

# Der neue Kerndatensatz Anästhesie

Qualitätskontrolle und Qualitätssicherung medizinischer Leistungen sowie ein umfassendes Qualitätsmanagement werden mehr denn je in der gesundheitlichen Versorgung etabliert.

Dabei werden sowohl technische und ökonomische Zielgrößen erfaßt wie auch die Patientenzufriedenheit.

Die Sicherstellung der Qualität medizinischer Leistungen ist jedoch nicht nur gesetzliche Vorgabe, sondern seit je her und in allererster Linie eine grundsätzliche ärztliche Zielsetzung, die in der Berufsordnung verankert ist.

Erst im zweiten Schritt haben Krankenkassen und der Gesetzgeber zusätzliche, rein ökonomische „Qualitäten“ eingefordert.

Gleichwohl darf nicht verkannt werden, daß die Gesundheitspolitik in der Absicht, Krankenhäuser zertifizieren zu wollen, beiden „Strömungen“ Rechnung tragen wird, in dem das wirtschaftliche Primat („Einkaufsmodell“) durch nachweisbare Qualitätsparameter gestützt werden soll.

Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten haben seit Jahren der Qualität medizinischer Leistungen und ablauforganisatorischer Prämissen ein hohes Primat eingeräumt und bezüglich der Struktur- und Prozeßqualität Rahmenbedingungen für die anästhesiologische Versorgung definiert. Hierfür stehen die unter der Herausgeberschaft von *H. W. Opderbecke* und *W. Weißauer* von DGAI und BDA publizierten Entschlüssen, Empfehlungen, Vereinbarungen und Leitlinien.

Mit der Einführung des „Kerndatensatzes Anästhesie“ hat die DGAI bereits 1993 die Grundlagen für eine umfassende externe Qualitätssicherung geschaffen.

Auf Beschluß des Präsidiums der DGAI ist dieser Kerndatensatz nun in den vergangenen zwei Jahren nach umfangreichen Vorarbeiten durch die DGAI Kommission Qualitätssicherung und Datenverarbeitung und weiteren Experten („Runder Tisch Qualitätssicherung“) mit der Maßgabe aktualisiert worden, ihn flexibler bzw. differenzierter und anwenderfreundlicher einsetzen zu können.

Wesentliche Änderungen der Version 2.0 beinhalten eine detailliertere Beschreibung der Anästhesie-

techniken, eine konkretere Festlegung obligater und fakultativer Felder sowie mögliche Rückschlüsse auf IKPM(OPS 301)- oder ICD-Klassifikationen. Die hierarchische Strukturierung der AVB-Kodierung wurde für den intra- und postoperativen Zeitraum vereinheitlicht.

Diese Änderungen wurden so in die Struktur des bisherigen Datensatzes eingearbeitet, daß eine vollständige Kompatibilität mit den bisherigen Inhalten gegeben ist. Auch bleibt die Möglichkeit offen, die Umstellung des Datensatzes in mehreren Schritten vorzunehmen.

Für gebündelte spezielle Interessensfelder, wie z.B. die Kardioanästhesie o. ä., ist darüber hinaus eine modulare Erweiterungsmöglichkeit des Kerndatensatzes möglich.

Referenzdatenbanken der Auswertestellen stellen sicher, daß die vergleichende Gegenüberstellung der anonymisierten Daten einzelner Kliniken mit dem Referenzpool qualitätsrelevante Aussagen zulassen.

Hierbei sollen nur jene (privatwirtschaftlichen) Auswertestellen autorisiert werden, die sich anhand eines Kriterienkataloges durch die DGAI zertifizieren lassen.

Qualität wird nur meßbar, wenn das Ergebnis evaluiert und mit den Behandlungszielen verglichen wird. Während sich die Anästhesieverlaufsbeobachtung (AVB) anhand des Kerndatensatzes zur Darstellung der Prozeßqualität eignet, stellt sie zur Zeit noch kein hinreichend valides Instrument zur Bestimmung der Ergebnisqualität dar.

In gewisser Weise reflektiert jedoch die abgefragte Patientenzufriedenheit die Ergebnis-Qualität einer Anästhesie. Hierzu hat der „Runde Tisch Qualitätssicherung“ einen postoperativen Fragebogen entworfen, der gerade eine Pilotphase durchläuft.

Die Messung und die Verbesserung der Qualität gewinnen im Rahmen des Dienstleistungsgedankens bei steigendem Anspruchsdenken seitens der Patienten und des unmittelbaren Krankenhausumfeldes zunehmend an Bedeutung für die Positionierung des Krankenhauses „am Markt“; so werden die Krankenhausträger das Qualitätsmanagement in Zukunft auch als Marketinginstrument einsetzen.

*K. Fischer*, Bremen