

Qualitätssicherung in der Urologie

5 Jahre externe Qualitätssicherung in der Urologie in Sachsen – was hat es gebracht?

Auf Beschluss des Gesetzgebers wurde ab Mitte der 90er Jahre für zahlreiche operative Disziplinen eine ‚externe Qualitätssicherung‘ eingeführt. Für die Urologie betraf dies die operative Therapie des Prostataadenoms, also transurethrale Resektion und offene Adenomentfernung. Diese Eingriffe wurden von 1998 bis 2003 bundesweit erfasst und ausgewertet. Ebenfalls auf zentralen Beschluss hin wurde diese Maßnahme für die Urologie nun wieder eingestellt.

Man muss sich fragen, was diese Datenerhebung eigentlich gebracht hat. Wurde hier nur sinnloser ‚Datenmüll‘ produziert oder hat diese Maßnahme tatsächlich Qualität ‚gesichert‘ oder gar verbessert? Denn man sollte annehmen, dass dies die Ziele der Maßnahme waren. Es soll versucht werden, diese Fragen aufgrund der in Sachsen gemachten Erfahrungen zu beantworten.

Ganz eindeutig hat die externe Qualitätssicherung Kosten verursacht und zusätzliche Arbeit hervorgerufen. Dies gilt für die Kliniken, aber auch für die übergeordnete Datenverarbeitung und -auswertung wie auch für die mit der Bewertung weiter befassten Gremien. Es entstand also ein nicht unerheblicher Arbeitsaufwand. Auf Klinikebene wurde diese Dokumentationsarbeit ganz überwiegend von ärztlichen Mitarbeitern durchgeführt, deren Dokumentationspflichten in den letzten Jahren ohnehin schon exponentiell angewachsen sind. Die den Kliniken gezahlten Aufwandsentschädigungen pro Fall waren in Relation zum Aufwand gering.

Das Messinstrument war für die Urologie das Modul 14/1. Dieses von der Bundesarbeitsgruppe ausgearbeitete Modul war jedoch mit zahlreichen Mängeln behaftet, welche im Laufe der Anwendung mehrere Veränderungen erforderlich machten. Offensichtlich war man bemüht gewesen, die klassischen Elemente Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Modul 14/1 abzubilden. Dies ist jedoch wenig gelun-

gen und war auch vielleicht nicht der richtige Ansatz. Es wurden zum Beispiel der Ausbildungsstatus des 1. Operateurs wie auch der Instrumentierassistenz erfragt, beides ausgesprochen irrelevante Merkmale im Rahmen einer strukturierten Erfassung der Gesamtqualität. Auch wurde versucht, die Ergebnisqualität des Eingriffes der Adenomentfernung zu bewerten. Dieser Eingriff, ob als TURP oder offene Adenomentfernung ausgeführt, dient dazu, die Funktion der Blasenentleerung zu verbessern. Das funktionelle Ergebnis dieses Eingriffes ist nach der Literatur aber frühestens nach 6, besser erst nach 12 Monaten abschließend zu bewerten. Es muss also gefragt werden, ob die Bewertung von funktionellen Ergebnisparametern während des stationären Aufenthaltes im Rahmen einer bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahme überhaupt sinnvoll ist. Erst 2002 wurde der für die Ergebnisqualität eher relevante Parameter ‚Entlassung mit Dauerkatheter‘ in das Modul aufgenommen (in Sachsen 2002 3,0 Prozent, 2004 3,6 Prozent der Fälle).

Als Beispiele für weitere offensichtliche Mängel im Erhebungsmodul sei die Tatsache genannt, dass in den ersten Jahren nicht zwischen Katheterträgern und anderen Patienten unterschieden wurde, was bei der Bewertung der präoperativen Symptome, der Harnstrahl- und Restharnmessung jedenfalls erforderlich ist. Dieser offenkundige methodische Mangel wurde jedoch erst mit der letzten Korrektur 2002 behoben. Ein weiteres Beispiel ist die fehlende Differenzierung zwischen den beiden grundsätzlich unterschiedlichen Indikationen für eine ‚Nachoperation‘: die Revision aufgrund von Blutungen oder die Nachoperation aufgrund eines funktionell unzureichenden Ergebnisses (hoher Restharn, schwacher Harnstrahl). Obwohl zahlreiche der methodischen Mängel des Erfassungsinstrumentes von Anfang an oder sehr bald der Bundesarbeitsgruppe zur Kenntnis gebracht wurden, wurde hier zu langsam reagiert. Das Resultat war, dass praktisch jedes Jahr veränderte Erhebungsbögen zur Anwendung kamen.

Über die Ergebnisse der jährlichen externen Qualitätssicherung wurde regelmäßig im Einzelnen berichtet. Für das Land Sachsen beteiligten sich die Mehrzahl, jedoch nicht alle urologischen Kliniken an dieser zunächst freiwilligen, später eigentlich verbindlichen Maßnahme (1998 bis 2003 waren dies pro Jahr zwischen 19 und 28 Kliniken in Sachsen, erfasst wurden dabei 1.143 bis 2.842 Eingriffe). Eine vollständige Datenerfassung war also nicht gegeben.

Im Vergleich mit den Bundesergebnissen ergab sich für Sachsen eigentlich jedes Jahr das gleiche Bild: die Ergebnisse waren denen des Bundesdurchschnitts sehr ähnlich und es gab keine gravierenden Abweichungen, geht man davon aus, dass der Bundesdurchschnitt ein sowohl repräsentatives wie auch gutes Maß darstellt. So lag zum Beispiel die Zahl der Komplikationen bei der TURP für 2003 im Bundesdurchschnitt im Median bei 9,9 Prozent, für Sachsen bei 10,03 Prozent (n.s.).

Relativ aussagekräftig erscheinen insgesamt die Daten zur Prozessqualität und relevant sind dabei die zu den Komplikationen. Als Ergebnis für Urologen interessant ist die Tatsache, dass die relevante intraoperative Komplikation des TURP-Syndroms selten vorkam (0,16 bis 0,71 Prozent der Fälle in Sachsen 1999 bis 2003), intra- und perioperative Transfusionen (2,9 bis 4,3 Prozent der Fälle) aber durchaus relativ häufig gegeben wurden. Auch lässt sich eine geringe, aber nicht vernachlässigbare und zeitkonstante Mortalität bei diesen Routineeingriffen feststellen (0,26 bis 0,51 Prozent der Fälle in Sachsen).

Ebenfalls interessant ist der Rückgang des durchschnittlichen stationären Aufenthaltes von 11,3 auf 9,3 Tage von 1999 bis 2003 bei der TURP in Sachsen (bei einer angesichts der DRG-Situation immer noch erstaunlichen Länge).

Erst nachträglich wurden Items zur Qualität der Pflege in das Modul aufgenommen. Ob dies überhaupt sinnvoll war, darf ebenfalls bezweifelt werden. Der Einfluss der von Parametern wie ‚Dokumentation der Pflegeziele‘, ‚Erhebung der Pflege-

anamnese' oder ‚Dokumentation der Pflegeergebnisse' ist möglicherweise für die Strukturierung des Pflegeberufes wichtig, jedoch für die Prozessqualität eines operativen Eingriffes völlig irrelevant. Die Auswertung der Parameter zur Pflege zeigte auch, dass die abgefragten Items keinen diskriminativen Wert besaßen, da die Ergebnisse alle überwiegend zwischen 90 und 100 Prozent lagen, so dass durch Erfragung dieser Parameter kaum Mängel oder Abweichungen aufgedeckt werden können.

Hat die Datenerhebung insgesamt eine Bewertung der Qualität einzelner Kliniken und damit auch die Aufdeckung von Mängeln ermöglicht? Die Daten zur Komplikationsdichte zeigten eine deutliche Streubreite und damit Unterschiede zwischen den Kliniken. So lag zum Beispiel im Jahr 2003 die durchschnittliche Zahl der Patienten mit mindestens einer Komplikation bei der TURP sachsenweit bei 9,5 Prozent, die Spannbreite der Angaben der Kliniken schwankte dabei zwischen 0 und 53 Prozent. Bei beiden Extremwerten ergibt sich die Frage nach der Anzahl der durchgeführten Eingriffe (diese Korrelation war im Auswertungsmodus leider nicht enthalten) und der Qualität der von den Kliniken angegebenen Daten. Prinzipiell war also eine Differenzierung von Qualitätsunterschieden zwischen verschiedenen Kliniken durchaus möglich.

Die Vorgehensweise des Bewertungsausschusses auf der Ebene der Landesärztekammer beschränkte sich auf die anonymisierte Betrachtung der Ergebnisse. Die einzige Maßnahme bestand darin, dass Kliniken mit erheblichen negativen Abweichungen vom Durchschnitt von der Landesärztekammer angeschrieben und auf diese Abweichungen hingewiesen wurden. Weitere Konsequenzen ergaben sich nicht.

Zu berücksichtigen bleibt auch, dass es sich bei dieser Datenerhebung ja nicht eigentlich um eine ‚externe' Qualitätssicherung, sondern um eine externe Sammlung intern erhobener Daten handelte. Für die Qualität der erhobenen Daten war in jeder Hinsicht die jeweilige Klinik selbst

verantwortlich und diese wurde auch nicht kontrolliert.

Hat diese Form der Qualitätserfassung nun Auswirkungen auf die Qualität gehabt? Bei der anonymisierten Betrachtungsweise der Kliniken wurden diese jährlich unter der gleichen Nummer geführt, so dass Verläufe nachvollziehbar sind. So lag eine Klinik in den Jahren 2000 und 2001 mit einer Transfusionsrate von 11 Prozent bzw. 10 Prozent deutlich über dem Durchschnitt und wurde jeweils auf diesen Umstand hingewiesen. In den Jahren 2002 und 2003 berichtete dieselbe Klinik dann über Transfusionsraten von 1,1 Prozent bzw. 0,8 Prozent, so dass angenommen werden kann, dass hier eine Qualitätsverbesserung herbeigeführt wurde. Eine andere Klinik dagegen dokumentierte gleich bleibend überdurchschnittlich hohe Transfusionsraten von 10 Prozent, 7,6 Prozent, 10,2 Prozent und 8,3 Prozent im gleichen Zeitraum. Eine dritte Klinik hatte 2000 und 2001 die geforderte postoperative Kontrolle des Restharnes unterdurchschnittlich nur in 76 Prozent bzw. 69 Prozent der Fälle dokumentiert, 2002 und 2003 dann aber in 98 Prozent bzw. 100 Prozent.

Insgesamt lassen sich aber an den Daten, von erfreulichen Einzelfällen abgesehen, keine systematischen Veränderungen der dokumentierten Qualität erkennen, weder im landesweiten Durchschnitt (zum Beispiel bestimmter Komplikationshäufigkeiten) noch im allgemeinen Trend aller Kliniken. Möglicherweise ist hierfür der Erfassungszeitraum auch zu kurz gewesen.

Was kann als Ergebnis also festgehalten werden? Die für die Urologie durchgeführte Datenerhebung hat ein Zustandsbild der Prozess- und Strukturqualität der Adenomoperationen in der Urologie erbracht, nicht mehr und nicht weniger. Der Versuch wurde mit einem sehr mangelhaften Instrument vorgenommen, das im Laufe der Anwendung deutlich verbessert wurde, aber noch immer überfrachtet und nicht ausgereift ist. Der unzulängliche Versuch der Bewertung der Ergebnisqualität wurde dabei weitgehend

fallengelassen. Aufgrund der relativen Konstanz der landesweiten Ergebnisse über die betrachteten Jahre kann davon ausgegangen werden, dass die erhobenen Daten den tatsächlichen Zustand zutreffend wiedergeben. So sind die erhobenen Zahlen zu Komplikations-, Transfusions- und Mortalitätsraten von großem Interesse, als sie durchschnittliche Realität in Kliniken aller Größen darstellen und nicht die Ergebnisse wissenschaftlich interessierter Kliniken, die ihre Daten publizieren.

Ob diese interne Datenerfassung mit externer Auswertung in der durchgeführten Form wirksam im Sinne einer Qualitätsverbesserung insgesamt ist, muss bezweifelt werden. Nur in wenigen Fällen einzelner Kliniken wurden nachvollziehbar Verbesserungen erreicht, wobei solche auch für die meisten Kliniken aufgrund des Durchschnittsprinzips ja nicht erforderlich waren. Verbesserungen in den Durchschnittszahlen Sachsens waren im Beobachtungszeitraum jedenfalls nicht zu verzeichnen. Festzustellen war allerdings eine abnehmende Dokumentationsqualität vieler Kliniken, die sich zum Beispiel darin ausdrückte, dass der durchschnittliche Prozentsatz der Patienten mit vollständiger Erfassung aller vorgegebenen präoperativen Untersuchungsparameter von 1999 bis 2003 stetig abnahm.

Es ist einerseits bedauerlich, dass die Erfassung jetzt, da diese sich an den meisten Kliniken eingespielt hat, eingestellt wurde. Andererseits ist diese Entscheidung zu begrüßen, da aufgrund der bisherigen Erfahrungen bezweifelt werden muss, ob der Aufwand in einem vernünftigen Verhältnis zum Nutzen stand. Möglicherweise wäre es sinnvoll, nach einem längeren Intervall die Erfassung zu wiederholen. Dafür aber wären die weitere Überarbeitung des Erfassungsmoduls und eine Verbesserung der Auswertungsbedingungen wünschenswert, um das vorhandene Instrument tauglicher zu machen.

PD Dr. med. Oliver W. Hakenberg
Vorsitzender der fachspezifischen
Arbeitsgruppe Urologie
Ltd. Oberarzt der Klinik und Poliklinik für
Urologie, Universitätsklinikum Dresden