

Qualitätssicherung in der Endoprothetik

Im Paragraphen 137 des Sozialgesetzbuches (SGB V) werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung (QS) bindend vorgeschrieben. In diesem Heft der *Z. Orthop.* haben *Effenberger et al.* nun in einer großen Umfrage den Stand der QS in der Endoprothetik nach Aussendung an 908 klinische Einrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz erfragt. Die Rücklaufquote betrug 25%, 47% und 54%. Nur 30% der antwortenden Einrichtungen nehmen meist unregelmäßig Auswertungen ihrer QS-Daten vor.

Diese wenigen Zahlen zeigen den Stand und Stellenwert der QS an einem wohlbemerkt einfachen d. h. vergleichsweise leicht zu dokumentierenden Behandlungsbeispiel im klinischen Alltag auf. Wenn es hier schon so schwer ist, wie sieht es dann erst mit der QS im globalen Handeln um den Patienten aus?

Große Institutionen, welche die Bedeutung der QS erkannt haben, richten hauptamtliche neue Stellen für das interne Qualitätsmanagement (i. d. R. aus dem ärztlichen Stellenpool) ein. Regelmäßig tagende Qualitätszirkel (Ärztliche, pflegerische und Verwaltungsebene) gehen Einzelprobleme im Prozeßablauf an und erarbeiten Verbesserungen. Die Abteilungen werden vernetzt, eine zentrale Datenerfassung wird installiert. Abteilungen richten neue Stellen für med. Dokumentationsassistenten (i. d. R. aus dem Abteilungspool) ein, um die neuankommende Arbeit zu bewältigen, zusätzlich müssen alle Mitarbeiter täglich neue Dokumentationsbögen neben der anfallenden Stationsarbeit für verschiedenste Dokumentationspflichten bei sinkender Tarifarbeitszeit und Nichtbezahlung der Überstunden ausfüllen. Berufsständische Organisationen bilden Kommissionen, um Qualitätsstandards zu erarbeiten. Interdisziplinäre Kommissionen erarbeiten vielseitige Dokumentationsbögen zur externen QS. Die Krankenkassen und die DKG gründen gar hierzu eigens ein neues Institut (DKI) zur zentralen Dokumentation und Auswertung von Datenmaterial bei Fallpauschalenfällen. In Deutschland konkurrieren derzeit drei Aktivitäten zur Gründung eines Endoprothesenregisters (Göttingen, Bad Mergentheim, Ulm) nach skandinavischem Vorbild mit eigenen Registrierbögen. Diese bei weitem nicht vollständige Aufzählung läßt bereits erkennen, wie unkoordiniert die Aktivitäten sind und welcher Kostenaufwand bei allweil immer knapper werdenden Ressourcen und geschlossenen Budgets derzeit betrieben wird.

Da relevante und bindende Standards in der Datenerhebung und Therapie zumeist noch fehlen bzw. erst im Entstehen sind, werden sehr individuelle, abteilungsinterne, meist nicht extern vergleichbare Datenbanken angelegt.

So entstehen nicht selten in guter Absicht und unter Befolgung gesetzlicher Vorgaben mit hohem Kosten- und Personalaufwand Datenfriedhöfe die keinem nutzen. Weiterhin lassen sich aus den derzeitigen Aktivitäten unterschiedlichste Interessen einzelner Beteiligter an der QS erkennen. Hierzu einige Beispiele: Das DKI ist wohl vor allem an der Ermittlung von Kosten im Vergleich bei Fallpauschalenfällen interessiert. Über Endoprothesenregister erwarten die Kostenträger Hinweise auf kostengünstige Implantate, die Industrie Argumente für die Vermarktung ihrer Produkte. Intern suchen Verwaltungen nach Zahlen zur „Verbesserung der Struktur- und Prozeßqualität“, um Personalverschiebung und Kostenoptimierung zu ermöglichen. Abteilungsärzte erwarten Transparenz der Budgetverwaltung, eine detaillierte Leistungsstatistik u. v. a. Berufsständische Organisationen sehen in der QS ein Mittel zur Wahrung der Selbstverwaltung, sowie zur Besitzstandswahrung (siehe: Endoprothetik für das Fach (Orthopädie). Schließlich dienen die Etablierung neuer Institutionen (z. B. DKI und Endoprothesenregister) auch die Einflußnahme auf künftige Entwicklungen, der Einwerbung von Drittmitteln für die eigene Institution und der persönlichen Profilierung Einzelner.

Es wäre auch einmal interessant zu erfahren, wie die externe d. h. Kliniken vergleichende QS funktionieren soll. Sollen dies die Berufsverbände, die Landesärztekammern o. a. tun? Mit welcher Kompetenz und mit welcher Konsequenz für diejenigen, welche unterhalb einer gegebenen Grenze der Ergebnisqualität liegen? Wer überprüft die korrekte Ausfüllung der Erhebungsbögen? Ich erinnere mich der eigenen Erfahrung mit der retrospektiven multizentrischen BMFT-Studie (*Griss et al. 1982*), wo klare Tendenzen bei den Beiträgen einzelner Kliniken erkennbar waren. Keiner will der schlechteste sein, gerade heute, wo die externe QS individuell zur existentiellen Gefahr werden könnte. Ein weiteres Problem der externen QS liegt in der Vielzahl z. T. hausgemachter sog. Insellösungen der Dokumentation und in der Vielfalt häufig nicht kompatibler Software-Programme. Viele kleinere Institutionen (Kreiskrankenhäuser, Privatkliniken etc.) haben weder das Budget noch die Manpower zur geforderten QS. Dort werden aber beispielsweise häufig mehr Endoprothesen implantiert als in Universitätskliniken. Es besteht also die Gefahr, daß sich Inseln vergleichen, während die Mehrzahl unberührt bleibt. Es kann deshalb passieren, daß gerade das DKI über den Zwang der Fallpauschalenabrechnung die Federführung der externen QS in den chirurgischen Fächern übernimmt. Die bisherigen Dokumentationsbögen des DKI für Endoprothesen lassen aber wissenschaftliche Ergebnisqualität d. h. Aussagen zur Langzeitprognose überhaupt nicht zu. Wäre es nicht sinnvoll die Aktivitäten der Endoprothesenregister hiermit zu kombinieren?

Viele auch positive Gesichtspunkte der QS müssen im begrenzten Rahmen eines Editorials unerwähnt bleiben. Es lassen sich aber aus dem Gesagten genügend Argumente herleiten, die die Abstinenz vieler Abteilungsleiter – wie in den eingangs zitierten Zahlen erkenntlich – verständlich machen. Wer setzt schon bei knappen internen Ressourcen gerne Personal und Kosten für etwas ein, das noch nicht standardisiert, bindend und aus ärztlicher Sicht für den Patienten von Vorteil ist? Überhaupt muß gefragt werden, wo für den Patienten derzeit die QS Vorteile bezüglich verbesserter Therapie und Kostenersparnis bringt. Diesbezügliche Behauptungen von hauptamtlich Beteiligten müssen erst noch bewiesen werden. Das Gesetz jedenfalls hat wohl doch den Patienten im Mittelpunkt der Forderung nach QS gesehen. Gesundheitspolitiker werden dies sicher mit Vehemenz bejahen.

Ein Hauptproblem der schleppenden Akzeptanz und der vielen wenig aufeinander abgestimmten Aktivitäten in der QS sehe ich in der fehlenden sachkundig koordinierten, unterstützenden, Kompetenzen und Ziele formulierenden Pflicht des Gesetzgebers. Dies schließt auch die strukturelle Organisation und Kostenerstattung für die QS ein. Eine globale QS vor allem für die nichtoperativen Fächer wird so schnell – wenn überhaupt – ohnehin nicht zu errei-

chen sein. Weniger, dann aber zielorientierter, landeseinheitlich und bindend und nicht wie bisher kostenneutral, wäre besser. Die Interessenkonflikte müssen abgebaut und positiv, wo medizinisch sinnvoll, gebündelt werden, damit die QS nicht, wie vielfach empfunden, unser ärztliches Handeln kontrapunktiv bestimmt. QS muß wissenschaftlich werden, d. h. sie muß auch die Basis für „evidence based medicine“ werden. Nur so kann der gesamte Aufwand letztlich dem Patienten – dem Steuer- und Beitragszahler der Krankenkassen – zum Wohle gereichen und über die Aussonderung ungenügender oder unwirksamer Therapien (und Institutionen) auch Kosten sparen sowie den Fortschritt der wissenschaftlichen Medizin in unserem Lande garantieren.

Literatur

Griss, P., M. Hackenbroch, M. Jäger, B. Preussner, T. Schäfer, R. Seebauer, W. van Eimeren, W. Winkler: Findings on total hip replacement for ten years. A retrospective multicentre study of 39000 total hip replacements after 10 years of observation. Aktuelle Probleme in Chirurgie und Orthopädie, Band 21, Hans Huber, Bern–Stuttgart–Wien 1982

P. Griss, Marburg