

Prozessoptimierung durch Klinische Pfade

Personal und Patienten profitieren von Leitlinienorientierung



Foto: Getty Images

Fast alle Einrichtungen behaupten, mit klinischen Behandlungspfaden zu arbeiten. Obwohl der Begriff vollkommen unterschiedlich definiert wird, findet dieses Instrument breite Anwendung. Das Stiftungsklinikum Mittelrhein hat durch die sinnvolle Ausgestaltung der Behandlungspfade und kontinuierliche Anpassung an die aktuellen Rahmenbedingungen einen Weg gefunden, die Effizienz der Prozesse zu steigern.

■ J. Palm

Seit Einführung der DRG müssen die Verantwortlichen in deutschen Krankenhäusern die eigenen Behandlungsprozesse hinterfragen. Ein geeignetes Instrument, um diesen Paradigmenwechsel zu bewerkstelligen, nennt sich „klinische Behandlungspfade“. Dieser Begriff wird vollkommen unterschiedlich definiert und interpretiert, was vermutlich die Ursache dafür ist, dass es sowohl im krankenhausinternen als auch externen Sprachgebrauch zu einer sehr heterogenen Anwendung kommt. Die mit dieser Begrifflichkeit verbundenen Assoziationen reichen von „Kochbuchmedizin“ bis hin zu

„Workflows“ und lösen die unterschiedlichsten Erwartungen in den verschiedenen Berufsgruppen aus. Umso schwieriger ist es, die Effizienz klinischer Behandlungspfade zu messen.

Es existieren zahlreiche Publikationen, die sich mit der Entwicklung und dem Einsatzgebiet klinischer Behandlungspfade beschäftigen. Ein klinischer Behandlungspfad ist der im interdisziplinären und professionellen Behandlungsteam selbst gefundene Konsens bezüglich der bestmöglichen Durchführung der Krankenhausbehandlung unter Berücksichtigung der hierfür notwendigen und verfügbaren Ressourcen,

der Festlegung der Durchführungs- und Ergebnisverantwortlichkeiten sowie der Beachtung der definierten Behandlungsqualität. Der Pfad steuert den Behandlungsprozess, ist gleichzeitig das behandlungsbegleitende Dokumentationsinstrument und erlaubt die Kommentierung von Normabweichungen zum Zwecke der permanenten Evaluation und Prozessoptimierung.

Pfade werden individuell an Patienten angepasst

Das Stiftungsklinikum Mittelrhein in Koblenz hat in den vergangenen zwei Jahren insgesamt 94 klinische Pfade entwickelt, mit denen künftig 40 bis 50 Prozent aller Leistungen abgedeckt werden sollen. Klinische Pfade haben für Personal und Patienten den Vorteil, dass sie die Behandlung des Patienten transparent machen. Durch in die Krankenhausakte eingebundene Erinnerungsfelder können sich die Mitarbeiter an externen und internen Leitlinien orientieren. Nicht nur die behandelnden Personen werden so an Standards erinnert, sondern auch neue Mitarbeiter können bereits ab ihrem ersten Arbeitstag mit den internen Abläufen arbeiten. Patienten erhalten für jede mit einem Behandlungspfad versehene Diagnose eine Broschüre, die sie über den gesamten Behandlungsverlauf informiert. Dank dieses kombinierten Systems haben zum einen der Patient, zum anderen der Arzt und das gesamte therapeutische Team die Behandlung im Blick. Sie bestimmen gemeinsam den optimierten Behandlungsweg, indem, auf der Grundlage erfasster Varianzen, der klinische Pfad individuell an den Patienten angepasst wird.

Ein in der Klinik entwickeltes vierstufiges Verfahren ermöglicht eine hohe Durchdringung der Krankenhausleistungen mit klinischen Pfaden. Die Übertragung medizinischer Evidenzen und bestehender Standards in die Hausdokumentation sowie die Schaffung positiver Rahmenbedingungen bilden die Grundlage zur Gestaltung des eigentlichen Pfadmanagements. Pilotierung, Konsentierung und Real-

Effizienzrechnung Klinischer Pfade am Beispiel „Lumbale Bandscheibe“

Position	Einsparung in Minuten	Betrag
Personal Pflege (1)	122	54,54 Euro
Personal Medizin (2)	38	41,51 Euro
Physiotherapie (3)	120	28,80 Euro
Einsparung Laborkosten		7,39 Euro
Einsparung Beköstigung (4)		44,40 Euro
Einsparung Verbrauchsmaterial (5)		10,00 Euro
Gesamt:		186,64 Euro

¹ Annahme von Durchschnittskosten pro Minute 54 Cent für eine examinierte Pflegekraft, ² Annahme von Durchschnittskosten pro Minute 1,09 Euro für den ärztlichen Dienst, ³ Fester Satz 7,20 Euro pro Patient/KG-Gruppe, ⁴ Üblicherweise werden 11,10 Euro pro Tag berechnet, ⁵ Pauschale Schätzung für Verbandmaterial, Monovetten, usw.

Abb. 1

einsatz stellen sicher, dass nach einer definierten Pilotierungszeit der entsprechende Standard bis zur nächsten Überprüfung für maximal ein Jahr zum Einsatz kommt. Im Zuge regelmäßig stattfindender interdisziplinärer Konsensmeetings werden die klinischen Behandlungspfade an die aktuellen Rahmenbedingungen, wie beispielweise Veränderungen der Verweildauer oder neue medizinische oder pflegerische Evidenz, angepasst.

Relativ präzise lässt sich der monetäre Nutzen des klinischen Pfades „Lumbaler Bandscheibenvorfall“ bewerten. Um eine Effizienzmessung durchführen zu können, wurde der Prozess mit genannter Diagnose für das Jahr 2006 reproduziert. Abbildung 1 zeigt das Einsparpotenzial durch einen Vergleich des reproduzierten Prozesses mit den Inhalten des Pfadstandards, der seit 2007 im Einsatz ist.

Im direkten Vergleich wird deutlich, dass es zu einer Einsparung von 186,64 Euro pro Fall gekommen ist. Im Bezug auf das Jahr 2007, in dem 308 Patienten den Pfad „Lumbale Bandscheibe“ mit entsprechender Zielerreichung durchlaufen haben, kam es alleine durch diesen Pfad zu einer Einsparung von 57 485 Euro. Darüber hinaus ist auffällig, dass sich die Fallzahl allgemein, aber auch für die beschriebene Diagnose seit 2006 deutlich erhöht hat.

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. Somit ist ein strukturiertes Varianzencontrolling nicht nur eine Voraussetzung zur Erkennung von Prozessstörungen, sondern ermöglicht Aussagen über personelle oder strukturelle Defizite, die für Abweichungen im Prozess oder vom Prozessziel verantwortlich sind.

Effizienzmessung mit Varianzanalyse

In einem Zeitraum von zwölf Monaten wurden auf der neurochirurgischen Abteilung 730 Patienten auf den „Pfad gesetzt“, was einer Durchdringung von 49,6 Prozent der Gesamtleistung der Abteilung Neurochirurgie bedeutet. Bei näherer Betrachtung der A-Kategorie „Patientenbedingte Abweichungen“ fiel auf, dass es zwar nur 16-Mal zu präoperativen Verzögerungen im Prozess kam, weil Patienten prästationär bereits orale Gerinnungshemmer eingenommen hatten (A2/A3). Da die Einnahme dieser Medikamente ein erhöhtes OP-Risiko zur Folge haben, kam es zu der Verschiebung der OP-Termine. Bei differenzierter Betrachtung handelte es sich in der Gesamtheit um 79 Tage, die 16 Patienten in der Klinik verbrachten, be-

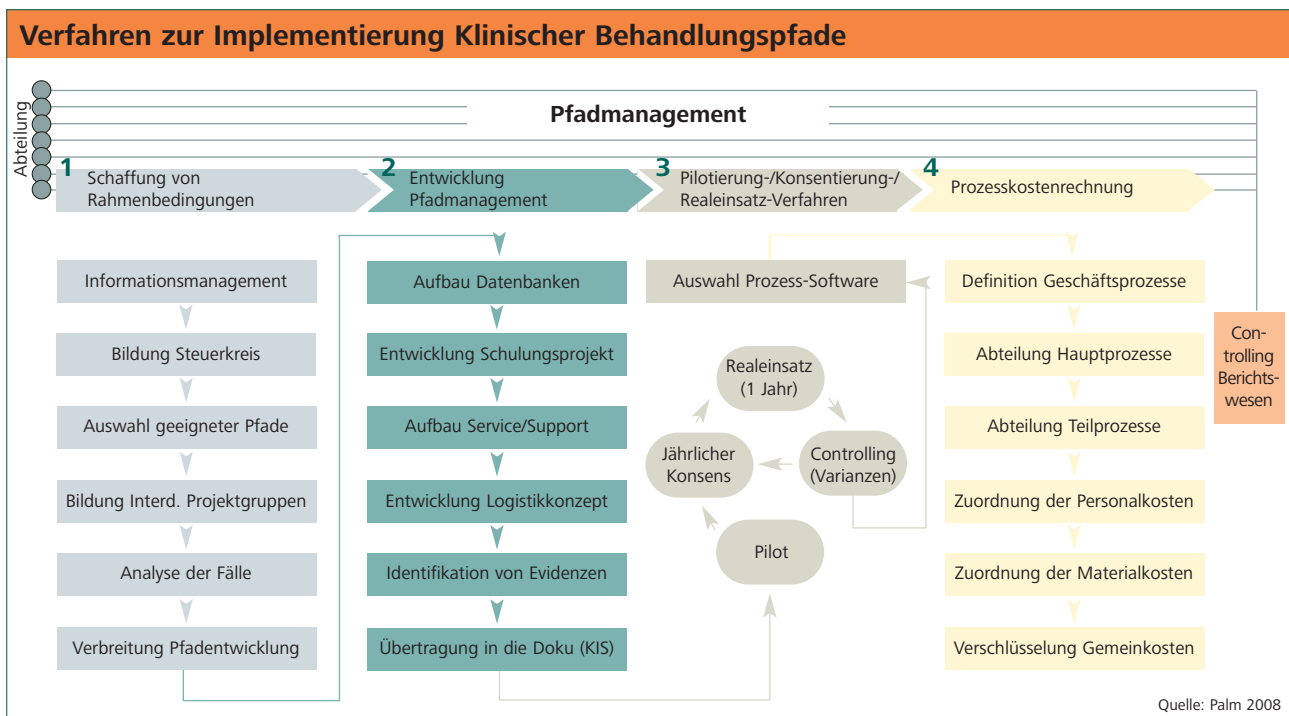


Abb. 2

vor sie risikofrei operiert werden konnten. Davon ausgehend, dass bei genannter DRG pro Tag ein durchschnittlicher Erlös von 400 Euro zu erzielen ist, bedeutet dies nur für die genannten 16 Fälle einen entgangenen Ertrag von 31 600 Euro. Die Aufwendungen, die infolge der nicht gerechtfertigten Aufenthalte durch die Patienten entstanden sind, wurden in dieser Berechnung nicht berücksichtigt.

Diese Aufwendungen werden durch den Kostenträger nicht refinanziert, sodass die Abteilung und letztendlich das Krankenhaus auf diesen Mehrkosten sitzen bleibt. Unter Berücksichtigung dessen, dass es sich nur um Diagnosen einer Fachabteilung und zudem nur um Fälle handelt, für die ein Behandlungspfad vorgehalten wird, kann die vermeintlich geringe Anzahl der Varianzen A2/A3 als signifikant angesehen werden. Bei Übertragung der Problematik auf alle chirurgischen Patienten würde ein nicht unerheblicher finanzieller Schaden für eine Einrichtung entstehen.

Da es sich vornehmlich um Krankenhausverlegungen oder elektive Eingriffe handelt, lässt sich das dargestellte Problem erfreulicherweise beheben: durch Optimierung des Einbestellverfahrens bei OP-Terminvergabe und des Überlei-

tungsprozesses von anderen Kliniken sowie durch Standardisierung prästationärer Maßnahmen in Zusammenarbeit mit dem niedergelassenen Hausarzt.

Das im Stiftungsklinikum Mittelrhein etablierte Verfahren „Pilotierung-Konsentierung-Realeinsatz“ stellt sicher, dass die Verweildauern der Pfade sowie deren Inhalte jährlich optimiert und angepasst werden (Abb. 2).

Erlösoptimierung durch „G-AEP Pfad“

In der Vergangenheit wurde im Rahmen dieses Verfahrens deutlich, dass zum Zeitpunkt der Pfadentwicklung Standards für stationäre Leistungen entworfen wurden, die aktuell auch ambulant durchgeführt werden können. Am Beispiel des etablierten Pfades „Leistenhernie“ soll dies verdeutlicht werden. Wird eine solche Leistung stationär anstatt ambulant durchgeführt, müssen die Aufnahmegründe strukturiert erfasst und dokumentiert werden, damit die stationäre Leistung durch den Kostenträger refinanziert wird. Strukturiert in diesem Sinne meint, dass der stationäre Aufenthalt durch das G-AEP (German-Appropriate Evaluation Protocol) begründet

wird. Dieser Standard ist in fünf Kategorien unterteilt:

- Schwere der Erkrankung
- Intensität der Behandlung
- Operation/Invasive Maßnahmen
- Komorbiditäten in Verbindung mit Operationen oder krankenhausspezifischen Maßnahmen
- Notwendigkeit der postoperativen Betreuung in Verbindung mit Operationen und krankenhausspezifischen Maßnahmen
- Soziale Faktoren, aufgrund derer eine sofortige medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich wäre, in Verbindung mit Operationen und krankenhausspezifischen Maßnahmen, geprüft und dokumentiert.

Die fünf Kategorien sind insgesamt mit 33 differenzierteren Begründungen hinterlegt. Trifft lediglich ein Kriterium zu, muss ein entsprechender Code markiert werden. Wird nun noch die markierte Ziffer im rechten unteren Kurvenquadranten ausführlich begründet, sind alle Voraussetzungen für ein stationäres Entgelt erfüllt.

Die G-AEP-Kriterien spielen bereits seit längerer Zeit eine zentrale Rolle bei den MDK-Begehungen (Medizini-

scher Dienst der Krankenversicherung), denn zunehmend wird hinterfragt, ob eine stationäre Aufnahme gerechtfertigt war. Es kann davon ausgegangen werden, dass in der Vergangenheit zahlreiche stationäre Aufenthalte nicht vergütet wurden, obwohl die G-AEP-Kriterien den Aufenthalt gerechtfertigt hätten, weil das Protokoll als Checkliste zwar existiert, jedoch bei der täglichen Dokumentation kaum Berücksichtigung fand. Um diesen Problemen entgegenwirken zu können, wurden die G-AEP-Kriterien in alle Pfadkurven eingearbeitet, die sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden können.

Somit erhalten alle Patienten, unabhängig von ihrer Aufenthaltsart, eine Pfadkurve, die sowohl die diagnosespezifischen Standards als auch die G-AEP-Kriterien enthält. Insofern kann eine erste Prüfung der G-AEP-Kriterien bereits beim Erstgespräch erfolgen. Die Kurve begleitet den Patienten weiter, selbst dann, wenn zunächst kein (G-AEP-) Grund für einen stationären Verbleib existiert. Kommt es im Verlauf des ambulanten Aufenthaltes zu Komplikationen oder treffen andere G-AEP-Kriterien zu, so können diese wie beschrieben in der Kurve dokumentiert werden. Folglich kann ein Fall, unabhängig davon ob er ambulant oder stationär geführt wird, mit ein und demselben Stammdokument abgeschlossen werden.

Besondere Herausforderung für Innere Abteilungen

Die internistischen Abteilungen standen mit der Entwicklung und Einführung der klinischen Pfade vor einer besonderen Herausforderung. Während sich chirurgische Standards gut abbilden lassen, handelt es sich bei internistischen Diagnosen zunächst häufig nur um eine Verdachtsdiagnose oder um einen Symptomenkomplex, der zu einer Krankenhauseinweisung geführt hat. Ein gutes Beispiel ist das „unklare Fieber länger als drei Wochen“. Der Name des Einweisungsgrundes weist bereits implizit darauf hin, dass es sich um ein Symp-

tom handelt und nicht um eine Diagnose. Zwar lassen sich Maßnahmen am ersten Behandlungstag sehr gut standardisieren, jedoch ist eine weiterführende Fixierung von Maßnahmen nur sehr eingeschränkt möglich und stellt sich als sehr schwierig dar. Infolgedessen kam und kommt es zu Umsetzungsbarrieren wie zum Beispiel frühzeitige Pfadabbrüche, schlecht verwertbare Varianzen und auch zu Pfadfällen, die innerhalb der definierten Verweildauer nicht zur Zielerreichung führen. Diese Problematik ist bei zahlreichen anderen internistischen Diagnosen, die mehr ein Symptom/Diagnosekomplex als ein abgrenzbares Krankheitsbild/Diagnose darstellen, in ähnlich gelagerter Form zu beobachten.

Der beschriebene Zusammenhang ist vermutlich die Ursache dafür, warum auf nationaler Ebene im Vergleich mit chirurgischen Disziplinen nur wenige internistische Pfade problemlos umgesetzt werden konnten. Um diesen Defiziten entgegenzuwirken, hat ein interdisziplinäres Team einen „Diagnosepfad Innere“ entwickelt. Ziel eines solchen Standards ist es, innerhalb der ersten zwei Behandlungstage eine Diagnose zu sichern, unabhängig davon, ob hierfür im späteren Verlauf ein Pfad angeboten werden kann. Da lediglich zwei Behandlungstage in der Kurve benötigt werden, wurde der übrige Platz für die Abbildung folgender Diagnosekomplexe genutzt: Gastroenterologie, Kardiologie, Neurologie, Onkologie, Angiologie und Endokrinologie.

Jedem Diagnoseschema wurden in einer Matrix die speziellen Untersuchungen zugeordnet und nach Labor, Radiologie, Sonografie/Endoskopie und Konsile sortiert dargestellt. Eine dunkle Schattierung weist darauf hin, welche Ergebnisse zu einem entsprechenden Diagnosekomplex gehören. Die Anordnung einer Maßnahme wird verbindlich, wenn das Wunschedatum in das entsprechende Feld eingetragen wurde. Im rechten unteren Quadranten des Kurvenblattes wird nach Diagnosesicherung dokumentiert,

- ob eine Diagnose gesichert werden konnte,
- wenn ja, wie diese lautet,
- sofern vorhanden, auf welchem Pfad der Patient gesetzt wird, und
- an welchem Tag der Pfadeinstieg stattfindet.

Diese Art der Übersicht soll einerseits die Dokumentation verbessern, andererseits führt diese Form der Visualisierung zu einer sehr guten Übersichtlichkeit. Ein gewünschter Nebeneffekt ist, dass insbesondere für neue ärztliche und pflegerische Mitarbeiter auf den ersten Blick erkennbar ist, welche Untersuchungen zu einer gesicherten Diagnose führen.

Der „Diagnosepfad Innere“ soll künftig bei jeder unklaren Diagnose zum Einsatz kommen und als ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Diagnosefindung beitragen.

Weitere Effizienzsteigerungen sind möglich

Die aufgeführten Beispiele zeigen deutlich, dass ein effizientes Pfadmanagement grundsätzlich nur dann möglich ist, wenn hausintern eine einheitliche Definition des Begriffs existiert, ein strukturiertes Varianzanalysesystem etabliert ist und die Standards regelmäßig an die geltenden Rahmenbedingungen angepasst werden. Perspektivisch gesehen kann es zu einer weiteren Effizienzsteigerung kommen, wenn traditionelle abteilungsbezogene Organisationsstrukturen durch Kompetenzzentren (zum Beispiel Bauch-, Rücken- oder Kopfzentrum) abgelöst werden und damit verbunden ein hohes Maß an Integrations- als auch Teamfähigkeit der am Krankenbett handelnden Personen existiert.

Anschrift des Verfassers:

Johannes Palm
SKM Stiftungsklinikum Mittelrhein
Johannes-Müller-Straße 7
56068 Koblenz