

Qualitätsentwicklung durch Prozessgestaltung und integrierte Behandlungspfade

1. DVMD-Frühjahrssymposium

Hannover, 04.03.2016

Gabriele Damm, Dipl.-Dok. (FH), Systemauditor

ZQ, Hannover

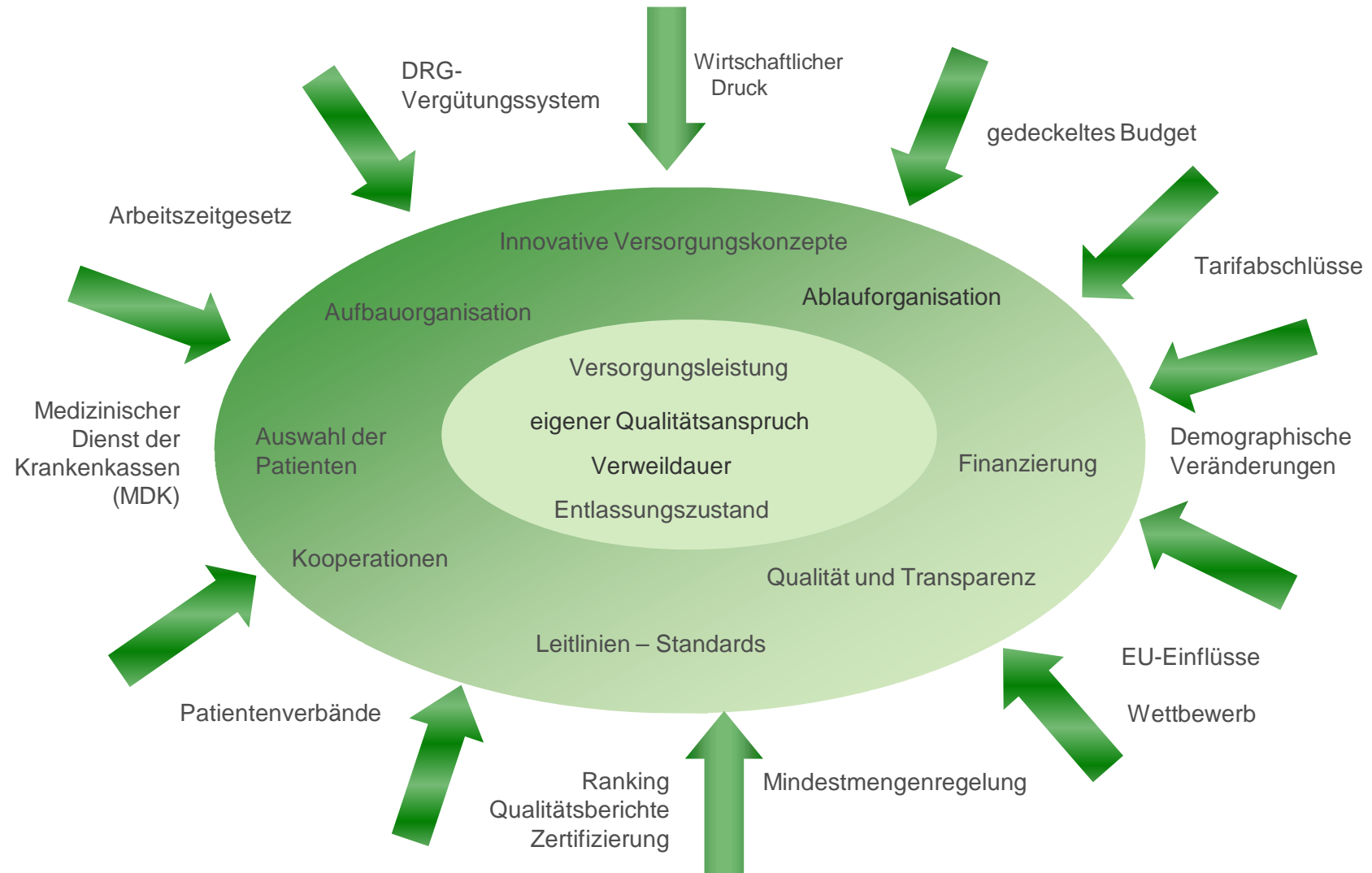
Gliederung

- I. Prozessmanagement im Gesundheitswesen
- II. Integrierte Behandlungspfade als Werkzeug
- III. Pfadauswahl und Pfadziele
- IV. Pfadbeispiele
- V. Voraussetzungen und Hürden
- VI. Strategie der Pfadeinführung
- VII. Fazit

Warum Prozessmanagement?

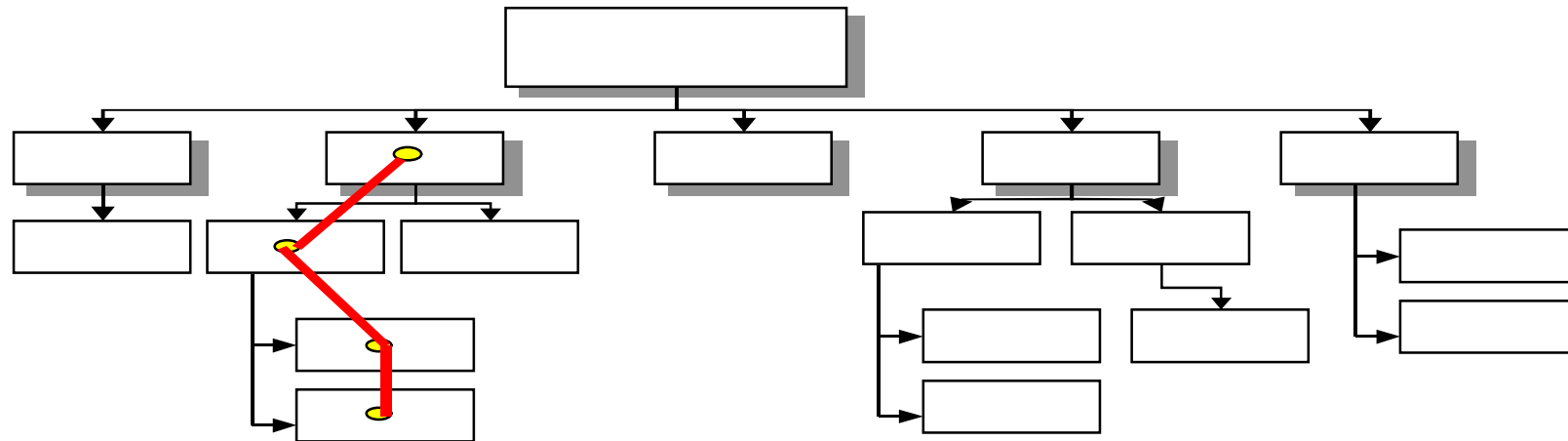
- komplexe Prozesse
- Interdisziplinarität und Interprofessionalität
- Schnittstellenprobleme
- hohe Qualitätsanforderungen
- knappe Ressourcen
- hoher Dokumentationsaufwand

Rahmenbedingungen

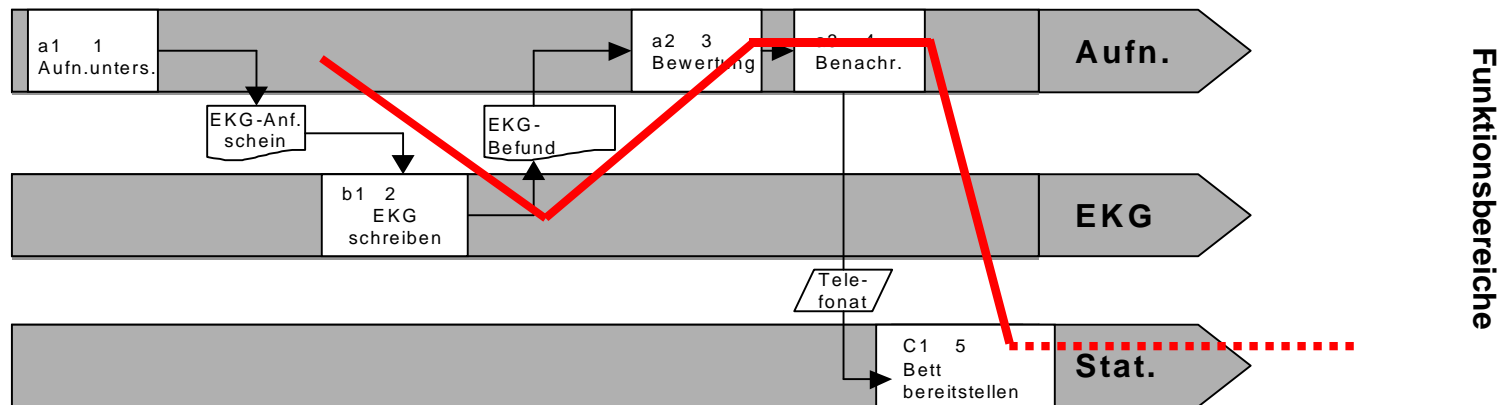


Prozessorientierung versus Funktionsorientierung

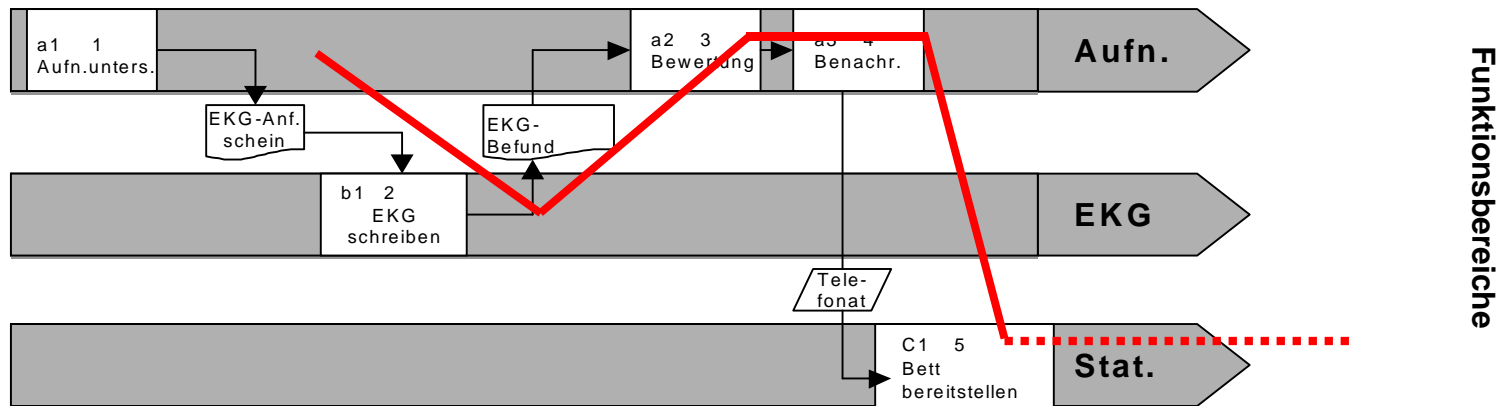
Funktionsorientierung



Prozessorientierung



Prozessorientierung



- Bereichsübergreifendes Denken
- Gesamtoptimum
- weniger Schnittstellenprobleme

Prozessmanagement :

Grundlage zur Erfassung, Analyse, Bewertung
und Optimierung von einzelnen Gesundheitsleistungen

(Quelle: Löber et al; Effiziente und sichere Prozesse durch klinische Behandlungspfade; KU Gesundheitsmanagement; 11/2014)

Integrierte Behandlungspfade

Ein integrierter Behandlungspfad ist ein **Steuerungsinstrument**.

Der Integrierte Behandlungspfad beschreibt den

- optimalen Weg eines speziellen Patiententyps mit seinen
- entscheidenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen
- und seiner zeitlichen Abfolge.

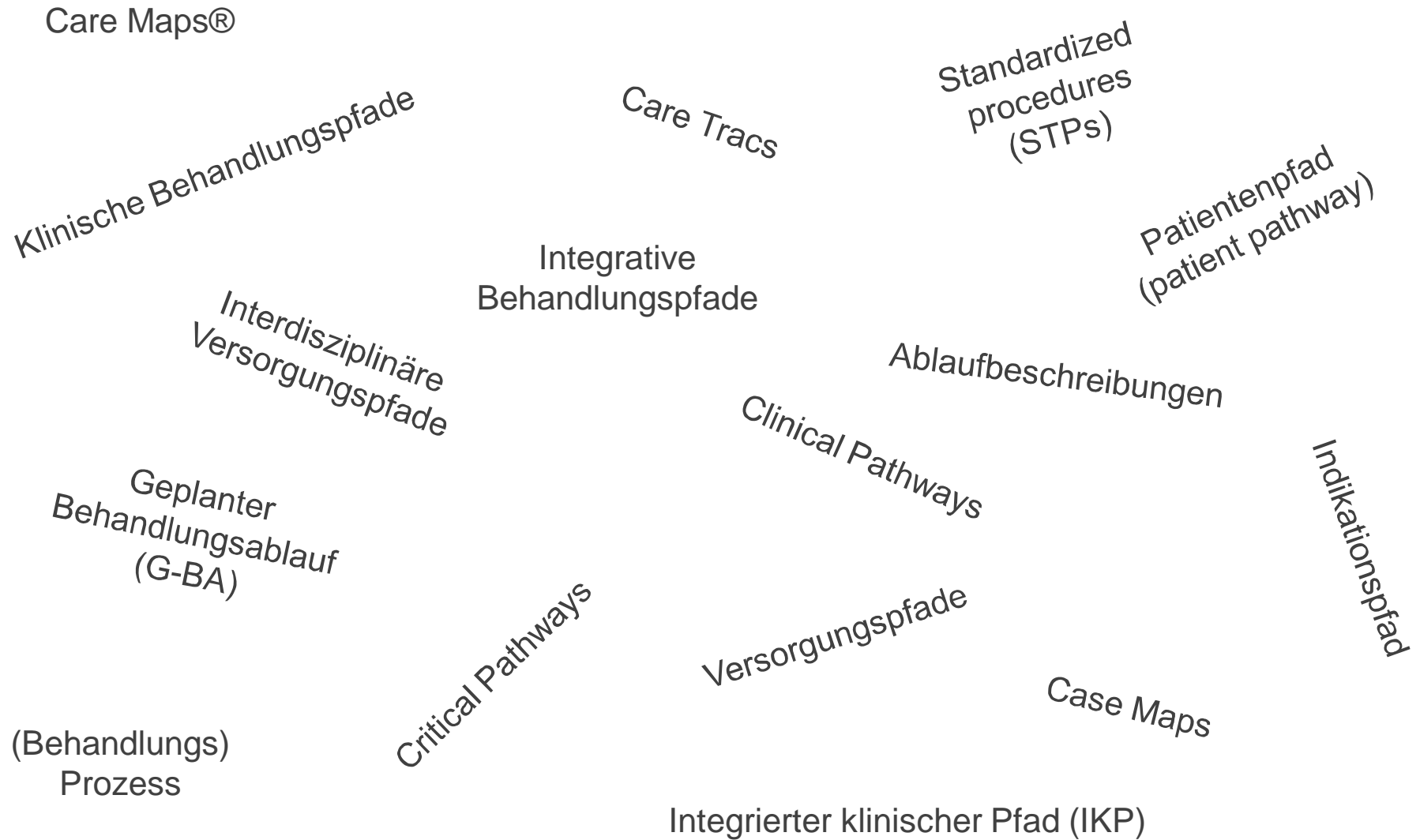
(Quelle: Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade; Eckardt/Sens; 2006; Economica)

Zielorientierung: Konsequenzen (ökonomische)

- Festlegung von Ressourcen ausgehend von den Zielen
- Vermeidung / Eliminierung von Leistungen, die nicht zum Pfadergebnis / zur Zielerreichung beitragen

- Blindleistung (~1/5 Kosten - ungeplant)
- Fehlleistung (~1/10 Kosten - ungeplant)
- Stützleistung (~1/2 Kosten - geplant)
- Nutzleistung (~1/5 Kosten - geplant)
- Gewinn
- Erlös

Integrierte Behandlungspfade



Pfadauswahl

Auswahlkriterien „geeigneter“ Pfade:

- hohe Fallzahl
- hohe ökonomische Relevanz
- niedrige Komplexität
- wenig Schnittstellen
- operativ
- elektiv
- vorhandenes Vorwissen
- wenige Abweichungen

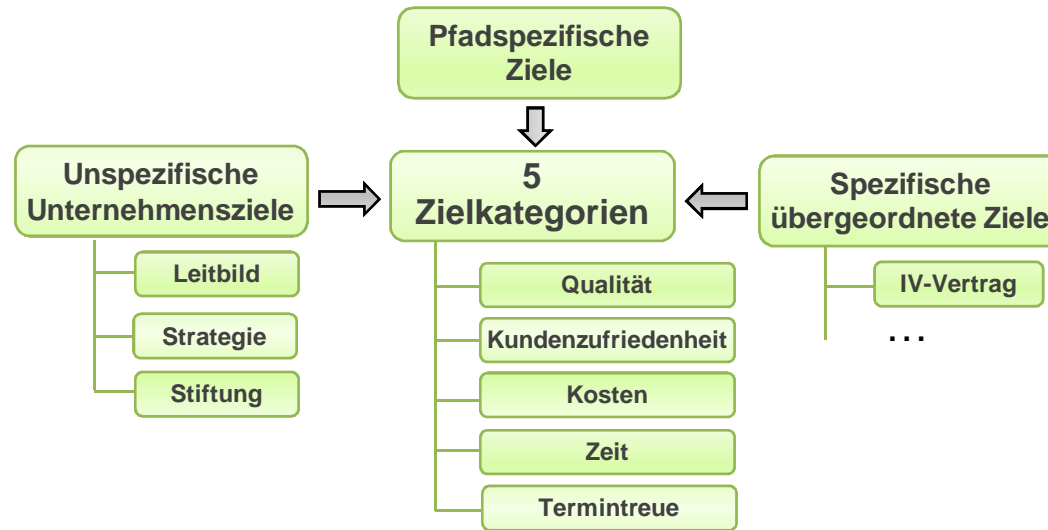
Checkliste Auswahlkriterien (1)

- häufige Krankheitsbilder
- budgetvolumenstärkste DRGs
- höchster Casemix
- Krankheitsbilder, die der strategischen Ausrichtung dienen
- ausgeprägter Wettbewerb in dem Marktsegment

Checkliste Auswahlkriterien (2)

- „einfache“ Behandlungen und Erkrankungsbilder
- homogene Patientengruppe
- leicht definierbare Beginn- und Endpunkte
- Krankheitsbilder mit alternativen Operationstechniken
- chronische Erkrankungen
- risikobehaftete Eingriffe und Behandlungen
- organisatorischer Leidensdruck / Qualitätsdefizite

Definition der Pfadziele



Praxisbeispiel „Elektive Cholezystektomie“

„Das Richtige am richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt richtig tun!“

Pfadziele:

Pfaddurchlauf = alle Schritte „just in time“ 95%

100% laparoskopische Cholezystektomie

Rate eingriffsspezifischer behandlungsbedürftiger Komplikationen < 3%

keine Eingriffsverwechslung

Fallkosten <= 90% DRG-Erlöse

Patientenzufriedenheit Note 1 + 2 >80%

...

(keine nosokomiale Infektion, kein Patient ohne Arztbrief, 95% Entlassung an Tag 3 ...)

Kennzahlen / Indikatoren / Controlling

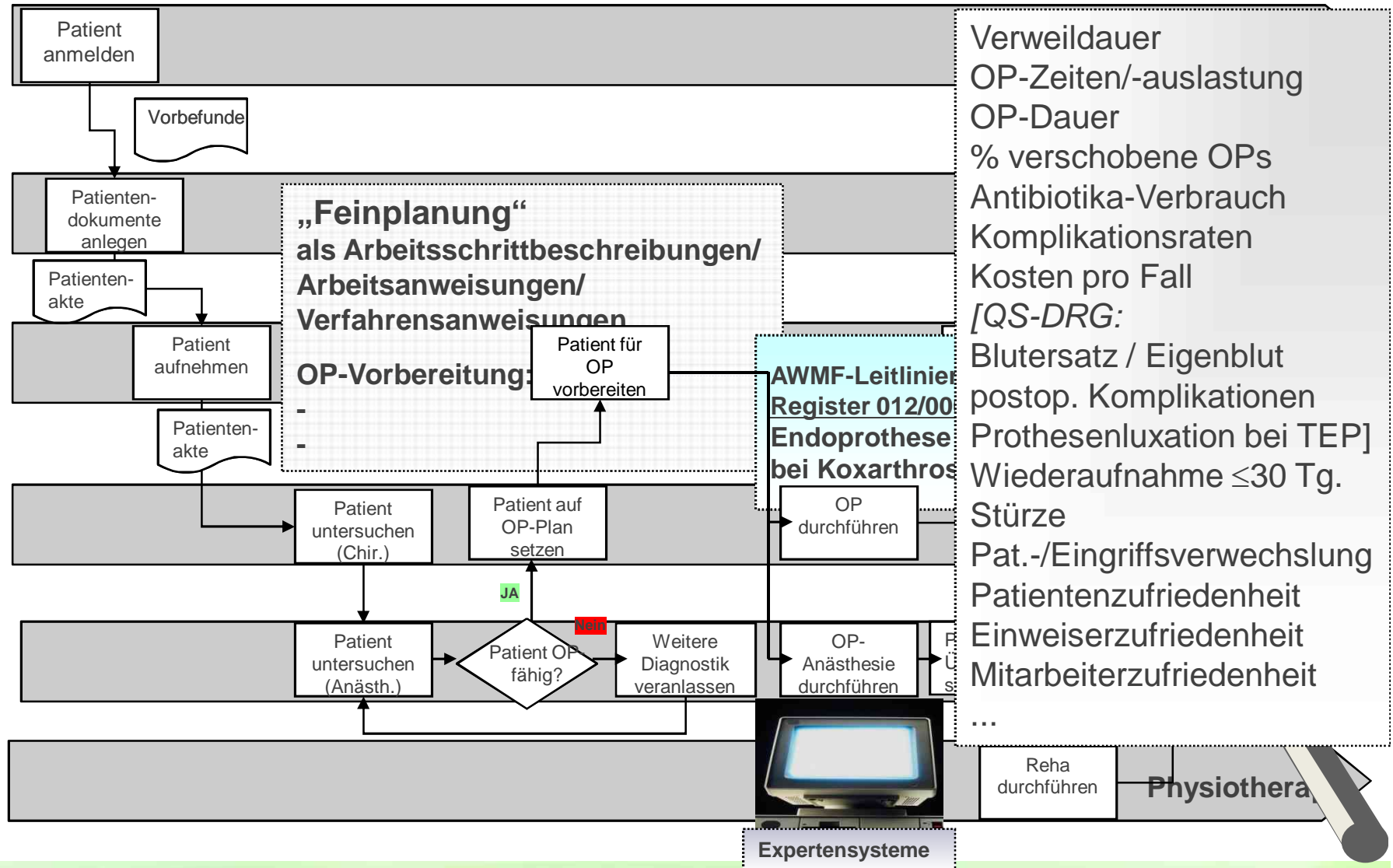
„What gets measured gets done! (Eddy 1998)

„Miss es oder vergiss es!“ (Sens 2008)

- Indikatoren und Kennzahlen machen Qualität messbar!

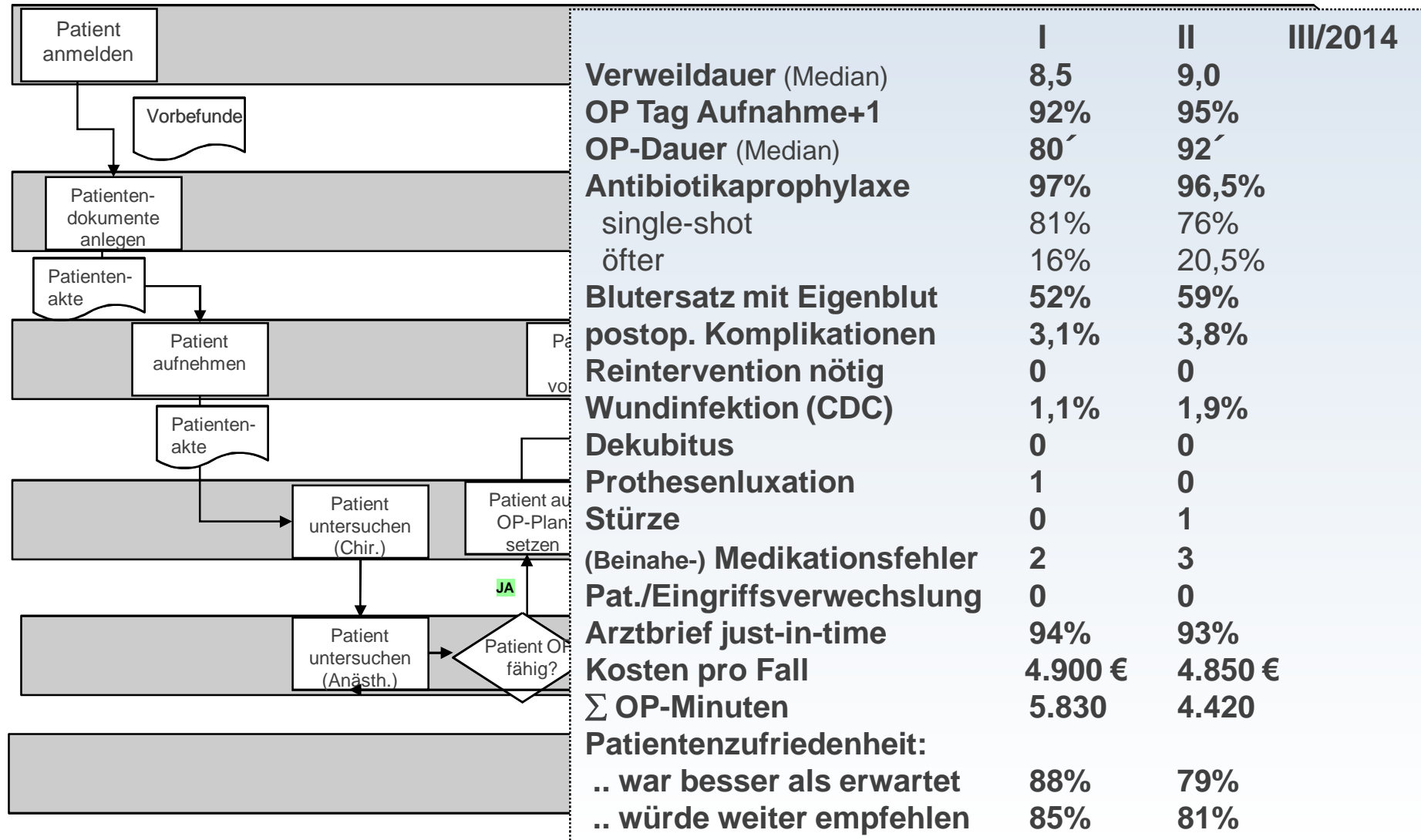
Elektive endoprothetische Versorgung*

Prozesskennzahlen:



Elektive endoprothetische Versorgung*

„Qualitätscontrolling“ mit Prozesskennzahlen:



Sektorenübergreifende Versorgungsketten in der Endoprothetik von Knie- und Hüftgelenken

„TEP-App“

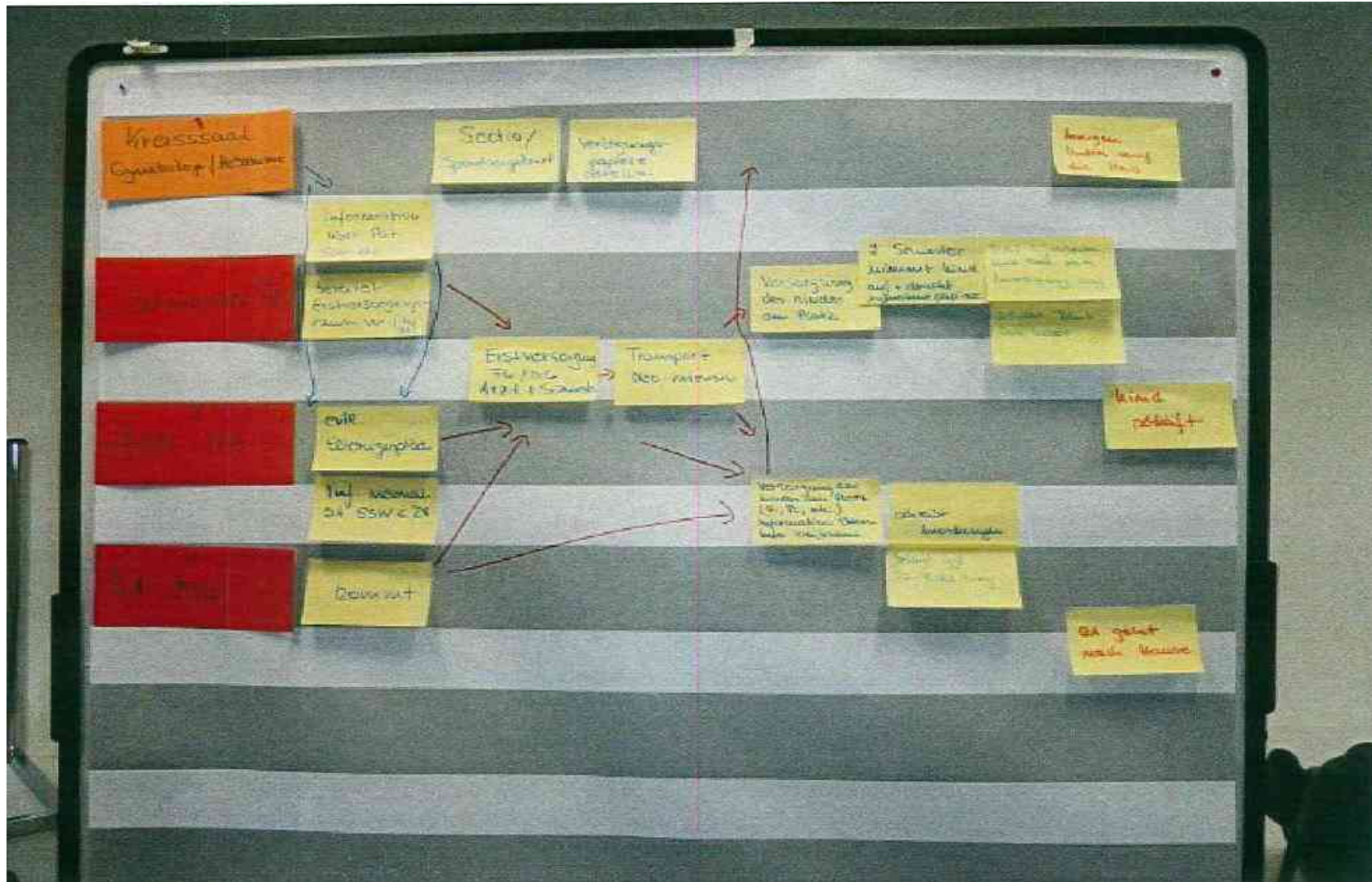


Kennzahlengestützter,
sektorenübergreifender,
evidenzbasierter Behandlungspfad

Aktivierender Wegbegleiter
für den informierten Patienten

Sektorenübergreifende
Qualitätssicherung
mit patientenrelevanten Endpunkten
(„patient reported outcome“)

Beispiel: Neonatologie: Primärversorgung von Frühgeborenen < 1.500 g



Motivation zur Prozessgestaltung in der Neonatologie

- Nicht Mindestmengen-, Strukturvorgaben-, QS-getrieben reagieren,
sondern proaktiv gestaltend agieren:

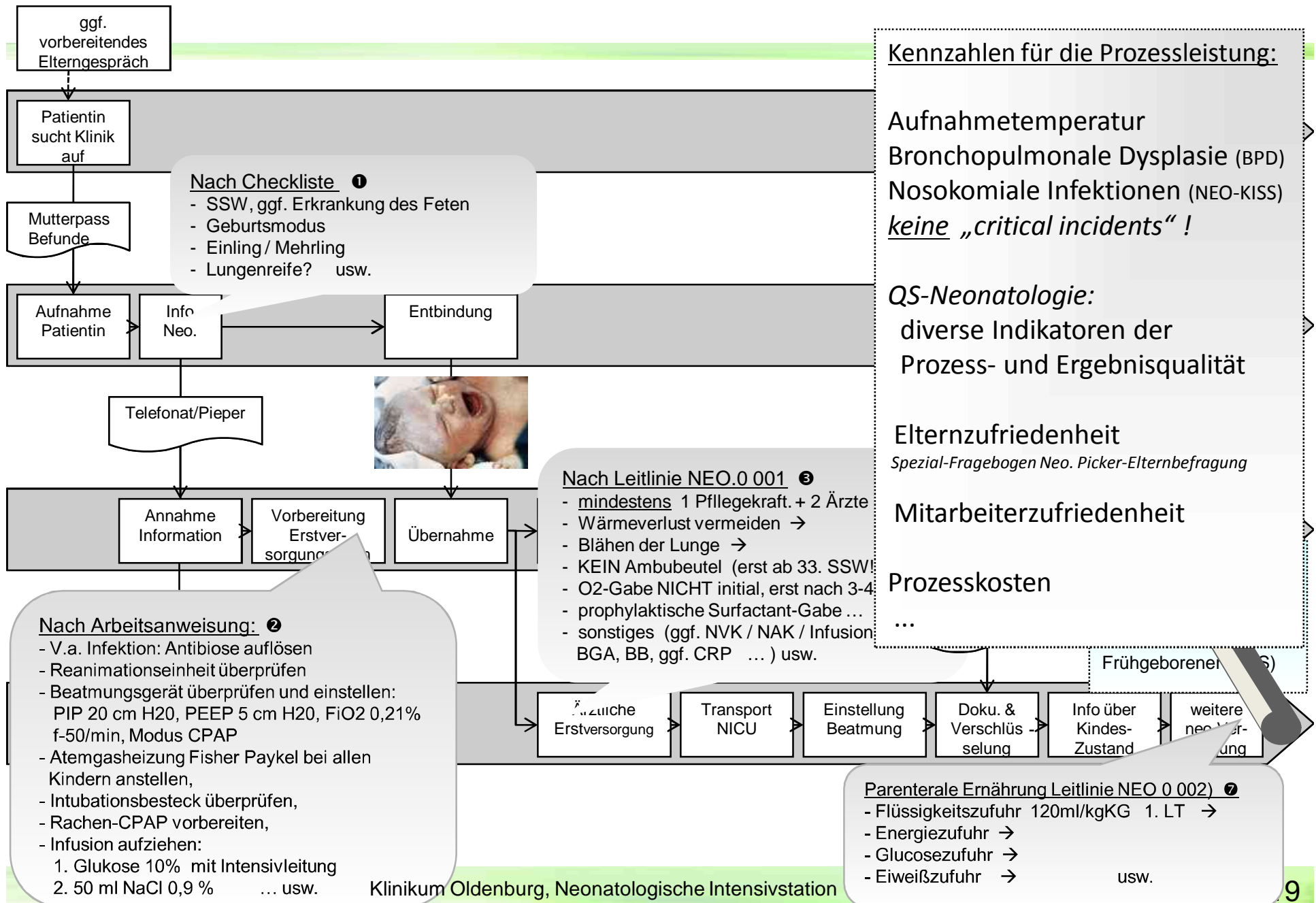
Qualität + Sicherheit = Wirtschaftlichkeit!

- NICU = Hochleistungsbereich
Hochrisikobereich !

d. h.

„Das Richtige am richtigen Kind mit dem richtigen Personal zum richtigen Zeitpunkt richtig tun!“

Primärversorgung von Frühgeborenen < 1500 g



Primärversorgung FG <1500 g



	Qualität	Sicherheit	Wirtschaftlichkeit
Vorbereitendes Elterngespräch	Abbau der Ängste bonding-Probleme ↓		
Checkliste Informationen an Neonatologie	optimale Vorbereitung	optimale Sicherheit	
Optimal vorbereiteter Erstversorgungsraum	optimale Qualität der Erstversorgung	Gerätesicherheit Arzneimittelsicherheit	Komplikationen ↓ Vermeidung längere Verweildauer
Adäquate Strukturqualität Personal	(OA) Neonatologe + 1 Fach-Pflegekraft	trainiertes Team	Komplikationen ↓ Outcome ↑
Leitliniengerechte Erstversorgung	optimale Qualität der Erstversorgung	Gerätesicherheit Arzneimittelsicherheit trainiertes Team Händehygiene	Komplikationen ↓ Vermeidung längere Verweildauer Outcome ↑
KEIN Ambubeutel ≤ 32 SSW	(Vermeidung BPD)	(Vermeidung BPD)	Outcome ↑
...			
Leitliniengerechte parenterale Ernährung	beste Voraussetzungen für das Gedeihen mit allen erforderlichen Komponenten	regelmäßige Kontrollen	Vermeidung längere Verweildauer Outcome ↑
... usw.			



Voraussetzungen / benötigte Ressourcen

- Konsequente **Entscheidung der Leitung**
- **Finanzen**
Personalkosten, Software- und Hardwareinvestitionen, ...
- **Personal**
Pfadersteller, Pfadteam, Pfad(case)manager, Pfadbesitzer, Pfadbeteiligte, zentraler Pfadkoordinator, Lenkungsausschuss, ...
- **Zeit**
Jour fixe, Meetings, Prozesserhebungen, Visualisierung von Prozessketten, Dokumentationen, Recherche, Testphasen ...
- **Material**
Software zur Prozess- und Projektdarstellung, Einbindung in KIS, ...

Hürden

- unterschiedliche Interessen
- Innovationsresistenz
- Gefühl der Einschränkung der Behandlungsfreiheit
- Interpretation des Pfads als Kontrollinstrument
- Gleichsetzung Prozessoptimierung = Personaleinsparungsmaßnahme

Volles Potential entfalten Pfade erst durch den Einsatz von geeigneten elektronischen Anwendungen mit digitalen Kurven / Patientenakten.

(Quelle: Löber et al; Effiziente und sichere Prozesse durch klinische Behandlungspfade; KU Gesundheitsmanagement; 11/2014)

Zielkonflikt?

wechselseitige Verstärkung von hoher Behandlungsqualität und unternehmerischem Erfolg, z.B. durch:

- hohe Zuweiseraktivität
- gute Auslastung
- kurze Verweildauer
- Reduktion von Schadensfällen

Strategie der Pfadeinführung (1)

- strategische Grundsatzentscheidung → Klinikleitung
- „Klima“ zur Veränderung / Innovation schaffen
- alle Mitarbeiter informieren
- Lenkungsgremium / Koordinierungsstelle / Projektstelle einrichten
- Pfadentwicklungsteams einrichten
- „Leuchttürme“ bauen
- „Hindernisse“ frühzeitig ermitteln

Strategie der Pfadeinführung (2)

- erste Beginner-Pfade (→ Auswahlkriterien)
- Pfaddaten / -informationen sammeln
- Pfadentwicklung mittels PDCA-Zyklus
- IT-Unterstützung
- Pfadroutinebetrieb überwachen
- Evaluation



Fazit

- Prozessorientierung / **Prozessmanagement** bilden die Grundlage für die Analyse und Optimierung von Gesundheitsleistungen.
- **Integrierte Behandlungspfade** sind **wichtige Steuerungselemente** des Prozessmanagements.
- Die **Akzeptanz** des Instruments ist in vielen Bereichen noch nicht zufriedenstellend.
- Durch **strukturiertes, strategisches Vorgehen** bei der Entwicklung lassen sich vorhandene Schwierigkeiten überwinden.
- Gut umgesetzte Pfade können die **Qualität und Sicherheit der Behandlung verbessern** und gleichzeitig auf Dauer den Einsatz von Ressourcen optimieren und **Kosten sparen**.