

Clinical Pathway

Evaluation der tatsächlichen Wirksamkeit im Krankenhausalltag

Ergebnisse einer prospektiven Beobachtungsstudie

Die im Jahr 2004 bevorstehende definitive Einführung der Krankenhausfinanzierung über diagnosebezogene Fallgruppen nach den deutschen G-DRG hat, bei erwartetem massiven Bettenabbau, zu vielfältigen Überlegungen hinsichtlich einer Sicherung des eigenen Überlebens in den Krankenhäusern Anlass gegeben.

Dabei rückt das Instrument der „Clinical Pathway[®]“ immer mehr in das Zentrum der allgegenwärtigen Diskussion. So finden sich bei einer Recherche im Internet im Herbst 2003 mehr als 40 deutsche Diskussionsrunden, Tauschbörsen u.ä. die sich unmittelbar im Umfeld solcher klinischer Pfade befinden. Wenn heute über Dinge wie „ökonomische Leitlinien, Critical Pathways, Patientenpfade, Behandlungsleitlinien“ o.ä. gesprochen wird, so stellt man im Hintergrund doch immer auf die Optimierung einer möglichst hochqualifizierten Therapie unter günstigsten Kostenbedingungen ab. Nicht zu übersehen ist auch die Erwartung an derartige Pathways, sowohl die ärztliche wie auch die pflegerische Versorgungsqualität zu sichern und, wo erforderlich, auch zu verbessern.

Der unmittelbare Anspruch an ein solches Instrument liegt aber zunächst sicher in der Vereinfachung der täglichen Dokumentation. Dabei steht naturgemäß mit der DRG Einführung die Kodierung von Diagnosen und Therapien im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Die Notwendigkeit einer solchen Dokumentation wird heute eigentlich an keiner Stelle mehr in Frage gestellt. Die Auseinandersetzung geht aber immer mehr dahin, wer diese Dokumentation eigentlich durchführt.

Spätestens seit der Veröffentlichung der ersten Studie der KBV zur Entwicklung der Arztlizenzen in Deutschland ist klar geworden, dass uns ein ernstzunehmender Ärztemangel im stationären wie auch im vertragsärztlichen Bereich bevorsteht. Die Zahlen aus der jüngsten Erhebung im Jahre 2003 zeigen dazu einen anhaltend ungebrochenen Trend.

Damit wird die Vorschrift der deutschen Kodierrichtlinien, wonach die behandelnden Ärzte die Verantwortung für die Kodierung tragen - womit diesen implizit auch die Durchführung zugeordnet wird- zur Farce. Die augenblicklich häufig beschworene Alternative, für diese Tätigkeiten medizinische Dokumentationsassistenten auszubilden und einzusetzen hat den Nachteil, zum einen nicht kurzfristig verfügbar zu sein und zum anderen mit erneuten Personalkosten einherzugehen. Vorliegende Untersuchungen zum Einsatz solcher MDA lassen auch erkennen, dass eine Verbesserung der inhaltlichen Kodierung nur um etwa 3% innerhalb eines Jahres realistisch erscheint (Linczak, G et al.; Deutsches Ärzteblatt JG 100; Heft 40, 3. Oktober 2003). Ob dies ausreicht, in Zeiten eines aufgehobenen Budgetdeckels vermehrte Erlöse zu erzielen darf bezweifelt werden.

Somit müssen sich Krankenhausträger die Frage stellen, wie der Einsatz von medizinischen Dokumentationsassistenten zu finanzieren sein kann. Eine weitere Reduktion des ärztlichen Personals erscheint bei zunehmender Fallverdichtung kaum verkraftbar.

Verschärft wird diese Situation sicher noch durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes in Sachen Arbeitszeitgesetz. Es ist nach diesem Urteil unweigerlich davon auszugehen, dass die „Ressource Arzt“ zukünftig immer mehr zu einem zu hütenden Kleinod wird. Diese umworbenen Mitarbeiter weiterhin durch Überlastung mit verwaltungsbezogenen Aufgaben in die beruflich Unzufriedenheit zu treiben, kann nur als fataler Fehler angesehen

werden. Derartige Erkenntnisse sind der Politik aber wohl noch fremd, auch wenn aus einer Untersuchung der Landesärztekammer Hessen deutlich ablesbar ist, dass der wesentliche Grund für das Ausscheiden junger ärztlicher Kollegen aus dem Krankenhaus „das Übermaß zu erledigender Verwaltungsarbeit“ ist. Betrachtet man zudem die Erhebungen des deutschen Krankenhausinstitutes, wonach der tägliche Dokumentationsaufwand für einen Arzt in der inneren Medizin inzwischen 3,15 Stunden ausmacht, stellt sich unweigerlich die Frage, welche Hilfsmittel geeignet sein können, den Ärzten diese lästigen Dinge wenn schon nicht abzunehmen, so doch zumindest deutlich zu erleichtern. Hier schließt sich der Bogen zum Thema Clinical Pathway

Die BOSS Branchenorganisation und Software Systeme AG hat diese Situation zum Anlass genommen, ein Softwareinstrument zu entwickeln, das wesentliche Teile der Dokumentation von Diagnosen und Prozeduren mit „einem Klick“ möglich macht. Im Sinne einer Machbarkeitsanalyse sollte aber zunächst eine Überprüfung dahingehend erfolgen, ob ein derartiges Instrument hinreichend akzeptiert wird, die erwartete Verbesserung der medizinischen Kodierung auslöst und nicht zuletzt das wirtschaftliche Ergebnis der Abteilung verbessert.

Zu diesem Zweck haben wir uns mit einem unserer Kunden entschlossen, eine prospektive und randomisierte Untersuchung mit dieser Software an einem Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe durchzuführen. Dazu wurde, nach Festlegung dass die Untersuchung nur an Patienten mit Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes in einer chirurgischen Klinik durchzuführen sei, zunächst in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe das mögliche Spektrum an Diagnosen und Therapien dieser Abteilung analysiert. Anschließend erfolgte eine Eingrenzung der klinisch häufigen Begleitumstände und die zielgerichtete Untersuchung der ICD 10 SGB V nach den entsprechenden Ziffern, die wiederum hinsichtlich der möglichen ökonomischen Auswirkungen überprüft wurden. So gelang es, dass typische Profil an Begleiterkrankungen und Komplikationen der Therapien in der Abteilung auf insgesamt 49 ICD-Ziffern zu reduzieren.

Nach Beginn der Studie wurden nun diese 49 Diagnosen durch das Krankenhaus-Informationssystem BOSS KIS immer dann dem Datenbestand der Patienten automatisch zugeordnet, wenn diese in bestimmte, zuvor definierte, Zimmer aufgenommen oder verlegt wurden und anhand der Aufnahmediagnose eine Eingruppierung in die MDC06 zu erwarten war. Patienten, die keinen Kontakt mit den ausgewählten Zimmern hatten, dienten als Kontrollgruppe (Bild 1).

Im gesamten Behandlungsverlauf standen die vorgeschlagenen Diagnosen nun den Ärzten der Abteilung jederzeit und an jedem Ort im Krankenhaus zur Übernahme bereit, so dass im Falle des Erkennens einer Nebenerkrankung oder Komplikation ohne weitere Suche sofort der zutreffende ICD Kode, quasi noch am Bett des Patienten, zugeordnet werden konnte.

Die Daten wurden nach Abschluss der Studie gemeinsam ausgewertet. Dabei zeigte sich zum einen, dass es gelungen war, vergleichbare Patientengruppen hinsichtlich Merkmalen der Erkrankungen und Personen zu bilden. Weiterhin konnte festgehalten werden, dass die grundsätzliche Akzeptanz des Vorgehens unter den beteiligten Ärzten hoch war, wenn auch kritisch angemerkt wurde, dass ein einziger Vorschlag für alle Patienten letztlich zu undifferenziert sei und die Anzahl von 49 ICD Ziffern dadurch zu unübersichtlich wäre.

Bei der Betrachtung der wirtschaftlichen Ergebnisse wurde die Auswirkung einer solchermaßen herbeigeführten umfangreichen und zielgerichteten Kodierung erst richtig deutlich. Die Patienten, bei denen Vorschläge aus der vorausgewählten Liste verwendet wurden, hatten alle einen erheblich höheren Schweregrad in der DRG Zuordnung als die

Patienten der Vergleichsgruppe. So ergaben sich in der Verumgruppe durchschnittlich 10,1 Nebendiagnosen/Patient, in der Vergleichsgruppe hingegen nur 4,2 ND/Patient. Dabei waren auch inhaltlich erhebliche Unterschiede festzustellen. Die Nebendiagnosen der Verumgruppe hatten zu 40% einen Schweregradlevel zur zugeordneten DRG von 3 oder größer; in der Vergleichsgruppe war dies nur bei 8% der Patienten der Fall. Konsequenterweise wurde ebenfalls ein erheblicher Anstieg des CMI-Wertes auf 3,199 gegenüber 1,405 festgestellt (Bild 2).

Damit konnte zusammenfassend eindrucksvoll bewiesen werden, dass der Einsatz von speziell entwickelter Software sowohl die Zufriedenheit der Ärzte im täglichen Arbeitsablauf positiv beeinflussen, als auch zeitgleich eine dem Krankenhaus dienliche Verbesserung der Leistungsabbildung herbeiführen kann. Die vorgebrachten Kritikpunkte haben bei der weiteren Entwicklung dazu geführt, dass nunmehr eine Software entwickelt wurde, die anhand von Krankheitsarten die Diagnosevorschläge verwaltet, wodurch die Handhabung noch erheblich vereinfacht werden konnte. Hierzu liegen zwischenzeitlich ebenfalls umfangreiche Anwendungsberichte von Ärzten vor, die unisono eine deutliche Vereinfachung der Datendokumentation von ICD und OPS-Ziffern beschreiben.

Ermutigt durch diese Erfahrungen, hat sich die BOSS-AG zwischenzeitlich auch der Abbildung komplexer Behandlungsverläufe innerhalb des BOSS KIS begonnen, die Clinical Pathway in Form von durchgängigen medizinischen Behandlungsleitlinien abbilden. Errichtet wurde dabei eine umfangreiche Verwaltung von diagnostischen und therapeutischen Aktivitäten nach einmaliger Beschreibung des basierenden Prozesses ebenfalls „mit einem Klick“ unter Berücksichtigung der zum Planungszeitpunkt tatsächlich verfügbaren Ressourcen.

Dr. med. Kay Ingo Witten
Medizinischer Leiter
BOSS Branchen-Organisation und Software-Systeme AG Bremen
info@BOSS-AG.de

Abbildungen:

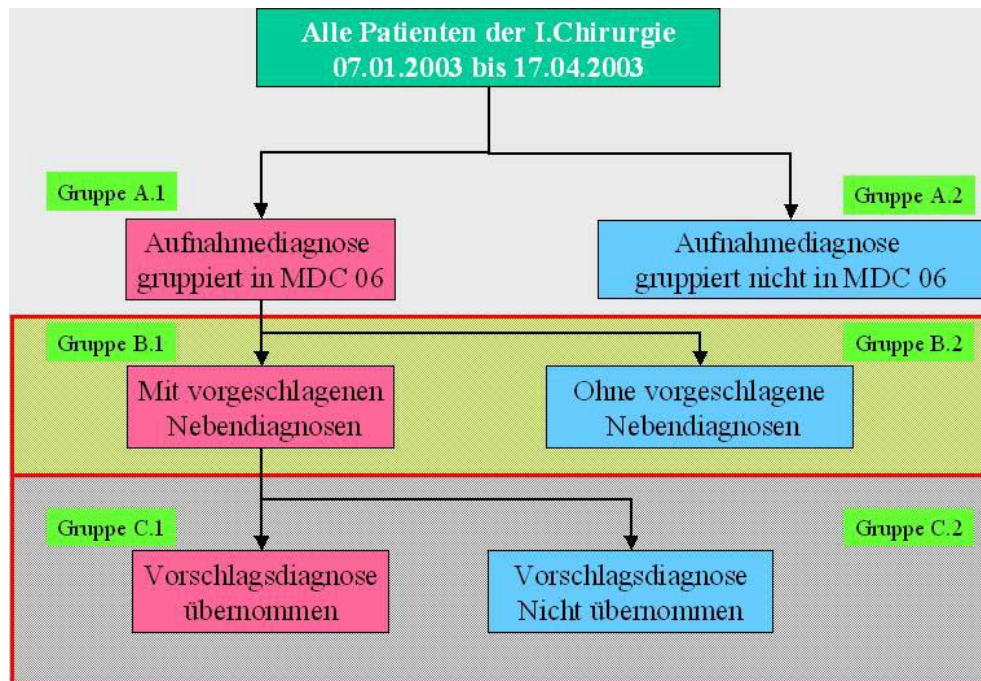


Abbildung 2	Datenübernahme	
	Mit	Ohne
Pat. Verteilung	17%	83%
davon männlich	58%	63%
mittl. Alter	70,2	54,0
Anzahl ND/Patient	10,1	4,2
Summe CCL/Pat	14,3	1,7
CCL = 0,1,2	60%	92%
CCL = 3,4	40%	8%
CMI	3,199	1,405