

Der Chefarzt als Produkt des TQM¹

V. S. Hocke

Der Versuch der Erfassung von Goldstandards

Einführung

Die Entwicklung im Gesundheitswesen, im Wesentlichen bestimmt von schnellen, weit reichenden aber auch teuren Entwicklungen in Diagnostik und Therapie einerseits und von begrenzten finanziellen Ressourcen andererseits, scheint durch diese diametral entfernten gelegenen Aspekte am Ende seiner Möglichkeiten angekommen.

In der Konsequenz wurde nach Modellen gesucht, die auch mit begrenzten Ressourcen teure Entwicklungen vorantreiben und Ergebnissteigerungen erreichen lassen. Eines der beliebtesten Vergleichsmodelle für die Entwicklung im Gesundheitswesen wurde die Autoindustrie.

Noch unter der Annahme, dass Ärzte, Patienten und Personal sich nicht gleich in allen notwendigen Dimensionen normieren lassen werden, war ein erster Schritt der Entwicklung dahin gerichtet, Wirtschaftlichkeitsreserven in nichtmedizinischen Bereichen zu erschließen. Outsourcing steht beispielhaft für diese Entwicklung.

Nach diesem Schritt wurde als kostentreibender und damit nun zu eradizierender Faktor die Belegungsplanung der verfügbaren Betten fokussiert und sowohl die Verlagerung der medizinischen Leistungen in den ambulanten Sektor, als auch die Einführung von Krankheitsfestkosten und maximalen Aufenthaltsdauern implementiert.

Mit der wachsenden Erkenntnis, dass sich „Krankheiten an sich“ durch diese Maßnahmen nicht vermindern und weiterhin drohen, Kosten zu verursachen, wurde die Qualität der heilkundlichen Arbeit auf den Prüfstand gehoben. Da nie die „Un-Qualität“ wissenschaftlich bewiesen werden konnte, wurde doch zumindest erkannt, dass das Managen von Qualität vielleicht helfen könnte, Ausgaben zu vermindern. Der treibende Faktor „Konkurrenz“ um

Marktpositionen war jedoch bei dem friedlichen Nebeneinander von Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten leider nicht zu finden gewesen. Keiner schien Qualitätsmanagement gebrauchen zu können, weil keiner einen anderen verdrängen musste.

In Ermangelung von wirklichen Konkurrenten im Gesundheitswesen wurde insbesondere den Krankenhäusern der eingängige Slogan suggeriert, ihr müsst euch gegen euer Nachbarhaus abgrenzen, Alleinstellungsmerkmale finden, leistungsstarke und kundenorientierte Profile entwickeln, sonst werdet ihr sterben. Etwas benommen von dieser schlagenden Erkenntnis taumelten die ersten los, doch schien sich der Effekt der Drohung schnell zu verlieren.

Die Lösung bot sich darin, von den Krankenhäusern ständiges Qualitätsmanagement (QM) abzuverlangen. Da keiner wusste was das war, wurden QM-Systeme – aus der Industrie – adoptiert, die endlich die Festlegung von Standards erlauben sollten. Mit der ersten Hoffnung auf Standards im Krankenhaus war natürlich sofort auch – im Sinne deutscher Gründlichkeit – das oberste Ziel, der GOLD-Standard geboren. Nicht nur, dass für alle Prozesse und Ergebnisse Goldstandards fest zu legen sind, auch das Qualitätsmanagement an sich hat die Krone im deutschen Krankenhaus zu sein: Das „total quality management“ (TQM) wurde zum Maß der Dinge.

Etwas außer Acht geblieben erschien die Tatsache, dass natürlich auch jede einzelne humane Ressource den Qualitätsanforderungen respektive Goldstandards ihrer Berufsgruppe genügen muss und dies in einem kontinuierlichen Prozess und mit immer besser werdender Ergebnisqualität.

Können für Berufsgruppen bestehend aus einer Vielzahl von Mitgliedern noch Standards über prüfbare Ausbildungsinhalte geschaffen oder aus Durchschnittsbildungen der Leistungen errechnet werden und damit auch das Ziel einer möglichst geringen Streuung erreichbar sein, so verlieren diese Techniken ihre Wirkung bei der Festlegung des Goldstandards eines Chefarztes.

Weder gibt es für diese Position eine Ausbildung, noch ist es je eine Person aufgrund einer bestandenen Prüfung geworden, noch können hier wegen

des Problems der kleinen Fallzahl (im Grunde handelt es um Unikate) statistische Methoden zu Rate gezogen werden. Dennoch existiert das Konstrukt „Chefarzt“ und es gilt sogar uneingeschränkt das Axiom: **Ohne Chefarzt funktioniert das System nicht.**

Somit soll sich der Kern dieser Arbeit der Frage widmen, welche Qualitätsmerkmale muss das in Einzelfertigung hergestellte Produkt „Chefarzt“ erfüllen, um im Ergebnis diese Bezeichnung zu erhalten. Nicht auflösbar wird das Problem sein, dass er erst dann als Ergebnisqualität vorliegt, wenn er gleichzeitig ein Strukturqualitätsmerkmal des Systems Krankenhaus wird.

Die Systematisierung dieser komplexen Materie „Chefarzt“ wird nur durch eine Reduktion der denkbaren Einzelmerkmale möglich sein. Ein diskutabler aber wahrscheinlich konsensfähiger Weg erscheint folgende Kategoriebildung:

Ist der Chefarzt zukunftsorientiert, in der Führung zielorientiert, am Patienten qualitätsgerecht und in seinem Arbeitsstil ökonomisch?

Unter Zukunftsorientierung wird nicht verstanden, dass die Zukunft gewusst und daraufhin gearbeitet wird, sondern die initiierten Handlungen der Betriebsführung die Prognose erlauben, dass das Haus in fünf oder zehn Jahren mindestens noch existiert.

Als Zielorientierung wird verstanden, dass zwischenzeitlich formulierte Zielvorgaben erreicht werden (können). Qualitätsgerecht meint die Anwendung externer und interner Leitlinien.

Als ökonomisch wird akzeptiert, wenn mit einem bestimmten Input ein maximaler Output angestrebt wird.

Nicht zu den Qualitätsmerkmalen eines Chefarztes gehört die Frage, ob er ein Mensch oder gar ein Familienmensch sein könnte. Soweit menschliche Seiten Ziel erfüllend einfließen und das Bestreben um Perfektion unterstützen, werden sie begrüßt aber nicht im Sinne eines Qualitätsmerkmals gefordert.

Seiten des Unmenschlichen gelten zwar explizit als unerwünscht, werden aber implizit als unverzichtbar angesehen. Die Gestaltung dieses Spannungsbogens bis zum Nichterkennen desselben kann schon als ein Qualitätskriterium gelten. Um zukunftsorientiert sein zu können, muss Vergangenheit gewusst/verstan-

¹ (total quality management)

den sein. Es gilt, dass sowohl die Historie des eigenen Faches und seiner Randgebiete gewusst wird, als auch des eigenen Hauses und des Gesundheitswesens. Es gilt sowohl jeweils die Wurzeln zu kennen, wie auch die genomme Entwicklung, rsp. auch die zwischenzeitlichen Fehlentwicklungen. (Der Historiker)

Auch die aktuelle Literatur muss rezipiert sein, um aus der Verschmelzung historischen Wissens mit der neuesten Entwicklung die zukünftig zu gehenden Wege wie eine Landkarte skizziert zu können. (Der Literaturrezipient)

Als Chefarzt ist er in der Lage zukunfts-fähige Visionen so zu entwickeln und darzustellen, dass sie klar und plastisch, wie nahezu selbstverständlich, erscheinen werden. (Der Visionär)

Auf dem Gebiet der Visionsentwicklung tätige Mitarbeiter einerseits motivieren zu können, sich einzubringen, andererseits aber auch den Wildwuchs der Ideen gefühlvoll begrenzen und Aktionismus kanalisieren zu können, möchte auch beherrscht werden. (Der Moderator)

Bei der Umformulierung von Visionen in konkrete Ziele gilt es zu beachten, dass Visionen in gestufte Kategorien eingeteilt sind. Die niedrigste Stufe der Visionstransformation ist, nur die Projekte zu veranlassen, die den Status quo erhalten helfen. Eine zweite ist, die Inanspruchnahme der vorhandenen Strukturen zu steigern. Als höchste Stufe ist der Ausbau des Hauses um neue Behandlungsschwerpunkte, Betten etc. anzusehen. (Der Konzernlenker). Die Fähigkeit, verlässliche Zeitpläne für Projekte zu entwickeln und einzuhalten bzw. zu unterbieten, muss in diesem Kontext als separates Qualitätsmerkmal erfasst werden, da hierin eher ein konditioneller Aspekt zum Tragen kommt, als bei der reinen Verkündung von Projekten (aktioneller Aspekt). Nur wer Ausdauer und Hartnäckigkeit beweist, wird Ziele erreichen können und Goldstandards setzen.

Ein noch junger Zweig der Qualitätsanforderung stellt die elektronische und multimediale Entwicklung dar. Zwar muss der Chefarzt nicht (mehr) alle Software, Hardware und Netzwerklösungen kennen, doch das darin liegende Potential sollte ihm umfänglich vertraut sein. Nur so wird es ihm gelin-

gen, alle nur möglichen Arbeitsschritte und Workflows eines Krankenhauses in diese ausbaufähige und zukunfts-trächtige Kommunikationsform zu transferieren, bzw. die dafür tätigen Arbeitsgruppen zu moderieren.

Auch die mediengerechte Aufbereitung des Leistungsspektrums seines Hauses für die entsprechende Präsentation in Printmedien, Fernsehen und Internet ist eine Fähigkeit, die als Qualitätsmerkmal einer Führungskraft einzuordnen ist. Zwar muss er die Vorlagen nicht selbst entwickeln, bei ihm wird aber immer das letzte Wort liegen, was, wann und in welcher Form präsentiert wird. (Der Werbefachmann)

Um den immer häufiger werdenden Anfragen der Medien nach Expertenwissen unkompliziert Rechnung tragen zu können, sollte ein gewisses Maß an Medientauglichkeit sowohl in Sprache als auch äußerer Erscheinung gewährleistet werden. Ein leicht sonnengebräunter Teint wie auch sportlich konservative Markenkleidung gelten hier als derzeitig idealtypisch. Somit wäre in diesen Kriterien bereits der Extremwert des Goldstandards enthalten. (Der Medienmensch/Pressesprecher)

Zusätzlich müssen aber auch konkret die Ressourcen sowohl beim monetären wie auch humanen Kapital Bewertungen unterzogen, so genannte Standortbestimmung durchgeführt werden können. Auch Risikoabwägungen treffen, gehört mit zu den unverzichtbaren Fähigkeiten, ebenso wie gute Kommunikationstechniken, eventuell widerspenstige Mitarbeiter und Verwaltungsleiter nicht nur zu überzeugen, sondern so zum Mitmachen zu begeistern, dass diese das Gefühl bekommen, sie hätten diese Idee mitentwickelt. Fixierung des Ausgangsbudgets, Festlegung des Investitionsumfangs und Renditeberechnung sollten dem Chefarzt genauso möglich sein, wie die Wissenskapazitäten der Mitarbeiter vollständig zu erfassen, um mit ihnen fundierte Zielvereinbarungen treffen zu können. (Der Taxonom)

Die qualitätsgerechte Behandlung am Patienten ist durch die Entwicklung von Leitlinien bereits vereinfacht. Somit stellt das Wissen um die Inhalte der Leitlinien eine Basisvoraussetzung dar, die schon als Facharztstandard festgelegt ist. Eine etwas höhere Kunst und damit mehr dem Chefarzt zu

zuordnen, ist, bei mehreren Leitlinien unterschiedlicher Fachgesellschaften die für sein Haus richtige auszuwählen und den Kollegen zu begründen. Selbstredend erfüllt ein Chefarzt folgende Forderung:

„...Es erscheint offensichtlich, dass die Qualität der Behandlung und Versorgung nur vor dem Hintergrund expliziter Standards beurteilbar ist. Hierbei müssen die Ergebnisse empirischer Therapie- und Versorgungsevaluation Berücksichtigung finden. Evidenzbasierte Medizin (EbM) steht für eine medizinische Praxis, die auf dem bestmöglichen klinischen Wissen basiert, wie es zum Beispiel aus den Ergebnissen randomisierter klinischer Studien, aber auch anderen, wissenschaftlichen Standards abgeleitet werden kann. ... EbM setzt voraus, dass der Arzt mit wissenschaftlichen Denk- und Forschungsmethoden vertraut und in der Lage ist, sich über das vorhandene Wissen systematisch zu informieren und dieses kritisch zu bewerten. ... Eine stärkere Orientierung der ärztlichen Entscheidung an Eb-Leitlinien in Diagnostik und Therapie lässt eine Optimierung des Behandlungsprozesses erwarten, verbunden mit verbesserten Behandlungsergebnissen und Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven (aus Menke et al.: Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie 1/06).“

In diesem Zitat ist treffend dargelegt, wie der Standard des anzuwendenden Wissens am Patienten definiert ist und stellt gleichzeitig den Goldstandard dar. Besonders zu beachten und somit auch etwas relativierend gilt diese Forderung für alle Ärzte, insbesondere für Fachärzte unabhängig von ihrer Position. Auch ist dieser Vorgabe zu entnehmen, dass eine graduelle Abweichung nach unten nicht in Betracht zu ziehen.

Dem Chefarzt bleibt die besondere Aufgabe, die Assistenten in ihrer fachlichen Qualifizierung zu fördern und anzuleiten, um die geforderten, notwendigen Fähigkeiten auch wirklich zu erlangen. Er hat Lehrer und nun (nach der neuen Weiterbildungsordnung) auch Zwischenprüfer zu sein. (Der Lehrer/der Zwischenprüfer)

Das Zitat, klar wie es in seiner Formulierung auch ist, spricht immer noch von „nur Optimierung“ bei konsequenter Anwendung der Leitlinien. Die aus der Autoindustrie zu übernehmende Forderung von Null-Fehler-Qualität scheint sich bedauerlicherweise in Vorgaben zu Chefärztlichem Handeln noch nicht durchgesetzt zu haben.

Es wird offenbar verkannt, dass dann, wenn er Null-Fehler-Qualität erreicht, ein Risikomanagement, bzw. Umgang mit haftungsrechtlichen Fragen nicht mehr beherrscht werden muss, da es dafür dann keine Anwendungsfelder mehr geben wird. Soweit also nur eine Optimierung angestrebt wird, wird auch in Kauf genommen, dass es fehlerhafte Ausreißer in der Behandlung gibt. Somit muss der Chefarzt notgedrungen alle haftungsrechtlich relevanten Gesetze und die dazugehörige aktuelle Rechtsprechung kennen. Aber selbst wenn ein Patient zufrieden stellend behandelt wurde, können sich lang gezogene Streitigkeiten mit den Krankenkassen, dem MDK und dem Sozialgericht ergeben, die wiederum spezielles Wissen und Handling erfordern, um den Kampf um die Rechnungsbegleichung gewinnen zu können. Diese Phänomene haben leider keinen Seltenheitswert mehr, so dass sie zu einem modernen Anforderungsprofil eines Chefarztes gehören müssen. Über breites juristisches Wissen zu verfügen, wäre ein statisches Qualitätsmerkmal, schon auf einschlägige Erfahrungen zurückblicken zu können, ein sehr wichtiges, dynamisches Qualitätskriterium. (Der Jurist)

Die Kenntnisse der umfangreichen gesetzlichen Bestimmungen, die ärztliches Handeln erst wirksam werden lassen, ist eher als Grundvoraussetzung denn als Goldstandard zu verstehen. Die ökonomischen Gütekriterien verlangen das Handling von z.B. pflege-satzfähigen/DRG-fähigen Kosten, die Generierung von Steuerungs- und Kennziffern sowie die engmaschige Einflussnahme auf die Krankenhausprozesse. Hierfür eine effektive Organisationsform zu kreieren, um kostenintensive Behandlungen frühzeitig markieren zu können, muss ihm gelingen. Nur so wird der Input an Ressourcen übersichtlich bleiben, ein ökonomisches

Arbeiten möglich werden und maximaler Output entstehen. (Der Controller) Gleichzeitig muss es ihm gelingen die humanen Ressourcen so zu dauerhaften Höchstleistungen zu motivieren, dass ihre Arbeitskraft möglichst vielen Behandlungsfällen zu Gute kommt. (Der Anreizgeber)

Nicht zuletzt muss ein Chefarzt klare ethische Grenzen kennen und einzel-fallbezogen in Anwendung bringen können. Insbesondere bei Entscheidungen um Leben und Tod sollte eine gefestigte innere Haltung und Halt für die Mitarbeiter spürbar sein. (Der Ethiker) Er sollte neben dem Motivator für seine nach geordneten Kräfte auch ein offenes Ohr für deren Probleme im Berufsalltag und ggf. auch im familiär/häuslichen Bereich haben. (Der Seelsorger) Selbstredend kennt er das sein Haus umgebende Netzwerk aus niedergelassenen Kollegen, nachbehandelnden stationären wie ambulanten Einrichtungen und pflegt entsprechende Kontakte. Soweit mehrere Chefarzte an einem Haus sind, ist er in der Lage im inter-kollegialen Gespräch die krankhaus-relevanten Problemstellungen sachlich und kompromissbereit anzugehen und ist auch immer bemüht, mit der Pflegedirektion konsensual zu arbeiten.

Als Gütekriterien werden auch erfolgreich abgeschlossene Habilitation, Schwerpunktausbildung QM und betriebswirtschaftliche Grundausbildung bei nicht zu hohem Alter zum Positionsantritt gewertet. Selbstverständlich ist auch, dass er in mindestens einem Teilgebiet seines Faches ein Meinungsführer sein sollte.

(In allen genannten Bereichen ist entsprechende langjährige Erfahrung besonders von Vorteil und kann ebenfalls als Qualitätsmerkmal bewertet werden.)

Zusammenfassung

Wie die Analyse belegt, ist es möglich, ein deskriptives Qualitätsanforderungsprofil zu erstellen. Die Gesamtheit der Einzelkriterien decken sicher 95% der Varianz dessen ab, was das Konstrukt „Chefarzt“ bedeutet. Auch können auf intuitivem Weg für alle Faktoren die Goldstandards formuliert werden, messbar, berechenbar oder vergleichbar werden sie aber dennoch nicht. Deutlich

wird in dieser auf die wichtigsten Qualitätskriterien reduzierten Zusammenstellung, dass eine klare Trennung der Qualitätssäulen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nicht möglich ist. Als die Position „Chefarzt“ besetzender unterliegt die Person in der Ausübung seiner Funktion einem dynamischen Prozess, der ständig unter qualitativer Überwachung steht, um an der Ergebnisqualität gemessen zu werden. Das erreichte Ergebnis stellt aber gleichzeitig wieder ein Strukturqualitätsmerkmal dar, dass einen Prozess bedingt.

Die Erstellung einer IST-Analyse, Grundvoraussetzung und Ausgangspunkt eines jeden QM-Systems ist für die unverzichtbare Position des Chefarztes im Krankenhaus nicht möglich. Kann man für die Fertigung eines Motors, vielleicht auch noch pathologischer Präparate oder auch für die Durchführung einer Kathederuntersuchung oder Operation noch eine solche durchführen, verlieren die hierfür genutzten Instrumente ihre Wirkung bei der Beschreibung der an humane Ressourcen gebundenen Qualitäten. Jeder Versuch diese humanen Eigenschaften dennoch quantifizierbar zu machen, muss kaum vertretbare Einschränkungen akzeptieren. Es kann nur bei einer Einzelbetrachtung, der kritischsten, unwissenschaftlichsten und unmoderntesten Methode überhaupt, bleiben.

Nachwort

Als Nachwort sei folgendes Zitat erlaubt, ebenso wie der Verzicht auf eine weitere Kommentierung:

Laudatio auf einen Chefarzt: N.N.: Das größte Werk ist er selbst, seine Person, sein Leben, seine unverwechselbare, unübersehbare besondere Identität, sein Hiersein, sein Sosein und Dasein, er, wie er leibt und lebt, Ergebnis lebenslanger Selbstgestaltung und immer noch auf dem Wege zu höherer Vollkommenheit, auf dem besten Weg zu sich selbst. Das Tableau einer knorrigen, sperrigen, charmanten, quicklebendigen, kämpferischen, streitbegabten Persönlichkeit. (aus W. Weig, C. Cording (Hrsg), Zeitgeist und Psychiatrie, 1998)