

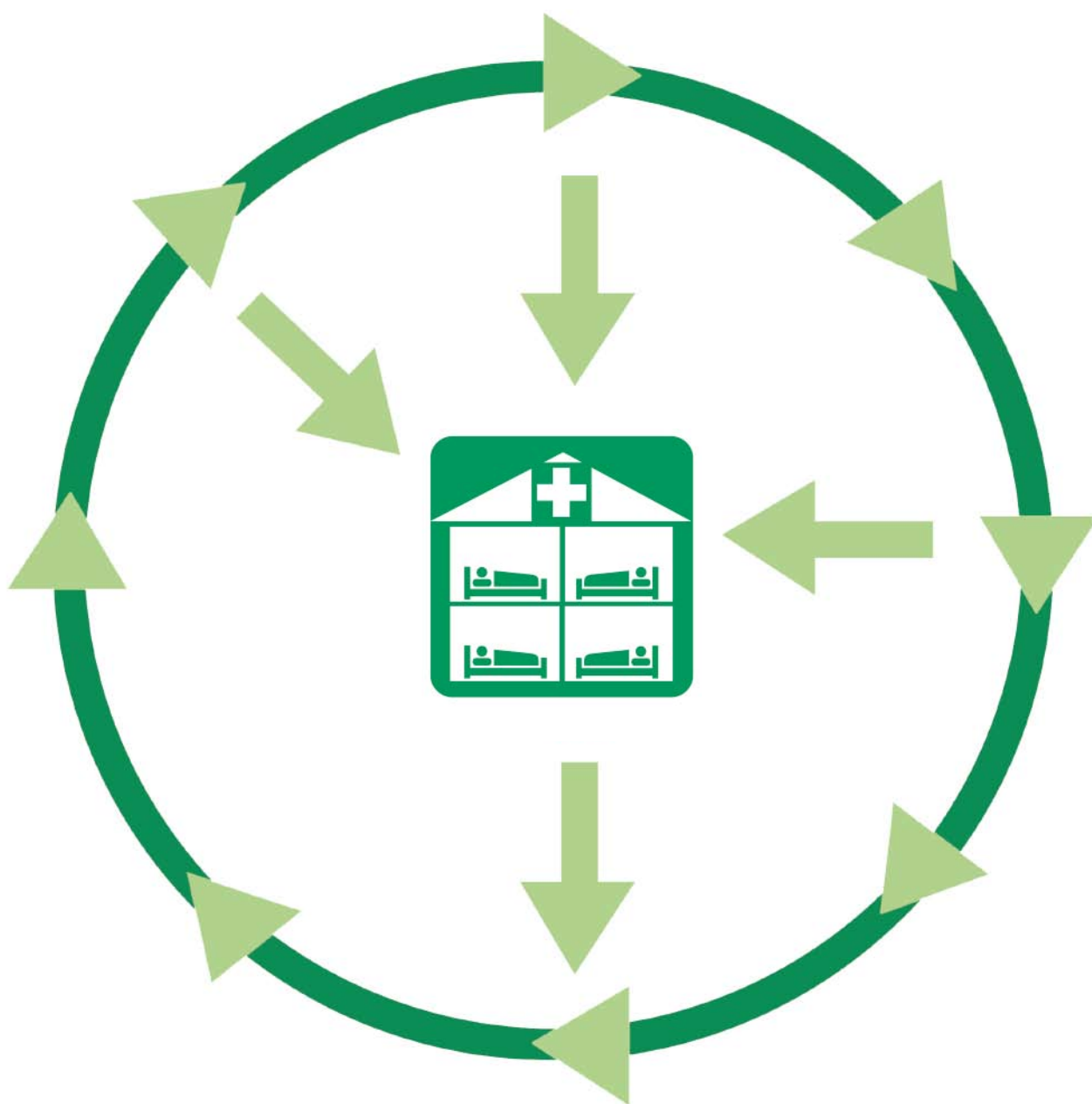
1. Jahrgang
November

2008

Professional

Zeitschrift für modernes
Prozessmanagement im Gesundheitswesen

PROCESS



Grundlagen der Prozessoptimierung

Klinisches Prozessmanagement

Qualitätsmanagement

GIT VERLAG

A Wiley Company
www.gitverlag.com

Impressum

Herausgeber

Prof. Michael Greiling, Fachhochschule Gelsenkirchen, Fachbereich Wirtschaft, Lehrgebiet Betriebswirtschaftslehre, insb. Workflow-Management im Gesundheitswesen

GIT VERLAG GmbH & Co. KG

Geschäftsführung

Dr. Michael Schön, Bijan Ghawami

Redaktionsleitung

Michael Reiter M.A.

Verkaufsleitung

Bernhard Schroth

Objektleitung

Dr. Ralf Schlichting
Tel.: +49 (0)6151/8090-262
ralf.schlichting@wiley.com

Redaktion

Verena Muszynski
Tel.: +49 (0)251/93254-35
verena.muszynski@iwig-institut.de

Redaktionsassistentz

Christiane Rothermel
Tel.: +49 (0)6151/8090-150
christiane.rothermel@wiley.com

Herstellung

GIT VERLAG GmbH & Co. KG
Dietmar Edhofer (Leitung)
Sandra Rauch (Stellvertretung)
Claudia Vogel (Anzeigen)

Litho

Elke Palzer / Ramona Rehbein

Layout

Ruth Herrmann / Vasillios Ekoutsidis
GIT VERLAG GmbH & Co. KG

Druck

Frotscher Druck GmbH, Darmstadt

Sonderdrucke

Christine Mühl
Tel.: +49 (0)6151/8090-169
christine.muehl@wiley.com

GIT VERLAG GmbH & Co. KG

Rösslerstraße 90
64293 Darmstadt
Tel.: +49 (0)6151/8090-0
Fax: +49 (0)6151/8090-183
info@gitverlag.com
www.gitverlag.com

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge stehen in der Verantwortung des Autors. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Redaktion und mit Quellenangaben gestattet. Produkt- und Firmennamen sind Marken der jeweiligen Eigentümer und können geschützt sein.

Druckauflage: 750

Einzelheft 12,60 € zzgl. MwSt. und Versandkosten

Printed in Germany

Inhalt

Editorial Prozessmanagement ist eine (Heraus)forderung

3

Prof. Dr. Michael Greiling, Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen GmbH

Ablauforganisation in Gesundheitseinrichtungen

6

Grundsätze und Nutzen des Prozessmanagements

Prof. Dr. Susanne Schuller

Fachhochschule für angewandtes Management, Erding

Clinical Pathways und Gesundheitsökonomie

10

Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender, Philipp Schwegel, Patrick Da-Cruz

Oberender & Partner – Unternehmensberatung im Gesundheitswesen, Bayreuth

Von der Prozessanalyse zum Prozessmanagement

15

„Leitplanken“ zur Sicherung von Prozessanalysen im Krankenhaus

Prof. Bernd H. Mühlbauer

Fachhochschule Gelsenkirchen

bh.m Prof. Bernd H. Mühlbauer, Krankenhaus- und Unternehmensberatung GmbH, Lünen

DRG-Kalkulation mit der Prozesskostenrechnung

20

Dr. Jan Güssow¹, Andreas Greulich, MSc², Prof. Dr. Robert Ott³

¹ Städt. Klinikum München GmbH, München

² Schweizer Herz- u. Gefäßzentrum, Bern

³ Hochschule Rosenheim, Rosenheim

„Die Varianzanalyse, ein Instrument zur Ableitung von Verbesserungspotentialen auf der Grundlage Klinischer Behandlungspfade“

25

Johannes Palm, Dr. Hans Paula

SKM Stiftungsklinikum Mittelrhein, Koblenz

Prozessoptimierung der Patientenbehandlung

31

Die Erarbeitung klinischer Abläufe im St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

Judith Brüggemann, Dr. Nikolaus Dlugos

St. Marien-Hospital Hamm gem. GmbH

Prozesse steuern und führen

33

Dr. Ruth Hecker, Dr. Karl Bosold

Evangelische Kliniken Gelsenkirchen

Das Prozess-Benchmarking: eine geeignete Methode zum Aufspüren von Optimierungspotentialen ausgewählter klinischer Leistungen

36

Peter Nowak, Peter Schwarze

Klinikum Lippe GmbH

Editorial

Prozessmanagement ist eine (Heraus)forderung

Die finanziellen Mittel, die dem Gesundheitssystem zur Verfügung stehen, müssen effizienter eingesetzt werden. Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen stehen vor der Herausforderung:

- Wie kann die Effizienz der Leistungserbringung in der Gesundheitsversorgung beeinflusst werden?
- Wie und wo sollen Personal- und Sachmittel wirtschaftlich eingesetzt werden?
- Was wird die Erweiterung des Geschäftsmodells zum Beispiel im Rahmen der Integrierten Versorgung für Auswirkungen auf meine Erlöse und der Qualität haben?

Die Antworten liegen in der Analyse und Anpassung der Prozesse, die ursächlich verantwortlich für das Ergebnis von Leistungen sind.

Die internen Prozesse sind die Nervenbahnen jedes Unternehmens, die gepflegt und optimiert Wettbewerbsfähigkeit bedeuten und das Überleben am Markt sichern. Heute gilt es nicht nur, auf veränderte Marktanforderungen flexibel reagieren zu können, sondern auch dem permanenten Kostendruck und den zunehmenden Qualitätsansprüchen der Patienten zu begegnen. Effiziente Managementprozesse sind notwendig für eine konsequente Umsetzung der Unternehmensstrategien und strategischen Ziele sowie deren Verwirklichung im operativen Tagesgeschäft.

Brachliegende Einsparungs- und Nutzenpotenziale auch unternehmensübergreifender Prozesse müssen aufgedeckt und ausgeschöpft werden.

Prozessmanagement ist notwendige Voraussetzung für eine Verbesserung der Innovationsfähigkeit. Es hat direkte Auswirkung auf Leistungserstellungsprozesse sowie Management- und Controllingprozesse. Prozessmanagement ist der operative Treiber für Erlöse, Gewinn und Kosten.

Bewusst gestaltete Prozesse entlang der Wertschöpfungskette stehen in Zukunft immer mehr im Vordergrund. Durch klar definierte Arbeitsabläufe sind häufige Probleme im Krankenhaus wie Wartezeiten, fehlende Befunde, Therapieverschiebungen, OP-Absetzungen oder Doppeluntersuchungen erfolgreich zu lösen.

Unser neues Fachmagazin soll als Plattform dienen, neue Techniken der Prozessoptimierung vorzustellen. Gemeinsam mit vielen Partnern aus dem Gesundheitswesen wollen wir Innovationen vorstellen, die Auswirkungen auf die Abläufe in der Patientenvorsorgung haben. Im Rahmen dieser Prozessoptimierungen sollen Nutzeffekte aufgezeigt werden, die dazu beitragen, mit den gegebenen Mitteln das bestmögliche Ergebnis zu erreichen.

Der „Professional Process“ stellt Ihnen eine Auswahl von Fallbeispielen und Projekten vor, die erläutern, wie die Optimierung pflegerischer, medizinischer und logistischer Versorgung umgesetzt und vorangetrieben werden können. Mit Hilfe von wissenschaftlich entwickelten sowie praxiserprobten Verfahren und Methoden bieten wir Ihnen Lösungen an, die bei ihrer Anwendung mehr Effizienz erzeugen.



Prof. Dr. rer. oec. Michael Greiling,
Herausgeber

„Die Varianzanalyse, ein Instrument zur Ableitung von Verbesserungspotentialen auf der Grundlage Klinischer Behandlungspfade“

Über die Durchdringung mit Klinischen Behandlungspfaden in deutschen Krankenhäusern existieren keinerlei verlässliche Studien. Im Rahmen eines Forschungsprojektes wurde eine Einschätzung zur Verbreitung Klinischer Behandlungspfade in Deutschland vorgenommen, die in Fachkreisen bestätigt wird: Nahezu 100 % aller Einrichtungen behaupten, mit Klinischen Behandlungspfaden zu arbeiten. Für schätzungsweise 40 % trifft dies jedoch tatsächlich zu. Klinische Pfade in Verbindung mit einer strukturierten Varianzanalyse setzen nur ca. 20 % aller Kliniken um. Nur ein kleiner Teil der Krankenhäuser bzw. Abteilungen misst, analysiert und verbessert seine Prozesse auf der Basis der Ergebnisse von Auswertungen aus einer Varianzdatenbank. Der Begriff „Klinische Behandlungspfade“ wird sehr heterogen definiert und interpretiert. Nicht zuletzt deshalb kommt es zu Aussagen wie „Wir betreiben keine Kochbuchmedizin“ oder „Wir haben unsere Pfade im Kopf“. Verunsicherung, Missverständnisse, ja Ängste prägen daher die Diskussion um diese Diagnose bezogenen Standards, die wir „Klinische Behandlungspfade“ nennen.



Johannes Palm



Dr. Hans Paula

1. Einleitung

Das Stiftungsklinikum Mittelrhein in Koblenz (folgend SKM genannt) hat in den vergangenen 2 Jahren 94 Klinische Pfade entwickelt, mit denen zukünftig 40-50 % aller Leistungen abgedeckt werden sollen. Ein in der Klinik entwickeltes vierstu-

figes Verfahren ermöglichte eine hohe Durchdringung der Krankenhausleistungen mit Klinischen Pfaden. Während der vergangenen 13 Monate durchliefen 2.400 Patienten die vordefinierten Standards. In den verschiedenen Clustern wurden über 9.600 Abweichungen (Varianzen) registriert, die auf mögliche Störungen im Prozess hinweisen.

2. Klinische Pfade am SKM

Die Wahl einer spezifischen Vorgehensweise bei der Erstellung Klinischer Pfade bleibt den Kliniken selbst überlassen. Auch die Frage, ob Pfade selbst entwickelt oder Lösungen anderer Kliniken übernommen werden sollen, kann nicht alle-

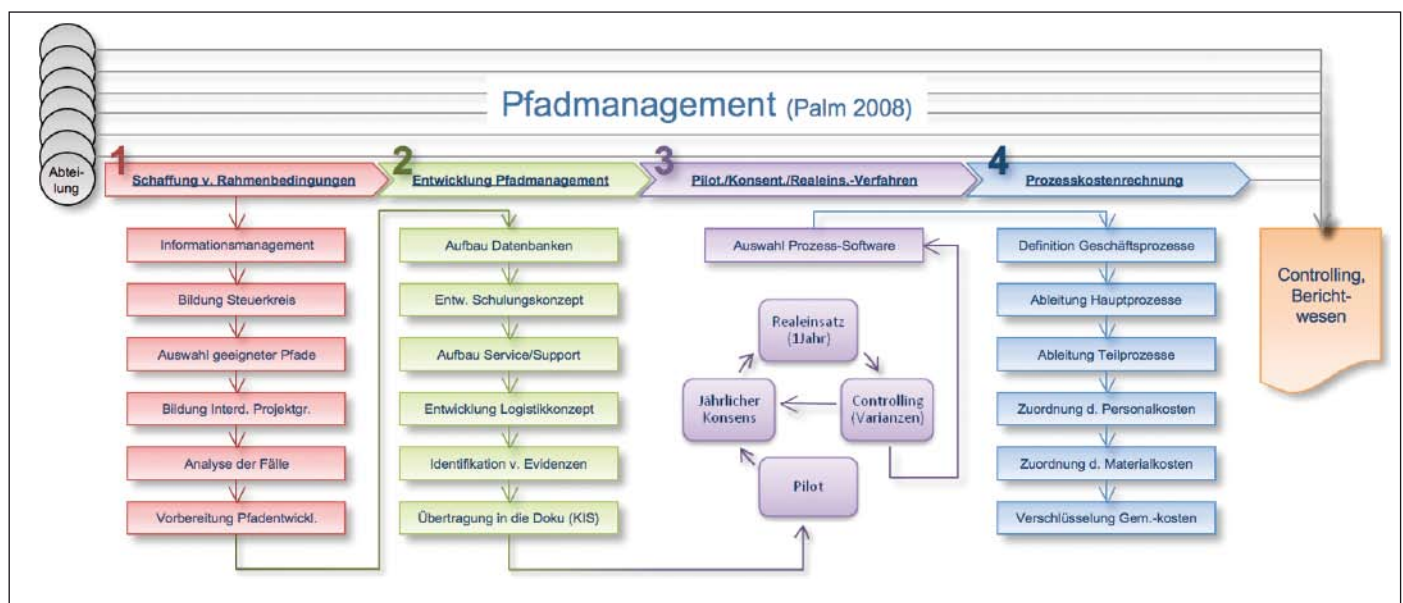


Abb.1: Das vierstufige Verfahren zur Etablierung eines Pfadmanagements

Abweichungen (Code)			
A. Patient	B. Stationäre Planung	C. KH-Schnittstelle	D. Weiterversorgung
A1 Verlängerter Aufenthalt durch Dekubitus	B1 Testresultate/Vorbefunde fehlen	C1 Verzögerung des internen Transportes*	D1 Verzögerung des externen Transportes
A2 Verzögerung OP – Metformin	B2 Notwendige Medikamente fehlen	C2 Anästhesie verschiebt OP	D2 Verspätete Abholung (Angehörige)
A3 Verzögerung OP – Gerinnungshemmer	B3 Verzögerung in der OP-Planung	C3 Kapazitätsengpass OP	D3 Verzögerte interne Verlegung (Station)
A4 Verzögerung OP – sonstige Medikamente	B4 Mangelnde Stationskapazität bei Übernahme von Intensiv	C4 Kapazitätsengpass Intensiv	D4 Verzögerte externe Verlegung (Krankenhaus)
A5 Fehlende Compliance	B5 Verzögerung durch zusätzliche/andere Untersuchung/Maßnahme	C5 Verzögerung/Absage von Untersuchung/Maßnahme	D5 Rehaplatz nicht verfügbar
A6 Infektion/MSRA	B6 Verzögerte Anmeldung – Konsil	C6 Verzögerung/Absage von Konsil	D6 Pflegeplatz nicht verfügbar
A7 Komplikationen nach Eingriff	B7 Verzögerte Anmeldung – Physiotherapie	C7 Verzögerte Rückmeldung Physiotherapie	D7 Häusliche Krankenpflege nicht verfügbar
A8 Andere Komorbidität/Erkrankung/Komplikation*	B8 Anmeldung Casemanagement >24 h nach Aufnahme	C8 Rückmeldung Casemanagement >48 Std. nach Anmeldung	D8 Verzögerung durch Feiertag/Wochenende/Urlaub
A9 Vorzeitige Entlassung (eigenverantwortlich)	B9 Vorzeitige Entlassung (Besserung)	C9 Rückverlegung auf Intensivstation	D9 Patient verstorben
A10 Pfadwechsel	B10 Ablaufstörung pfleg. Dienst*	C10 Untersuchung/Maßnahme am Wochenende/Feiertag nicht möglich	D10 Verzögerung durch unvollständige Entlassdokumentation
A11 Pfadabbruch	B11 Ablaufstörung ärztl. Dienst*	C11 Verlegung auf/zu andere/m Station/Standort	
A12 Zusätzliches Labor		C12 Ablaufstörung durch zusätzliche Info-Beschaffung (z. B. Befunde)	
AS Sonstiges	BS Sonstiges	CS Sonstiges	DS Sonstiges

Abb. 2: Die Varianzstruktur im SKM

meingültig beantwortet werden. Wer jedoch in der Praxis mit der Erstellung solcher Standards beauftragt ist, weiß, dass es keinen „Einheitspfad“ gibt. Immer sind Klinik individuelle Anpassungen erforderlich. Insbesondere kleinere und mittelgroße Kliniken stehen vor der Anforderung, die richtige Dimension bezüglich des Aufwandes für eine Pfadentwicklung auszuwählen. Kritische Erfolgsfaktoren bei der Etablierung Klinischer Behandlungspfade sind selten in der eigentlichen Pfadsubstanz zu finden, vielmehr

scheitern diese Projekte sowohl an einer unbefriedigenden Vorbereitung und Durchführung als auch an einem fehlenden Nachhaltigkeitskonzept.

Das im SKM entwickelte Verfahren sieht vier Phasen vor, in denen auf der Grundlage positiver Rahmenbedingungen (Phase 1), neben der Übertragung medizinischer Evidenzen und bestehender Standards in die Hausdokumentation (Pfadentwicklung), das eigentliche Pfadmanagement gestaltet wird (Phase 2). Das Verfahren der Pilo-

tierung, Konsentierung, Realeinsatz (Phase 3) stellt sicher, dass nach einer definierten Pilotierungszeit der entsprechende Standard für maximal ein Jahr zum Einsatz kommt.¹ Im Rahmen von regelmäßigen interdisziplinären Konsensmeetings werden die klinischen Behandlungspfade an die aktuellen Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Veränderungen in der Verweildauer oder neue medizinische oder pflegerische Evidenz, angepasst. Darüber hinaus wird in diesen Treffen auf der Basis der Ergebnisse des begleitenden „Pfad-Controlling“ diskutiert und dokumentiert, wie viele und welche Patienten die gesetzten Qualitätsziele und Zielverweildauer erreicht bzw. verfehlt haben. Die Auswertung der Varianzen gibt dabei die notwendigen Hinweise für die Ursachen. Die Ergebnisse der Diskussion führen mithin zu konkreten Veränderungen der Abläufe, um zukünftig eine Zielerreichung zu ermöglichen.

Das SKM steht nun in der Phase 4 vor der Aufgabe, die Prozesskostenrechnung vorzubereiten.

2.1 Varianzencontrolling

Die Varianzanalyse gehört zur Gruppe der statistischen Tests. Sie befasst sich mit der Überprüfung der Frage, „ob die Differenz bzw. Differenzen der arithmetischen Mittel von zwei oder auch mehr als zwei Grundgesamtheiten signifikant von Null verschieden ist bzw. sind oder nicht“.²

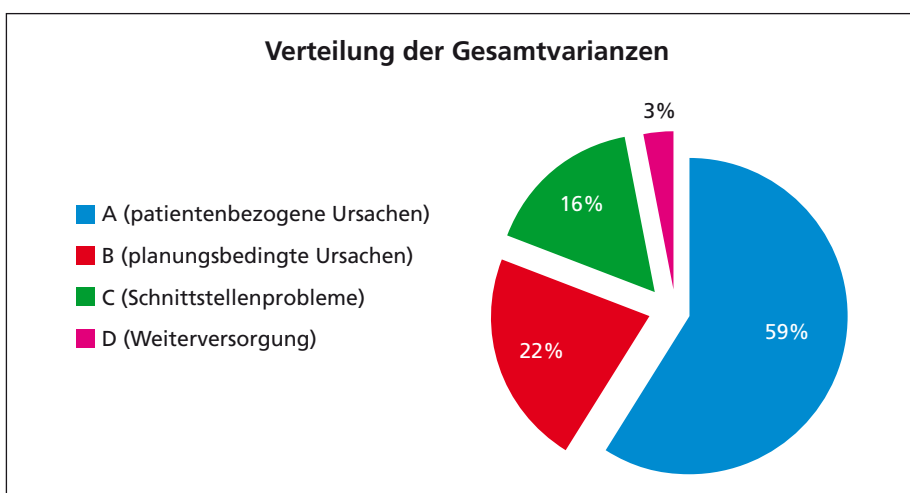


Abb. 3: Verteilung der Varianzen auf alle Kategorien

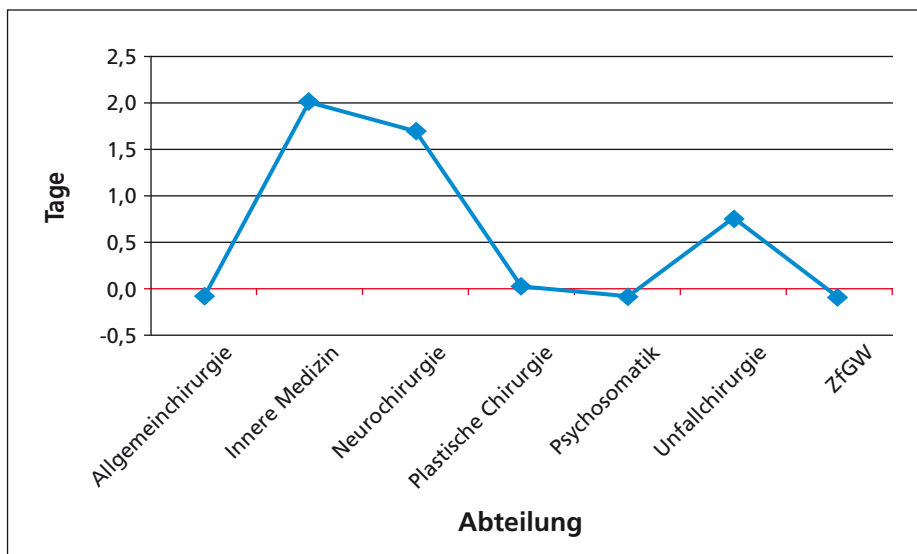


Abb. 4: Einfluss der Klinischen Pfade auf die Verweildauer im SKM

2.2 Varianzencontrolling im Sinne Klinischer Behandlungspfade

Im Sinne Klinischer Behandlungspfade beschreibt eine Varianz die Abweichung vom geplanten Behandlungsverlauf. Die Erfassung von Abweichungen im Behandlungsprozess verfolgt das Ziel, klinische Prozesse fortlaufend zu evaluieren, zu optimieren und weiterzuentwickeln. Ein strukturiertes Varianzencontrolling ist daher eine Voraussetzung zur Erkennung von Prozessstörungen. Diese Messzahlen ermöglichen Aussagen über Ursachen für Abweichungen im Prozess bzw. vom Prozessziel, etwa personeller oder struktureller Art. Die Varianzstruktur im SKM besteht aus vier Gruppen:

1. Patientenbedingte Abweichungen
2. Planungsbedingte Abweichungen
3. Schnittstellenbedingte Abweichungen
4. Abweichungen in der Weiterversorgung (externe Schnittstellen)

Innerhalb dieser Kategorien sind Gründe für eine Abweichung vordefiniert. Sie sind mit einem Buchstaben-Zahlen-Code für eine leichte Erfassung und Auswertung versehen (siehe Tabelle „Varianzstruktur im SKM“).

Um zu vermeiden, dass zum einen eine unendlich lange Liste von Varianzkennziffern entsteht und zum anderen eine Dokumentationsbarriere geschaffen wird, wurden diese so entwickelt, dass alle Items einen vergleichbaren Abstraktionsgrad besitzen.

2.3 Erfassung der Varianzen

Damit das Varianzencontrolling als ein Instrument der Prozessverbesserung verstanden wird, muss ein transparentes und für alle Abteilungen gleichermaßen verbindliches Verfahren zur Erfassung, Dokumentation und Auswertung eingesetzt werden. Idealerweise findet die Dokumentation einmal täglich während der Visite statt.

Während dieser regelmäßig stattfindenden Arztbesuche wird die Pfadkurve mit den vorgegebenen und individualisierten medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen bearbeitet und mögliche Varianzen diskutiert. Wurden ein oder mehrere der vordefinierten Maßnahmen nicht durchgeführt und/oder zusätzliche medizinisch-pflegerische Leistungen angeordnet (denn beides stellen Abweichungen dar), müssen hierfür zutreffende Varianzkennziffern auf einem Varianzbogen identifiziert und deren Kodierungen mit ggf. ergänzender Erläuterung dokumentiert werden. Während der Ausarbeitung der Visite überträgt das Pflegepersonal die Codes in die Datenbank am PC-Arbeitsplatz.

2.4 Erreichung des Pfadzieles und der tatsächlichen Verweildauer

Neben den prozessbeeinflussenden Varianzen bildet die Erhebung der tatsächlichen Verweil-

dauer sowie die Bestätigung eines diagnosebezogenen Pfadzieles die letzte pfadspezifische Handlung. Der behandelnde Arzt dokumentiert beide Informationen auf dem Varianzerfassungsbogen. Die Eingabe in die Datenbank erfolgt nach dem gleichen Prinzip wie bei den Varianzen.

2.5 Auswertung und Interpretation

Allgemein

In den vergangenen 12 Monaten wurden 2.400 Patienten aus sieben Fachabteilungen nach einem Klinischen Pfad behandelt. Während dieses Zeitraumes wurden insgesamt 9.630 Varianzen innerhalb der 4 genannten Kategorien erfasst, anhand derer eine Vielzahl von Auswertungen vorgenommen werden. Es würde den Rahmen dieses Artikels deutlich überschreiten, alle Varianzen in Kombination mit Fachabteilungen, Verweildauer und Zielerreichung zu erläutern. Hier exemplarisch einige Beispiele:

Gesamtverteilung

Bei der Gesamtverteilung der Varianzen auf die vier Gruppen fällt auf, dass die meisten Varianzen in der Gruppe A (Patient) zu finden sind. Gerade in der internistischen Fachabteilung führen patientenbedingte Abweichungen wie beispielsweise Komorbiditäten (A8), Infektionen mit MRSA (A6), zu zahlreichen zusätzlichen Maßnahmen, etwa zusätzliche Labormaßnahmen (A12). Komorbiditäten führen nicht nur häufig zur Verweildauerüberschreitung, sondern können zukünftig Ausschlusskriterien für eine Pfadzuordnung darstellen.

Überprüfung der Verweildauern

Die in einem Behandlungspfad ausgewiesene Zielverweildauer definiert die ökonomisch optimale Verweildauer, innerhalb derer ein Behandlungsziel ohne Qualitätsverlust erreicht werden soll. Die folgende Abbildung zeigt die Abweichungen von der durchschnittlichen Zielverweil-

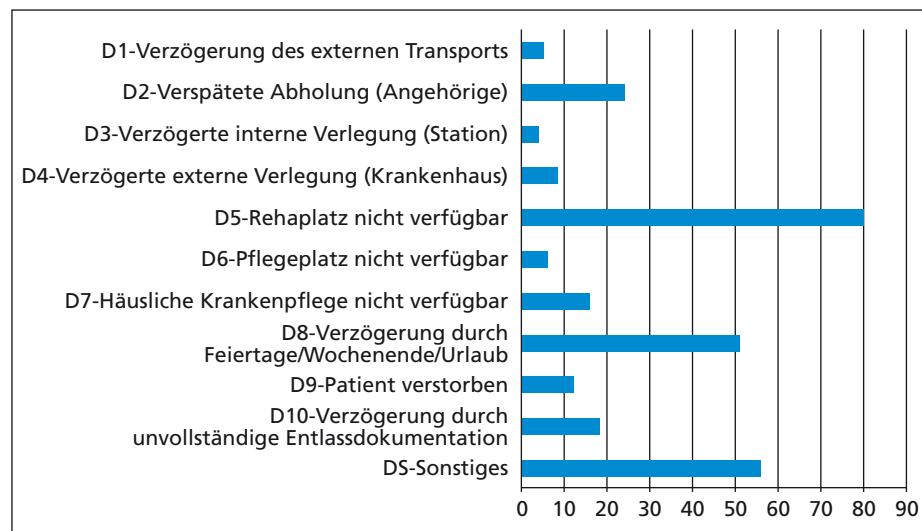


Abb. 5: Verteilung der Varianzen in der Kategorie "D-Abweichungen in der Weiterversorgung"

dauer je Fachabteilung. Für die Diagnosen Bandscheibenschäden LWS (Neurochirurgie), Pneumonie (Innere Medizin) und Hirntumor (Neurochirurgie) konnte anhand der Varianzkennziffer „A 8 – Andere Komorbiditäten“ ein Kausalzusammenhang zur Verweildauerüberschreitung bei diesen Pfaden nachgewiesen werden.

Kategoriebezogene Abfrage

Mit Interesse wertete das SKM die D-Kategorie „Abweichung in der Weiterversorgung“ aus. Insgesamt wurden für diese Kategorie im Berichtszeitraum Januar bis Oktober 280 Varianzen erhoben. Spitzenreiter bei den Abweichungen dieser Kategorie sind die Varianzen „D5-Rehaplatz nicht verfügbar“ und „D8-Verzögerung durch Feiertag/Wochenende/Urlaub“ (mit ergänzenden Bemerkungen wie z.B. „zu Hause keine Hilfestellung gegeben“).

Auch wenn in diesem konkreten Beispiel ein Krankenhaus nicht immer zur Behebung der Probleme beitragen kann, ist es interessant zu beobachten, dass Kliniken auf die durch die DRG's ausgelösten Leistungsverdichtungen zwar reagieren können, das Gesamtsystem der prä- und poststationären Versorgung jedoch angepasst werden muss.

Diagnosebezogene Abfrage

Hierzu ein Beispiel, das bereits unmittelbar nach Einleitung der Verbesserungsmaßnahmen zu einer Prozessoptimierung führte. Nach Untersuchung aller Diagnosen auf Verweildauerüberschreitung bzw. Nichterreichung des Behandlungszieles, ist die unfallchirurgische Diagnose „Elektive Hüftendoprothese“ aufgefallen. Die diagnosebezogene Betrachtungsweise ergab signifikant hohe Eingaben der Varianzziffer „C10-Untersuchung/Maßnahme am Wochenende/Feiertag nicht möglich“. Da es sich bei dieser Kennziffer nicht um einen selbsterklärenden Code handelt, wurden die dazugehörigen Zusatzklärungen ausgewertet. Die Überprüfung ergab in diesem Fall eine hohe Nennung der Maßnahme „Physiotherapie“. Aus den gemachten Angaben konnte interpretiert werden, dass Patienten, denen unmittelbar vor einem Wochenende/Feiertag eine neue Hüftendoprothese eingesetzt wird und die im direkten Anschluss keine professionelle

Physiotherapie erhalten, das Behandlungsziel nicht innerhalb der vordefinierten Zielverweildauer erreichen. Die Verweildauerüberschreitung betrug in diesem konkreten Fall durchschnittlich 0,75 Tage. Nach einer Anpassung des Wochenenddienstes seitens der Physiotherapie sowie einer geänderten OP-Planung, konnten nahezu 95% der Hüft-TEP-Patienten innerhalb der Zielverweildauer bei gleichzeitiger Erreichung des definierten Behandlungsziels die Klinik verlassen.

Die aufgeführten Beispiele machen deutlich, welches Potential zur Prozesssteuerung in einer strukturierten Varianzanalyse liegt. Auch wenn nicht alle Abweichungsgründe ausgeschaltet werden können, verfolgt das SKM das Ziel, die Anzahl der erfassten Varianzen zunächst zu steigern, um somit die Gründe dafür zu senken. Hierfür werden das Projektmanagement sowie andere klassische Arbeitsgruppenkonzepte als Instrument für die abgeleiteten Reorganisationsmaßnahmen eingesetzt.

3. Zusammenfassung und Ausblick

Das SKM hat ein nachhaltiges Konzept zur Entwicklung, Etablierung und Steuerung klinischer Pfade entwickelt. Dieses System muss ständig überprüft und angepasst werden. Gründe hierfür sind:

- Aus stationären Leistungen können ambulante Leistungen werden
- Die Zielverweildauern pro Diagnose verändern sich ggf. mit dem gültigen Fallpauschalenkatalog
- Medizinisch-/technischer Fortschritt hat Änderungen in den Prozessen zur Folge
- Veränderte politische Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen bedeuten derzeit in der Regel eine Verknappung der Ressourcen; strukturelle Anpassungen in den Krankenhäusern sind oftmals die notwendige Reaktion.

Das SKM steht, wie jedes andere Krankenhaus, vor der Aufgabe, seine Prozesse an diese Änderungen anzupassen, ohne dabei an Behandlungsqualität oder Patientenzufriedenheit Einbußen hinnehmen zu müssen.

Neben der ständigen Pflege des Pfadmanagements plant das SKM in der nahen Zukunft zwei innovative Weiterentwicklungen:

1. Ergänzung der bestehenden Varianzkategorien um eine fünfte Kategorie „E-Experimente/Versuche/Tests“. Innerhalb derer werden zukünftig temporär Varianzen für die Evaluation von Projekten mit Auswirkungen auf die Prozesse, sowie Items für klinische Studien geführt.
2. Entwicklung eines für die Psychiatrie ausgelegten Varianzencontrollings. Das SKM deckt bereits heute 90% aller Fälle der eigenen Psychosomatik mit klinischen Pfaden ab. Da für den Bereich der Psychiatrie ab 2011 mit der Einführung eines pauschalierten Entgeltsystems zu rechnen ist, müssen wir uns bereits heute mit einer Verweildauer gesteuerten stationären Behandlung ohne Qualitätseinbußen auseinandersetzen.

Kontakt

Johannes Palm
Stiftungsklinikum Mittelrhein, Koblenz
johannes.palm@stiftungsklinikum.de

Dr. Hans Paula
Stiftungsklinikum Mittelrhein, Koblenz
johann.paula@stiftungsklinikum.de

Literatur

- 1 Die verschiedenen Elemente der Phasen zur Etablierung eines Pfadmanagements wurden in Anlehnung an das Forschungsprojekt „Handlungsleitfaden zur Reorganisation der Strukturen und Prozesse in kleineren Krankenhäusern mit regionaler Bedeutung zur Anpassung an die neuen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen“ (Institut für Technologie und Arbeit an der Technischen Universität Kaiserslautern, 01.08.2004–31.07.2006) in das Gesamtkonzept der klinischen Behandlungspfade am SKM übertragen.
- 2 Vgl.: Bley Müller, J.; Gehlert, G.; Gülicher, H.: Statistik für Wirtschaftswissenschaftler. 14. Aufl. München, 2004, S. 119

Die vollständigen Literaturstellen sind beim Autor bzw. bei den Autoren des Beitrags erhältlich.