Bedeutung von Zertifizierung und Zentrenbildung für die Viszeralmedizin

Gesprächsleiter: Hans-Peter Bruch (Lübeck) Klaus Fellermann (Lübeck)

Teilnehmer: Jacob R. Izbicki (Hamburg) Oliver Schwandner (Regensburg)

Die Gesellschaft sieht sich in den kommenden Jahren vor gewaltige Probleme gestellt. Unsere auf möglichst vollkommene Selbstverwirklichung abgestellte egozentrische Lebensart hat uns mit ihrer Kinderarmut ein Experiment beschert, das sich ein Volk wahrscheinlich nur ein einziges Mal leisten kann.

Die demografische Entwicklung strebt 10 Millionen der über 80-Jährigen und 30% weniger Menschen im Erwerbsleben zu. Dies trifft unsere Gesellschaft gleich mehrfach. Die Menschen in Deutschland leben immer länger. Sie sind glücklicherweise länger gesund. Irgendwann aber sind sie auf medizinische und pflegerische Hilfe angewiesen. Die Gesundheitskosten der Hochbetagten übersteigen die der Normalbevölkerung um den Faktor 4–5. Alle großen Volkskrankheiten, angeführt von der Demenz, werden bereits in den nächsten 10 Jahren zwischen 20 und 90% zunehmen.

Auch wenn das Medizinsystem in Zukunft als Chance für Prosperität und Wohlstand, für Vollbeschäftigung und ein besseres Leben gesehen werden sollte und die materiellen Ressourcen nicht in dem Maße schwinden, wie dies nach den demografischen Daten zu erwarten wäre, wird die Zeit knapp, um über ein besseres Medizinsystem nachzudenken und diese Erkenntnisse in die Tat umzusetzen. Unser System muss also effektiver und effizienter werden, will es den Anforderungen der Zukunft begegnen. Zertifizierung und Zentrenbildung könnten hier in die richtige Richtung weisen.

Frage 1: Mit zunehmenden Anforderungen an das Medizinsystem wird es gleichzeitig einen Mangel an Fachkräften geben. Wird die Zentrumsbildung die Attraktivität operativer Fächer beim Nachwuchs steigern?

Schwandner: Die Zentrenbildung ist sowohl für Patienten als auch für die zertifizierten Kliniken attraktiv und wünschenswert. Für entsprechende Kliniken besteht ein Standortvorteil. Inwieweit kleinere Krankenhäuser bzw. Krankenhäuser in ländlichen Regionen, die eine Grund- und Regelversorgung anbieten, einen Standort- oder Kompetenznachteil haben werden, lässt sich derzeit noch nicht beantworten. Man darf jedoch annehmen, dass direkte Auswirkungen auf die bereits bestehenden «Nachwuchssorgen» hinsichtlich Aus- und Weiterbildung in diesen ländlichen Regionen verstärkt werden. Andererseits bieten sich durch die Zentrenbildung neue attraktive Weiterbildungsmöglichkeiten an den in der Regel auch zertifizierten Standorten.

Frage 2: Viszeralmedizinische Zentren werden, wie von Herrn Schwandner ausgeführt, wahrscheinlich nicht überall entstehen können. Vielmehr bedürfen sie einer bestimmten Klinikgröße. Wie stellt man sich vor, dass ein solches viszeralmedizinisches Zentrum organisiert sein könnte?

Izbicki: In einigen Kliniken ist in den letzten Jahren ein viszeralmedizinisches Zentrum etabliert worden. Dabei sind Umfang der Kooperation und Interdisziplinarität sehr unterschiedlich ausgeprägt. Die minimale Variante dieser Organisationsform ist durch zwei selbständige Abteilungen in räum-

licher Nähe gekennzeichnet. Diese Abteilungen führen regelmäßig eine gastroenterologisch-viszeralchirurgische Konferenz durch. In der Außendarstellung eines Klinikums kann dies als viszeralmedizinisches Zentrum deklariert werden. Grundsätzlich aber sollte eine ähnliche Organisationsform in jeder Klinik als Mindeststandard zu fordern sein. Dieser Mindeststandard kann in jedem Hause, das über eine Viszeralchirurgie und eine Gastroenterologie verfügt, eingehalten werden.

Hingegen beschreibt die Verschmelzung beider Abteilungen den anzustrebenden Optimalzustand. Auch wenn die fachliche und personelle Trennung aus meiner Sicht bestehen bleiben sollte, so ist eine interdisziplinäre Behandlung der Patienten auf einer viszeralmedizinischen Station sinnvoll. Immer jedoch bedarf es klarer Absprachen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für jeden einzelnen Patienten.

Wenig sinnvoll erscheint mir eine ebenfalls schon erprobte Konzeption mit viszeralchirurgischer, gastroenterologischer und interdisziplinärer Station. Wie ein viszeralmedizinisches Zentrum gelebt wird, hängt von der Struktur einer Klinik ab. Wenn neben dem viszeralmedizinischen Zentrum noch Gefäßzentrum, Herzzentrum und Thoraxzentrum etabliert sind, werden die Patienten sicher optimal interdisziplinär behandelt. Da die Chirurgie aber neben allen anderen Anforderungen, die an dieses Fach gestellt werden, ein Handwerk ist, dessen Basis für die schneidenden Disziplinen in der Regel gleich oder ähnlich bleibt, muss gerade in neu strukturierten Häusern über die Aus- und Weiterbildung intensiv nachgedacht werden, da die Interessen der chirurgischen Fächer unter Umständen sehr viel dichter beieinander liegen, als dies im Bezug auf die Kooperationspartner im Organzentrum der Fall ist. So werden spezifische Aufgaben, wie etwa die Operationsindikation und die Durchführung operativer Interventionen, fachspezifisch bleiben müssen – und sei eine Klinik auch noch so interdisziplinär organisiert. Ähnliches gilt auch für die Nacht-, Feiertags- und Notfalldienste.

Frage 3: Wie sollte in einem solchen Konstrukt dann die Führung organisiert sein?

Izbicki: Selbst wenn ein interdisziplinäres viszeralmedizinisches Zentrum eine komplette und kompetente Versorgung der entsprechenden Patienten leisten kann, so sind dabei Aspekte der Versorgungsqualität und medico-legale Aspekte zu beachten. Mithin muss der Facharztstandard gewährleistet sein. Außerdem muss die unterschiedliche Weiterbildung der Ärzte verschiedener Fachdisziplinen durch entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten sichergestellt sein. Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass eine gemeinsame Führung aus Viszeralchirurgie und Gastroenterologie notwendig ist.

Frage 4: Wie könnte man sich eine gemeinsame Stationsbetreuung vorstellen?

Izbicki: Auch die Versorgung einer gemeinsamen Station bedarf klarer Verantwortlichkeiten und Kompetenzen. In letzter Konsequenz wird es weiterhin chirurgische und gastroenterologische Patienten geben müssen, die jedoch auf einer Station behandelt werden.

Es erscheint durchaus angezeigt, auf Ebene der Assistenzärzte interdisziplinäre Stationen gemeinsam zu betreuen. So wird der medizinische Horizont erweitert, und es wächst das Verständnis für die Gedankengänge der Nachbardisziplinen. Bezogen auf die Fach-, Ober- und Chefarzzebene hingegen sollte eine fachspezifische Visite stattfinden, die besonders der Einzeldisziplin zugeordnete Patienten im Fokus hat.

Patienten mit klarer Operationsindikation und Patienten nach einer operativen Intervention sind dementsprechend chirurgisch zu betreuen. Patienten, die zur gastroenterologischen Diagnostik und Therapie zugewiesen werden, sollten fachärztlich gastroenterologisch behandelt werden.

Frage 5: Welche Rolle spielen in diesem Konzept Patienten, die der notfallmedizinischen Versorgung zugewiesen werden?

Izbicki: Ein entscheidender Punkt im viszeralmedizinischen Zentrum ist die Versorgung von Notfallpatienten. Eine gemeinsame fachärztliche Beurteilung durch Viszeralchirurg und Gastroenterologen ist hier zwingend notwendig. Im interdisziplinären Konsens sollten diese Patienten zwar federführend einer der beiden Abteilungen zugeordnet werden, wenn eine stationäre Behandlung als indiziert gesehen wird. Im Primärverlauf sollten diese Patienten jedoch von beiden Disziplinen fachärztlich visitiert werden. Nicht selten handelt es sich in großen Kliniken um ein onkologisches Krankengut, dessen weitere Therapie in interdisziplinärer Kooperation auch mit Onkologen und Strahlentherapeuten zu planen ist.

Frage 6: In den viszeralmedizinischen Zentren, die aus sehr unterschiedlich organisierten Kliniken hervorgehen, deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch unterschiedliche Dienstzeiten haben, sind gemeinsame Visiten nicht immer einfach zu gestalten. Wie könnte man diese Visiten gemeinsam organisieren?

Izbicki: Wenn eine viszeralmedizinische Station wirklich gelebt werden soll, kann eine stationsärztliche Visite aller Patienten durch die Weiterbildungsassistenten interdisziplinär erfolgen. Zudem sollte einmal täglich die fachärztliche Visite der Patienten der eigenen Disziplin erfolgen. Idealerweise müssen Visitenzeiten einander angepasst werden, damit die Patienten wirklich gemeinsam gesehen werden können, wenn not-

wendig. Alle interdisziplinären Fragestellungen müssen unbürokratisch gemeinsam behandelt, die Patienten gemeinsam besucht werden. Ob eine gemeinsame Visite aller Patienten der Gastroenterologie und Viszeralchirurgie immer durchgeführt werden muss und sinnvoll ist, sei dahingestellt.

Frage 7: Die Krankenhausverwaltungen sehen Organzentren durchaus auch aus einem ökonomischen Blickwinkel. Sollten daher die wesentlichen Krankheitsbilder nach Standard Operation Procedures behandelt werden, die zwischen den Kliniken abgesprochen sind, um Geld und Zeit zu sparen?

Izbicki: Bei bestimmten Krankheitsbildern ist die interdisziplinäre Festlegung von definierten Behandlungspfaden zielführend. Dies gilt beispielsweise für das Management der Sigmadivertikulitis oder der Cholezystitis und Cholezystolithiasis. Dem Patientenkollektiv entsprechend können auch für Patienten nach der Operation Standards festgelegt werden. Es gilt jedoch: Je komplexer die diagnostischen, operativen und therapeutischen Verfahren, umso weniger lassen sich fixe Standards definieren.

Primäres Ziel eines viszeralmedizinischen Zentrums sollte aus meiner Sicht daher nicht die Ökonomie sein. Nicht Zeit und Geld, vielmehr die Verbesserung der Versorgungsqualität und damit das Patientenwohl sind die entscheidenden Ziele eines Klinikums. Wichtig ist auch, dass eine hochwertige Weiterbildung einen hohen Stellenwert behält. Den Weiterbildungsermächtigten in Chirurgie und Gastroenterologie muss entsprechend Zeit für die Weiterbildung zur Verfügung gestellt werden. Weiterbildung und damit eine hochkompetente junge Ärztegeneration ist nicht zum Nulltarif zu haben.

Frage 8: Ein weiteres Feld, mit dem wir uns in diesem Gespräch beschäftigen wollen, ist die Zertifizierung. Was bedeutet Zertifizierung eigentlich?

Schwandner: Als Zertifizierung wird ein Verfahren definiert, mit dessen Hilfe die Einhaltung bestimmter Anforderungen nachgewiesen wird. Die Zertifizierung ist ein Teilprozess der Konformitätsbewertung. Zertifizierungen werden in vielen Bereichen des täglichen Lebens durchgeführt und könnten Produkte, Dienstleistungen, Personen oder Systeme betreffen. Sie werden in der Regel zeitlich befristet sowie von unabhängigen Zertifizierungsstellen verliehen und im Rahmen von Rezertifizierungen überprüft und kontrolliert. Neben den allgemein bekannten Zertifizierungsstellen (z.B. TÜV, Dekra usw.) haben Zertifizierungsprozesse auch Einzug in die Medizin gehalten und betreffen hier nahezu alle Bereiche (z.B. Medizintechnik, Medizinprodukte und Kliniken).

Frage 9: Was ist das übergeordnete Ziel einer Zertifizierung?

Schwandner: Die Einführung von Zertifizierungen mit daraus folgender Zentrenbildung hat primär das Ziel, die Qualität beteiligter Kliniken in entsprechenden Bereichen darzustellen und mithilfe des Internets transparent zu machen. Somit besteht für Patienten die Möglichkeit, sich entsprechend der Expertise einer Klinik gezielt dort behandeln zu lassen. Ein weiteres Ziel der Zertifizierung ist, die Behandlungsqualität insgesamt zu verbessern. Hierfür sind eine Dokumentation und definierte Qualitätsindikatoren notwendig.

Frage 10: Wie wird in der Viszeralchirurgie zertifiziert?

Schwandner: Seit einigen Jahren beobachtet man zahlreiche Initiativen, die Qualität der Behandlung darzustellen, transparent abzubilden und letztlich zu verbessern. Unter der Federführung der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) wurden allgemeine Regeln zur Zertifizierung entwickelt, die sich sowohl an wissenschaftlichen Vorgaben als auch an der klinischen Erfahrung orientieren. Die Zertifizierung ist hierbei an Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätssicherungsmaßnahmen gebunden, die von den entsprechenden wissenschaftlichen Gesellschaften, der DKG und den Arbeitsgemeinschaften der DGAV erarbeitet wurden. Dabei hat die DGAV das ausgeklügeltste Zertifizierungssystem entwickelt. Es kennt derzeit 3 Stufen der Zertifizierung: das Kompetenz-, das Referenz- und das Exzellenzzentrum. Prinzipiell unterscheiden sich diese Zentren durch personelle Voraussetzung und Qualifikation, Weiterbildungsmöglichkeiten, das Ausmaß der durchgeführten operativen Eingriffe in dem zertifizierten Fachgebiet und die Fortbildungs- bzw. wissenschaftlichen Aktivitäten. Allen Stufen gemeinsam ist der organisatorische Ablauf der Zertifizierung, die Dokumentation der Prozessqualität sowie die Rezertifizierung. Die DGAV hat für viele Bereiche der Viszeralchirurgie eine Zertifizierungsmöglichkeit geschaffen.

Folgende Bereiche können zertifiziert werden: die chirurgische Koloproktologie, die minimal invasive Chirurgie, chirurgische Erkrankungen des Pankreas, chirurgische Erkrankungen der Leber, Adipositas und metabolische Chirurgie, Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie, endokrine Chirurgie sowie Chirurgie des Magens und der Speiseröhre. Die Zertifizierung dieser Bereiche schließt in der Regel die Kooperation mit den notwendigen Nachbardisziplinen zwingend mit ein. Sie beinhalten definierte Anforderungen, z.B. regelmäßige Sprechstunden, bestimmte berufliche Qualifikationen, Weiterbildungsermächtigungen, apparative Diagnostik, Kooperationen und Mindestzahlen. Multimodale Therapieformen müssen leitliniengerecht durchgeführt werden. Mindestens 80% der Patienten müssen eingeschlossen sein,

bei Tumoren ist die Lokalrezidivrate definiert, und eine Nachbeobachtungsrate von 70% nach 5 Jahren muss sichergestellt werden.

Frage 11: Wie kann man diese Qualität messen?

Schwandner: Betrachtet man die beiden übergeordneten Ziele der Zertifizierung, Darstellung und Verbesserung der Qualität, so wird natürlich auch deutlich, dass die Suche nach objektiven Qualitätsindikatoren nicht einfach ist. Dies lässt sich für die Chirurgie am Beispiel der chirurgischen Kolo-proktologie erläutern. In zahlreichen Studien wird die Rate an abdominoperinealen Rektumexstirpationen als Indikator für eine qualitativ hochwertige onkologische Rektumchirurgie bewertet. Jedoch können verschiedene andere Faktoren ebenfalls zur Qualitätsbewertung herangezogen werden, unter anderem die Rate an R1-Resektionen, die 30-Tage-Mortalität oder die Rate der Anastomoseninsuffizienzen. Letztlich ist die Frage, welcher Effekt zu exzellenten onkologischen Resultaten führt – ist es die Spezialisierung, die hohe Frequenz der Eingriffe oder das Training? – nicht endgültig geklärt. Somit ist generell die Festlegung von Qualitätsindikatoren eine Herausforderung, und individuelle Unterschiede können in der Regel nicht in die Bewertung einfließen. Darüber hinaus ist die rasante Entwicklung in der Viszeralmedizin zu berücksichtigen, wo neue Techniken beträchtliche Auswirkungen auf Indikationsstellung und Verfahrenswahl haben.

Frage 12: Worin sehen Sie die Gefahren oder die Kritikpunkte der Zertifizierung?

Schwandner: Langfristig ist es das Ziel der Zertifizierung bzw. der Zentrenbildung, die Verbesserung der Behandlungsqualität von Patienten sicherzustellen. Nur wenn objektiv und unabhängig kontrolliert festgelegt werden kann, dass ein positiver Einfluss der Zentrenbildung auf die klinischen Resultate besteht, ist der Zertifizierungsprozess formal gerechtfertigt. Die derzeit gefühlte «Zertifizitis» führt sonst nicht zu den gewünschten Effekten. Nicht selten besteht derzeit der nicht von der Hand zu weisende Anschein, dass die Verleihung eines Zertifikates mehr dem Marketing denn dem Patientenwohl dienen soll.

Weiterhin besteht die Gefahr, dass durch die Fülle möglicher Zertifizierungen der Überblick für die Patienten verloren geht. Gerade durch interdisziplinäre Strukturen muss es

deswegen möglich sein, gemeinsame Zertifizierungen von unterschiedlichen Zertifizierungsstellen verliehen zu bekommen, z.B. Darmzentrum, Zentrum für minimal invasive Chirurgie, Onkologisches Zentrum oder Kontinenz- und Beckenbodenzentrum. Dies darf für die Patienten nicht zu undurchschaubaren Strukturen und Organisationsformen führen. Und nicht zuletzt bleibt die Unabhängigkeit derer, die Zertifizierungen durchführen, eine *conditio sine qua non*.

Frage 13: Was wird uns die Zukunft also bringen?

Schwandner: Die Bemühungen der verschiedenen Gesellschaften und Kooperationsgemeinschaften, Behandlungs- und Ergebnisqualität transparent abzubilden und zu verbessern, sind ohne Einschränkung zu begrüßen. Für die Patienten bedeutet dies eine objektive Hilfe bei der Auswahl der behandelnden Klinik und eröffnet wertvolle Angebote bei der Behandlung (z.B. psychosoziale Unterstützung bei Krebserkrankungen). Für jedes Zentrum muss die entsprechende Zertifizierung kontinuierlich gelebt werden, d.h. die Qualitätsstandards müssen ständig angewandt und verbessert werden und sollten nicht nur als bürokratischer Ballast des Qualitätsmanagements angesehen werden. Zertifizierungsabläufe und -inhalte sollen dynamische Prozesse darstellen, die nach entsprechenden Intervallen überprüft und den jeweiligen Standards nach wissenschaftlichen Kriterien und Evidenzlage angepasst werden müssen. Darüber hinaus wäre es für die Zukunft wünschenswert, wenn europäische Zertifizierungsmodelle entwickelt werden könnten, die einheitliche Qualitätsstandards über Grenzen hinweg beinhalten und für den viszeralmedizinischen Nachwuchs interessant wären.

Teilnehmer

Prof. Dr. med. Jakob R. Izbicki
Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Visceral- und Thoraxchirurgie
Zentrum für Operative Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg, Deutschland
Izbicki@uke.uni-hamburg.de

Prof. Dr. Oliver Schwandner
Abteilung für Proktologie, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
Prüfeninger Straße 86, 93049 Regensburg, Deutschland
Oliver.Schwandner@barmherzige-regensburg.de