

Klinische Pfade

Dr. Dominik Bless

Universitäts-HNO Klinik Tübingen

Ärztl. Direktor Prof. Dr. H.P. Zenner

Klinischer Pfad: Definitionen

- ◆ .. Ein netzartiger, Berufsgruppen überschreitender Behandlungsablauf auf evidenzbasierter Grundlage (Leitlinien), der Patientenerwartungen, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen berücksichtigt

Oder...

..Eine institutionelle Leitlinie, die aus berufsgruppen-
übergreifender Sicht die Aufnahme- und
Entlassungsprozesse beschreibt, von denen die
Mehrzahl der Patienten mit der Diagnose betroffen ist,
und die die während des Krankenhausaufenthaltes
anfallenden Leistungsprozesse erfaßt (Seyfarth-
Metzger, 2002)

Prozeßmanagement

- ◆ Prozeßeigner (Leitung)
- ◆ Prozeßbesitzer (Arzt oder Schwester)
- ◆ Prozeßdurchführender (Arzt und Schwester und sonstige Mitarbeiter)

Nutzen/Kosten von klinischen Pfaden

- ◆ Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit
- ◆ Kosten/Ergebnis/Leistungstransparenz
- ◆ Umfassende Patienteninformation („Kunden“-orientierung)
- ◆ Effektivitäts/Effizienzsteigerung (Bestmögliches diagnostisches und therapeutisches Ergebnis mit minimalstem Personal- und Sachmittelaufwand bei optimierter Verweildauer)
- ◆ „Risiko Management“ (Medizinische Dokumentation und Verantwortung der Leitung als Prozeßeigner)
- ◆ Mitarbeiterorientierung

Zwei Hauptansätze ...

USA und England: Qualitätsoptimierung

Australien, Schweiz und Deutschland:
Optimierung des Ressourceneinsatz (gegen eine
planlose Rationierung und Budgetierung)

Wer benutzt und entwickelt Klinische Pfade?

- ◆ Seit vielen Jahren Australien (DRG), USA (ehemals DRG), Schweiz und immer mehr Piloten in Deutschland
- ◆ Asklepios Kliniken, KH München-Schwabing ...
- ◆ Kienbaum KH Studie 2002 bei 190 KH: 87 % halten Behandlungspfade für erforderlich

Die heutige Situation ...

- ◆ Fallpauschalensystem wird zu Erlöseinbußen führen
- ◆ Kostensteigerung im Krankenhaus
- ◆ Mehr Dokumentation und Qualitätssicherung
- ◆ Neues Arbeitszeitgesetz
- ◆ Finanzprobleme öffentlicher Verwaltungen
- ◆ Planlose Rationierung und Budgetierung (Bei öffentlichen Verwaltungen und bei Krankenhausbetreibern)

- ◆ Hausarzt schickt Patient und Ehefrau, diese betreten Klinik, warten auf Aufnahme, werden durch Mitarbeiterin aufgenommen, Karte wird angelegt, Karte wird weitergegeben in Ambulanz, Patient wartet, wird von Assistenzarzt untersucht, zur Diagnostik geschickt, wartet auf Oberarzt, Untersuchung durch Oberarzt, erneute Diagnostik, Warten auf OP-Terminvergabe, Vergabe des OP-Termins, Pat. verläßt Klinik.
- Kommt nach 17 Tagen wieder zur Aufnahme, wartet auf stat. Aufnahme, wird von Verwaltungskraft aufgenommen, meldet sich auf der Station, wird von Schwester begrüßt und gebeten kurz Platz zu nehmen, es wird eine Pflegeanamnese erhoben, es wird nach Blutwerten gefragt, hat diese beim Hausarzt vergessen, erneute Blutabnahme, wird erneut vom Stationsarzt untersucht, wird vom Anästhesisten untersucht: Hat ASS genommen und hat ein unklares Herzgeräusch, soll kardiologisch abgeklärt werden, in der Kardiologie sind keine Termine frei, wird nach Hause geschickt ... und soll neuen Termin vereinbaren ..

Bisher ...

- ◆ Ausdauerndes und wiederholtes Diagnostizieren und Therapieren wurde bisher belohnt (Abrechnung über Pflage tage).
- ◆ Es gab genug günstige Assistenzärzte für Organisation und Administration
- ◆ Die meisten KH arbeiten nicht primär gewinnorientiert
- ◆ Strenge Trennung von pfleg. und ärztl. Dienst
- ◆ Qualität wurde in erster Linie als subjektive Qualität medizinischen und pflegerischen Handelns und nicht als messbares Ergebnis mit festen Indikatoren definiert

Was ist eigentlich Qualität?

- ◆ DIN EN ISO: Qualität ist die Gesamtheit von Merkmalen und Merkmalswerten einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesagte Erfordernisse zu erfüllen

Mögliche Optionen

- ◆ Pfade erstellen, Pfade durch externe Berater, Pfade tauschen bzw. übernehmen, Anpassung der bisherigen Abläufe durch planerische Vorgaben der Leitung und der Projektgruppe, Detaillösungen durch die einzelnen Berufsgruppen und Verknüpfung durch eine Projektgruppe...

Wie macht man einen Pfad?

- ◆ Es gibt viele Wege, wenig einheitliche Konzepte.
- ◆ Methodenwissen über Pfade ist ein Wettbewerbsvorteil
- ◆ Wenige deutschsprachige Publikationen.
- ◆ Pfade kosten viel Zeit und Geld (Die Entscheidung der Leitung einen Pfad erstellen zu lassen ist eine Investitionsentscheidung!)
- ◆ Was sollte ein Pfad enthalten: Den Fall-Typ (z.B. eine DRG), die Elemente der Diagnostik und Therapie, die Variationsbreite, die Kostendaten, die Qualität der Behandlung, die Ergebnisindikatoren

Einzel Schritte der Erstellung eines Pfades

- ◆ Beschluß der Leitung Pfade zu erstellen
- ◆ Auswahl der zu erstellenden Pfade (Klinisch/Strategisch)
- ◆ Auswahl der „Pfadfinder“
- ◆ Ist-Analyse plus Arbeitszeiten plus Materialverbrauch
- ◆ Soll Vorschlag durch das Pfadfinderteam (Integration von Standards)
- ◆ Festlegung von Qualitätsindikatoren
- ◆ Einschluss/Ausschlusskriterien,
- ◆ Pfadeintritt, Pfadaustritt
- ◆ Errechnung der Personalkosten
- ◆ Umlegen der Gemeinkosten
- ◆ Pfadkostenschätzung (Ist und Sollversion)
- ◆ Ist und Soll an die Leitung
- ◆ Verabschiedung des Sollpfades
- ◆ Pfadeinführung im Pilotversuch
- ◆ Verbindliche Version des Sollpfades
- ◆ Veröffentlichung des Pfades
- ◆ Weiterentwicklung des Pfades

Routinepfad als Checklisteausfertigung

Prä-OP	angeordnet	angemeldet	ausgeführt
Infoblatt an Patient			
Einschlusskriterien erfüllt (Anlage)			
Labor in der Norm (Anlage)			
Aufklärung erfolgt (Akte)			
OP-Tag und Entlasstag festgelegt			
OP-Arzt vorgestellt			

Kritik: Behandlung rein nach Kostengesichtspunkten, nicht nach medizinischer Notwendigkeit

- ◆ Indikationspfad beruht inhaltlich auf Leitlinien und Standards und bewirkt eine optimale Versorgung durch bessere Organisation

Kritik: Einschränkung der ärztlichen Entscheidungsbefugnisse und Behandlungsfreiheit

- ◆ Ärztliche Entscheidungskompetenz wird durch individuelle Korrekturmöglichkeiten erweitert, der Pfad kann jederzeit verlassen werden (Kurze Dokumentation)

Kritik: Kochbuchmedizin

- ◆ 80/20 Regel, 80% der Patienten folgen dem Pfad, 20% nicht.
- ◆ Dies ist auch ohne Pfade nicht anders (TE, SP, PTA, MLS, Typ 1, Stapes, Oropharynxcarcinome)
- ◆ Man kann immer abweichen, muss dies lediglich begründen und dokumentieren. Die Dokumentation der Varianz wiederum ermöglicht interdisziplinäres Lernen und Verbesserung der Pfade

Kritik: Hoher administrativer Aufwand

- ◆ Kommunikations und Dokumentationsaufwand sinken mittelfristig

Kritik: Arzt als ein Dienstleister unter anderen im Behandlungspfad entspricht nicht dem ärztlichen Selbstverständnis

- ◆ Ärzte können/sollten als Moderatoren und Projektmitarbeiter die Entstehung eines Pfades gestalten. Der Arzt kann den Pfad bei der Behandlung jederzeit verlassen. Ein Behandlungspfad ist eine Organisationsrichtlinie, keine Gebrauchsanweisung zum Umgang mit Patienten.

Beispielpfad Pfade aus Australien

- ◆ Es handelt sich um sehr umfangreiche Pathways, auf denen jeder Behandlungstag dokumentiert wird. Ein Pathway ersetzt zum Teil die sonstige ärztliche und pflegerische Dokumentation. Die Entwicklung eines Pathways dauert nach Auskunft von Chris Conn circa 3 Monaten, die multidisziplinären Gruppen (Arzt, Pflege, Ökonomie) treffen sich zwei mal pro Woche.
- ◆ Endoskopie

EDV-Unterstützung

- Aris (Hochkomplexe, sehr teure Prozessmanagementsoftware mit programmierbaren Schnittstellen zu z.B. ISH von SAP)
- Aktuelle Neuentwicklungen (Medica, Internet)
- Visio und Excel
- „Papier und Bleistift“

Auswahl eines Pfad

- ◆ Klinische Gesichtspunkte
- ◆ Strategische Gesichtspunkte

Klinische Gesichtspunkte

- ◆ Überschaubare Anzahl an möglichen diagnostischen und therapeutischen Alternativen
- ◆ Leicht definierbarer Beginn- und Endpunkt
- ◆ Homogene Patientengruppe (Alter und Komorbidität)
- ◆ Messbare Indikatoren der Ergebnisqualität

Strategische Gesichtspunkte

- ◆ Aufwand und Kosten in angemessenen Verhältnis?
- ◆ Wie ausgeprägt ist der Wettbewerb in diesem Marktsegment?
- ◆ Wie groß ist der Kostendruck?
- ◆ Gibt es Synergien der Pfaderstellung? Weitere Pfade, Marketingstrategie etc.

Ein- und Ausschlußkriterien

- ◆ Klare Definition
- ◆ Kein Raum für Interpretationen
- ◆ Grosse und homogene Gruppen

Pfadbeginn, Pfadende und Austrittspunkte

- ◆ Genaue Definition
- ◆ Müssen nicht Aufnahme und Entlassung entsprechen
- ◆ Pfadaustritt jederzeit möglich

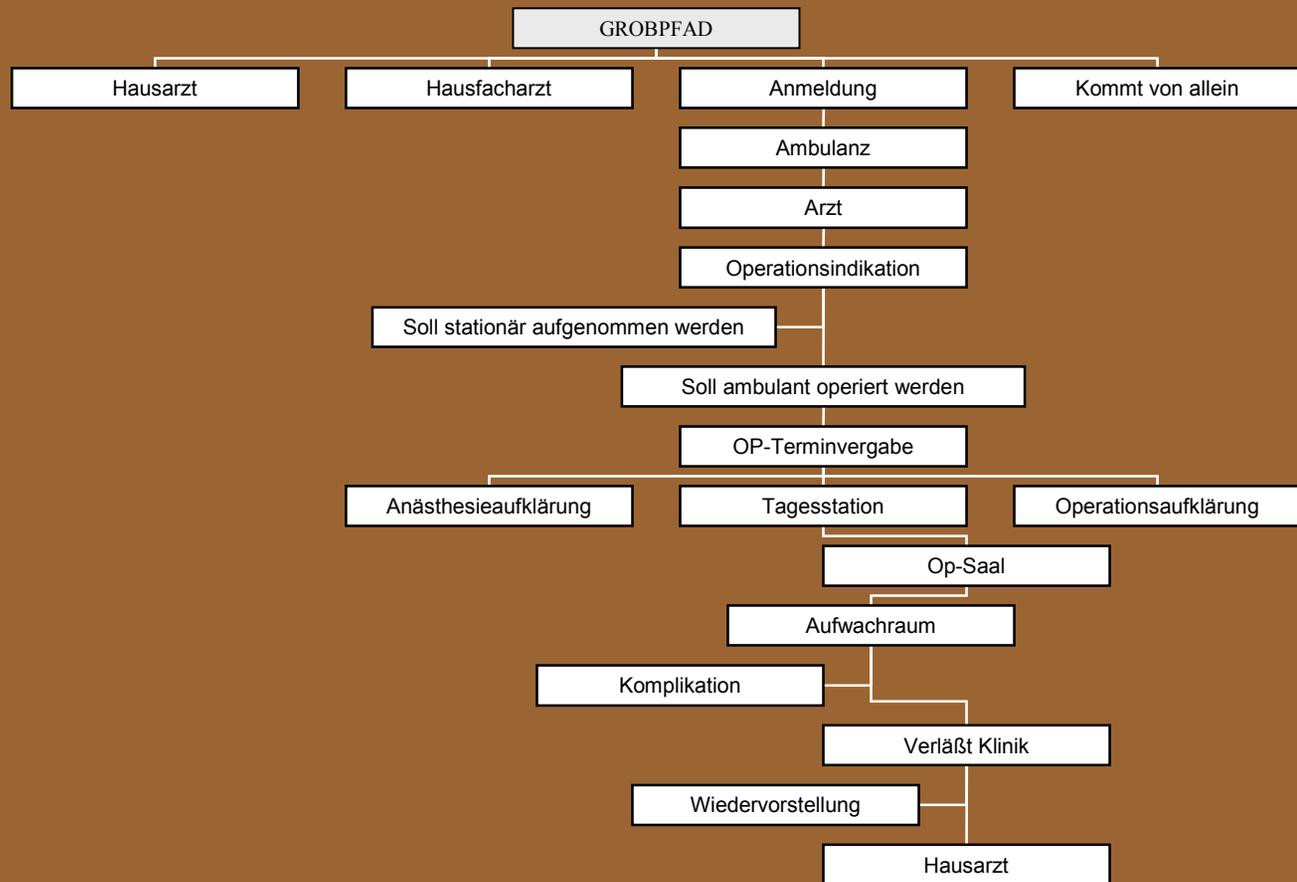
Wer sollte keine Pfade erstellen:

- ◆ KH ohne drängende Probleme:
- ◆ d.h. mit optimaler ärztlicher Personaldecke
- ◆ d.h. mit reproduzierbaren finanziellen Überschüssen in den nächsten Jahren
- ◆ d.h. mit einem zertifiziertem Qualitätsmanagementsystem

Teamfindung

- ◆ Fachliche Kompetenz (Facharzt, Stationsleitung)
- ◆ Soziale und kommunikative Kompetenz
- ◆ Integration aller beteiligten Fächer/Berufsgruppen:
Radiologie, Anästhesie, Stationssekretärin,
Controlling
- ◆ Professionelle Moderation! Ggfs. zwei Personen

Grobpfaderstellung



Personalkosten

- ◆ Jahresarbeitszeit am Patienten (- 30% Dokumentation und Besprechungen)
- ◆ $JAP = 70/100 \times \text{Jahresarbeitszeit (Minuten)} - \text{Fehlzeiten (Minuten)}$
- ◆ Kosten einer Minuten am Patienten:
Bruttopersonalkosten/JAP

Integration/Festlegen von Standards

- ◆ Leitlinien der Fachgesellschaften
- ◆ Hauseigene Leitlinien
- ◆ Pflegestandards
- ◆ Betriebseigenen Ablaufstandards

Qualitätsindikatoren

- ◆ RUMBA: Relevant, understandable, measurable, behaviourable, achievable
- ◆ Nicht mehr als fünf pro Pfad
- ◆ Z.B. Termintreue, Prozesskosten, Prozessqualität (Nachblutung, Auditus, Nasenatmung,)