

Qualitätsmanagement

Gemeinsam mit Intensivmedizinern hat die Ärztekammer Hamburg ein „Peer Review“ entwickelt. In dem standardisierten Verfahren beurteilen Kollegen andere Kollegen, um die Qualität medizinischer Versorgung auf Intensivstationen genau unter die Lupe zu nehmen.

Von Prof. Dr. Hanswerner Bause¹, Dr. Sebastian Wirtz²,
Dr. Cord Busse³, Prof. Dr. Alwin E. Goetz⁴,
Dr. Carsten Leffmann⁵, Dr. Klaus Beelmann⁶, PD Dr. Jan-Peter Braun⁷

Kollegenbesuch auf der Intensivstation

„Peer Groups“ dürften den meisten unter uns geläufig sein, „Peer reviews“ dagegen eher nicht. Der letzt genannte Fachbegriff beschreibt ein Verfahren zur Qualitätssicherung, in dem Kollegen andere Kollegen in einem standardisierten Verfahren beurteilen. Gemeinsam mit Intensivmedizinern hat die Ärztekammer Hamburg einen solchen Peer Review entwickelt, um die Qualität medizinischer Versorgung auf Intensivstationen genau unter die Lupe zu nehmen. Erstmals wird so deutschlandweit eine Kommunikationsplattform der Intensivmedizin im Sinne unserer Patienten und unseren ärztlichen und pflegerischen Teams geschaffen. Dazu begeben Kolleginnen und Kollegen des gleichen Fachgebietes die Abteilung einer anderen Klinik mit dem Ziel, die Umstände der

medizinisch-pflegerischen Behandlung zu betrachten und Ansatzpunkte zur Verbesserung der Behandlungsqualität zu entdecken. Intensivstationen, die einen solchen Peer Review wünschen, können sich an die Ärztekammer wenden.

Die unbezweifelbaren Fortschritte der Intensivmedizin in den letzten Jahrzehnten sind vor allem dem differenzierten Qualitätsmanagement zuzuschreiben. Diese Resultate sind kein Ruhelassen, sondern müssen Ansporn sein, die Qualität in der Intensivmedizin auch unter Gesichtspunkten der Kosteneffektivität weiter zu steigern.

Schnelles, koordiniertes, verantwortliches Handeln

Intensivstationen gehören mit den Operationssälen zum Krankenhaus-Bereich mit der größten Prozessdichte. Hier werden besonders kritisch kranke Patienten versorgt, deren vitale Funktionen akut beeinträchtigt sind und deren Überleben von einer Vielzahl an Faktoren beeinflusst wird. Verschiedene ärztliche Disziplinen ebenso wie Pflegekräfte und Physiotherapeuten sind in Prozesse auf der Intensivstation eingebunden. Die 24-stündige Versorgung von Patienten macht die tägliche Präsenz unterschiedlicher Fachdisziplinen erforderlich, die mehrmals täglich Informationen an andere weitergeben. Schnelles, koordiniertes und professionelles Handeln ist ebenso gefragt wie der verantwortungsvolle Umgang mit Grenzbereichen der Medizin. Intensivmedizinische Maßnah-

men haben in der Regel tief greifende Konsequenzen für den Patienten. Fehler, die sich direkt oder indirekt aus den täglichen Handlungsabläufen ergeben könnten, sind deshalb von besonderer Bedeutung und Tragweite. Sie zu vermeiden ist ein zentrales Anliegen in der Medizin generell und im besonderen Maße in der Intensivmedizin.

Intensivstationen mit großer Prozessdichte

Aus dieser Komplexität heraus stellen sich in vielen Intensivstationen folgende Fragen:

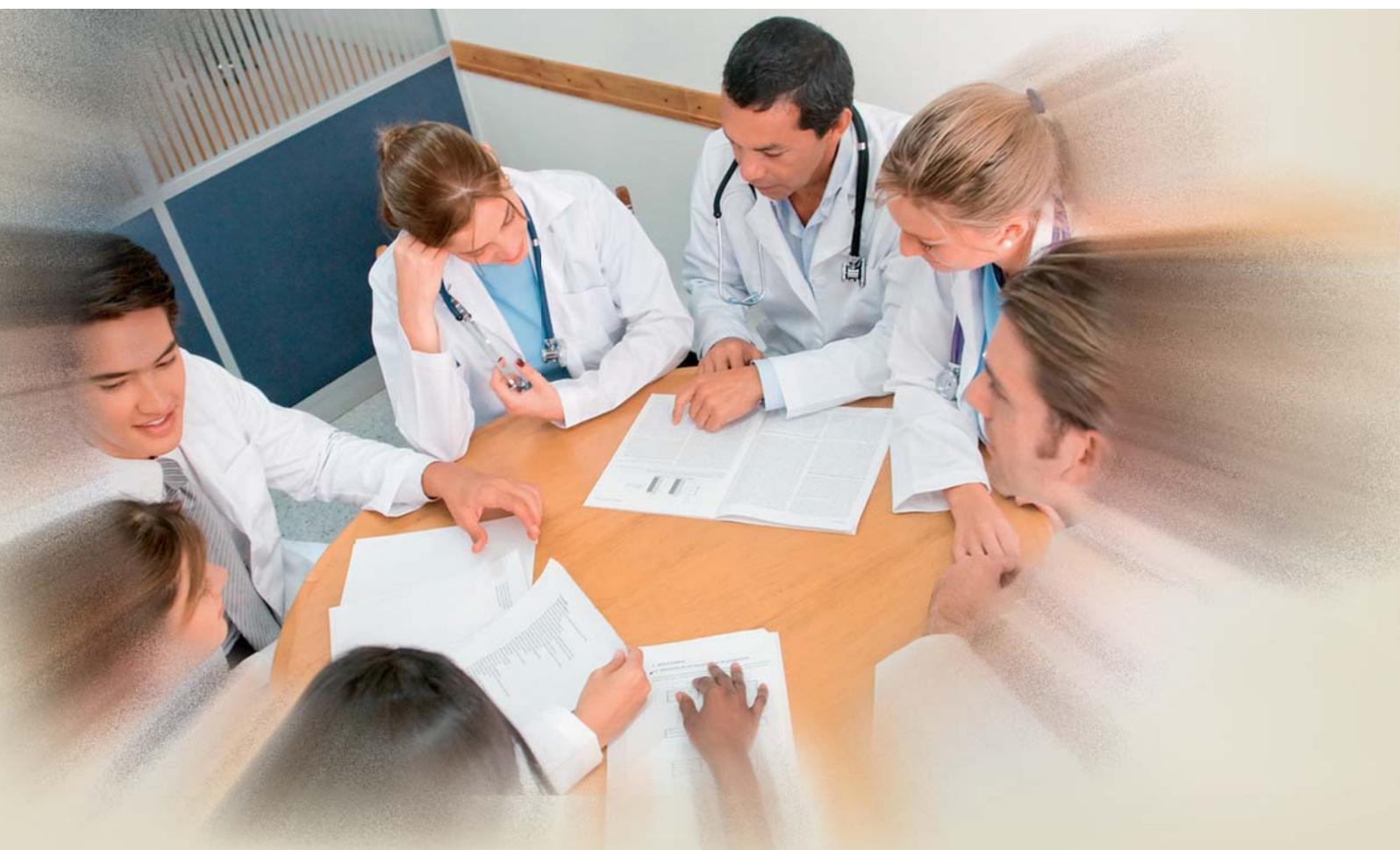
- Sind ausreichende strukturelle Voraussetzungen vorhanden, d.h. ist qualifiziertes Personal in ausreichendem Umfang vorhanden und ist die apparative Ausstattung adäquat?
- Sind Abläufe, insbesondere diagnostische und therapeutische Standards, definiert und deren Umsetzung implementiert?
- Sind übergeordnete Therapieziele definiert und allen behandelnden Berufsgruppen in ausreichendem Ausmaß bekannt, transparent und nachvollziehbar?
- Welche therapeutischen Maßnahmen am Krankenbett haben auf das Outcome der Patienten einen Einfluss?
- Sind ergebnisrelevante Daten nachvollziehbar?
- Haben allgemein akzeptierte intensivmedizinische Erkenntnisse einen hohen Durchdringungsgrad erreicht und werden diese im diagnostischen und therapeutischen Prozess umgesetzt?

Info für Intensivstationen

Die Beteiligung am Peer Review-Verfahren ist selbstverständlich freiwillig. Die Ärztekammer Hamburg übernimmt hierbei:

1. die Qualifizierung der Peer Reviewer,
2. die Einrichtung einer Steuerungsgruppe,
3. die Koordinierung des Verfahrens und der Evaluation,

Interessierte Intensivstationen aller Fachrichtungen, die in Hamburg angesiedelt sind, und an einem Peer Review-Verfahren teilnehmen möchten, melden sich bitte unter der Telefonnummer: 040-202299-390 bzw. der E-Mail: qm@aekeh.de bei der Ärztekammer Hamburg.



Um diese Fragen zu beantworten, bedarf es einer Evaluation allgemein akzeptierter Indikatoren, die relevante klinische Arbeitsbereiche erfassen, Arbeitsabläufe valide abbilden und eine Relevanz hinsichtlich des Outcomes von Patienten haben. Die Systematik und die damit verbundene Problematik bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der Intensivmedizin wird von Pronovost et al. ausführlich beschrieben.

Eine Expertenkommission der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) hatte in einer ausführlichen Analyse und Diskussion Kernindikatoren für die Intensivmedizin definiert. Diese Qualitätsindikatoren haben sich in publizierten Studien für Intensivpatienten als Ergebnis-relevant erwiesen. Jeder Indikator lässt sich dabei einer der Dimensionen: Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität (Tab. 1) zuordnen.

Qualitätsmanagement hat u. a. den Sinn, Problemzonen einer Institution bzw. Klinik zu identifizieren und nachhaltig in den Griff zu bekommen. Leider wurde in den vergangenen Jahren weniger diese Art der Prozessorientierung und der Behandlungsoptimierung mit Qualitätsmanagement in Verbindung gebracht, als vielmehr das Ziel einer Zertifizierung in den Vordergrund ge-

stellt. Zu Recht stellten deshalb Mitarbeiter die Frage nach dem Sinn und Unsinn von Zertifizierung in der Intensivmedizin. Die notwendige Beachtung des Verhältnisses von Aufwand zu Nutzen wurde dabei mitunter außer Acht gelassen.

Arbeiten mit Checklisten

Die einfachste Methode, zielgerichtetes Handeln zu erreichen und Fehler bzw. Unterlassungen zu vermeiden, ist das Arbeiten mit Checklisten, die sich seit Jahrzehnten bewährt haben. Der nächste logische Schritt ist, die Einhaltung standardisierter Abläufe anhand von Kennzahlen zu messen. Dabei induzieren Ziele, die nicht erreicht werden können, naturgemäß Frustration und Abwehr. Daher muss die Zielsetzung so gewählt werden, dass sie realistisch erreichbar, nachvollziehbar und durch ein transparentes und reproduzierbares Verfahren evaluierbar ist. Ziel ist eine systematische, kontinuierliche Verbesserung, die nach Galesio und Mitarbeitern auf Intensivstationen erfolgreich angewendet und umgesetzt werden kann. Hiernach machen Intensivstationen, die unter weit reichenden Qualitätsmängeln leiden, nach Einführung qualitätsverbessernder Maßnahmen natürlich größere Fortschritte, als Einheiten, die

aufgrund von Vorarbeiten schon ein initial höheres Qualitätsniveau erzielt hatten. „Peer Reviews“ sind in diesem Zusammenhang ein sinnvoller Folgeschritt auf dem Weg kontinuierlicher Qualitätsverbesserung.

Tab. 1: Qualitätsindikatoren Intensivmedizin für erwachsene Patienten

I	Oberkörper-Hochlagerung
II	Monitoring von Sedierung, Analgesie und Delir
III	Protektive Beatmung
IV	Weaningprotokoll mit Spontanatmungs-Versuch
V	Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie
VI	Therapeutische Hypothermie nach Herzstillstand
VII	Frühe Enterale Ernährung (insbesondere bei SHT)
VIII	Dokumentation von Anhängersgesprächen
IX	Händedesinfektionsmittelverbrauch (BQS Indikator 2010)
X	Leitung durch einen Intensivmediziner mit Zusatzbezeichnung und Gewährleistung der Präsenz eines Arztes mit Facharztstandard über 24 Stunden

¹ Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, AKA; ²Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, AKB; ³Abteilung für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, AK St. Georg;

⁴Zentrum für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, UKE;

⁵ Ärztekammer Schleswig-Holstein ⁶ Ärztekammer Hamburg; ⁷ Klinik für Anästhesiologie, Charite Centrum, Berlin)

Abb. 1: Prozessqualität: Patientenbezogen

Wird nach Checkliste der Bettplatz vorbereitet, der Patient aufgenommen und entlassen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Wird nach Checkliste/SOP visitiert, untersucht, Befunde erhoben?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Checkliste für Bearbeitung der Patientenakte vor Verlegung bzw. Archivierung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Pflege-SOPs, Pflegeplanungen liegen vor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Visiten durch intensivmedizinisch erfahrenen Facharzt/ Oberarzt sind täglich garantiert	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Verfahrensanweisungen zum Betreuungsmanagement werden eingehalten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Angehörigengespräche werden dokumentiert/ Vereinbarungen sind schriftlich fixiert	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Fixierprotokoll werden geführt/Verfahren über freiheitserziehende Maßnahmen ist festgelegt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Verfahren mit Wertsachen ist geregelt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Information und Beratung von Patienten und Angehörigen ist geregelt, Ansprechpartner sind benannt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Lagerungstherapien/Mobilisationskonzepte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Mögliche Antwortkategorien sind:
 trifft nicht zu (= 1 Punkt),
 in Planung oder Umsetzung (= 2 Punkte),
 trifft teilweise zu (= 3 Punkte)
 und trifft zu (= 4 Punkte).
 Es können maximal 420 Punkte erzielt werden,
 wobei im Anschluss an das Peer Review die
 erzielte Punktzahl nicht als eine Benotung
 verstanden werden, sondern vielmehr als
 Orientierungshilfe beim Folge-Peer Review
 dienen soll.

In Baden-Württemberg, Berlin/Brandenburg und Hamburg haben sich bereits Netzwerke gebildet, um dieses Konzept umzusetzen und evidenzbasierte Erkenntnisse in den klinischen Alltag zu implementieren. So sollen medizinische Qualität, Effektivität und Effizienz gesteigert werden. Der kollegiale Aspekt, d. h. gegenseitiges Visitieren und gegenseitiges Lernen auf Augenhöhe, sind Basis der Reviews, multiprofessionelle Kommunikation soll verbessert werden. Das Verfahren ist weitgehend standardisiert worden und hat sich zu einem reliablen, objektiven Verfahren entwickelt. Gegenseitige Verantwortung, die Bereitschaft zur Transparenz und absolute Vertraulichkeit gegenüber Dritten sind Voraussetzung für die professionelle externe Evaluation.

Was passiert beim Review?

Vor einem intensivmedizinischen „Peer Review“ müssen die Vertraulichkeitserklärungen der Reviewer und die Zustimmung der Krankenhausleitung der visitierten Intensivstation eingeholt werden. Am Review nehmen leitendes ärztliches und pflegerisches Personal der visitierten Intensivstation teil. Zwei Intensivmediziner sowie eine Fachpflegekraft aus unterschiedlichen Kliniken visitieren als Reviewer eine Intensivstation. Bei der Auswahl der Reviewer wird darauf Wert gelegt, dass sie eine Ausbildung als Peer Reviewer erhalten haben. Die Auswahl der Reviewer wird durch die Ärztekammer Hamburg koordiniert, und zwar zusammen mit

den Kliniken, die ein Peer Review wünschen. Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) unterstützen in der Pilotphase die Peer Reviews finanziell, personell und durch die Arbeit im wissenschaftlichen Arbeitskreis. Inhaltlich wird nach einem standardisierten Peer Review-Ablauf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einer Intensivstation systematisch überprüft.

Selbsteinschätzung vorher

Der Fragenkatalog wird vor dem Review den visitierten Kollegen zur Verfügung gestellt. Hilfreich ist, wenn sich die Intensivstation vor der externen Evaluation zuvor intern selbst einschätzt. In welchem Umfang und welcher Form dies geschieht, bleibt der jeweiligen Abteilung überlassen. Nach der gegenseitigen Vorstellung der Peer Review-Beteiligten werden den visitierten Kollegen Fragen zur Intensivstation gestellt. Orientierend an Fragenkatalogen gängiger Zertifizierungsverfahren sowie an intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren wurde ein Review-Fragenkatalog entwickelt (Abb. 1), der kurz und praxisnah alle Qualitätsfelder der Intensivmedizin abfragt. Im Schlussteil des Fragenkatalogs sollen Fragen zum Controlling und Berichtswesen beantwortet werden. Für jede Frage werden je nach Antwort Kategoriepunkte vergeben. Anschließend findet eine gemeinsame Begehung der Station statt, wobei die Erfüllung der

Qualitätsindikatoren anhand der Krankenakte überprüft und die Durchdringung standardisierter Abläufe bei den Mitarbeitern hinterfragt werden.

Nach der Begehung findet sich das Review-Team erneut mit dem Leitungsteam der Station zusammen, um Eindrücke und Bewertungen auszutauschen. Es geht darum, eine Intensivstation im Rahmen ihrer Möglichkeit bzw. ihres Versorgungsauftrages zu bewerten. Im Sinne einer strukturierten Analyse werden Stärken, Schwächen, Chancen und Gefahren (SWOT-Analyse) der intensivmedizinischen Einrichtung bewertet. Die erzielte Punktzahl wird im Bericht dokumentiert. Der Abschlussbericht wird dem Leitenden Arzt der Intensivstation zur persönlichen Verfügung zugestellt. Das Verfahren wird von einem Qualitätsbeauftragten der Ärztekammer Hamburg begleitet, der zusätzliche Objektivität sicherstellt. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Peer Review ein entwicklungsorientiertes Evaluationsverfahren ist, welches den Erfahrungsaustausch von Einrichtungen und ein professionelles Verständnis von Qualität fördert. Daraus resultieren eine hohe Zufriedenheit bei den Teilnehmern sowie ein Lerneffekt für beide Seiten. Er stellt eine gelebte Qualitätssicherung dar. Die fachliche Steuerung wird in Zukunft von der DIVI, die Organisation des Verfahrens durch die Ärztekammer Hamburg vorgenommen.

Literatur beim Verfasser.

Prof. Dr. Hanswerner Bause
 Asklepios Klinik Altona
 E-Mail: h.bause@asklepios.com