Interview mit Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska und Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH, Dresden

Vf meets QM: Ein ganz besonderes Team

Die Professoren Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska und Dr. Jochen Schmitt, beide bei der Universitätmedizin Dresden beschäftigt, sind ein ganz besonderes Team. Während sich Eberlein-Gonska um das Qualitätsmanagement einer der größten deutschen Kliniken kümmert, arbeitet Schmitt im selben Haus auf dem Unicampus im Bereich der Versorgungsforschung; nicht selten an Themen, die ganz besonders Qualitätsmanagerin Eberlein-Gonska interessieren – so gesehen eine Win-Win-Situation nicht nur für beide, sondern für die Klinik, als auch für die Versorgung insgesamt. Denn das, was die beiden Professoren gemeinsam erforschen, hat durchaus die Kraft, die Versorgungsqualität als solche zu verbessern – zumindest ein kleines bißchen.

>> Sehr geehrte Frau Professor Eberlein-Gonska und Herr Professor Schmitt, Sie beide bilden am Universitätsklinikum Dresden eine recht seltene Partnerschaft: Qualitätsmanagement auf der einen und Versorgungsforschung auf der anderen Seite.

Eberlein-Gonska: Der Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement, den ich verantworte, ist mit seinen zehn Mitarbeitern und einer ärztlichen Rotationsstelle gemessen an der Größe des Universitätsklinikums eine gut etablierte sowie anerkannte zentrale Einheit, die die Mitarbeiter der verschiedenen Berufsgruppen im Klinikum in ihrem eigenen Arbeitsumfeld bei der Erbringung einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung unterstützt. Bei dieser Arbeit gibt es immer wieder Fragestellungen, die einer wissenschaftlichen Herangehensweise als auch der Evaluation bedürfen. Hier haben wir das Glück und die große Chance, dass am Universitätsklinikum Dresden auch das Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) der Dresdner Hochschulmedizin angesiedelt ist.

Das heißt nicht unbedingt automatisch auch enge Zusammenarbeit.

Schmitt: Es stimmt sicher, dass das nicht zwingend ist. Doch bei uns in Dresden funktioniert das einfach; sicher auch deshalb, weil das ZEGV nicht einfach als Abteilung oder gar als bloßes Add-on verstanden wird, das eben nun einmal ganz zufällig so etwas wie Versorgungsforschung macht, sondern als integraler Bestandteil und Querschnittsbereich von Fakultät und Klinikum verstanden wird.

„Die enge Kooperation mit der Versorgungsforschung ist für mich als Qualitätsmanagerin eines großen Klinikums schon so eine Art historischer Moment."
Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska

Warum?

Schmitt: Weil schon sehr früh erkannt worden ist, dass ein weit größerer Impact ausgelöst werden kann, wenn Kliniker und Versorgungsforscher nicht nur zusammengebracht werden, sondern auch eng zusammenarbeiten und sich damit verstärken.

Also so eine Art „driven by job"?

Eberlein-Gonska: Eher „driven by need". Solche Bedarfe gibt es in jeder (großen) Klinik, davon aber gleich jede Menge, kleine wie große, bedeutende wie komplexe und alle mit einem nicht zu vernachlässigenden Impact auf die Outcome-Qualität.

„Die Versorgungsforschung muss auch den Weg in die Versorgung mitdenken und am besten auch begleiten."
Prof. Dr. Jochen Schmitt

Würden Sie das an einem Beispiel deutlich machen?

Eberlein-Gonska: Wir konnten zum Beispiel die flächendeckende Dekubitus-Dokumentation im Uniklinikum Dresden aufgrund der vom ZEGV erarbeiteten Evidenzlage reduzieren.

Reduzieren?

Eberlein-Gonska: Ja, auch so etwas gibt es. Was meinen Sie, wie froh das Pflegepersonal war, als der Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement den Dokumentationsaufwand reduzierte und dies mit gleich hoher Qualität.

Und das funktioniert?

Schmitt: Wenn man besser versteht, wann dokumentiert werden muss und wann nicht, dann schon. Das heißt aber auch, dass nicht nur die Mitgestaltungsmöglichkeiten, sondern auch die Verantwortung des Pflegepersonals gefördert und gestärkt werden muss, weil jede Einzelfallentscheidung – ob nun dokumentiert werden muss oder nicht – durch die Pflege abgewogen werden muss.

Diese Entscheidung wird nicht jeder gerne treffen.

Eberlein-Gonska: Manchen ist die neue Verantwortung sicher nicht ganz geheuer, vor allem weil damit die bisherige Routine, die auch ein Stück weit Sicherheit birgt, verändert wird. Gleichzeitig wird hiermit auch die Eigenverantwortung für die Qualität der Patientenversorgung gestärkt, und auch hier können QM und Versorgungsforschung eng zusammenarbeiten, weil eine solche Veränderung, und mag sie auch noch so marginal sein, einer wissenschaftlichen Begleitung bedarf.

Schmitt: Genau hier kommt die Implementation oder auch Translation ins Spiel. Für das QM ist zwar auch schon das Forschungsergebnis an sich ganz interessant, wenn es einem denn verrät, wie und vor allem wo man eine Dokumentation verändern kann, und dabei die Qualität sogar noch erhöht. Doch muss die Versorgungsforschung auch den Weg in die Versorgung mitdenken und am besten auch begleiten.

Eberlein-Gonska: Auch die damit verbundenen Hürden sind zu bedenken und somit ist die enge Kooperation mit der Versorgungsforschung für mich als Qualitätsmanagerin eines großen Klinikums schon so eine Art historischer Moment, weil sich damit völlig neue Evidenzlagen und damit Entscheidungsgrundlagen ergeben.

Was hat das Topmanagement davon?

Schmitt: Es kommt immer darauf an, wie man eine solche Entscheidungsgrundlage qua Evidenz vermittelt. Wir beide haben das sicher ganz geschickt gemacht …

… indem Sie sicher diverse Szenarien präsentiert haben.

Eberlein-Gonska: Im Fall der Dekubitus-Dokumentation gab es drei Szenarien, angefangen bei einem Screening nur noch für Hochrisikoabteilungen, was bedeutet, dass rund ein Viertel gar nicht mehr dokumentiert werden muss. Dieses Vorgehen war wichtig, denn das Topmanagement kann nur dann die richtige Entscheidung treffen, wenn es weiß, welche der ge-

troffenen Entscheidungen welche Kausalität nach sich ziehen wird – auf Basis der vorliegenden Evidenz mit doch recht hoher Wahrscheinlichkeit.

Doch die letzte Entscheidung muss immer der Vorstand treffen.

Schmitt: Sicher. QM und Versorgungsforschung können nur eine Art Anker liefern. Wichtig ist jedoch, dass nach einer solchen Entscheidung die Evaluation konsequent fortgeführt wird, weil die bisherige Evidenzlage zwar nur retrospektiv war, aber auch eine Art Nulllinie erzeugt hat, an der sich das Ergebnis der einmal getroffenen Entscheidung messen lassen kann. Nur so kommen wir in ein wirklich lernendes System.

Ist das ein Weg in die Zukunft?

Eberlein-Gonska: Unbedingt. Je mehr und enger wir zusammenarbeiten, desto mehr bin ich davon überzeugt, dass wir unser QM auf noch wissenschaftlichere Beine stellen können und müssen. Wenn man mal ganz ehrlich ist, funktionierte QM früher meistens auf Basis angewandten gesunden, ganz normalen Menschenverstands und den meisten QM-Beauftragten reicht das auch heute noch für ihre Arbeit. Aber die Herausforderungen im Gesundheitswesen verlangen von uns eine sorgfältige Nutzenbetrachtung, die wissenschaftlich fundiert sein muss. Ansonsten besteht die große Gefahr, dass QM zum reinen Kontrollinstrument verkümmert.

Reicht der gesunde Menschenverstand denn nicht?

Schmitt: Es kommt darauf an.

Wieder ein Beispiel bitte.

Eberlein-Gonska: Zum Beispiel hat unsere Sturzerfassung ergeben, dass das bisher angewandte Instrument zur Sturzrisikoermittlung auf der Intensivstation vollkommen unzureichend ist.

Schmitt: Dabei sollten und wollten wir an sich nur beweisen, dass es bei diesem Instrument Unterschiede bei der Anwendung zwischen der Intensiv- und der Normalstation gibt, was einem der gesunde Menschenverstand an sich nahe legen würde.

Was kam heraus?

Schmitt: Dass die Validität für die Normalstation durchaus gut ist, man aber bei der Intensivstation genauso gut würfeln kann.

Woran liegt das?

Eberlein-Gonska: Weil wahrscheinlich jeweils andere Risikofaktoren für Stürze wichtiger sind. Dabei wurde das Instrument, das bei uns verwandt wird, in Anlehnung an das John-Hopkins-Instrument entwickelt, das ohne große Validierung – zumindest keiner einzigen auf einer Intensivstation – in über 1.000 Kliniken in den USA genutzt wird.

Das mag man eigentlich gar nicht glauben.

Schmitt: Ohne tiefe belastbare Evidenz zumindest.

Da sieht man, dass Sie beide jede Menge Arbeit vor sich haben.

Eberlein-Gonska: Deswegen ist die Zusammenarbeit für uns beide so spannend, auch weil es eine Win-win-Situation ist. Einer meiner früheren Chefs hat einmal gesagt, dass man bei jedem Einzelnen den Top-Anreiz finden muss, damit „er das macht, was man selbst gerne hätte". Professor Schmitts Anreiz ist: Ich bin die „Spielwiese". Mein Anreiz ist: Er macht die Forschung, die ich brauche!

Doch ohne Forschung bleibt aber jede Spielwiese irgendwie nur theoretisch.

Schmitt: Stimmt. Aber so schaffen wir Nutzen. So haben wir beispielsweise bei der Dekubitus-Dokumentation den Aufwand bei mindestens gleichem Nutzen erheblich reduziert.



Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska

ist seit 2000 Leiterin des Zentralbereichs Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden, Dresden. Als Fachärztin für Pathologie hat sie berufsbegleitend den European Master in Quality Management abgeschlossen, war mehrere Jahre als akkreditierte KTQ-Visitorin tätig, ist Leitende Systemauditorin im Gesundheitswesen, EFQM-Assessorin und hat von 2014 - 2016 den Fachausschuss Peer Review der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) geleitet. Sie hat mehrere Lehraufträge u.a. an der Medizinischen Fakultät Dresden sowie der staatlich anerkannten Dresden International University. Darüber hinaus ist sie berufspolitisch in der Sächsischen Landesärztekammer und der Bundesärztekammer tätig.

Eberlein-Gonska: Das muss aber noch bei sehr viel mehr Instrumenten und Prozeduren passieren, auch weil kontinuierlich immer wieder neue „erfunden" bzw. verordnet und ins Setting aufgenommen werden. Unser Ziel dabei ist: mit möglichst hoher Evidenz!

Ist das auch der Weg in eine Fehlerkultur?

Eberlein-Gonska: Es gibt kiloweise Publikationen über Effekte der ärztlichen Kompetenz und der Organisationskultur. Doch was dabei letztlich zum einen im Sinne des Nutzens für den Patienten, und zum zweiten im Sinne des Lernens für den einzelnen Arzt heraus kommt, ist extrem schwer zu beurteilen.

Schmitt: Man wird wahrscheinlich nie messen können, wie viele Fehler tatsächlich vermieden werden können. Und vor allem: welche? Trotzdem kann jeder Patient von dem Klinikums seines Vertrauens erwarten, dass es einer Fehlerkultur und einem selbstkritischen Umgang mit Fehlern und deren Aufarbeitung folgt – doch auch von möglichen Fehlern oder selbst Fastereignissen. Das braucht aber eine ganz neue Kultur und interdiszi-



Prof. Dr. med. Jochen Schmitt, MPH

ist seit 2012 Gründungsdirektor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung (ZEGV) des Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden. Seit 2011 ist er W2-Professor für Sozialmedizin und Versorgungsforschung, Zuvor war Prof. Schmitt rund 10 Jahre klinisch als Dermatologe und Allergologe am Universitätsklinikum Dresden tätig, zuletzt als Oberarzt mit Zuständigkeit für Allergologie, Berufs- und Umweltdermatologie. 2009 hat er an der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus im Fachgebiet Dermatologie und Venerologie zum Thema „Epidemiologie, medizinische Versorgung und gesundheitsökonomische Aspekte des atopischen Ekzems" habilitiert.

plinäre Kommunikation.

Eberlein-Gonska: Doch der erste Schritt ist getan, wenn wir die Chance der engen Zusammenarbeit nutzen und uns gegenseitig unterstützen und verstärken. Denn ein Qualitätsmanager kann und wird unter Umständen ganz andere Fragen als ein Wissenschaftler stellen, weil ersterer näher an der Praxis- und der Anwendungsorientierung verortet ist.

Morbiditäts- und Mortalistätskonferenzen, kurz MM-Konferenzen, sind da sicher auch ein guter Anfang.

Eberlein-Gonska: Bei uns sollen zum Beispiel in allen Kliniken MM-Konferenzen durchgeführt werden, aber eben nicht irgendwie, sondern strukturiert. Das ist eine Vorstandsvorgabe.

Die meisten Unikliniken werden, wenn man sie denn fragen würde, sicher erklären, dass sie solche MM-Konferenzen auch hätten.

Schmitt: Aber nur, weil es keinen Standard gibt, wo eine MM-Konferenz beginnt und ein Gespräch in der Oberarztrunde aufhört.

Eberlein-Gonska: Genau. Bei uns in Dresden machen wir das anders, d.h. systematisch, indem wir zunächst überlegen , was wir wollen und wie wir so etwas strukturieren und systematisch aufbauen müssen. Sicher hat mein Bereich hier im Klinikum auch darum solch einen guten Stand, weil wir bei all diesen Fragen Unterstützung geben können. Das beginnt bei Prozessanalysen, geht über die Strukturierung sowie Vereinfachung von Abläufen, der Identifikation von Problemfeldern bis hin zu einer Implementierung einer Qualitätskultur. Bei allem bedarf es allerdings einer unbedingten Unterstützung durch die Klinikumsleitung, und darauf kann ich hier im UKD bauen.

Wo könnten Sie denn von sich behaupten, sie hätten die Versorgung wirklich verbessert?

Eberlein-Gonska: Wir haben beispielsweise im Jahr 2004 unser Krebszentrum zertifiziert und waren damit die Ersten in ganz Deutschland. Ausgehend von einer damals kleinen Ambulanz ist Dresden heute ein National Cancer Center. Ich glaube das hat auch mit der guten Organisation, transparenten Abläufe und einer nachweisbaren Qualität zu tun. Doch auch hier heißt es, genau ins Detail zu gehen: So haben wir zum Beispiel als Erste gemessen, ob im Rahmen eines Tumorboards der getroffene Beschluss überhaupt umgesetzt wird.

Was einem wieder der gesunde Menschenverstand nahegelegt hätte.

Eberlein-Gonska: So etwas nennt sich horizontales Audit, inzwischen auch in Form einer Lehrveranstaltung mit Studenten. Dabei werden stichprobenartig 20 Tumorboardbeschlüsse gezogen, bei denen geprüft wird, ob und wie die Beschlüsse umgesetzt worden sind. Durch solche Maßnahmen werden Prozesse und damit auch die Ergebnisqualität positiv beeinflusst und die Ausbildung gefördert.

Schmitt: Doch könnte die Mortalität natürlich auch durch den normalen medizinischen Fortschritt sinken. Darum ist relativ schwierig, wissenschaftlich exakt nachzuweisen, was für die Ergebnisqualität nun genau verantwortlich ist.

Wie steht es hier mit Peer Reviews?

Eberlein-Gonska: Ich bin überzeugt, dass die Peer Reviews im Kleinen einen Effekt haben und damit auch im Großen. Dieses Verfahren, mit dem einmal der HELIOS-Verbund angefangen hat, führen jetzt immerhin rund 400 Krankenhäuser und damit ein Fünftel aller deutschen Kliniken mit mehr als 6 Millionen stationären Fällen durch.

Schmitt: Zur Evaluation der Wirksamkeit des Peer Reviews zur Senkung der Krankenhaussterblichkeit haben wir gemeinsam mit der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) einen Antrag beim Innovationsfonds gestellt und erfreulicherweise die Förderzusage bekommen. Wir haben nun die Möglichkeit, anhand einer Cluster-randomisierten Studie harte Evidenz über den Nutzen einer komplexen Qualitätsintervention zu bekommen. Das ist bisher in Deutschland noch ein Novum und wir hoffen der Anfang vom Übergang einer vornehmlich deskriptiven Versorgungsforschung hin zur prospektiven, kontrollierten Untersuchung von Versorgungskonzepten, Qualitätssicherungsmaßnahmen und anderen komplexen Interventionen. Dieser Schritt ist wichtig, um das oftmals zitierte „lernende System" tatsächlich zu implementieren.

Frau Professor Eberlein-Gonska und Herr Professor Schmitt, danke für das Gespräch. <<

Das Interview führte MVF-Chefredakteur Peter Stegmaier.