

Qualitätssicherung in der Anästhesiologie in Hamburg – ein Weg von der Prozessqualität zur Ergebnisqualität

Quality assurance in the field of anaesthesiology in Hamburg – From process quality to outcome quality

M. A. Punke¹ · M. Freitag² · Hw. Bause³ · A. E. Goetz¹

Zusammenfassung

Hamburg ist bisher das einzige Bundesland, das eine vergleichende Qualitätssicherung im Bereich der Anästhesiologie verpflichtend eingeführt hat. So werden seit 1992 die Narkoseprotokolle aus allen Hamburger Krankenhäusern jährlich zur Externen Qualitätssicherung Hamburg exportiert und schließlich zur Qualitätsmessung nach sechs verschiedenen Qualitätsindikatoren analysiert. Die Ergebnisse werden von einem Fachgremium bewertet, das dann im Rahmen des strukturierten Dialoges mit den einzelnen Kliniken ins Gespräch kommt und somit auch Feedback geben kann. Der Artikel beschreibt die Anfänge der Qualitätssicherung in der Anästhesiologie in Hamburg, den Weg von der Prozessqualität zur Ergebnisqualität und gibt einen Ausblick, wie modernes Qualitätsmanagement in der Anästhesiologie in Zukunft aussehen könnte.

Summary

To date, the city of Hamburg is the only federal state in Germany to have established obligatory quality assurance in the field of anaesthesiology. Since 1992, the anaesthesia records from every hospital in Hamburg have been submitted annually to the External Quality Assurance office in Hamburg and analysed for quality on the basis of six quality parameters. The results are assessed by an advisory board, which then communicates with the individual hospitals within the framework of a structured dialogue, thus providing feedback to the

hospitals. The article describes the early development of quality assurance in the field of anaesthesiology in Hamburg, identifies the pathway from process quality to outcome quality and offers a perspective on how quality management might be in the field of anaesthesiology in the future.

Einleitung

Unter Qualität wird im deutschen Gesundheitswesen heute eine ausreichende und zweckmäßige, d.h. patienten- und bedarfsgerechte, an der Lebensqualität orientierte, fachlich qualifizierte, aber auch wirtschaftliche medizinische Versorgung verstanden. Fälschlicherweise wird diesbezüglich von den Patienten häufig angenommen, dass die bestmögliche medizinische Versorgung vom Gesetzgeber erwartet würde.

Qualität in der Medizin hat zum Ziel, die Wahrscheinlichkeit erwünschter Behandlungsergebnisse bei Individuen und damit auch in der Gesamtbevölkerung zu erhöhen. Zentrales Ziel von Qualitätsmanagement (d.h. von Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung) in der ärztlichen Tätigkeit ist es, eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Patientenversorgung auf hohem Niveau zu gewährleisten. Der Definition der Bundesärztekammer entsprechend bedeutet gute Qualität „ein Vermeiden von unnötigem Risiko und Aufwand bei Erreichen eines erreichbaren Zieles“ [1,2]. Ein wesentlicher Unterschied zum Qualitätsmanagement in anderen Branchen

- 1 Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (Direktor: Prof. Dr. A. E. Goetz)
- 2 Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Israelitisches Krankenhaus, Hamburg (Chefarzt: PD Dr. M. Freitag)
- 3 Arzt für Anästhesiologie i.R., ehemals Chefarzt der Abteilung für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Asklepios Klinik Altona, Hamburg

Interessenkonflikt:

Der korrespondierende Autor gibt an, dass es keinen Interessenkonflikt gibt.

Schlüsselwörter

Qualitätssicherung – Anästhesiologie – EQS-Hamburg – Strukturierter Dialog

Keywords

Quality Assurance – Anaesthesiology – EQS-Hamburg – Structured Dialogue

liegt darin, dass Patienten und Kostenträger (d.h. Versicherungen und Krankenkassen) teilweise unterschiedliche Vorstellungen vom Qualitätsbegriff haben.

In den letzten Jahren hat das Thema Qualitätsmanagement im Krankenhaus insbesondere durch die sozialgesetzliche Verpflichtung (Sozialgesetzbuch V) für Ärzte und Kliniken als auch Krankenkassen größere Bedeutung erlangt. Die Verantwortlichkeit des Arztes für die Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung wurde bereits 1988 verpflichtend in die Berufsordnung aufgenommen, und mit der Novellierung der Weiterbildungsordnung im Jahre 2003 wurden außerdem die Zusatzbezeichnung „ärztliches Qualitätsmanagement“ sowie 2007 ein Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement angeboten. Auch in der Approbationsordnung für Ärzte ist die Vermittlung von Kenntnissen, Kompetenzen und Fertigkeiten der Qualitätssicherung vorgeschrieben. Mit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes am 01.01.1993 wurde die Qualitätssicherung in der Medizin als unverzichtbarer Bestandteil der ärztlichen Versorgung rechtlich verbindlich festgelegt (9. Abschnitt SGB V, §§135-139). Alle nach §108 SGB zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach §111 SGB besteht, waren von nun an verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. Orientiert am Nutzen für den Patienten sollte die Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausleistungen erfolgen. Als Ziele wurden hierbei formuliert, dass gezielt qualitätsdefizitäre Leistungsbereiche identifiziert werden sollten, für die Qualitätsverbesserungen erforderlich sind; es sollte eine Unterstützung zur internen Qualitätssicherung geben, und die Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen sollte insbesondere durch die Entwicklung von Indikatoren hergestellt werden. Diese vom Gesetzgeber eingeführte Regelung führte zur raschen Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen im Krankenhaus wie z.B. der DIN EN ISO 9001 (Deutsches Institut für Normung e.V., Europäische Norm, International Organization for Standardization), dem KTQ

(Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen), nach dem derzeit rund 600 deutsche Kliniken zertifiziert sind, oder der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), die auch in Österreich und der Schweiz Mitglieder hat. Ein einheitliches Qualitätssiegel, wie es in anderen Bereichen üblich ist, gibt es im Gesundheitswesen jedoch nicht.

Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben und der Notwendigkeit ihrer Umsetzung durch Verwaltungen wurden ausgewählte ärztliche und auch nichtärztliche Mitarbeiter im Krankenhaus damit beauftragt, sich um Qualität im Krankenhaus zu kümmern. Mitverantwortlich für die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen im Krankenhaus waren sowohl der gesellschaftspolitische Druck als auch Erwägungen des Gesetzgebers, bei steigendem Kostendruck die hohe Versorgungsqualität adäquat gewährleisten zu können. Zu nennende Schlagworte des Qualitätsmanagements sind hier Indikationsstellung und Angemessenheit der Leistungserbringung, Belegbarkeit, Kontrollierbarkeit und Vergleichbarkeit der ärztlichen Behandlung. Dabei ist und war die intrinsische Verpflichtung zur Sicherung der ärztlichen Behandlungsqualität immer auch Teil des ärztlichen Berufsbildes, z.B. die Dokumentation des Behandlungserfolges aus forensischen, versicherungstechnischen oder aus wissenschaftlichen Gründen [3,4].

Unter externer Qualitätssicherung in der Medizin werden Maßnahmen verstanden, die den Vergleich gleichartiger Leistungen verschiedener Institutionen ermöglichen. Eine vergleichende Qualitätssicherung von Anästhesieverfahren wirft jedoch, wie wir heute wissen, spezielle Probleme auf, da die Rate manifester Komplikationen oder gar anästhesiebedingter Todesfälle so gering ist, dass sie für eine statistische Aufarbeitung zur Ermittlung von Standards nicht herangezogen werden können. Die Unterscheidung, ob es ein anästhesiebedingtes unerwünschtes Ereignis sei oder aber ob der operative Eingriff das unerwünschte Ereignis auslöste oder ob es gar eine Kombination aus beidem ist, kann nicht immer getroffen werden. In der Entwicklung der Qualitätssicherung

und des Qualitätsmanagements nimmt das Fachgebiet der Anästhesiologie eine Vorreiterrolle ein [5]. Die DGAI hat 1988 ein von der Robert-Bosch-Stiftung Stuttgart gefördertes Forschungsprojekt „Verfahrensentwicklung und Verfahrenserprobung zur Qualitätssicherung in der Anästhesiologie“ durchgeführt. Ziel war es damals, zu ermitteln, welche Ereignisse sich als relevante Parameter zur Qualitätsbeurteilung eignen, sie näher zu definieren und dokumentationspflichtig zu machen sowie aus diesen Erkenntnissen ein geeignetes, EDV-gerechtes Anästhesie-Protokoll zu entwickeln, das es gestattet, diese bisher nicht dokumentierten Sachverhalte zu erfassen und zu bewerten [6,7]. Geprüft und erprobt wurde die Akzeptanz, Praktikabilität und Relevanz eines Verfahrens zur Qualitätssicherung, das der Einschränkung unterliegt, dass die Qualität der Anästhesie nicht in objektiven, absoluten Messkategorien erfassbar ist [1]. Darüber hinaus sollte ein Verfahren entwickelt werden, das es ermöglicht, die Anästhesie-Protokolle bei EDV-gestützter Dokumentation für die Zwecke der Qualitätssicherung so zu kodieren, dass der einzelne Fachkollege nicht mehr identifiziert werden kann. In Hamburg werden die personenbezogenen Daten aus dem Narkoseprotokoll vor der Auswertung aus Datenschutzgründen pseudonymisiert. Von pseudonymisierten Daten spricht man, wenn in einem Datensatz die zur Identifizierung einer bestimmten Person geeigneten Daten durch ein Pseudonym ersetzt werden, so dass der Datensatz (ohne Kenntnis der außerhalb des Datensatzes gespeicherten Zuordnung) nicht einer bestimmten Person zugeordnet werden kann. Mit diesem Konzept war es möglich, eine Akzeptanz für den Export von Krankenhausdaten bei den beteiligten Ärzten und Datenschützern zu erreichen. Andernfalls wäre weder eine Akzeptanz noch selbstkritische oder ehrliche Dokumentation von „Anästhesierelevanten Verlaufsbeobachtungen (AVB)“ zu erreichen gewesen. So aber gelang es dem Fachgremium in Hamburg, prinzipiell den Vergleich zwischen verschiedenen Kliniken durchzuführen, Schwachstellen

zu detektieren oder ein Kollektiv zu gewichten und daraus Konsequenzen zu ziehen.

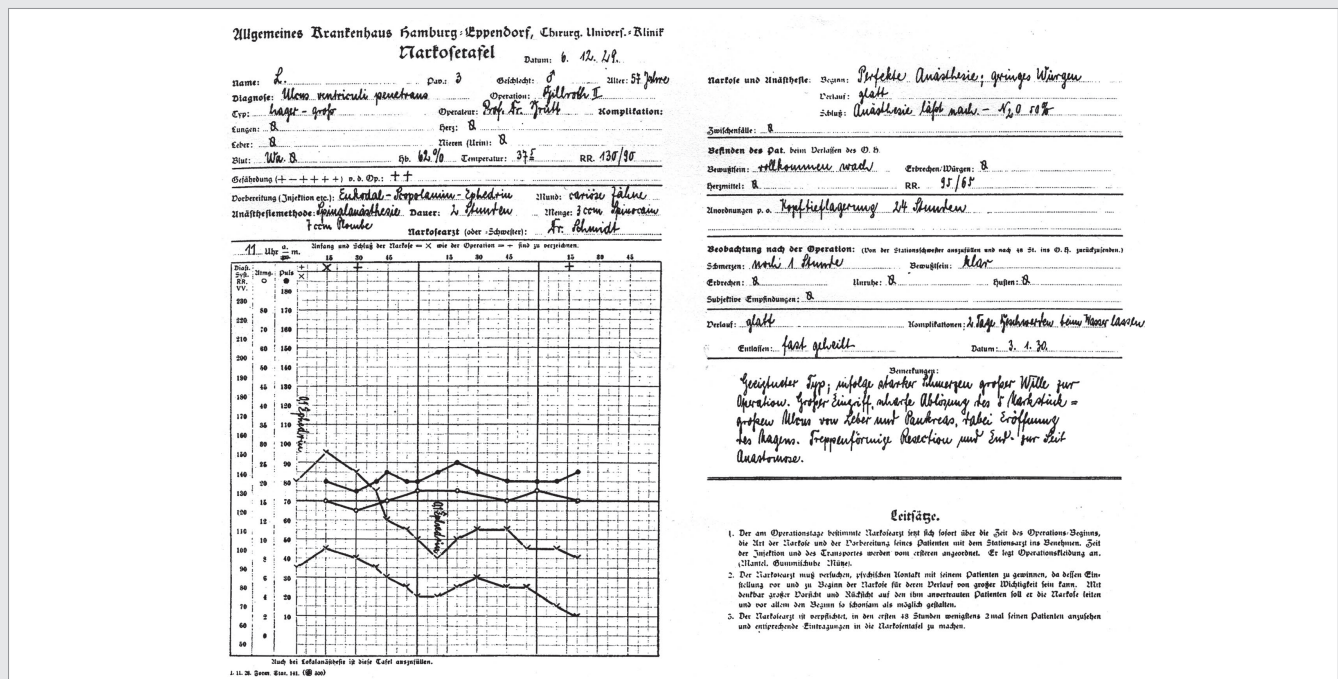
Bereits im Jahre 1929 wurden in Hamburg Anästhesie-Protokolle verfasst, um die Vitaldaten der Patienten im Verlauf einer Narkose zu dokumentieren (Abb. 1). Verglichen mit heutigen Protokollen (Abb. 2) fallen auf den ersten Blick Gemeinsamkeiten auf. In diesem historischen Narkoseprotokoll waren schon Felder vorgesehen, die die Vorerkrankungen der Patienten erfassen sollten, und das angestrebte Anästhesieverfahren wurde beschrieben. Außerdem wurde bereits präoperativ der Zahnstatus erfasst, ob aus mediko-legalen oder medizinischen Gründen lässt sich jedoch nicht mehr klären. Es wurden sowohl der Verlauf der Narkose als auch das Patientenbefinden vor Verlegung beschrieben. Zusammenfassend finden sich also bereits 1929 die wichtigsten Grundsätze der modernen Dokumentation von Narkosen in den zu dieser Zeit verwendeten Narkoseprotokollen, so dass hier schon der erste Schritt zur Sicherung der Prozessqualität getan wurde.

Der sogenannte Kerndatensatz der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) ist die heutige Grundlage zur Dokumentation der durchgeführten Narkosen, und dieser wird innerhalb des Fachgebietes seit 20 Jahren als gemeinsame Grundlage verwendet [8,9]. Mit dem Kerndatensatz wurde eine vergleichende Beurteilung der anästhesiologischen Arbeit verschiedener Kliniken erstmals möglich [10-12]. Er wird seither in der Anästhesiologie als ein Minimalstandard für die Dokumentation von Narkosen angesehen und wurde bereits zweimal novelliert [13,14].

Der Qualitätsbegriff wird nach Donabedian in drei verschiedene Ebenen – in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität – unterteilt [15]. Während die Strukturqualität sich auf die eingesetzten Mittel bezieht, also die Rahmenbedingungen wie personelle und technische Voraussetzungen, die zur Erbringung notwendig sind, steht bei der Prozessqualität die Leistungserbringung im Vordergrund. Das Resultat am Ende der Kette ist die Ergebnisqualität. Deshalb steht insbesondere die Sicherung der Prozess- und Er-

gebnisqualität im Fokus. Im Rahmen der externen Qualitätssicherung bedeutet es konkret einen institutionsübergreifenden Vergleich der Anästhesiequalität. Hier galt es eine Grundlage zu schaffen, die eine transparente Gegenüberstellung aller Einrichtungen erlaubt, also Kliniken für Anästhesiologie, Anästhesieabteilungen in Versorgungszentren, ambulante Einrichtungen und niedergelassene Anästhesisten mit einbezieht. In verschiedenen Publikationen wurde über Ergebnisse und Bewertungen berichtet, die mit dem Kerndatensatz in der Version 1.0 erzielt wurden [16-19]. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass aufgrund der Struktur des Kerndatensatzes sich lediglich die Prozessqualität anhand von Datenbankanalysen darstellen lässt. Die Ergebnisqualität kann jedoch im Kerndatensatz nicht erfasst werden, deshalb geht die EQS-Hamburg seit nun mehr als 20 Jahren einen eigenen Weg, indem sowohl Datenbankanalysen als auch Einzelfallbetrachtungen, sogenannte Sentinel-Events, als Bewertungsmaßstab herangezogen werden. Sentinel-Event-Indikatoren erfassen sehr seltene, schwer-

Abbildung 1



Quelle: Fotoarchiv Dr. M. Goerig (UKE).

wiegende Ereignisse (Sentinel-Events), wie z.B. die perioperative Aspiration und Reanimation. Jeder Einzelfall stellt eine Auffälligkeit dar, die eine Einzelfallanalyse nach sich zieht.

Die EQS-Hamburg

Seit 1984 gab es erste Qualitätssicherungsprojekte in Hamburg, die vor allem in ärztlicher Eigenregie durchgeführt wurden. 1991 wurde schließlich der erste EQS-Vertrag zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG) und den Krankenkassenverbänden unter Einbeziehung der Ärztekammer Hamburg und dem Medizinischen Dienst geschlossen. Orientiert am Nutzen für den Patienten hat die EQS in Hamburg Maßnahmen zur Qualitätssicherung in allen Hamburger Krankenhäusern vereinbart. Diese Maßnahmen umfassen die Weiterentwicklung der Qualität von Krankenhausleistungen in Anlehnung an die Vereinbarungen auf Bundesebene. Dabei sollen vor allem Erkenntnisse über

(qualitätsdefizitäre) Versorgungsbereiche systematisch identifiziert werden, für die Qualitätsverbesserungen erforderlich sind. Die EQS in Hamburg will eine Unterstützung zum systematischen, kontinuierlichen und berufsgruppenübergreifenden Qualitätsmanagement (internes Qualitätsmanagement) geben. Die Vergleichbarkeit von Behandlungsergebnissen soll insbesondere durch die Entwicklung von Indikatoren hergestellt werden.

Das Fachgremium

Das Kuratorium der EQS setzt entsprechend der ärztlichen Berufsgruppen verschiedene Fachgremien ein. Diese werden vom Kuratorium beauftragt, insbesondere die bundeseinheitlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen ihres Fachgebietes in der Hansestadt Hamburg umzusetzen und die Ergebnisse der Auswertungen zu beurteilen. Diese Fachgremien setzen sich aus maximal 15 Mitgliedern zusammen. Die Mitglieder werden auf Vorschlag von der

Ärztekammer Hamburg benannt, dabei ist jedoch die Vielfalt der Krankenhauträger zu berücksichtigen, so dass im Falle des anästhesiologischen Fachgremiums Hamburg die Krankenhauslandschaft paritätisch im Fachgremium abgebildet ist. Die Mitglieder der Fachgremien müssen gemäß einem Kuratoriumsbeschluss von 1998 Leiterinnen/Leiter entsprechender Krankenhausabteilungen oder deren Stellvertreter/innen sein, um die Zusammensetzung aus aktiven Entscheidungsträgern mit entsprechender fachlicher Qualifikation und ausreichend Erfahrung sicherzustellen. Zusätzlich entsenden der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen sowie die Interessenverbände der Patientenvertreter eine/n Vertreter/in in die Fachgremien.

Aufgaben des Fachgremiums

Hamburg ist bisher das einzige Bundesland, das eine vergleichende Qualitätssicherung im Bereich der Anästhesiologie verpflichtend eingeführt hat. So werden seit 1992, als kleines Pilot-

Abbildung 2

The image shows a complex medical form titled 'Anästhesieprotokoll HAMBURG'. It is divided into several sections:

- Patienten-Einleitend:** Includes patient name, date of birth, and general information.
- Anästhesie:** Contains details about the anesthesia procedure, including the anesthesiologist's name, the type of anesthesia (e.g., Spinal, Epidural), and the planned surgical procedure.
- Überwachung:** A large grid for recording vital signs and other parameters over time.
- Medikation:** A section for recording administered medications.
- Diagnose / geplanter Eingriff:** A section for recording the patient's diagnosis and the planned surgical intervention.
- Arztbescheinigung:** A section for the anesthesiologist's certification, including their name and signature.

Tabelle 1

Qualitätsindikatoren:

- QI 1:** Inzidenz der Anästhesie-Verlaufsbeobachtungen (AVB > 2)
- QI 2:** Anästhesie-Verlaufsbeobachtung 4 und 5 bei ASA I bis II
- QI 3:** Aspiration (Sentinel Event)
- QI 4:** Intraoperativer Kreislaufstillstand (Sentinel Event)
- QI 5:** Verlegung in den Aufwachraum (als Dokumentationsparameter für ungeplante Verlegungen auf die Intensiv- oder Intermediate-Care-Station)
- QI 6:** Komplikationen (möglichst wenig Patienten mit Übelkeit, Erbrechen oder Zittern)

projekt gestartet, die Narkoseprotokolle aus den Krankenhäusern, die nach dem Kerndatensatz der DGAI erhoben wurden, jährlich zur EQS-Hamburg exportiert und schließlich nach sechs verschiedenen Qualitätsindikatoren analysiert (Tab. 1). Zunächst mittels maschinenlesbarer Protokolle und später per Direkterfassung via Computer wurde dieses Projekt schließlich im Jahre 1994 in ganz Hamburg eingeführt. Seither werden alle durchgeführten Narkosen in Hamburg nach dem Kerndatensatz der DGAI dokumentiert und von der EQS ausgewertet. Zusätzlich zu den Datenbankanalysen wurden zur Messung der Prozessqualität außerdem Einzelfallanalysen, die sogenannten Sentinel-Events, eingeführt: Aspiration und intraoperative Reanimation. Durch die Analyse unerwünschter Einzelfälle entsteht ein anderer Blickwinkel auf die Anästhesiequalität als durch computerisierte Datenbankanalysen allein, die meist nur einen ungenügenden Rückschluss auf patienteneigene Risikofaktoren, die operative Prozedur und schließlich die durchgeführten Maßnahmen zulassen. Insbesondere im Spannungsfeld zwischen Anesthesiologie und operativer Disziplin kann eine Datenbankabfrage nicht klären, ob ein unerwünschtes Ereignis operationsbedingt oder anästhesiebedingt war oder sogar eine Kombination aus beidem darstellt, sondern es bedarf eines Expertengremiums zur Analyse und Bewertung des unerwünschten Ereignisses. Unserer Meinung nach ist

Abbildung 3

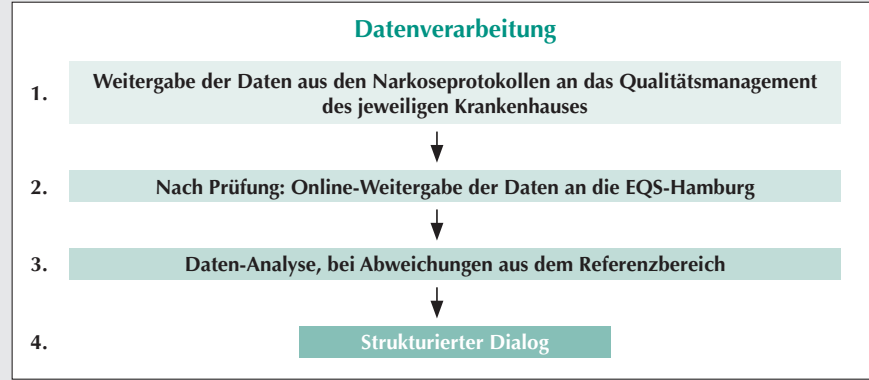


Abbildung 4

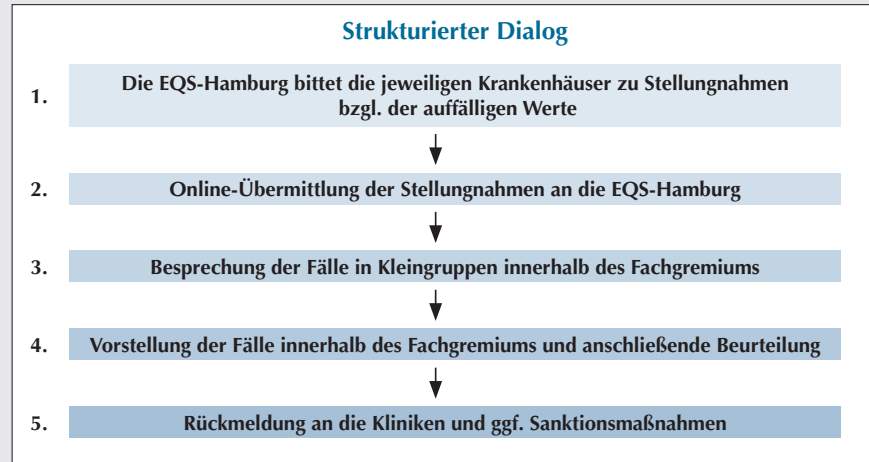


Abbildung 5

Eingabemaske

Sentinel Events – perioperative Reanimation, Aspiration

Fall-Nr: Q-Merkmal (Reanimation/Aspiration):

Patient: Alter: Größe: Gewicht: ASA:

Diagnose(n): Geplante Operation:

Anamnese:

Früher:

Aktuell:

Präoperative Behandlung – Prämedikation (Medikamente)

Anästhesie-Einleitung / Verfahren / Medikamente und Dosis:

Ereignis:

Maßnahmen / Behandlung:

Weiterer Verlauf:

Entlassung ?

Wann?

Zustand?

Kommentar / Ergebnis der innerklinischen Diskussion:

dieser Prozessansatz zur Bearbeitung und Analyse der entscheidende Vorteil des „Hamburger Weges“ der vergleichenden Qualitätssicherung. Durch diesen intensiven Prozess der Fallbearbeitung werden ein gemeinsames Lernen und eine transparente Fehlerkultur gefördert, von der letztendlich die Patienten bei ihrer täglichen Behandlung profitieren. Bei numerischen Auffälligkeiten außerhalb des Durchschnittswertes aller Hamburger Kliniken erfolgt der strukturierte Dialog (Abb. 3 und 4), in dem das entsprechende Krankenhaus um eine Stellungnahme zu den Vorfällen gebeten wird. Bei diesem Verfahren werden sowohl Abweichungen, die oberhalb des Referenzwertes liegen, also ein Zuviel an unerwünschten Ereignissen darstellen, als auch Abweichungen nach unten berücksichtigt, die z.B. Ausdruck einer unzureichenden Dokumentationsqualität sein können. Anhand einer standardisierten Eingabemaske antworten die Kliniken (Abb. 5). Diese Kurzepikrisen werden zunächst in Kleingruppen (bestehend aus jeweils drei Mitgliedern des Fachgremiums) aufgearbeitet und dann dem Fachgremium zur abschließenden Beurteilung vorgetragen. Der gesamte Arbeitsaufwand von der Kleingruppenarbeit bis zum Abschluss des Prozesses beträgt kumulativ etwa 2-3 Arbeitstage. Als Abschluss des strukturierten Dialoges wird dann den auffälligen Anästhesieabteilungen der Hamburger Krankenhäuser ein Feedback über ihre Behandlung gegeben. Bei wiederholten Abweichungen können z.B. die Leiterin oder der Leiter der jeweiligen Anästhesieabteilung vor das Fachgremium geladen werden und zu den Abweichungen in einem kollegialen Gespräch Stellung nehmen.

Rückblickend wurden in den letzten vier Jahren in Hamburg 834.357 Eingriffe mit anästhesiologischer Beteiligung durchgeführt; in 787 Fällen kam es dabei zu unerwünschten Ereignissen, die im Fachgremium der EQS bearbeitet und besprochen wurden.

Postnarkotischer Fragebogen

Seit 2008 werden zur Überprüfung der Ergebnisqualität postnarkotische Befragungen in allen Hamburger Kran-

kenhäusern durchgeführt. Die Struktur des Hamburger Fragebogens (Abb. 6) orientiert sich am PPP-33-Fragebogen von Eberhart und Mitarbeitern [20], der an 157 Patienten evaluiert wurde. Im Rahmen einer Expertendiskussion im Fachgremium wurden insgesamt 21 Fragen ausgewählt, die am besten das perioperative Geschehen für den Patienten im Krankenhaus abbilden. Dabei werden Fragen zu den folgenden

Themenkomplexen gestellt: A) Information über den Eingriff und den Ablauf, B) körperliche Beschwerden postoperativ, C) Schmerzen, D) Ruhe/Regeneration und E) Angst. An diesen Befragungen nehmen alle Patienten ab 18 Jahren teil, die sich einem elektiven Eingriff mit anästhesiologischer Betreuung unterzogen haben und postoperativ auf die Normalstation gehen. Der Fragebogen sollte etwa 24-48 h postoperativ in ruhiger Atmosphäre

Abbildung 6

Postnarkotischer Fragebogen EQS Hamburg

Patienten-Etikett

Vorname/Nachname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße, Wohnort: _____
 Krankenkasse: _____ Station: _____
 Fall-Nr.: _____

Geschlecht: weiblich männlich
 Alter (Jahre): _____ Datum: _____
 QS-Vorgangsnummer: _____

	Trifft nicht zu	Trifft eher weniger zu	Trifft weitgehend zu	Trifft voll zu
1. Ich wurde von den Ärzten ausreichend und gut verständlich über den geplanten Eingriff informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich wurde über den Zeitplan meines Eingriffs informiert. Dieser wurde dann auch weitestgehend eingehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Ergebnisse meiner Voruntersuchungen wurden mir rechtzeitig und gut verständlich mitgeteilt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich konnte bei den Gesprächen mit den Ärzten mitbestimmen, was und wie viel ich erfahre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich konnte mir sicher sein, dass die Ärzte in meinem Sinne entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich wurde von den Ärzten behandelt, die ich vor dem Eingriff kennen gelernt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich hatte die Zeit vor dem Eingriff Angst und war während der Wartezeiten unruhig und aufgeregt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich habe vor oder nach dem Eingriff gefroren oder gezittert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe nach dem Eingriff schnell wieder die Kontrolle über meinen Körper erlangt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich war nach dem Eingriff zu schwach, mich im Bett aufzurichten, richtig zu schlucken oder zu husten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich war nach dem Eingriff schnell wieder orientiert und konnte mich gut verständlich äußern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich hatte Probleme beim Wasserlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich hatte nach dem Eingriff großen Durst, durfte aber nichts trinken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich hatte starke Schmerzen im Operationsgebiet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich hatte starke Schmerzen an anderen Körperstellen (z.B. Kopf, Hals-, Rücken-, Brust- oder Gelenkschmerzen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Meine Schmerzen waren außer Kontrolle und hätten noch besser behandelt werden müssen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ich habe Übelkeit empfunden oder musste erbrechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ich hatte Beschwerden durch Katheter und Schläuche (z.B. Magensonde, Urinkatheter, Drainagen und Infusionen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Ich hatte ausreichend Ruhe und konnte mich gut erholen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ich konnte nachts ungestört, gut und erholsam schlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ich fühle mich jetzt wieder belastbar, fit und aktiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es weitere wichtige Anliegen, Beschwerden oder Sorgen, die Sie uns mitteilen möchten und die in diesem Fragebogen nicht enthalten sind? Wenn ja, bitte hier eintragen: _____

MEDOLINQ 040-41 62 66-0 08.08 2008/07/12/11 © EQS Hamburg Landesgeschäftsstelle Qualitätssicherung Modifizierter PPP33-Fragebogen mit freundlicher Freigabe nach Prof. Eberhart

vom Patienten allein ausgefüllt werden. Der Erhebungszeitraum ist zweimal jährlich (einmal im Frühjahr und einmal im Herbst) jeweils für eine Woche. Die Ergebnisse werden von der EQS zentral ausgewertet und an die einzelnen Kliniken verschickt. Die Ergebnisse des eigenen Krankenhauses werden im Vergleich mit den Ergebnissen der anderen Krankenhäuser im Sinne des Benchmarkings abgebildet.

Hamburger Anästhesieprotokoll

Im Rahmen der Novellierung des Kerndatensatzes 3.0 der DGAI wurde im Auftrag des anästhesiologischen Fachgremiums der EQS eine Arbeitsgruppe gegründet, die ein Anästhesieprotokoll entwickeln sollte, das sowohl für nieder-

gelassene als auch für in der Klinik tätige Kollegen nutzbar sein sollte (Abb. 1). Dazu wurden die Vorgaben der DGAI zum Kerndatensatz 3.0, juristische Implikationen sowie die Voraussetzungen zum Facharzt-katalog der Ärztekammer Hamburg in ein Protokoll überführt, das im Rahmen eines Anwendertreffens einer breiten Öffentlichkeit präsentiert wurde. Nach Alltagstauglichkeitstestung des Protokolls in mehreren Hamburger Kliniken wurde das Hamburger Anästhesieprotokoll schließlich von vielen Hamburger Kliniken angenommen.

Ausblick

Eine Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in der Anästhesiologie in Hamburg könnte darin bestehen, die

bisher erfolgreich eingesetzten Instrumente Kerndatensatz der DGAI sowie die Einzelfallbeurteilung mittels der Sentinel-Events durch ein aufgesetztes Peer-Review-Verfahren nach dem Curriculum der Bundesärztekammer zu erweitern.

Hieraus ließen sich Ziele wie

- Förderung der professionellen Autonomie
- Qualität durch Teambildung (Kooperation und Kommunikation)
- Voneinander Lernen – Erkenntnisgewinn auf beiden Seiten
- Beschleunigung von Veränderungen
- Motivation der Ärzte und anderer Berufsgruppen
- Qualitätsentwicklung wird als selbstbestimmt wahrgenommen weiterentwickeln.

Literatur

1. Bauer M, Bach A: Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Schwerpunkt Anästhesiologie. *Anästh Intensivmed* 1999; 40:627-37
2. Bundesärztekammer: Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus. München: Zuckschwerdt; 1997
3. McCaman B, Hirsh HL: Medical records – legal perspectives. *Prim Care* 1979;6:681-91
4. Homann G: [Drug injury; collection and documentation of data. Ideas and proposals as seen from the point of view of the medical organization]. *Methods Inf Med* 1965; 4:11-5
5. Felsenstein M: Fehler in der Medizin – Qualitätssicherung in der Anästhesiologie übernimmt Vorreiterrolle. *Ärztebl Baden-Württemberg* 2003;8:343-44
6. Tecklenburg A: Form und Inhalt eines EDV-gerechten Anästhesieprotokolls. *Anästh Intensivmed* 1993;34:93-100
7. Fischer K: Qualität in der Anästhesiologie – eine verbandshistorische Rückbetrachtung. *Anästh Intensivmed* 2011;52:569-97
8. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin: Maßnahmen zur Qualitätssicherung von Anästhesieverfahren. *Anästh Intensivmed* 1992; 33:78-83
9. DGAI-Kommission "Qualitätssicherung und Datenverarbeitung in der Anästhesie": Kerndatensatz Qualitätssicherung in der Anästhesie. *Anästh Intensivmed* 1993;34: 331-35
10. Opderbecke HW: Grundsätze zur Dokumentation als Instrument der Qualitätssicherung von Anästhesieverfahren. *Anästh Intensivmed* 1993;34:101-104
11. Junger A, Veit C, Klöss T: [Continuous improvement in anesthesiological quality documentation]. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 1998;33:715-21
12. Junger A, Veit C, Klöss T: [Aspects of external quality assurance in anesthesiology – experiences in Hamburg] *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 1999;93:689-99
13. Fischer K: Editorial. Der neue Kerndatensatz Anästhesie. *Anästh Intensivmed* 1999; 40:626
14. Fischer K, Bause HW, Benson M, Heinrichs W, Heuser D, Klöss Th et al: Modifikation des Kerndatensatzes Anästhesie. *Anästh Intensivmed* 1999; 40:649-50
15. Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44:166-206
16. Bothner U, Georgieff M, Schwilk B: Validation of routine incidence reporting of one anaesthesia provider institution within a nation-wide quality of process assessment program. *J Clin Monit Comput* 1998;14:305-11
17. Bothner U, Georgieff M, Schwilk B: The impact of minor perioperative anaesthesia-related incidents, events, and complications on postanesthesia care unit utilization. *Anesth Analg* 1999;89:506-13
18. Bothner U, Georgieff M, Schwilk B: Building a large-scale perioperative anaesthesia outcome-tracking database: methodology, implementation, and experiences from one provider within the German quality project. *Br J Anaesth* 2000;85:271-80
19. Bothner U, Horn SD: [Clinical practice improvement – clinical practice quality improvement of local health care processes]. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 2001;95: 397-405
20. Eberhart LHJ, Kranke P, Bündgen W, Simon M, Geldner G, Wulf H, Celik I: Entwicklung und Evaluation eines neuen Instruments zur Patientenbeurteilung in der perioperativen Phase (PPP-Fragebogen). *Anästh Intensivmed* 2004;45: 436-45.

Korrespondenz-
adresse

**Dr. med.
Mark A. Punke**

Klinik und Poliklinik
für Anästhesiologie
Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Martinstraße 52
20246 Hamburg, Deutschland

Tel.: 040 7410-52415

Fax: 040 7410-54963

E-Mail: punke@uke.de

UMGEZOGEN?

Lassen Sie uns rechtzeitig wissen,
wohin wir in Zukunft Ihre A&I liefern sollen:

**Mitglieder der Verbände BDA / DGAI
senden den Coupon bitte an:**

MCN-Mitgliederverwaltung
Neuwieder Str. 9, 90411 Nürnberg
Fax: 0911 331204
E-Mail: bda@bda-mitglieder.de
dgai@dgai-mitglieder.de

**Abonnenten von Aktiv Druck & Verlag GmbH
senden den Coupon bitte an:**

Aktiv Druck & Verlag GmbH
An der Lohwiese 36, 97500 Ebelsbach
Fax: 09522 943567, E-Mail: ai@aktiv-druck.de

Ich ziehe um:

Mitgliedsnr. DGAI/BDA _____

Abonr. _____

Name, Vorname _____

Umzugsdatum _____

Alte Anschrift / Straße _____

Alte Anschrift / PLZ, Ort _____

Neue Anschrift / Straße _____

Neue Anschrift / PLZ, Ort _____