

Strukturierter Dialog in der Herzchirurgie: Verbesserung durch Zielvereinbarungen

Der Strukturierte Dialog hat in den vergangenen Jahren zu einer deutlichen Verbesserung der Prozessqualität in der isolierten Koronarchirurgie beigetragen (*BQS 2006*). Der Nachweis einer Verbesserung der Behandlungsergebnisse ist dagegen aufwendiger, da hier Einflussgrößen wie die Erfahrung und fachliche Kompetenz aller an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen und Berufsgruppen und auch „weiche“ Faktoren wie die Organisations- und Kommunikationskultur eines Krankenhauses eine Rolle spielen (*Birkmeyer et al. 2003*). Dass aber auch hier durch eine fundierte fachliche Analyse und Formulierung verbindlicher Zielvereinbarungen deutliche Verbesserungen möglich sind, lässt sich am Beispiel der risikoadjustierten Krankenhaussterblichkeit in der isolierten Koronarchirurgie zeigen.

Voraussetzungen für einen erfolgreichen Strukturierten Dialog

Präzise Messinstrumente

Die Sterblichkeit nach koronarchirurgischen Operationen hängt sowohl von der Qualität der medizinischen und pflegerischen Behandlung als auch von Begleiterkrankungen der Patienten und der Dringlichkeit der Operation ab. Seit 2005 steht mit dem logistischen KCH-SCORE ein statistisches Modell zur Risikoadjustierung der Krankenhaussterblichkeit zur Verfügung, das diese Einflussgrößen angemessen berücksichtigt (*BQS 2005*). Qualitativ auffällige Krankenhäuser können dadurch deutlich zielgenauer identifiziert werden.

In den Jahren 2005 und 2006 lagen jeweils drei Krankenhäuser mit ihren Ergebnissen außerhalb des festgelegten Referenzbereichs. Anders als in den Jahren 2003 und 2004 waren die auffälligen Sterblichkeitsraten nicht mehr ausschließlich schriftlich zu klären: Vertreter von drei Krankenhäusern wurden zu einem Expertengespräch eingeladen, in drei weiteren Krankenhäusern führten Vertreter der BQS-Fachgruppe Herzchirurgie eine Begehung durch.

Interdisziplinärer Ansatz

Aufgrund der vielfältigen möglichen Einflussgrößen für auffällige Ergebnisqualität verfolgen die Experten der BQS-Fachgruppe Herzchirurgie bei Expertengesprächen und Begehungen immer einen interdisziplinären Ansatz, wobei ggf. auch Vertreter des Krankenhausträgers einbezogen werden. Anhaltspunkte, welche Fachdisziplinen und Berufsgruppen hinzugezogen werden müssen, ergeben sich in der Regel aus der schriftlichen Stellungnahme des Krankenhauses, die im ersten Schritt des Strukturierten Dialoges angefordert wird.

Strukturierte Gesprächsführung

Die Gespräche mit den Krankenhäusern werden in Form von strukturierten Interviews geführt. Die BQS hat zu diesem Zweck gemeinsam mit der BQS-Fachgruppe Herzchirurgie einen Interviewleitfaden erarbeitet, der alle wesentlichen Aspekte moderner Qualitätsmanagementsysteme umfasst und auf die Behandlung herzchirurgischer Patienten abgestimmt ist. Dieser Interviewleitfaden wird auch den Krankenhäusern vorab zur Verfügung gestellt, damit diese sich optimal vorbereiten können.

Zielvereinbarung

Schaffung einer verlässlichen Datengrundlage

Belastbare Daten sind eine essenzielle Voraussetzung für eine auf kontinuierliche Qualitätsverbesserung ausgerichtete Steuerung von Krankenhäusern, da nur mithilfe dieser Daten eine objektive Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes möglich ist. Im Dialog mit einem Krankenhaus wurde hier erheblicher Verbesserungsbedarf festgestellt. Daher vereinbarte die BQS-Fachgruppe Herzchirurgie mit dem Krankenhaus die schriftliche Formulierung von verbindlichen Prozessstandards für die Dokumentation. Darüber hinaus führte die BQS eine Validierung der an die BQS übermittelten Daten vor Ort durch, um das Krankenhaus bei der Suche nach systematischen Fehlern zu unterstützen.

Standardisierung der Behandlungsabläufe

Ein weiterer integraler Bestandteil von Qualitätsmanagementsystemen ist die Formulierung von internen Standards für das diagnostische und therapeutische Vorgehen. Auch hier bestand Verbesserungsbedarf, da für wesentliche Teilaspekte der Behandlung herzchirurgischer Patienten keine schriftlichen Anweisungen vorlagen, bzw. die bestehenden Prozessbeschreibungen aktualisierungsbedürftig waren. Dies wurde im Rahmen einer Zielvereinbarung innerhalb von drei Monaten nachgeholt.

Verbesserung der Qualifikation der Intensivmediziner

Alter und Begleiterkrankungen herzchirurgischer Patienten nahmen in den letzten Jahren deutlich zu. Dies stellt zunehmend höhere Anforderungen an die Kompetenz des ärztlichen und pflegerischen Teams, damit diese Patienten mit gleichbleibend gutem Erfolg behandelt werden können. Ärzte haben die Möglichkeit, diesen Anforderungen Rechnung zu tragen, indem sie über die reguläre Facharztweiterbildung hinaus freiwillig weitere Weiterbildungen, etwa in der Intensivmedizin, durchführen. Dieser Aspekt war Gegenstand einer Zielvereinbarung mit einem weiteren Krankenhaus,

das im Erfassungsjahr 2005 eine auffällig hohe risikoadjustierte Sterblichkeitsrate in der isolierten Koronarchirurgie verzeichnete. In diesem Krankenhaus wurde auch die intensivmedizinische Behandlung nach einer herzchirurgischen Operation von Herzchirurgen durchgeführt. Das fachliche Können der auf der Intensivstation tätigen Oberärzte wurde durch den Chefarzt der herzchirurgischen Abteilung subjektiv als sehr gut empfunden. Allerdings verfügte keiner der Oberärzte über eine formale intensivmedizinische Zusatzqualifikation. Daher wurde mit dem Krankenhaus vereinbart, dass die auf der Intensivstation tätigen Oberärzte innerhalb von sechs Monaten nach der Begehung des Krankenhauses die freiwillige Zusatzbezeichnung „Spezielle Herzchirurgische Intensivmedizin“ erwerben. Die Umsetzung der Zielvereinbarung wurde anhand der anonymisierten Zeugnisse überprüft.

Erfolgsfaktor: Verantwortung der Krankenhausleitung

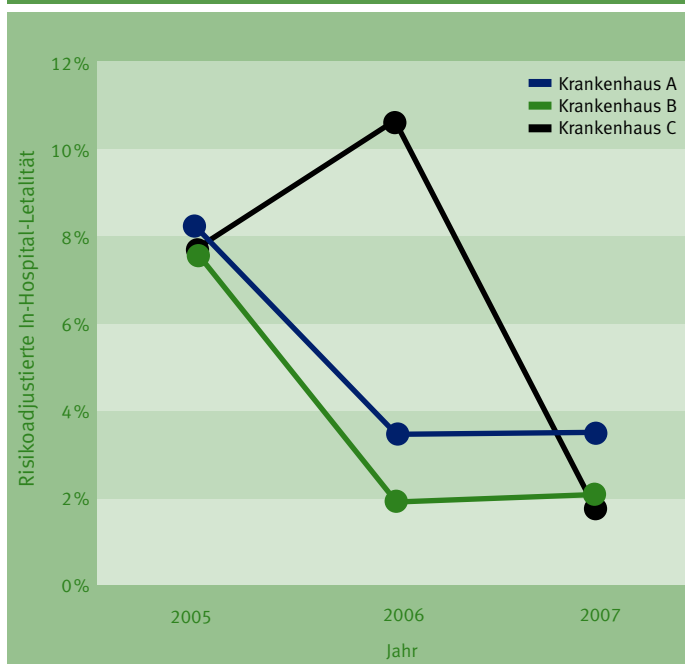
Ein wesentlicher Erfolgsfaktor einer auf kontinuierliche Verbesserung ausgelegten Philosophie eines Krankenhauses ist die Unterstützung durch die Krankenhausleitung. Dies zeigte sich besonders im Falle eines Krankenhauses mit auffällig hoher Krankenhaussterblichkeit im Erfassungsjahr 2005.

Zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme im Strukturierten Dialog hatte der Chefarzt der herzchirurgischen Abteilung das Krankenhaus verlassen. Die Krankenhausleitung nahm als Reaktion auf den Strukturierten Dialog umfangreiche organisatorische und personelle Umstrukturierungen vor. Dabei wurden neben dem kommissarischen Leiter der herzchirurgischen Abteilung von Anfang an auch die an der Behandlung herzchirurgischer Patienten beteiligten kardiologischen und anästhesiologischen Abteilungen einbezogen.

Die BQS-Fachgruppe Herzchirurgie hat diesen Prozess begleitet: Das Krankenhaus lieferte regelmäßige Berichte, auf deren Grundlage bei Bedarf gezielt Verbesserungsmaßnahmen vereinbart werden konnten. So wurde etwa eine interdisziplinäre Fallkonferenz etabliert, in der Komplikationen nach herzchirurgischen Operationen strukturiert aufbereitet werden. Die Entwicklung der Krankenhausergebnisse wurde anhand einer vierteljährlichen Datenübermittlung geprüft, wobei die Ergebnisse der Auswertungen auch an das Krankenhaus zurückgemeldet wurden.

Sechs Monate nach der Neubesetzung der Chefarztstelle der herzchirurgischen Abteilung führten Vertreter der BQS-Fachgruppe Herzchirurgie eine Begehung des Krankenhauses durch, um sich vor Ort einen Überblick über den Stand der Umstrukturierungsmaßnahmen zu verschaffen. Die Experten der BQS-Fachgruppe Herzchirurgie kamen übereinstimmend zu dem Schluss, dass in dem Krankenhaus mittlerweile Strukturen und Prozesse etabliert sind, die eine qualitativ hochwertige Behandlung herzchirurgischer Patienten ermöglichen.

Abbildung 1: Entwicklung der risikoadjustierten Krankenhaussterblichkeit von drei Krankenhäusern mit auffällig hohen Sterblichkeitsraten im Erfassungsjahr 2005



Entwicklung der Krankenhaussterblichkeit bei auffälligen Krankenhäusern

Die Zielvereinbarungen im Strukturierten Dialog fokussieren nicht explizit auf eine Senkung der risikoadjustierten Krankenhaussterblichkeit. Stattdessen werden Wege zur Optimierung der internen Prozesse und der internen Kommunikation aufgezeigt. Abbildung 1 zeigt jedoch, dass sich auch die Sterblichkeitsraten auffälliger Krankenhäuser im zeitlichen Verlauf deutlich verbessern.

Aus methodischen Gründen sind nur die Ergebnisse derjenigen Krankenhäuser dargestellt, die im Erfassungsjahr 2005 auffällige Krankenhaussterblichkeitsraten verzeichneten. Auch die Krankenhäuser, die im Erfassungsjahr 2006 auffällig wurden, haben sich 2007 verbessert. Eine Aussage über die Nachhaltigkeit dieser Verbesserung wird jedoch frühestens Ende 2008 möglich sein.

Ausblick

Die Zielvereinbarungen im Strukturierten Dialog verstehen sich als „Hilfe zur Selbsthilfe“ für Krankenhäuser mit auffälliger Ergebnisqualität. Sie schaffen Rahmenbedingungen für Veränderungsprozesse, die ihrerseits Ausgangspunkt für weitere Veränderungen in den Krankenhäusern sein können und sollen. Dies setzt Verbindlichkeit in der Kommunikation mit den auffälligen Krankenhäusern und die Begleitung dieser Krankenhäuser über einen längeren Zeitraum voraus. Die Rückmeldungen aus dem Strukturierten Dialog zeigen jedoch, dass dies von den Krankenhäusern nicht als Gängelung empfunden wird, sondern tatsächlich als Unterstützung bei der Verbesserung der Qualität der medizinisch-pflegerischen Behandlung.

Auch für die Experten der BQS-Fachgruppe Herzchirurgie, die ihre Aufgabe neben ihrer regulären beruflichen Tätigkeit ehrenamtlich wahrnehmen, bietet der Strukturierte Dialog die Möglichkeit, ihren Erfahrungsschatz zu erweitern.

Für die nach dem logistischen KCH-SCORE risikoadjustierte Krankenhaussterblichkeit in der isolierten Koronarchirurgie galt aufgrund der fehlenden wissenschaftlichen Evidenz in den Jahren 2005 und 2006 das 95%-Perzentil als Grenze des Referenzbereichs. Dadurch wurden jeweils drei Krankenhäuser mit den höchsten risikoadjustierten Sterblichkeitsraten auffällig. In allen Krankenhäusern wurden Verbesserungspotenziale identifiziert, die auf der Basis von Zielvereinbarungen ausgeschöpft werden konnten.

Unklar ist, ob in Krankenhäusern mit deutlich überdurchschnittlichen, jedoch rechnerisch noch nicht auffälligen In-Hospital-Letalitätsraten nicht ebenfalls Potenziale für eine Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung bestanden haben. Die BQS-Fachgruppe Herzchirurgie hat daher für das Erfassungsjahr 2007 das 90%-Perzentil als Referenzbereich für die risikoadjustierte Krankenhaussterblichkeit im Leistungsbereich Isolierte Koronarchirurgie festgelegt. Nach Abschluss des Strukturierten Dialoges Ende 2008 werden weitere Informationen vorliegen, die für eine Diskussion zu einem zukünftigen Referenzbereich für auffällige Ergebnisqualität in der isolierten Koronarchirurgie genutzt werden können.