

Anhang:

Auswertung der Implementierung der DGAI-Qualitätsindikatoren Anästhesiologie in den Hamburger Krankenhäusern

Die aktuellen Qualitätsindikatoren (QI) Anästhesiologie wurden vom Forum Qualitätsmanagement und Ökonomie der DGAI 2015 mit dem Ziel konsentiert, hohe Qualitätsstandards zu erreichen (Qualitätsindikatoren Anästhesiologie 2015. Anästhesiologie und Intensivmedizin 2016;57:219-230).

Das Fachgremium Anästhesie der EQS Hamburg strebt an, zusammen mit den Anästhesieabteilungen die Umsetzung der QI Anästhesiologie in den Hamburger Kliniken möglichst umfassend zu implementieren. Das Ziel ist es, durch die QI-Implementierung in Hamburg die Versorgungsqualität im Bereich der Anästhesiologie besser quantifizierbar zu machen und noch weiter zu erhöhen.

Zur Erfassung der QI-Umsetzung benötigt die EQS folgende Angaben bzw. Nachweise:

QI 1: Sicherheitsprotokolle entsprechend der Helsinki-Deklaration

sinki-Deklaration

Bitte übersenden Sie mindestens 7 der 10 SOP entsprechend der Helsinki-Deklaration:

- Geräte-/Medikamentencheck
- Medikamenten-/Spritzen-Kennzeichnung
- Postoperatives Management [Standard zur postoperativen Versorgung (AWR/IMC/ICU), Analgesie und sicheren Verlegung aus dem AWR]
- Anaphylaxie
- Lokalanästhetikatoxizität
- Präoperative Untersuchung und Vorbereitung
- Massivblutung
- Infektionskontrolle und Prävention [perioperative Antibiotikaphylaxe]
- Maligne Hyperthermie
- Schwieriger Atemweg

QI 2: Kerndatensatz 3.x

Die Auswertung der 66 Punkte des Kerndatensatzes 3.x der DGAI erfolgt durch die EQS.

QI 3: Fehlermanagement (CIRS-Reporting/M&M-Konferenz/ dokumentierte Fallkonferenz)

- Bitte übersenden Sie mindestens vier anonymisierte Nachweise (Protokolle, Folien etc.) von CIRS-Protokollen und/oder M&M- und/oder Fallkonferenzen aus dem letzten Jahr (zwei pro Halbjahr).

QI 4: Patient-Blood-Management (PBM)

Bitte übersenden Sie mindestens 5 der 10 nachfolgend genannten SOPs bzw. Beschreibungen der Maßnahmen des PBM in Ihrer Einrichtung:

- SOPs:
 - SOP zum PBM
 - SOP zur Transfusion allogener Blutprodukte
 - SOP für spezielle Situationen der Massivblutung (z. B. postpartale Blutung, Trauma-induziert)
 - SOP zur präoperativen Anämiediagnostik und -therapie (mit Schwerpunkt auf der Detektion einer Eisenmangelanämie)
 - SOP zur präoperativen Gerinnungsanamnese (Durchführung der Anamnese anhand eines strukturierten Fragebogens)
 - Hämotherapie-Algorithmus
- Maßnahmen:
 - Reduktion des diagnostisch induzierten Blutverlustes (reduzierte Monovettengröße, reduzierte Blutabnahmefrequenz, Verwendung geschlossener Druckaufnehmer-systeme, exakte intraoperative Blutstillung, Verwendung hämostatischer Gewebekleber, ggf. Verwendung der Maschinellen Autotransfusion)
 - Regelmäßige Fortbildung zum Thema Hämotherapie und PBM

- Dokumentation der Indikation im Rahmen der Anforderung von Blutprodukten
- Regelmäßiges Reporting (z. B. Verbrauch von Blutprodukten, Häufigkeit der Anämie)

Krankenhäuser, in denen kein Blut transfundiert wird, bleiben hier ohne Berücksichtigung.

QI 5: Temperatur-Management

- Bitte übersenden Sie die SOP Temperatur-Management aus Ihrem Krankenhaus.

Ab 2023 erfolgt die die Auswertung der dokumentierten intraoperativen Temperaturmessung und der Körperkerntemperatur am Ende der Operation entweder über das elektronische Narkoseprotokoll oder das Medling-Protokoll. Die Zielwerte sind eine dokumentierte intraoperative Temperaturmessung in > 70 % der ausgewerteten Operationen sowie eine Körperkerntemperatur > 36 °C am Ende der Operation in > 70 % der ausgewerteten Operationen.

QI 6: WHO-Safe-Surgery-Checkliste

Die Safe-Surgery-Checkliste (OP-Sicherheitscheckliste) soll als Standard etabliert sein.

Ab 2023 ist durch das QM des jeweiligen Krankenhauses eine Bestätigung notwendig, dass die Safe-Surgery-Checkliste in > 70 % der Stichprobe des Vorjahres vollständig ausgefüllt wurde.

QI 7: Jährlicher Bericht zur perioperativen Sterblichkeit inklusive Morbidität und Maßnahmen zur Verbesserung

Folgende drei Punkte werden erfasst: **Letalität** (innerhalb von 24 h postoperativ), **Aspiration** (via AVB 1105) und **punktionsbedingte Läsionen** (akzidentelle Duraperforation [via AVB 6103] und arterielle Fehlpunktion bei ZVK-Anlage [via AVB 8100]).

Ab 2023 ist die Letalität (innerhalb von 24 h postoperativ) durch das Controlling auszuwerten und vom Controlling an die EQS zu schicken.

Die beiden anderen Items werden entweder über die EQS anhand der AVB-Dokumentation oder über eine eigene Erfassung, die der EQS vorzulegen ist, erfasst.

QI 8: Übergabe-/Entlassprotokolle (entsprechend der Helsinki-Deklaration und der DGAI)

- Bitte übersenden Sie Ihre SOP zur strukturierten Patientenübergabe aus dem OP an den AWR oder die IMC/ICU-Station.

Ab 2023 erfolgt die Auswertung der Dokumentation von Anweisungen für den AWR und für die Station entweder über das elektronische Narkoseprotokoll oder über das Medling-Protokoll durch die EQS. Das Ziel ist, dass bei > 70 % der Patienten Anweisungen für den AWR und die Station vorhanden sind.

QI 9: Postoperative Visite

Die Durchführung der postoperativen Visite als Standard ist wünschenswert, derzeit allerdings aus personellen Gründen schwer umsetzbar. Daher erfolgt keine Abfrage.

QI 10: DGAI-Eckpunktepapier „Ärztliche Personalausstattung“

Bitte bestätigen Sie, dass folgende zwei Punkte in Ihrer Abteilung/Klinik eingehalten werden:

- Verhältnis Anästhesist : Patient ist 1:1 in 100 % aller Interventionen
- Verhältnis Supervisor : Berufsanfänger in den ersten drei Monaten der Weiterbildung ist 1:1 oder 1:2 in 100 % aller Interventionen (d.h. ein Supervisor [OA/FA] ist **in Rufweite** und steht stets bei Bedarf im OP-Saal zur Verfügung).