

Interview mit Prof. Dr. med. Thomas Mansky zum Thema

CH-IQI – Swiss Inpatient Quality Indicators, Version 3.1

von Dr. Uwe K. Preusker

„Qualitätsindikatoren helfen den Krankenhäusern, noch besser zu werden“

Mit der landesweiten Einführung des Fallpauschalensystems an den Schweizer Spitälern zum Jahresbeginn 2012 geht auch eine intensivere Erfassung und Auswertung der Ergebnisqualität einher. Instrument dazu sind die CH-IQI (Swiss Inpatient Quality Indicators). Doch das neue Qualitätsinstrument stösst nicht nur auf positive Resonanz – es gibt auch viel Unsicherheit und kritische Fragen. Prof. Dr. med. Thomas Mansky, einer der Väter dieser Art von Qualitätsmessung in Europa, beantwortet nachfolgend die wichtigsten Fragen.

Herr Professor Mansky, Daten zur Strukturqualität der Spitäler werden in der Schweiz schon längere Zeit erfasst. Warum jetzt ein neues System, bei dem die Ergebnisse dann auch noch veröffentlicht werden?

Mansky: Die Qualität des schweizerischen Gesundheits- und speziell des Krankenhaussystems ist sehr gut. Nur: Die erreichte Qualität kann durchaus noch weiter verbessert werden! Hier gilt der Grundsatz: Nur wer misst, weiss, wo er steht und kann noch besser werden. Bisher wurde aber die Ergebnisqualität entweder nur fachintern oder krankenhausintern gemessen – ein umfassender Vergleich war oft nicht oder nur mit unverhältnismässig hohem Aufwand realisierbar. Gleichzeitig wächst der Anspruch der Öffentlichkeit und vor allem der Patienten nach einer möglichst hohen Transparenz. Schliesslich zeigen die Erfahrungen anderer Länder, dass die Veröffentlichung der Indikatoren nachweislich einen positiven Effekt in Richtung einer Verbesserung der Ergebnisqualität hat. Dahinter steht der bekannte Verbesserungszyklus des Qualitätsmanagements oder auch PDCA-Cyklus („Plan“, „Do“, „Check“, „Act“). Wer misst und dann anhand der Ergebnisse zielgerichtet handelt, erreicht Verbesserungen der – gemessenen – Ausgangssituation.

Sie sagten gerade, die Erhebung und vor allem der Vergleich von klinikinternen Daten zur Ergebnisqualität ist sehr aufwendig.

Mansky: Gemeint ist damit der eher traditionelle Weg, für den meist Prozesskennzahlen verwendet werden, die aber aufwendig erhoben werden müssen. Das ist der

Grund, weshalb man international mittlerweile Routinedaten, die in jedem Fall erhoben werden müssen, auch zur Messung und Auswertung der Ergebnis Qualität nutzt. Genau diesen Schritt haben wir mit der Entwicklung der CH-IQI, also der jetzt für die Schweiz adaptierten und weiterentwickelten Qualitätsindikatoren für Krankenhauspatienten, auch gewählt. Wir nutzen für die CH-IQI also Daten, die für die offizielle Gesundheitsstatistik und für Abrechnungszwecke in jedem Fall erhoben werden müssen. So erspart man den Aufwand zusätzlicher, häufig als bürokratisch empfundener Erhebungen von Qualitätsdaten. Ein weiterer Vorteil der Routinedaten ist die höhere Manipulationsresistenz dieser von Spitälern und Kassen bereits überprüften Daten.

Woher kommen die Grundideen für diese Art von Qualitätsindikatoren?

Mansky: Die ersten Entwicklungen stammen aus den USA, wo entsprechende Qualitätsindikatoren von der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) bereits in den 1990er Jahren entwickelt wurden. In Deutschland ist seit 2000 von der Helios Kliniken GmbH ein auf einem vergleichbaren Ansatz beruhendes, aber auf die deutschen Verhältnisse adaptiertes und deutlich verfeinertes System entwickelt worden, mit dem heute in Deutschland – nach der Einführung des deutschen Fallpauschalensystems – im Rahmen der Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M) eine grosse Zahl von Krankenhäusern auch ausserhalb der Helios-Gruppe arbeitet. Die derzeitige Version des hierbei verwendeten Indikatorensatzes G-IQI (German Inpatient Quality Indicators, Version 3.1) wurde im Jahr 2011 veröffentlicht. Dieser Indikatorensatz war Grundlage für die Entwicklung der Schweizer Version CH-IQI. Und mittlerweile befruchten sich die Entwicklungen gegenseitig - die Erkenntnisse und Diskussionsergebnisse aus der Schweizer Anwendung der Qualitätsindikatoren fliessen in die Weiterentwicklung in Deutschland mit ein und umgekehrt.

Auf welche Bereiche beziehen sich die Qualitätsmessungen mit den CH-IQI?

Mansky: Der Leitgedanke war, häufige und/oder für das Fachgebiet wichtige Krankheitsbilder und/oder Eingriffe auszuwählen. Als Basis diene dabei das Schweizer Klassifikationssystem und die Medizinische Statistik der schweizerischen Spitäler. Ein zweiter Grundgedanke bezog sich darauf, dass die Patienten bei wichtigen Eingriffen, die in grösserer Zahl durchgeführt werden, zumindest die Erfahrung einer Einrichtung und, wo möglich, auch das Behandlungsergebnis einschätzen können sollten. Damit erhält der Patient umfassende und vor allem für alle Spitäler gleich berechnete und damit vergleichbare Informationen. Schliesslich ist dort, wo dies vom Krankheitsbild her sinnvoll erscheint, wo also die Sterblichkeit durch Qualitätsverbesserung auch tatsächlich beeinflussbar ist, auch die Mortalität mit einbezogen worden. Und dort, wo es wichtig für das Ergebnis ist, wurde auch die Art der Verfahren berücksichtigt.

Die Einbeziehung der Mortalität ist etwas, das vor allem bei vielen Ärztinnen und Ärzten auf heftige Kritik stösst. Warum ist aus Ihrer Sicht Mortalität ein wichtiges Datum für die Ergebnis Qualität?

Mansky: Wissenschaftlich ist die Mortalität bei schweren Erkrankungen, mit denen wir es im Krankenhaus zentral zu tun haben, seit Jahrhunderten unbestritten der wesentliche Endpunkt der medizinischen Behandlung. Es reicht ein Blick in jede beliebige Ausgabe international anerkannter medizinischer Fachmagazine, um dies festzustellen. Man kann und muss zwar sicher über die korrekte Definition der Entitäten, für die man die Sterblichkeit misst, diskutieren, aber nicht ernsthaft über die Frage, ob die Messung der Sterblichkeit bei vielen der überwiegend schweren Erkrankungen, die im Spital behandelt werden, überhaupt sinnvoll ist. International – beispielsweise in den USA – ist die Sterblichkeit unbestritten ein wesentlicher Qualitätsparameter – man sehe sich dazu beispielsweise die 100.000-Leben Kampagne an, die dort in Folge der Studie „To Err is Human“ durchgeführt wurde. Diese Studie hat für die moderne Medizin die dramatische Erkenntnis gebracht, dass es vermeidbare Todesfälle in grosser Zahl gibt! Konsequenzen daraus können aber nur gezogen werden, wenn man Mortalität auch misst und die – risikoadjustierten - Ergebnisse veröffentlicht! Die Senkung der – potentiell reduzierbaren - Sterblichkeit stellt aber nur sozusagen „die Spitze des Eisbergs“ dar. Natürlich setzt sie die Verbesserung aller vorgelagerten Prozesse voraus. Sie beinhaltet damit zum Beispiel die Senkung aller gravierenden Komplikationsraten, eine verbesserte Einhaltung von Leitlinien und viele andere Verbesserungen des Behandlungsablaufs. Es reicht also für das Qualitätsmanagement oft aus, den Endpunkt – also die Mortalität – zu messen, um die Verbesserungen der gesamten Prozesskette anzustossen. Diese Verbesserungen können alle Arbeitsschritte und damit auch alle beteiligten Berufsgruppen betreffen. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass die Kliniken die Ergebnisse im internen Qualitätsmanagement auch für einen Verbesserungsprozess nutzen. Alle diese Verbesserungen und die Senkung der Sterblichkeit selbst sind für die betroffenen Patienten doch wohl zweifellos ein ganz enormer Gewinn.

Aber bedeutet das denn, dass ein Spital mit einer etwas höheren Mortalität bei einem bestimmten Eingriff automatisch ein schlechtes Spital ist?

Mansky: Die Ergebnisse sind aufgrund relativ kleiner Fallzahlen in den Kliniken und daraus folgender statistischer Streuungen Anhaltswerte, die nicht die Präzision einer technischen Messung haben können. Sie eignen sich damit auch nicht für vorschnelle Schwarz-Weiss-Vergleiche, sondern geben dem Patienten vor allem eine Orientierung zum Risiko einer Krankheit oder eines Eingriffes und dem Arzt eine Orientierungshilfe zur weiteren möglichen Verbesserung seiner Ergebnisqualität. Werte, die etwas schlechter sind als der Durchschnitt, müssen nicht bedeuten, dass die Klinik schlecht ist. Die Klinik sollte aber auf Nachfrage den Patienten erklären können, warum ihre Werte abweichen, und sie sollte sich um die Analyse und ggf. Verbesserung kümmern. Gegenüber der derzeitigen Situation bedeutet das Verfahren in jedem Fall eine wesentliche Verbesserung der Transparenz für die Patienten, aber auch für die Leistungserbringer selbst.

Es wird auch kritisch nachgefragt, ob Sterben in einem Spital zukünftig dann quasi zu einem Qualitätsmangel wird und eventuell dazu führt, dass Sterben um jeden Preis verhindert wird.

Mansky: Das kann und ist natürlich nicht das Ziel der Aufnahme der Mortalität in den Kriterienkatalog. Einmal wird dieser Parameter, wie schon betont, nur dort aufgenommen, wo es Sinn macht, wo also die Sterblichkeit wirklich im Rahmen der Behandlung beeinflussbar ist. Auf keinen Fall aber soll damit etwa eine sinnvolle Sterbebegleitung verhindert oder gar durch ein Bemühen um Überleben auf jeden Fall abgelöst werden. Genauso wenig wäre es sinnvoll, nun Patienten mit einem höheren Sterberisiko abzuweisen, weil eventuell die Mortalitätsrate steigen würde. Wir erfassen ja auch nicht die Gesamtmortalität eines Krankenhauses oder einer Abteilung, sondern die Mortalität im Hinblick auf eine bestimmte Indikation, also zum Beispiel einen bestimmten Eingriff. Und Erkrankungen im Endstadium, also beispielsweise fortgeschrittene Krebserkrankungen, werden bei den Sterblichkeitsindikatoren überhaupt nicht berücksichtigt, um genau diese sonst denkbaren problematischen Situationen für behandelnde Ärzte und Patienten zu vermeiden. Schliesslich muss man auch noch darauf hinweisen, dass die Altersstandardisierung dazu führt, dass beispielsweise die erhöhte Sterblichkeit in hohen Altersgruppen schon in den Vergleichswerten berücksichtigt wird. Auffällig ist die Sterblichkeit doch nur dann, wenn sie merklich höher ist als im vergleichbaren Durchschnitt. Und dies sollte bei den Krankheitsbildern, die wir betrachten, möglichst nicht der Fall sein.

Wäre es nicht viel sinnvoller, anstelle der Mortalität im direkten Zusammenhang mit dem Spitalaufenthalt besser standardisierte Langzeitergebnisse zu beobachten, also zum Beispiel die 30-Tage- oder 90-Tage-Mortalität der Patienten?

Mansky: Das ist absolut richtig – und unser Fernziel! Derzeit stehen diese Daten jedoch noch nicht zur Verfügung. Wir sollten aber nicht auf die – ebenfalls aussagekräftigen – Mortalitätsdaten des Spitalaufenthalts verzichten, nur weil wir die Langzeitergebnisse für noch aussagekräftiger halten, diese aber derzeit nicht zur Verfügung haben. In Deutschland ist im Übrigen auf diese Situation dadurch reagiert worden, dass in einem Projekt mit der AOK, der grössten deutschen Krankenkassengruppe, aus den Routinedaten der Krankenkassen, die ja auch den Verlauf vor und nach dem Krankenhausaufenthalt beinhalten, genau solche Ergebnisse berechnet werden. Aber nochmals: Wir sollten und können nicht heute auf sinnvolle und harte Indikatoren verzichten, weil es in Zukunft noch bessere geben wird, die aber (noch) nicht zur Verfügung stehen!

Was erwarten Sie denn von den Ärztinnen und Ärzten in einer Klinik, die ihre Ergebnisse einschliesslich der Mortalität mit anderen direkt vergleichen kann?

Mansky: Intern lösen die Messungen Verbesserungen aus, wenn sich die Kliniken mit den Ergebnissen befassen und aktiv nach Verbesserungspotenzial suchen.

Eine grosse Hilfe dabei kann das Peer Review Verfahren sein, wie es in Deutschland die Initiative Qualitätsmedizin nutzt, wie es jetzt aber auch in Österreich bei der Übertragung der Qualitätsindikatoren auf das dortige System installiert wird.

Dazu werden Behandlungsprozesse mit auffälligen Ergebnissen auf mögliche Fehler in den Abläufen, Strukturen und Schnittstellen hin untersucht. Die identifizierten Qualitätsprobleme dienen anschliessend als Grundlage für zielgenaue Massnahmen zur Verbesserung der medizinischen Behandlungsprozesse. Dabei unterstützt die Einschaltung von Peers, also von erfahrenen leitenden Ärzten anderer Spitäler, die zunächst auf der Grundlage von Aktenanalyse und dann im Rahmen einer Fallbesprechung mit den Ärzten der Abteilung die kritischen Fälle durchsprechen, sehr den angepeilten Verbesserungsprozess. Denn hier geht es immer um eine Diskussion auf gleicher Augenhöhe, die grossen Nutzen für die besuchten Kliniken bringt.

Ein Kritikpunkt, der immer wieder angesprochen wird, ist die Risikoadjustierung, die bei den CH-IQI nach Alter und Geschlecht vorgenommen wird. Zusatzerkrankungen zum Beispiel bleiben dabei aussen vor.

Mansky: Zunächst einmal: Eine Risikoadjustierung ist absolut notwendig, um valide und vergleichbare Ergebnisse zu erhalten. Denn auch wenn wir ein bestimmtes, genau definiertes Krankheitsbild oder eine bestimmte Operation betrachten, sind nicht alle Patienten hinsichtlich ihrer weiteren demographischen und medizinischen Merkmale gleich. Eine Lungenentzündung kann prinzipiell in allen Altersgruppen auftreten, bedeutet aber für einen 90jährigen Patienten in der Regel ein höheres Risiko als für einen sonst gesunden 35jährigen. Auch andere schwere, vorbestehende Krankheiten beeinflussen das Sterblichkeitsrisiko. Mit der Risikoadjustierung - übrigens eine Standardmethode der Medizin - wird die Sterblichkeit der Patienten in einer bestimmten Klinik mit der Sterblichkeit einer Vergleichsgruppe ähnlicher Zusammensetzung gegenübergestellt. Ein Beispiel: Im Durchschnitt lag beispielsweise die Krankenhaussterblichkeit bei Lungenentzündungen in Deutschland 2009 bei 10,7 Prozent. Wenn aber beispielsweise eine Klinik im Falle der Lungenentzündung nur männliche Patienten der Altersgruppe 80 bis 84 behandelt hätte, läge die Vergleichsterblichkeit dieser Gruppe in Deutschland bei 17,8 Prozent (= Erwartungswert). Läge die Sterblichkeit in dieser Klinik also tatsächlich bei 14 Prozent, dann wäre sie zwar scheinbar höher als der (Gesamt-) Bundesdurchschnitt, aber bezogen auf die behandelte Risikogruppe besser als der Bundesdurchschnitt. Mathematisch lässt sich so auch für gemischte Patientengruppen ein adäquater Vergleichswert berechnen. Damit wird man unterschiedlichen Patientenstrukturen so gut wie möglich gerecht.

Nochmal nachgefragt: Warum die spezifische Risikoadjustierung nach Alter und Geschlecht?

Mansky: Die in der Schweiz für die CH-IQI genutzte Methode der Alters- und Geschlechtsstandardisierung hat den Vorteil, dass sie einfach, nachvollziehbar und belastbar ist. Die Risikoadjustierung erfolgt dabei über 5-Jahres-Altersklassen getrennt nach Geschlecht. Für jeden Indikator wird die tatsächliche prozentuale Spitalsterb-

lichkeit – also die Ist-Sterblichkeit - der „erwarteten Sterblichkeit“ gegenübergestellt. Darunter versteht man die Sterblichkeit, die sich ergeben würde, wenn man aus der gesamtschweizerischen Patientengruppe desselben Indikators eine Stichprobe mit gleicher Alters- und Geschlechtsverteilung wie in der untersuchten Klinik ziehen würde. Das Verhältnis zwischen beobachteter und erwarteter Sterblichkeit ergibt das standardisierte Mortalitätsverhältnis (SMR). Eine SMR von grösser 1 bedeutet eine vergleichsweise höhere Sterblichkeit, eine SMR von kleiner 1 bedeutet eine unterdurchschnittliche Sterblichkeit. Ein weiterer Vorteil der Alters- und Geschlechtsadjustierung ist, dass sie nicht von der Güte der Kodierung – also zum Beispiel der Nebendiagnosen - abhängig und praktisch nicht manipulierbar ist. Zu beachten ist ausserdem, dass das Auftreten von vielen der möglichen Begleiterkrankungen mit dem Alter korreliert ist und somit durch die Altersstandardisierung mittelbar zum Teil mit berücksichtigt wird. In der früheren Pilotstudie des BAG zu den „Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler 2007“ wurde bereits gezeigt, dass die Einbeziehung von sogenannten Nebendiagnosen gegenüber der reinen Alters- und Geschlechtsadjustierung keine wesentlichen Vorteile bringt. Vielfach bestünde sogar eher die Gefahr, dass man damit nicht das Risiko, sondern eher die Kodierqualität darstellen würde, übrigens möglicherweise zum Schaden derjenigen Spitäler, die wirklich ungünstigere Risiken behandeln.

Werden bei dieser Betrachtungsweise Begleiterkrankungen noch in anderer Weise berücksichtigt?

Mansky: Die Risikoadjustierung soll primär die innerhalb eines Indikators, d.h. eines Krankheitsbildes, noch verbleibenden Faktoren egalisieren, auf die das Spital keinen Einfluss hat, die aber einen Einfluss auf die Sterblichkeit haben könnten. Bei allen Indikatoren werden aber ausserdem schon im Vorfeld die Begleiterkrankungen, die eine Vergleichbarkeit unmöglich machen, bei der Definition des Indikators selbst berücksichtigt. Dies bedeutet, dass bei der Berechnung der Indikatoren Fälle mit bestimmten Begleiterkrankungen, die die Aussagekraft grundlegend beeinträchtigen können, von der Analyse ausgeschlossen oder in separaten Gruppen dargestellt werden. Man spricht hier auch von Risikodifferenzierung oder Stratifizierung. Bei den Gallenblasenoperationen werden beispielsweise Patienten mit Tumorerkrankungen grundsätzlich nicht in den Indikator einbezogen. In dieser Hinsicht sind die Indikatoren aufgrund jahrelanger Diskussionen mit den Fachleuten sehr ausgefeilt.

Funktioniert denn der von Ihnen erwartete und beschriebene Verbesserungszyklus tatsächlich – gibt es dafür empirische Belege?

Mansky: Zunächst einmal: Alle Ärzte wollen gut sein, sind leistungsorientiert und meist bereit, sich dem Qualitätswettbewerb zu stellen. Aus meinen persönlichen Erfahrungen in Deutschland, aber auch anhand einer mittlerweile grossen Zahl an internationalen Studien kann man zeigen, dass der Verbesserungs-Zyklus funktioniert. Was wir in vielen Fällen beobachtet haben, ist, dass in den Kliniken, in denen auf diese Weise verfahren wurde, die Prozesse optimiert und damit auch die Ergebnisse im Sinne der Qualitätsparameter messbar verbessert wurden. Die Wirkungen

auf die beteiligten Ärzte sind beeindruckend. Besonders ermutigend ist eine Erfahrung, die wir in den Helios Kliniken, aber jetzt auch bei IQ^M oder auch in Österreich machen: Anfangs skeptische Ärzte stellen nach den ersten Peer Review Verfahren, die sie selbst bei sich erleben oder die sie als Reviewer in anderen Kliniken durchführen, fest, dass sie erhebliche, vorher oft nicht erwartete Verbesserungsmöglichkeiten finden, und wandeln sich von Gegnern zu Verfechtern des Verfahrens. Um es noch einmal zu sagen: Ärzte wollen bestmögliche Ergebnisse liefern. Nichts überzeugt sie mehr als die Erkenntnis, dass dieses Verfahren dazu einen Beitrag leisten kann.

Herr Professor Mansky, Danke für dieses Gespräch!