

WISSENSCHAFTLICHE ABHANDLUNG

AQS1[®]

QUALITÄTSSICHERUNG FÜR AMBULANTE OPERATIONEN

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Entwicklung	2
2.1 Entstehung von AQS1®	2
2.2 Anforderungen an AQS1®	2
3. Fragebogeninhalte	4
3.1 Fragebogaufbau	4
3.2 Entwicklung von Qualitätsindikatoren	4
3.3 Auswahl der geeigneten Answerfassung	5
3.4 Design.....	5
3.5 Ergebnisse.....	5
4. Qualitätsbericht	8
5. Ziele und Möglichkeiten von AQS1®	9
6. Kontakt	10

1. Einleitung

Qualitätssicherung hat sich zu einem der wichtigsten Themen im Gesundheitssystem entwickelt. Gesetzliche Maßnahmen haben diese Entwicklung unterstützt und privatwirtschaftlich organisierte Gesundheitsleistungsanbieter haben Qualitätssicherung zum integrativen Bestandteil ihrer Unternehmensführung gemacht. Daneben lässt sich in der Bevölkerung ein steigendes Informationsbedürfnis und eine zunehmende Erwartungshaltung an das Gesundheitssystem beobachten. Der Patient will keine Figur in einer „black box“ sein, sondern aktiv an einer durchschaubaren und nachvollziehbaren, medizinischen Versorgung teilhaben.

Alle Beteiligten des Gesundheitssystems sind sich der Bedeutung qualitätssichernder Maßnahmen bewusst und in vielen Bereichen der medizinischen Versorgung sind sie bereits fest verankert.

Eine Schlüsselrolle eines jeden Qualitätssicherungssystems besitzen die Dokumentationsmaßnahmen. Erst durch die standardisierte Erfassung von Behandlungsabläufen anhand der zuvor definierten Qualitätsindikatoren ist es möglich, den Ist-Zustand zu erstellen und mit dem Soll-Zustand zu vergleichen. Dies ist die Voraussetzung, um Fehler zu erkennen und zu eliminieren.

Durch die fortschreitende Entwicklung der medizinischen Technologie und der minimalinvasiven Chirurgie und die steigende Flexibilität in der Bevölkerung lässt sich die wachsende Zahl ambulanter Operationen erklären. Steht ein Patient vor der Wahl, einen operativen Eingriff stationär oder ambulant durchführen zu lassen, sind es nicht die wirtschaftlichen Einsparmöglichkeiten, die seine Entscheidung für eine ambulante und gegen eine stationäre Operation beeinflussen. Der Patient wird sich für die medizinische Einrichtung entscheiden, von der er nach seinem subjektiven Empfinden als Kunde des Gesundheitswesens die beste Leistung erwartet.

Für den operierenden Arzt stellt ein effizienter Behandlungsablauf und eine hohe Qualität des operativen Eingriffs letztendlich das höchste Ziel dar. Die Zufriedenheit des Patienten ergibt sich jedoch aus der gesamten Dienstleistung. Dies schließt alle Personen, Faktoren, Ergebnisse und Einrichtungen ein, mit welchen der Patient während seines ersten Besuches bis zur Entlassung aus dem Aufwachraum und zuletzt bei den postoperativen Kontrolluntersuchungen in Kontakt tritt.

2. Entwicklung

2.1 Entstehung von AQS1[®]

Seit 1. Januar 1996 ist eine Basisdokumentation für ambulante Operationen und Anästhesien Pflicht geworden. Dadurch wurde der Grundstein für eine fächerübergreifende Datenerhebung gesetzt. Bei dieser verpflichtenden Dokumentation wurden wichtige Qualitätsmerkmale, sowie die Meinung und die Zufriedenheit des Patienten, der den gesamten Prozess eines ambulanten operativen Eingriffes durchläuft, nicht berücksichtigt. Die erhobenen Daten wurden außerdem nicht statistisch weiterverarbeitet.

Deshalb wurde in enger Kooperation mit dem bayerischen Forschungsverbund der LMU München und den Fachvertretern verschiedener medizinischer Berufsverbände (u.a. dem BAO und dem LAO Bayern) ein neues Fragebogensystem erarbeitet. In einer dreijährigen Entwicklungsphase entstand das Fragebogensystem AQS1[®], das im Rahmen eines Pilotprojekts des Bundesverbandes für Ambulantes Operieren e.V. Ende 1999 der Öffentlichkeit erstmals vorgestellt wurde.

Das vorliegende Dokument erläutert die wissenschaftlichen Hintergründe von AQS1[®] und erklärt das Konzept sowie die Umsetzung dieses neuen Fragebogensystems.

2.2 Anforderungen an AQS1[®]

Die Inhalte des verpflichtenden KV-Basisdokumentationsbogens für den Operateur wurden in die Entwicklung des AQS1[®] Dokumentationsbogens integriert und durch die Einbringung zusätzlicher Ideen und Aspekte ergänzt. Verschiedene bestehende Projekte wurden auf Inhalt und Praktikabilität geprüft und vielversprechende, sowie bereits bewährte Ansätze überarbeitet.

Verschiedene Kriterien wurden einerseits mit den Berufsgruppen, die in das ambulante Operationssystem eingebunden sind (z.B. Praxispersonal, Krankenschwestern) und andererseits mit den Konsumenten ambulanter Operationsleistungen, den Patienten, diskutiert. Dazu wurden unter anderem diverse Fragebogenaktionen durchgeführt, um ein möglichst genaues Meinungsbild zu erstellen. Durch frühzeitigen Kontakt mit diversen Fachvertretern wurde versucht, einen Konsensus über inhaltliche Kerngebiete zu erzielen.

Damit ergaben sich letztendlich folgende Anforderungen an ein neues Qualitätssicherungssystem:

- Allgemeines, fächerübergreifendes Messinstrument
- Kombinierte Befragung von Arzt und Patient
- Hohe Messqualität der Daten, insbesondere in Bezug auf Variabilität und Sensitivität
- Hohe Rücklaufquote bei den Patientenfragebögen
- Fachbezogene Auswertungen
- Qualitätsberichte für Arztpraxen und ambulante Operationszentren
- Anonymität des Patienten
- Schutz der Arztpraxis und des Patienten durch § 33 Abs. 1 das Bundesdatenschutzgesetzes

- Realisierbarkeit des Qualitätssicherungssystems bei geringen Kosten

Mit Hilfe der im Vorfeld gesammelten Informationen wurde das Qualitätssicherungssystem AQS1[®] entwickelt, das die gestellten Anforderungen möglichst genau erfüllt.

3. Fragebogeninhalte

3.1 Fragebogaufbau

In dem Arzt-Modul werden wichtige Faktoren (z.B. prä- und postoperative Diagnosen, Therapie, Risikofaktoren, etc.) von Seiten des Operateurs und des Anästhesisten dokumentiert. In dem Patienten-Modul bewertet der Patient die gesamte Dienstleistung aus Sicht des „Kunden“.

Fachspezifische Fragen in den Dokumentationsbogen einzubinden, hat sich nicht bewährt, weil man die Möglichkeit vergibt, einen Standardbogen einzuführen, der für alle operativen Fächer gültig ist. Für einen breiten Einsatz in der medizinischen Routine ist eine einfache Anwendung von maßgeblicher Bedeutung.

Vielmehr sind fachspezifische bzw. krankheitsspezifische Messinstrumente als sinnvolle Ergänzung zu betrachten, da sie eine detaillierte, krankheitsbezogene Dokumentation erlauben. Für das Fachgebiet Orthopädie kann z.B. zur Beurteilung der Hüftfunktion der WOMAC der Harris Hip Score oder der Lequesne-Algofunctional-Index verwendet werden. Die Messinstrumente sind so konzipiert, dass am Ende eine objektive Aussage über die Funktionseinschränkung der erkrankten Hüfte getroffen werden kann. Diese Messinstrumente sind einerseits geeignet, eine Momentaufnahme der aktuellen Erkrankungssituation festzuhalten und andererseits den Verlauf einer Erkrankung im Sinne einer Longitudinalstudie über Jahre zu dokumentieren.

Das Erstellen eines fächerübergreifenden Fragebogens bedeutet bei geschickter Konzeption jedoch nicht, dass man sich die Möglichkeit nimmt, fachspezifische Fragestellungen zu analysieren. Mit Hilfe eindeutiger Identifikationsnummern auf den Fragebögen können die ermittelten Daten den einzelnen Arztpraxen und somit den Fachgruppen zugeordnet werden.

3.2 Entwicklung von Qualitätsindikatoren

Für die Gestaltung eines geeigneten Messinstrumentes wurden primär Qualitätsindikatoren definiert. Qualitätsindikatoren sind Hilfsgrößen, die die Qualität einer Leistung durch Zahlen oder Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Die Qualitätsindikatoren sind zu den Qualitätsdimensionen entsprechend struktur-, prozess- oder ergebnisbezogen.

Folgende Voraussetzungen muss ein geeigneter Qualitätsindikator erfüllen:

- Er muss valide sein, d.h. er muss geeignet sein, auf seiner Grundlage auch tatsächlich Aussagen über das Ausmaß der Qualität zu treffen.
- Er muss reliabel sein, d.h. er muss weitgehend unempfindlich gegenüber zeitlichen, subjektiven oder instrumentellen Einflüssen sein.
- Er muss sensitiv sein, d.h. bei Veränderungen der Qualität müssen sich auch dementsprechend die Ausprägung des Indikators verändern.
- Er muss den aktuellen Stand medizinischer Versorgung widerspiegeln und ist somit einer kontinuierlichen Entwicklung unterworfen, d.h. er durchläuft einen ständigen Evaluierungsprozess.

3.3 Auswahl der geeigneten Answererfassung

Die Voraussetzung für eine hohe Datenqualität sowie aussagekräftige Daten ist die Auswahl der optimalen Bewertungsmöglichkeit für jede einzelne Frage. Das heißt, das gewählte Bewertungsschema muss in der Lage sein, interpersonelle Variationen zu erfassen.

Der gesamte Fragebogen wurde in Form eines standardisierten Interviews verfasst. Anzahl, Reihenfolge und Wortlaut der Fragen, sowie die Antwortmöglichkeiten wurden standardisiert vorgegeben, d.h. es wurden nur geschlossene Fragen verwendet. Auch wenn die Bandbreite bei dieser Interviewform eher gering ausfällt, wird die Reliabilität erhöht und systematische Untersuchungsfehler werden reduziert.

Für die Abfrage harter Daten wurden folgende Antwortspektren ausgewählt:

- 1) Als einfachste Form dichotome Fragen mit der Antwortmöglichkeit, ja oder nein.
- 2) Direkte Fragen mit vorgegebenem Antwortspektrum in Form von Textvorgaben (z.B. bei der Frage nach dem Arbeitsverhältnis, dem Familienstand etc.) und in Form von Schätzskalen (Rating-scale).

Für die Abfrage weicher Daten wurden zwei verschiedene, numerische Schätzskalen für den Patienten-Teil ausgewählt:

- 1) Zur Beurteilung der Patientenzufriedenheit mit verschiedenen Leistungen von Seiten der beteiligten Ärzte, des Personals usw., findet eine Schätzskala nach dem Schulnotenprinzip Anwendung. Eine 1 entspricht einer sehr guten Leistung, eine 6 entsprechend einer ungenügenden Leistung.
- 2) Zur Messung von Beschwerden- und Schmerzintensitäten hat sich, wie in verschiedenen Studien gezeigt, eine beiderseits verankerte numerische Schätzskala bewährt, die in der Form von 0 entsprechend keinen Beschwerden, bis 10 entsprechend unerträglichen Beschwerden, ausgewählt wurde.

3.4 Design

An die graphische Darstellung wurden mehrere Anforderungen gestellt. Als Grundvoraussetzung mussten alle Fragebogeninhalte direkt scannbar sein. Die Fragen sollten logisch im Bezug auf Inhalt und zeitlicher Abfolge angeordnet werden. Besonderer Wert wurde auch auf ein übersichtliches, ansprechendes Layout gelegt, um die Bereitschaft und das Interesse, den Fragebogen auszufüllen, zu erhöhen. Die visuelle Unterstützung anhand von Farbverläufen erleichtert die Beurteilung der Beschwerdenintensität auf der Schätzskala und der Patientenzufriedenheit nach dem Schulnotenprinzip.

3.5 Ergebnisse

Die Auswahl der zwei unterschiedlichen, numerischen Schätzskalen (rating-scale) hat sich bewährt. Die Spannweite der Schätzskala wurde von den Patienten genutzt und es konnten deutliche Differenzen zwischen

den verschiedenen ambulanten Operationszentren gezeigt werden. Die Skala hat sich als praktikabel und gleichzeitig sensitiv erwiesen.

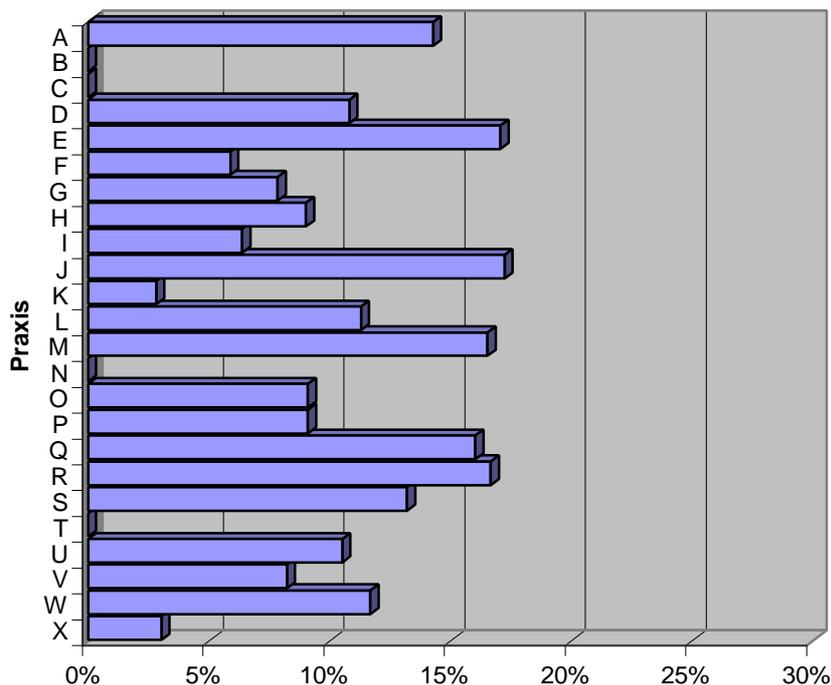
Die allgemein bekannte Abstufung der Leistung entsprechend dem deutschen Schulnotensystem wurde von den Patienten problemlos angewandt. Die Spannbreite der Schulnoten-Skala wurde genutzt und es konnten Differenzen zwischen den ambulanten Operationszentren gezeigt werden.

Die Ergebnisse der verschiedenen durchgeführten Fragebogenprojekte spiegeln die hohe Akzeptanz der ambulanten Operation bei entsprechender Patientenzufriedenheit wider. Zwischen 96% und 100% der Patienten, die an den verschiedenen Projekten beteiligt waren, sind mit der Einrichtung „ambulante Operation“ sehr zufrieden gewesen und würden sich, falls notwendig, wieder ambulant operieren lassen.

Nachfolgend exemplarisch drei Auswertungen aus AQS1[®]:

Vergleich Narkoseaufklärung Praxis A-X

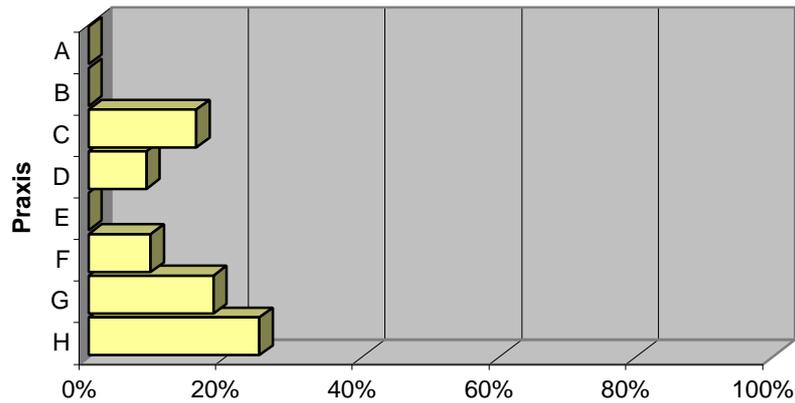
Anteil Patienten, die die Aufklärung über Art und Ablauf der Narkose befriedigend oder schlechter in der Praxis fanden



n = 2774

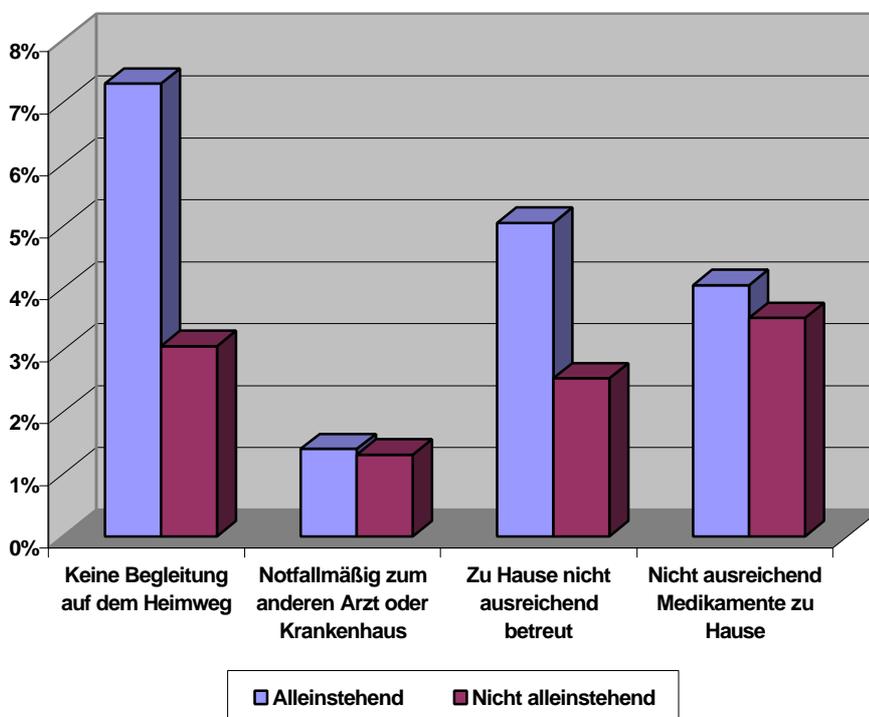
Vergleich Schwellungszustand nach ASK bei Meniskusläsion bei Praxis A-H

Anteil Patienten, die pro Praxis bei der Diagnose "M23" eine Schwellung über den 5. Tag hinaus auf der Beschwerdeskala von 0 bis 10 mit mind. 6 beurteilten



n = 674

Fühlen sich alleinstehende Patienten weniger gut betreut als nicht alleinstehende Patienten?



n=13377

4. Qualitätsbericht

In regelmäßigen Zeitintervallen erhalten die beteiligten ambulanten Operateure einen umfassenden Qualitätsmanagement-Bericht.

Der standardisierte Bericht kann in fünf Bereiche unterteilt werden:

- 1) Allgemeine Daten zum Patienten
- 2) Allgemeine Daten zur Operation
- 3) Komplikationen und Beschwerden
- 4) Patientenzufriedenheit
- 5) Individuelle Auswertung, die sich jede Arztpraxis aus einem Katalog von vorgegebenen Fragestellungen (u.a. diagnosebezogene- und fachgruppenspezifische Fragestellungen) selbst gestalten kann.

Die erzielten Ergebnisse des einzelnen Arztes werden mit den durchschnittlichen Ergebnissen des Gesamtkollektivs verglichen und beurteilt. Durch die Definition von Referenzwerten werden die einzelnen Leistungen z.B. mit dem Prädikat überdurchschnittlich im positiven Fall, durchschnittlich im neutralen Fall und unterdurchschnittlich im negativen Fall versehen.

Zur besseren Visualisierung der erzielten Leistungen werden neben der tabellarischen Darstellung

- relativbezogenen Balkendiagrammen für die Darstellung des Vergleichs der Praxis mit dem Gesamtkollektiv und
- Pfeilorganigramme für die Darstellung der Entwicklung der Leistung relativ zur Zeit

verwendet. Nachfolgend ein Beispiel aus dem Bereich Patientenzufriedenheit:

Service	Praxis	Vergleich	Verlauf
Ruhig und entspannt vor der Operation	76,5%		→
Gute Versorgung im Aufwachraum	54,3%		↘
Nötige Ruhe im Aufwachraum	56,7%		→
OP-Team jederzeit erreichbar	98,4%		↗
Ausreichende Betreuung zu Hause	90,0%		→
Ausreichend Medikament zu Hause	95,5%		→
Würde sich wieder ambulant operieren lassen	98,0%		→
Würde sich wieder bei uns ambul. oper. lassen	98,4%		↗

besser/ schlechter/
mehr weniger

Der einzelne Arzt erfährt so seine Position im Gesamtkollektiv und kann durch die genaue Identifikation von Schwachpunkten gezielt Maßnahmen einführen, um unterdurchschnittliche Leistungen zu verbessern und überdurchschnittliche Leistungen zu erhalten. Den Erfolg der vollzogenen Maßnahmen kann er dem folgenden Quartalsbericht entnehmen.

5. Ziele und Möglichkeiten von AQS1[®]

- ? Durch eine standardisierte, fächerübergreifende Dokumentation ambulanter Operationen können z.B. Komplikationsraten (z.B. Häufigkeit einer Wundinfektion) bei ambulanten Operationen mit den Komplikationsraten entsprechender operativer Eingriffe unter stationären Bedingungen verglichen werden.
- ? Durch die neu eingebrachten Perspektiven kann der Leistungserbringer auf der einen Seite Schwachstellen seines Systems identifizieren, eliminieren und dadurch die Qualität verbessern. Auf der anderen Seite kann er persönliche Stärken erkennen und erhalten. Zusätzlich wird er rasch über qualitative Veränderungen bei der erbrachten Leistung informiert.
- ? Durch den Vergleich der Leistungsanbieter untereinander, können erfolgreiche Konzepte herausgearbeitet werden, um eine Optimierung in möglichst vielen Teilbereichen für den Einzelnen zu ermöglichen.
- ? Durch die Integration wichtiger Einflussgrößen (z.B. Diagnose, Therapie, Primär- oder Revisionseingriff, Risikofaktoren, Alter, Geschlecht) in den AQS1[®] Dokumentationsbogen können auch komplexe Fragestellungen untersucht werden.
- ? Durch einen breiten, fächerübergreifenden, standardisierten Einsatz des erarbeiteten Qualitätsmessinstrumentes können operative Eingriffe, die für den ambulanten Einsatz geeignet sind (z.B. im Hinblick auf das Patientenalter), von ungeeigneten Eingriffen (weil z.B. ineffektiv) differenziert werden.
- ? Durch die Identifikation eingriffs-, alters- oder geschlechtsabhängiger Einflüsse auf z.B. anästhesiebedingte Symptome können pharmakologische Empfehlungen ausgesprochen werden und über eine Reduktion der postoperativen Symptomatik kann die Patientenzufriedenheit und somit die Akzeptanz der ambulanten Operationen gesteigert werden.

Letztendlich erfolgreich sind die Ergebnisse externer Qualitätssicherungsmaßnahmen jedoch nur, wenn auch eine praktische Umsetzung in das interne Qualitätsmanagement der jeweiligen medizinischen Einrichtung mit positiven Effekten auf die Behandlungsabläufe, die Transparenz, die Motivation der Mitarbeiter und vor allem auf die Qualität der Patientenversorgung erfolgt. Die Voraussetzung ist ein regelmäßig erhobener, standardisierter Bericht, der das erreichte Einzelergebnis eines ambulant operierenden Arztes dem Ergebnis des Gesamtkollektivs gegenüberstellt.

6. Kontakt

Das Qualitätssicherungssystem AQS1[®] wurde entwickelt und konzipiert von:

medicaltex GmbH
Enhuberstraße 3b
80333 München

Telefon: 089 / 98290-120
Fax: 089 / 98290-230
E-Mail: mt@medicaltex.de

Hier können auch die AQS1[®]-Fragebögen sowie AQS1[®]-Teilnahmeformulare bestellt werden. Ansprechpartner sind Dr. Klaus Bäcker und Ralf Mayr.

Weitere Informationen über AQS1[®] und medicaltex: www.medicaltex.de