

Martini-Klinik: Hamburg

Qualitätsmessung und Prozessmanagement

Einen Mehrwert für Patienten schaffen durch konsequentes Messen der Ergebnisqualität: Die Martini-Klinik, Hamburg, sammelt seit 1992 entsprechende Daten.

Nicola Sieverling, Hamburg

Die Outcome-Analyse ist außergewöhnlich für ein Krankenhaus: Doch die auf die Behandlung von Prostatakrebs spezialisierte Einrichtung hat auch die ärztliche Leitungsstruktur verändert. Mit Erfolg: 10 Jahre nach der Gründung ist das Tochterunternehmen des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf das weltweit größte Prostatakrebs-Zentrum. Prof. Hartwig Huland, Urologe und Leitender Arzt, steht Rede und Antwort.

Sieverling: Die Martini-Klinik hat sich der konsequenten Messung der Ergebnisqualität verschrieben. Wie funktioniert das?

Prof. Hartwig Huland: Wenn ein Patient eine Klinik verlassen hat, weiß der Operateur nicht, was aus seinem Patienten geworden ist. Es gibt keine Ergebnisqualitätsmessung. Wertvolles Wissen geht verloren. Das war die Motivation, diese Lücke zu schließen und unsere Datenbank mit den klinischen Daten während des Krankenhausaufenthalts um die in regelmäßigen Abständen erhobenen Nachbeobachtungsdaten von inzwischen 23.000 Patienten zu ergänzen. Uns Operateuren ist es wichtig, die Behandlungsergebnisse zu kennen, sie untereinander zu vergleichen und dadurch die Qualität immer weiter zu verbessern.

Diese Outcome-Analyse ist sicher sehr aufwendig. Wer soll denn diese Daten sammeln und auswerten?

Huland: Die Anfänge im Jahre 1991 waren enorm schwierig. Mein damaliger Assistent Markus Graefen, heute Professor und Ärztlicher Leiter der Martini-Klinik, hat mit dieser Arbeit begonnen. Die Martini-Klinik hat mittlerweile vier Stellen geschaffen. Und es galt, Ressentiments zu überwinden. Zu Beginn haben sich viele niedergelassene Urologen bei uns beschwert, weil sie glaubten, wir mischten uns in die Nachsorge ihrer Patienten ein.

Damals haben wir unsere Patienten noch einmal im Jahr zu einer persönlichen Befragung hinsichtlich ihrer Lebensqualität in die Klinik eingeladen. Heute werden die Patienten gebeten, Angaben in validierten Fragebögen zu machen. Ein zunehmender Teil schickt seine Angaben online. Jeder Patient erhält eine Woche nach der OP, dann sechs Monate und dann jährlich einen Fragebogen. Das ist ein Kontakt auf Lebenszeit!

Profitieren denn auch die Patienten von der Datenerhebung?

Huland: Wir können neuen Patienten eine solide Prognose ihres Krankheitsverlaufes geben – einfach anhand des



Vergleichs mit der Patientengruppe, die die gleichen Ausgangsbedingungen aufwies. Wir haben schnellen Zugriff auf einen über 22 Jahre gewachsenen Datensatz zur Prostatakrebs-Behandlung am UKE und in der Martini-Klinik, der für Krankenhäuser ungewöhnlich ist. Handelt es sich um ein Rezidiv? War der Patient zur Zweitbehandlung hier? Hat er den Tumor überlebt und wie sehen seine Daten zu Kontinenz und Potenz aus?

Wir verfügen also über eine Fülle an wissenschaftlichen Erkenntnissen. Zukünftig werden wir genetische Veränderungen identifizieren können, die dazu dienen können, Hochrisikopatienten zu erkennen und diesen frühzeitig eine adjuvante Therapie wie die Bestrahlung oder eine gezielte Target Therapie zukommen zu lassen.

Und welchen Wert hat die Ergebniskontrolle für die Ärzte der Klinik?

Huland: Im halbjährigen Rhythmus werden uns die OP-Ergebnisse von unserem Biostatistiker präsentiert. Wir schauen uns im Team rund 50 bis 60 Grafiken an. Dort werden Stärken, aber auch Schwachpunkte eines jeden Operators sichtbar. Ein Beispiel: Ein Chirurg war bei den Zahlen zum Kontinenzverlust besser als alle anderen Kollegen. Dann prüfen wir, mit welcher Veränderung der Operationstechnik oder Therapie er dieses Behandlungsziel erreichen konnte.

Der Vorteil dieser transparenten Wissensvermittlung liegt auf der Hand: Jeder Operateur hat das Ziel, das hohe Qualitätsniveau zu erreichen und zu halten. Bei schlechteren OP-Ergebnissen handeln wir genauso, und der entsprechende Arzt kann Korrekturen vornehmen, um eine bessere Ergebnisqualität zu erreichen. Durch diesen intensiven Austausch verfeinern und verbessern wir stetig unsere OP-Techniken. Das nenne ich gelebte Qualitätssicherung!

Ist dieser Austausch unter den Ärzten nicht ein zeitaufwendiges Pflichtprogramm?

Huland: Im Gegenteil! Die Auswertung und intensive Beschäftigung mit den Ergebnissen der Tumordatenbank

macht intellektuell großen Spaß. Das ist eine echte Herausforderung in der Klinik-Routine. Da fragt beispielsweise morgens ein Kollege in der Frührunde, ob es Sinn macht, die Lymphknoten bei einem Patienten überhaupt zu entfernen. Dann kann man sagen: Schau doch mal in der Datenbank und überprüfe unsere Ergebnisse mit und ohne Lymphknotenentfernung.

Gibt es geeignete Qualitätskriterien, anhand derer sich auch verschiedene Krankenhäuser in ihrer Behandlungsqualität vergleichen könnten?

Huland: Michael Porter, weltbekannter Gesundheitsökonom aus Harvard, hat in einem Stern-Interview gesagt, es sei unethisch, keine Outcome-Analyse zu machen. Da die Martini-Klinik damals schon Ergebnisqualitätsdaten erhoben hat, habe ich Kontakt zu ihm aufgenommen. Und er hat, weil er in unserem Vorgehen sein Idealbild der Outcome-Analyse verwirklicht sah, über die Martini-Klinik einen Case-Report schreiben lassen, der als Lehrbeispiel für Studenten eingesetzt wird. Porter ist Mitbegründer der Non-Profit-Organisation ICHOM (International Consortium for Health Outcome Measurement), welche für die 50 häufigsten Erkrankungen Standards festlegen möchte, welche Parameter zu welchem Zeitpunkt des Behandlungsverlaufs dokumentiert werden müssen, um einen internationalen Vergleich der Ergebnisqualität zu ermöglichen.

Sie haben vor 10 Jahren die Martini-Klinik nur für die Behandlung von Prostatakrebs gegründet. Hatte diese Spezialisierung Erfolg?

Huland: Inzwischen sind wir mit jährlich ca. 2.200 Operationen das größte Prostatakrebs-Zentrum der Welt. Es ist erwiesen, dass Behandlungsergebnisse deutlich besser sind, wenn ein Operateur den Eingriff – wie bei uns – sehr häufig macht. Daher der Begriff High Volume Chirurg. Je öfter, desto besser! Gerade im Bereich von sehr komplexen und häufigen Erkrankungen macht daher eine enge Spezialisierung sehr viel Sinn. Unsere Ärzte haben darüber hinaus jeder eine zusätzliche



Prof. Hartwig Huland

Spezialisierung innerhalb des begrenzten Gebietes Prostatakrebs für sich erlangt, etwa im Bereich der Bildgebung von Tumoren oder im Bereich unserer internationalen Cancer-Genom-Projekte.

Sie haben die ärztliche Leitungsstruktur in der Martini-Klinik verändert. Nach welchem Konzept arbeiten Sie gemeinsam?

Huland: Das deutsche System mit einem Chefarzt, wenigen Oberärzten und vielen Assistenzärzten haben wir durch ein Faculty-System nach amerikanischem Vorbild ersetzt, in dem gleichberechtigte leitende Ärzte chefarztgleich entlohnt werden. Wir mussten feststellen, dass die Ergebnisqualität der Oberärzte während der operativen Ausbildung zwar ein erfreuliches Niveau erreichte, diese aber nach absolvierter Lernkurve begannen, sich auf andere Chefarztpositionen zu bewerben, und die Klinik verließen. Das Faculty-System hilft uns, begabte Mediziner langfristig an die Klinik zu binden. Darüber hinaus schafft es ein Umfeld spezialisierter Fachleute, die sich gegenseitig förderlich ergänzen und im Team besser entwickeln können, als es in einer solitären Chefarztposition möglich wäre.

Was bedeutet das konkret für die Patienten?

Huland: Er trifft nicht auf einen Chefarzt, der mit drei bis vier Oberärzten und fünf Assistenten Visite macht. Alle zehn Chefarzte sind bei uns gleichberechtigt. Der Patient hat seinen Arzt, der ihn vor, während und nach der OP betreut, und er trifft nur auf einen High-Volume-Chirurgen mit großer Erfahrung.