

1 Klinische Pfade und Behandlungspfade – Einführung und Überblick

Wolfgang Hellmann

Klinischer Pfad, Behandlungspfad¹, Leitlinie, Patientenpfad! Was verbirgt sich hinter diesen Begriffen, welche Bedeutung haben sie für das Überleben im Wettbewerb und wie sieht ihre praktische Umsetzung aus? Diese und weitere Fragen beantwortet der vorliegende Beitrag, schwerpunktmäßig am Beispiel stationärer und ambulanter Krankenhauspfade. Eingegangen wird aber auch auf die Besonderheiten ambulanter und sektorenübergreifender Behandlungspfade und ihre Bedeutung für Verhandlungen mit den Kostenträgern, z. B. im Hinblick auf die Realisierung von Selektivverträgen. Abgerundet wird der Beitrag durch einen Vorschlag zu einer den Pfaddialog fördernden Klassifizierung von strukturierten Behandlungsabläufen².

1.1 Einleitung

Das Thema Klinische Pfade hat Hochkonjunktur. Bisher weitgehend auf das Krankenhaus orientiert, steht es zunehmend im Fokus der neuen Versorgungsformen. Denn ähnlich wie im Krankenhaus werden Klinische Pfade nunmehr auch in der ambulanten und integrierten Versorgung als Allheil-

1 „Behandlungspfad“ wird als eigenständiger (und nicht zum Begriff „Klinischer Pfad“ synonym verwendbarer) Terminus eingeführt, um eine eindeutige formale (nicht inhaltliche) Differenzierung zwischen Krankenhauspfaden und ambulanten/sektorenübergreifenden Pfaden sicherzustellen.

2 „Strukturierte Behandlungsabläufe“ subsumiert unterschiedliche Beschreibungen von Abläufen. Dies können Pfade im Sinne der Definition im Abschnitt „Terminologie“ sein (vgl. auch Hellmann 2002), aber auch Verfahrens-anweisungen (s. Abschnitt Kap. 1.1.4 und Glossar zur Optimierung des Pfaddialogs).

mittel zur Qualitätsverbesserung und zur Kostenminimierung angesehen. Treiber für die Einführung von Behandlungspfaden sind hier vor allem die Kostenträger, die sich davon Kostenersparnisse und Qualitätsverbesserungen versprechen und die Einführung deshalb von den Leistungserbringern einfordern (Schmitt 2008).

Nur wer Behandlungen kostengünstig und mit einem hohen Qualitätsstandard erbringen kann, wird als Vertragspartner akzeptiert und im zunehmend durch Selektivverträge geprägten Wettbewerb überleben können. Die Vorstellungen zu Bedeutung, Nutzen und Leistungsfähigkeit Klinischer Pfade sind in der ambulanten und integrierten Versorgung wenig einheitlich. Dies wurde 2009 auf dem 4. Kongress für Gesundheitsnetzwerker in Berlin sehr deutlich. So werden z. B. Leitlinien mit Klinischen Pfaden häufig gleichgesetzt. Entsprechende Einschätzungen sind nicht zielführend und einem angemessenen Pfaddialog abträglich. Darüber hinaus bestehen ärztlicherseits breite Vorbehalte gegen Klinische Pfade, da sie als Instrumente der Einschränkung von Diagnose und Therapiefreiheit angesehen werden.

Der vorliegende Beitrag führt in die Bedeutung, Planung und Erstellung von Klinischen Pfaden und Behandlungspfaden unter besonderer Berücksichtigung stationärer Klinischer Pfade ein. Er beschreibt aber auch Anforderungen an ambulante und sektorenübergreifende (transsektorale) Behandlungspfade, stellt eine einfache Klassifizierung für Pfade unterschiedlicher Versorgungsbereiche vor und gibt Anregungen dafür, wie Ärzte für die Pfadarbeit gewonnen werden können. Konkrete Vorgehensweisen für die Planung und Umsetzung von Behandlungspfaden für kooperative Versorgungsstrukturen in den genannten Versorgungsbereichen finden sich in nachfolgenden Beiträgen.

Sofern in diesen Beiträgen neben dem Begriff „Behandlungspfad“ oder anstelle dieses Begriffes Formulierungen wie „Clinical Pathway“, „Klinischer Pfad“, „Klinischer Behandlungspfad“ oder „Integrierter Behandlungspfad“ verwendet werden, beinhaltet dies in der Regel eine synonyme Verwendung zum Begriff „Behandlungspfad“. Die diesbezügliche Vorgehensweise ist somit nicht redundant mit der in diesem Beitrag vorgestellten Klassifizierung von strukturierten Behandlungsabläufen (s. Kap. I.1.4), insbesondere nicht mit der hier empfohlenen ausschließlichen Verwendung des Begriffes „Klinischer Pfad“ für den Krankenhausbereich bzw. des Begriffes „Behandlungspfad“ für die ambulante und die integrierte Versorgung. Diese Klassifizierung hat im Hinblick auf eine Optimierung des Pfaddialogs empfehlenden Charakter. Sie stellt keinen Königsweg dar, sondern ist vielmehr gedacht als Diskussionsgrundlage auf dem Weg zu einer einheitlichen Pfadnomenklatur in Deutschland. Zur Zeit der Erstellung der verschiedenen Beiträge für dieses Buch war diese Klassifizierung noch nicht ausgereift und damit auch nicht durchgängig einbeziehbar.

1.2 Klinische Pfade im Krankenhaus – Bedeutung, Ziele, Erstellung

1.2.1 Der stationäre Krankenhauspfad

Allgemeines

Die Einführung stationärer Klinischer Pfade in deutschen Krankenhäusern wurde induziert durch die Einführung des neuen Entgeltsystems (DRG). Zentrales Ziel ist es, die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus zu senken und damit Kosten einzusparen.

Die Bedeutung Klinischer Pfade wurde bisher nur eingeschränkt erkannt (Hellmann 2009a). Breiter diskutierte Vorteile und Zielsetzungen sind z. B.:

- Prozessoptimierung im Kontext definierter Behandlungsziele
- Qualitätsverbesserung
- Kostensteuerung mit Kostenminimierung und Erlössicherung
- Herstellung von Leistungs-, Ergebnis- und Kostentransparenz
- Verminderung des Dokumentationsaufwandes und qualitative Optimierung der Dokumentation
- Positive Beeinflussung der Patientenzufriedenheit

Über die genannten Argumente hinaus bieten Klinische Pfade weitere Vorteile, die bisher überhaupt nicht oder nur sehr eingeschränkt genutzt werden (s. Abb. 1).

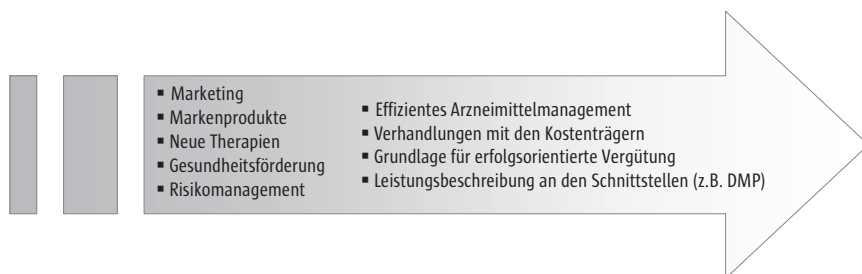


Abb. 1 Bisher vernachlässigte Vorteile Klinischer Pfade

Hervorzuheben ist hier vor allem die Bedeutung Klinischer Pfade für ein *effizientes Arzneimittelmanagement* (Manthey 2009) und für *Verträge mit den Kostenträgern* (Hellmann 2007b). Für den Abschluss von Selektivverträgen im Rahmen der integrierten Versorgung erwarten die Kostenträger den Nachweis von mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit gegenüber der Regelversorgung. Klinische Pfade sind geeignet, entsprechende Vorteile transparent zu machen (s. hierzu auch den Abschnitt „Anforderungen der Kostenträger“).

Außerdem sind sie zentral wichtiges Instrument zum *Aushandeln angemessener erfolgsorientierter Vergütungen für sektorenübergreifende Behandlungskonzepte* (s. hierzu auch den Abschnitt „Behandlungspfade als Grundlage einer erfolgsorientierten Vergütung“ sowie Güssow u. Gröbner 2009).

Besondere Bedeutung haben sie für die *Beschreibung von Leistungen unterschiedlicher Leistungserbringer im Bereich der Schnittstellen von integrierten Versorgungskonzepten*, und hier insbesondere bei DMP-Programmen (Hillenbrand u. Sattler 2009).

Neu ist der Vorschlag, Klinische Pfade für die *Gesundheitsförderung von Mitarbeitern* zu nutzen (Hellmann 2007a). Das Prinzip Klinischer Pfade wird darüber hinaus genutzt für präventive Maßnahmen, entsprechende Pfade werden *Präventionspfade* genannt (Hollmann et al. 2009).

Insgesamt stellen Klinische Pfade ein unverzichtbares Instrument zur Verbesserung der Patientenversorgung und der Positionierung im Wettbewerb der Leistungserbringer dar. Sie sind aber auch wichtiges Instrument zur Einführung von Teamarbeit und zur Förderung einer zielorientierten berufsgruppenübergreifenden Kommunikation.

Terminologie

Neben dem Begriff „Klinischer Pfad“ werden zahlreiche andere Begriffe verwendet, die häufig fälschlicherweise synonym gebraucht werden, obwohl sie Unterschiedliches aussagen. Breiter verwendet wird in Deutschland, aber auch im deutschsprachigen Ausland, die folgende Definition, die eine Erweiterung einer früher vom Autor dieses Beitrags publizierten Definition darstellt (Hellmann 2002):

Ein **Klinischer Pfad** ist ein netzartiger, berufsgruppenübergreifender Behandlungsablauf auf Evidenz basierter Grundlage (Leitlinie), der Patientenerwartungen, Qualität und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen berücksichtigt und auf ein homogenes Patientenkollektiv ausgerichtet ist. Denn er dient der Standardisierung von Behandlungsprozessen zu definierten Diagnosen. Für die behandelnden Personen ist er verbindlich, was ein Abweichen vom Pfad in besonderen Fällen jedoch nicht ausschließt, sofern dies begründet wird (© Hellmann 2010).

Wesentlich ist, dass der Klinische Pfad keinen auf den einzelnen Patienten orientierten Behandlungsablauf darstellt. Vielmehr dient er der Standardisierung mit dem Ziel der Qualitätsverbesserung und Kostenminimierung.

Eine synonyme Verwendung folgender Begriffe ist häufig: **Clinical Pathway**, **Behandlungspfad**, **Integrierter Behandlungspfad** und **Klinischer Behandlungspfad**.

Diese Definition entspricht von den grundlegenden Aussagen der Definition der *European Pathway Association* von 2005 (www.e-p-a.org), die z. B. auch vom Ludwig Boltzmann Institut in Wien verwendet wird und in deutscher Übersetzung aus dem Englischen lautet:

„Der klinische Pfad ist eine Methode des medizinischen Managements einer definierten Gruppe von Patienten über einen definierten Zeitraum. Ein klinischer Pfad beschreibt explizit die Ziele und Schlüsselemente der Behandlung, welche auf evidenzbasierten Leitlinien, Best Practice sowie der Erwartung der Patienten beruhen. Der klinische Pfad unterstützt die Kommunikation und Koordination und Ablaufplanung der Aktivitäten des multidisziplinären Behandlungsteams, der PatientInnen und ihrer Angehörigen durch Dokumentation, Monitoring und Evaluation von Varianzen sowie Bereitstellung der notwendigen Ressourcen und Ergebnisse. Das Ziel des klinischen Pfades ist es, die Qualität der Versorgung zu verbessern, Risiken zu reduzieren, die Zufriedenheit der PatientInnen zu steigern und eine effektivere Verwendung der Ressourcen zu bewerkstelligen.“ (Mad et al. 2008)

Distanzierter sieht der Autor dieses Beitrag die Verwendung des Begriffes „Integrierter Behandlungspfad – IBP“ (Eckhardt u. Sens 2006), der auf ein übergreifendes Prozessmanagement (GPM – Geschäftsprozessmanagement) fokussiert. Da ein solches bisher weder in deutschen Krankenhäusern, noch in ambulanten Einrichtungen annähernd breit realisiert ist, hat der Begriff mehr visionären Charakter als „aktuelle“ Praxisnähe (s. hierzu auch Abschnitt „Klinische Pfade im prozessorientierten Krankenhaus“). Nachteilig erscheint auch, dass er keine klaren Rückschlüsse zulässt, ob z. B. ein stationärer Klinischer Pfad, ein ambulanter Krankenhauspfad, ein ambulanter Pfad im engeren Sinne oder ein verschiedene Sektoren betreffender Pfad gemeint ist. Mit dem Attribut „integriert“ wird auch häufiger ein Pfad der integrierten Versorgung verbunden als ein Pfad für das Krankenhaus. Damit dürften Irritationen vorprogrammiert sein. Für einen effizienten Pfaddialog bedarf es einer differenzierten Terminologie, zumindest solange die Grenze zwischen ambulantem und stationärem Sektor nicht durchlässiger geworden ist! Die Argumentation, die Bezeichnung Klinischer Pfad sei weniger zielführend, da damit eine Nähe zur Klinik abgeleitet wird, ist begründet. Dies wird in der noch vorzustellenden Klassifizierung von Pfaden (s. Tab. 5) berücksichtigt, indem der Begriff „Klinischer Pfad“ nur für den stationären Sektor verwendet wird. Für den ambulanten und integrierten Versorgungsbereich wird hingegen der Begriff Behandlungspfad einbezogen. Die erwähnte Klassifizierung stellt damit eine Weiterentwicklung des Ansatzes dar, der zwar nach Versorgungsbereichen differenziert, den Begriff Klinischer Pfad aber durchgängig verwendet, wenn auch in spezifischer Adaption an die verschiedenen Versorgungsbereiche (Hellmann 2009 b).

Teilpfade (Pfadmodule) wären z. B. die Module eines modularartig aufgebauten stationären Pfades. Diese können so bezeichnet werden, wenn sie die einschlägigen und oben genannten Kriterien für einen Klinischen Pfad (Definition Hellmann) erfüllen, also Prozessbeschreibungen darstellen, die Tätigkeiten,

Ablauf und Zuständigkeiten regeln. Eine Beschreibung der „technischen“ Einzelschritte eines Diagnoseverfahrens würden die Voraussetzungen für einen Teilpfad jedoch nicht erfüllen. Vielmehr sollte diese als Verfahrensanweisung (SOP) ausgewiesen werden.

Eine synonyme Verwendung der Begriffe „Klinischer Pfad“ und „Leitlinie“ ist abzulehnen:

Die **Leitlinie** ist gemäß Definition der Bundesärztekammer „eine systematisch entwickelte Entscheidung über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen“ (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2001). Sie beschreibt damit das medizinische (oder pflegerische) Prozedere bei der Behandlung eines Patienten. Sofern man akzeptiert, dass der Klinische Pfad insbesondere Aspekte der Patientenerwartung und der Wirtschaftlichkeit berücksichtigt, kann man die Leitlinie auch als Rückgrat des Klinischen Pfades definieren. Die Ausweisung des Terminus „Klinischer Pfad“ als eine besondere Form der Leitlinie erscheint für die praktische Pfadarbeit allerdings verwirrend. Dies gilt vor allem dann, wenn anstelle des Begriffes „Klinischer Pfad“ (synonym) der Begriff „Patientenpfad“ verwendet wird bzw. krankenhausspezifische Leitlinien als Patientenpfade bezeichnet werden (Seyfarth-Metzger u. Vogel 2002).

Analoges gilt für die synonyme Verwendung der Begriffe „Klinischer Pfad“ und „Patientenpfad“:

Der Begriff „**Patientenpfad**“ sollte einen „heruntergebrochenen Klinischen Pfad“ bezeichnen, also eine Patienteninformation, die für den Patienten transparent macht, mit welcher Zielsetzung, was, wann und wo mit ihm im Rahmen des Behandlungsablaufes passiert. Eine synonyme Verwendung zum Begriff „Klinischer Pfad“ gemäß der gelegentlichen Verfahrensweise auch in Krankenhäusern des deutschsprachigen Auslandes verbietet sich damit (Holler et al. 2002). Denn der Klinische Pfad ist nach allgemeinem Verständnis ein „diagnostischer oder therapeutischer Wegweiser“ oder „Behandlungskorridor“ für Ärzte und Pflegende.

Auch der Begriff „**Guideline**“ sollte nicht mit dem Begriff „Klinischer Pfad“ gleichgesetzt werden.

Für die medizinisch-wissenschaftliche Diskussion, z. B. innerhalb der medizinischen Fachgesellschaften, mag der Begriff „**Guideline**“ auch weiterhin unentbehrlich sein, *für die praktische Pfadarbeit und den notwendigen interdisziplinären und Berufsgruppen übergreifenden Pfadialog erscheint er jedoch verzichtbar*. Insbesondere die synonyme Verwendung zum Begriff „Klinischer

Pfad“ dürfte nur höchst eingeschränkt sinnvoll sein. Denn unter „Guidelines“ wird eine größere Zahl sehr unterschiedlicher Strukturen subsumiert (s. auch Amelung 2008). Wenn der Begriff in der praktischen Pfadarbeit verwendet wird, sollte deutlich werden, was konkret gemeint ist (s. Beitrag von V. Wambach u. J. Lindenthal in diesem Buch). Die genannten Autoren unterscheiden zwischen „von den Fachgesellschaften entwickelten Guidelines“ (gemeint sind hier Leitlinien) und „vertraulichen Guidelines der Praxisnetzorganisation, die vortrefflich effiziente Abläufe sichern und Kosten senken sollen und damit nachhaltig Wettbewerbsvorteile für das Netzwerk schaffen“ (gemeint sind hier Behandlungspfade).

Unabhängig von der genannten spezifischen Differenzierung (s. Kap. IV.3) wird auch für den praktischen Pfaddialog im niedergelassenen und integrierten Versorgungsbereich ein Prozedere nach dem KISS-Prinzip empfohlen. Anders ausgedrückt:

Sinnvoll erscheint die Differenzierung zwischen den klar abgrenzbaren Begriffen „Klinischer Pfad“ / „Behandlungspfad“ und „Leitlinie“ bei Verzicht auf den Begriff „Guideline“.

Neu eingeführt wird an dieser Stelle der Begriff „Pfadäquivalent“ (Definition s. unten), da besonders von Niedergelassenen individuelle – also auf einzelne Patienten bezogene Behandlungsabläufe – häufig als Klinische Pfade (oder Behandlungspfade) bezeichnet werden. Dies ist nicht regelrecht, denn Pfade stellen ab auf homogene Patientenkollektive mit dem Ziel, die Qualität von Behandlungsabläufen auf standardisierter Grundlage im Kontext von Wirtschaftlichkeit zu optimieren.

Ein „Pfadäquivalent“ beschreibt das pflegerische oder medizinische Prozedere einer auf den **Einzelpatienten** ausgerichteten Behandlung im Kontext von Zielen wie Qualität, Wirtschaftlichkeit und Patientenbedürfnissen. Die Anforderungen an ein „Pfadäquivalent“ entsprechen damit vom Grundsatz her weitgehend denjenigen von Pfaden. Im Gegensatz zu diesen steht im Mittelpunkt der Betrachtung jedoch nicht ein homogenes Patientenkollektiv, sondern der Einzelpatient mit seinen individuellen Versorgungsbedürfnissen (© Hellmann 2010).

Die Abgrenzung von Pfaden zu Pfadäquivalenten ist z. B. von Bedeutung, wenn im ambulanten Bereich (z. B. im MVZ) eine Kombination aus einer standardisierten Behandlung (mit den Merkmalen eines Behandlungspfades) mit einer individuellen (auf den Einzelpatienten bezogenen) Behandlung erfolgt.

Beispiel

Kombination eines Pfadmoduls zur Aufnahme von Patienten mit rheumatischen Erkrankungen und einem individuell orientierten Pfadäquivalent für einen Patienten mit einer seltenen rheumatischen Erkrankung

Ähnliches gilt für sektorenübergreifende Behandlungskonzepte.

Beispiel

Kombination einer chirurgischen Behandlung im Krankenhaus (stationärer Pfad) mit der individuell orientierten Nachsorge bei einem niedergelassenen Arzt (Pfadäquivalent)

Viele Wege führen zum Ziel – unterschiedliche Rahmenbedingungen bestimmen das Vorgehen

Die Diskussion um Veränderungen im Krankenhaus und damit auch die Frage nach der Einführung Klinischer Pfade orientiert sich meist an umfassenden und kostenaufwendigen Lösungen, was nicht verwundert. Denn zentral gesteuert wird die Diskussion von KIS-Anbietern oder anderen Großunternehmen, die ihre Lösungen vermarkten wollen. Zweifellos sind von diesen entwickelte Systeme gelegentlich auch komfortabel und effizient, wie das Projekt „Prosper“ der Bundesknappschaft (Eckenbach u. Böckmann 2008) oder das „Projekt Internet basierte Kommunikationsplattform“ des Klinikums der Universität Freiburg (Burkhardt et al. 2006) zeigen.

Entsprechend aufwendige Lösungen sind von einer Vielzahl von Krankenhäusern aus Kosten- und/oder strukturellen Gründen allerdings nicht umsetzbar. Dies heißt aber nicht, dass diese Krankenhäuser Klinische Pfade nicht realisieren können (s. Abschnitte „Abteilungsübergreifende Einführung Klinischer Pfade“ und „Welche ‚Pfadkonzepte‘ gibt es?“). Auch die Bedeutung der Einführung von *Geschäftsprozessmanagement* – GPM sollte nüchtern betrachtet werden (s. unten).

Nachfolgend werden verschiedene Profile von Rahmenbedingungen vorgestellt, innerhalb derer Klinische Pfade geplant und implementiert werden können. Für alle aufgezeigten Möglichkeiten hat die Beantwortung folgender Fragen hohe Relevanz:

- Welche Leistungen bieten wir an?
- Welche Leistungen bieten unsere Wettbewerber an?
- Welche Leistungen wollen wir zukünftig anbieten?
- Welche Leistungen sollen über Klinische Pfade abgebildet werden?
- Welche Leistungen wollen wir zu Produkten entwickeln?

Klinische Pfade im prozessorientierten Krankenhaus

Es steht außer Zweifel, dass neue Versorgungskonstellationen (interdisziplinäre Organzentren, sektorenübergreifende Versorgung im Kontext von Selektivverträgen) Überlegungen zu neuen Organisationsformen erfordern (Braun et al. 2009, Hurlebaus et al. 2010). Im Mittelpunkt der derzeitigen Diskussion steht dabei die Forderung nach Ablösung des funktional organisierten Krankenhauses mit von Chefarzten geführten Abteilungen durch eine prozessorientierte Organisation (Hellmann u. Lausberg 2008). Man verspricht sich davon vor allem die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ohne Brüche an den Schnittstellen. Dies gilt insbesondere für chronisch Kranke, die transsektoral von verschiedenen Leistungserbringern versorgt werden müssen.

Geschäftsprozessmanagement – GPM (Schmelzer u. Sesselmann 2007) wird in neuerer Zeit als geeignete Lösung angesehen, die Defizite funktionaler Organisationen aufzulösen und strategische und operative Geschäftsprozesse optimal zu steuern. Dazu ist eine Identifizierung aller wichtigen Geschäftsprozesse nebst ihrer Implementierung Voraussetzung. Dies gilt somit auch für Klinische Pfade. Anders ausgedrückt: Innerhalb des GPM eines Krankenhauses ist das Management von Klinischen Pfaden ein zentral wichtiger Teilbereich, der den Erfordernissen von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Patientenversorgung Rechnung tragen soll. Die Umsetzung des GPM-Ansatzes ist allerdings nur auf Grundlage von massiven Strukturveränderungen im Krankenhaus möglich. Denn die funktionale Aufbau- und Ablauforganisation muss durch eine prozessorientierte Organisation ersetzt werden.

Wie praktische Erfahrungen zeigen, ist in vielen Krankenhäusern der Weg von einer funktionalen zu einer prozessorientierten Organisation jedoch dornenreich. Insbesondere viele Chefarzte „blockieren“ hier. Denn eine prozessorientierte Aufbau- und Ablauforganisation bedeutet massive Umstrukturierungen, die Übertragung von Aufgaben an andere Berufsgruppen und damit auch Machtverlust (Hellmann u. Lausberg 2008).

Im deutschsprachigen Raum ist das *Landeskrankenhaus Klagenfurt* das erste Krankenhaus, das die internationalen Kriterien des Prozessmanagements erfüllt. Es erhielt im Jahre 2006 den „GPard Process Award“ der österreichischen Gesellschaft für Prozessmanagement, seit November 2008 ist es als erstes Schwerpunktkrankenhaus nach DIN ISO 9001 zertifiziert (www.lkh-klu.at).

An Pfaden orientiertes Prozessmanagement, das durch einen Case Manager gesteuert wird, findet sich in verschiedenen deutschen Krankenhäusern, z. B. in der *Urologischen Klinik des Klinikums Stuttgart* (www.klinikum-stuttgart.de).

Ob die Erstellung Klinischer Pfade im Rahmen von GPM oder anderen prozessorientierten Ansätzen zu qualitativ besseren Behandlungsergebnissen und umfassenderen Einsparungen gegenüber der Erstellung in einer Struktur mit funktionaler Aufbau- und Ablauforganisation führt, muss derzeit völlig offenbleiben. Hier gilt Analoges wie für GPM selbst. Denn solange dieses in deutschen Krankenhäusern nicht in repräsentativem Umfang umgesetzt wird, sind auch keine Evaluationen und darauf aufbauende seriöse Aussagen möglich. Darüber hinaus beinhaltet die Einführung von GPM ja nichts anderes als „Business Reengineering“, was radikale Veränderungen im Unternehmen bedeutet. Interessant sind in diesem Zusammenhang empirische Studien, die belegen, dass bis ca. 70 % von Reengineering-Projekten scheitern (Osterloh u. Frost 2006). Selbst Verfechter des Business Engineering empfehlen inzwischen ein evolutionäres Vorgehen (Hammer 2007). Vor diesem Hintergrund erscheint die Zeit noch nicht reif, GPM als Königsweg für die Einführung Klinischer Pfade zu postulieren. Derzeit ist GPM lediglich eine von mehreren Möglichkeiten, deren Umsetzung in sich neu entwickelnden und überschaubaren Versorgungsstrukturen, wie z. B. Medizinischen Versorgungszentren, praktikabler erscheint als in dem komplexen System Krankenhaus mit tradierter funktionaler Aufbau- und Ablauforganisation. Letzteres gilt analog für andere Institutionen im Gesundheitswesen wie Krankenkassen. Auch hier sind nur erste Schritte zur Realisierung von GPM erkennbar.

Umfassendere Erfahrungen mit GPM im Gesundheitsbereich müssen erst noch gesammelt werden. Ein erster hoffnungsvoller Schritt im ambulanten Bereich wird in einem Medizinischen Versorgungszentrum gegangen (s. Kap. I.4).

Klinische Pfade im Krankenhaus mit funktionaler Aufbau- und Ablauforganisation

Die meisten deutschen Krankenhäuser sind bisher nicht prozessorientiert aufgestellt. Damit stellt sich die Frage, wie Klinische Pfade in Krankenhäusern mit konventioneller Aufbau- und Ablauforganisation umgesetzt werden können. Folgende Möglichkeiten stehen zur Disposition:

Abteilungsübergreifende Einführung Klinischer Pfade auf Basis der Entscheidung der Krankenhausleitung

Diese Möglichkeit ist Krankenhäusern zu empfehlen, die weiter auf funktionaler Ebene agieren und bei denen die Möglichkeit besteht, im Konsens der Krankenhausleitung mit den Abteilungsleitern (Chefärzten) Pfade abteilungsübergreifend einzuführen. Die übergreifende Pfadeinführung hat für das Krankenhaus eine große Bedeutung. Denn Klinische Pfade sind zentrales Steuerungsinstrument für die Kosten- und Erlösgestaltung des gesamten Krankenhauses.

Dieser Ansatz stellt allerdings kein „kleines Planspiel“ dar, sondern beinhaltet ein sehr umfangreiches und aufwendiges Projekt, das nicht nur hohe Anfor-

derungen an die Unternehmenskultur stellt, sondern auch an die Strukturqualität des Krankenhauses.

Das Vorliegen eines QM-Systems ist für die Einführung nicht zwingend. Vielmehr kann der Aufbau eines solchen auch der Einführung Klinischer Pfade folgen (Hellmann u. Lausberg 2008). Der „flächendeckenden“ Umsetzung ist gegenüber der Einführung auf Abteilungsebene Priorität einzuräumen. Sie stellt jedoch durchaus umfangreiche Anforderungen (Scheu 2002) an das Krankenhaus:

Anforderungen an die Unternehmenskultur: Die Einführung und erfolgreiche Umsetzung Klinischer Pfade setzt voraus:

- Transparenz und angstfreies Klima
- die Delegation von Entscheidungsbefugnissen
- die Definition von Werten und Zielen, die leitmotivähnlich die Pfadarbeit begleiten
- eine funktionierende berufsgruppenübergreifende Kommunikation

Insbesondere der letztgenannte Aspekt ist von herausragender Bedeutung. Denn da in die Pfade Informationen sehr unterschiedlicher Berufsgruppen eingehen müssen, versteht es sich von selbst, dass diese angemessen miteinander kommunizieren und kooperieren müssen.

Strukturelle und personelle Anforderungen: Die Erstellung und Implementierung Klinischer Pfade setzt voraus:

- **Ausreichende finanzielle Mittel**, denn Klinische Pfade sind natürlich nicht zum Null-Tarif zu haben, sie beinhalten eine Investition, die sich erst mittel- bis längerfristig rechnet.
- **DV-Unterstützung:** Sie ist für die Planung, Umsetzung und Implementierung Klinischer Pfade wünschenswert. Dabei müssen nicht zwingend aufwendige Lösungen im Vordergrund stehen wie beispielsweise im Projekt „Prosper“ der Bundesknappschaft (s. Kap. III.2). So helfen einfache Lösungen zumindest in der Anfangsphase der Pfadarbeit durchaus weiter. Es gibt inzwischen recht komfortable kostengünstige Softwarelösungen, die die Pfaderstellung unterstützen können (s. z. B. bei Klötzer u. Knoche 2008).
- **Möglichkeit des Zugriffs auf einschlägige Daten**, z. B. aus dem operativen Controlling
- **Einschlägig qualifiziertes Personal** mit Kenntnissen zu QM, Moderationstechniken, EDV-Techniken, Krankenhauscontrolling, Medizinischer Terminologie und der Fähigkeit interdisziplinär zu kommunizieren und zu kooperieren

Neben den genannten grundlegenden Erfordernissen für die Pfadeinführung kann Pfadarbeit nur erfolgreich sein, wenn sich die Akteure vergegenwärtigt haben: Pfadwissen ist (zumindest zunächst) nicht annähernd verbreitet. Es