replik

„Auch im Namen meiner beim Thema ‚Sterblichkeit als Qualitätsindikator beim Schlaganfall‘ initiativ gewordenen Kollegen danke ich Professor Jörg für seine kritischen Anmerkungen zu meinem Interview, dessen Inhalt ja auch die entsprechende gemeinsame Stellungnahme von DGN und DSG vom Juni 2016 aufgegriffen hat. Eigentlich scheint mir kaum ein Dissens in inhaltlichen Fragen zu bestehen, benennt ja Professor Jörg gleichermaßen die unterschiedlichen Facetten von Versorgung, die hinter dem Qualitätsindikator (QI) ‚Sterblichkeit‘ stecken können. Hier sei auch nochmal darauf hingewiesen, dass die Betrachtung komplex ist, alleine schon was den Parameter ‚Krankenhaussterblichkeit‘ als willkürlich herausgeschnittenen Zeitraum anlangt: Die unlängst publizierten 3-Jahres-Daten der IST-3-Studie zeigten [1], dass die Durchführung einer Thrombolyse im Betrachtungszeitraum von einer Woche mit einer signifikant um 52 % gestiegenen Sterblichkeit einherging, nach drei Jahren war die kumulierte Sterblichkeit allerdings signifikant um 22 % geringer als in der Kontrollgruppe. Was sagt uns also die Sterblichkeitsrate nach einer Woche? Außerdem ist die Frage der Palliativkultur entscheidend für die Sterblichkeitsrate: In 40 – 90 % der Fälle waren dem Tod nach Schlaganfall in einem deutschen Krankenhaus unterschiedliche Formen der Therapielimitierung vorangegangen [2] und nach einer Studie in Rochester waren etwa 40 % der 30-Tages-Sterblichkeitsrate durch Therapielimitierungen erklärbar [3]. Auf nichts anderes wollten wir hinweisen. So wie Professor Jörg sehe ich gerade angesichts solcher Erkenntnisse durchaus die Chance und den Sinn einer kritischen Diskussion von Sterblichkeitsraten in einem ‚Peer-Review-Verfahren‘. Allein mir fehlt der Glaube an die ‚Verwertungsseriosität‘ des QI Sterblichkeit außerhalb der ‚Peer-Review-Community‘. Anders als Professor Jörg vertraue ich da weniger der notwendigen öffentlichen Differenziertheit im Umgang mit vermeintlich harten Zahlen. Immerhin sollen die neu festzulegenden QI des IQTiG nach dem Krankenhausstrukturgesetz als Basis regulativ-ordnungspolitischer Maßnahmen die-

nen – sprich weniger Krankenhausbetten. Nun ist der Abbau schlechter Krankenhausversorgung anhand von QI auch nichts prinzipiell Schlechtes, wenn diese denn eindeutig mit Behandlungsqualität zu tun hat. Das aber ist bei der Schlaganfallsterblichkeit – so auch Professor Jörg – nicht so einfach. Und wie Presseverwertungen von QI aussehen können, haben wir in Nürnberg auch schon erlebt, wo Routinedaten methodisch fragwürdig in ‚Qualitätsampeln‘ für Krankenhäuser übersetzt wurden. Dass der QI Sterblichkeit im Übrigen resistent gegen ethisch fragwürdige Beeinflussung sein sollte, ist angesichts der allortigen sichtbaren Folgen gesundheitsökonomischer Prioritäten auch eher fraglich. Die Sorge um den Missbrauch des QI Sterblichkeit ist hier nicht paranoid: Chefarzte berichteten der ‚Kommission Leitender Krankenhausärzte‘ der DGN durchaus schon über Gedankenspiele von Klinikträgern zum Outsourcing des Qualitätsverderbers Tod. Haben wir es nicht 2016 gesehen: Diejenigen, die guten Willens der Veröffentlichung ihrer finanziellen Beziehungen mit der Pharmaindustrie zugestimmt hatten, wurden auf Spiegel-Online karikiert als Weißkittel, denen Geldbündel in die Taschen gesteckt werden ... Im Zeitalter postfaktischer Kommunikation bedeutet gut gemeint noch lange nicht gut in der Öffentlichkeit angekommen.“

Prof. Dr. med. Frank Erbguth, Chefarzt der Klinik für Neurologie, Universitätsklinik der Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg

Literatur

1. Berge E, Cohen G, Roaldsen MB et al. Lancet Neurol 2016; 15: 1028 – 34
2. Töpfer R. Letalität bei Schlaganfallpatienten – Bestandsaufnahme aus der externen Qualitätssicherung (EQS) der Krankenhäuser in Hamburg und kritische Betrachtung der Qualitätsdefinition. Vortrag auf der 33. Jahrestagung Neuro-Intensivmedizin (ANIM), Berlin, 2016
3. Kelly AG, Hoskins KD, Holloway RG. Neurol 2012; 79: 941 – 4

Hier steht eine Anzeige.