

Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung

Erste Ergebnisse eines Projekts des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) der Ärztekammer und der KV Nordrhein

von Martina Levartz*

Der Schlaganfall ist in Deutschland die dritthäufigste Todesursache und eine der wichtigsten Ursachen von schwerer und lebenslanger Behinderung. Jährlich erleiden mehr als 100.000 Bundesbürger einen Schlaganfall. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist mit einer weiteren Zunahme der Erkrankungszahlen zu rechnen.

Konsens ist, dass eine rasche und qualitativ hochstehende Versorgung die Sterblichkeit und Funktionseinschränkung von Patienten durch eine Schlaganfallerkrankung mindern kann. Eine optimale Versorgung von Schlaganfallpatienten ist nur durch eine abgestimmte Zusammenarbeit aller an der Versorgung Beteiligten zu erreichen.

Daten, die die Versorgungswirklichkeit des Schlaganfalls in Nord-

rhein (wie auch in anderen Gegenden Deutschlands) ausreichend widerspiegeln, liegen zur Zeit nicht vor. Erst eine Analyse der Versorgungsdaten gestattet es, Defizite genauer festzustellen und eine gezielte Optimierung der Behandlung zu ermöglichen.

Um Daten zur Versorgungswirklichkeit zu gewinnen, startete das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), dessen Aufgabe unter anderem die Initiierung von Qualitätssicherungsprojekten im Gesundheitswesen ist, ein Pilotprojekt zur Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung.

Zuverlässige Datenbasis

Ziel der Erhebung ist, wichtige Eckdaten der Versorgungswirklichkeit zeitnah den erhebenden Klini-

ken zurückzuspiegeln. Die Erhebung soll dazu beitragen, die Datenlage zur Qualität der Versorgung in der Schlaganfallbehandlung zu stärken und eine zuverlässige Basis für medizinische und gesundheitspolitische Diskussionen zu schaffen. Daten der externen Qualitätssicherung über die Versorgungssituation sollen damit als Grundlage der Versorgungssteuerung dienen. Diese Erhebung dient auch der Umsetzung praxisrelevanter und wissenschaftlicher Erkenntnisse und Leitlinien in der alltäglichen Krankenhausroutine. Die an der Erhebung teilnehmende Klinik erhält durch zeitnahe Rückkoppelung der ausgewerteten anonymisierten Daten Kenntnisse über ihren Behandlungsablauf im Vergleich zu anderen Kliniken.

Zunächst wurden in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe unter Leitung des IQN relevante Parameter zur Erfassung der Versorgungswirklichkeit in einem Fragebogen erarbeitet und abgestimmt. So werden zum Beispiel der Zeitraum zwischen Auftreten der ersten Schlaganfallsymptomatik und der Aufnahme in der Klinik erfasst bzw. der Beginn der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Ebenso wurden die Schwere der Symptomatik sowie die durchgeführte Frühdiagnostik und der Zeitrahmen, in dem diese Untersuchung durchgeführt wurde, in die Erhebung aufgenommen. Risikofaktoren und Begleiterkrankungen werden in acht Items erfasst. Der allgemeine



Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Schlaganfallpatienten in der Pilotphase.

* Dr. med. Martina Levartz ist Geschäftsführerin des Instituts für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein, einer gemeinsamen Einrichtung von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein.

Gesundheitszustand der Patienten soll durch den Charlson-Comorbiditäts-Index abgebildet werden, um so auch Voraussetzungen für die Bewertung unterschiedlicher Behandlungsergebnisse zu schaffen.

Darüber hinaus sind die Akuttherapie sowie frührehabilitative Maßnahmen (Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie) und der Entlassungsbefund des Patienten samt geplanter rehabilitativer Maßnahmen im Erhebungsinstrument enthalten.

Pilotphase des Projektes

Die Pilotphase des Projektes startete am 1. Dezember 2000. In 17 nordrheinischen Kliniken unterschiedlicher Versorgungsstruktur sollten alle Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall dokumentiert werden. Die ausgefüllten Erhebungsbogen wurden dem IQN zugesandt. Das IQN wertet die erhaltenen Daten klinikbezogen aus und diskutiert die Ergebnisse mit den einzelnen Kliniken im Vergleich zu den aggregierten Gesamtdaten.

Jede Klinik kann eigene Abweichungen von dem Gesamtergebnis feststellen und über eine Analyse der Gründe für diese Abweichungen eigene Stärken oder Schwächen, eventuell auch Versäumnisse in der Behandlung der Schlaganfallpatienten identifizieren. Unterschiede in Diagnose und Therapieverfahren werden sichtbar gemacht und können diskutiert werden, der aktuelle Wissensstand und die Unklarheiten von Behandlungsstandards vor Ort können erörtert werden. Erfahrungsgemäß müssen auch Mängel des Erhebungsinstruments die nie auszuschließen sind, einer Überprüfung unterzogen werden.

Ziel dieses Diskussionsprozesses ist die Optimierung der eigenen Vorgehensweise. Am Beispiel „guter“ Ergebnisse kann die Ärzteschaft der Kliniken lernen und erfolgreiche Strategien auf die eigenen Klinikverhältnisse übertragen (Benchmarking-System). Durch zeitnahe Datenrückkoppelung können Verbesserungen in der Versorgung der Schlaganfallpatienten eingeleitet werden.

Werden mehr als zehn Prozent der Kliniken in Nordrhein im repräsentativen

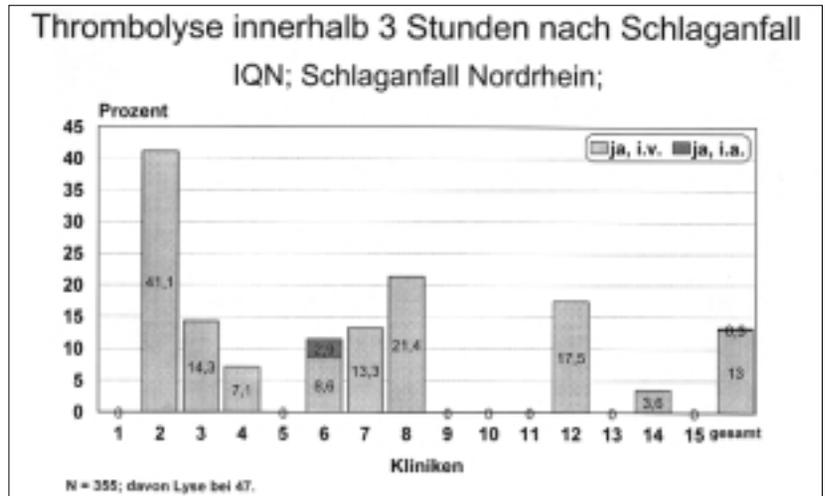


Abbildung 2: Thrombolyseraten in den beteiligten Kliniken.

Querschnitt erfasst, sind die Daten zur weiteren Planung der Versorgungsstruktur in Nordrhein geeignet.

Erste Ergebnisse der Pilotphase

Die Altersstruktur der Patienten in den teilnehmenden Kliniken war unterschiedlich. In den drei Universitätskliniken waren z. B. die behandelten Patienten im Durchschnitt deutlich jünger als in den übrigen teilnehmenden Kliniken (Abb. 1 Seite 15), was in der weiteren Auswertung bei den Therapieergebnissen zu berücksichtigen ist.

Fast 40 Prozent der Patienten wurden durch den Notarzt bzw. Rettungsdienst, 32 Prozent durch den niedergelassenen Arzt bzw. ärztlichen Notdienst eingewiesen, 10 Prozent durch Selbsteinweisung in die Klinik aufgenommen. Aus den bisher erhobenen Daten lässt sich kein Zusammenhang zwischen Einweisungsmodus und Zeitintervall zwischen Krankheitsbeginn und Klinikaufnahme nachweisen. Patienten, die per Notarzt bzw. Rettungsdienst in die Klinik kamen, waren nicht deutlich schneller in der stationären Behandlung als bei anderem Einweisungsmodus.

Hier ist eine durch den Patienten bedingte Zeitverzögerung zu vermuten, d. h. eine erste Schwierigkeit beim Auftreten der Schlaganfallsymptomatik liegt darin, dass der Patient nicht den Notfall erkennt, eventuell auch ohne Hilfe ist, und

die erforderliche medizinische Hilfe deshalb nicht einfordert (Notwendigkeit von Öffentlichkeitsarbeit).

Von 335 Patienten, die innerhalb von drei Stunden nach Auftreten der ersten Schlaganfallsymptomatik die Klinik erreichten, wurden 47 Patienten lysiert (6 Prozent). Dabei zeigt sich, dass die Lyserate in den einzelnen Kliniken sehr unterschiedlich ist. Sie liegt zwischen 41 Prozent in einer der Universitätskliniken bis zu 0 Prozent in anderen Kliniken (Abb. 2 oben). Dies liegt zum Teil an der unterschiedlichen Patienten- und an der Versorgungsstruktur. Universitätskliniken mit „Stroke unit“ werden Patienten gezielt zur Lysetherapie zugewiesen. Trotzdem ist zu prüfen, warum bei ähnlicher Patientenstruktur (Alter, Comorbiditäten) die Lyserate deutliche Unterschiede aufweist.

In der Frühdiagnostik zeigten sich deutliche Unterschiede sowohl im Ausmaß der durchgeführten Untersuchungen als auch im Zeitintervall. Auch bei den frührehabilitativen Maßnahmen wurden große Unterschiede registriert. Insgesamt war die Rate durchgeführter physikalischer

Bei Interesse

an einer Teilnahme an dem Projekt Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung wenden sie sich bitte an das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN), Geschäftsführerin: Dr. med. Martina Levartz, Tersteegenstraße 31, 40474 Düsseldorf, Tel.: 0211/4302-556 und 557, Fax: 0211/4302-558, E-Mail: IQN@aekno.de.

Maßnahmen im Rahmen der Frühtherapie nicht zufriedenstellend. So wurde in 73,1 Prozent der Fälle Krankengymnastik, in 23,5 Prozent der Fälle Ergotherapie und in 31 Prozent Logopädie durchgeführt.

Weitere Datenauswertungen sowie eine Diskussion der Ergebnisse werden folgen. Der bisher verwendete Datensatz wird durch eine Arbeitsgruppe den Erkenntnissen der bisherigen Auswertungen angepasst mit dem Ziel, durch Reduktion der Zahl verwendeter Items die Akzeptanz zu verbessern.

Ab Herbst 2001 (Oktober/November) soll die Erhebung in mög-

lichst vielen Kliniken in Nordrhein erfolgen, um nach der Pilotphase repräsentative Datenmengen über die Versorgungswirklichkeit der Schlaganfallbehandlung in Nordrhein zu erhalten. Damit sollen möglichst vielen Kliniken Daten für die Schlaganfallbehandlung in ihrer eigenen Klinik im Rahmen dieses Qualitätssicherungsprojektes an die Hand gegeben werden. Die dabei gewonnenen Kenntnisse über die Abläufe von Behandlungen werden bei Einführung des neuen Klinik-Entgeltsystems nach den Diagnosis Related Groups (DRG's) für die einzelnen Kliniken immer wichtiger werden.

OSTEOPOROSE-FRÜHERKENNUNG

Für Apotheker unzulässig

Das Landgericht Wuppertal hat mit Urteil vom 7.8.2001 (Az: 11 O 55/01) einem Apotheker untersagt, für eine „Osteoporose-Früherkennung“ und für „Osteoporose-Messtage“ in einer Anzeige zu werben – insbesondere wenn dies in einem unmittelbaren räumlichen Zusammenhang mit einer Beschreibung des Krankheitsbildes der Osteoporose geschieht.

Der Apotheker hatte in einem Anzeigenblatt mit dem Text: „Osteoporosefrüherkennung: Wir messen Ihre Knochendichte“ geworben. Zugeordnet war dieser Anzeige ein weiterer Text, der das Krankheitsbild Osteoporose beschrieb, der „Osteoporosemesstage“ ankündigte und der versprach, eine Knochendichtebestimmung helfe, das Risiko zu erkennen.

Nach Auffassung des Gerichts verstößt diese Werbung gegen § 1 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) in Verbindung mit § 1 des Heilpraktikergesetzes (HPG). Apotheker verfügten nicht über die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde nach dem HPG. Unter Ausübung der Heilkunde sei jede berufs- oder gewerbsmäßig vorgenommene Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden bei Menschen zu verstehen. Nach Auffassung des Gerichts beschränkte sich die Tätigkeit des Apothekers nicht auf die schlichte Messung der Knochendichte, sondern enthielt zugleich das Angebot einer Diagnose. Der Apotheker verschaffe sich durch Missachtung des HPG einen unberechtigten Wettbewerbsvorsprung gegenüber anderen Apothekern.

Dirk Schulenburg

URTEILE

MRT für Orthopäden fachfremd

Folge 7 der Reihe „Arzt und Recht“

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 31.1.2001 (Az: B 6 KA 24/00 R) entschieden, dass die Durchführung von MRT für Orthopäden grundsätzlich fachfremd ist. Zu Grunde lag die Klage eines Orthopäden gegen seine Kassenärztliche Vereinigung (KV) auf Genehmigung zur Durchführung kernspintomographischer Leistungen. Die KV hatte die Genehmigung unter Hinweis auf die Kernspintomographie-Vereinbarung (KernspinV) verweigert. Das BSG hat die Revision des Klägers zurückgewiesen, da dieser nicht die fachliche Qualifikation nach der KernspinV besitze.

Gerade im Bereich der MRT komme der Qualitätssicherung eine besondere Bedeutung zu, da die Fehlermöglichkeiten hier wegen der Vielzahl veränderbarer und voneinander abhängiger Messparameter erheblich größer seien als bei allen anderen bildgebenden Verfahren. Bei der Frage, ob vertragsärztliche Leistungen einem bestimmten Fachgebiet zuzurechnen sind, sei auf die

Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärztekammer abzustellen. Nach der WBO würden eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Kernspintomographie ausschließlich im Fachgebiet der Diagnostischen Radiologie erworben, nicht jedoch in der Orthopädie.

Damit seien Orthopäden nicht berechtigt, aufgrund der in der Weiterbildung erworbenen Qualifikation MRT-Untersuchungen durchzuführen. Die Qualifikationsanforderungen der KernspinV stellten für Orthopäden zudem lediglich nicht statusrelevante Berufsausübungsregelungen dar, sie seien nicht wesentlich und prägend für das Gebiet. Schließlich diene die Konzentration kernspintomographischer Leistungen bei dafür speziell und umfassend qualifizierten Ärzten gewichtigen Gemeinwohlbelangen, nämlich sowohl der Gesundheit der Versicherten als auch der finanziellen Stabilität und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.

Dirk Schulenburg*

*Dr. iur. Dirk Schulenburg ist Justitiar der Ärztekammer Nordrhein.