

Das duale Konzept der DGAI zur Qualitätssicherung in der Intensivmedizin*

Vom Wissenschaftlichen Arbeitskreis Intensivmedizin

Zusammenfassung: Patienten und Einweiser werden die Entscheidung, welches Krankenhaus zur Behandlung aufgesucht werden soll, in Zukunft zunehmend aufgrund von Bewertungen, die Qualitätsindikatoren beinhalten, treffen. Da in der Gesellschaft eine Werteveränderung stattgefunden hat, ist das Vertrauen in die Zuverlässigkeit ärztlichen Handelns gesunken. Die Politik hat im Jahre 2004 die externe Qualitätssicherung in die Verantwortung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) gestellt. Der wissenschaftliche Arbeitskreis Intensivmedizin (WAKIM) der DGAI macht einen aktuellen Vorschlag, der zukunftsorientiert über ein Benchmarking in der Intensivmedizin hin zur Zertifizierung von Intensivstationen führen soll und damit Qualitätssicherung in der Intensivmedizin weiter verbreiten soll. Es wird das duale System vorgestellt, das mit dem einen Arm Leistungsdaten wie SAPS II und Liegedauer erfasst und mit dem zweiten Arm über den Aufbau von regionalen Netzwerken ein Qualitätsmanagement etabliert. Als Endziel sind Visitationen und letztlich die Zertifizierung der Intensivstationen nach ISO avisiert.

Einleitung

Das lateinische "Errare humanum est" – "Irren ist menschlich" wird gelegentlich benutzt, ohne über dessen tieferen Sinn nachzudenken.

Als 1999 das Institute of Medicine in Washington D.C. eine Studie mit dem Titel: „To err is human“ veröffentlichte und zeigte, dass nach Schätzungen 44.000 bis 98.000 Todesfälle in amerikanischen Krankenhäusern vermeidbar wären, da war von der Gelassenheit der Amerikaner nichts mehr zu spüren [1]. Die Autoren gingen davon aus, dass das Sterben an den Folgen ärztlicher Fehler die achthäufigste Todesursache in den USA sei. Man nahm an, dass die aufgezeigten Todesfälle nur die Spitze eines Eisberges und letztlich ein Indiz für

suboptimale Behandlung von Patienten seien. Forderungen nach einer sicheren Gesundheitsversorgung wurden in den USA zum politischen Fanal.

Die Autoren der Studie gingen damals von vermeidbaren Kosten von 17 bis 29 Milliarden US\$ pro Jahr aus. Der höchste Preis, der zu entrichten sei, sei sowohl der Verlust des Vertrauens in die Medizin als auch das psychische und physische Leiden der Patienten. Sie bewerteten das Bemühen um die Systemsicherheit in der Medizin als um mehr als 1 Jahrzehnt rückständig im Vergleich zu anderen Hochrisikoindustrien. Durch die Studie des Institute of Medicine wurde das Bewusstsein dafür geschaffen, dass zahlreiche Prozesse in den Krankenhäusern noch zu verbessern seien und es letztlich auch darum ginge, Fehler zu vermeiden. In der jüngst von Valentin publizierten Sentinel Event Evaluations-Studie zeigte sich, dass bei 391 von 1.913 Patienten insgesamt 584 unvorhergesehene Ereignisse auftraten. Hierzu gehörten Medikationsfehler, unerwartete Dekonnektionen von Kathetern und Drainagen, Obstruktionen und Leckagen des Atemwegs [2].

Wie steht es mit Fehlern in der Medizin? Wie erklärt sich der scheinbare Widerspruch zwischen Fehlern und einer sicheren Gesundheits- und intensivmedizinischen Versorgung? Ist die Sicherheit des Patienten gar mit Fehlern in Einklang zu bringen [2]? Das Aktionsbündnis "Patientensicherheit" hat sich in Deutschland diesem Thema mit einer engagierten Agenda gewidmet [3].

Seit 1989 hat der Gesetzgeber mit jeder größeren Gesundheitsreform Regelungen implementiert, die die Qualität der stationären Versorgung sichern und verbessern sollen. Deutsche Krankenhäuser mussten im Jahre 2006 externe

* Anästh. Intensivmed. 48 (2007), Supplement-Nr. 2/2007 S28 - S31.

Qualitätsvergleiche, einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und Qualitätsberichte vorweisen und letztlich verschiedene Strukturanforderungen erfüllen. Die bisher bedeutsamste Qualitätsregulierung für Krankenhäuser in Deutschland stellt die sogenannte externe, das heißt einrichtungsübergreifende und vergleichende Qualitätssicherung dar. Der systematische Krankenhausvergleich hatte sich in Deutschland zunächst über die Perinatalerhebungen und später in der Allgemein- und Herzchirurgie zunächst auf freiwilliger Basis etabliert. Seit 2004 steht die externe Qualitätssicherung in der Verantwortung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS). 2006 waren die Krankenhäuser verpflichtet, für alle Patienten, die in 24 Leistungsbereichen behandelt werden, elektronische Dokumentationen zur Qualität der Versorgung zu erstellen. Die BQS erstellt nun jährlich Vergleichsstatistiken, in denen die Kliniken in Deutschland miteinander zu 184 Qualitätszielen verglichen werden [4]. Es gibt also deutlich erkennbar eine zunehmende Diskussion über die medizinische Ergebnisqualität mit klaren Forderungen nach Transparenz. Somit ist klar:

"Wenn wir das Thema nicht anpacken, werden wir gezwungen".

Wir werden zukünftig nur für Qualität bezahlt und die Kostenträger werden die schon jetzt vorhandenen Ergebnisse wie SAPS II, Liegedauer etc. für eine Bewertung nutzen. Aber auch Patienten und Einweiser werden Ihre Entscheidungen auf der Basis von Qualitätsbewertungen treffen. Da in der Gesellschaft eine Werteveränderung stattgefunden hat, ist die Vertrauensbasis in die Zuverlässigkeit ärztlichen Handelns gesunken. Die Folge sind verstärkte Forderungen nach mehr Kontrollen. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass es innerhalb der Ärzteschaft zunehmend einen breiten Konsens dafür gibt, dass Qualitätssicherung notwendig ist, um die Versorgungsqualität aufrecht zu erhalten. Es muss das Vertrauen der Patienten erhalten bleiben. Deshalb macht der wissenschaftliche Arbeitskreis Intensivmedizin (WAKIM) der DGAI einen aktuellen Vorschlag, der zukunftsorientiert über ein Benchmarking in der Intensivmedizin hin zur Zertifizierung von Intensivstationen führen soll.

Das Konzept

Schon 1995 hat die DGAI Mindestinhalte und Ziele der Dokumentation im Bereich der Intensivmedizin formuliert und publiziert [5]. Vier Jahre später wurde dieser Datensatz von der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft (IAG) "Qualitätssicherung Intensivmedizin" der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) übernommen, modifiziert und weiter entwickelt. Ein modifizierter Kerndatensatz der Intensivmedizin wurde dann 2004 von der DGAI publiziert [6]. Bei noch nicht ausreichender Akzeptanz und Umsetzung des Datensatzes hat der WAK Intensivmedizin deshalb nach Wegen gesucht, eine breitere Akzeptanz für die Qualitätssicherung in der Intensivmedizin zu erzielen, und stellt das folgende Konzept vor.

Das "neue", um einen Arm erweiterte und ergänzte Konzept soll ein Maximum an Beteiligungsmöglichkeiten für jeden Intensivmediziner bieten. Es wird bewusst ein zweiarmliges System vorgestellt, um auf der einen Seite über ein regionales Netzwerk zu einer Qualitätsverbesserung zu kommen und auf der anderen Seite über einen minimalen Datensatz wenigstens die Kernaussage über den getriebenen Aufwand (SAPS II) und die Verweildauer (LOS) zu dokumentieren.

Bei dem jetzt vorgestellten dualen Konzept gibt es vier relevante Vorgaben:

1. Das Konzept muss mit dem DIVI- und DGAI-Kerndatensatz kompatibel sein.
2. Ergebnisse müssen online verfügbar sein!
3. Aufbau regionaler Netzwerke.
4. Vorbereitung zur Zertifizierung von Intensivstationen.

Bei den bisherigen Qualitätssicherungsprojekten war es nicht möglich, kurzfristig zu Ergebnissen zu kommen, da aufwendige Auswertungen vorzunehmen waren. In der Regel verliert der Anwender sein Interesse an der Qualitätssicherung, wenn er nicht schnell den Effekt seiner Maßnahmen wiedergespiegelt sieht. Um sich zeitnah mit anderen Kliniken vergleichen zu können, hat die Jenaer Gruppe um K. Reinhart 2001 ein Internet-Benchmark-Projekt der Thüringer Krankenhäuser in Zusammenarbeit mit der Thüringer

Landesärztekammer, die als Treuhänder dient, auf den Weg gebracht. Dieses "Internet-Benchmarking" ist Teil des landesweiten Projektes der Thüringer Landesärztekammer zur Sicherung der Qualität in der Intensivmedizin und wurde unter Beteiligung der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums Jena entwickelt. Mit dem auf freiwilliger Basis erfolgenden Vergleich eines erhobenen Kerndatensatzes kann so ein landesweiter Qualitätsvergleich in der Intensivmedizin etabliert werden. Für den Online-Vergleich werden anonymisierte Daten der am Benchmarking beteiligten Intensivstationen elektronisch erfasst und automatisch ausgewertet. Jede beteiligte Intensivstation kann jederzeit im Internet nach Überprüfung der Autorisierung strukturierte Qualitätsberichte in Form von Diagrammen aufrufen, bei denen die Daten der eigenen Station mit den anonymisierten Daten aller einsendenden Intensivstationen dargestellt werden. Durch diesen unmittelbaren Abgleich kann die Effizienz und Effektivität der eigenen intensivmedizinischen Behandlung zeitnah überprüft und beurteilt werden. Zugleich können so auch Daten zum Aufwand einer Behandlung und den damit verbundenen Kosten gewonnen werden.

Um das Projekt weiter auszubauen und einen umfassenden Vergleich zu erreichen, sind alle Kliniken eingeladen, an dem Projekt teilzunehmen (Einzelheiten siehe Beitrag Specht et al.).

Dieser Arm des dualen Konzeptes umfasst das Benchmarkprojekt, an dem jede Intensivstation mit einer Untermenge/Gruppe des DIVI/DGAI Datensatzes teilnehmen kann. Der "Minimal-Datensatz" umfasst folgende drei Parameter (Datenformat XML):

1. SAPS II +
2. Hauptdiagnose +
3. Liegedauer.

Der minimale Datensatz erfordert letztlich keine zusätzliche Arbeit auf den Intensivstationen, da diese Daten auch an die Krankenkassen übermittelt werden. Wünschenswert ist der konsequente Ausbau zum DIVI/DGAI-Kerndatensatz, der ausdrücklich vom WAK Intensivmedizin unterstützt wird (Abb. 1).

Über Tracerdiagnosen (z. B. Pneumonierate) kann die Leistungsfähigkeit des Benchmarkservers getestet werden. Sogenannte "Bundles" können das Konzept der Qualitätssicherung ergänzen und lassen den Erfolg über den Benchmarkserver ablesen.

Der zweite Arm des dualen Konzeptes besteht aus einem „Qualitätsmanagement-Katalog“ für Intensivtherapiestationen, der über Regionalnetzwerke entwickelt wird. Grundlage für die Einführung eines Qualitätsmanagements auf Intensivstationen ist die Verbesserung der Prozesse durch motivierte Mitarbeiter mit dem Ziel, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen und das Vertrauen in die Qualitätsfähigkeit in Bezug auf die Therapie- und Versorgungsqualität zu steigern. Aktive Einbeziehung der Mitarbeiter bei der Ausgestaltung des Qualitätsmanagementsystems führt zu hoher Identifikation mit dem Krankenhaus und der Abteilung und somit zu hohem Qualitätsbewusstsein. Eine solche systematische Vorgehensweise hat sich in der Praxis bewährt.

Regionale Netzwerke ermöglichen hierbei den Kontakt und Gedankenaustausch unter Intensivmedizinern. Über ein Beispiel wird in diesem Heft berichtet. Letztlich verfolgt der zweite Arm des Qualitätssicherungskonzeptes das Ziel, ein Zertifizierungsverfahren nach ISO auf den Weg zu bringen und von Fachexperten begleiten zu lassen. Der letzte Teil des zweiten Armes ist die Visitation oder das sog. PEER-Review-Verfahren durch unabhängige Fachgutachter der Fachgesellschaft. Sie wird von einem Team von Fachkollegen durchgeführt und dabei die Station standardisiert untersucht, wobei letztlich die Umstände unter denen die Therapie stattfindet, analysiert werden. In Holland haben beispielsweise seit Mitte der 1980er Jahre alle 28 medizinischen Fachgesellschaften eigene Peer-Review-Programme mit fachspezifischen Standards entwickelt. Sie werden unter dem Begriff der Visitation zusammengefasst. Die Fachgesellschaften verfolgen hierbei das Ziel, durch Visitationen die Behandlungsqualität zu verbessern und damit eine hohe Leistungsfähigkeit ihrer Mitglieder zu gewährleisten. Eine Visitation wird üblicherweise von 2-3 Fachkollegen durchgeführt, nachdem in der Vorbereitungsphase die zu besuchende Station einen standardisierten

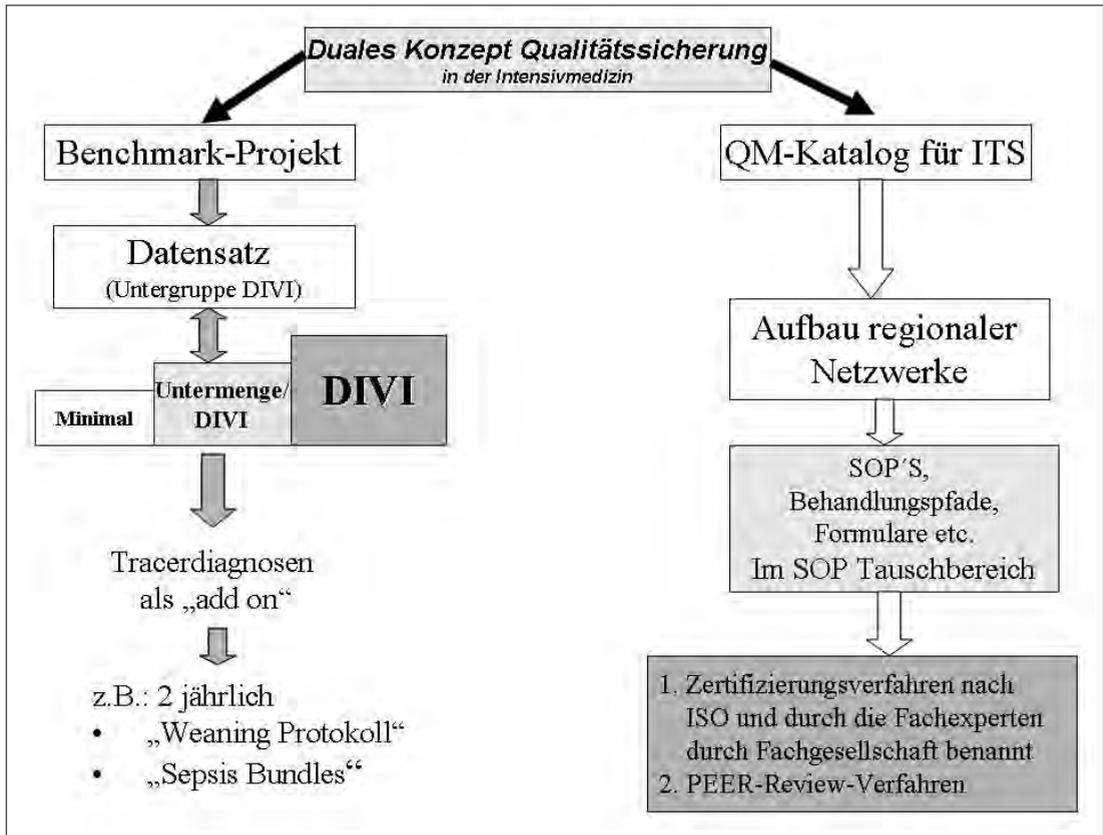


Abb. 1: Duales Konzept Qualitätssicherung.

Fragebogen ausgefüllt hat. Die Visitation selbst dauert gewöhnlich einen Tag, an dem anhand von Bewertungsprotokollen der aktuelle Stand beurteilt wird. Hierbei werden Krankenblätter eingesehen, Versorgungsprozesse beobachtet und gezielte Interviews geführt. Am Ende der Visitation erfolgt ein qualifiziertes Feedback mit Verbesserungsvorschlägen. Abschließend wird ein Audit-Bericht durch die Visatoren erstellt. Die Inhalte des Audit-Berichts werden vertraulich behandelt, wobei die besuchte Abteilung entscheidet, ob und mit wem die Ergebnisse diskutiert werden. Die Visitation ist kein Ersatz für internen Erfahrungsaustausch, Mortalitätskonferenzen oder Ähnliches. Sie dient der Beratung durch fachlich Gleichgestellte aus anderen Krankenhäusern („peer professionals“) als Ergänzung, die dann einen Qualitätsentwicklungsprozess in der untersuchten Abteilung anstoßen kann [7]. Da ein solches Verfahren Kosten verursacht, ist hierfür ein Finanzierungsweg zu realisieren.

Literatur

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, et al. (Hrsg). To Err Is Human. Building a Safer Health System. Washington: National Academy Press; 1999.
2. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno RP, Dolanski L, Bauer P, et al. Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. *Intensive Care Med* 2006; 32(10):1591-1598.
3. Aktionsbündnis Patientensicherheit, www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de
4. Klauber J, Robra BP, Schellschmidt H (Hrsg). Krankenhausreport 2006, Stuttgart: Schattauer; 2007.
5. Schmitz JE, Weiler Th, Heinrichs W. Mindestinhalte und Ziele der Dokumentation in der Intensivmedizin. *Anästh Intensivmed* 1995;39:162-172.
6. Martin J, Schleppers A, Fischer K, et al. Der Kerndatensatz Intensivmedizin: Mindestinhalte der Dokumentation im Bereich Intensivmedizin. *Anästh Intensivmed* 2004;45:207-216.
7. Möller J. Methoden zur Bewertung der Qualität im Gesundheitswesen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2001;6:26-33.