

## **Bericht über die 12. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (CAQ) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie**

Hier gilt es, von einem Besuch bei der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (CAQ) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, genau gesagt bei deren XII. Jahrestagung Anfang Februar 2004 im renommierten Berliner Unfallkrankenhaus (UKB) zu berichten. Die Erwartungen des Autors waren angesichts der Eindrücke aus einem früheren Besuch (Cottbus) nicht sonderlich hoch. Die 12. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung stand unter dem (nach der langjährigen Organisationserfahrung des Berichterstatters) höchst 'unchirurgischen' Motto "Prozesse planen - gestalten - bewerten - verbessern". Grund genug, sich wieder einmal in diesen erlauchten Kreis zu begeben - selbst als "Laie". Das war gut so. Das Programm war interessant, das Ambiente im neu-alten Kesselhaus des Unfallkrankenhauses Berlin (UKB) angenehm. Und es gab Gelegenheit zu allerlei Pausengesprächen. Die Perfektion des Ablaufs - schon wenige Minuten Verzögerung wurden mit einer Note "6" bedacht - wünscht man sich auch im deutschen OP!

Dass schon in der Gliederung des Tagungsprogramms (und in der Folge auch von einigen Rednern) PDCA und Benchmarking wieder einmal falsch verstanden wurde\*, beeinträchtigte die Qualität der 8-Minuten-Beiträge nicht. KTQ® hat eben mit der diesbezüglichen Desinformation ganze Arbeit geleistet. In ihrer Vielgestaltigkeit hervorragend ausgewählt, zeichneten die Beiträge ein ausgezeichnetes Bild der "Qualitätslandschaft" unter den deutschen Chirurgen; wenn auch möglicherweise nur jene der Pioniere ("hier sind die .. Überengagierten versammelt" - Frau Kastenholz, BMGS).

Sogar einige Nichtchirurgen (wenn auch natürlich Mediziner) kamen zu Wort. Zwei kurze Podiumsdiskussionen zum Thema "Zentrenbildung und Zertifizierung" (Ausstattung und Mindestmengen) sowie "Was bewirken die Qualitätsvorgaben des Gesundheits-Modernisierungsgesetzes (GMG)" am Ende der beiden Tage rundeten das insgesamt positive Bild ab. Am abendlichen Umtrunk hat der Berichterstatter nicht teilgenommen. Die Tagesordnung der Veranstaltung ist unter <http://www.caq.uni-bonn.de/deutsch/caq12.htm> nachzulesen. Die Vorträge sollen später auf die Homepage der Gesellschaft gestellt werden: <http://www.caq.uni-bonn.de/>.

Als Tagungsschwerpunkte waren die Erstellung und Umsetzung von Behandlungspfaden, die interne und externe Bewertung von Ergebnissen und die Umsetzung von Verbesserungspotenzialen sowie die Diskussion von Gesetzesänderungen vorgesehen. Alle drei Aspekte wurden wenigstens teilweise angesprochen. In diesem Bericht soll nur referiert werden, was dem Berichterstatter im einzelnen besonders auffiel.

Es ging gleich gut los: H. Bauer verhalf dem Auditorium als Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu einer ganz neuen Interpretation von PDCA: "Please don't change anything!" Das könnte man glatt als Überschrift fürs Deutsche Gesundheitswesen verwenden. Gastgeber Ekernkamp äußerte die - nicht ganz unberechtigte - Sorge, dass mit der neuerdings verstärkt geforderten Vertretung der Patienten nur ein weiterer Lobbyistenblock hinzukomme. Man denke nur an die "Selbstverwaltung". Gleichwohl ist es ein schwerer Mangel, dass man hierzulande leistungserbringer- sowie versicherungsseitig die Patientenbedürfnisse bevormundend "kennt". Eine externe Berichterstattung mittels normierter Qualitätsberichte wird im hier versammelten Kreis immerhin (fast) allgemein begrüßt; über deren Inhalte ist man sich weniger einig. Die Zentrenbildung samt Zertifizierung wird in den einleitenden Worten verschiedener Redner für sinnvoll und nötig gehalten, wenn es wirklich "Zentren" für die Behandlung bestimmter Erkrankungen sind.

Frau Haeske-Seeberg berichtet über die Bemühungen bei der SANA, "leitliniengestützte / evidenzbasierte / risikogesicherte geplante Behandlungsabläufe" auf der Grundlage der Ergebnisse systematischer Forschung, darauf aufbauender Statements wissenschaftlicher Vereinigungen, klinischer Expertise und wirtschaftlicher Aspekte in den ~ 60 Krankenhäusern der Gruppe mit Hilfe der zentralen Entwicklung einer "Werkzeugkiste" mit externer Unterstützung schrittweise einzuführen und . weiterzuentwickeln. Dazu wurden geeignete Themenfelder ausgewählt. In 5 Jahren sollen (nur) die 20 wichtigsten Behandlungsabläufe normiert sein. Wie weit man wirklich ist, wurde nicht erwähnt. Die in diesem Zusammenhang angesprochene Analyse von Schadensfällen (Risikokontrollpunkte) führt zu einer kurzen Diskussion. Ein schönes Schlußzitat aus dem Vortrag: "Wer heute den Kopf in den Sand steckt, knirscht morgen mit den Zähnen".

Herr Böwe, ein junger Assistent aus dem Berliner Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH), trug in Vertretung seines Chefs vor, wie IT-gestützte modulare Behandlungspfade in der Chirurgie (und in anderen Bereichen) mit Hilfe eines internetgestützten Forums vieler Krankenhäuser nach einer vorherigen Grobstrukturierung "sektorenübergreifend" modular entwickelt und in der Routine kombiniert werden (Beispiel "Pfad aus Sicht des Pflegepersonals"). Im Praxisbetrieb noch nicht ganz unproblematisch seien schnurlose Tablet-PCs. Die an der Patientenversorgung Beteiligten arbeiten auf dem Bildschirm "Checkboxes" ab. Daraus entwickelt sich eine elektronische Dokumentation, von der am Ende ein Ausdruck in der Krankenakte landet. Aus Pfadabweichungen würden Verbesserungen entwickelt. Auf die Frage aus dem Auditorium, welche Nutzen der zusätzlichen IT-Abbildung (und den damit verbundenen Kosten) gegenüberstehen, wußte der Referent allerdings keine Antwort: "Das müssen Sie meinen Chef fragen!" Aha. - Leider wurde nicht erwähnt, dass es sich dabei um ein kommerzielles Angebot handelt.

Herr Engemann aus Aschaffenburg berichtet über die "zur Gewährleistung einer qualifizierten Versorgung zusammen mit seinem Team entwickelten "klinischen Ablaufpfade .... für die laparoskopische Cholezystektomie, die Leistenherniotomie und die Entfernung von Kolon-Tumoren. Er sagt, damit erreiche man eine "kontrollierte Liegezeitbegrenzung". Pfade verbesserten die Zusammenarbeit. Zur Validierung gebe es Abgleiche der Standards (welcher?) mit dem "Ist". Die Dokumentation Abweichung liege im 2-Sigma-Bereich. "Wichtig" sei - so der Referent - "eine hohe Dokumentationsqualität". Das Dokumentieren obliegt "Pflegekräften für Dokumentation" (Pathway-Beauftragten). Ob die Qualität erreicht wird, bleibt offen. Auf die Dauer ließen sich Pfade "nur mit EDV" realisieren. Bisher sei man aber auf diesem Feld trotz "Doit-KIS" (Softwareprodukt) allerdings noch nicht so weit. Es gebe einen Bericht über Einführungserfahrungen, Verbesserungen und die statistische Auswertung. Kaum Diskussion. Wie die Aschaffener Pfade in der Praxis funktionieren, blieb dem Bericht leider ebenso unklar wie ihr Nutzen per saldo.

Frau Laprell aus dem Lubinus-Clinicum in Kiel setzt voll auf eine IT-gestützte "Entwicklung von Behandlungspfaden und Leitlinien". Sie versprächen zuverlässige und eindeutige Informationen über die medizinischen / organisatorischen Abläufe. Die bisherige Situation ("Ist") sei durch "Mikroprozesse" geprägt, die zukünftige Situation stünde im Kontext einer "Semiautomatisierung". Man strebe einen "papierlosen Handlungsablauf", die "papierlose Füllung einer elektronischen

Krankenakte" an. Wie weit man damit konkret ist, blieb zumindest für den Berichter im Dunkeln. Viel Jargon: Es erfolge eine Einbindung des "Originalwerkzeugs Flowchart" in einen (nicht pfadspezifischen) Subworkflow (?), eine Zuordnung von Fällen zu Behandlungspfaden. Die Grafik laufe im Hintergrund mit. Komplexe Entscheidungen lägen weiter beim Arzt; für ihn gebe es diverse Entscheidungshilfen in Fenstern und "To-do-lists". Auslassungen seien möglich. Insgesamt erfolge eine automatische Dokumentation. Für die Anästhesie, "die mit einer anderen Technik arbeite", gebe es ein von dieser auszufüllendes "Miniformular". Ziel sei die Reduktion von Komplexität. Sehr gut. Keine Diskussion. Es erschloß sich nicht so recht, wie die entwickelten Pfade im Unterschied zum vorherigen Zustand genau ablaufen und welchen Nutzen sie bringen.

Herr Fleischer (Siemens Erlangen) referierte (zum teilweisen Mißvergnügen mancher Diskussionsredner: "Zu viele Anglizismen!") über seine Vorstellungen von einem qualitätsorientierten Controlling, das am Marienkrankenhaus Hamburg erprobt und von der TU Dresden entwickelt werde. "Zielstellung" sei es, "Aufwand und Nutzen auf globaler und lokaler Ebene" gegenüberzustellen. Man arbeite mit einer qualitätsbezogenen (Projekt-)Kostenrechnung. Ein "qualitätsorientiertes Kennzahlensystem mit 70 auf EFQM beruhenden Kennzahlen" bestünde "auf 3 Ebenen". Dazu gebe es einen "Kennzahlen-Berichtsbogen" zur "Wirkungsanalyse". Die Implementierung erfolge zur "Kostenerfassung von Qualitätsprojekten". Das "QM (müsse) wirksam und wirtschaftlich" sein! "KTQ und EFQM (lieferten) nur Angaben zur Strukturqualität" (kein EFQM-Experte!). Ganz klar nachvollziehbar wurde das Ganze leider nicht. Die Diskussion zeigte, dass die versammelten Mediziner die gleichen Probleme hatten - besonders mit den konkret genannten "Kennzahlen". Der controlling-erfahrene Berichter hat sich unter "Controlling" etwas sehr viel Konkretes vorgestellt

Herr Gausmann von der GRG vermittelte höchst plausibel, dass vor dem Hintergrund eines Anstiegs der Haftungsfälle "Die 68er werden krank") eine vorbeugende Risikovermeidung immer wichtiger werde. Es gebe zunehmend die Forderung nach einem Nachweis der Prävention. Zu diesem Zweck seien Risikokontrollpunkte festzulegen. GRG helfe - gründend auf einer großen Sammlung von Schadensdaten (Risikoprofil von 60.000 Anspruchsstellungen) - beim Auswerten (bezogen auf die Eintrittswahrscheinlichkeit bzw. das Risiko, z.B. Risikopunkte bei Aufnahme - OP-Vorbereitung - OP - Nachsorge), Klassifizieren eines Portfolios sowie bei Präventionsmaßnahmen. Herr Gausmann erläutert die Risikoadjustierung klinischer Behandlungspfade am Beispiel eines "Pfad" zur operativen Strumaresektion. Merkwürdiger, gegen die GRG gerichteter Diskussionsbeitrag von Herrn Hansis. In der Diskussion fiel das schöne Wort "medicolegal": Legal - illegal - medicolegal?

Herr Ruchholtz berichtete über die Entwicklung von Leitlinien der interdisziplinären Behandlung am Beispiel der Polytraumaversorgung im Schockraum: Fazit: Das Arbeiten mit Leitlinien ist nötig, und es geht! Zur Entwicklung treffe man sich alle drei Monate (bisher insgesamt 21 mal) in einem Qualitätszirkel aus Ärzten und medizinischem Pflegepersonal. Es sei zu insgesamt 26 längerfristigen Veränderungen und zu 7 internen Leitlinien gekommen. Allgemeine Aussage: Ergebnis Prozessbeschleunigung! Was im Ergebnis konkret (in Zahlen) besser geworden ist, erschloß sich dem Berichter auch bei diesem Vortrag nicht.

Herr Rembs konfrontierte das Auditorium mit dem - vielen sicher ungewohnten - Begriff "Clinical Governance". Er zitierte u.a. vom World Economic Forum in Davos, forderte eine "wertebasierte Unternehmensführung" auf der Grundlage geordneter Beziehungen zwischen Klinikern und Ökonomen ("Clinical Governance" und "Overall Governance"). Er zitiert Jeff Immelt, GE, den Nachfolger von Jack Welch. Es gebe einen "Zukunftsstau", wir schauten mehr in den Rückspiegel als in die Zukunft. Beim Verändern sei "Informationsasymmetrie" (ob die Zuhörer das verstanden haben?) herzustellen. Es ginge um "Compassion", das Vermeiden eines "Moral hazard". Die Mitarbeiter seien mitzunehmen. So etwas gebe es sogar schon. So befände sich im Capital-Ranking der besten Arbeitgeber erstmals ein Krankenhaus (siehe unseren Link!) - Alles zu unterschreiben. Ob die Botschaft (samt Handlungsanweisung) aber vielen Teilnehmern klar geworden ist? Keine Diskussion.

Herzerfrischend, weil nahe an Pfaden, ohne sich mit dem Begriff zu schmücken, Herr Henche: Ein "alter Chef" berichtet glaubwürdig über sein "Assistentenbuch". Dort ist zusammengetragen, "was in den Lehrbüchern nicht so steht". In seiner Klinik in Rheinfelden gebe es seit 1977 (!) neben einem Wochenplan schriftliche interne Leitlinien zu diversen Krankheitsbildern sowie u.a. zur PT-Nachbehandlung, zur Röntgeneinstellung, für den BG-Behandlungsablauf. Dienstanweisungen / DRG-Anweisungen umfaßten eine typische Anamnese, die klinische Diagnosestellung, Zusatzuntersuchungen, OP-Techniken offen / minimal invasiv, die Nachbehandlung sowie Literatur. Das sei besonders nützlich "für jeden .. bei Problemen, der das nur alle 2-3 Monate machen muß". Als Beispiel wird der Umgang mit einem Produkt vorgestellt, das auch auf der begleitenden Ausstellung zu sehen ist (Aircast Walker). Das Assistentenbuch werde ins Intranet gestellt. Es habe sich als besonders nützlich erwiesen in einer "Phase, wo KTQ uns plagt". Ein Oberarzt pflege das Assistentenbuch. Es gebe Freitags eine regelmäßige wöchentliche interne Fortbildung morgens vor der Vorbesprechung zu jeweils einem Thema, das "für das Assistentenbuch präpariert" sei. - Sehr schön!

Herr Mansfeld berichtet unter dem etwas bombastischen Titel "Optimierung des Entscheidungsprozesses bei onkologischen Erkrankungen durch Einrichtung eines Tumor-Boards" über die - aus "Laiensicht" eigentlich selbstverständliche - "interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der Grundlage anerkannter Regeln" - hier der Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie. Man bediene sich entsprechender Leitlinien und Behandlungsstandards auf html-Basis ("400 Seiten"), weil "SAP relativ schwierig zu bedienen" sei, gebe es ein "einfaches WORD-Dokument". Dokumentiert werde "online vor aller Augen". - Hört sich gut an!

So weit die Vorträge unter der vermeintlichen PDCA-Generalüberschrift "Prozesse planen". Unter der Rubrik "Prozesse gestalten" berichtet zunächst Herr Knaebel über eine "sehr strukturierte" Prozessoptimierung in der klinischen Forschung im Klinischen Studienzentrum der deutschen Gesellschaft für Chirurgie (KSC) mittels Standardisierung und Schlüsselprozessen (SOPs). Irritierend, dass dies nicht - wie in der industriellen Forschung - schon immer üblich war. Es seien "bessere Studien nötig". Aber die "Dokumentation" gehöre eben "nicht" zum "ärztlichen Kerngeschäft", (zur) "Kernkompetenz". Ziel sei es, "die Evidenz zu generieren, die uns heute großenteils noch fehlt". Diskussionsbeitrag Haeske-Seeberg: "Studien meist an den wichtigen Fragestellungen vorbei; die machen offensichtlich weniger was nötig, sondern mehr was interessant ist". Anderer Hinweis: "... nur 2% der Studien randomisiert...". - Da staunt der Laie! Besser nicht zum Arzt??

Herr Class von der Beratungsfirma Diomedes referiert über "das OP-Management als Instrument der Qualitätssicherung", zumindest dem Organisator allbekannte Überlegungen zur Ablauforganisation. Was das genau mit dem Motto der Tagung zu tun hat, bleibt unklar. Auch aus dem Auditorium wird gefragt: "Was verstehen Sie unter Qualität???" Antwort: "Unter Umständen ist Qualität die Abweichung vom Standard!" Der Referent zieht sich "irritiert, .. über das Zögerliche" und fordert, "mit dem

Verbessern anzufangen". - Das ist immer gut! Allerdings erst nach präziser Vorklärung des angestrebten (quantifizierten) Ergebnisses.

Herr Otto bietet Nachdenkliches und Bedenkenswertes zum Thema "Change und Lernen - oder: Es kommt immer anders, als man denkt". Leider liest er so schnell vor, das es schwer ist geistig mitzukommen und dazu auch noch passende Notizen zu machen. Der Bericht hofft auf das pdf-Dokument. Freundlicher Applaus.

Herr Henche beschreibt, wie aus stationären Betten eine interdisziplinäre Tages-/Wochenklinik entstanden ist, die am Wochenende schließt. Darauf kam man, "weil das Budget nach 10 Monaten erfüllt" war und man "zwei Monate fast nichts zu operieren" hatte. Daran sieht man einmal mehr, zu welchem Blödsinn (damit ist nicht die Tages-/Wochenklinik gemeint) sich Krankenhäuser aufschwingen, wenn das gesicherte "Budget" schon vor Ende der Budgetperiode "ausgeschöpft" ist: Man verursacht einfach Kosten, denen keine Leistungen gegenüberstehen! Die geäußerte Denke: "Unser Verwalter sagt, es deckt die Kosten!" In Rheinfelden hat man die Zeit immerhin sinnvoll genutzt und sich ein neues Angebot ausgedacht ([www.tageswochenklinik.de](http://www.tageswochenklinik.de)). Unklar ist (auch im Auditorium), wie das finanziert wird! - "Unser Verwalter sagt, ..!"

Frau Witte hält - sehr charmant und äußerst selbstbewußt - unter dem wenig aussagenden Titel "Aufbau einer thoraxchirurgischen Klinik" einen temperamentvollen (und überzeugenden) Kurzvortrag über die (offensichtlich gelungene) strategische Planung einer ebensolchen "Klinik" (im Internet nachgelesen - in einem vorhandenen Krankenhaus) und deren Umsetzung (<http://www.kk-koblenz.de/>): Motto: "Der Weg entsteht beim Gehen!" - Konsequenz: Mehr Frauen ins Management! (Leider wurde auch hier PDCA mißbräuchlich verwendet; in Deutschland wird man also künftig etwas anderes darunter verstehen als im Rest der Welt. - Sei's drum!)

Herr Kleber trägt überzeugend und mit eindrucksvollem Präsentationstechnik-Einsatz etwas rein Chirurgisches vor: Thema "Primäre vs. medikamentös unterstützte coronare Intervention beim akuten Myocardinfarkt". Didaktisch vorzügliche ärztliche Fortbildung, die der Bericht inhaltlich nicht kommentieren kann. Nützlich der Hinweis aufs Berliner Herzinfarkt-Register. Hier dessen Website: <http://www.herzinfarktregister.de/>.

Herr Bredehöft berichtet über die - anders als in anderen Bundesländern erfolgende - Zertifizierung von Brustzentren in NRW. Interessant. Ergänzend hierzu [http://www2.presseservice.nrw.de/01\\_textdienst/11\\_pm/2003/q1/20030131\\_11.html](http://www2.presseservice.nrw.de/01_textdienst/11_pm/2003/q1/20030131_11.html).

Kurze "Podiumsdiskussion" - will sagen Statements von Bredehöft, Bauer, Huber und Schulte-Sasse, Huber zur Notwendigkeit einer Zentrenbildung / Zertifizierung vor allem für die interdisziplinäre Tumortherapie, die Gastroenterologie sowie bei Gefäßkrankungen (In diesem Zusammenhang PDCA wieder einmal falsch angewandt). Ein Wandel tut not! (na also!) In diesem Zusammenhang darf Kritik an der Mindestmengenvereinbarung nicht fehlen (auch "zu wenige, die falschen Eingriffe, häufige Eingriffe fehlen gänzlich"). Die Akzeptanz sei wichtig. Bauer verweist auf Publikationen, die belegen, dass neben der Einflußgröße "High Volume" auch die Kompetenz der Einrichtung fürs Ergebnis ausschlaggebend ist. Auch das § 6-Verfahren der Berufsgenossenschaften sei eine Lizenzierung. Gegen eine Inflation von "Kompetenzzentren" als leere Worthülsen sei vorzugehen.

Von Herrn Schulte-Sasse hört man vom früheren "Krankenhausplanungswahn" in Berlin. Er dränge stattdessen auf eine Planung anhand "harter (Qualitäts-)Kriterien". So sei schon eine Arbeitsgruppe Kardiologie unter Federführung der Ärztekammer eingerichtet. Für Notfalleingriffe müsse z.B. eine 24-Stunden-Bereitschaft gesichert sein. Mindestmengen spielen in der "Vision einer Zertifizierung" eine große Rolle. Den Krankenhausplan gelte es weitgehend einzudampfen (keine Betten, keine Subdisziplinen!). In die Planung seien Laienvertreter einzubeziehen (Stichwort SEKIS - hier deren Website: <http://www.sekis-berlin.de/>). Der Verbraucherwegweiser Berlin <http://www.berlin.de/verbraucherwegweiser/index.php?action=searchhelp> werde entsprechend ausgebaut ("z.B. Welche Klinik in der Pankreas-Chirurgie wie erfahren?"). Heute würden "Patientenströme zufällig gelenkt und nicht nach qualitätsorientierten Kriterien" Es ginge um eine "Legitimation durch Verfahren".

Ellis Huber übte wieder einmal Fundamentalkritik ("System organisatorisch + moralisch am Ende!") zum Mißvergnügen einiger Teilnehmer. Er verweist auf die Verpflichtung der Berufsordnung: "Gesundheit des einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung", also auch für soziale Gesundheit. Das deutsche System biete im europäischen Vergleich schlechte Qualität und hohe Kosten und verlange nach einer "neuen Steuerungskultur". Doch es herrsche "flächendeckend autistisches Mißtrauen". Huber zitiert die Womak-Studie zur Autoindustrie, die Reorganisation von Porsche, einen vorbildlichen Hörgerätehersteller mit "reiner Projektorganisation", fordert Schumpeters "kreative Zerstörung" ebenso wie ein Umdenken beim Bürger. "Radikale Offenheit" sei erforderlich, eine Transparenz der Prozesse und Ergebnisse. Es bedürfe einer "Spaghetti-Organisation", welche die "Kommunikationskultur des menschlichen Gehirns" abbilde, einer "föderalen Organisationskultur des Gesundheitswesens. Warum hat die Ärzteschaft so lange gebraucht, das Postulat ihrer Berufsordnung umzusetzen?" Das provoziert zur Diskussion auf dem Podium, auf die nicht im einzelnen eingegangen werden soll: Ellis Huber garantiert für Stimmung! Forderung ans Gesundheitssystem: Zugänglichkeit für alle, hohe Qualität, niedrige Kosten! Zwischendurch kommt die "freie Entfaltung" der Ärzteschaft zur Sprache, deren notwendige "Selbststeuerung": Heute ginge es "Samstag und Sonntag um eine Qualitätsorientierung, im Rest der Woche um eine Interessenvertretung" (Hansis). Es gelte, "typisch deutsche Fehler wie Grabenkriege und Prinzipien" zu überwinden (Schulte-Sasse). Als "Qualitäts"-Vorbilder werden genannt: die Geburtshelfer / Gynäkologen, die Kardiologen und die Chirurgen. Diese seien "mustergültig selbstkritisch". Zwischendurch wird PDCA falsch zitiert. Dennoch eine erhellende Diskussion.

Der nächste Tag beginnt mit den schönen Themen "Wer hat welche Aufgaben bei der Organisation "guter Medizin unter GMG-Bedingungen?" sowie "Die Prüfaufgaben des MDK unter unter GMG-Bedingungen". Das (von der Ärzte-Lobby politisch ertrotzte) "Deutsche Institut für Qualität in der Medizin" kommt zur Sprache, das "nur Wissen aufgreifen" werde und "gegen (das Ansinnen einer) Gestaltung einen Firewall errichte".

Der Gemeinsame Bundesausschuss <http://www.gemeinsamer-bundesausschuss.de/pdf/pm/2004-01-13-Konstituierung-PM01.pdf> wird angesprochen.

Aufgabe des Deutschen Instituts für Qualität in der Medizin seien "Evidenzbewertungen". Es erfolge eine "Herunterbewertung, weil die Daten nicht gut sind" (was bleibt da noch über?) Das Deutsche Institut für Qualität in der Medizin werde "extrem professionell arbeiten, soweit .. Studien angesprochen werden". - Mal sehen!

Interessant: Prüfaufgaben des MDK werden sein: Die KFPV

[http://www.vdak.de/krankenhaus/fallpauschalenverordnung/kfpv2004\\_text\\_bgbl\\_20031013.pdf](http://www.vdak.de/krankenhaus/fallpauschalenverordnung/kfpv2004_text_bgbl_20031013.pdf) und der § 115b SGB V

[http://www.vdak.de/krankenhaus/vertrag\\_115b\\_abs1.pdf](http://www.vdak.de/krankenhaus/vertrag_115b_abs1.pdf). Prüfgegenstand seien: Notwendigkeit/Dauer, ambulantes Potential,

primäre/sekundäre Fehlbelegungsprüfungen, die sachgemäße Zuordnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten, eine ordnungsgemäße Kodierung, die Über- und Unterkodierung, die Unterschreitung der UGVD und die Überschreitung der OGV.

Es folgt Herr Forner mit dem Thema: Validierung der rechnergestützten Basisdokumentation am Krankenbett als Bestandteil des Qualitätsmanagements" - genauer gesagt: Was treibt der Medizinische Dienst? Grundlage der Prüfung (das Wort fällt allerdings nicht) sei die Dokumentation des Behandlungsfalls (Krankenakte). Die "Verantwortlichkeit des Krankenhausarzts" (welches?) wird hervorgehoben. Bei der Beurteilung im angewendeten "abgestuften Prüfverfahren" (ohne ernsthafte Sanktionen) gelte für den MDK - beruhigend zu wissen - das Ex Ante-Prinzip. Das DRG-System sei im übrigen "ein lernendes System": "Wir müssen lernen, damit umzugehen". Bei Prüfungen werden auch Kodierungen zu Ungunsten des Krankenhauses angesprochen. Man helfe also auch dem Krankenhaus. Die Prüfaufwendungen werden weiter steigen, denn der Qualitätsanspruch steigt. Ein transparentes, faires Prüfverfahren sei gewährleistet. Die derzeitige Begehungquote betrage in Berlin-Brandenburg (nur) 20-25%. Die Teilnehmer fanden die Rate sicher eher hoch.

Herr Stausberg berichtet über eine "Validierung der rechnergestützten Basisdokumentation am Krankenhausbett als Bestandteil des Qualitätsmanagements" - speziell unerwünschter Sachverhalte - in der Praxis am Beispiel des Dekubitus (auf Nachfrage, warum kein ärztliches Beispiel, sondern ein Beispiel aus der Pflege, erhielt der Bericht vom Referenten die - leicht irritierte - Antwort "Dekubitus ist auch ärztlich": Pflegekräfte lassen sich offensichtlich immer noch leichter "validieren" als Ärzte). Der Referent verwendet das Wort "Benchmarking" (leider wieder einmal) falsch und sucht nach Erklärungsmöglichkeiten, warum die Dekubitus-Häufigkeit hierzulande 10% und in den USA 2% betrage ("dort u.a. die dort kürzere Verweildauer"). Dann müßte man doch bei uns besonders gut aufpassen!

Chromiks Vortrag zur "Optimierung der Auslastung einer allgemeinchirurgischen Operationseinheit durch Online-Workflow-Analyse" brachte Organisations-Basics. Man arbeite mit einer "in Klinik entwickelten Analysesoftware OPSTATS", welche mit grafischen Darstellungen des Workflows arbeite und "interaktive Analysefunktionen" aufweise. Als Beispiel wird eine Auswertung über 14 Wochen vorgestellt. Zur Orientierung dienen neben der Art des Eingriffs Auslastung (Kernarbeitszeit / Saalzeit), Wechsel, Saalbeginn, Saalende, Leerlaufzeit, Überlappungszeit. Der Workflow habe schon "allein .. zu Verbesserungen geführt". Erstaunlich. Der Tagesablauf werde nun genauer geplant. Das habe ökonomische Vorteile. In der Diskussion werden konstruktive Fragen gestellt, aber auch sattsam bekannte Ausreden wiederholt. "Was geschieht mit den Kosten bei Verweildauerverlängerung eines verzögerten Patienten?" und "Es gibt auch langsame Chirurgen". - Und das muß so hingenommen werden?

Herr Steffen berichtet über das "Intraoperative Neuromonitoring als Qualitätsindikator in der Schilddrüsenchirurgie. Der Bericht hat - auch nach der Diskussion, bei der es teilweise um Studiendetails wie die Fallzahlab-schätzung ging - nur verstanden, dass es keine eindeutigen Vorzüge der einen oder anderen Methode gibt.

Das "neuentwickelte Benchmarksystem" aus Hamburg konnte leider nicht vorgestellt werden. - Ein Benchmarksystem? (siehe Fußnote)

Herr Schneider trägt unter der - nicht ganz durch den Inhalt gedeckten - Überschrift "Prozessmanagement der LNA-Gruppe im Rettungsdienst Augsburg" vor, wie man dort den (offensichtlich zuvor ermittelten und beantragten) Personalbedarf bezogen auf die "severity" (> 1 größer als verfügbare Kapazität, < 1 umgekehrt) ermittelt hat (Faustformel "3% der Bettenkapazität Notarztfälle"). Man erfährt einiges über das Management von Großschadensereignissen und den ehrenamtlichen LNA-Dienst. In der Diskussion wird auch gefragt: "Brauchen wir einen leitenden Notarzt?"

Von Herrn Schulze-Raestrup erfährt man am Beispiel der Visceral- und Unfallchirurgie, welchen "Einfluß ein Chefarztwechsel auf die operative Versorgung" hat. Eine "Maßnahmenzunahme im Vergleich zu allen Abteilungen im Kammerbezirk!" Der Wechsel fördert neue Verfahren; es kommt zu einer Verbesserung der Prozessqualität (einschließlich Verweildauerverkürzung). PDCA steht hier (fälschlich) für Planen, Ausführen, Überprüfen, Verbessern. In der Diskussion verwarft sich ein Teilnehmer gegen die "Unterstellung, alternde Chirurgen (seien) nicht auf der Höhe der Zeit". - Vielleicht hätten befristete Verträge die gleiche segensreiche Wirkung?

Herr Neugebauer nimmt sein Thema "Schmerz als fächerübergreifender Qualitätsindikator" zum Anlaß der These "Schmerz keine notwendige Begleiterscheinung von Operationen!" Das hört man gern. Die Möglichkeiten dafür seien vorhanden. Juristisch bestehe der Anspruch auf eine adäquate Schmerztherapie. Schmerz sei "rechtswidrig" (Ulsenheimer). Eine wichtige Information. Zu fordern sei ein "schmerzfrees Krankenhaus". Dafür müsse es ein schriftlich fixiertes Therapiekonzept geben. Auf diesem Gebiet gäbe es noch viel zu tun: 70% der Chirurgen hätten nie an einer Schmerzfortbildung teilgenommen. "50 % Kliniken der BRD haben kein schriftliches Schmerzkonzept .. Es besteht eine "eklatante Unterversorgung". Dies erfordere "konkrete Maßnahmen". Eine "Dokumentation von Schmerz" sei "zwingend". Dann der Satz "Diese Forderung sei "in KTQ® enthalten" - Wo denn? Kaum eine Reaktion im Auditorium.

Die 4. Vortragsreihe "Prozesse verbessern" hat sich der Bericht zugunsten von "Pausen-Small-talk" geschenkt. Sicher gab es auch dort weitere interessante Anregungen. Er hofft auf die versprochene baldige Veröffentlichung auf der CAQ-Website <http://www.caq.uni-bonn.de/>.

Herr Paeger, nunmehr Zürich, verdeutlichte abschließend anhand eines (sehr) einfachen amerikanischen Beispiel, welche "Chancen zur Qualitätssteigerung im Rahmen der besseren Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors" bestehen. Zur bereichsübergreifenden Dokumentation dienen ihm die 3 "abzuhakenden" Kästchen "Anordnung (Ordered) / Terminvereinbarung (Dated) / Verfügt (Executed)". In diesem Zusammenhang fiel - aufmerken! - der Begriff "Pfadschwester". (So etwas braucht man, wenn man wirklich ernsthaft mit klinischen Pfaden arbeitet!)

Zur Schlussdiskussion stellte Herr Ziegler an die auf dem Podium versammelten Teilnehmer Kastenholz, Nachtigall und Hirner sehr schöne Fragen. Frau Kastenholz sieht durch die jüngere politische Entwicklung die "Patienteninformationsmöglichkeiten massiv verbessert" (Ob sie das wirklich glaubt?) Es sei eine Qualitätsverbesserung angestoßen worden (dito). Die QS gehöre aber auch auf den Prüfstand.

Herr Hirner behauptet ex cathedra, QS-Maßnahmen habe es "schon immer" gegeben" er verweist auf "Billroth" (warum nicht Hippokrates?) Er habe bei diesbezüglichen Bemühungen heute einen "bösen Beigeschmack". Seine "Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (wirklich die?) mutmaßten "ökonomische Aspekte" und hätten einen "faden Beigeschmack". "Was haben denn

erste freiwillige QS-Maßnahmen gebracht? - Das Ausfüllen 100.000ender Bögen!" Er halte es für eine subversive Unterstellung dass das Erreichen eines Mittelwertes etwas Gutes sei" und verweist auf "Kosten-Nutzen-Aspekte" (was immer er damit wohl meint).

Herr Nachtigall macht deutlich, es gehe "nicht nur zwingend ums Sparen von Geld, sondern auch um höhere Qualität". Die sei "für die hier Versammelten sowieso selbstverständlich". (Woher er das weiß?) Er verwendet den Begriff "Benchmarking" ebenfalls falsch, wenn er bei Betriebsvergleichen schlecht abschneidenden Krankenhäusern die "rote Laterne" ansteckt.

Herr Hirner fällt ein: "Patienten haben schon immer die rote Laterne bestimmt .. warum überlassen wir die Auswahl nicht der Rüttelstrecke des Marktes? (Leider vergißt er dabei die Kleinigkeit, dass ein Markt Transparenz voraussetzt, ein höchst seltenes Gut in der deutschen Medizin!) Natürlich gebe es "20% zu viele Betten". Hier ginge es aber (bevormundend) um die "Belastbarkeit von Laien": "Was ist wichtiger - 2% Mortalitätsrate oder Patientenzufriedenheit? (Das hat er wirklich ernsthaft gefragt!)

Herr Nachtigall sieht ebenfalls "Überkapazitäten" und nennt - vermutlich zutreffend - "Franz Josef Strauss" als deren ursprünglichen Urheber, "Landräte" hätten das "kopiert .. politische, nicht Entscheidungen von Patienten" das Malheur verursacht. Leider sei die "Output-Messung schwer, weil man Patienten nicht so lange nachverfolgen kann". (Wird sie deshalb in der Akut-Dokumentation gar nicht erst versucht? - Oder weiß Herr Nachtigall das gar nicht?) Der Patient könne "die Qualität gar nicht beurteilen". Deshalb müßten die Kassen in Kooperation mit den Ärzten einen Krankenhaus-Michelin produzieren, aus dem die "Struktur-, Verlaufs- und Ergebnisqualität" hervorgehe. Na ja.

Herr Päger weist darauf hin, dass eine "integrierte Versorgung (automatisch zu) Rückmeldungen" führe.

Frau Kastenholz hat "Zweifel" ob eine "30-Tage-Letalität angemessen" sei. Eine externe Qualitätssicherung sei nötig. Sie stimme Päger zu. "Wir brauchen eine Rückkopplung" Das erfordere allerdings "umfangreiche Rechtsänderungen" einschließlich des Grundgesetzes .. Datenschutz .. "Wie können wir weiterkommen .. um sichere Daten" zu erhalten?

Nachtigall "Warum machen Sie das nicht ..?"

Herr Neugebauer: "Themenwechselei viel zu schnell .. seit 25 Jahren mit Outcome-Forschung .. Mortalität völlig falsch .. damit kann der Patient doch gar nichts anfangen .. Lebensqualität, Zufriedenheit, (Schmerz), .. bevor wir allen Krankenhäusern erlauben, ihre Qualitätsdaten zu veröffentlichen .." (die sie selbstverständlich längst haben?)

Kastenholz: "Gestaltung (erfolgt) auf der Ausführungsebene .. Letalität gar nicht drin .."

Hirner "schon viel Entwicklungsarbeit geleistet .."

Paeger: "Vereinbarung Qualitätsberichte .. (führt zu) falschen Berichten .. KTQ-Berichte lesen sich identisch .. Substanz ist nicht drin .. Metaebene (?) .. (Die Brichterstattung) in eine andere Richtung schieben!"

Hirner: "Qualitätsberichte .. PR-Veranstaltung"

Aus dem Auditorium: "Wir haben seit 20 Jahren keine Ergebnisse .. Anreize schaffen!"

Kastenholz "Die Krankenkassen haben die Daten .."

Aus dem Auditorium: "wir sitzen falsch rum auf'm Pferd.."

Aus dem Auditorium: "wir haben kränkere Patienten .. Studie .. Verweigerungshaltung .."

Hirner: "Hätten wir keine Konkurrenz .. würden wir Daten freigeben .. 25% Profit privater Krankenhausträger.."

Aus dem Auditorium: "Fakt .. Unvermittelte Veröffentlichung .. Risikoadjustierung .. x % Ablieferung von Bögen Qualitätskriterium .."

Kastenholz "Bericht ist erste Vereinbarung .. jedes Krankenhaus kann Ergänzungen vornehmen .. Bericht wird weiterentwickelt .. Angebot mitzumachen ..".

Eine lebhaft, wenn auch nicht immer ganz verständliche Diskussion mit wenig Fakten, aber vielen Überzeugungen und manchen schönen Formulierungen

Am Schluß Bekam Herr Wyrwich aus Berlin den Rednerpreis der Braun-Stiftung.

Die nächste Tagung findet am 4.-5.2.2005 in Heidelberg statt: "Mindestmengen und Qualitätsstandards"

Fazit:

Im Vergleich zu den Anfängen vor ein paar Jahren hat sich in der Routine der Chirurgie in Sachen Qualität offensichtlich einiges getan. Vielleicht wird es ja doch noch was mit dem Qualitätsmanagement in der deutschen Medizin, wenn auch erst später. Die Veranstalter dieser 12. Jahrestagung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (CAQ) der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie sind jedenfalls für denselben zu loben!

**Dr. Hildebrand & Partner GmbH**

Nestorstr. 11

10709 Berlin

[hildebrand@hmanage.de](mailto:hildebrand@hmanage.de)

[www.hmanage.de](http://www.hmanage.de)

---

\* Richtig geht der PDCA-Zyklus des strukturierten Verbesserungsprozesses so: Plan ("Versuchsaufbau", nach Erarbeitung Festlegen/Vereinbaren der neuen Vorgehensweise - samt Meßgröße(n) und Zielmarke(n) bezüglich der angestrebten Verbesserung), Do (Erproben der neuen Vorgehensweise einschließlich Vornahme der entsprechenden Messungen), Check (Auswertung), Act (Verbindlich machen oder Anstoßen von Korrekturen für den erneuten Durchlauf). Alles andere ist (leider) Unsinn!

Benchmarking: Strukturiertes Vergleichen mit Best Practice (= Benchmark) bezugen auf erfolgswirksame Parameter mit dem Ziel, noch besser zu werden.