

## Geleitwort

### eBook „Chir. Qualitätssicherung“

*„Unter Umständen ist der Chirurg mit seiner Operation zufriedener als der Patient.“* Dieses dem Düsseldorfer Chirurgen Oscar Witzel (1856-1925) zugeschriebene Zitat ist auch heute noch klinische Realität. Es unterstreicht vor allem die Notwendigkeit, dass sich Chirurgen kritisch mit den Ergebnissen ihres operativen Handelns auseinandersetzen und vor allem aus den mit klar definierten Methoden gewonnenen Erkenntnissen die richtigen Schlüsse ziehen sollten.

Dabei gab es schon früh in der Chirurgie Bemühungen um eine strukturierte Bewertung auf der Grundlage einer umfassenden Dokumentation der operativen Ergebnisse. Beispielhaft seien hier Theodor Billroth (1824-1894) in Wien und der Bostoner Chirurg Amory a. Codman (1869-1940) erwähnt, beide Gründerväter ihrer chirurgisch-wissenschaftlichen Gesellschaften, die bis heute aufgrund ihres „Outcome Managements“ mit der Erfassung und Bewertung der Ergebnisqualität als Pioniere chirurgischer Qualitätssicherung und Versorgungsforschung gelten können.

Im Jahr 1892, 25 Jahre, nachdem Theodor Billroth, einer der Gründungsväter der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die Leitung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien übernommen hatte, bescheinigte ihm Ernst. v. Bergmann, ein Zeitgenosse und ebenfalls ein Protagonist der modernen wissenschaftlichen Chirurgie, in seiner Laudatio, *„dass er das Riesenmaterial seiner Klinik in einer großen Zahl von klinischen Berichten und Sammelforschungen dadurch vorzugsweise in den Dienst der Wissenschaft zu stellen gesucht hat, dass er die Einzelbeobachtungen ordnete und zusammentrug, um sie statistisch verwerten zu können. Indem er eine strenge und wahrhafte Kritik an diese Zusammenstellungen legte und alle seine Erfahrungen ohne Rücksicht auf den Erfolg mitteilte, suchte er nicht bloß die augenblicklichen, sondern auch die bleibenden Resultate seiner Operationen so wahr als klar zu ermitteln.“* Das führte automatisch zu einer ehrlichen Diskussion über Morbidität, Mortalität und Techniken – mit daraus resultierenden Verbesserungen bei der Patientenauswahl. Denn, und so E. v. Bergmann an anderer Stelle mit heftiger allgemeiner Kritik: *„Was aber aus den Operierten wird, darüber erfährt kein einziger ein Sterbenswörtchen. Meiner Meinung nach hat eine solche Klinik daher bloß den Wert eines Operationskurses am Lebenden, sonst ist sie keine Bildungsanstalt für Chirurgen.“*

Codman hatte lebenslang ein besonderes Interesse an der Erfassung des Outcomes von chirurgischen Patienten und war einer der engagiertesten Vorkämpfer für bessere Standards in der Chirurgie. Er hatte keine Vorbehalte, seine Ergebnisse mit anderen zu vergleichen, obwohl er bemerkte: *„Vergleiche sind schwierig, aber Vergleiche sind in der Wissenschaft notwendig. Solange wir keine freiwilligen Vergleiche von therapeutischen Maßnahmen vornehmen, können wir nicht behaupten, dass eine stationäre Behandlung wirksam und wirtschaftlich ist.“* Er erfasste, analysierte und verglich die Ergebnisse einer medizinischen Behandlung und versuchte darauf aufbauend, Schwachstellen zu identifizieren und zu beheben. Mit seiner offenen herausfordernden Art stieß er bei seinen Kollegen zunehmend auf Widerstand. Als Mitbegründer des American College of Surgeons musste er 1915 dessen Vorsitz abgeben und ging so als „Märtyrer der Patientensicherheit“ in die Chirurgengeschichte ein.

Codman war der anerkannte Gründer dessen, was heute als Ergebnismanagement in der Patientenversorgung bekannt ist. Er verfolgte seine Patienten über "End Result Cards", die grundlegende demografische Daten zu jedem behandelten Patienten enthielten, zusammen mit der

Diagnose, der von ihm durchgeführten Behandlung und dem Ergebnis jedes Falls. Jeder Patient wurde mindestens ein Jahr lang beobachtet, um langfristige Ergebnisse zu beobachten. Es war sein lebenslanges Bestreben, ein "Endergebnissystem" zu etablieren, um so eine universelle, systematische Erfassung der Behandlungsergebnisse sämtlicher Patienten zu erreichen. Er sah darin die Gelegenheit, aus Misserfolgen der Patientenbehandlung die notwendigen Erfahrungen zu gewinnen, um Patienten in Zukunft besser zu behandeln. Avedis Donabedian, mit dessen Namen die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen eng verbunden ist, wiederholte Codman's Forderungen 50 Jahre später mit aller Deutlichkeit: „*Ergebnisse bleiben im Großen und Ganzen die ultimative Beurteilungsebene für die Wirksamkeit und Qualität der medizinischen Versorgung*“. Gegenwärtige Qualitätsmaßnahmen sind noch überwiegend auf Strukturen und Prozesse als die potenziellen Ursachen von Ergebnisunterschieden fixiert. Dieses Vorgehen ist ebenfalls zielführend, kann aber nur dann zur vollen Geltung kommen, wenn gleichzeitig Ergebnisse gemessen und verglichen werden.

Eine nachhaltige Qualitätsverbesserung passiert niemals nur auf der Anwendung einer einzelnen Methode oder eines Instruments. Wegen der Vielfalt der Dimensionen und Faktoren, die für das Zustandekommen von guter Qualität der Patientenversorgung berücksichtigt werden müssen, ist immer ein Mix von Methoden und Instrumenten zur Verbesserung der Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Indikationsqualität nötig, die sich im Idealfall ergänzen sollten. Um ein von allen gewünschtes Optimum an Versorgungsqualität für den einzelnen Patienten zu erreichen, bedarf es einer ergebnisoffenen Versorgungsforschung mit relevanter Fragestellung und aussagekräftiger praktikabler Methodik. Dazu zählen

- die retrospektive oder prospektive Beobachtung des eigenen Handelns
- das Erkennen von Problemen
- die Analyse der Probleme und die Entwicklung und Auswahl von Lösungsvorschlägen
- die Umsetzung eines Lösungsansatzes in die tägliche Praxis und
- die Überprüfung, ob durch die eingeleiteten Maßnahmen das Problem auch beseitigt wurde.

Klinische Studien spielen eine herausragende Rolle für die Beurteilung der Sicherheit und Wirksamkeit von Interventionen in der Medizin mit dem Ziel, die bestehende Krankenversorgung zu optimieren. Die randomisiert kontrollierte Studie ist der experimentelle Studientyp, der besonders geeignet ist, zufällige und systematische Fehler zu reduzieren. Eine häufig beobachtete Differenz zwischen den Ergebnissen randomisierter kontrollierter Studien und der Versorgungsrealität in der Breite, der sog. Effectiveness Gap, lässt sich durch prospektive Beobachtungsstudien ermitteln. Die Wirksamkeit diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unter Alltagsbedingungen kann in dieser Studienart durch Langzeitbegleitung in Form eines Qualitätsmonitorings erfasst werden. So können multizentrische Beobachtungsstudien zu einer erheblichen Erkenntnisgewinnung für eine qualitätsbasierte Breitenversorgung beitragen. Neben der experimentellen Wissenschaft ist diese klinische Versorgungsforschung, die auf die tatsächliche medizinische Versorgung der Bevölkerung unter den Bedingungen des klinischen Alltags fokussiert, ein grundlegendes Element chirurgischen Erkenntnisgewinnes. Die jüngere Vergangenheit brachte ein steigendes Bewusstsein für die Notwendigkeit klinisch-chirurgischer Versorgungsforschung. Versorgungsforschung besteht nach einem Papier der Bundeärztekammer zur Definition und Abgrenzung der Versorgungsforschung aus Grundlagenforschung und Anwendungsforschung. Dabei zielt die Grundlagenforschung darauf ab, fundamentale Erkenntnisse über individuelles und institutionelles Verhalten im Versorgungssystem zu gewinnen, die kurzfristig nicht praktisch verwertbar sein müssen und / oder die von krankheits- und versorgungsübergreifender Bedeutung sind. Die anwendungsorientierte Versorgungsforschung dagegen geht Fragen nach, die von sofortigem praktischem Interesse sind. Unter dem Versorgungsforschungs-Paradigma werden Hypothesen zur Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness, relative Wirksamkeit) und im Hinblick auf die Effizienz in der realen Versorgungswelt getestet. Explizit zählen klinische Studien zur efficacy (die also unter Idealbedingungen durchgeführt werden), nicht zur Versorgungsforschung.

Als Vorsitzender des Ausschusses „Qualitätssicherung“ bei der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hat Wolfgang Schega mit Konrad Selbmann und Otto Scheibe seit 1976 die Grundlagen für die Qualitätssicherung in der Chirurgie und anderen medizinischen Fächern geschaffen. So wurden in der Bundesrepublik nach 3 vorausgegangenen Pilotstudien 1982 das Qualitätssicherungsprogramm Chirurgie allen Kliniken in Nordrhein-Westfalen und in Baden-Württemberg angeboten. Im Sinne einer externen Hilfestellung für eine interne Qualitätssicherung wurden die Erhebungsbögen zentral ausgewertet und Klinikstatistiken, Komplikationslisten und Klinikprofile erstellt. Die Statistiken ermöglichen jeder Klinik eine Bestimmung ihrer Position im Vergleich zu anderen Kliniken und unterstützen somit die Erkennung klinikspezifischer Probleme. Wegen der Anonymität der Kliniken liegt es voll in der Eigenverantwortung der Kliniken, daraus Konsequenzen zu ziehen.

Nachdem bereits 1968 in der DDR die Einführung einer medizinischen Basisdokumentation für alle stationären Behandlungsfälle gesetzlich geregelt worden war, hat die Gesellschaft für Chirurgie der DDR 1984 eine Arbeitsgruppe „Leistungserfassung und Qualitätssicherung in der Chirurgie“ gebildet und ein einheitliches, international vergleichbares System der Erfassung chirurgisch-operativer Leistungen geschaffen, das bis heute flächendeckend Anwendung findet. Die eigentliche Qualitätssicherung fokussiert dabei ebenfalls nur auf jeweils eine Krankheit (Tracerdiagnose) mit dem Ziel, im Vergleich einer großen Fallzahl Auffälligkeitsbereiche herauszufinden, um diese danach gezielt zu analysieren.

Die Tracer-Methode hat sich als sinnvolles, ergänzendes Instrument der Qualitätssicherung erwiesen. Tracer oder Leitmerkmale sind dabei in der Regel spezifische Gesundheitsprobleme oder Diagnosen, die eine Beurteilung der Stärken und Schwächen der jeweiligen Versorgungsmaßnahmen erlauben. Sie sind damit Kennzahlen im Sinne eines anzustrebenden Idealziels. Hierbei erwiesen sich Diagnostik, OP-Verfahren und –Befunde, Intra-OP-Diagnostik, Risikofaktoren und Komplikationen als wesentliche Qualitätsmerkmale, die mittels der Tracer-Methode in den operativen Fächern abgedeckt werden konnten. Tracer-Methoden lassen sich in die aktuelle Basisdokumentation üblicherweise gut integrieren. In vielen Fällen können Tracer auch schrittweise als Erweiterung der bestehenden Basisdokumentation implementiert werden. Hierbei erfolgt eine Ergänzung um einige, wenige Items in der Vorphase, was zumeist bereits einen Aufschluss über Durchführbarkeit und zu erwartenden Zielerreichungsgrad zulässt. Das Tracer-Methoden-Konzept ist *ein* Aspekt innerhalb der Qualitätssicherungsmethoden. Die erhaltenen Daten über Komplikationsraten und deren Auffälligkeiten sollen vor allem auch Aufschluss geben über Komplikationsraten einer chirurgischen Abteilung ganz allgemein.

Seit 1996 sind Ärztinnen und Ärzte in Deutschland verpflichtet, im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung qualitätsrelevante Daten zu dokumentieren. Dazu erheben Krankenhäuser jedes Jahr millionenfach Datensätze. Spätestens mit der Qualitätsinitiative Krankenhaus im Rahmen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) aus dem Jahr 2016 hat der Gesetzgeber eine Neuausrichtung der gesetzlich verpflichtenden stationären Qualitätssicherung eingeleitet: Die Qualitätsmessung mit Qualitätsindikatoren soll insbesondere für die Zwecke der Krankenhausplanung auf Landesebene und im Hinblick auf die Vergütung Verwendung finden. Insgesamt handelt es sich um eine Agenda, mit der eine qualitätsorientierte Steuerung des stationären Leistungsangebots sowie ein qualitätsorientierter Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft vorangetrieben werden soll, und das auch im Sinne einer Marktberreinigung. Der bisherige Leitgedanke der stationären Qualitätssicherung, durch ein Lernen vom Besseren für alle Krankenhäuser das Erreichen eines Qualitätsmindeststandards und somit auch deren Marktteilnahme zu ermöglichen, soll, so das Ziel, damit nicht abgelöst, aber spürbar ergänzt werden. Eine Erfassung der Ergebnisqualität medizinischer Leistungen soll ganz wesentlich durch Patientenbefragungen bzw. durch Messung patientenorientierter Parameter über den Gesamtverlauf der Behandlung erfolgen. In operativen Fächern kann eine solche mit subjektiven

Parametern im Vordergrund stehende Messung das Ergebnis der rein operativen Leistung nicht adäquat erfassen; es gilt, die rein operativen Leistungen auch separat zu bewerten.

Basierend auf den Registern beim An- Institut für Qualitätssicherung in der operativen Medizin an der Universität Magdeburg werden Daten zu gewählten Krankheitsbildern bzw. Prozeduren kontinuierlich eingegeben. Diese Registerdaten sind geeignet, die Versorgungsrealität für bestimmte Fragestellungen abzubilden. Register als Sammlung von einheitlichen medizinischen oder sozioökonomischen Daten, die in systematischer und umfassender Weise zu einem vorgegebenen Zweck erhoben wurden, sind geeignet, die Behandlungsrealität zu erfassen. Register können damit einen substantiellen Beitrag zur Versorgungsforschung leisten und durch Analyse der Versorgungsqualität in Abhängigkeit von der Interventionshäufigkeit damit auch – heute besonders aktuell - einen entscheidenden Beitrag zur Etablierung evidenzbasierter Mindestmengen leisten.

Im deutschen Gesundheitssystem existiert seit Jahren insbesondere im stationären Bereich eine Vielzahl unterschiedlicher Qualitätssicherungssysteme. Leider hat sich keines davon als wirklich wirksam in Bezug auf Veränderung zum Positiven erwiesen. Die bisherigen Ergebnisse der Arbeitsgruppen um die Herausgeber, erzielt mit einer repräsentativen Patientenzahl aus jeder Versorgungsstufe vom Regionalkrankenhaus bis zur Universitätsklinik über einen adäquaten Zeitraum, bilden flächendeckend die tägliche chirurgische Praxis ab und gestatten nach über 30 – jährigen Erfahrungen wissenschaftlich begründete Aussagen zur chirurgischen Qualitätssicherung. Das Buch *Chirurgische Qualitätssicherung - Ergebnisse der klinischen Versorgungsforschung* mit den zu Anfang geschilderten wissenschaftlichen Grundlagen und seinen die Basis der Allgemein- und Viszeralchirurgie umfassenden Tracern schafft damit ein Fundament chirurgischer Versorgungsforschung. Nicht zuletzt macht es die für jeden Beitrag dieses Buches verwendete Literatur der einzelnen Arbeitsgruppen des An – Institutes, als Gesamtbibliographie mit ca. 500 Publikationen von 1985 – 2021 am Ende zusammengefasst dargestellt, zu einem besonders wertvollen deutschsprachigen Standardwerk chirurgischer Qualitätssicherung. Es wäre zu wünschen, dass diese chirurgisch-klinische Expertise künftig verstärkt Eingang finden möge nicht nur in die fachinternen Bemühungen um eine chirurgische Versorgungsqualität auf hohem Niveau, sondern auch in die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion als ein Beitrag zur patientenorientierten Versorgungsforschung.

Prof. Dr. med. Hartwig Bauer  
ehem. Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Kontaktadresse:  
Prof. Dr. Hartwig Bauer  
Fischervorstadt 61  
84524 Neuötting  
Tel.: 08671 3542  
Mobil 0171 3666189  
Mail: [prof.bauer@t-online.de](mailto:prof.bauer@t-online.de)