

KRANKENHAUS



Heike Anette Kahla-Witzsch,
Thomas Geisinger

Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis

Ein Leitfaden

Kohlhammer | *Krankenhaus*

Die Autoren

Dr. med. Heike Anette Kahla-Witzsch

MBA, Fachärztin für Urologie, ärztliche Qualitätsmanagerin, Inhaberin der Stabsstelle Qualitätsmanagement am Klinikum der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt a. M.

Dr. med. Thomas Geisinger

Arzt und Krankenhausbetriebswirt (VWA), Produktmanager für den DRG-Bereich bei der GWI AG, Bonn, einem Technologieunternehmen für Krankenhaussoftware und Beratung im Gesundheitswesen.

Heike Anette Kahla-Witzsch
Thomas Geisinger

Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis

Ein Leitfaden

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen oder sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige gesetzlich geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Immer dann, wenn im Text des Buches ausschließlich die männliche oder die weibliche Form in der Formulierung gewählt wurde, ist selbstverständlich auch die andere Form impliziert. Aus Gründen der flüssigeren Schreibweise und besseren Lesbarkeit wurde auf die durchgängige Verwendung beider Geschlechtsformen verzichtet. Dies bedeutet keine Diskriminierung der jeweils nicht aufgeführten Geschlechtsform.

1. Auflage 2004

Alle Rechte vorbehalten

© 2004 W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Umschlag: Gestaltungskonzept Peter Horlacher

Gesamtherstellung:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH + Co. Stuttgart

Printed in Germany

ISBN 978-3-17-026549-3

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	9
2	Was sind Clinical Pathways? Definition und Abgrenzung	11
2.1	Einführung	11
2.2	Algorithmus	12
2.3	Leitlinien	13
2.4	Richtlinien	15
2.5	Standard	16
2.6	Evidenzgestützte Medizin oder Evidence-Based-Medicine . . .	17
2.7	Checkliste	17
2.8	Klinische Prozessablaufbeschreibung	19
2.9	Definition Clinical Pathway bzw. Critical Pathway	21
2.10	Historie des Clinical bzw. Critical Pathways	22
3	Warum werden Clinical Pathways benötigt?	25
3.1	Die finanzielle Situation des deutschen Gesundheitswesens . . .	25
3.2	Politische Entwicklungen	27
3.3	Gesetzliche Rahmenbedingungen	28
3.3.1	Pauschalierendes Entgeltsystem	28
3.3.2	Was sind DRG?	29
3.3.3	Mögliche Auswirkungen eines Fallpauschalensystems	30
3.4	Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement	35
3.5	Medizinischer Fortschritt	36
3.6	Patientenerwartungen	37
4	Welchen Nutzen können Clinical Pathways bringen?	39
4.1	Grundsätzliche Überlegungen	39
4.2	Ergebnisse aus der Literatur	41
4.2.1	Unfallchirurgie/Orthopädie	41
4.2.2	Urologie	42
4.2.3	Gynäkologie/Geburtshilfe	43
4.2.4	Thoraxchirurgie	43
4.2.5	Innere Medizin	45
5	Welche Voraussetzungen benötigt man zur Erstellung und Einführung von Clinical Pathways?	47
5.1	Unternehmenskultur	48
5.1.1	Mitarbeiterorientierung	49
5.1.2	Veränderungsbereitschaft	50

5.1.3	Fehlerkultur	50
5.1.4	Patientenorientierung	52
5.1.5	Transparenz	52
5.2	Management und Ressourcen	53
5.3	Strukturen	54
5.4	„Kaufen oder Selbermachen?“	54
6	Welche Sichtweisen und Bestandteile kann ein Clinical Pathway beinhalten?	57
6.1	Die Sichtweisen im Detail	59
6.1.1	Arztsicht	59
6.1.2	Pflegesicht	59
6.1.3	Administrative Sicht	62
6.1.4	Funktionsbereichsicht	63
6.1.5	Der Patientenpathway	64
6.2	Weitere Bestandteile eines Clinical Pathways	66
6.2.1	DRG-/Diagnosen-/Prozedurenauswahl	66
6.2.2	Ein- bzw. Ausschlusskriterien	66
6.2.3	Dokumentationszusammenführung	67
6.2.4	Ergebniskriterien	68
6.2.5	Scorebeurteilungen	69
6.2.6	Abweichungskriterien/Varianzen	70
7	Welche Clinical-Pathway-Darstellungsformen gibt es gegenwärtig?	73
7.1	Einleitung	73
7.2	Papiergestützte Pathways	73
7.3	Softwaregestützte Pathways	74
7.4	Das „One-Page-Prinzip“	75
7.5	„More-than-One-Page-Prinzip“	79
7.6	Beispiel einer in der Praxis bewährten Clincial-Pathway- Darstellung	79
7.6.1	Grundstruktur des Pathwayaufbaus	81
7.6.2	Aufnahmetag	82
7.6.3	Therapie- und Behandlungstage	86
8	Wie erhält man einen Clinical-Pathway-Standard?	91
8.1	Der 4-stufige Clinical-Pathway-Zyklus	91
8.2	Wer sollte zentral die Verantwortung für Clinical Pathways übernehmen?	93
8.3	Checkliste für das ZIP-Team	94
8.4	Entscheidungskriterien im Einzelnen	95
8.4.1	Welchen Zeitraum sollte ein Clinical Pathway umfassen?	95

8.4.2	Welchen inhaltlichen Umfang sollte der Behandlungspfad haben?	96
8.4.3	Welche Darstellungsform sollte gewählt werden?	96
8.4.4	Welche Sichtweisen und Bestandteile soll der Pathwaystandard beinhalten?	97
9	Wie wird aus dem Pathwaystandard ein abteilungsbezogener Clinical Pathway entwickelt?	99
9.1	Beschlussfassung der Abteilungsleitung	99
9.2	Auswahl eines geeigneten Krankheitsbildes	100
9.3	Interprofessionelle Teambildung (DIP-Team)	101
9.4	Planung der Arbeitstreffen	102
9.5	Recherche in Literatur und Krankenakten	103
9.6	Ist-Analyse	104
9.7	Sollkonzepterstellung	105
9.8	Aufbau des Abteilungspaths	106
9.8.1	Standardisierte Titelseite (Seite 1)	106
9.8.2	Ärztliche und pflegerische Anamneseerhebung (Seite 2–3) . .	107
9.8.3	Ärztliche und pflegerische Untersuchungsbefunde (Seite 3–6)	108
9.8.4	Ärztliche und/oder pflegerische Dokumentationsbestandteile (Seite 7–8)	109
9.8.5	Fieberkurve, Verlauf, Pflegemaßnahmen, Checklisten (Seite 9 ff.)	110
10	Wie wird ein abteilungsbezogener Clinical Pathway umgesetzt, evaluiert und weiterentwickelt?	113
10.1	Implementierung	113
10.1.1	Erforderliche Voraussetzungen	113
10.1.2	Umsetzungsschritte	114
10.2	Evaluierung	115
10.2.1	Vorgehen nach der Pilotphase	115
10.2.2	Abweichungen vom Standard	116
10.2.3	Erzielte Ergebnisse/Outcome	117
10.2.4	Berichtswesen	117
10.2.4.1	Personenbezogene Betrachtungsweise	118
10.2.4.2	Abteilungsbezogene Betrachtungsweise	118
10.2.4.3	Klinikbezogene Betrachtungsweise	119
10.3	Weiterentwicklung	120
11	Ausblick: Werden softwaregestützte Behandlungspfade die Zukunft bestimmen?	123
11.1	Weshalb gewinnen softwaregestützte Pfadlösungen immer mehr an Bedeutung?	123

11.2	Erforderliche Bestandteile	125
11.2.1	Problemorientierte Krankenblattdokumentation nach Weed .	125
11.2.2	Instrument zur Pfaderstellung bzw. Pfadnutzung	127
11.2.3	Instrumente für fallübergreifende Darstellungen	131
11.2.4	Instrumente für fallbezogene Darstellungen	132
11.2.5	Instrumente für Prozess-/Pfadcontrolling	135
11.3	Mögliche Vorgehensweise für eine softwaregestützte Pfad- Umsetzung	137
12	Welche Chancen und Risiken haben Clinical Pathways?	139
12.1	Standardisierung	139
12.2	Kommunikation	141
12.3	Auswahl der Krankheitsbilder/Prozeduren	142
12.4	Dokumentation	142
12.5	Qualitätsverbesserung	143
	Literaturverzeichnis	145

1 Einleitung

„Eine Investition in Wissen
bringt immer noch die besten Zinsen.“
(Benjamin Franklin)

Clinical Pathways, auch Critical Pathways oder klinische Behandlungspfade genannt, gewinnen in Deutschland zunehmend an Bedeutung. Es handelt sich um ein Werkzeug aus den angelsächsischen Ländern kommend, das man definieren kann als „evidence-basierten Behandlungsablauf zur ständigen Qualitätsverbesserung in der Patientenversorgung.“ (Definition Arbeitsgruppe Clinical Pathways der Universitäten Frankfurt und Göttingen, 2001).

Woher kommt das wachsende Interesse an diesem Instrument?

Durch die vom Gesetzgeber im Jahr 2000 beschlossene Änderung der Vergütungsform für die stationäre Patientenversorgung in ein durchgängiges Fallpauschalensystem anhand von DRG (Diagnosis Related Groups), werden strukturelle Veränderungen in der Patientenversorgung der Krankenhäuser erforderlich. DRG bilden die Basis für strategische Entscheidungen hinsichtlich der Optimierung der Behandlungsabläufe und Umorientierung des Leistungsspektrums eines Krankenhauses. Fallpauschalensysteme bergen den ökonomischen Anreiz, auf eine möglichst effiziente Form der Leistungserbringung zu achten. Während die bisherigen Tagespflegesätze den Anreiz setzten, Patienten möglichst lange in stationärer Behandlung zu halten, fördern Fallpauschalen eher eine Verweildauersenkung.

Der zunehmende Wettbewerb der Krankenhäuser, bedingt durch Überkapazitäten, macht es für die Häuser überlebensnotwendig, auf eine möglichst kostengünstige Form der Leistungserbringung zu achten, ohne jedoch die medizinische Qualität der Krankenversorgung zu gefährden.

Der Gesetzgeber hat, um Einsparungen auf Kosten der Qualität zu verhindern, verschärfte externe Qualitätssicherungsmaßnahmen und die Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagementsystems als Begleitmaßnahmen beschlossen. Bei vorgegebenen Erlösen liegt der Schwerpunkt auf einer Beeinflussung der Kostensituation. Neben der Schaffung von Kostentransparenz durch Fallkostenkalkulation ist die Etablierung von Clinical Pathways ein geeignetes Instrument, um Einfluss auf Kosten und Qualität zu nehmen. Das neue Abrechnungssystem führt zu verschärften Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung und auch an die Dokumentation. Hierbei können ebenfalls die Clinical Pathways unterstützen.

Was hat uns veranlasst, dieses Buch zu schreiben?

Als wir mit der Entwicklung und Einführung von Clinical Pathways an unserem Klinikum begonnen und die zum Thema veröffentlichten Bücher angesehen haben, mussten wir feststellen, dass es zwar Übersetzungen anglo-amerikanischer Werke gibt, aber bislang kein originär deutschsprachiges Buch mit Berücksichtigung der Besonderheiten des hiesigen Gesundheitswesens erhältlich ist. Dies hat uns veranlasst, das vorliegende Buch zu verfassen, mit dem wir folgende Zielsetzungen verfolgen wollen: Wir wollen in Kapitel 2 das im Umfeld von Clinical Pathways gebräuchliche „Begriffswirrwarr“ erläutern. In Kapitel 3 beantworten wir die Frage, warum wir gerade heute Clinical Pathways in Krankenhäusern benötigen und welchen Nutzen sie bringen können, wird in Kapitel 4 beschrieben. Welche Voraussetzungen zur Erstellung und Einführung von Clinical Pathways erforderlich sind, wird in Kapitel 5 dargestellt. Kapitel 6 beantwortet, wie die Bestandteile eines Clinical Pathways aussehen können und die möglichen Darstellungsformen werden in Kapitel 7 aufgezeigt. Hinweise zur Entwicklung eines Clinical-Pathwaystandards finden sich in Kapitel 8. Die Kapitel 9 und 10 zur Entwicklung krankheitsbildbezogener Behandlungspfade umfassen Implementierung, Evaluierung und Weiterentwicklung von Clinical Pathways. Einen Ausblick auf zukünftige Softwarelösungen bietet Kapitel 11. Abschließend beleuchtet das Kapitel 12 die Chancen und Risiken, die eine Nutzung dieses Werkzeuges mit sich bringen kann.

Unser Anliegen besteht darin, praxisnahe Hinweise zu geben, wie man Clinical Pathways im klinischen Alltag sinnvoll nutzen kann. Wir wenden uns mit diesem Buch an Mitarbeiter des ärztlichen, pflegerischen und administrativen Bereiches, Qualitäts-, DRG- oder Dokumentationsbeauftragte, die ein praktisches Hilfsmittel, eine Schulungsunterlage oder Nachschlagewerk zum Thema suchen.

Doch wie bei allem anderen gilt auch für Clinical Pathways:

*„Eine Sache lernt man, indem man sie macht.“
(Cesare Pavese 1908–1950).*

An dieser Stelle möchten sich die Autoren herzlich für die Geduld und das Verständnis ihrer Familien während der Erstellungsphase des Buches bedanken.

2 Was sind Clinical Pathways? Definition und Abgrenzung

2.1 Einführung

Alle reden vom Clinical Pathway –
aber jeder versteht etwas anderes darunter.

Oder:

„Wenn du dich mit mir unterhalten willst,
dann definiere deine Begriffe.“ (Voltaire)

Für jeden, der sich mit der Thematik „Clinical Pathway“ auseinandersetzt, erweist es sich als sinnvoll, sich zunächst einmal über das fachliche „Begriffswirrwarr“ Klarheit zu verschaffen. Die hier zu klärenden Begrifflichkeiten in Zusammenhang mit Clinical Pathways lassen sich in zwei Bereiche einteilen (vgl. Nese, 1997): Die erste Gruppe umfasst Begrifflichkeiten, die in der Literatur z. T. synonym mit dem Begriff des Clinical Pathways benutzt werden und in der zweiten Gruppe finden sich Begriffe, die im Weiteren Umfeld verwendet werden.

Gruppe 1:

- integrierter Patientenpfad
- Behandlungsstandard
- Clinical Pathway
- Care Map
- Clinical Care Plan
- Interdisciplinary Treatment Plan
- Multidisciplinary Actionplan
- Clinical Practice Guideline

Gruppe 2:

- Algorithmus
- Standard
- Leitlinie
- Richtlinie
- Guideline
- Checkliste
- Evidenzbasierte Medizin
- Prozessablaufbeschreibung

Schnell stellen sich in diesem Zusammenhang folgende Fragen:

- Versteht man unter den oben aufgeführten Begrifflichkeiten nun immer das Gleiche, wie z. B. die Zutaten zur Vorgehensweise im Sinne eines Kochrezeptes (Gruppe 2)?
- Handelt es sich etwa um eine schon fertige Lösung, die hilft dem Chaos zu entgehen (Gruppe 1)?
- Was haben Logik und Erfahrung damit zu tun?

Die Antwort darauf sollen die nun folgenden Definitionen mit Hilfe entsprechender Beispiele geben.

2.2 Algorithmus

Definition: „Ein Algorithmus stellt eine Vorschrift zur Lösung einer Aufgabe mit Hilfe einer Wenn-Dann-Logik in endlich vielen Schritten dar.“ (Bundesärztekammer: Curriculum Qualitätssicherung, S. 80).

In einem klinischen Algorithmus wird ein klinisches Problem wie in Abbildung 2.1 gelöst. Die Darstellung erfolgt grundsätzlich in Form eines Flussdiagramms und wird häufig computerunterstützt realisiert.

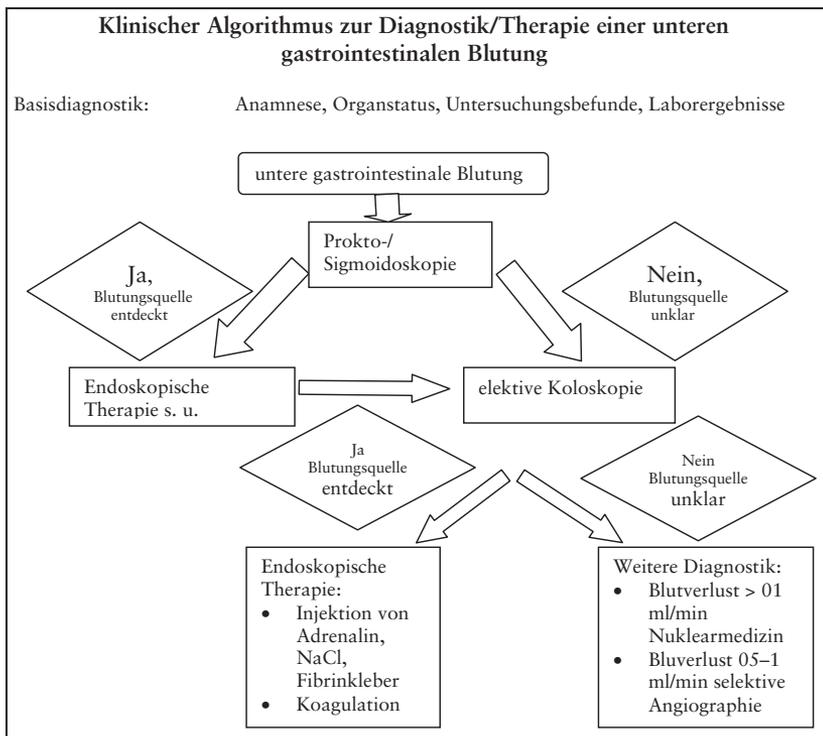


Abb. 2.1: Klinischer Algorithmus Diagnostik bzw. Therapie bei unterer gastrointestinaler Blutung (mod. nach Dancygier/Planta et al., 1996, S. 247)

Zur Vereinheitlichung und um Missverständnissen vorzubeugen, empfiehlt es sich für eine klinikinterne standardisierte Erstellung von klinischen Algorithmen, auf die unten angeführten Elemente zurück zu greifen (vgl. Abb. 2.2).

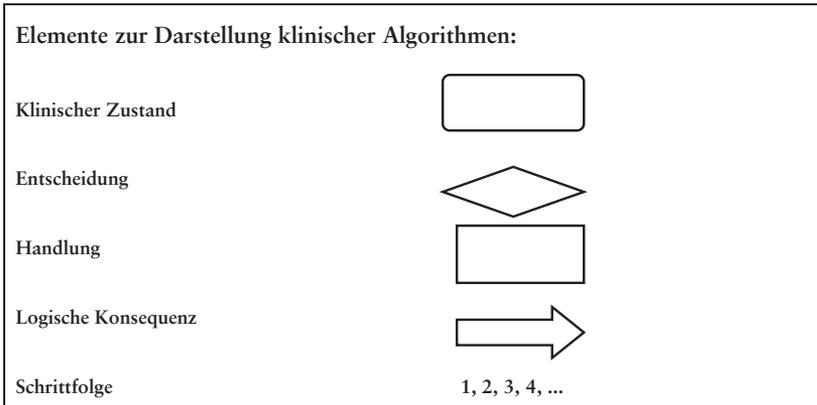


Abb. 2.2: Elemente zur Darstellung von Algorithmen (Sitter et al., 1999)

Grundsätzlich wird bei einer klinischen Algorithmuserstellung zwischen einem Bottom-up-Ansatz (geht von realen Fällen einzelner Patienten aus) und einem Top-down-Ansatz (Gliederung von zuvor ungeordneten, aber bekannten Prozessschritten) unterschieden (vgl. AWMF/Leitlinien). Klinische Algorithmen finden häufig in Zusammenhang mit der medizinischen Leitliniengestaltung bei der Wahl der geeigneten diagnostischen bzw. therapeutischen Maßnahme für das jeweils betrachtete Krankheitsbild Verwendung.

2.3 Leitlinien

Definition: „Ärztliche Leitlinien sind systematisch entwickelte Darstellungen und Empfehlungen mit dem Zweck, Ärzte und Patienten bei der Entscheidung über angemessene Maßnahmen der Krankenversorgung (Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge) unter spezifischen medizinischen Umständen zu unterstützen.“ (Lorenz, 1997, S. 11).

Die Leitliniendefinition orientiert sich wortgenau an der amerikanischen Definition der Agency for Health Care Policy and Research für Clinical

Practice Guidelines 1990 (vgl. Lorenz, 1997). Die Erstellung von Leitlinien und Standards wurde vom Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen erstmalig 1994 in Deutschland gefordert (vgl. Hoffmann, 1998).

Leitlinien können als Hilfe zur Entscheidungsfindung für die geeignete ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen verstanden werden. Ärztliche Leitlinien geben desweiteren „(...) den Stand des Wissens (Ergebnisse von kontrollierten klinischen Studien und Wissen von Experten über effektive und angemessene Krankenversorgung) zum Zeitpunkt der ‚Drucklegung‘ wieder (...) und stellen den Konsens von Experten mehrerer Fachbereiche und Arbeitsgruppen zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar. Sie sind zudem wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen.“ (Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, 1999).

Andere Quellen sehen in Leitlinien „Orientierungshilfen im Sinne von Handlungskorridoren, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Sie werden regelmäßig auf ihre Gültigkeit hin überprüft und müssen ggf. fortgeschrieben werden.“ (Bundesärztekammer: Curriculum Qualitätssicherung, S. 90–91). Zahlreiche Beispiele medizinischer Leitlinien finden sich auf der Internetseite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF/Leitlinien) und werden dort entweder als Volltext, Kurzversion oder als Algorithmus unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Von einigen Fachgesellschaften werden für ausgewählte Leitlinien neben einer Lang- bzw. Kurzfassung für das ärztliche Personal auch Patienteninformationen angeboten. Von diesen öffentlichen Leitlinien, die über einen ressourcenaufwändigen Drei-Stufen-Prozess erstellt werden (vgl. Übersicht „Drei-Stufen-Plan“), sind klinikinterne Leitlinien zu unterscheiden.

Drei-Stufen-Plan (vgl. Deutsche Gesellschaft für Chirurgie):

1. Stufe: Checklistenstellung durch Expertengruppen
2. Stufe: formeller Konsensusprozess
3. Stufe: systematische Leitlinienentwicklung
(Logik, Konsensus, klinischer Algorithmus, Evidence-based Medicine, Entscheidungsanalyse, Outcomeanalyse)

Klinikinterne Leitlinien haben u. a. die Aufgabe die Zusammenarbeit zwischen einzelnen Fachabteilungen und im Idealfall auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen aufeinander abzustimmen und helfen somit, den organisatorischen Ablauf zu verbessern. Erfolg versprechend ist hierbei, wenn ausgehend von anerkannten nationalen oder internationalen, evidenzbasierten Leitlinien, klinikeigene interne Leitlinien abgeleitet werden. Diese Vorgehensweise trägt durch Berücksichtigung der Gegebenheiten vor

Ort zu einer höheren Akzeptanz bei (vgl. Muir, 1997). Als Beispiel für interne Leitlinien sei hier das Modell der integrierten Patientenpfade (MIPP) aus dem Kantonsspital Aarau genannt. Auf der Basis von Klinikstandards und einer Darstellung in Algorithmusform werden Patientenpfade in standardisierte Prozesselemente (= Komponenten) gegliedert, um Transparenz in der Leistungserbringung sowie Kostenkalkulation zu erzielen (vgl. Müller et al., 2001).

2.4 Richtlinien

Definition: Richtlinien sind Handlungsregeln einer gesetzlich, berufsrechtlich, standesrechtlich oder satzungsrechtlich legitimierten Institution, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich ziehen kann. Richtlinien sind weiter schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens. (vgl. Bundesärztekammer: Curriculum Qualitätssicherung, S. 103).

Von den Leitlinien unterscheiden sich Richtlinien eindeutig im Hinblick auf die Verbindlichkeit und die bei Nichteinhaltung drohenden Sanktionen. Interessant erscheint in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass im europäischen Sprachraum unter einer „Guideline“ immer eine „Leitlinie“ verstanden wird. Im amerikanischen Sprachgebrauch hingegen wird der Begriff der Guideline sowohl für Richtlinie als auch Leitlinie verwendet (AWMF/Leitlinien).

Als ein typisches Beispiel für eine Richtlinie möchten wir an dieser Stelle die allgemeinen und speziellen Kodierrichtlinien anführen, die seit dem 01.01.2002 für die medizinische Dokumentation in Deutschen Krankenhäusern gelten (DKG-Webseite, 2002). Ein weiteres Beispiel für eine Richtlinie, deren Nichtbefolgung entsprechende Sanktionen nach sich ziehen würde, ist die Verpflichtung der Informationsweitergabe von Arzneimittelnebenwirkungen an das Paul-Ehrlich-Institut (siehe hierzu: www.pei.de/uaw/uaw_klein_pruef.htm).