

# Warum IQM? Der Nutzen für Mitglieder

Jörg Martin

## 1.1 Was bietet IQM einem Krankenhaus?

Die Versorgungsqualität in Krankenhäusern und Spitälern hält seit Jahren ein hohes Niveau in Deutschland und der Schweiz. Qualitätsunterschiede anzugleichen und Verbesserungspotenzial für alle in der Patientenversorgung Tätigen zum Wohl der Patient:innen sichtbar zu machen, diese Aufgaben hat sich IQM zum Ziel gesetzt. Dafür stellt IQM den medizinischen Fachexpert:innen aus den teilnehmenden Krankenhäusern innovative und anwenderfreundliche Instrumente zur Verfügung, die dabei unterstützen, aktives Fehlermanagement zu leben und einen kollegialen Dialog zu praktizieren. Hierbei setzt sich IQM in besonderem Maße für die Nutzung der vorhandenen Daten ein, beispielsweise als Vorreiter in der Routinedatennutzung während der COVID-19-Pandemie, mithilfe derer zeitnah valide Ergebnisse zur Versorgung der COVID-19 Fälle in Deutschland bereitgestellt werden konnten. An diesen zum Teil monatlichen Analysen haben sich ca. 90% der IQM Mitgliedskrankenhäuser

freiwillig beteiligt. Aber auch die Nutzung von indikationsspezifischen Patientenerfahrungen wird IQM in die Ergebnismessung aufnehmen und bereits 2019 wurde allen Mitgliedern die Beteiligung an der Erfassung von Patient Reported Outcomes angeboten, die ab 2023 im IQM Netzwerk zum Benchmark genutzt werden sollen.

## 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 IQM Mitgliedschaft ist gleichermaßen für das einzelne Krankenhaus wie für Träger und Verbünde von großem Nutzen. Mit aktuell rund 500 Mitgliedskrankenhäusern hat IQM ein starkes Netzwerk geschaffen, in dem freiwillig

und trägerübergreifend der aktive Austausch und das Voneinanderlernen für Cheförzte und Cheförztinnen, leitende Pflegefachkräfte und Qualitäts- und Risikobeauftragte, aber auch für die Krankenhausleitung ermöglicht wird. IQM steht mit seinen Mitgliedern für die kontinuierliche Verbesserung der organisatorischen Abläufe, Prozesse und Strukturen in der Krankenversorgung, um fortlaufend die beste Ergebnisqualität zu erreichen.

Maßgeblich sind hierbei insbesondere folgende Erkenntnisse:

- 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

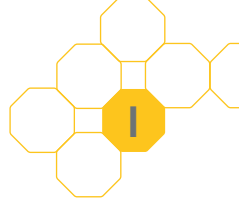
Eine entscheidende Rolle beim aktiven Qualitätsmanagementansatz von IQM hat die Krankenhausleitung oder Leitung des übergeordneten Trägers. Qualität steht als entscheidender Vorteil für die Positionierung der Krankenhäuser in der Zukunft im Fokus, nicht zuletzt im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung. Eine offene Fehlerkultur verlangt von den Verantwortlichen eines Krankenhauses Kritikfähigkeit, Selbstbewusstsein und Mut. Daher ist bei der aktiven Mitwirkung bei IQM das gemeinsame Handeln von Geschäftsführung, Ärztlicher Direktion, Pflegedirektion und damit allen Mitarbeitenden unverzichtbar

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

Voraussetzung einer hohen Durchdringung und Akzeptanz der gelebten IQM Methodik im Mitgliedskrankenhaus ist neben einem bedingungslosen Commitment der Geschäftsführung die breite interne Kommunikation der Methodik, der Instrumente und der Ergebnisse gegenüber allen Leistungsträgern (z.B. bei Leitungskonferenzen) wie auch gegenüber allen Mitarbeitenden des Krankenhauses (offene Krankenhauskonferenz).

## 1.3 IQM als Eckpfeiler des Qualitätsmanagements des Krankenhauses

Die IQM Methodik wird bei den meisten Mitgliedern zu einem wesentlichen Element des Qualitätsmanagements, indem die von IQM bereitgestellten effizienten und fortschrittlichen Werkzeuge zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung aktiv genutzt werden. Die konsequente Anwendung kommt auch der Marktposition des Mitgliedskrankenhauses zugute, da die IQM Mitgliedskrankenhäuser freiwillig weit über die bestehenden gesetzlichen Anforderungen zur Qualitätssicherung hinausgehen. IQM Mitglieder setzen so im Interesse bester Medizin und größtmöglicher Patientensicherheit transparente Maßstäbe. 2022 hat IQM die vom Aktionsbündnis Patientensicherheit veröffentlichte Liste unerwünschter vermeidbarer Ereignisse als Grundlage für ein Pilotprojekt des klinischen Risikomanagements genutzt (vgl. APS e.V. 2021). Vertreter:innen unterschiedlicher Träger der IQM Mitglieder haben in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe die Erfahrungen zur praktischen Umsetzung von geeigneten Präventionsmaßnahmen zusammengetragen, um einen geeigneten Leitfaden für Patientensicherheit im klinischen Alltag zu entwickeln.



### 1.3.1 Effiziente Methodik für aktive Qualitätsverbesserungen

Die drei Grundsätze der IQM Qualitätsmethodik lauten:

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

Die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) und die länderspezifische Version Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI) für die Schweizer IQM Mitgliedsspitäler helfen dabei, Behandlungsergebnisse transparent zu machen. Dies ist wichtig für alle in der Patientenversorgung tätigen Mitarbeiter:innen, aber auch für Externe. Die stetige Ergebnismessung trägt im internen Qualitätsmanagement der Krankenhäuser zur kontinuierlichen Ergebnisverbesserung zum Wohl der Patient:innen bei. Die aus DRG-Abrechnungsdaten (Routinedaten) abgeleiteten Indikatoren unterstützen die Krankenhäuser dabei, Optimierungspotenziale in den Behandlungsabläufen zu erkennen, zu erörtern und vor allem mithilfe von ergebnisorientierten Prozessanalysen – insbesondere in Form von Peer Reviews, aber auch Morbiditäts- und Mortalitäts-(M&M)-Konferenzen und internen Fallanalysen – umzusetzen (Mansky et al. 2013).

Bei der Auseinandersetzung mit den möglichen Ursachen, z.B. einer erhöhten Herzinfarktsterblichkeit in einem Krankenhaus, steht grundsätzlich der Behandlungsprozess im gesamten Krankenhaus – aller beteiligten Fachabteilungen – auf dem Prüfstand. Die Ergebnisindikatoren helfen anhand konkreter und problematischer Behandlungsfälle, z.B. Todesfälle bei Herzinfarkt, indem alle Prozessschritte und Schnittstellen untersucht werden, die potenziell zu einer Ergebnisbeeinträchtigung 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, Entlassungsgrund, usw.)
- kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand für die eigenen Krankenhausmitarbeiter:innen
- sehr gut überprüfbare und geprüfte Daten (Mediziner:innen, Medizincontrolling, Krankenkasse, MDK)
- interne IQM Gruppenauswertungen liefern großes Benchmark
- IQM Mitglieder sind aktiv an der Weiterentwicklung der Indikatoren beteiligt
- IQM ist im deutschsprachigen Raum Vorreiter bei der Nutzung von Indikatoren aus Routinedaten
- hoher Abdeckungsgrad der eigenen stationären Fälle durch Messung mit G-IQI/CH-IQI-Indikatoren
- Bereitstellung weiterer relevanter klinischer Kennzahlen (COVID-19-Kennzahlen, Mindestmengen und Delir-Kennzahlen)

### Vorteile der Ergebnistransparenz im Internet bei IQM

- Motivation der für die medizinische Qualität Verantwortlichen im Krankenhaus zu weiteren Analysen und Verbesserung
- Information der Öffentlichkeit über eigene Ergebnisse (Patient:innen, Angehörige, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen)
- Unterstützung in 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 Kolleg:innen und Pflegefachkräften
- Blick von außen beugt Betriebsblindheit vor

- IQM ist Vorreiter bei der Durchführung von Peer Reviews in Europa
- standardisierte 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 und -ärztinnen erarbeitet werden, beziehen sich z.B. auf

- Überprüfung der leitlinienorientierten Diagnostik und Therapie,
- Überprüfung der etablierten Standards und deren Durchdringung,
- Fokussierung der Komplikations-/Früherkennung,
- Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation zwischen Abteilungen,
- Beleuchtung von ethischen Fragestellungen und End-of-Life-Decisions,
- Bewertung der interprofessionellen Zusammenarbeit,
- Erarbeitung interdisziplinärer Behandlungskonzepte sowie
- viele andere, im Einzelnen schwer vorhersehbare und mit Prozesskennzahlen 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 sollte die treibende Kraft bei der Einführung sein und bleiben. 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)*

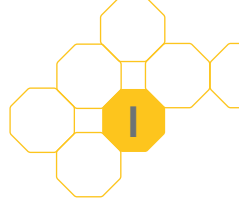
### 1.3.4 Geringer Aufwand/geringe Kosten

Durch die Nutzung von bereits vorhandenen Routinedaten für die Ergebnismessung bei IQM entsteht für die Mitgliedskrankenhäuser kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand. Dieses wichtige Argument trägt wesentlich zur Akzeptanz der IQM Methodik im klinischen Alltag bei. Auch der Aufwand zur Vorbereitung der Peer Reviews ist überschaubar und sollte durch das Qualitätsmanagement in der Einrichtung unterstützt werden. Bereits bei der ersten internen Beschäftigung des Behandlungsteams mit den Behandlungsfällen im Rahmen der Selbstbewertung werden Verbesserungspotenziale sichtbar.

## 1.4 Einbindung in die Kommunikationsstrategie des Krankenhausträgers

### 1.4.1 Einsatz von G-IQI für „Public Reporting“

Die G-IQI/CH-IQI eignen sich durchaus für die Information interessierter Patient:innen. Ganz bewusst wurden aber nach Aussage der Ent-



wickler der Indikatoren keine Kompromisse hinsichtlich einer Vereinfachung zwecks „besserer Verständlichkeit“ eingegangen. 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 der Krankenhausträger ist, dass durch die Ergebnisveröffentlichung die Motivation aller Mitarbeitenden, kontinuierlich an Verbesserungen zu arbeiten, stetig 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

##### Routinedaten nutzen

In den gesetzlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser werden ausgewählte Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung (IQTiG) veröffentlicht. Diese werden im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gemessen und weiterentwickelt (vgl. G-BA 2021). Grundlage dieser Messung sind noch immer überwiegend Daten, die von Krankenhausmitarbeitenden über spezifische Dokumentationssysteme zusätzlich erfasst werden müssen. Bereits 2013 wurde vom damaligen Geschäftsführer des AQUA-Instituts Prof. Joachim Szecsenyi ein Umdenken angekündigt, perspektivisch auf bereits vorhandene Abrechnungs- und Sozialdaten zurückzugreifen, um den Dokumentationsaufwand so gering wie möglich zu halten (AQUA 2013). Das seit 2014 beauftragte IQ-TiG stellt sich ab 2022 in einer aktuellen Untersuchung erneut dieser Aufgabe und hat dazu viele klinische Fachexpert:innen in seine Prüfung einbezogen.

##### Peer Review als Vorbild

Seit über zehn Jahren sprechen sich Akteure des Gesundheitswesens wie Vertreter:innen der Bundesärztekammer oder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wiederholt dafür aus, Peer Reviews und sektorenübergreifende Fallkonferenzen auch in der externen Qualitätssicherung als diejenigen Instrumente einzusetzen, die gegenseitiges Verständnis und Vertrauen fördern.

#### 1.4.3 Was machen die Krankenkassen?

Alle 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 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) mit den nach der stationären Entlassung der gleichen Patient:innen anfallenden Daten technisch verknüpft. Auf diese Weise können Langzeitergebnisse, wie z.B. Revisionsraten, nach Implantation von Hüft- oder Knie-Totalendoprothesen gemessen werden. Anhand der Ergebnisse – auch in Kombination mit weiteren Ergebnisindikatoren aus der QM-Methodik – können sich die Krankenhäuser auf Gespräche mit der AOK, den einweisenden Ärzt:innen oder ihren Patient:innen vorbereiten (Günster et al. 2013). Nachteil der AOK-Methodik gegenüber der IQM Methodik ist, dass die Behandlungsteams im Krankenhaus die Ergebnisse nicht auf den einzelnen Patienten bzw. die einzelne Patientin herunterbrechen können, um spezifische Fallanalysen durchzuführen.

Jedoch informieren Arztberater:innen einzelner AOKs in manchen Bundesländern gezielt Haus- und Fachärzte und -ärztinnen in persönlichen Gesprächen über die jeweiligen Qualitätsergebnisse der umliegenden Krankenhäuser.



## 1.5 Fazit

Jeder Krankenhausträger muss sich darüber im Klaren sein, dass der Wettbewerb um die Patient:innen 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 Mitgliedskrankenhäuser einerseits auf, wo ihre Stärken liegen, und andererseits können sie dadurch sicherstellen, Handlungsbedarfe aufzudecken. Die IQM Mitgliedskrankenhäuser stellen deutlich dar, dass sie bereit sind, auch Ressourcen einzusetzen, um bei der Behandlung ihrer Patient:innen eine bestmögliche Qualität zu erreichen. Alle Beteiligten, insbesondere die Behandelten, profitieren von der IQM Methodik. Dabei ist der wesentliche Erfolgsfaktor der Peer Reviews der kollegiale Dialog auf Augenhöhe zwischen Chefärzten und -ärztinnen. Krankenhäuser, die außerdem entsprechend dem IQM Leitfaden interne M&M-Konferenzen durchführen, können so den Nutzen der IQM Methodik für das eigene Haus noch weiter steigern – und signalisieren nach innen, dass es die Organisation mit der Optimierung und der Etablierung einer Fehlerkultur ernst meint.

## Literatur

- APS e.V. (2021) Schützt vor Schaden: Die APS SEVer-Liste – Schwere Ereignisse, die wir sicher verhindern wollen. Berlin. URL: [https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2021/09/SEVer-Liste\\_APS.pdf](https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2021/09/SEVer-Liste_APS.pdf) (abgerufen am 06.07.2022)
- AQUA (2013) Pressemitteilung 21. Januar 2013: Infektionen bei Gefäßkathetern: AQUA-Institut veröffentlicht Abschlussbericht. URL: [https://sqq.de/upload/PRESSE/PM2013/2013-01-21\\_Nos-infektionen-ZVK-Abschlussbericht.pdf](https://sqq.de/upload/PRESSE/PM2013/2013-01-21_Nos-infektionen-ZVK-Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am 15.07.2022)
- G-BA (2021): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) in der Fassung vom 19. Juli 2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 18.12.2018 B 3), in Kraft getreten am 1. Januar 2019, zuletzt geändert am 16. September 2021 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.12.2021 B 1) in Kraft getreten am 1. Januar 2022. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2686/DeQS-RL\\_2021-09-16\\_iK-2022-01-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2686/DeQS-RL_2021-09-16_iK-2022-01-01.pdf) (abgerufen am 15.07.2022)
- Günster C, Jeschke E, Malzahn J, Schillinger G (2013) Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) In: Kray R, Koch C, Sawicki P (Hrsg.) Qualität in der Medizin dynamisch denken. Springer Gabler Wiesbaden
- Mansky T, Nimptsch U, Winklmair 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 erfolgte seine Ausbildung zum Facharzt für Anästhesiologie mit Anerkennung im Jahr 1990. Ab 1999 arbeitete Prof. Dr. Jörg Martin als Oberarzt Anästhesie und Intensivmedizin der Klinik am Eichert, bevor er im Jahre 2000 ein Fernstudium im Bereich „Management in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“ an der Universität Kaiserslautern begann. 2006 folgte dann die Habilitation und 2009 die Ernennung zum apl. Professor durch die Universität Ulm. Von 2007 bis 2013 arbeitete Martin als Geschäftsführer der ALB FILS Kliniken Göppingen, bis er 2013 Geschäftsführer der RKH Regionalen Kliniken Holding und Services GmbH wurde.