

1 Warum IQM? – Der Nutzen aus Sicht eines Krankenhausträgers

Jörg Martin

1.1 Was bietet IQM einem Krankenhaus?

Die Versorgungsqualität in Krankenhäusern hat hierzulande ein hohes Niveau erreicht. Dennoch gibt es nach wie vor erhebliche Qualitätsunterschiede und Verbesserungspotenzial. Dieses Potenzial für alle in der Patientenversorgung Tätigen sichtbar zu machen und zum Wohl der Patienten durch aktives Fehlermanagement zu heben, hat sich IQM zum Ziel gesetzt. Dafür stellt IQM den medizinischen Fachexperten aus den teilnehmenden Krankenhäusern innovative und anwenderfreundliche Instrumente zur Verfügung, die auf einer offenen Fehlerkultur und kollegialer Unterstützung beruhen.

1.2 Erfolgsfaktoren

1.2.1 IQM: aus der Praxis für die Praxis

„Bessere Hinweise, was verbessert werden könnte und sollte, werden Sie als Verantwortlicher eines Krankenhauses oder einer Abteilung so schnell und so günstig wie

bei IQM nicht wieder bekommen.“ (Erkenntnis eines Chefarztes und Peers)

Die Teilnahme an IQM ist für einen einzelnen Krankenhausträger von großem Nutzen. Denn IQM ist die trägerübergreifende und freiwillige Qualitätsinitiative von Krankenhäusern, die es geschafft hat, eine wirkliche Plattform zum Austausch und Lernen für Chefarzte, leitende Pflege und Qualitätsmanager, aber auch für Krankenhausleiter zu sein. Dies liegt daran, dass IQM erkannt hat, dass es bei dem gemeinsamen Bemühen um die beste Ergebnisqualität auf die kontinuierliche Verbesserung von organisatorischen Abläufen, Prozessen und Strukturen in der Krankenversorgung ankommt.



Folgende Erkenntnisse sind ausschlaggebend:

- *Qualität ist eine gemeinsame Aufgabe aller im Krankenhaus Tätigen*
- *Qualität braucht eine offene und aktive Fehlerkultur*

- *Qualität braucht kollegiale Unterstützung*
- *Qualität braucht Kontrolle im fairen Benchmark*
- *Qualität braucht Transparenz*

1.2.2 Die Rolle der Geschäftsführung des teilnehmenden Krankenhausträgers

Der aktive Qualitätsmanagementansatz von IQM für echte Qualitätsverbesserungen wird von Krankenhausträgern als entscheidender Vorteil für die Positionierung seiner Krankenhäuser in der Zukunft gesehen. Klar ist aber auch, dass eine offene Fehlerkultur den Verantwortlichen eines Krankenhauses Kritikfähigkeit, Selbstbewusstsein und Mut abverlangt. Bei der Teilnahme an IQM ist die Einbindung der Krankenhausleitung (Geschäftsführer, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektion) notwendig

- zur internen Durchsetzung und Umsetzung der Methodik,
- als Unterstützung bei der Durchführung konkreter Verbesserungsmaßnahmen, die teilweise auch Ressourcen benötigen, sowie
- zur Beschleunigung von eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen.

»»» *Voraussetzung für die zügige Umsetzung der Methodik im teilnehmenden Krankenhaus ist neben einem bedingungslosen Commitment der Geschäftsführung mithin eine breite interne Kommunikation der Methodik und der Ergebnisse gegenüber den Leistungsträgern (z.B. bei Leitungskonferenzen) wie auch gegenüber allen Mitarbeitern des Krankenhauses (offene Klinikumskonferenz).*

1.3 IQM als Eckpfeiler des Qualitätsmanagements des Krankenhauses

IQM ist bei uns zu einem wesentlichen Element des Qualitätsmanagements geworden. Dies liegt bestimmt auch daran, dass IQM Krankenhäusern

effiziente und fortschrittliche Werkzeuge zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung zur Verfügung stellt. Wenn wir diese konsequent anwenden, kommt dies auch unserer eigenen Marktpositionierung als Krankenhaus zugute. Denn die IQM Mitgliedskrankenhäuser gehen damit freiwillig über die bestehenden gesetzlichen Anforderungen zur Qualitätssicherung hinaus und setzen so im Interesse bester Medizin und größtmöglicher Patientensicherheit Maßstäbe.

1.3.1 Effiziente Methodik für aktive Qualitätsverbesserungen

! **Die drei Grundsätze der IQM Qualitätsmethodik helfen uns:**

- **Qualitätsmessung auf Basis von Indikatoren aus Routinedaten (G-IQI)**
- **Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung im Internet**
- **Qualitätsverbesserungen durch trägerübergreifende Peer Reviews**

Die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI-Indikatoren) machen Behandlungsergebnisse transparent: für die in der Patientenversorgung tätigen Mitarbeiter und auch für Externe. Wichtig ist, dass sie damit im internen Qualitätsmanagement der Krankenhäuser zu Ergebnisverbesserungen zum Wohl der Patienten beitragen. Denn diese Indikatoren aus DRG-Abrechnungsdaten (Routinedaten) helfen den Kliniken, Schwachstellen in den Behandlungsabläufen anhand des Vergleichs ihrer Ergebnisse mit dem Bundesdurchschnitt und den Erwartungswerten zu erkennen, zu erörtern und vor allem mit Hilfe von ergebnisorientierten Prozessanalysen – insbesondere in Form von Peer Review Verfahren, aber auch Morbidity und Mortality (M&M)-Konferenzen und internen Fallanalysen – zu beseitigen (Mansky et al. 2013).

Bei der Beschäftigung z.B. mit einer erhöhten Herzinfarktsterblichkeit in einer Klinik

steht automatisch der gesamte Behandlungsprozess auf dem Prüfstand. Anhand konkreter und potenziell problematischer Behandlungsfälle (hier Todesfälle bei Herzinfarkt) werden dabei alle Prozessschritte untersucht, die zu einer Ergebnisverschlechterung führen können (Mansky et al. 2013).

Vorteile der Qualitätsmessung mit Indikatoren aus Routinedaten bei IQM

- Vollständige Erfassung der stationären Behandlungsfälle erfolgt bereits über DRG-Kodierung (ICD, OPS, Alter, Geschlecht, Entlassgrund, usw.)
- Kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand für die eigenen Krankenhausmitarbeiter
- Sehr gut überprüfbar und geprüfte Daten (Mediziner, Medizincontrolling, Krankenkasse, MDK)
- Interne IQM Gruppenauswertungen liefern hohe Vergleichsbasis
- IQM bietet jedem Krankenhaus die Möglichkeit zur Teilnahme an der Weiterentwicklung der Indikatoren
- IQM ist hierzulande Vorreiter bei der Nutzung von Indikatoren aus Routinedaten
- Hoher Abdeckungsgrad der eigenen stationären Fälle durch Messung mit G-IQI-Indikatoren

Vorteile der Ergebnistransparenz im Internet bei IQM

- Motivation der für die medizinische Qualität Verantwortlichen im Krankenhaus zu weiteren Analysen und Verbesserungen
- Information der Öffentlichkeit über eigene Ergebnisse (Patienten, Angehörige, niedergelassene Ärzte)
- Unterstützung bei der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des Krankenhauses durch IQM

Vorteile der Peer Reviews bei IQM

- Der gesamte Behandlungsprozess wird individuell analysiert
- Hilfe zur Selbsthilfe unter chefärztlichen Kollegen
- Blick von außen beugt Betriebsblindheit vor
- IQM ist hierzulande Vorreiter bei der Durchführung von Peer Reviews
- Schulung der Peers auf Basis des Curriculums der Bundesärztekammer

„Die Beschleunigung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung durch das IQM Peer Review Verfahren ist erstaunlich. Das dauert bei anderen Verfahren oft Jahre. Peer Review Verfahren sind profitables und wünschenswertes QM“ (Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin)

1.3.2 Welche Ergebnisse liefert das Verfahren?

Bei 20 bis 80% der bei Peer Reviews analysierten Behandlungsfälle gibt es klare Verbesserungsmöglichkeiten (Mansky et al. 2013). Dies spricht für die Eignung der G-IQI als Aufgreifkriterium zur Auslösung von Peer Reviews und M&M-Konferenzen.

Lösungsvorschläge der IQM Peers, die gemeinsam mit den besuchten Chefärzten erarbeitet werden, beziehen sich z.B. auf

- Überprüfung der leitlinienorientierten Diagnostik und Therapie,
- Überprüfung der Standards,
- Fokussierung der Komplikations-/Früherkennung,
- Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation zwischen Abteilungen,
- Erarbeitung interdisziplinärer Behandlungskonzepte,
- sowie viele andere, im Einzelnen schwer vorhersehbare und mit Prozess-Kennzahlen kaum

kontrollierbare, diagnostische und/oder therapeutische Aspekte, die nur aufgrund dieser umfassenden Analyse des Gesamtprozesses überhaupt erst auffallen (Mansky et al. 2013).

1.3.3 Hohe Akzeptanz bei den medizinisch Verantwortlichen

Bei Einführung der IQM Methodik ist es wichtig, dass es sich um eine Top-Down-Entscheidung handelt. Das heißt, die Krankenhausleitung muss die Methodik unterstützen und die treibende Kraft bei der Einführung sein. Ein großer Vorteil für die Akzeptanz der medizinisch Verantwortlichen ist, dass bei der IQM Ergebnismessung kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand nötig ist.

*„Das Peerteam von IQM hat die Prozesse in meiner Abteilung im Peer Review objektiv durchleuchtet und mir sinnvolle Verbesserungspotenziale aufgezeigt. Der Ablauf unseres Reviews war sehr kollegial und hilfreich.“
(Prof. Dr. med. Stephen Schröder, Chefarzt der Klinik für Kardiologie, Pneumologie, Angiologie, ALB-FILS Kliniken, Klinik am Eichert)*

1.3.4 Geringer Aufwand/Kosten

Durch die Nutzung von bereits vorhandenen Routinedaten für die Qualitätsmessung entsteht bei IQM kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand. Dieses wichtige Argument trägt wesentlich zur Akzeptanz der IQM Methodik bei. Auch der Aufwand zur Vorbereitung der Peer Reviews ist überschaubar und bereits bei der ersten internen Beschäftigung mit den Fällen werden schon Verbesserungspotenziale sichtbar.

1.4 Einbindung in die Kommunikationsstrategie des Krankenhausträgers

1.4.1 Einsatz von G-IQI für „Public Reporting“

Die G-IQI eignen sich durchaus für die Information interessierter Patienten. Ganz bewusst wurden aber nach Aussage der Entwickler der Indikatoren keine Kompromisse hinsichtlich einer Vereinfachung zwecks „besserer Verständlichkeit“ eingegangen. Denn die medizinische Korrektheit der Indikatoren erfordert angesichts der komplexen Materie eine ausreichende Differenzierung, da die Indikatoren sonst ihrer Aufgabe, nämlich einer zutreffenden Messung der Ergebnisse, nicht gerecht werden können (Mansky et al. 2013).

Den größten Effekt hat das Public Reporting aber auf die Krankenhäuser selbst. Die Erfahrung als Krankenhausträger ist, dass durch die G-IQI-Ergebnisveröffentlichungen die Motivation unserer Mitarbeiter, an Verbesserungen zu arbeiten, gestiegen ist. Deswegen ist die Publikation von Ergebnisdaten ein wesentlicher Motivator, der das interne Qualitätsmanagement und damit die Qualität verbessert.

1.4.2 IQM als Vorreiter für Entwicklungen in der externen Qualitätssicherung

Indikatoren aus Routinedaten kommen

Auch in den gesetzlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser werden Qualitätsindikatoren veröffentlicht. Es handelt es sich dabei um die Indikatoren der externen gesetzlichen Qualitätssicherung (IQTiG), die im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemessen und weiterentwickelt werden. Ganz überwiegend werden zur Messung der Qualität im Rahmen der externen Qualitätssicherung dabei immer noch Daten verwendet, die von Krankenhausmitarbeitern mit speziellen Dokumentationsbögen zusätzlich zu erfassen sind. Ein

Umdenken hat aber bereits eingesetzt: „Wir verfolgen das Ziel, wo immer es geht auf bereits vorhandene Abrechnungs- und Sozialdaten zurückzugreifen, um den Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten“ so Prof. Joachim Szecsenyi (AQUA 2013), Geschäftsführer des AQUA-Instituts.

Peer Review als Vorbild?

Bei der 4. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 27. September 2012 hat sich Dr. Regina Klakow-Franck, Vorsitzende des zuständigen Unterausschusses Qualitätssicherung, dafür ausgesprochen, künftig alle zur Verfügung stehenden Instrumente auch im Rahmen der externen Qualitätssicherung sinnvoll einzusetzen:

„Dazu zählen besonders diejenigen Instrumente, die gegenseitiges Verständnis und Vertrauen fördern, etwa sektorenübergreifende Fallkonferenzen oder gemeinsame Peer Review Verfahren. Ein solches Vorgehen würde die bereits häufig eingeforderte, gemeinsame Qualitätskultur bei allen Beteiligten fördern.“

1.4.3 Was machen die Krankenkassen?

Die IQM Mitgliedskrankenhäuser informieren sich mit dem ausführlichen QSR-Klinikbericht über ihre aktuellen QSR-Ergebnisse. Die AOK veröffentlicht die QSR-Ergebnisse im AOK-Krankenhausnavigator im Internet. QSR steht für sektorenübergreifende Qualitätssicherung mit Routinedaten. Dabei werden die bei der AOK vorliegenden Routinedaten zu stationären Krankenhausaufenthalten von AOK-Versicherten seitens der AOK mit den nach der stationären Entlassung der gleichen Patienten anfallenden Daten technisch verknüpft. Auf diese Weise können Langzeitergebnisse wie z.B. Revisionsraten bei Hüft- und Knie-TEPs gemessen werden. Anhand dieser können sich die Kran-

kenhäuser auf Gespräche mit der AOK, einweisenden Ärzten oder Patienten vorbereiten. Nachteil ist allerdings, dass man die Ergebnisse nicht auf den einzelnen Patienten herunterbrechen kann.

Arztberater einzelner AOKs informieren in einzelnen Bundesländern gezielt Haus- und Fachärzte in persönlichen Gesprächen über die unterschiedlichen Qualitätsergebnisse umliegender Krankenhäuser.

1.5 Fazit

Jeder Krankenhausträger muss sich darüber im Klaren sein, dass der zukünftige Wettbewerb um den Patienten über Qualität entschieden wird. Die IQM Methodik ist ein einfach zu etablierendes Verfahren, das ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand die Ergebnisqualität der einzelnen Indikatoren aufzeigt. Durch die Verpflichtung zur Veröffentlichung aller Ergebnisse zeigen die Krankenhäuser auf, dass sie zum einen wissen, wo Handlungsbedarf besteht, zum anderen stellen sie deutlich dar, dass sie bereit sind, auch Ressourcen einzusetzen, um bei der Behandlung ihrer Patienten eine bestmögliche Qualität zu erreichen. Alle Beteiligten, insbesondere die Patienten, profitieren von diesem Verfahren. Der wesentliche Erfolgsfaktor der Peer Reviews ist der kollegiale Dialog auf Augenhöhe zwischen Chefarzten.

Literatur

- AOK – Die Gesundheitskasse für Rheinland/Hamburg (2012) Pressemitteilung vom 12.12.2012. <http://www.aok.de/rheinland-hamburg/die-aok/presse-89742.php?action=detail&pressemitteilung=298&lastAction=index> (Zugriff am 11.10.2013)
- AQUA (2013) Pressemitteilung 21. Januar 2013: Infektionen bei Gefäßkathetern: AQUA-Institut veröffentlicht Abschlussbericht. <http://www.aqua-institut.de/de/presse/infektion-bei-gefaesskathetern-aqua-institut-veroeffentlicht-abschlussbericht-21.01.2013.html> (Zugriff am 11.09.2013)
- Mansky T, Nimptsch U, Winklmaier C, Hellerhoff F (2013) G-IQI – German Inpatient Quality Indicators Version 4.0, Universitätsverlag der TU Berlin



Prof. Dr. med. Jörg Martin

Nach dem Studium der Humanmedizin in Tübingen und Stuttgart Ausbildung zum Facharzt für Anästhesiologie. 2007–2013 Geschäftsführer der ALB FILS Kliniken Göppingen. Seit 2013 Geschäftsführer der Regionale Kliniken Holding RKH, Ludwigsburg. Seit 2012 Vorsitzender des IQM Fachausschusses Transparenz.