

Dirk Appel/Dr. Hans Ruf/Dr. Elmar Müller/Dr. Werner Beermann

Clinical Pathways – ein praxisorientiertes Instrument zur wirtschaftlichen Leistungserbringung

Fallstudie am Beispiel des ischämischen Schlaganfalls

Clinical Pathways, Klinische Pfade, Behandlungspfade, Patientenpfade – alle diese Begriffe bezeichnen ein wichtiges Controllinginstrument der Krankenhäuser. Man spricht auch vom Clinical Pathway, der als spezielle Form der institutsgebundenen Leitlinien den Behandlungsablauf des Patienten berufsgruppenüberschreitend von der Aufnahme bis zur Entlassung beschreibt. Die Mehrzahl der Patienten kann über eine entsprechende Arbeitsdiagnose einem Clinical Pathway zugeordnet werden, welcher dann prozessbezogen die geforderten Leistungen bzw. den Ressourcenverbrauch während des Behandlungsablaufes und des Krankenhausaufenthaltes beschreibt und transparent macht. Clinical Pathways sind die Voraussetzung zu einer Prozessoptimierung, deren Ziel nicht nur die medizinischen Qualitätssicherung und -optimierung ist, sondern die auch als kostenorientiertes Steuerungsinstrument wichtige betriebswirtschaftliche Zusammenhänge offenlegt. Nachfolgend werden die Entwicklung und der Praxiseinsatz eines Clinical Pathway zum Krankheitsbild der Apoplexie im Kath. Krankenhaus Hagen vorgestellt. Durch das Projekt und seine Auswirkungen auf den Behandlungsprozess kam es zu deutlichen Verbesserungen der Prozess- und Ergebnisqualität innerhalb der Fallgruppe ischämischer Schlaganfall.

Fallauswahl

Die Fallauswahl bevorzugt kostenintensive Fallgruppen mit einer hohen Leistungsvarianz. Im Kath. Krankenhaus Hagen, wo jährlich etwa 750 Patienten mit dem Krankheitsbild der Apoplexie behandelt werden, entschied eine Projektgruppe, zu diesem Krankheitsbild einen Clinical Pathway zu erarbeiten. Zum Zeitpunkt des Projektstarts gab es dafür im Fallpauschalenkatalog 2004 5 (B70A-E), im Fallpauschalenkatalog 2005 noch 4 abrechenbare DRGs (B70A-D). Im Katalog 2006 findet wieder eine stärkere Differenzierung nach Schweregrad und Verlauf der Erkrankung in insgesamt 8 DRGs (B70A-H) statt.

Der Ressourceneinsatz beim Apoplexiepatienten ist stark abhängig von den zur Verfügung stehenden Diagnose- und Therapieverfahren der behandelnden Einrichtung. Im Kath. Krankenhaus Hagen wird diese Patientengruppe während der Akutphase auf einer von der Deutschen Schlaganfallhilfe zertifizierten „überregionalen Stroke Unit“ betreut, die entsprechend umfassende Diagnostikmöglichkeiten und differenzierte Therapieoptionen vorhält. Der Einsatz kostenintensiver Ressourcen im Personal- und Sachkostensegment ist dementsprechend hoch. Die weitere Behandlung erfolgt entsprechend dem Schwerpunkt der Begleiterkrankungen und dem freien Bettenangebot so-

wohl in der Klinik für Neurologie als auch der Klinik für Innere Medizin.

Zur effektiven Leistungserbringung benötigen die an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen einheitliche Handlungsrichtlinien und definierte Behandlungsziele. Nur über eine prozesskontrollierte Ressourcennutzung gelingt es, langfristig eine hohe medizinische Versorgungsqualität innerhalb betriebswirtschaftlich vorgegebener Rahmenbedingungen zu realisieren.

Dies war Anlass, einen Clinical Pathway für das häufige Krankheitsbild „Schlaganfall“ zu entwickeln und kostenrechnerisch abzubilden.

Projektteam

Bei der Pfaderarbeitung ist es wichtig, sämtliche am Prozess beteiligten Berufsgruppen einzubinden. Die ständige Präsenz aller Berufsgruppen bei der Pfaderarbeitung ist nicht notwendig, zu Spezialthemen können auch einzelne Experten hinzugezogen werden. Das Projektteam war im vorliegenden Fall wie folgt zusammengesetzt: verantwortlicher Oberarzt Neurologie, verantwortlicher Oberarzt Innere Medizin, verantwortliche Pflegefachkraft (Stationschwester), Medizincontroller, Mitarbeiter Controlling und ein externer Berater für die Moderation und fachliche Begleitung.

EDV-Unterstützung

Die bei der Kalkulation eines Patientenpfades zu verarbeitenden Datenmengen können ohne den Einsatz eines speziellen Kalkulationsprogramms nicht bewältigt werden. Die



FAA
FachArztAgentur GmbH
Einfach mehr Möglichkeiten

FreeCall
0800 - 20 20 30 2

**Honorarvertretungen
an Kliniken und Krankenhäusern
Vermittlung · Organisation · Betreuung**

Postfach 101109 · 33511 Bielefeld · Fax: 05 21 / 48 951-22
www.facharztagentur.de · info@facharztagentur.de

Konzept 09: Ordnungspolitischer Rahmen der Krankenhausfinanzierung



Siebig/Geiser/Einwig/Heineck

Konzept 09: Ordnungspolitischer Rahmen der Krankenhausfinanzierung

2007. 99 Seiten. Kart.
€ 19,80

ISBN 978-3-17-019871-5

Dr. rer. soc. Josef Siebig, Dipl.-Volkswirt, Verbandsdirektor der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG), Stuttgart

Dr. phil. Matthias Geiser, Dipl.-Verwaltungswissenschaftler, Geschäftsführer in der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG), Stuttgart

Matthias Einwig, Dipl.-Volkswirt, Geschäftsführer in der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG), Stuttgart

Martin Heineck, Dipl.-Volkswirt, Referent bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG), Stuttgart

■ Im Jahr 2009 wird die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf Fallpauschalen mit landesweit einheitlichen Preisen abgeschlossen sein. Welche gesetzlichen Rahmenbedingungen dann für diese Branche mit einem Umsatz von rund 50 Mrd. € gelten, ist vom Gesetzgeber noch nicht geregelt. Das Werk ist ein Beitrag zur anstehenden gesundheitspolitischen Diskussion. Dabei werden zunächst alternative Preissysteme unter der Annahme unveränderter Rahmenbedingungen untersucht. Anschließend erfolgt eine Analyse bei veränderten Rahmenbedingungen und die Ableitung eines „Preispolitischen Konzepts 2009“.

www.kohlhammer.de



Jetzt Bestellschein ausfüllen und abschicken oder faxen an **0 711/78 63-8430**

Kohlhammer

Bestellschein

Diese Bestellung bitte senden an:

Expl.

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Gesamtverzeichnis Pflege, kostenlos
<input type="checkbox"/>	Gesamtverzeichnis Krankenhaus, kostenlos

Name, Vorname

Straße

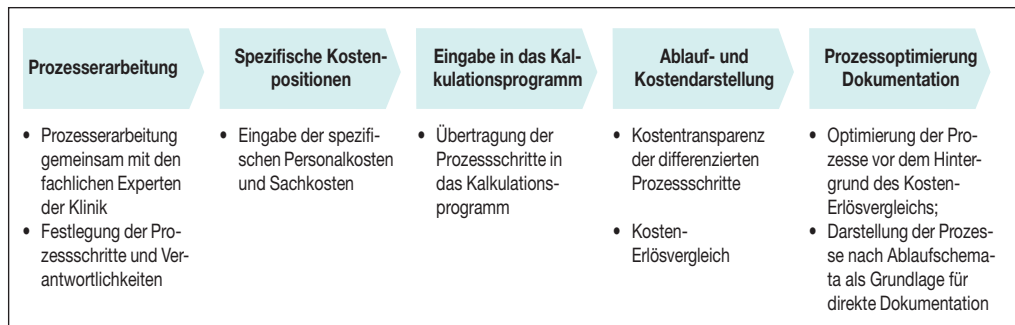
PLZ/Wohnort

Datum/Unterschrift

W. Kohlhammer GmbH · Verlag für Medizin, Psychologie, Pflege und Krankenhaus · 70549 Stuttgart
Tel. 0711/7863 - 7280 · Fax 0711/7863 - 8430 · vertrieb@kohlhammer.de · www.kohlhammer.de

Sie haben das Recht, die Bestellung innerhalb von 14 Tagen nach Lieferung zu widerrufen. Der Widerruf bedarf keiner Begründung, hat jedoch schriftlich oder durch Rücksendung der Ware an Ihren Buchhändler oder an den W. Kohlhammer Verlag, 70549 Stuttgart, zu erfolgen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs oder der Ware (Datum des Poststempels). Bei einem Warenwert unter € 40,- liegen die Kosten der Rücksendung beim Rücksender.

Abbildung 1: Projektschritte



wenigsten Krankenhäuser in Deutschland verfügen zurzeit über eine exakte Kostenträgerrechnung, die Rückschlüsse auf die angefallenen Ist-Kosten einer Patientengruppe zulässt. Daher suchte die Projektgruppe nach einem System, das folgende Voraussetzungen erfüllte: 1. Leichte Bedienbarkeit mit wenig Einarbeitungsaufwand; 2. Übersichtliche Menüführung; 3. Übersichtliche Darstellung der Prozessschritte; 4. Vielfältige Möglichkeiten der Datenauswertung.

Auf der Grundlage dieser Anforderungen entschied sich die Projektgruppe für das Programm „Kalkulation Klinischer Behandlungspfade“ der BPG Unternehmensberatungsgesellschaft mbH, Münster. Diese Unternehmensberatung übernahm auch den Part der fachlichen Begleitung und Moderation der Projektgruppensitzungen.

Pfaderarbeitung

Die Pfaderarbeitung erfolgte in 6 Projektgruppensitzungen. Die einzelnen Schritte, in denen das Projekt entwickelt

Abbildung 2: Auszug aus dem Kalkulationsprogramm

Reihenr.	Komponente:	Direkt zugeordnete Kosten:	Einheit:	Kosten je Einheit:	Menge:	Kosten Summe:
1	Ausscheidung selbständig a 3 min	Personalkosten: Pflegedienst Innere Sachkosten:		0,45 € 0,00 €	15 0	6,75 € 0,00 €
2	Medikamentengabe oral a 3 min	Personalkosten: Pflegedienst Innere Sachkosten:		0,45 € 0,00 €	9 0	4,05 € 0,00 €
3	Thromboseprophylaxe a 3 min	Personalkosten: Pflegedienst Innere Sachkosten: Monoembolox Multidosis 75 ml	ml	0,45 € 1,91 €	3 0,5	1,35 € 0,96 €
4	Überwachung Neurostatus a 5 min	Personalkosten: Pflegedienst Innere Sachkosten: OA Innere, OA Neurologie, OA Radiologie, Pflegedienst Innere, Pflegedienst Neurologie, Physiotherapeut, Sozialdienst, Verwaltung		0,45 € 0,90 € 0,91 € 0,45 € 0,47 € 0,43 € 0,51 € 0,46 €	15 1 1 1 1 1 1 1	6,75 € 0,90 € 0,91 € 0,45 € 0,47 € 0,43 € 0,51 € 0,46 €
5	Lagerung / Mobilisation a 5 min 2 MA	Personalkosten: Pflegedienst Innere Sachkosten:		0,45 € 0,00 €	10 0	4,50 € 0,00 €
6	visite	Personalkosten: Pflegedienst Innere Sachkosten:		0,45 € 0,00 €	10 0	4,50 € 0,00 €
0		Personalkosten: Sachkosten:		0,00 € 0,00 €	0 0	0,00 € 0,00 €

wurde, sind in Abbildung 1 aufgeführt.

Prozessarbeitung

Zunächst wurden die Ist-Abläufe bei der Behandlung von Apoplexiepatienten inklusive des erforderlichen Zeitaufwandes für den jeweiligen Leistungserbringer pro Leistungseinheit aufgenommen. Der Behandlungsablauf gliedert sich

in diesem Modell in 5 verschiedene Ebenen – Pfad, Prozess, Modul, Baustein und Komponente (Abbildung 2). Unter dieser Voraussetzung lässt sich der Clinical Pathway sehr detailgetreu abbilden, die Kosten können der kleinsten sinnvollen Einheit zugeordnet und für den jeweiligen Pfad aufsteigend nach den verschiedenen Pfadebenen aggregiert werden. Zeit- und Leistungsdaten aus vorhandenen Dokumentationen wurden integriert. In einem ersten Schritt wurden die Aufwands- bzw. die Arbeitszeiten von Experten geschätzt und in einem zweiten Schritt vor Ort im Rahmen einer „face to face“ Leistungserfassung von nicht am Prozess beteiligten Mitarbeitern evaluiert. Die jeweils für die Leistungseinheiten anfallenden Sachmittel wurden erfasst und durch das Controlling monetär bewertet (Abbildung 2).

Im Verlauf der Arbeit zeigte sich, dass es nicht genügt, das Patientenkollektiv „Schlaganfall“ hinsichtlich der Prozessabläufe und des Leistungsaufwandes in die beiden großen Gruppen 1. ischämischer Insult bzw. 2. hämorrhagischer Insult aufzuteilen. Aus der Alltagspraxis heraus zeichneten sich sehr verschiedene Krankheitsverläufe ab, die sich

nicht nur hinsichtlich der diagnostischen und der therapeutischen Aufwendungen unterscheiden, sondern insbesondere hinsichtlich der zu erwartenden Verweildauer, das heißt der Liegezeit. Daher beschloss die Projektgruppe, analog der Praxiserfahrung 9 Patientengruppen zu definieren, 7 davon wurden allein den DRGs B70A und B70B zugeordnet (Abbildung 3).

Eingabe der spezifischen Kostenpositionen

Für alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen und Qualifikationen wurden die Kostenpositionen auf der Grundlage von Kosten pro Minute entsprechend dem DRG-Kalkulationshandbuch ermittelt. Das Controlling bewertete die erfassten Sachmittel monetär. Diese Daten wurden in das Kalkulationsprogramm übertragen, so

Abbildung 3: Patientengruppen

DRG (Katalog 2005)	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung	Interne Klassifizierung nach Aufwand und tatsächlicher durchschnittlicher Verweildauer
B70A	Apoplexie mit intrakranieller Blutung	1,912	höchster Aufwand (spez. Pflege bis zum Schluss, Langzeit-EKG etc.), VD 19 Tage
B70A	Apoplexie mit intrakranieller Blutung	1,912	hoher Aufwand, VD 19 Tage
B70A	Apoplexie mit intrakranieller Blutung	1,912	hoher Aufwand, VD 13 Tage
B70B	Apoplexie ohne intrakranielle Blutung	1,305	höchster Aufwand (Lyse, spez. Pflege bis zum Schluss, Langzeit-EKG etc.), VD 19 Tage
B70B	Apoplexie ohne intrakranielle Blutung	1,305	mittlerer Aufwand, VD 14 Tage
B70B	Apoplexie ohne intrakranielle Blutung	1,305	mittlerer Aufwand, VD 10 Tage
B70B	Apoplexie ohne intrakranielle Blutung	1,305	Minimal-Aufwand (ohne spezielle Pflege), VD 9 Tage
B70C	Apoplexie, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme	0,639	VD 3 Tage
B70D	Apoplexie, ein Belegungstag	0,237	VD 1 Tag, keine Normalstation

dass bei der Eingabe der Leistungseinheiten darauf zurückgegriffen werden konnte.

■ Eingabe in das Kalkulationsprogramm

Die im ersten Schritt erarbeiteten Leistungseinheiten der verschiedenen Prozessebenen wurden in das Kalkulationsprogramm eingegeben und ihnen jeweils die Zeit- und Kostendaten zugeordnet.

■ Ablauf- und Kostendarstellung/Kosten-Erlösvergleich

Die im Kalkulationsprogramm enthaltenen Auswertungs- und Berichtsmöglichkeiten lassen unterschiedliche Ergebnisdarstellungen zu. Jede Pfadenebene kann mit Leistungs- und Kostendaten separat oder aufsteigend aggregiert über die nächsthöhere Ebene ausgewertet werden. Weitere Auswertungen sind zum Beispiel nach den verschiedenen Kostenarten möglich.

Die 7 nur für die DRGs B70A und B70B erarbeiteten Prozessabläufe, jetzt mit Kostendaten belegt, wurden den beiden DRGs zugeordnet. Auf diese Weise wurde ersichtlich, dass die pauschale Aussage, die DRG wird kostendeckend oder nicht kostendeckend erbracht, nicht möglich ist. In der Zuordnung zur DRG B70A schwankte die Kosten-Erlösdifferenz bei den 3 zugeordneten Patientengruppen zwischen ca. – 900 € Unterdeckung und ca. 600 € Überschuss. In der Kosten-Erlösdifferenz zwischen den 5 der DRG B70B zugeordneten Patientengruppen gab es Schwankungen zwischen – 3 500 € Unterdeckung und 950 € Überschuss.

Hieraus wird erkennbar, dass es unbedingt notwendig ist, den Behandlungsablauf nicht durch Beliebigkeit, sondern durch klare Prozessvorgaben in einem Clinical Pathway zu steuern. Eine Prozesssteuerung gelingt allerdings nur, wenn den Leistungserbringern der Prozessablauf bzw. die Prozessauswirkung transparent und das Prozessziel akzeptiert ist. Zur Herstellung dieser Transparenz sowie zur Prozesskontrolle ist die Dokumentation der verschiedenen Handlungsabläufe und Leistungselemente unverzichtbar.

Prozessoptimierung/ Dokumentation

Es wurde deutlich, dass bei der Versorgung der Patienten in der Akutphase keine Abstriche gemacht werden können, wenn die Qualität der Behandlung nicht verringert werden soll.

Für die unterschiedlichsten Patientengruppen ließen sich jetzt mit dem vorhandenen Datenmaterial Plankostenrechnungen durchführen, ab welcher Verweildauer die einzelnen Patientengruppen kostendeckend behandelt werden können. Außerdem konnten

auf der Grundlage des vorhandenen Datenmaterials alternative Diagnostik- bzw. Therapiekonzepte entwickelt und prospektiv kalkuliert werden.

Nach Festlegung der künftigen Prozessabläufe unter Berücksichtigung der Behandlungsqualität und der Kostendeckung wurden Dokumentationssysteme entwickelt, die die Anwendung des erarbeiteten Clinical Pathway in der Praxis sichern. Dabei wurde stringent darauf geachtet, dass keine zusätzliche Dokumentation eingeführt wurde, sondern vorhandene Systeme modifiziert oder ersetzt wurden.

Maßnahmen

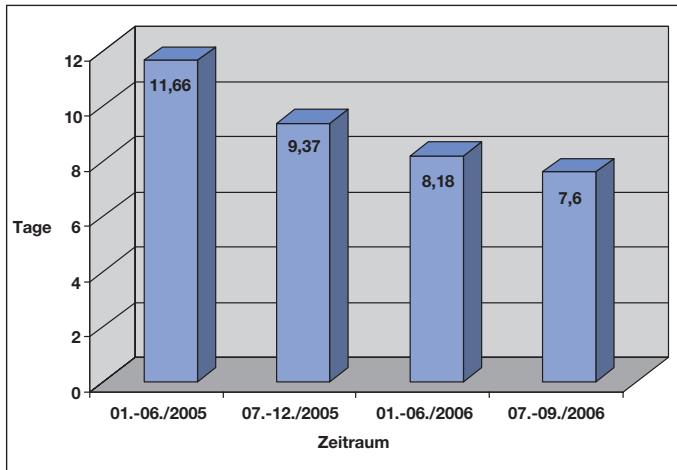
Bei der Erarbeitung des Clinical Pathway zeigte sich, dass nicht alle Prozesse und Abläufe so optimierbar sind, dass eine Leistungserbringung mit einem positiven Deckungsbeitrag möglich ist. Jeden einzelnen Patienten kostendeckend oder mit einem Überschuss zu behandeln, ist nicht möglich, gelingt jedoch in einer optimierten Mischkalkulation.

Die Prozessanalyse hinsichtlich der Kosteneinflussfaktoren erbrachte folgende Ergebnisse:

- Technische Untersuchungen sind nur bedingt reduzierbar.
- Der Hauptansatzpunkt für die Kostenbeeinflussung ist die Verweildauer.
- Gute Anfangsdiagnostik kann die Verweildauer positiv beeinflussen.
- Eine fachlich abgestimmte und geplante Weiterversorgung nach der Stroke Unit-Akutversorgung kann ein Hauptinflussfaktor auf die Gesamtverweildauer sein.
- Es müssen Strukturen zur Erbringung der OPS „Neurologischen Komplexbehandlung“ geschaffen werden.

Zur Umsetzung dieser Hauptergebnisse wurden verschiedene Maßnahmen festgelegt:

Abbildung 4: Verweildauerentwicklung ICD G45.-



A) Einrichtung einer Schwerpunktstation zur Weiterbehandlung der Stroke Unit-Patienten

Bisher wurden die Patienten auf 4 verschiedenen Stationen nachbetreut. Die Einrichtung einer Schwerpunktstation bietet folgende Vorteile:

1. Gleichbleibende, fachlich qualifizierte Betreuung durch auf dieses Patientenkontingent spezialisiertes ärztliches und pflegerisches Personal;
2. Keine Informations- und Zeitverluste durch Patientenübergaben bzw. Verlegungen, das heißt Sicherstellung einer individuellen Behandlungskontinuität für den Patienten;
3. Keine Änderung von Diagnostik- und Therapiekonzepten durch Wechsel des Teams, also eine kontinuierliche Verlaufsbeobachtung;
4. Kurzfristige Supervisionsvisiten durch ein ärztliches und ein pflegerisches Stroke-Team sind möglich.

B) Erweiterung der Monitorplätze und Einführung eines Schichtdienstes im ärztlichen Dienst

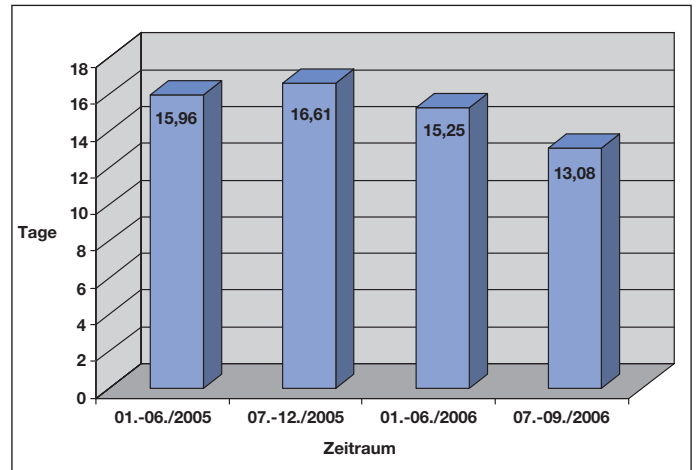
Dadurch wird die Voraussetzung zur Erbringung der OPS „Neurologischen Komplexbehandlung“ geschaffen, welche Grundlage einer verbesserten Aufwandsvergütung ist.

C) Klare Differenzierung zwischen notwendiger und fakultativer Diagnostik.

Folgende Fragen wurden gestellt, folgende Inhalte definiert:

1. Welche Untersuchungen sind hinsichtlich der fehlenden therapeutischen Konsequenzen verzichtbar (zum Beispiel die strenge Indikationsprüfung bei Art und Anzahl der Schnittbilduntersuchungen)?
2. Welche Untersuchungen können sinnvollerweise durch den Hausarzt oder einen niedergelassenen Facharzt auch ambulant erbracht werden (zum Beispiel Langzeit-EKG/-RR unter Alltagsbedingungen)?
3. Ist die Abklärung von nur mittelbar relevanten Begleiterkrankungen zum aktuellen Zeitpunkt wirklich erforderlich?
4. Überprüfung alter Diagnostik- und Therapiestrategien

Abbildung 5: Verweildauerentwicklung ICD I63.-



5. Entwicklung eines Diagnostik-Algorithmus (flow-chart, im KIS hinterlegt) für Prozesse, an denen verschiedene Fachrichtungen beteiligt sind (zum Beispiel die Gefäßchirurgie zur Carotis TEA)

D) Frühzeitigere Verlegung in weiterführende Einrichtungen (ambulante oder stationäre Rehabilitation, Pflegeheim oder Kurzzeitpflege)

Dazu gehören folgende Maßnahmen:

1. Früheres Einschalten des Sozialdienstes;
2. Optimierung der Übergabe an die weiterführende Einrichtung;
3. Erarbeitung eines Entlassungsmanagements;
4. Enger Kontakt zu Kurzzeitpflegeeinrichtungen.

Ergebnisse nach einem Jahr

Etwa ein Jahr nach Umsetzungsbeginn der Projektergebnisse zeichneten sich folgende Fakten ab: Die Verweildauer konnte deutlich reduziert werden. Da aufgrund wechselnder DRG-Kataloge ein Vergleich der DRGs im Zeitverlauf nicht möglich war, wurde beschlossen, die Verweildauer auf der Grundlage der ICD-Schlüssel zu vergleichen. Maßgebend waren hierbei die ICD G45.- „Zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Symptome“ sowie die ICD I63.- „Hirnfarkt“. Die Abbildungen 4 und 5 zeigen die erreichten erheblichen Verweildauerverkürzungen: ICD G45.- von 11,66 Tagen auf 7,6 Tage und ICD I63.- von 15,96 Tagen auf 13,08 Tage. Durch die Verkürzung der Verweildauer war es in der Neurologischen Klinik möglich, bei gleich

– Anzeige –

Wirtschaftlicher bauen?

Mit ALHO Kliniken in Systembauweise



www.alho.de



bleibender Gesamtbettenzahl, das heißt bei konstantem Ressourceneinsatz, mehr Patienten im gleichen Zeitraum zu behandeln. Im Vergleichszeitraum Januar-August/2005 zu Januar-August/2006 wurde die Fallzahl von 996 Fällen auf 1 184 Fälle gesteigert. Dies entspricht einer Steigerung von ca. 19 Prozent.

Der effektive Casemix der Klinik erhöhte sich um ca. 28 Prozent. Wichtige Erfolgsfaktoren sind nicht nur die Fallzahlsteigerung, sondern auch die bessere DRG-Einstufung durch die Relevanz und Anwendung der OPS „Neurologischen Komplexbehandlung“.

Im Zeitraum Januar-Mai/2006 wurden 226 Fälle mit der Komplexziffer verschlüsselt. Durch die Einführung und konsequente Anwendung der Schlaganfall-OPS 8.981.0 bzw. 8-981.1 konnten der medizinische und der personelle Kostenaufwand der qualifizierten Schlaganfallbehandlung deutlich besser abgebildet werden, wobei für das Krankenhaus zur Kostendeckung für das Jahr 2006 Mehrerlöse erwartet werden können.

Fazit

Die Dokumentation der Behandlungsabläufe unter Beteiligung der Experten sowie die transparente Zuordnung der Kosten schaffen die Grundlage für eine erstmals sachlich geführte Diskussion zwischen Medizin und Controlling. Diese ermöglicht es, Clinical Pathways auch unter Kostengesichtspunkten zu erarbeiten und in der Praxis anzuwenden. Die Erschließung und die Pflege von Clinical Pathways greifen unmittelbar in alle Ebenen der Qualitätssicherung ein. Die Strukturierung, die abgestimmte Vorgehensweise und die Transparenz der Arbeitsabläufe zwischen den Berufs- und Fachgruppen führen zu einer Optimierung der Prozessqualität. In einem solchen Findungsprozess können alle Beteiligten ihre Positionen in der kreativen Auseinandersetzung mit dem Problem – finanzielle Möglichkeit und medizinische Anforderung – vertreten. Entscheidungen von Controlling und Medizin können so mit einer hohen Akzeptanz beschlossen und mit einem hohen Identifikationsgrad

in der Praxis umgesetzt werden. Die Umsetzung der Clinical Pathways ist dabei unausweichlich mit der stetigen Auseinandersetzung zur Frage der Struktur- und Ergebnisqualität verbunden.

Die durch das Projekt gewonnenen Erkenntnisse führten im Kath. Krankenhaus Hagen – unabhängig vom Krankheitsbild – zu vielen intensiven und fruchtbaren Diskussionen über Verweildauer und Behandlungskosten in allen Abteilungen. So wurde mittlerweile als weitere Konsequenz, über das ursprüngliche Projektziel hinaus, die Implementierung eines kontinuierlichen Verweildauercontrollings für sämtliche Abteilungen erfolgreich realisiert.

Literatur

Greiling, M. (Hrsg.), (2004), Pfade durch das Klinische Prozessmanagement, Kohlhammer, Stuttgart

Hentze, Huch, Kehres (2002), Krankenhauscontrolling, Kohlhammer, Stuttgart

Hellmann, W. (Hrsg.), (2002), Klinische Pfade, ecomed, Landsberg/Lech

Hellmann, W. (Hrsg.), (2003), Pfadkostenrechnung als Kostenträgerrechnung, ecomed, Landsberg/Lech

Hellmann, W. (Hrsg.), (2003), Praxis Klinischer Pfade, ecomed, Landsberg/Lech

Kahla-Witzsch, H. A.; Geisinger, T. (2004), Clinical Pathways in der Krankenhauspraxis, Kohlhammer, Stuttgart

Kuntz, L. (2002), Krankenhauscontrolling in der Praxis, Kohlhammer, Stuttgart

Anschriften der Verfasser:

Dr. Werner Beermann, FA für Innere Medizin/

Dr. Elmar Müller, FA für Anästhesie/

Dr. Hans Ruf, FA für Neurologie,

Katholisches Krankenhaus Hagen GmbH,

Hospitalstraße 6-10, 58099 Hagen/

Dirk Appel,

BPG Unternehmensberatungsgesellschaft mbH,

Nevinghoff 30,

48147 Münster ■



30. Deutscher Krankenhaustag im Rahmen der MEDICA

14. bis 18. November 2007 in Düsseldorf



Generalthema „Zukunft gestalten“

Aus dem geplanten Kongressprogramm:

„Die ordnungspolitischen Rahmenbedingungen für die stationäre Versorgung ab dem Jahre 2009“

„Gesundheitskarte und Telematik-Infrastruktur“

„Herausforderung: Einführung der digitalen Krankenakte“

„Netzwerke“

„Zukunft der Krankenhaustechnik: Betreiben – Instandhalten – Führen – Wirtschaften und Vergleichen“

„Das G-DRG-System 2008“

„Pflege – Zukunftsmarkt in der Gesundheitsbranche“

„Aktuelle Aufgaben und Herausforderungen im Controlling“