Gefässchirurgie 2020 · 25:487–488

<https://doi.org/10.1007/s00772-020-00711-7>

Online publiziert: 20. Oktober 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

A. Larena-Avellaneda

Abteilung für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie, Asklepios Klinik Altona, Hamburg, Deutschland

Multum, non multa. Oder: Qualität statt Quantität

Geschätzte Leserinnen und Leser,

wie Dittmar Böckler in der Hinführung zum Thema, möchte auch ich mit einem Zitat beginnen:

Wir müssen immer mehr Zeit darauf verwenden, unsere Arbeit zu analysieren, und haben immer weniger Zeit für die Arbeit selbst – das Qualitätsmanagement (...) verhindert geradezu die Erhöhung der Qualität [1].

Zugegeben, ich habe das Zitat ein wenig aus dem Kontext gerissen – dennoch denke ich, dass hier ein wahrer Kern zu finden ist. Die Zeit, die wir für die Dokumentation aufwenden, fehlt woanders. Die modernen Klinikinformationssysteme mögen viele Vorteile haben – Zeit sparen sie im klinischen Alltag nicht. Zumindest nicht die Systeme, mit denen ich arbeiten durfte.

Dennoch kommen wir um den Begriff der „Qualität“ in der Medizin und damit auch dem der „Qualitätsindikatoren“ (QI) nicht herum. Und es ist sicher besser, wenn wir es als Mediziner selbst in die Hand nehmen, bevor eine externe Qualitätssicherung mit wahren Datenmonstern (die in Friedhöfen enden) noch mehr von unserer kostbaren Zeit stiehlt.

Bei der Qualitätssicherung werden Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden. Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen eines Gesundheitsangebots, also zum Beispiel auf die personelle, technische oder finanzielle Ausstattung [6], also auch die Kompetenz des Arztes. Bei der Prozessqualität geht es um die Umsetzung der

Abläufe, also auch in Diagnostik und Therapie. Die Bewertung ist hier schon schwieriger als bei der Strukturqualität. Die Güte der Behandlung wird in der Ergebnisqualität beurteilt. Ganz unterschiedliche Indikatoren können hier herangezogen werden. Die ermittelten Indikatoren sollen natürlich dazu dienen, Ergebnisse zu verbessern. Hierzu gibt es anerkannte Qualitätsmanagementstrukturen wie z.B. den PDCA-Zyklus [7]:

- Plan (planen): Beschreibung des Problems und des Ist-Zustands, Formulierung des Zielzustands sowie der erforderlichen Messgrößen
- Do (umsetzen): Die Maßnahmen zum Erreichen des Zielzustands werden fixiert
- Check (überprüfen): Reflexion der Erfahrungen, die beim Umsetzen der Maßnahmen gesammelt werden, ggf. Nachjustierung
- Act (Handeln): Evaluation der Erfahrungen im Rahmen der Problemlösung, Definition von Standards für das zukünftige Vorgehen.

Qualitätsindikatoren sind Maße, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen sollen. Qualitätsindikatoren sind Hilfsgrößen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Man könnte sie auch als auf Qualität bezogene Kennzahlen bezeichnen [2].

Die meisten von Ihnen werden die QI im Rahmen der externen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung nach §137a zur Karotisrevaskularisierung kennen. In Hamburg gab es bis vor kurzem auch eine

weitere gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung zu perkutanen transluminalen Angioplastien (PTA), die bis 2004 bundesweit durchgeführt wurde. – Auch hier gab es einige QI, die ausgewertet wurden.

Oft erscheinen die ausgewählten QI wenig hilfreich im klinischen Alltag. Auch die Vergleichbarkeit finde ich in manchen Bereichen schwierig: Durch den Bezug auf die Gesamtzahl kommt bei niedrigen Zahlen einzelnen unerwünschten Ereignissen eine besondere Bedeutung zu. Hierzu ein Beispiel. Als neuer Chef einer kleinen Abteilung darf ich zu bestimmten QI Stellung nehmen. So ist ein QI, der bei uns ermittelt wird, die Anzahl Verstorbener bei offener Operation eines abdominalen Aortenaneurysmas. Wie viele von Ihnen operieren noch 100 offene Aorten im Jahr, damit eine Prozentangabe überhaupt Sinn ergibt? Zumindest habe ich es mal so gelernt – Prozentzahlen sollte man nur dann anwenden, wenn man mehr als 100 Fälle betrachtet. Im konkreten Fall war es so, dass ein bedauernswerter Patient mit einer Tumorerkrankung paraneoplastisch ein Leriche-Syndrom erlitt, und er nebenbefundlich ein kleines Aortenaneurysma hatte, welches sich auch verschlossen hatte. Das Aortenaneurysma wurde als Nebendiagnose kodiert, aber die Indikation zur Erfassung des QI wurde vom EDV-System dennoch getriggert. Bei neun weiteren offenen AAA-Operationen wäre man auf einmal bei einer Letalität von 10% als Qualitätsindikator (!). Die Nebendiagnose konnte ich nicht mehr streichen, da der Fall bereits abgerechnet war. Natürlich habe ich das Ganze kommentiert, aber diese Zahl steht nun mal da, und das Internet vergisst ja bekanntlich nichts.

„Multum, non multa.“ (Nach Plinius dem Jüngeren).

Von daher – und das ist meine ganz persönliche Meinung – sollte man bei der Interpretation dieser Zahlen aufpassen. Wobei ich diese Zahl ja noch nachvollziehen kann. In der Auswertung des IQTIG zur Karotisrevaskularisierung wird der QI „11704: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen – offen-chirurgisch“ genannt [3]. Mit der beobachteten Rate kann ich ja noch etwas anfangen. Aber wie wird die erwartete Rate ermittelt? Es heißt „risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score für QI-ID 11704“. Also der logistische Karotis-Score. Wenn man weiter schaut, wird das Ganze auch noch Risikoklassen stratifiziert, wobei ich auf den ersten Blick diese Klassifikation nicht verstanden habe.

Der Referenzbereich dieses Quotienten beträgt <2,90 (95. Perzentil). Verstehe ich es damit richtig, dass 2,9-mal mehr beobachtete Ereignisse eintreten dürfen als erwartbare? Leider finde ich im Impressum keinen Autor, an den ich mich mit meinen Fragen wenden kann. Allerdings wurde ich auf der Webseite rasch fündig. Es gibt dort ein Dokument, 222 Seiten lang, zu den methodischen Grundlagen [4].

Mein geschätzter Kollege Thomas Nowak hatte in seinem Editorial zum Leitthema „Ethik und Ökonomie in der Gefäßmedizin“ die Meinung vertreten, „(...) wir sind in allererster Linie Mediziner und als leitende Ärzte nur nachgeordnet in ökonomischer Verantwortung.“ [5]. Ich schätz(t)e dies etwas anders ein und sehe den leitenden Arzt auch in der Mitverantwortung für die Wirtschaftlichkeit. Wie stellt es sich denn nun mit der Qualität dar? Wir sind Mediziner, aber sind wir auch Statistiker? Geht mit einer besseren Medizin nicht automatisch eine bessere Qualität einher? Oder wird meine Medizin besser, wenn ich mich mit Qualitätsmanagement auseinandersetze?

» QI werden uns alle im klinischen Alltag betreffen

Sie müssen Ihre Zahlen kennen, um zu wissen, wie gut sie sind. Und ich habe überhaupt nichts gegen Transparenz.

Aber ich finde, die Qualitätsindikatoren müssen so verständlich sein, dass sie ein Patient und ein Arzt verstehen können, ohne sich 222 Seiten Hintergrundwissen aneignen zu müssen. Und es muss sichtbar sein, worauf sich die Kennzahlen absolut beziehen, damit man Quotienten und Prozentangaben richtig einschätzen kann.

Umso sinnvoller ist es, dass wir diese Indikatoren selbst vorgeben bzw. uns selbst in Kooperation mit anderen „Stakeholdern“ (z. B. Statistikern, Politikern, Rechtsanwälten, Patienten) daran beteiligen. Erstellt von gefäßmedizinischen Fachleuten, und nachvollziehbar. Deshalb freue ich mich sehr, dass Dittmar Böckler es geschafft hat, ein solches Heft zusammenzustellen. Auch danke ich den Autoren sehr, es ist viel Arbeit, die entsprechende Literatur zu sichten und die Informationen zu kondensieren. Auch möchte ich Sie, geschätzte Leserinnen und Leser, dazu ermutigen, hierzu Leserbriefe einzusenden – diese QI werden uns alle im klinischen Alltag betreffen.

Neben den Artikeln zum Leitthema finden Sie in der vorliegenden Ausgabe eine Originale zum Aortenaneurysma (R. Grundmann), einen Artikel zur neuen Rubrik PAVK (C. A. Behrendt), den zweiten Teil zur Analyse zwischen Operationsvolumen und Mortalität beim AAA (U. Ronellenfitsch), Erfahrungen zum Studentenunterricht in COVID-19-Zeiten (F. Simon) und einen CME-Beitrag (R. Lobmann – Diabetisches Fußsyndrom).

Sie haben also ein umfangreiches Heft vor sich liegen oder lesen es auf dem Bildschirm. Auf jeden Fall wünsche ich Ihnen, wie immer an dieser Stelle, viel Spaß bei der Lektüre und verbleibe

Ihr
Prof. Dr. Axel Larena-Avellaneda

Axel Larena - Avellaneda

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. A. Larena-Avellaneda

Abteilung für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie, Asklepios Klinik Altona, Paul-Ehrlich-Straße 1, 22763 Hamburg, Deutschland
a.larena@asklepios.com

Interessenkonflikt. A. Larena-Avellaneda gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Comba P (2007) Lässt sich Qualität messen? <https://www.uni-heidelberg.de/presse/ruca/ruca07-2/meinung.html>. Zugriffen: 17. Sept. 2020
2. https://www.aezq.de/aezq/kompodium_q-m-a/8-qualitaetskriterien-und-qualitaetsindikatoren#:~:text=Qualit%C3%A4tsindikatoren%20sind%20Ma%C3%9F%20deren%20Auspr%C3%A4gung,Zahlenverh%C3%A4ltnisse%20indirekt%20abbilden. Zugriffen: 17. Sept. 2020
3. https://iqtig.org/downloads/auswertung/2017/10n2karot/QSKH_10n2-KAROT_2017_BUAW_V02_2018-08-01.pdf. Zugriffen: 17. Sept. 2020
4. <https://iqtig.org/qs-instrumente/qualitaetsindikatoren/>. Zugriffen: 17. Sept. 2020
5. Nowak T (2019) Ethik und Ökonomie in der Gefäßmedizin. Gefäßchirurgie 24:448–449. <https://doi.org/10.1007/s00772-019-00564-9>
6. https://www.lzg.nrw.de/ges_foerd/qualitaet/basiswissen/qualitaetsdimensionen/index.html. Zugriffen: 20. Sept. 2020
7. <https://www.business-wissen.de/artikel/qualitaetsmanagement-der-pdca-zyklus-am-beispiel-erklart/>. Zugriffen: 20. Sept. 2020