

4. Jahrgang
April

2011

Professional

Zeitschrift für modernes
Prozessmanagement im Gesundheitswesen

PROCESS



Systematische Vermeidung von Risiken an Schnittstellen

Standardisierte Dokumentation der Prozessabläufe

Gezielte Förderung von Kommunikation

GIT VERLAG

A Wiley Company
www.gitverlag.com

Prozessorientierte Patientenbehandlung

Ein Projektbericht des St. Marien-Hospital Hamm gGmbH

Die Optimierung krankenhauser interner Prozesse ist ein Projekt, das nur in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Berufsgruppen umgesetzt werden kann. Die Kenntnisse und die Erfahrungen eines jeden Mitarbeiters müssen in die Gestaltung der Behandlungsabläufe mit einfließen, so dass ein permanenter Prozess von Verbesserungen entstehen kann. Kommunikation und Kooperation sind hierfür Grundvoraussetzung und standen im Mittelpunkt des im St. Marien-Hospital Hamm durchgeführten Projektes zur Erarbeitung klinischer Abläufe. Frau Judith Brüggemann berichtet, wie Prozesse bewusst gestaltet und Problemlösungen im Team entwickelt werden konnten. Die Fragen hierzu stellte Verena Muszynski, Redaktion „Professional Process“.



Judith Brüggemann

Frau Brüggemann, welche Gründe haben Sie zur Umsetzung klinischer Behandlungspfade und die transparente Darstellung der Abläufe bewegt und wie sind Sie dabei vorgegangen?

Pfade haben wir erstellt, nachdem mit der DRG-Orientierung begonnen wurde. Wir haben versucht, ähnliche Diagnosen, die sowohl in der Unfallchirurgie als auch in der Orthopädie anstehen – wie Hüft Tep, Knie Tep – als Pfade zu generieren. Das Ziel war es, eine einheitliche Behandlungsqualität in beiden Fachabteilungen zu erzielen, die für alle Patienten wiedererkennbar ist. Dabei sind wir nach dem Schema des IWIG vorgegangen. Zusammen mit beiden Abteilungsleitern sind die Kernkompetenzen erhoben worden. Danach wurden die Behandlungspfade weiter bearbeitet und eine Vormodellierung durchgeführt. Anschließend haben wir uns mit den Oberärzten, den Stationsleitungen, den Funktionsleitungen aus der Physiotherapie, Radiologie und dem Sozialdienst sowie den Anschlusspartnern aus den administrativen Bereichen: Verwaltung, Aufnahme zusammengesetzt.

Hat die Kommunikation zwischen den verschiedenen Ebenen auf Anhieb gut funktioniert?

Ich hatte erst gedacht, dass sie sich vielmehr auseinandersetzen und so Streitigkeiten darüber entstehen würden, was gemacht wird und was nicht. Aber sie sind

relativ schnell – selbständig, ohne dass man eingreifen musste – in den Konsens gekommen und haben gesehen: Hier dokumentieren wir etwas doppelt, hier läuft etwas in der falschen Reihenfolge, da werden Dinge erstellt, die man eigentlich nicht braucht. Ein Beispiel hierfür kommt aus der Ambulanz, die generell für jeden Patienten Formulare ausgedruckt hat. Diese wurden am Ende des Prozesses verworfen, weil keiner mehr etwas damit anfangen konnte. Dies macht deutlich, dass die Informationen zwar in die Stationsbereiche geflossen sind, nicht aber in die Funktionsbereiche. In diesem Fall hat die Aufnahme gar nicht mitbekommen, dass diese Formulare abgeschafft worden sind.

Diese Konsensbildungen haben also gar nicht zu einer so großen Diskussion geführt wie erwartet. Würden Sie sagen, das lag an der transparenten Darstellung der Pfade oder sehen Sie hierfür noch einen anderen Grund?

Es war insofern einfach, weil alle Beteiligten an einem Tisch gesessen haben, in einem Raum zur gleichen Zeit. In dem Moment, als alle bei der Moderation nur darauf geachtet haben zuzuhören, um das Problem des Anderen zu verstehen, auch erstmals nachvollziehen zu können, an dieser Stelle war es dann möglich, einen Konsens zu erzeugen. Der Andere hat nun verstanden, wovon das Gegenüber jahrelang geredet hat.

„In dem Moment, als alle an einem Tisch gesessen haben war es möglich, einen Konsens zu erzeugen“

Also eigentlich ein absolutes Plädoyer dafür, die Leute an den Tisch zu bekommen.

Ja, zur gegenseitigen Wahrnehmung. Wobei man sagen muss, in den Moderationsrunden auf der mittleren Führungsebene der Oberärzte und der Stations- und Funktionsleitungen war das überhaupt kein Problem. Sie arbeiten viel miteinander, sind vor Ort, kennen die Prozesse und können auch sagen was pragmatisch sinnvoll ist. Sobald es aber zur Freigabe und formalen Genehmigung über den Chefarzt und die Pflegedirektion geht, da wird es dann schwieriger. Da kommen berufspolitische Themen in die Diskussion.

Vom Ablauf her hat die Pflege sofort gesagt, für uns ist es einfacher, den Redon* innerhalb der morgendlichen Versorgung sofort mitzuziehen, während bei der Freigabe diskutiert wurde, wessen Leistungserbringung das denn eigentlich ist. Kann das überhaupt eine Pflegekraft machen oder ist es Aufgabe der Mediziner? Bei wem steht es im Stellenplan? Diese Diskussionen sind am Ende aufgekommen.

Gab es eine Lösung für diese berufspolitischen Diskussionen auf der darüberliegenden Ebene?

Die Lösung findet man nur, indem man ganz klar sagt, es wird nach dem Prozessgeschehen entschieden und nicht nach der Berufspolitik. Nach dem Prozessgeschehen muss es ein sinnvoller Prozess sein, damit der Patient schnellstmöglich in der bestmöglichen Qualität das Haus wieder verlässt. Von daher konnte man hier sachorientiert argumentieren, ohne die Berufspolitik zu vernachlässigen. Dadurch, dass ja die Zeiten mit erhoben worden sind, konnte man am Ende sagen: Wenn diese Leistung in dieser Form bei der Pflege bleibt, dann ist der Stellenanteil auch dorthin zu verschlüsseln. Bleibt diese Leistung beim Arzt, ist sie auch beim Arzt zu verankern.

Das war ein gutes Beispiel dafür, was beim Erarbeiten eigentlich passiert und welche Ebenen in welcher Form beteiligt sind. Brauchte man dafür denn die Modellierung der Pfade?

Die Modellierung der Pfade war insofern hilfreich, weil man sich noch einmal sehr intensiv mit dem auseinandergesetzt hat, was die Personen beschrieben haben. Man hat eine visualisierte Form vor Augen, von der die Beteiligten sagen, dass sie die Abläufe so besser nachvollziehen können weil sie nicht nur auf der theoretischen Ebene bleiben. Sie konnten anhand dieser Vormodellierungen immer relativ schnell sagen: Das brauchen wir nicht, das machen wir nicht, das haben wir an anderer Stelle bereits erledigt. Oder sie haben ganz deutlich gesagt: Das sind bei uns keine fünf Schritte sondern nur drei. Das können wir anders zusammenfassen. Und die zeitliche Schätzung wäre ohne Modellierung überhaupt nicht möglich gewesen, weil sie ja nicht gemessen worden ist. So waren die Schätzwerte sehr realistisch.

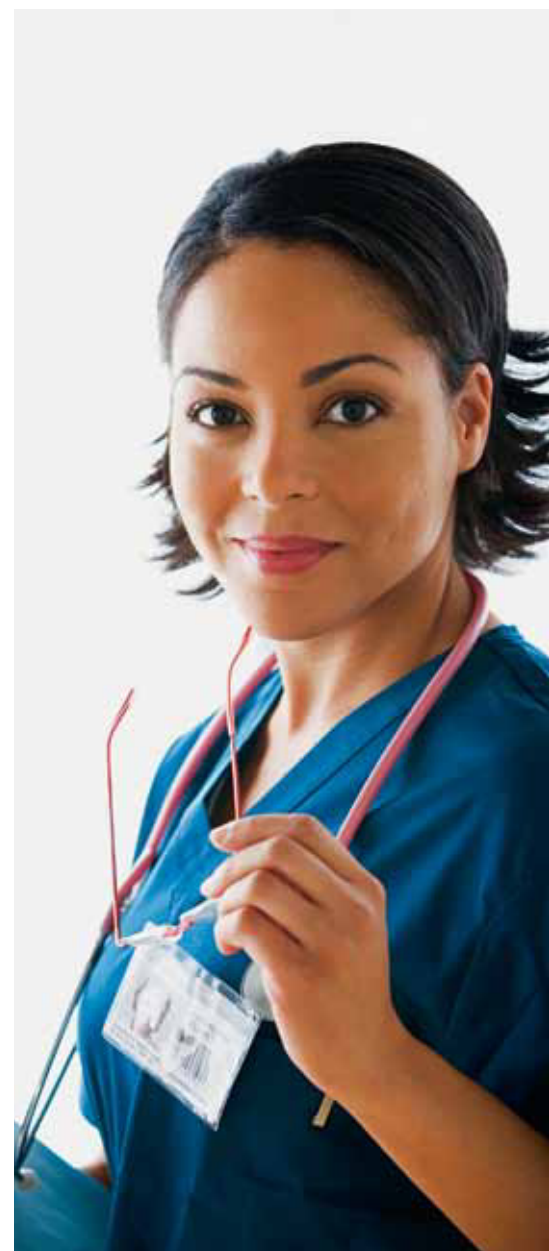
„Die Modellierung der Pfade war hilfreich, weil man sich noch einmal sehr intensiv mit dem auseinandergesetzt hat, was die Personen beschrieben haben. Auch die zeitliche Schätzung wäre ohne Modellierung überhaupt nicht möglich gewesen“

Die Erfahrung haben wir auch regelmäßig gemacht, dass das Schätzen eigentlich durchaus funktioniert. Es muss ja immer entschieden werden: Nimmt man eine Stoppuhr, Beobachtet man mit einem Laufzettel oder schätzt man in solch einem Workshop.

Der Aufwand für eine Messung ist vom Aufwand her ohnehin gar nicht leistbar. Man müsste 100 Fälle messen, die einem Pfad entsprechen, um einen Durchschnittswert zu bekommen. Und zu den Laufzetteln muss ich sagen, die Arbeitsdichte und der Dokumentationsaufwand sind so enorm hoch, dass man keinen Zusatzzettel für Nebenprodukte in den Praxisalltag bringen kann.

Soweit zum Erstellen und Bearbeiten der Pfade im Workshop. Erfolgt die Freigabe der Pfade auch in diesem Workshop? Wie war da der nächste Schritt?

Im Workshop haben wir zuerst alle Probleme aufgenommen, die benannt worden sind. Das, was innerhalb des Workshops beschrieben werden konnte, ist dann auch nur noch als Beschluss mitgeteilt worden. Es gibt aber immer Punkte, wo doch die Leitenden oder die Geschäftsführung entscheiden müssen, ob man diese Veränderungen durchführen kann. Wenn es darum geht, Leistungen weg zu nehmen oder auch dazu zu nehmen muss der Chefarzt konsultiert werden. Das galt auch für Verschiebungen, wenn festgestellt wurde, es wäre bei der Fülle von Serviceleistungen sinnvoll, über hauswirtschaftliche Kräfte und Stellenverschiebungen zu verändern. Denn es gab ja nicht nur Probleme, die innerhalb des Pfades verankert sind, sondern auch generelle Probleme, die dann über klassische Problemspeicher abgearbeitet worden sind. Und wenn diese ihre Modellierung noch einmal zurückbekommen haben, Korrektur gelesen oder Anmerkungen gemacht haben, konnten sie auch noch einmal überprüfen, ob ihre Angaben und Zeitschätzungen stimmig waren. Revidiert worden ist insgesamt recht wenig. Dann sind sie zur Freigabe den Abteilungsleitern der Unfallchirurgie und der Orthopädie vorgestellt worden. Das sind zwei Fachbereiche, die in sich schon sehr unterschiedlich sind. Hier trifft das notfallmäßige auf das elektive Leistungsgeschehen. Es war nicht ganz einfach, eine Lösung zu finden,



so dass beide diese Pfade akzeptieren und zumindest mit einer größtmöglichen Deckungsgleichheit durchführen können.

Können Sie ein paar Ergebnisse aus dem Workshop erzählen: Wie ist er im Moment gestaltet, was für Verbesserungen gab es schon, was gab es – ganz pragmatisch – für Ergebnisse?

Zum einen sind Formulare weggefallen. Zum anderen wird der Sozialdienst jetzt in allen Bereichen zu einem bestimmten, definierten Zeitpunkt eingeschaltet, um die Entlassung zu planen. In dem Moment, in dem die OP anfängt, wird der Sozialdienst



informiert. Es gab die Überlegung dies schon im vorstationären Bereich zu machen. Das haben wir verworfen, weil zu viele Änderungen seitens der Patienten erfolgen. Und wir hätten zu viele Doppelleistungen gehabt. Deswegen haben wir uns auf diesen Zeitpunkt geeinigt. Das war im Rahmen des Sozialdienstes eine wichtige Sache. Man hatte ja nicht nur Unterschiede zwischen Unfallchirurgie und Orthopädie, sondern auch zwischen den drei pflegerischen Stationen. Physiotherapeutische Leistungen sind definiert und angeglichen worden, für die Fachabteilungen wie für die Stationen. Es gibt für alle das gleiche Behandlungsschema und Leistungspaket. Zum Ende ist noch mal definiert worden, das jeder Patient nach einer Hüft Tep mit einem standardisierten Hilfsmittelpaket nach Hause geht. Da gibt es zum Beispiel einen Löffelschuhanzieher und eine Greifklemme, die nicht mehr einzeln beantragt werden müssen, sondern dem Patienten automatisiert mitgegeben werden.

Gab es auch ablauforganisatorische Verbesserungen?

Ablauforganisatorisch verbessert ist eindeutig die Zusammenarbeit mit den vielen beteiligten Berufsgruppen. Die Physiotherapeuten sind in die Visite stärker eingebunden. Die Dokumentation der Physio-

therapeuten findet nun auch in der Kurve statt. Der Sozialdienst kann im Krankenhausinformationssystem angefordert werden und wird als Leistungsanforderung auch dort erfasst. Und ein einheitliches Therapieschema, das auch umsetzbar und nicht nur wissenschaftlich basiert ist. Das sind im Wesentlichen die Punkte.

Gibt es ein Plädoyer für Pfade? Würde man ein solches Projekt noch einmal durchführen? Machen Pfade überhaupt einen Sinn?

Aus meiner Sicht würde ich Pfade in jedem Falle weiter fortführen. Mit weiteren Diagnosen. Das ist im chirurgischen Bereich einfacher als im internistischen, da dort mehr mit Algorithmen gearbeitet wird. Dann ist es schon schwieriger, dieses Pfadverständnis zu entwickeln. Der Vorteil ist, dass das Prozessgeschehen am Patienten orientiert stattfindet und nicht abteilungs- oder schnittstellenorientiert. Wir prüfen: Laufen die Pfade noch? Wo verändern sie sich? Wo wird die definierte Menge an Patienten, die die Pfade haben müssten, zu klein? Also die klassische Varianzanalyse die zeigt: Es gab beispielsweise 100 Patienten mit dieser Diagnose, davon waren so viel Prozent auf dem Pfad. Von diesen wiederum sind so viele Patienten in einem anderen Schema gelaufen, sind ab-

gesetzt worden, haben mehr Leistungen bekommen, Leistungen zu anderen Zeitpunkten bekommen. Zusatzpapiere und Zusatzdokumentationen führen dazu, dass Papiere nicht ausgefüllt werden, dass jemand hinterher laufen und das Papier ins System übertragen muss. Der Aufwand ist nicht mehr vertretbar.

„Aus meiner Sicht würde ich Pfade in jedem Falle weiter fortführen“

Noch einmal ganz allgemein zu Pfaden. Ist das überhaupt ein Thema, das man aus ihrer Sicht verfolgen sollte? Und wenn ja, was für Effekte würde man mit Pfaden grundsätzlich erzielen können?

Ich darf von unseren Moderationsworkshops sagen: In dem Moment, wo die Beteiligten zusammensitzen und am Patienten orientiert diskutieren, sind sie nicht mehr in bestimmten Abteilungsgefilden, in diesen Auseinandersetzungen zwischen Berufsgruppen, zwischen Pflege und Arzt oder zwischen Pflege und verschiedenen anderen Bereichen oder auch in der Diskussion: Wessen Leistungsminute ist teurer? Es geht darum, wie die Leistung zeitnah erbracht wird. Und an welchen Stellen muss gesagt werden: Unabhängig davon, wie teuer die jeweilige Leistungsminute ist, derjenige, der im Moment da ist, und diese Leistungen aufgrund seiner Funktion erbringen darf, der muss sie auch erbringen. Wenn eine teure Arbeitskraft etwas nicht tut, nur weil sie sich zu überqualifiziert fühlt, und dem Anderen bei der Arbeit zuschaut, wird der Prozess erst richtig teuer.

Innerhalb einer anderen Prozesshebung wurde beschlossen, die Blutentnahmen bei der Aufnahme von einer Arzthelferin machen zu lassen weil der Arzt dafür zu teuer ist. Das führt aber im Prozessgeschehen dazu, dass die Pflegekraft kommt, die Anamnese erhebt, die Erstsichtung macht und entscheidet welcher Arzt kommen soll. Dann kommt der Arzt und entscheidet was im Labor abgenommen werden soll. Anschließend warten dann zwei Kräfte bis eine Arzthelferin kommt um die Blutabnahme zu machen und schauen ihr bei der Arbeit zu. Hier wird der Prozess extrem teuer. Die Einzelleistung ist billiger,

aber der Prozess ist zu teuer. Und das kriegt man bei einer Pfadbetrachtung natürlich weitaus besser mit. Einzelleistungen zu berechnen ist immer gut, aber wenn die Prozessgeschehen nicht aufeinander abgestimmt sind und zu solchen Effekten führen werden sie extrem teuer.

„Wenn die Prozessgeschehen nicht aufeinander abgestimmt sind werden sie extrem teuer“

Das ist ein gutes Beispiel. Und Sie haben die Pfade ja auch kalkuliert. Können Sie etwas zu den Vor- und Nachteilen erzählen?

Dazu kann ich nur begrenzt etwas sagen weil das Kalkulieren vom Controlling durchgeführt wurde. Die Daten im Workshop zu erheben war einfach. Die Beteiligten haben sehr realistisch geschätzt, zumindest im chirurgischen Bereich. Sie haben auch ganz klar gesagt: Wir wollen den Pfad für uns haben. Sie wollen einfach lösungsorientiert und prozessorientiert am Patienten arbeiten und haben es auch für sich genutzt, bestimmte Probleme endlich einmal an einem Tisch zu lösen. In anderen Bereichen wiederum hat man die Zeiten sehr hoch geschätzt um daraus eine Berechtigung für mehr Personal ableiten zu können. Da hätte man irgendwann sagen müssen, diese Zeiten werden wir zumindest punktuell und für eine bestimmte Zeit beobachten und messen. Denn es war einfach unrealistisch, welche Zeiten dort für eine Anamnese oder für den Dokumentationsaufwand angegeben wurden. Es war dort weitaus schwieriger, immer wieder darauf zurückzukommen: Was ist der Standardfall, was ist die Abweichung, wo ist der Pfad beendet, wo ist man noch im Pfad und wo ist man schon wieder in medizinischen Algorithmen

Ganz persönlich: Was meinen Sie wofür so eine Kalkulation überhaupt gut sein kann? Muss man eigentlich kalkulieren? Kann man auch darauf verzichten?

Man kann Prozesse ja immer schön gestalten und sie können auch wunderbar laufen, aber sie müssen auch bezahlt werden können. Für den Prozess steht ein be-

stimmter Erlösbetrag und der muss in jedem Falle unterschritten sein um in Richtung schwarzer Null zu kommen. Besser ist natürlich der Gewinn, je höher desto besser. Das gilt auch für die Gesamtkostenrechnung. Wenn man sagen kann: Was kostet ein Pflgetag, was kostet dieser Pflgetag, kann man natürlich auch Erlös einsparen oder Erlösmehrung rechnen, wenn man die Verweildauer reduziert. Der Aufwand innerhalb der Kalkulation wurde von den Kollegen als zu umfangreich beschrieben und auch in den Verteilerschlüsseln manchmal als zu aufwändig. Trotzdem war es für die Gesamterkenntnis gut sagen zu können wo die Kosten herkommen. Auch ist es eine gute Erfahrung, den Patientenprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung durchrechnen zu können.

„Für die Gesamterkenntnis war es gut sagen zu können wo die Kosten herkommen. Auch ist es eine gute Erfahrung, den Patientenprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung durchrechnen zu können“

Welche Tipps können Sie uns aus Ihrer Erfahrung heraus mit auf den Weg geben?

Das Moderieren und Modellieren über das Qualitätsmanagement war in Ordnung. Derjenige, der modelliert, das ist unsere Erfahrung, muss ein gewisses Grundlagenverständnis für medizinische und pflegerische Prozesse oder für Krankenhausprozesse haben. Es ist nicht zu unterschätzen, dass bestimmte Begriffe erst einmal verstanden werden müssen. Und dass man dann natürlich auch ein Verständnis dafür braucht was einigermaßen stimmig ist und was nicht. Beim Modellieren ist es wichtig, dass man ständig geradeaus denken kann, und immer wieder sagen kann, das ist der Standardfall, da manchen wir weiter. Ist es eine Ausnahme, dann ist es für den Standardpfad nicht mehr relevant. Auch jemand, der eher in Ausnahmen denkt ist an dieser Stelle komplett falsch. Das ergibt nur Pfadwüste mit seitenweise Abweichungen und Besonderheiten und Schleifen, die nicht mehr zum Ziel führen.

Das deckt sich mit dem, was wir auch sagen, dass man sich auf eine sehr homogene Gruppe beschränken sollte. Gibt es da eine Idee, wie man auf dieser roten Linie bleiben kann?

„Pfade sind eine Orientierung und nicht der Maßstab aller Dinge“

Wenn man in den Gruppen sitzt und den Pfad bespricht, läuft zuerst immer alles ganz gut bis die Frage auftritt: Ja, aber wenn der Patient das hat? Das hat immer eine Signalwirkung: Aber wenn, aber wenn, aber wenn ... Dann wird überprüft, auf welche Patienten das zutrifft. Und oft kam heraus: Ja, das ist mal einer im Jahr. Das vernachlässigen wir und sagen: Wenn das kommt ist der Pfad beendet. Manchmal haben sie auch selber gesagt: Das ist so selten, das brauchen wir nicht zu berücksichtigen. Und es muss immer deutlich sein, dass der Pfad eine Orientierung ist und nicht der Maßstab aller Dinge. Die Pfade, so wie sie jetzt eben gerade entstehen, sind hilfreich für neue Kollegen, die sich orientieren und sich anschauen, was in diesem Unternehmen ist. Er ersetzt aber nicht das Denken, nicht das Abweichen und auch nicht die Entscheidung darüber, ob der Patient ein Pfadpatient ist und wie lange er es ist.

* Redon: Wunddrainage, die den Abfluss von Wundsekret fördert. Es ist primär eine ärztliche Tätigkeit, die aber delegierbar ist und auch von einer Pflegekraft übernommen werden kann.

Kontakt

Judith Brüggemann
St. Marien-Hospital Hamm gGmbH
Org.- Personalentwicklung/QM
Tel.: 02381/18-1030
E-Mail: judith.brueggemann@marienhospital-hamm.de
www.marienhospital-hamm.de

Verena Muszynski
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG) GmbH
Redaktion „Professional Process“
Tel.: 0251/93254-35
E-Mail: verena.muszynski@iwig-institut.de
www.iwig-institut.de

