Qualitätsindikatoren in der Schlaganfallversorgung

Mortalitätsraten sind per se nicht das Maß aller Dinge

Die Aussagen im Interview der InFo Neurologie & Psychiatrie 11/2016 (Seite 6f.) über die „Qualität der Schlaganfallversorgung“ seines geschätzten Kollegen Professor Frank Erbguth, Nürnberg, möchte Professor Johannes Jörg nicht unwidersprochen stehen lassen. Denn als ehemaliger Referent bei der IQM (Initiative Qualität in der Medizin), früherer Fachgruppensprecher Neuromedizin bei den Helios-Kliniken und mehrjähriger Peer-Review-Teilnehmer in der Schlaganfallversorgung hat er über Jahre gute Erfahrungen mit dem Qualitätsmarker Mortalität gemacht.

„Mortalitätszahlen sind als Routinedaten per se beim Schlaganfall keine Qualitätsindikatoren, sie können jedoch insbesondere bei der Abweichung nach oben beispielsweise über 15 % – aber auch nach unten unter 2 – 4 % – ein Hinweis auf bestehende Defizite sein und sollten dann Anlass für ein Peer-Review-Verfahren sein. Meist stellen sich die Ursachen für eine Abweichung von den Zielwerten (meist nach oben) heraus: Das können Qualitätsgründe sein (kein Schlucktest vor der Nahrungszufuhr mit späterer Aspirationspneumonie, zu frühe Verlegung von Stroke unit oder Intensiv- auf Normalstation, zu viele Katastrophenindikatoren, unzureichende neurologische Kompetenz etc.), aber auch fehlerhafte Verschlüsselungen oder differntes Vorgehen bei intrazerebralen Blutungen waren als Ursache zu finden. Qualitätsverbessernde Maßnahmen als unmittelbare Folgen des Peer-Reviews – am extremsten durch Neueinrichtung einer neurologischen Klinik – zeigten in den Folgejahren eindeutig Wirkung im Interesse einer besseren Patientenversorgung.

Ich habe bei Aktenstudien von verstorbenen Schlaganfallpatienten – im Gegensatz zu Malignompatienten – bei unseren Recherchen nie erlebt, dass eine vernünftige Palliativmedizin mit der Chance zu Sterben als ‚qualitätsschädigend‘ angesehen und daher verzögert oder verhindert worden wäre. Dabei ist zu beachten, dass Peer-Review-Verfahren in der Regel von mindestens zwei verschiedenen kompetenten Facharztgruppen erfolgen, auch um falscher Loyalität vorzubeugen. Es ist nach meiner Erfahrung abwegig, wegen der Nutzung der Mortalitätszahlen als möglichen Qualitätsindikator zu befürchten, dass weniger Rücksicht auf Patientenverfügungen genommen würde oder gar – wie es Professor Erbguth ausdrückt – ein Wettbewerb nach dem Motto ‚bei uns wird nicht gestorben‘ entfacht würde. So viel unethisches Verhalten würde ich kaum einem Arzt vertrauen, ganz abgesehen davon, dass Behandlungen entgegen dem Patientenwunsch Körperverletzung sind. ‚Todkranke gehören nicht an einen Monitor‘ bemerkt Erbguth zu Recht; hier würden selbst Gesundheitsökonomien sicher zustimmen. Die Interview-Aussage ‚Wer die Sterblichkeit als negativen Indikator für Qualität fürchten muss, wird auf Patientenverfügungen keine Rücksicht nehmen‘ halte ich für kaum denkbar und wäre Sache des zuständigen Ethikkomitees.

Die Frage ‚Wo viel gestorben wird, geraten die Ärzte unter Rechtfertigungsdruck?‘ hat Professor Erbguth beantwortet mit ‚Ja, denn die Sterblichkeit ist sehr plakativ‘. Diese Antwort könn-

te ich so auch gegeben haben, allerdings mit dem Zusatz: Auch wo zu wenig gestorben wird, gehört ein Peer-Review-Verfahren initiiert, es sei denn die Vorababfrage ergibt als mögliche Ursache spezielle Strukturen (Palliativstation in einer anderen Klinik, keine Neurochirurgie, große externe Geriatrie o.ä.). Professor Erbguth schätzt als gute Qualitätsindikatoren die Door-to-Needle-Zeiten, die Zahl an Thrombolyse oder an Thrombektomien, Zahlen der Schluckdiagnostik sowie der Pneumonien. Statt der Lyse- oder Thrombektomiezahlen würde mich als Qualitätsindikator die richtige Indikationsstellung und das Ergebnis der Lyse mehr interessieren.

Bekanntlich können eine Vielzahl beeinflussender Behandlungsprozesse zur Krankenhaussterblichkeit beim Schlaganfall beitragen. Die primär sichtbare Sterblichkeit ist im Sinne eines umgekehrten Eisbergeffektes anzusehen und sinkt nur auf ‚Normalwerte‘, wenn alle zugrunde liegenden Prozesse verbessert werden. Ein Absinken bis zu 0 % wäre unter anderem bei Leistenhernienoperationen erwünscht, bei der Behandlung von Schlaganfällen aller Schweregrade aber obsolet.

Sucht man ernsthaft Kriterien, um im Vorfeld Fehlerfälle vor einem Peer-Review-Verfahren anzureichern, kommt man neben den potenziellen Katastrophenindikatoren (Beatmung, Sepsis, sekundäre Pneumonie) und einer zu langen Verweildauer insbesondere an den Todesfällen als Routinedaten nicht herum. Dabei sollten möglichst viele Todesfälle, insbesondere, aber nicht nur bei erhöhter Sterblichkeit, evaluiert werden.

Wir sind uns sicher einig, dass aus einer niedrigen Mortalitätsrate in der Statistik per se nicht automatisch auf eine gute Versorgungsqualität beim Schlaganfall geschlossen werden kann. Hier stimme ich auch Nacimiento et al. gerne zu. Bei meinen zahlreichen Peer-Reviews war aber ein tatsächlicher Zusammenhang zwischen nicht erhöhter Mortalitätsrate und qualitativ hoher Patientenversorgung zumindest bei Schlaganfallpatienten eindeutig festzustellen.“

Prof. Dr. med. Johannes Jörg
em. Universitätsprofessor für Neurologie, Vorsitzender des
klinischen Ethikkomitees, Helios-Klinikum Wuppertal

Literatur

1. Erbguth F. InFo Neurologie & Psychiatrie 2016; 11: 6 – 7
2. Jörg J. Berufsethos kontra Ökonomie. Haben wir in der Medizin zu viel Ökonomie und zu wenig Ethik? Springer Verlag Berlin – Heidelberg, 2015
3. Mansky Th. Informationsdienst Wissenschaft, TU Berlin, 2011
4. Nacimiento W et al. Dtsch Ärztebl 2016; 113 (13): A595 – 8