

Pfade gegen Chaos -

DIE CHANCE FÜR EFFIZIENTERE ZUSAMMENARBEIT IM KRANKENHAUS

von Marco Halber und Günther Brenzel

Die Autoren beschreiben die Bedeutung der (Patienten-)Pfade für das Klinik-Management.

Zusammenfassung

Ein (Patienten-)Pfad ist eine institutionelle Leitlinie, die einen typischen Behandlungsablauf mit Leistungen und Ressourcen berufsgruppen-übergreifend und prozessbezogen beschreibt. Der Handlungsbedarf für das Management im Krankenhaus wird durch eine Flut entsprechender Publikationen unterstrichen. Unter DRG-Bedingungen werden Pfade aus Sicht des Controllings zum zentralen Steuerungsinstrument für den gesamten Behandlungsprozess. Ökonomische Transparenz ermöglicht Schwerpunktsetzung in Übereinstimmung mit den strategischen Zielen des Leistungsanbieters. Aus der Perspektive der Mitarbeiterorientierung verspricht ein derart proaktives Prozessmanagement die Reduzierung von Schnittstellenproblemen und die Beförderung von Teamwork, die Reduzierung des Dokumentationsaufwandes, eine bessere Einarbeitung neuer Mitarbeiter, die Erweiterung der Aufgabenprofile und mehr Eigenverantwortung im pflegerischen Bereich. Hierdurch eröffnet das ökonomische Diktat eine einmalige Chance zu einer beidseitig profitablen Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus.

Worum geht's?

Kaum eine Arbeit über das Thema erscheint ohne einleitendes Lamento über die einschlägige Begriffsverwirrung: „Klinischer Pfad“, „Clinical Pathway“, „Behandlungspfad“, „Behandlungsmuster“, „Geplanter Behandlungsablauf“, „Patientenpfad“ - Hellmann (2002) wagt in seinem Standardwerk eine Übersicht. Der Begriff „Pfad“ soll als kleinster gemeinsamer Nenner erhalten und in Anlehnung an die Arbeitsgruppe im Krankenhaus München-Schwabing (Seyfarth-Metzger, Vogel 2002) wie folgt verstanden werden:

Ein (Patienten-)Pfad ist eine institutionelle Leitlinie, die einen typischen Behandlungsablauf mit Leistungen und Ressourcen berufsgruppen-übergreifend und prozessbezogen beschreibt.

Angemerkt sei, dass sich die Originalfassung dieser Definition auf den Zeitraum von Aufnahme bis Entlassung beschränkt, was angesichts der gegenwärtig hereinbrechenden Verzahnung von stationärer und ambulanter Versorgung als Beschränkung zum Eigentor werden könnte. Außerdem wurde die Festlegung auf eine Diagnose als auslösende Kategorie fallengelassen, weil oft Syndrome („Schlaganfall“, „Akute Herzinsuffizienz“) oder zum Teil auch

DRG-Gruppen einen Pfad „auslösen“ können, lange bevor eine Diagnose gestellt werden kann. Zur Abgrenzung von Leitlinien lässt sich plakativ zusammenfassen: Leitlinien beschreiben das „Wie“, Pfade beschreiben das „Wann“ und „Durch wen“. Dieser Artikel soll nur einige Aspekte der gegenwärtigen Diskussion hervorheben.

Besteht Handlungsbedarf für das Management?

Im gesundheitspolitisch historischen Moment der DRG-Einführung in Deutschland scheint die Frage nach dem Handlungsbedarf fast überflüssig. Festzuhalten ist: Schon 2002 hielten 87 Prozent der befragten Krankenhaus-Leitungen in der Kienbaum-Krankenhaus-Studie Behandlungspfade für erforderlich. Das Potenzial zur Verkürzung der Liegezeit und zur Reduktion von Komplikationen darf als erwiesen gelten (Dowsey et al. 1999). Aber: Die allgegenwärtige Forderung nach der Senkung von Fallkosten kann solange nicht diskutiert werden, solange die indikationsbezogenen Fallkosten überhaupt nicht bekannt sind. Die Beschränkungen des InEK-Kalkulationshandbuchs (http://www.g-drg.de/dokumente/kalkhb_v2.pdf) als Extremfall einer Top-Down-Kostenrechnung ist für die individuelle unternehmerische Strategie des Krankenhauses wenig hilfreich, da die nötige Schlüsselung von Gemeinkosten nach Kostenstellen naturgemäß keine indikationsbezogene Planung ermöglicht. Andererseits bedeutet eine Kostenträgerrechnung als Stückkostenrechnung („Jeden Tupfer aufschreiben“) nach dem Vorbild der produzierenden Industrie einen unangemessenen Aufwand, solange keine entsprechende Vergütung entgegensteht. Mit einer klugen Beschränkung auf wenige Pfade, die nur einen geringen Teil der möglichen Indikationsgebiete abdecken, kann aber schon ein großer Teil der Leistungsmenge abgedeckt werden, und für diesen Teil des Kerngeschäfts wird eine aufwandsbezogene Kalkulation als Prozesskostenrechnung möglich, zumindest insoweit, wie der Aufwand als Personal- und Sachmittel im Pfad hinterlegt sind (Holler et al. 2002). So eingesetzt, unterstützen Pfade die Anwendung ökonomischer Steuerungsinstrumente: Strategische Zielbestimmung, Benchmarking, Bu-

siness Reengineering, Wertschöpfungsanalysen, Target-Costing, Prozesskostenanalysen (Zapp 2005). Pfade werden zum „zentralen Steuerungsinstrument für den gesamten Behandlungsprozess“ (Schmidt-Rettig 2003).

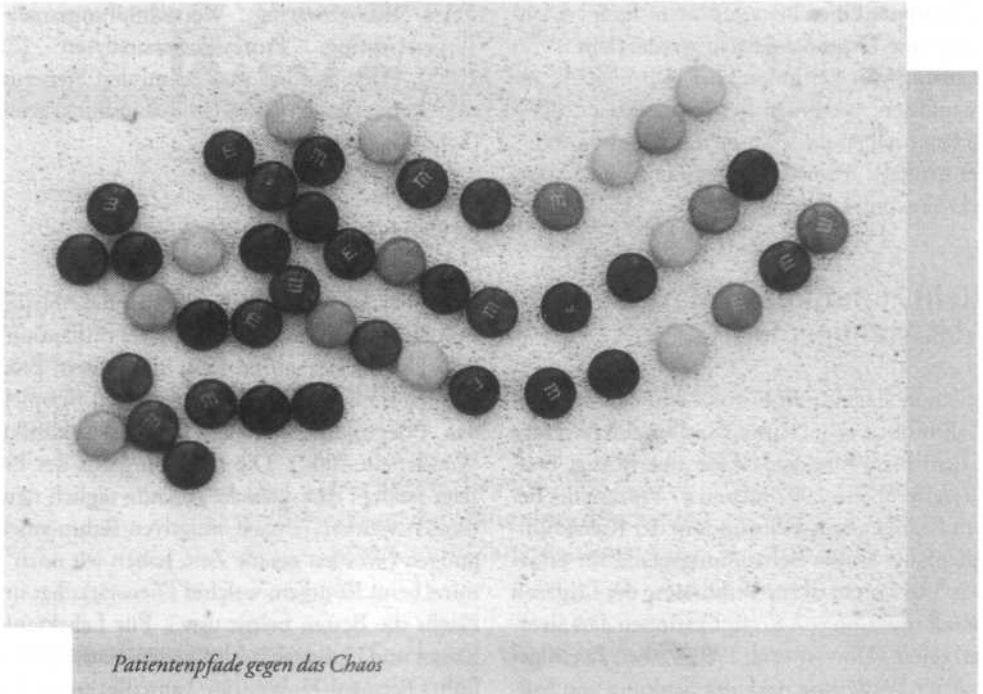
Mitarbeiterorientierung

Informiertheit der Mitarbeiter über die Abläufe im Betrieb ist der Schlüsselfaktor für Identifikation mit dem Unternehmen und steht in direktem Zusammenhang mit Fehlzeiten, gezeigt zum Beispiel für das Pflegepersonal eines Universitätsklinikums Wenderlein 2002). Die Erfahrung aus der Praxis zeigt jedoch, dass manche Abläufe täglich neu erfunden werden, je nach situativen Rahmenbedingungen (Wer hat gerade Zeit, haben wir noch Termine beim Röntgen, welcher Dienstarzt hat in der Nacht die Betten belegt usw.). Für Lehrkrankenhäuser und Universitätskliniken mit auftragsgemäß hoher Personal-Fluktuation kann dies ernste Effizienzprobleme nach sich ziehen. Die unvermeidliche Letztverantwortung des Arztes für die fachgerechte Behandlung bedingt eine vorprogrammierte Frustration des Pflegepersonals, wenn es der ärztlichen Leitung nicht gelingt, in ihrer Abteilung verbindliche Standards zu etablieren (Zitat einer Krankenschwester: „Ich muss den Assistenzärzten ständig hinterherlaufen...“). Wenn aber — durch Pfade — schon kurz nach Aufnahme des Patienten der Ablaufniedergeschrieben feststeht, reduzieren sich solche kommunikativen Reibungsverluste. Planungs- und Übergabegespräche reduzieren sich auf nötige Abweichungen vom Pfad und damit auf die eigentlich wichtigen Besonderheiten des individuellen Falles. Somit können vier Hauptwirkungen der Implementation von Pfaden für die Mitarbeiter erreicht werden (Paeger, Zimmer, Budde 2002):

- Reduzierung von Schnittstellenproblemen (Teamwork)

Stichwort: „Von der Schnittstelle zur Nahtstelle: Denken in Schnittstellen trennt, Denken in Nahtstellen verbindet“

- Reduzierung des Dokumentationsaufwandes ermöglicht mehr Zeit für die direkte Patientenversorgung
- Bessere Einarbeitung neuer Mitarbeiter



Patientenpfade gegen das Chaos

- Erweiterung der Aufgabenprofile und mehr Eigenverantwortung im pflegerischen Bereich

Was dürfen wir erwarten?

Auf die Situation in Deutschland angepasst, verbinden sich nach den einschlägigen Analysen (Seyfarth-Metzger, Vogel 2002; Holler et al. 2002; Paeger Zimmer, Budde 2002; Roeder et al. 2003 a; Roeder et al. 2003 b) folgende Erwartungen mit der Implementation von Pfaden:

- generell: Verbesserung der Ablauforganisation administrativer, medizinischer und pflegerischer Krankenhausprozesse;
- teilweise: Die Festlegung des (zukünftigen) Leistungsspektrums (Medizin/Pflege/sonstige Bereiche);
- höhere Transparenz gegenüber Controlling und Berichtswesen;
- mehr Effizienz und höhere Qualität bei taktischen und strategischen Unternehmensentscheidungen (z.B. Zentrenbildung, Schwerpunkte) und darauf folgende Durchführung von Projekten durch höhere Transparenz über die kritischen

Schritte der Kernprozesse, auch für proaktives Risk Management;

- einheitliche Kommunikationsplattform durch Übersicht über die Ebenen (Haupt-, Teilprozesse und Prozess-Schritte) als „gemeinsame Sprache“ von Ökonomen und Leistungserbringern bei der Beteiligung an unternehmerischen Entscheidungen;
- geringere Projektkosten und qualitativ höherwertige Einführung von Anwendungssoftware (KAS), entsprechend dem nutzerdefinierten Workflow durch Vermeidung von Doppelerfassung und durch klare und einheitliche Dokumentation von Prozessen;
- Effizienzvorteile sowie Kosten- und Zeitersparnisse über die mögliche Wiederverwendbarkeit der Projektergebnisse („Module“), z.B. OP-Vorbereitung, in verschiedenen Fachabteilungen in verschiedenen Pfaden.

Auch Transparenz?

Nachdem die Frage nach der prinzipiellen Möglichkeit der Qualitätsmessung immer seltener gestellt

wird, kreist die Diskussion zwischen Statistikern, Gesundheitsökonomen und engagierten Klinikern um die Fragen „Wie am besten? Wie valide?“. Der sozialpolitische Wille im aktuellen Gesundheitsmodernisierungs-Gesetz ist eindeutig, im neuen Paragraph 137 SGB V steht in Absatz 1 unmissverständlich:

Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kasenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten [...] auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungsaussprechen.

Qualität wird so zum Wettbewerbsfaktor. Messung und Darlegung von Qualität wird im System nur noch von einzelnen Besitzstandswahrern in Rückzugsgefechten bezweifelt. Die mehr oder weniger erfüllte Hoffnung, dass gute Geräte und gute Ausbildung schon irgendwie gute Qualität hervorbringen werden, kann mit Pfaden ersetzt werden durch ein überprüfbares proaktives Prozessmanagement. Die Autoren haben die zunächst überraschend erscheinende Erfahrung gemacht, dass gerade die fachlich als besonders hervorragend geltenden Chefarzte und Oberärzte für das Instrument der geplanten Abläufe besonders offen sind. Dies ist ein ermutigender Hinweis, dass wir mit Pfaden auf dem richtigen Weg sind. In der festen Überzeugung, auch hier von der Dienstleistungs-Industrie lernen zu können, erproben wir am Universitätsklinikum Tübingen derzeit Methoden der IT-gestützten Pfaderstellung, die sich im industriellen Prozessmanagement bewährt haben, wodurch wir zuversichtlich hoffen, im DRG-Wettbewerb um die beste Qualität bei möglichst geringen Fallkosten bestehen zu können: Umfang und Qualität der Leistung beschrieben zu haben, erleichtert es ungemein, über Preise zu reden.

Literatur

DOWSEY, M.M., ET AL. (1999): Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study. *Med J Aust*, 170(2), p. 59-62
HELLMANN, W. (2002): Einführung von Klinischen Pfaden in deutschen Krankenhäusern — Nutzen, Hemmnisse und terminologische Problematik, in: W. Hell-

mann, Klinische Pfade - Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen, Editor, ecomed: Landsberg
HOLLER, T., ET AL. (2002): Praktische Pfadarbeit-Konstruktion, Implementierung und Controlling von Patientenpfaden, in: W. Hellmann, Klinische Pfade - Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen, Editor, ecomed: Landsberg

PAEGER, A., O. ZIMMER, AND A. BUDDER (2002): Implementierung von Indikationspfaden in deutschen Krankenhäusern - Zielsetzungen, praktische Erarbeitung, Ergebnisse, in: W. Hellmann, Klinische Pfade - Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen, Editor, ecomed: Landsberg
ROEDER, N., ET AL. (2003 A): Frischer Wind mit klinischen Behandlungspfaden (I). Instrumente zur Verbesserung der Organisation klinischer Prozesse, das Krankenhaus, 1, S. 20-27

ROEDER, N., ET AL. (2003 B): Frischer Wind mit klinischen Behandlungspfaden (II). Instrumente zur Verbesserung der Organisation klinischer Prozesse, das Krankenhaus, 2, S. 124-130

SEYFARITHMEITZGER, I.; S.VOGEL (2002): Patientenpfade - interdisziplinäre Rahmenbedingungen und Erfahrungen, in: W. Hellmann, Klinische Pfade — Konzepte, Umsetzung, Erfahrungen, Editor, ecomed: Landsberg
SCHMIDT-RETTIG, B. (2003): Womitsollen/wollen Krankenhäuser steuern? Bewertung von Behandlungspfaden, G-DRG-Kalkulation, Prozesskostenrechnung, Deckungsbeitragsrechnung, Kostenträgerstück-, Kostenträgerzeitrechnung, ku-Special Controlling, 4, S. 2-6
WENDERLEIN, F. (2002): Identifikation, betriebliche Zufriedenheit und Fehlzeiten in der Pflege. Die Ulmer Universität befragte 860 Pflegekräfte, *f&w*, 20(4), S. 386-388

ZAPP, W. (2003): Im Mittelpunkt die Prozesse. Aufgabe für Management und Controlling, *ku-Special Controlling*, 4

Dr. med. Marco Halber

Facharzt für Neurologie
Zusatzbezeichnungen: Medizinische Informatik, Ärztliches Qualitätsmanagement
Leiter der Stabsstelle Qualitätsmanagement, Universitätsklinikum Tübingen

Günther Brenzel

Pflegedirektor des Universitätsklinikums Tübingen, Vorstandsmitglied

Adresse:

Stabsstelle Qualitätsmanagement
Universitätsklinikum Tübingen
Otfried-Müller-Str.51
D-72076 Tübingen
marco.halber@med.uni-tuebingen.de