

Spannungsfeld Qualitätssicherung am Beispiel der Herzchirurgie

Funkat AK, Falk V, Mohr FW

Klinik für Herzchirurgie, Herzzentrum, Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland
funkat.ch@herzzentrum-leipzig.de

Einleitung und Gegenstand Die Anforderungen an Qualitätssicherung und -management für die Patientenversorgung in der klinischen Routine nehmen ständig zu. Neben der gesetzlich vorgeschriebenen Dokumentation, die sich nur auf ausgewählte Fachdisziplinen und dort nur auf spezielle Leistungsbereiche erstreckt, erfordert die veränderte Wettbewerbssituation eine klinikweite Strategie für das Qualitätsmanagement. Darüber hinaus sind die Forderungen der jeweiligen Fachgesellschaften zu berücksichtigen. Der Beitrag zeigt für das Herzzentrum Leipzig, in dem alle heute durchführbaren Operationen der Erwachsenen- und Kinderherzchirurgie ausgeführt werden, wie im Spannungsfeld zwischen gesetzlichen Vorgaben, klinischer Routine, Forschungsvorhaben und Wettbewerb die Qualitätssicherung zu einem positiven Instrument in der Patientenversorgung genutzt werden kann.

Material und Methoden Qualitätssicherung und -management bauen auf Qualitätsindikatoren auf, die aus auf der Klinikdokumentation basierenden Daten berechnet werden. Es wird zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. Die interne Qualitätssicherung bezeichnet alle klinikinternen Maßnahmen, die krankenhauses- oder abteilungsweise als verbindlich vereinbart worden sind. Die externe Qualitätssicherung betrifft Maßnahmen, die ein Krankenhaus oder eine Krankenhausabteilung gesetzlich verpflichtend durchführen muss oder an denen freiwillig teilgenommen werden kann. Für die Herzchirurgie in Deutschland stellt sich die externe Qualitätssicherung wie folgt dar: (1) Modul HCH der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) [1], (2) Leistungsstatistik der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) [2], (3) spezifische Regelungen der jeweiligen Landesärztekammern, (4) Adult Cardiac Surgical Database der European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS), (5) EACTS' Congenital Database.

Für die Erwachsenen-Herzchirurgie in Deutschland sind das BQS-Verfahren und die DGTHG Leistungsstatistik die wesentlichen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen. Wünschenswert ist eine gemeinsame europäische Vorgehensweise, die zwar mit der Adult Cardiac Surgical Database der EACTS bereits existiert, aber noch nicht von allen EACTS-Mitgliedsländern beliefert wird. In Deutschland erfolgt die Datenlieferung seit 2003 zentral über die DGTHG, die Teilnahme ist freiwillig. Auswertungen auf europäischer Basis liegen bisher noch nicht vor. Bundeslandspezifische Regelungen werden in diesem Beitrag nicht berücksichtigt, weil sie zu stark voneinander differieren.

Die wesentlichen Eigenschaften des BQS-Verfahrens und der DGTHG-Leistungsstatistik stellt die folgende Tabelle dar:

	BQS-Verfahren	DGTHG-Leistungsstatistik
Teilnahme	Gesetzlich vorgeschrieben	Freiwillig
Leistungsbereiche	- Koronarchirurgie, isoliert - Aortenklappenchirurgie, isoliert - Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Alle Eingriffe, die an einer herzchirurgischen Abteilung durchgeführt werden.
Bezugszeitraum	Aufnahme in das Krankenhaus zwischen 1. Januar und 31. Dezember des Verfahrensjahres und Entlassung bis zum 31. Januar des Folgejahres	Operationen, die zwischen dem 1. Januar und 31. Dezember des Verfahrensjahres durchgeführt wurden.
Qualitätsindikatoren	- In-House-Letalität - 30-Tage-Letalität - postoperative Mediastinitisrate - Anteil postoperativer Nierenfunktionsstörung - Anteil postoperativer zerebrovaskulärer Komplikationen	- In-House-Letalität
Auslöser	Dokumentationspflichtig sind alle Operationen, bei denen eine Prozedur mit einem OPS-Kode kodiert wurde, der den Auslösebedingungen entspricht. Nicht erfasst werden bei richtiger Kodierung die minimalinvasiv durchgeführten koronarchirurgischen Operationen.	Erfasst werden alle im Verfahrensjahr durchgeführten Operationen. Musste ein Patient mehrmals operiert werden, wird jede Operation gezählt. Daraus ergeben sich mehr Operationen als operierte Patienten.
Letalität	In-House-Letalität und 30-Tage-Letalität. Die 30-Tage-Letalität wird nur berechnet, wenn die Follow-Up-Rate mindestens 97% beträgt.	In-House-Letalität, bezogen auf den Ersteingriff. Die Anzahl der Verstorbenen wird nur für den Ersteingriff angegeben, selbst wenn im gleichen Aufenthalt eine zweite Herzoperation notwendig ist und der Patient danach verstirbt. Durch die oben beschriebene Zählweise wird die Letalität zu niedrig angegeben.
Auswertung	Es werden nur für drei Leistungsbereiche (siehe Tabelle) Leistungszahlen und Qualitätsindikatoren berechnet. Die Operation muss als erste Operation im Aufenthalt durchgeführt worden sein.	Es erfolgt eine auf dem amtlichen OPS-Katalog basierende Zuordnung einer Operation zu den Leistungsbereichen. Die Differenzierung der Leistungsbereiche ist wesentlich höher als beim BQS-Verfahren und erfasst alle Verfahren der Herzchirurgie. Es werden für alle Leistungsbereiche die Leistungszahlen und Anzahl der Verstorbenen angegeben.
Fallzusammenführung	Bei Fallzusammenführung muss sich die Dokumentation auf den zusammengeführten Fall beziehen.	Keine Regelung
Änderung der Spezifikation	Jährlich, weil die Auslösebedingungen auf dem amtlichen OPS-Katalog basieren und zudem für jedes Jahr die Dokumentationspezifikation verändert wird.	Jährlich, weil die Zuordnung in Leistungsbereiche auf dem amtlichen OPS-Katalog basieren.

Tab. 1. Übersicht zu den wesentlichen Eigenschaften des BQS-Verfahrens im Modul HCH und der DGTHG-Leistungsstatistik.

Für den Einsatz in der klinischen Routine besteht der Vorteil des BQS-Verfahrens im Umfang des Datensatzes, mit dem nicht nur der Euroscore (ein Instrument zur präoperativen Risikobewertung), sondern neben der Letalität auch weitere Qualitätsindikatoren berechnet werden können. Weiterhin stehen zur Einordnung der eigenen Leistung die bundesweiten Ergebnisse für die Qualitätsindikatoren zur Verfügung. Allerdings steht zur Zeit die Glaubwürdigkeit der an die BQS gelieferten Daten auf dem Prüfstand – die BQS sieht sich veranlasst, eine Validitätsprüfung für die isolierte Koronarchirurgie in allen in Frage kommenden Krankenhäusern anzusetzen [3]. Die Nachteile des BQS-Verfahrens liegen vor allem im eingeschränkten Leistungsbereich und darin, dass durch den dort definierten Bezugszeitraum nicht alle Fälle erfasst werden. Die Stärken der DGTHG-Leistungsstatistik ist in ihrer differenzierten Leistungserfassung zu sehen, sowie im notariellen Anonymisierungsverfahren, bei dem jede Klinik sicher sein kann, dass bei der datenentgegennehmenden Stelle keine Rückschlüsse auf die Identität der liefernden Stelle möglich sind. Die Nachteile liegen hier im Datensatz, bis zum Verfahrensjahr 2004 waren nur Leistungszahlen und Anzahl der Verstorbenen gefordert, ab Verfahrensjahr 2005 ist die Abgabe eines erweiterten Datensatzes möglich, aus dem die Berechnung des Euroscores für jede Operation möglich ist.

Ergebnisse Die Erfahrungen am Herzzentrum Leipzig haben gezeigt, dass es für die interne Qualitätssicherung wichtig und notwendig ist, die Vorteile des BQS-Verfahrens mit denen der DGTHG-Leistungsstatistik zu kombinieren. Herzchirurgische Fachabteilungen nutzen schon immer die

In-House-Letalität und die 30-Tage-Letalität zur Beurteilung ihrer Operationsergebnisse. Mit den von der BQS veröffentlichten Qualitätsindikatoren kommen weitere wichtige Instrumente für die Qualitätssicherung hinzu. Diese wurden zwar für die oben angegebenen BQS-Leistungsbereiche definiert (siehe Tab. 1), sind aber ebenso auf andere herzchirurgische Eingriffe anwendbar. Die Zuordnung jeder Operation zu einem Leistungsbereich gibt die DGTHG-Leistungsstatistik vor. Beides wird in dem am Herzzentrum Leipzig entwickelten Leistungsreport zusammengefasst.

Diskussion Die Zusammenführung von externer und interner Qualitätssicherung erfordert ein hohes interdisziplinäres Verständnis und bedeutet gleichzeitig einen großen administrativen Aufwand. Diese Integrationsleistung ist nur mit einer gezielten Unterstützung durch die IT-Infrastruktur effektiv zu gestalten. Im Wesentlichen müssen dazu folgende Schritte geleistet werden: (1) Zeit- und patientennahe Dokumentation der klinischen Daten, (2) Systemübergreifende Verfügbarkeit der Daten, (3) Transparente Berechnung und Auswertung von Qualitätsindikatoren, (4) Implementierung eines Prozesses zum Qualitätsreview in die klinische Routine.

Erforderlich ist die Parametrisierung und Anpassung des klinischen Informationssystems für die Prozesse der Qualitätssicherung. Dazu sind Schnittstellen zwischen den verschiedenen datenerfassenden, -haltenden und auswertenden Systemen erforderlich. Diese angesprochene Integrationsleistung ist auch die Voraussetzung, perspektivisch die informationstechnologische Unterstützung für klinische Studien zu planen. Das schließt die semantische Abbildung von Studienprotokollen, die Sicherstellung der Datenqualität sowie die Prozesskontrolle für die Durchführung mit ein.

Literatur

- [1] BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH. Anwenderinformation für Auslösung der externen Qualitätsdarstellung veröffentlicht. BQS online Leistungsbereiche Verfahrensjahr 2005. 26. November 2004. <http://www.bqs-online.de> (31. März 2006)..
- [2] Gummert JF, Funkat A, Krian A. Cardiac surgery in Germany during 2004: a report on behalf of the German Society for Thoracic and Cardiovascular Surgery. Thorac Cardiovasc Surg 2005; 53:391-9.
- [3] BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH. Qualität der BQS-Daten aus 2005: Prüfung erfolgt in drei Leistungsbereichen. BQS online AKTUELLES. 31. März 2006. <http://www.bqs-online.de> (31. März 2006).