

Editorial

„Qualitätssicherung“

Die Qualitätssicherung in der Medizin ist in aller Munde. Kaum eine medizinische Fachgesellschaft, kaum ein Kongreß, kaum ein medizinisches Journal, das sich nicht mit Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung beschäftigt. Fast liegt der Schluß nahe, daß die Medizin in den letzten Jahren nur minderwertige Qualität geliefert hat. Eine Annahme, die von den öffentlichen Medien immer wieder gern aufgegriffen wird.

Ist dies wirklich so? Wenn ja, worin liegen die Gründe? Und ist denn die geforderte Qualitätssicherung geeignet, die Defizite zu beseitigen?

Porzsolt und *Schmidt* weisen im Deutschen Ärzteblatt zu Recht auf Mißverständnisse und Mängel der „sogenannten“ Qualitätssicherung hin. Zahlreiche Programme dienen mehr der Kostenbegrenzung als der eigentlichen Sicherung der Qualität. Sie sind allenfalls Qualitätsüberprüfung und -kontrolle, aber keine Qualitätssicherung. Ein Nutzen für den Patienten ist nicht mehr erkennbar. Dies erklärt die skeptische Haltung vieler Ärzte, die sich darüber hinaus durch die immensen Dokumentationsanforderungen nicht nur belastet sondern auch belästigt fühlen. So hat der Verfasser dieses Artikels kürzlich zwei Krankenakten von Patienten mit Klumpfußoperationen in der Hand gehabt. Die eine betraf ein 6 Monate altes Kind, das 1996 wegen eines Klumpfußes zwei Tage stationär behandelt wurde und einen Umfang von 22 Seiten aufwies. Die andere gehörte der Mutter dieses Kindes, die wegen derselben Erkrankung vor 25 Jahren operiert und 6 Wochen stationär behandelt wurde. Diese Krankenakte hatte einen Umfang von gerade 2 Seiten. Ein qualitativer Unterschied war nicht festzustellen.

Eine mangelnde Akzeptanz jeglicher Qualitätssicherung wäre dennoch genau das Gegenteil von dem, was die Medizin gebrauchen kann. *Porzsolt* und *Schmidt* haben daher drei Bausteine für eine Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten gefordert:

- Eine Zusammenstellung jener wissenschaftlichen Arbeiten, durch die eine auf Evidenz basierende Medizin gestützt wird.
- Nach standardisierten Regeln erstellte Expertenmeinungen und
- Instrumente zur Dokumentation der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Lebensdauer in Arztpraxen und Krankenhäusern.

Die auf Evidenz basierende Medizin hat sich im anglo-amerikanischen Raum bereits etabliert. „Evidence-based-medicine“ und „evidence-based-healthcare“ sind die Be-

griffe der zweiten Generation. Sie versprechen richtige Entscheidungen für den Arzt und Medizinmanager. „How to make health policy and management decisions“ heißt es im Untertitel einer entsprechenden Zeitschrift aus dem englischen Raum. Auch hier wird man den Eindruck nicht los, daß sich die Entscheidungen in erster Linie an den Kosten und der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens orientieren: „Evidence-based-healthcare explains how the evidence can be applied to health policy and management decisions for populations, rather than for individual patients“. – Ist es von Vorteil, wenn die allgemeine Betrachtung des Gesundheitssystems dermaßen im Vordergrund steht? Ist dies nicht eine gefährliche Abkehr von den individuellen patientenorientierten Entscheidungen des Arztes?

In einem Bulletin der „Effective Health Care“ über den Hüftgelenkersatz wird festgestellt, daß die preiswerteren, standard-zementierten Implantate wie die Charnley- und die Stanmore-Prothese die niedrigsten Versagerquoten bei 10- bis 20jährigen postoperativen Verläufen aufweisen. Als Schlußfolgerung empfehlen die Autoren, daß neue Prothesen nur noch nach sorgfältigster Überprüfung eingesetzt werden sollten. Der Leser dieses Bulletins kann leicht zu dem Schluß kommen, daß seit der Entwicklung der Charnley-Prothese, der ersten Hüftprothese überhaupt, keine weiteren Fortschritte mehr gemacht wurden. Gibt es für die 40jährige Patientin mit hochgradiger Dysplasiecoxarthrose in der Tat keinen Nutzen durch die neuen Prothesenmodelle mit verändertem Design, mit neuen Materialien und verbesserter Operationstechnik?

Was ist zum Nutzen des Patienten? – Verlangt der Patient nicht einfach fachliche Kompetenz des Arztes und einen Service für seine besonderen Bedürfnisse? Fachliche Kompetenz läßt sich aber nicht allein durch die auf Evidenz basierende Medizin überprüfen und noch viel weniger erwerben. Sie verlangt vielmehr Qualität der Aus-, Weiter- und Fortbildung. In den operativen Fächern wird dieser Zusammenhang nur allzu deutlich. *Vahl* et al. stellen im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung in der Herzchirurgie die Frage, welche Faktoren es überhaupt sind, die die „Qualität“ einer chirurgischen Intervention ausmachen. Ist es die Feststellung eines optimalen Operationszeitpunktes, also die Indikation? Die Zuordnung eines geeigneten Operationsteams zu einem Patienten? Das Ausbleiben direkter chirurgischer Komplikationen wie Nachblutungen, Infektionen und anderer spezifischer Komplikationen? Bezüglich des Hüftgelenkersatzes müßten demgemäß noch die Implantatwahl und die Implantationstechnik hinzugefügt werden.

In der Arbeit von *Vahl* et al. wurden sieben Operateure gegenübergestellt, die statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der unmittelbaren operationsbezogenen Mortalität aufwiesen. Dabei hatten allerdings die unerfahrensten und jüngsten Operateure die besten Ergebnisse. Natürlich, weil diese mit den einfachsten Operationen

konfrontiert wurden. Gilt dies etwa auch für Feldstudien zum Hüftgelenkersatz aus Großbritannien und Schweden, weil die Operationsteams entsprechend den Anforderungen an die Operationstechnik ausgesucht wurden?

In der Studie von *Sheldon* und Mitarb. in Großbritannien wurde allerdings genau das Gegenteil festgestellt. Dort nämlich zeigte es sich, daß Patienten schlechtere Ergebnisse aufwiesen, wenn sie von Operateuren mit geringerer Operationserfahrung operiert wurden. Ähnliche Schlußfolgerungen ziehen auch *Jerosch* und Mitarbeiter, die die Ergebnisse von Kniegelenkersatzoperationen analysieren. Ihrer Meinung nach liegt das höchste Potential zur Qualitätssteigerung bei der Knieendoprothetik in der Fortbildung der Operateure.

War es nicht immer so, daß der Aus- und Weiterzubildende systematisch an die Anforderungen seines Berufes herangeführt werden mußte? Sind wir vielleicht deswegen der Qualitätssicherung heute so verpflichtet, weil die Standards in der Aus- und Weiterbildung infolge Ärzteschwemme und Beziehungsverlust zwischen Ausbildern

und Auszubildenden nachgelassen haben? Es scheint so, daß sich die Qualitätssicherung allzu oft als reine Dokumentationsflut präsentiert. Die Sicherung der Qualität ärztlichen Denkens und Handelns ist aber vor allem Sicherung der Qualität in Aus-, Weiter- und Fortbildung. Es ist Aufgabe der ärztlichen Gremien und wissenschaftlichen Fachgesellschaften, vor allem hier Standards festzulegen, diese auch zu überprüfen und ständig zu verbessern. Dann wird aus Qualitätskontrolle auch Qualitätssicherung.

Literatur

- Jerosch, J., S. Fuchs, J. Heisel*: Knieendoprothetik – eine Standortbestimmung. Deutsches Ärzteblatt 94 (1997) 372–376
Porzolt, F., K. J. Schmidt: Qualitätssicherung – zum Nutzen der Patienten. Deutsches Ärzteblatt 94 (1997) 356
Sheldon, T., A. Eastwood, A. Sowden, F. Sharp: Total hip replacement. Effective Health Care 2 (1996) 1–12
Vahl, Ch., S. P. Meinzer, G. Thomas, H. Jakob, S. Hagel: Differenzierte Qualitätssicherung in der Herzchirurgie. Deutsches Ärzteblatt 94 (1997) 306–308

F. U. Niethard, Aachen