



Foto: DOC RABE Media – Fotolia

Gut ist nicht gut genug

Gelebtes Qualitätsmanagement in der Kardiologie Teil I: Innerklinisches Fallreview

Die medizinische Qualität – und hier insbesondere die Patientensicherheit – ist der entscheidende Faktor für die Patienten und Behandler. In einer Reihe mit drei praxisorientierten Beiträgen berichten die Autoren über ein Qualitätsmanagementprojekt zur Herzinfarktversorgung in der Medizinischen Klinik I des St.-Marien-Hospitals in Lünen. Berichtet wird jeweils zu den Grundlagen, der Durchführung und den gewonnenen Erkenntnissen aus innerklinischem Fallreview (Teil I), der kontinuierlichen Messung der Krankenhaussterblichkeit (Teil II) sowie der Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz und dem kardiologischen Teamtraining (Teil III).

Die Versorgung von Herzinfarktpatienten ist auch für hochspezialisierte kardiologische Kliniken eine anspruchsvolle Herausforderung. Die Sicherstellung einer diesem Patientengut entsprechenden Struktur- und Prozessqualität ist eine wesentliche Voraussetzung für die bestmögliche Ergebnisqualität.

Die klinische Leitungsaufgabe besteht insbesondere bei der Prozessqualität in der Sicherstellung einer

angemessenen Varianz der klinischen Versorgungsprozesse. Hierunter wird verstanden, dass definierte Behandlungsvorgaben patientenadaptiert geplant und unabhängig von den Behandlern, dem Wochentag oder der Tageszeit etc. eingehalten werden.

Um den selbstgesteckten Anforderungen noch besser gerecht zu werden, sind die bisherigen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Klinik über einen Zeitraum von 18 Monaten mit externer Unterstützung intensiviert und um neue Aktivitäten ergänzt worden.

In diesem und den nachfolgenden Beiträgen sind die Themen innerklinisches Fallreview, Messung mittels administrativer Routinedaten, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz, Teamtraining im Herzkatheterlabor und die gewonnenen Erkenntnisse zusammengefasst.

Ausgangssituation

Das Klinikum Lünen – St.-Marien-Hospital in Lünen ist als akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Münster mit seinen 17 Fachabteilungen und 590 Betten der größte Gesundheitsanbieter im

Kreis Unna und eines der größten Krankenhäuser im östlichen Ruhrgebiet. Die Chest Pain Unit (CPU) wurde am 26. Januar 2015 nach den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie e.V. erfolgreich zertifiziert.

Im Jahr 2015 wurden 23.506 Fälle vollstationär behandelt, davon alleine 6.009 in der Medizinischen Klinik I (Kardiologie, Elektrophysiologie, Pneumologie und konservative Intensivmedizin). Eine vollstationäre Behandlung wegen ST-Hebungsinfarkts (STEMI) und Nicht-ST-Hebungsinfarkts (NSTEMI) beziehungsweise instabiler Angina pectoris erfolgte in 379 beziehungsweise 145 Fällen. Insgesamt wurden 2.653 Koronarangiographien und 1.602 PCI durchgeführt.

Die Klinik betreibt vielfältige Maßnahmen der internen Qualitätssicherung, so zum Beispiel eine regelmäßige Überprüfung durchgeführter Koronarinterventionen auf Basis der Filmdokumentation. Neben der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung zur Koronarangiographie und PCI überprüft die Medizinische Klinik I

den Behandlungserfolg von STEMI- und NSTEMI-Patienten seit dem Jahr 2009 im Rahmen der „Qualitätssicherung mit Routinedaten in der Kardiologie“ (Becker et al. 2012).

In Deutschland verstarben im Jahr 2010 fast 60.000 Menschen am akuten Myokardinfarkt (AMI). Die Krankenhaussterblichkeit des STEMI liegt weiterhin bei 7 bis 9 Prozent und damit deutlich über der des NSTEMI. Wie eine Reihe von Untersuchungen zeigt, verbessert die konsequente Einhaltung und Anwendung der in den Leitlinien empfohlenen Strategien und Therapien die Prognose der Patienten mit STEMI; dies gilt insbesondere für Patienten mit hohem Risiko. Ein wesentlicher Bestandteil der Versorgung von Patienten mit STEMI ist die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Rettungsdienstsystemen sowie Krankenhäusern mit und ohne 24-h-PCI-Bereitschaft (Zeymer & Zahn 2013).

Die Leitlinien der nationalen und internationalen Gesellschaften formulieren auf Basis der bestehenden Evidenz Empfehlungen für die Therapie des akuten Koronarsyndroms (englisch: Acute Coronary Syndrom, ACS). Die Umsetzung dieser Leitlinien in den klinischen Alltag ist nicht immer einfach, jedoch von hoher Wichtigkeit, da eine hohe Leitlinienadhärenz mit einem verbesserten klinischen Ergebnis der Patienten verbunden ist (Moser et al. 2010).

Die bloße Existenz einer Leitlinie führt nicht zu ihrer bestmöglichen Anwendung mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung. Erst die Implementierung des besten verfügbaren Wissens in die Prozesse im Sinne der „Quality by Design“ (Juran 1992) führt zu der angestrebten Prozess- und Ergebnisqualität.

Erfolgsfaktoren der Veränderung

Grundlegende Voraussetzung für die Initiierung eines Veränderungsprozesses ist die Akzeptanz der Professionalität der beteiligten Mitarbeiter. Dies beginnt bereits bei der Problemformulierung und wird erfolgsentscheidend bei der

Umsetzung und der Aufrechterhaltung der erzielten Veränderungen. Nicht nur das Problem, hier zum Beispiel die Abweichung von einer evidenzbasierten Leitlinie zur Prävention nosokomialer Infektionen, wird von repetitiven Handlungsmustern aufrechterhalten. Auch die Lösung muss sich in neuen, beobachtbaren und repetitiven Handlungsmustern zeigen und manifestieren. Dies erfordert viel Energie, die Menschen nur dann dauerhaft zu investieren bereit sind, wenn die Komplexität ihrer Arbeit und der Rahmenbedingungen anerkannt wird. Ist die Lösung kein repetitives Handlungsmuster, wird sie nicht lange anhalten (Becker 2016a).

Auch die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen geht in der Regel mit Veränderungen von – mitunter lange eingeübten – Verfahrens- und Verhaltensmustern einher. Daher ist es von großer Bedeutung zu verstehen, dass Veränderungsprozesse nur dann dauerhaft erfolgreich sind, wenn sie durch multiple Interventionen und unterstützende Rahmenbedingungen ausgelöst und unterhalten werden, die der Komplexität des klinischen Prozesses und seiner Veränderung entsprechen.

Bereits im Jahr 1985 veröffentlichte Ajzen seine „Theorie des geplanten Verhaltens“ (im Original: Theory of Planned Behaviour), die zu einem tieferen Verständnis menschlicher Verhaltensänderung geführt hat (siehe hierzu auch bei Becker 2015a/2016a).

Eine zentrale Referenz für den Erfolg oder Misserfolg von Veränderungsprozessen ist das Modell von Kotter (1995), welches auf seiner Analyse von Veränderungsinitiativen beruht. Kotter entwickelte dabei acht Faktoren, die einen erfolgreichen Veränderungsprozess ermöglichen:

- Ein Gefühl der Dringlichkeit erzeugen.
- Eine Führungskoalition aufbauen.
- Vision und Strategie entwickeln.
- Die Vision des Wandels kommunizieren.
- Mitarbeiter auf breiter Basis befähigen.

- Schnelle Erfolge erzielen.
- Erfolge konsolidieren und weitere Veränderungen einleiten.
- Neue Ansätze in der Kultur verankern.

Gerkhardt & Frey (2006) integrierten die Arbeit von Kotter (1995) und weitere wesentliche Theorien beziehungsweise empirische Befunde zu einem übergreifenden Konzept mit zwölf Erfolgsfaktoren.

Verschiedene Autoren untersuchten die Erfolgsfaktoren von Veränderungsprozessen im Zusammenhang mit der Versorgung von ACS-Patienten. So gingen beispielsweise Bradley et al. (2006) in einer qualitativen Studie der Frage nach, welche Erfolgsfaktoren für die Ver-



Prof. Dr. Andreas Becker
Institut Prof. Dr. Becker
Rösrath



Dr. Ingo Wickenbrock
Leitender Oberarzt Medizinische Klinik I
Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH
Lünen



Axel Weinand
Geschäftsführer
Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH
Lünen



Prof. Dr. Christian Perings
Chefarzt Medizinische Klinik I
Katholisches Klinikum Lünen/Werne GmbH
Lünen

besserung der Door-To-Ballon-Time (DBT) von Bedeutung sind. Hierzu wurden 122 strukturierte Interviews mit klinischen- und nicht-klinischen Mitarbeitern aus elf US-amerikanischen Krankenhäusern durchgeführt, die in den Vorjahren eine Senkung der medianen DBT bei STEMI auf ≤ 90 Minuten durch Qualitätsverbesserungsprojekte erreicht hatten.

Erfolgsfaktoren von Veränderungsprozessen bei der ACS-Versorgung
Geteilte organisationale Werte und Ziele
Organisationskultur, die Verbesserungsbestrebungen konsequent unterstützt
Wahrnehmbare und konsequente Führung
Unterstützung des Top-Managements
Innovative Behandlungsprotokolle
Flexibilität bei der Veränderung bestehender Behandlungsprotokolle
Kommunikation
Audits
Datengestütztes Monitoring und Rückmeldungen
Positive Erfahrungen mit organisationalem Lernen
Positive Erfahrungen mit Problemlösungen

Tab.: Erfolgsfaktoren von Veränderungsprozessen bei der ACS-Versorgung (nach: Bradley et al. 2006, Bradley et al. 2012, Curry et al. 2011, Ludman et al. 2012)

In der ►Tabelle werden die in der kardiologischen Literatur benannten Erfolgsfaktoren aufgeführt, die die Arbeiten von Ajzen (1985), Kotter (1995) sowie Gerkhardt & Frey (2006) bestätigen und die bei unserem Vorgehen Berücksichtigung fanden.

Innerklinisches Fallreview

Eine der Methoden, die sich besonders gut zum organisationalen Lernen eignet und dabei auch die Entwicklung einer Sicherheitskultur unterstützt, ist das so genannte „Fallreview“. Die Methode des retrospektiven innerklinischen Fallreviews wurde bereits an anderer Stelle ausführlich beschrieben (Becker & Perings 2015). Wir beschränken uns daher hier auf die für diesen Beitrag relevanten Aspekte.

Bei der Methode des retrospektiven innerklinischen Fallreviews kön-

nen grundsätzlich zwei Ansätze verwendet werden, die Hutchinson et al. (2010) miteinander verglichen haben. Hierbei zeigten sich bei dem sogenannten impliziten Vorgehen – auch genannt „holistischer“ (ganzheitlicher) Ansatz, der auf klinischer Einschätzung basiert – häufig Unterschiede bei der Bewertung eines Falles zwischen den beteiligten Reviewern. Wurde der explizite, also kriterien-basierte Ansatz gewählt, so zeigten sich deutlich weniger Abweichungen bei der Fallbewertung.

Einen Leitfaden für strukturierte implizite Fallreviews veröffentlichten Kahn et al. im Jahr 1989, eine praktische Anwendung einer Weiterentwicklung dieser Reviewmethode beschreiben Hutchinson et al. (2013) anhand von 1.566 Fallreviews aus 20 englischen Krankenhäusern. Sie dienen als Grundlage und sind in sechs sogenannte „Care Score criteria“ zusammengefasst, bei denen unter anderem die Berücksichtigung der besten verfügbaren Praxis (also: Leitlinien) bei Patientenversorgung bewertet wurde.

Hogan et al. (2012) führten eine retrospektive Analyse („Retrospective Case Record Review, RCRR“) durch, bei der die Patientenakten von 1.000 Patienten untersucht wurden, die während eines Krankenhausaufenthaltes in zehn englischen Krankenhäusern verstorben waren. In dem Reviewprozess sollte festgestellt werden, in welchem Umfang die untersuchten Todesfälle als präventierbar eingestuft werden konnten. Die Präventierbarkeit wurde mittels einer sechsstufigen Likert-Skala klassifiziert von „1 Definitiv nicht präventierbar“ bis „6 Definitiv präventierbar“.

Reviewbogen

Bei der Entwicklung wurde die relevante Literatur gesichtet und berücksichtigt. Dies führte zu der Erkenntnis, dass der Reviewbogen nicht nur explizite Kriterien enthalten sollte, zusätzlich sollte auch die Fallreflektion auf Basis klinischer Expertise angeregt werden (impliziter Anteil). Unterstützt wurde dieses Ansinnen auch durch den strukturierten Aufbau

des Reviewbogens entlang des Versorgungsprozesses:

- Prästationäre Therapie
- Initiale Versorgung, Evaluation
- Akute Behandlung
- Weitere Behandlung
- Allgemeine Faktoren und unerwünschte Ereignisse
- Dokumentation
- Anmerkungen und Fragen
- Bewertung

Bei einem Testlauf bewährte sich der entworfene Reviewbogen im Großen und Ganzen und es waren nur geringe Ergänzungen erforderlich.

Fallreview

Das Fallreview erfolgte während der regulären Arbeitszeit in der Zeit von 9:00 bis 16:00 Uhr unter Beteiligung von Mitarbeitern aus dem ärztlichen Dienst inklusive Chefarzt, Pflegedienst, Medizincontrolling und Qualitätsmanagement. Es wurden vier Arbeitsgruppen gebildet, die jeweils fünf im Jahr 2013 wegen STEMI oder NSTEMI vollstationär behandelte und während des Krankenhausaufenthaltes verstorben Patienten analysierten.

Neben den Patientenakten bestand Zugriff auf das Krankenhausinformationssystem, so dass auch weitere Daten und Informationen (zum Beispiel aus dem Laborsystem) eingeholt beziehungsweise überprüft werden konnten. Die hausinternen Leitlinien und andere Vorgaben für die Behandlung standen jeder Arbeitsgruppe zur Verfügung.

Nach Klärung aller Fragen starteten die Arbeitsgruppen und wurden bei Bedarf durch den Moderator unterstützt. Nach der Arbeitsphase wurden die Ergebnisse der einzelnen Fälle vorgestellt, weiterführende Fragen und erste Ideen zu weiteren Aktivitäten formuliert und diskutiert.

Ergebnisse

Die Ergebnisse von 21 analysierten Fällen sind auszugsweise wie folgt: Die in allen Fällen prästationär durch den Rettungsdienst erfolgte Therapie wurde 18mal als adäquat und zeitgerecht eingestuft. In zwei Fällen wurden auch besonders positive Aspekte diskutiert, wie zum

Beispiel eine erfolgreiche präklinische Intubation unter schwersten Bedingungen. Bei zwei Fällen wurde ein Verbesserungspotential festgestellt. So wurde ein Patient zunächst in eine Klinik ohne Herzkatheterlabor verbracht, die Notwendigkeit hierzu konnte auf Basis des Einsatzprotokolls nicht nachvollzogen werden.

Eine Akut-PCI wurde in zwölf Fällen durchgeführt, ein Patient ist während der PCI verstorben (kardiogener Schock bei Einlieferung). Das Rekanalisationsziel wurde in allen anderen Fällen erreicht.

In zwei Fällen wurde eine kontrastmittelassoziierte Nephropathie und in zwei Fällen ein akutes Nierenversagen diagnostiziert. Im Rahmen der Diskussion wurde auch die Arbeit von Brar et al. (2014) aufgegriffen und beschlossen, die bisherigen internen Vorgaben zur Prävention und Therapie der CIN einer Prüfung unter Berücksichtigung dieser Studie zu unterziehen. Weitere intra- oder postprozedurale Komplikationen wurden nicht festgestellt.

Bei vier Patienten wurde der zeitliche Verlauf in der initialen Aufnahmesituation kritisiert, der dazu führte, dass die von uns gewählte DBT <30 beziehungsweise <60 mit/ohne Voranmeldung nicht eingehalten wurde. Bei einem dieser Patienten wurde zusätzlich auch eine hypotensive Blutdrucklage über rund 60 Minuten nicht angemessen therapiert. Gründe beziehungsweise Ursachen hierfür konnten auf Basis der Dokumentation nicht abgeleitet werden.

Bei einem Patienten wurde die Indikationsstellung zur Verlegung von der Intensivstation kritisch diskutiert. Hierbei zeigte sich, dass die diesbezüglichen Kriterien der Klinik einen zu großen Interpretationsspielraum ermöglichen.

Wichtig und erfreulich ist natürlich, dass bei keinem Patienten bei der Gesamtbewertung ein Zusammenhang zwischen einem nicht erfüllten expliziten oder impliziten Merkmal und dem Versterben festgestellt wurde.

Im nächsten Schritt wurden die Ergebnisse, Erkenntnisse und geplanten Aktivitäten allen Mitarbeitern der Klinik und auch der Geschäftsführung vorgestellt.

Die Erkenntnisse aus dem Fallreview führten zu den nachfolgend auszugsweise aufgeführten Aktivitäten, die zum Zeitpunkt der Drucklegung bereits umgesetzt sind:

- Prüfung und gegebenenfalls Aktualisierung der internen Vorgaben der Fachabteilung auf Aktualität und gegebenenfalls Anpassung (Medizin und Pflege).
- Überarbeitung der Kriterien für die Intensivpflichtigkeit (Aufnahme, Verbleib und Verlegung).
- Einführung einer qualitätsgesicherten Morbiditäts- und Mortalitätskonferenz.
- Kontaktaufnahme mit den Trägern der Rettungsdienste zur Realisierung der telemetrischen Übermittlung prähospitaler EKG an das Krankenhaus und der Verbesserung der Vorankündigung von Patienten mit ACS.

Fazit

In Anlehnung an das Motto „Gut ist nicht gut genug“ verfolgt die Klinik einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess, bei dem erstmals die Methode des retrospektiven Fallreviews angewendet wurde. Neben der Chance, dass wichtige Informationen zum Versorgungsprozess der Herzinfarktpatienten erarbeitet werden konnten, ging es auch um den Erwerb einer weiteren Methodenkompetenz für Mitarbeiter der Abteilung.

Die Rückmeldungen der Teilnehmer waren durchweg positiv, eine regelmäßige Anwendung der Methode wurde gewünscht. Als förderlich für die Fallbearbeitung wurde der Aufbau des Reviewbogens entlang des Versorgungsprozesses gesehen.

Dem Fallreview durch am Prozess beteiligte Mitarbeiter liegt die Führungssicht zugrunde, dass die Mitarbeiter als Experten und somit auch ihre Analysen mit Wertschätzung anerkannt werden. Entsprechende Rückmeldungen von Teilnehmern zeigten, dass dies genauso aufgefasst und als wesentlicher

Teil der Sicherheitskultur der Abteilung gesehen wurde.

Das innerklinische Fallreview hat sich sehr bewährt, da weitere Erkenntnisse für die Verbesserung der Patientenversorgung gewonnen werden konnten.

Für die Entwicklung und Förderung der Sicherheitskultur einer Abteilung ist das Fallreview sehr gut geeignet, da es eine wertschätzende Einstellung der Abteilungsleitung zum Ausdruck bringt und durch selbst erarbeitete Erkenntnisse die für den Veränderungsprozess erforderliche Motivation erzeugt. In diesem Zusammenhang sei an die eingangs formulierten Erfolgsfaktoren der Veränderung erinnert, die auch aus unserer Sicht von großer Bedeutung sind.

Das Fallreview sollte im Ergebnis einem strukturierten Ablauf folgen. Dabei waren der selbst entwickelte Reviewbogen und auch eine sach- und fachkundige Moderation sehr förderlich. Das Fallreview ist allen Kliniken zum Einstieg in einen Verbesserungsprozess zu empfehlen. Dies gilt natürlich auch – oder sogar ganz besonders – für bereits fortgeschrittene Organisationen. ■

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. Andreas Becker
Institut Prof. Dr. Becker
Nonnenweg 120a
51503 Rösrath
becker@i-pdb.de

Dr. Ingo Wickenbrock
Katholisches Klinikum Lünen/Werne
GmbH
Altstadtstraße 23
44534 Lünen

Axel Weinand
Katholisches Klinikum Lünen/Werne
GmbH
Altstadtstraße 23
44534 Lünen

Prof. Dr. Christian Perings
Katholisches Klinikum Lünen/Werne
GmbH
Altstadtstraße 23
44534 Lünen