

Strukturierter Dialog Herzchirurgie: Zielvereinbarung und Lernen von den Besten

Warum Strukturierter Dialog?

Der Strukturierte Dialog mit Krankenhäusern ist eine ergebnisoffene Form der Kommunikation mit dem Ziel, Krankenhäuser bei ihrem kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu unterstützen. Dazu werden von der BQS-Fachgruppe Herzchirurgie zunächst Auffälligkeitsbereiche für die Ergebnisse zu den BQS-Qualitätsindikatoren festgelegt.

Krankenhäuser, deren Ergebnisse außerhalb der Referenzbereiche liegen, werden von der BQS um eine schriftliche Stellungnahme zu ihren Ergebnissen gebeten. Im Dialog mit den auffälligen Krankenhäusern können so die Ursachen für die Auffälligkeiten identifiziert und Ansätze für Veränderungen aufgedeckt werden.

„Strukturiert“ ist der Dialog dabei in zweifacher Hinsicht:

Zum einen ist der Dialog mit auffälligen Krankenhäusern als Stufenkonzept angelegt und sieht im ersten Schritt eine schriftliche Analyse der Auffälligkeiten und die Darstellung konkreter Verbesserungsmaßnahmen durch das Krankenhaus vor. Danach sind in abgestufter Reihenfolge ein Gespräch mit Zielvereinbarungen und eine Begehung des Krankenhauses vorgesehen. Die De-anonymisierung eines Krankenhauses gegenüber dem Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgt, wenn im weiteren Verlauf keine Verbesserung der Versorgungsqualität des Krankenhauses erkennbar wird oder sich ein Krankenhaus dem Dialog verweigert.

Die Analyse der Stellungnahmen auffälliger Krankenhäuser findet ebenfalls in strukturierter Form nach folgenden Kriterien statt:

- Ist die Auffälligkeit tatsächlich durch ein Qualitätsproblem verursacht oder ist die Auffälligkeit durch methodische Limitationen des Qualitätsindikators begründet? Liegt hier ein Problem der Versorgung oder der Dokumentationsqualität vor?
- Wurde das Problem bereits vom Krankenhaus erkannt?
- Wurden ggf. Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung ergriffen?
- Halten die Experten der BQS-Fachgruppe Herzchirurgie diese Maßnahmen für Erfolg versprechend?
- In welchem Zeitraum soll eine Umsetzung dieser Maßnahmen und ihre Auswirkung auf die Behandlungs- oder Dokumentationsqualität überprüft werden?

Im Strukturierten Dialog 2003 wurden insgesamt 18 herzchirurgische Krankenhäuser kontaktiert. 14 dieser Krankenhäuser lagen mit ihren Ergebnissen außerhalb der definierten Referenzbereiche zu den BQS-Qualitätsindikatoren in den herzchirurgischen Leistungsbereichen. Zwei Krankenhäuser hatten im Leistungsbereich isolierte Koronarchirurgie eine Krankenhaussterblichkeit von unter 1% dokumentiert und galten daher als auffällig in Bezug auf die Dokumentationsqualität. Zwei Krankenhäuser zeigten sowohl auffällige Ergebnisse als auch eine auffällige Dokumentationsqualität.

Alle 18 Krankenhäuser haben umfangreiche interne Analysen ihrer Auffälligkeiten durchgeführt und die Ergebnisse dieser Analysen gegenüber der Fachgruppe Herzchirurgie in schriftlicher Form dargelegt. In 14 Fällen hat die Fachgruppe die Stellungnahmen der Krankenhäuser akzeptiert, da bereits Erfolg versprechende Korrekturen an den internen Prozessen vorgenommen worden waren oder die auffälligen Ergebnisse durch die Behandlung von Hochrisikopatienten bedingt waren. In

Referenzbereiche 2003 in den vier herzchirurgischen Leistungsbereichen

	Koronarchirurgie	Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- u. Aortenklappen-chirurgie	Mitralklappen-chirurgie
Verwendung der IMA*	≥ 62,4%	-	-	-
Mediastinitis*	≤ 2,2%	-	-	-
Nierenfunktionsstörungen**	≤ 7,0%	≤ 7,0%	≤ 7,0%	≤ 7,0%
In-Hospital-Letalität elektiv/ dringlich*	≤ 5,0%	≤ 7,7%	≤ 15,2%	≤ 16,7%

* 5 %-Perzentile bzw. 95 %-Perzentile

** Ergebnis wissenschaftlicher Studien

IMA = innere Brustwandarterie (Arteria mammaria interna)

vier Fällen wurden ergänzende Stellungnahmen angefordert. Zusätzlich haben ein Expertengespräch und eine Begehung stattgefunden, an denen Vertreter zweier herzchirurgischer Krankenhäuser, Vertreter der BQS-Fachgruppe Herzchirurgie und Mitarbeiter der BQS teilgenommen haben.

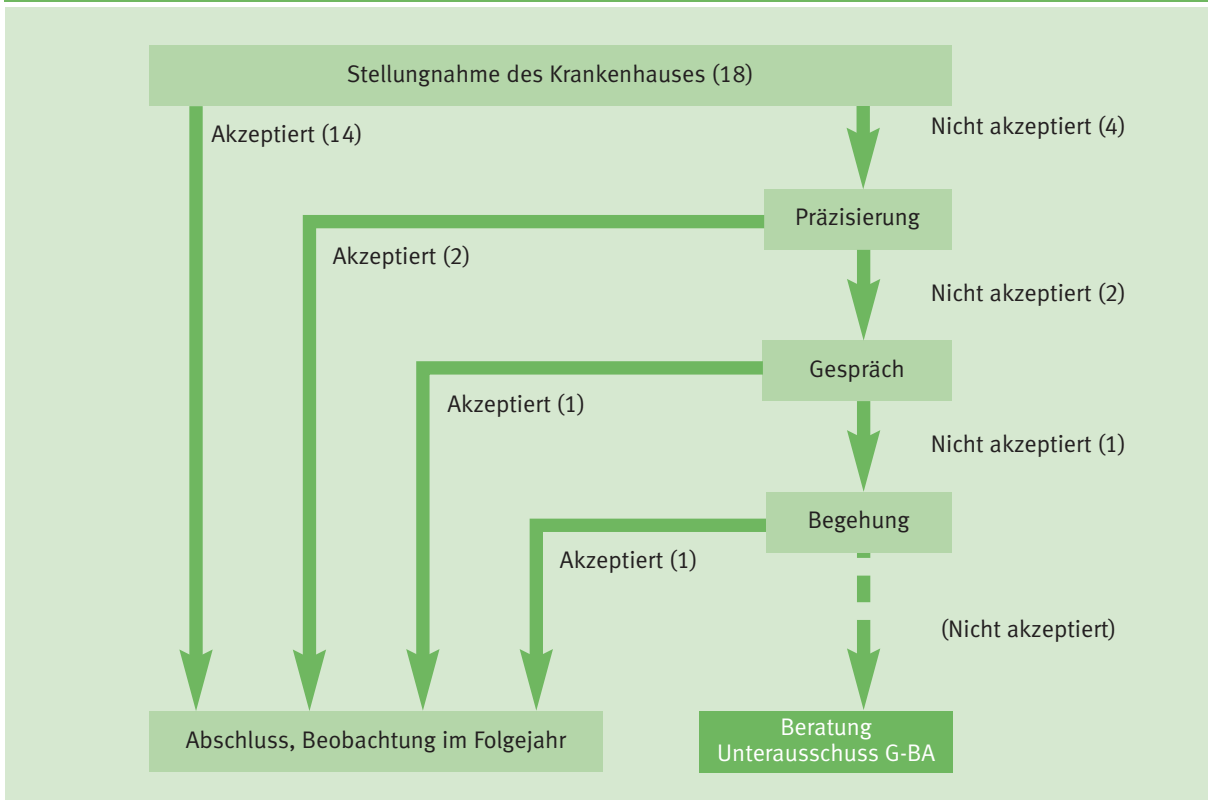
Das Ziel einer verbesserten Versorgungsqualität wird dabei durch zwei Ansätze verfolgt:

1. Krankenhäuser, deren Ergebnisse nach Analyse durch die Experten der BQS-Fachgruppe als auffällig gelten, erhalten im Rahmen von Expertengesprächen Unterstützung bei der internen Qualitätsverbesserung.
2. Zugleich kann die Identifikation besonders guter Versorgungsqualität in einzelnen Krankenhäusern im Sinne eines „Lernens von den Besten“ wichtige Impulse geben für eine verbesserte Versorgungsqualität aller Krankenhäuser.

Unterstützung bei der Qualitätsverbesserung

Ein Expertengespräch wurde im vierten Quartal 2004 mit dem Chefarzt einer Abteilung geführt, die im Jahr 2003 einen Anteil von 0% an Operationen mit Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna (innere Brustwandarterie) im Leistungsbereich isolierte Koronarchirurgie dokumentiert hatte. Die Vorteile der Verwendung der Arteria mammaria interna als Bypassgraft bei koronarchirurgischen Operationen sind in der Leitlinie der American Heart Association zur Koronarchirurgie eindeutig belegt. Im Expertengespräch wurden daher konkrete Maßnahmen vereinbart, die eine Erhöhung des Anteils von koronarchirurgischen Operationen mit Verwendung der Arteria mammaria interna bewirken sollten. Auf Anregung der Fachgruppe hat der Chefarzt eine Dienstweisung verfasst, in der die operativ tätigen Mitarbeiter der herzchirurgischen Abteilung schriftlich

Ablaufschema des Strukturierten Dialogs über auffällige Ergebnisse in der Herzchirurgie für 2003



Die Zahlen in Klammern geben die Anzahl auffälliger Krankenhäuser an.

angewiesen wurden, im Operationsbericht jeweils die Gründe für die Nichtverwendung der Arteria mammaria interna aufzuführen. Diese Gründe wurden vom Chefarzt der Abteilung in regelmäßigen Abständen analysiert. Auffälligkeiten, zum Beispiel eine Nichtverwendbarkeit der Arterie nach Präparation durch den Operateur, wurden zum Anlass für abteilungsinterne Schulungen genommen.

Diese Maßnahmen führten zu einer Steigerung des Anteils von koronarchirurgischen Operationen mit Verwendung der Arteria mammaria interna auf über 70% im ersten Quartal 2005. Eine weitere quartalsweise Berichterstattung durch den Chefarzt der herzchirurgischen Abteilung an die Fachgruppe Herzchirurgie ist vereinbart.

„Lernen von den Besten“

Eine Begehung fand in einem Krankenhaus statt, das sowohl 2002 als auch 2003 bei mehr als 1.500 Operationen im Leistungsbereich isolierte Koronarchirurgie eine Krankenhaussterblichkeit von unter 1% dokumentiert hatte. Die bundesweite Gesamtrate zur Krankenhaussterblichkeit lag im Jahr 2002 bei 2,78% und 2003 bei 3,15%. Die dokumentierte Rate war auf Nachfrage vom Krankenhaus in für die Fachgruppe nachvollziehbarer Form bestätigt worden. Im Dialog vor Ort hat das Krankenhaus die internen Dokumentationsprozesse explizit dargestellt und die an die BQS berichtete Krankenhaussterblichkeitsrate verifiziert. Bei der gemeinsamen Analyse der in diesem Krankenhaus etablierten Strukturen und Prozesse wurden im Rahmen einer Begehung drei entscheidende Erfolgsfaktoren identifiziert:

1. Gute Kommunikationswege

Die Optimierung des abteilungsübergreifenden Behandlungsprozesses steht in diesem Krankenhaus an oberster Stelle und erfolgt funktionsübergreifend. In den Behandlungsabläufen sind sowohl eine herzchirurgische als auch eine kardiologische und eine anästhesiologische Abteilung einbezogen. Es besteht eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit kurzen Kommunikationswegen zwischen den Abteilungen. Eine gute Kommunikation wird dabei sowohl durch in diesem Krankenhaus implementierte EDV-Lösungen als auch durch regelmäßige persönliche Kontakte zwischen

den am Behandlungsprozess Beteiligten sichergestellt. Zwischen der herzchirurgischen und der kardiologischen Abteilung werden sowohl Fragen der Indikationsstellung zur Operation bzw. perkutanen koronaren Intervention diskutiert als auch die Behandlungsstrategien für Risikopatienten festgelegt.

2. Frühe postoperative Mobilisation

In der operativen und frühen postoperativen Phase erfolgt eine enge Abstimmung zwischen der herzchirurgischen und anästhesiologischen Abteilung mit dem Ziel, die Patienten möglichst frühzeitig nach der Operation zu mobilisieren. Auf diese Weise können 92,07% der Patienten innerhalb von 12 Stunden nach der Operation extubiert werden (Bundesdurchschnitt: 59,49%). Am ersten Tag nach der Operation sind 85,96% der Patienten bis zum Stehen mobilisiert (Bundesdurchschnitt: 40,70%).

3. Strukturierte Behandlungsabläufe

Die Behandlungsprozesse für herzchirurgische Patienten sind in schriftlicher Form als detaillierte klinische Behandlungspfade hinterlegt, die alle an der Behandlung herzchirurgischer Patienten beteiligten Berufsgruppen einbeziehen. Abweichungen vom Behandlungsstandard sind nur in begründeten Ausnahmefällen möglich.

Die dargestellten strukturellen und prozessualen Merkmale dieses Krankenhauses werden im Strukturierten Dialog 2004 bei der Analyse von Krankenhäusern mit auffälligen Ergebnissen zur In-Hospital-Letalität herangezogen. Auf diese Weise können diesen Krankenhäusern konkrete Wege zur Verbesserung von Strukturen und Prozessen aufgezeigt werden, z. B. indem Behandlungsabläufe standardisiert und für alle am Behandlungsprozess Beteiligten verbindlich festgelegt werden.

Während die Entwicklung neuer Risikoadjustierungsmodelle dazu beiträgt, Auffälligkeiten bei Ergebnissen spezifischer zu identifizieren, bietet das Konzept des „Lernens von den Besten“ gleichzeitig die Gelegenheit, auffällige Krankenhäuser bei der Qualitätsverbesserung zielgerichtet zu unterstützen.