



Strukturentwicklung und Qualitätsverbesserung in der Pädiatrischen Kardiologie

DGKJ Expertenforum Mainz 26.11.2010

Michael Hofbeck

Klinik für Kinder und Jugendmedizin

Universität Tübingen



Historie der Strukturentwicklung/Qualitätsverbesserung Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

- Fortschritte in der Diagnostik und Therapie führten zu einer drastischen Reduktion der Mortalität und Morbidität angeborener Herzfehler
- Gute Qualität ist sicher an strukturelle und personelle Voraussetzungen geknüpft
- Schlechte Qualität führt zu nachhaltigen und langdauernden Problemen für Patienten die manchmal aber primär schwer erkennbar sind
- Kinderkardiologie und Kinderherzchirurgie sind Zwillingenfachgebiete die kaum separat betrachtet werden können



Historie der Strukturentwicklung/Qualitätsverbesserung Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

- Seit 2 Jahrzehnten Bemühungen der Fachgesellschaften die Versorgungsqualität zu verbessern/sichern
- Gesetzlich verpflichtende QS eingeführt Ende des letzten Jahrzehnts
- Umfangreicher Erfassungsbogen (4 Seiten) mit vielen Items
- Papierbögen
- Keine Plausibilitätskontrolle



Historie der Strukturentwicklung/Qualitätsverbesserung Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

- Auf Grund der logistischen Probleme keine verlässliche Auswertung möglich
- Verpflichtung zur Teilnahme an der QS für den Bereich Kinderherzchirurgie 2003 durch BQS ausgesetzt wegen „Komplexität des Patientenkollektivs“
- Fachkommission der DGPK schlägt 2003 die Etablierung einer interdisziplinäre QS der Fachgesellschaften DGPK und DGTHG vor
- Freiwillige Beteiligung einiger deutscher Herzzentren an der überregionalen Datenbank der EACTS in Warschau



Historie der Strukturentwicklung/Qualitätsverbesserung Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

- 2005 Gründung einer Interdisziplinären Projektgruppe DGPK und DGTHG zur Entwicklung einer Nationale QS zur Erfassung aller operativen und interventionellen Prozeduren
- Im GBA Bearbeitung von zwei Anträgen: Struktur von Herzzentren die Patienten mit AHF operativ versorgen und Externe QS



Vorstand und AG
Angeborene
Herzfehler/
Kinderherzchirurgie
der DGTHG

Struktur chirurgischer Einheiten zur Behandlung angeborener Herzfehler

Affiliation
Vorstand und Arbeitsgemeinschaft Angeborene Herzfehler/Kinderherzchirurgie der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG), Langenbeck-Virchow-Haus, Berlin, Germany

Correspondence
Dr. A. Beckmann · Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) · Langenbeck-Virchow-Haus · Luisenstraße 58/59 · 10117 Berlin, Germany ·
E-mail: sekretariat@dgthg.de

Received December 6, 2005

Bibliography
Thorac Cardiovasc Surg 2006; 54: 73–77 © Georg Thieme Verlag KG · Stuttgart · New York ·
DOI 10.1055/s-2006-923879 ·
ISSN 0171-6425

Neben der Strukturdebatte gibt es auch eine Debatte über die Mindestzahlen eines Herzzentrums



Neuere Publikationen haben einen überzeugenden Zusammenhang zwischen der Zahl der Patienten, die an einer Institution behandelt werden und einer niedrigeren Sterblichkeit (eines groben Ausdruckes für Qualität) belegt [5,25]. Dieses Verhältnis trifft auch für chirurgische Einheiten zur Behandlung angeborener Herzfehler zu [6–8]. Es gibt Beispiele von sehr erfolgreichen Veränderungen in der Organisation der Chirurgie angeborener Herzfehler [9,10]. Diese Erkenntnisse sollten berücksichtigt werden, um die Qualität der Chirurgie angeborener Herzfehler nachhaltig zu verbessern.

Dennoch gibt es *keinen* wissenschaftlichen Nachweis eines Schnittpunktes hinsichtlich der Qualität für die Zahl der Eingriffe, da der Erfolg der medizinischen Betreuung sehr von lokalen Umständen (Personal, Infrastruktur) abhängig ist. Es ist daher zurzeit nicht definierbar, welche Zahl der Eingriffe als zu klein, adäquat oder optimal anzusehen ist [26]. Die angegebenen Zahlen sind daher als Richtgrößen zu sehen:

- Die optimale Aktivität einer Einheit zur Behandlung angeborener Herzfehler soll über 250 Operationen pro Jahr liegen.
- Die optimale Aktivität zur chirurgischen Behandlung angeborener Herzfehler im Neugeborenen- und Säuglingsalter soll über 100 Operationen pro Jahr betragen.
- Komplexe Korrekturen bei EMAH-Patienten sollen von Chirurgen durchgeführt werden, die auf diesem Gebiet erfahren sind.
- Herz- und/oder Herz-Lungen-Transplantationen sollen in Zentren mit einer umfassenden Erfahrung in der Organtransplantation durchgeführt werden.
- Eine Einheit zur Behandlung angeborener Herzfehler soll über mindestens zwei Chirurgen mit dem Zertifikat der DGTHG (Kinderherzchirurgie) oder dem des EBTCs verfügen.
- Der individuelle Ansatz (Chirurgie versus interventionelles Verfahren) für jede komplexe Anomalie soll interdisziplinär diskutiert und im Einvernehmen entschieden werden.

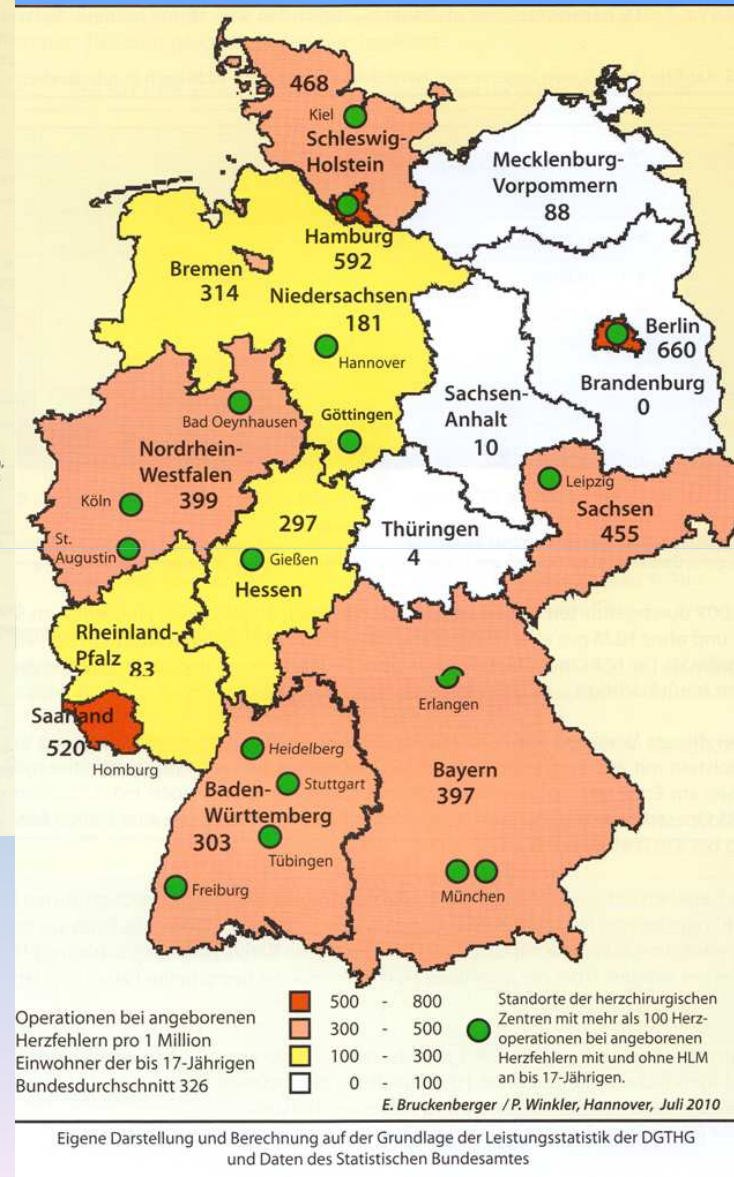


Derzeitige Datenlage ist relativ dünn

Leistungsstatistik der DGTHG

4458 Operationen angeborener Herzfehler bei Patienten < 18 Jahre in Deutschland 2009





31 Zentren die Operationen anbieten bei Patienten 0 – 18 Jahre, 4 weitere Zentren mit HKU/Interventionen

17 Zentren (3 nichtuniversitär) mit > 100 Operation bei Patienten 0 - 18 Jahre



Strukturentwicklung/Qualitätsverbesserung Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

**„Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über
Maßnahmen zur Qualitätssicherung
der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen“**

gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V

(Richtlinie zur Kinderherzchirurgie)

Erstfassung vom 18.02.2010



Strukturentwicklung/Qualitätsverbesserung Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

§ 2 Ziele

- Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen herzchirurgischen Versorgung der Patienten unabhängig von Wohnort oder sozioökonomischer Situation
- Sicherung und Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der herzchirurgischen Behandlung angeborener und erworbener Herzfehler
- Verbesserung der Überlebenschancen und Lebensqualität der Patienten



Strukturentwicklung/Qualitätsverbesserung Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

§ 3 Konzeptioneller Rahmen (Auszug)

- Herzchirurgische Eingriffe nach Anlage 1 dürfen bei herzkranken Kindern und Jugendlichen nur in Einrichtungen erbracht werden, die alle in dieser Richtlinie festgelegten Anforderungen erfüllen.
- Verlegung des Patienten in das Kinderherzzentrum zum geeigneten Zeitpunkt zur Durchführung der Operation.
- Falls Verlegung nicht möglich: Klärung ob die Operation in dem aufnehmenden Krankenhaus möglich ist



Strukturentwicklung/Qualitätsverbesserung Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

§ 4 Personelle und fachliche Anforderungen (Auszug)

- Fachliche Leitung des Kinderherzzentrums durch einen Kinderkardiologen und zertifizierten Kinderherzchirurgen
- In der Einrichtung müssen mindestens 2 zertifizierte Kinderherzchirurgen und 4 Kinderkardiologen tätig sein (ab 1.1.2013: n=5), jeweils VK, Aufteilung möglich
- 24h-Präsenz-Dienst in der stationären Versorgung durch FA für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie (zumindest in WB) Eigenständiger kinder-kardiologischer Bereitschafts- oder Rufbereitschaftsdienstes
- Pflegedienst der Intensivstation: 40% mit Fachweiterbildung „pädiatrische Intensivpflege“. Bis 31.12.2015 ersatzweise min. 5-jährige Erfahrung in pädiatrischer Intensivpflege



Strukturentwicklung/Qualitätsverbesserung Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

§ 5 Anforderungen an Infrastruktur und Organisation

- Fachgebundene pädiatrisch kardiologische Intensivstation
- Fachgebundene pädiatrisch kardiologische Pflegestation(en)
- OP-Saal mit „kinderspezifischer“ Ausstattung (im gleichen Gebäudekomplex in räumlicher Nähe zur Intensivstation und Pflegestation)
- Pädiatrisch-kardiologisch ausgerüstetes Katheterlabor (im gleichen Gebäudekomplex in räumlicher Nähe zur Intensivstation und Pflegestation)
- Weitere bildgebende Diagnostik, zB Kardio-MRT (in räumlicher Nähe zur Intensivstation und Pflegestation mit kurzen Transportwegen)



Strukturentwicklung/Qualitätsverbesserung Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

§ 6 Maßnahmen zur Sicherung der Prozeß und Ergebnisqualität

Vierteljährliche Team-Sitzungen

Regelmäßige Qualitätszirkel (SOPs etc)

§ 7 Nachweisverfahren

Erfüllung der Anforderungen ist in Form einer Checkliste den KK bei den jährlichen Budgetverhandlungen nachzuweisen. Falls eine Einrichtung die Voraussetzungen nicht erfüllt sind diese ab dem 1.4.2011 zu erfüllen

§ 8 Evaluation

Der GBA evaluiert die Umsetzung und Auswirkungen der Richtlinie, Vergleich zur Situation vor Inkrafttreten der Richtlinie



Strukturentwicklung/Qualitätsverbesserung Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie

- Der zeitgleich bei GBA gestellte Antrag zur Etablierung einer externen vergleichenden QS Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie wurde in der Bearbeitung zunächst zurückgestellt
- Der Passus einer verbindlichen Teilnahme an einer externen QS wurde aus dem Strukturpapier gestrichen
- Bei der Zuweisung der ersten Projekte einer externen QS (für die AQUA zuständig sein wird) wurde die Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie nicht berücksichtigt, der Vorgang wurde in den GBA UA Priorisierung verwiesen, das bedeutet eine Verzögerung des Projektes um mehrere Jahre



Projekt Nationale QS

- Entwicklung einer eigenständigen QS für Operationen und Interventionen durch die Fachgesellschaften DGPK und DGTHG
- Kooperation mit EACTS Datenbank/Prof. Maruszewski
- Itembogen angelehnt an den Minimal Data Set der EACTS Datenbank
- Möglichkeit des nationalen/internationalen Vergleichs
- Gemeinsame Dateneingabe Kinderkardiologie/Kinderherzchirurgie der Zentren
- Abbildung von Krankenhausaufenthalten mit mehreren Eingriffen, Interventionen und Operationen
- Möglichkeit des Follow-up



Projekt Nationale QS

- Webbasierte Dateneingabe
- Möglichkeit für Zentren die eigenen Ergebnisse im Vergleich zu den Gesamtergebnissen einzusehen
- Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen
- Konzeption dergestalt, daß eine Übernahme als verpflichtende QS-Massnahme gemäss § 137 SGB V möglich wäre
- Durch Etablierung und Nachweis einer funktionierenden QS Druck auf Politik und Kostenträger



Projekt Nationale QS

- Beginn einer Pilotphase zur Testung der Praktikabilität der Datenerhebung und zur Etablierung einer funktionierenden Datenbank-Logistik am 23.06.2008 mit 14 teilnehmenden Zentren
- Präsentation erster Ergebnisse der Nationalen QS auf den Jahrestagungen der DGPK 2009 und 2010



Projekt Nationale QS

- Beschluss der Jahrestagung DGPK und der Vorstände DGPK und DGTHG die Nationale QS für das Jahr 2010 auf freiwilliger Basis auf alle deutschen Herzzentren auszuweiten
- Teilnahmezusage aller Herzzentren
- Datenbanklogistik durch KN-AHF
- Finanzierung für das kommende Jahr durch Eigenbeitrag der Zentren (5000€) und durch Unterstützung der Deutschen Herzstiftung gewährleistet



Nationale Qualitätssicherung zur Behandlung angeborener Herzfehler

- Erfassung von Herz-Operationen und von Interventionen bei allen Patienten mit AHF in Deutschland
- Auswertung und Aufbereitung der Daten durch ein unabhängiges Expertengremium (benannt durch Fachgesellschaften)
- Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren und –kriterien
- Veröffentlichung der Ergebnisse durch die Fachgesellschaften
- Rückspiegelung der Ergebnisse an die Zentren
- Entwicklung eines strukturierten Dialogs



Zusammenfassung

- Richtlinie des GBA über Massnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen macht 2010 Vorgaben zur Struktur von Herzzentren
- Auswirkungen der Richtlinie sind derzeit noch nicht abzuschätzen
- Aktuelles Problem ist an vielen Standorten der Mangel an Intensivpflegekräften
- Externe QS aus Sicht der FG unbedingt notwendig zur Qualitätsverbesserung der Behandlung
- Fokus der Behandlungsverbesserung muss auf der Langzeitperspektive liegen