

Qualitätsmanagement in der Intensivmedizin – Es gibt nichts Gutes, außer man tut es*

Die Anästhesiologie & Intensivmedizin hat dem Thema Qualitätsmanagement zu Recht ein ganzes Heft gewidmet. Es gibt viele Gründe, diesem Thema in der Zukunft eine viel größere Bedeutung beizumessen, denn die unbestreitbaren Fortschritte, die die Intensivmedizin in den letzten Jahrzehnten geleistet hat, schaffen kein Ruhekissen, sondern müssen Ansporn sein, die Qualität auch unter Gesichtspunkten der Kosteneffektivität weiter zu steigern. Nur wenn dies gelingt, werden Kostenträger und Gesellschaft bereit sein, weiterhin die hohen Kosten, den gerade dieser Teil der Medizin verursacht, mitzutragen.

Auch im krankenhausinternen Verteilungskampf um die Abteilungsbudgets wird der Nachweis von Kosteneffektivität und vor allem das Benchmarking der eigenen Behandlungsergebnisse mit anderen bzw. den Besten zu einem entscheidenden Faktor. Vor allem auf diesem Feld wird sich die Frage entscheiden, wer in Zukunft Intensivmedizin betreibt: Chirurgen, Internisten oder Anästhesisten mit großer, nicht nur rein fachlicher Expertise im Bereich Intensivmedizin. Die wissenschaftliche Leistungsfähigkeit vor allem der universitären Intensiveinheiten kommt hier sicherlich dazu, aber die Ergebnisqualität in der Krankenversorgung bei vertretbaren Kosten wird zum entscheidenden Moment.

Das Potential für Verbesserungsmöglichkeiten im Bereich der Intensivmedizin ist immens. Zahlreiche lokale, regionale, nationale und internationale Benchmarkprojekte belegen, dass die Morbidität und Mortalität von Intensivpatienten durch die konsequente Anwendung bzw. Einführung evidenzbasierter Maßnahmen wie Oberkörperhochlagerung bei beatmeten Patienten [1], lungenprotektiver Beatmung bei Patienten mit ARDS [2], einer aggressiven, an der zentralvenösen Sauerstoffsättigung orientierten Kreislauftherapie bei Patienten mit septischem Schock [3], und kalkulierter Antibiotikatherapie bei Sepsis innerhalb der 1. Stunde nach Diagnosestellung [4] hochsignifikant gesenkt werden kann. Die Umsetzung dieser Maßnahmen in die klinische Praxis ist obligat, jedoch weitgehend weniger als zu 50% durchgeführt [5]. Dies gilt nicht nur für Deutschland, sondern auch international. Die Ursachen hierfür sind vielfältig und umfassen menschliche wie institutionelle Faktoren, z.B. Zweifel an der Generalisierbarkeit der zugrunde liegenden Studien [6], klinische Fehleinschätzung [7], Besorgnis über mögliche Schäden für den Patienten [8], mangelhafte Kommunikation im Behandlerteam [9], aber auch

fehlende Ressourcen und Kosten [10]. Die erfolgreiche Implementierung von Empfehlungen und Leitlinien erfordert hohen Aufwand und zielführende Maßnahmen [11]; Change Management ist deshalb ein Gebot der Stunde. Dies setzt große und vor allem kontinuierliche Anstrengungen vor Ort auf der Intensivstation voraus und muss alle am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen mit erfassen, nicht nur die Ärzte. Prinzipiell sollten auch die Grenzen der Intensivmedizin überschritten werden, denn für viele Probleme gilt der Faktor Zeit: was am Unfallort, in der Notaufnahme oder im Op-Saal versäumt wurde, lässt sich auf der Intensivstation nicht mehr oder nur mit riesigem Ressourceneinsatz wieder beheben. Bei den gegebenen Strukturen im deutschen Krankenhauswesen, in dem der Anästhesist erfreulicherweise oft die Verantwortung in der Behandlungskette von der Notfallmedizin bis zur Intensivmedizin innehat, bedeutet dies, dass unser Fachgebiet und hier insbesondere den Intensivmedizinern eine große Verantwortung für das Qualitätsmanagement in diesem Bereich zukommt. Es ist deshalb sehr zu begrüßen, dass aus den Reihen des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Intensivmedizin der DGAI mit Unterstützung durch das Präsidium Projekte und Initiativen entstanden bzw. angestossen wurden, die geeignet sind, auf lokaler Ebene Qualitätsmanagement-Projekte zu initiieren und diese mit regionalen und nationalen Initiativen zu verknüpfen. Ziel sollte sein, die auf regionaler bzw. Landesebene gemachten Erfahrungen bundesweit nutzbar zu machen. Das erfordert persönliches Engagement vor Ort und Unterstützung durch die entsprechenden AGs der DGAI bis hin zur DIVI. Erfreulicherweise sind die Kosten für derartige Projekte gering im Vergleich zu „magic bullets“, auf die wir in der Vergangenheit sehr gesetzt haben. Inzwischen wurde in einer ganzen Reihe von Studien gezeigt, dass das Umsetzen weniger, meist deutlich kostengünstigerer Maßnahmen zu einer deutlichen Mortalitätsreduktion führte [12].

Literatur

1. Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, Nicolas JM, Nogue S, Ferrer M. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial. Lancet 1999;354:1851-1858.
2. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory

* Rechte vorbehalten

- distress syndrome. The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. *N Engl J Med* 2000;342:1301-1308.
- 3. Rivers E, Nguyen B, Havstad S, Ressler J, Muzzin A, Knoblich B, et al.** Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock. *N Engl J Med* 2001;345:1368-1377.
- 4. Kumar A, Roberts D, Wood KE, Light B, Parrillo JE, Sharma S, et al.** Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. *Crit Care Med* 2006;34:1589-1596.
- 5. Chassin MR, Galvin RW.** The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *Jama* 1998;280:1000-1005.
- 6. Berenholtz S, Pronovost PJ.** Barriers to translating evidence into practice. *Curr Opin Crit Care* 2003;9:321-325.
- 7. Kalhan R, Mikkelsen M, Dedhiya P, Christie J, Gaughan C, Lanken PN, et al.** Underuse of lung protective ventilation: analysis of potential factors to explain physician behavior. *Crit Care Med* 2006;34:300-306.
- 8. Cook DJ, Meade MO, Hand LE, McMullin JP.** Toward understanding evidence uptake: semirecumbency for pneumonia prevention. *Crit Care Med* 2002;30:1472-1477.
- 9. Pronovost P, Berenholtz S, Dorman T, Lipsett PA, Simmonds T, Haraden C.** Improving communication in the ICU using daily goals. *J Crit Care* 2003;18:71-75.
- 10. Rello J, Lorente C, Bodi M, Diaz E, Ricart M, Kollef MH.** Why do physicians not follow evidence-based guidelines for preventing ventilator-associated pneumonia?: a survey based on the opinions of an international panel of intensivists. *Chest* 2002;122:656-661.
- 11. Kalassian KG, Dremsizov T, Angus DC.** Translating research evidence into clinical practice: new challenges for critical care. *Crit Care* 2002;6:11-14.
- 12. Kortgen A, Niederprum P, Bauer M.** Implementation of an evidence-based "standard operating procedure" and outcome in septic shock. *Crit Care Med* 2006;34:943-949.

Prof. Dr. Konrad Reinhart, Jena