kernfunktionen, »die in der einen oder anderen Form in allen Case-Management-Konzepten enthalten sind: die Advocacy-, die Broker- und die Gate-Keeper-Funktion«. Sie sind

gut geeignet, das widersprüchliche Spannungsfeld zu kennzeichnen⁸ (► Kap. 2.2.5).

1.3 Fallsteuerung im Spannungsfeld ökonomischer und fachlich-professioneller Interessen

1.3.1 Fallsteuerung aus krankenhausesökonomischer Sicht

Die Krankenhausfinanzierung steht wegen ihrer besonderen Wachstums- und Kostendynamik seit vielen Jahrzehnten in der Aufmerksamkeit der deutschen Gesundheitspolitik. Gut ein Viertel der gesamten Gesundheitsausgaben entfallen auf Krankenhausleistungen – mit steigender Tendenz.⁹ Das Krankheits- und Pflegerisiko ist stark altersassoziiert. Der Anteil der davon Betroffenen an der Gesamtbevölkerung wird sich aller Voraussicht nach bis zum Jahre 2030 erheblich erhöhen. Bezogen auf das Basisjahr 2005 wird er in der Gruppe der 60–70-Jährigen um etwa 25,6 %, bei den über 70- bis 80-Jährigen um 38,6 %, bei den über 80- bis 90-Jährigen um 57,8 % und bei den über 90-Jährigen um 157 % steigen.¹⁰ Ältere sind damit auch überproportional häufig Krankenhauspatienten. »Während im Jahr 2005 etwa jeder vierte Einwohner 60 Jahre oder älter war, gehörte fast jeder zweite Krankenhauspatient diesen Altersgruppen an. Die 60- bis unter 80-Jährigen (20 % der Bevölkerung) stellen 35 % der Krankenhausesfälle, die über 80-Jährigen (4 % der Bevölkerung) 13 %.«¹¹ Der medizinische – und auch pflegerische – Fortschritt leistet das

⁸ Vgl. dazu Ewers 2005b, S. 63–72.

⁹ Vgl. dazu Statistisches Bundesamt 2012.

¹⁰ Vgl. dazu Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2008, S. 6.

¹¹ A.a.O., S. 9.

Seinige, um die Versorgung zwar besser, aber eben auch kostenträchtiger zu machen, und dreht somit ebenfalls an der Demografieschraube durch Verlängerung der Lebenszeit.

Mit diversen Steuerungsinstrumenten war und ist die Gesundheitspolitik bemüht, die mit Leistungsausweitung und -intensivierung verbundene Kostendynamik wenn auch nicht zu bremsen, so doch zumindest abzuschwächen. Die Geschichte der Krankenhauspolitik ist somit v. a. eine Politik der Kostenbegrenzung.¹² Ein besonderer historischer Schachzug ist zweifellos mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) zur Finanzierung der Krankenhausleistungen gelungen. Das seit 2003 gültige Abrechnungssystem hat den Krankenhäusern bis dato nicht bekannte Anreize geboten. Nicht mehr die Liegezeit von Patienten und auf der Grundlage von Realkosten individuell vereinbarte Pflegesätze stellten fortan Grundlage der Vergütung dar, sondern pauschalisierte diagnosebezogene Leistungen. Krankenhäuser sind nunmehr gehalten, sich so zu organisieren, dass sie mit den nicht mehr verhandelbaren Festpreisen kostendeckend wirtschaften können. Neben einer ganzen Reihe von Spar- und Rationalisierungsmaßnahmen im Bereich von Service- und Supportleistungen gerät zunehmend auch der Kostentreiber *Kernprozess der patientenbezogenen Leistungserstellung* ins Kalkül der Einsparung. Der Trend zur Verkürzung der Liegezeit der Patienten im Krankenhaus hat sich unter DRG-Bedingungen bis heute weiter verstetigt und lag im Jahre 2010 bei durchschnittlich 7,9 Tagen.¹³

An die Fallsteuerung ergeben sich aus diesen Entwicklungen einige Anforderungen. Die Frage notwendiger Krankenhausleistungen stellt sich nämlich nicht erst nach Aufnahme eines Patienten, sondern bereits dann, wenn es darum geht, ob dieser Patient überhaupt eine hinreichende Indikation für die stationäre Behandlung aufweist. Angesichts der kontinuierlichen Fallzahlsteigerungen – alleine im Zeitraum von 2005 bis 2010 um 9%¹⁴ – suchen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung in ihren Prüfungen daher nach diesen »primären

12 Vgl. dazu Rosenbrock 1998, S. 1.

13 Vgl. dazu Bölt und Graf 2012.

14 Vgl. dazu Bölt und Graf 2012, S. 117; eigene Berechnungen.

Fehlbelegungen«. Vergütungen werden für diese Fälle dann nur noch in der Höhe der deutlich niedrigeren ambulanten Gebührensätze gewährt. Um die Gefahr einer »selbstinduzierten Nachfrage« als Regulativ zur Belegungssteuerung des Krankenhauses zu minimieren, haben die Spitzenverbänden der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) sich am 15.04.2004 auf einen gemeinsamen Kriterienkatalog geeinigt (»German Appropriateness Evaluation Protokoll«, G-AEP), der dem Krankenhausarzt als rationale Entscheidungsgrundlage und dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) als ebenso rationale Prüfgrundlage dienen soll. Die Krankenhausindikation wird entlang der Kriterien vollzogen:

- Schwere der Erkrankung,
- Behandlungsintensität,
- Invasivität der Maßnahmen,
- Betreuungsanforderung und
- sozialen Faktoren, die eine Krankenhausbehandlung notwendig werden lassen (z.B. fehlende Versorgungsmöglichkeiten nach einer Operation).

In internationalen Studien konnte durch die Anwendung dieser G-AEP-Kriterien ein signifikanter Rückgang der Fehlbelegungen zwischen 3 % und 6 % erzielt werden.¹⁵ Mit der G-AEP-Prüfung wird zwar der bürokratische Aufwand im Aufnahmeprozess erhöht, gleichzeitig allerdings auch die Sicherheit der Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Fallsteuerung im Krankenhaus schließt somit initial die Frage ein, ob für die Patienten eine medizinische Krankenhausindikation besteht. Es müssen bei Nichtaufnahme sorgfältig Versorgungsrisiken antizipiert und gleichermaßen sorgfältig ggf. komplementäre Unterstützungsleistungen kurzfristig identifiziert und mobilisiert werden.

Es ist unmittelbar einsichtig, dass die Aufnahmesituation zugleich die Visitenkarte des Krankenhauses darstellt, die den Patienten (und Angehörigen) einen nicht mehr zu korrigierenden ersten Eindruck

¹⁵ Vgl. dazu Hansis 2003, S. 5 f.

von der Zugewandtheit, Servicefreundlichkeit und Funktionalität des Krankenhauses vermittelt. Für die Fallsteuerung werden hier die zentralen Weichen für die weitere Versorgung gestellt. Ist der Patient erst einmal aufgrund mangelnder fachlicher Kompetenz der aufnehmenden Ärzte und Pflegenden auf den falschen oder weniger geeigneten Weg gebracht, sind Korrekturen meistens mit Zeit und erhöhtem Aufwand verbunden. Im Interesse vorausschauender Planung und effektiver Abläufe sollten daher bereits in der Aufnahmesituation poststationäre Versorgungsprobleme antizipiert werden.

Da Patientenaufnahmen in Art und Umfang zumindest im Bereich der Notfälle niemals exakt vorhersehbar sind, bedarf es einer engen und dynamischen Vernetzung zwischen der Aufnahmeabteilung und Instanzen, die die Belegung der Stationen einschließlich der elektiven Aufnahmen aus einer Hand steuern, sowie der für die Patientenentlassung Verantwortlichen. Einerseits geht es um Übertragung von Befugnissen für diese Aufgaben und andererseits auch um Beschneiden von etablierten Zugriffsrechten, wenn beispielsweise Oberärzte und Chefärzte ohne Rückkopplung zum Belegungsmanagement eigenmächtig über Aufnahmen entscheiden wollen.

Das Entlassungsmanagement beginnt somit bei der Aufnahme mit der Erhebung möglichst aller für die Patientenüberleitung oder -entlassung relevanten Informationen. Ziel eines koordinierten Aufnahme- und Entlassungsmanagements ist eine möglichst harmonische Auslastung, die wirtschaftlich unzureichend refinanzierbare Überkapazitäten oder stressverursachende und qualitätsgefährdende Unterkapazitäten vermeiden hilft.

Einbußen bei den Erlösen drohen indes nicht nur bei den so genannten »primären Fehlbelegungen«. Gleiches gilt für die so genannten »sekundären Fehlbelegungen«. Wenn es nicht gelingt, den Patienten im zeitlichen Korridor zwischen unterer und oberer Verweildauer¹⁶ zu entlassen, bedarf es gegenüber den Kostenträgern einer besonderen Rechtferti-

16 Die Grenzverweildauer gibt den zeitlichen Korridor an, für den die DRG-Pauschale kalkuliert ist. Die obere Grenzverweildauer gibt die maximal kalkulierte Liegezeit des Patienten an, die untere Grenzverweildauer die minimale Liegezeit.