

# 3

## Qualitätsmanagement in der Klinik mit Indikatoren

Olaf Kannt

Die Aktivitäten im Qualitätsmanagement auf Ebene des Krankenhauses sind sehr vielfältig. Sie betreffen sowohl die Struktur-, die Prozess- als auch die Ergebnisqualität und sind entweder Teil der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung oder Teil einer selbstgewählten, über die gesetzliche Vorgabe hinausgehenden Qualitätssicherung. Das vorliegende Kapitel soll am praktischen Beispiel der Helios Kliniken den besonderen Anspruch der Messung, Veröffentlichung und Verbesserung der Ergebnisqualität mithilfe von Indikatoren illustrieren.

### 3.1 Weiterentwicklung des Managements mit IQM Indikatoren

Die Nutzung der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) als Kennzahlen für das Qualitätsmanagement im Krankenhaus weist erhebliche Vorteile gegenüber der gesetzlichen Qualitätssicherung auf. Neben dem sehr hohen Abdeckungsgrad von ca. 56% aller stationären Behandlungsfälle ist die Datenerfassung sehr effizient, da durch Nutzung der Routine-Abrechnungsdatensätze nach § 21 KHEntG kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand entsteht. Die Daten sind objektiv, leicht überprüfbar, hoch valide und kaum manipulierbar. Die Daten sind hochaktuell, da sie unmittelbar nach Abschluss

der Behandlung zur Verfügung stehen. Durch Nutzung der Abrechnungsdaten aller stationären Fälle beträgt die Abdeckung 100%. Die IQM Methodik „Messen – Veröffentlichen – Verbessern“ kann trägerspezifisch weiterentwickelt werden und damit messbar höheren Erfolg erzielen. Dies soll am Beispiel der Helios Kliniken erläutert werden.

### 3.2 Messen der Ergebnisqualität – Beispiel Helios Kliniken

Die Möglichkeit zur Messung der Ergebnisqualität aus den Routinedaten ermöglicht innerhalb einer Organisation neben der niedrighschwelli-

gen Nutzung ohnehin anfallender valider Daten eine beispiellose Aktualität, da die Daten quasi sofort nach Entlassung zur Verfügung stehen. Neben der Aktualität und der sehr effizienten Datenerfassung besteht sowohl die Möglichkeit der Fokussierung auf bestimmte Tracer als auch der Einführung und Erprobung zusätzlicher Indikatoren. So können zum Beispiel neue Indikatoren – auch für die IQM Tracer erprobt werden.

### Inhaltliche Ausgestaltung der Indikatoren aus Routinedaten

Als Basis für die inhaltliche Ausgestaltung der Indikatoren dienen die G-IQI der jeweils aktuellsten Version (Nimptsch u. Mansky 2021). Dabei werden die Indikatoren klar konzipiert und sogenannten Bundesreferenzwerten gegenübergestellt. Dies ermöglicht eine klare Positionierung des Einzelergebnisses sowohl innerhalb der Benchmark-Gruppe als auch gegenüber dem Bundesreferenzwert. Einziger Nachteil ist der zeitliche Versatz des Bundesreferenzwertes, da dieser aus den Daten des vorletzten Jahres generiert wird und sich im Betrachtungszeitraum geändert haben könnte. Besondere Relevanz erhielt die fehlende vollständige Aktualität des Bundesreferenzwertes in der COVID-19-Pandemie. Da die Bundesreferenzwerte für die Jahre 2020 und 2021 aus den Daten der Jahre 2018 bzw. 2019 ermittelt wurden, sind in diesen keine COVID-19 Fälle enthalten. Dies verfälscht den Vergleich einiger Indikatoren wie z.B. Todesfälle bei Pneumonie oder Letalität bei Beatmung über 24 Stunden z.T. erheblich. Insgesamt ist die pandemiebedingte Abweichung der Bundesreferenzwerte zwar in der Einzelbetrachtung des jeweiligen Tracers bedeutsam, jedoch nicht in der Gruppenbetrachtung der Benchmark-Teilnehmer untereinander.

Die G-IQI bilden die Grundlage für die unternehmenseigenen Messsysteme. Einige wesentliche Indikatoren werden innerhalb der Helios Kliniken in einem standardisierten Prozess zu *Unternehmenszielen* erklärt, welche wiederum in einem besonderen Berichts- und Dokumenta-

tionswesen die sowohl kurzfristig aktuelle als auch inhaltlich-tiefgründige Befassung mit diesen Qualitätszielen auf Standortebene auslösen. Folgende Indikatorkategorien werden für diese Unternehmensziele herangezogen:

- Risikoadjustierte Sterblichkeit mit Erwartungswerten und standardisiertem Sterblichkeitsverhältnis (SMR), z.B. Sterblichkeit bei Herzinfarkt
- Sterblichkeit ohne Erwartungswert, stattdessen mit Risikostratifizierung, z.B. Todesfälle bei Kolonresektionen bei kolorektalem Karzinom ohne kompl. Diagnose
- Prozesskennzahlen, Komplikationskennzahlen, z.B. Anteil minimalinvasiver Hysterektomien oder Anteil von Dammrissen höheren Grades bei Geburten
- Beobachtungs- und Informationswerte und Mengeninformationen sind auch ohne explizite Ausweisung als Unternehmensziel zusätzlicher Bestandteil des Berichtswesens und ermöglichen damit kurzfristige Vergleiche oder zusätzliche Aufgreifkriterien für Fallanalysen

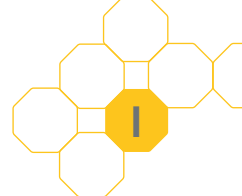
Die Unternehmensziele werden entweder in Helios-Fachgruppen festgelegt oder auf Vorschlag der jeweils höchsten beratenden Medizingremien des Unternehmens durch die erweiterte Geschäftsführung beschlossen. Das Fachgruppensystem ist eine Besonderheit der Helios Kliniken. Die jeweils leitenden Ärzte eines Fachgebietes sind zu einer von 30 Fachgruppen zusammengeschlossen. Neben qualitätsbasierten Beschaffungsanforderungen und medizinischen Handlungsempfehlungen beschließen diese Fachgruppen auch die Qualitäts-Unternehmensziele ihres jeweiligen Fachgebietes.



---

**Grundsätzlich gilt der selbstgestellte Anspruch, dass die Qualität besser als der Bundesdurchschnitt sein soll.**

---



Tabellarisch werden alle Unternehmensziele auf Unternehmens- und Standortebene ausgewiesen. Grundsätzlich gilt der selbstgestellte Anspruch, dass die Qualität besser als der Bundesdurchschnitt sein soll. Ein Unternehmensziel ist also nur bei Ergebnissen, die besser als der Bundesreferenzwert sind, erfüllt. Das Berichtswesen besteht einerseits aus einer Berechnung aller Indikatoren für die Unternehmensziele inklusive wesentlicher Beobachtungs-, Informations- und Mengenwerte (s. Abb. 1).

Dies erlaubt die genaue Verortung des jeweiligen Standortes für jeden Tracer unabhängig von der Zielerreichung. Andererseits wird zeitgleich und automatisiert eine Zielerreichungsquote ausgeworfen und zwar auf Stand-

ort- (s. Tab. 1), Regions- (s. Tab. 2) und Unternehmensebene. Die Regions- und Unternehmensebene wiederum lässt sich als Summe der Einzelziele darstellen oder als Zielerreichungsquote standortübergreifend pro Tracer, also in der Berechnung, als ob eine Region oder das gesamte Unternehmen ein einziges Krankenhaus wären.

Frequenz der Messung

Aufgrund der sofortigen Verfügbarkeit der Daten nach Abrechnung der Behandlung ist eine jederzeitige Auswertung möglich. Die Daten werden bei den Helios Kliniken tagesgleich in einem automatisierten Prozess aus-

HELIOS Medizinische Unternehmensziele und Leistungskennzahlen Version 5.32H, Auswertung bis Apr 2022, Stand: 30.04.2022 Berichtserstellung: 05.05.2022 14:36:08 (Berechnung mittels SP) Legende: Z = Ziel, M = Mengeninformation, I = Information, B = Beobachtungswert, D = Detail für Bereich PlanQI: Modul n. erw. = Modul wird nicht erwartet (Positivliste); Fälle erw., ohne Daten = Modul wird erwartet (Positivliste), aber keine Daten vorhanden Bundesreferenzwert Fälle: mittlere Fallzahl in KH mit dieser Leistung					HELIOS				BERLIN-BUCH			
					2022				2022			
					Wert (85%)	Ziel (40/47)	Zähler	Nenner	Wert (67%)	Ziel (28/42)	Zähler	Nenner
ausgewertete Fälle					M (Fälle)	351.102	351.102		16.811		16.811	
Erkrankungen des Herzens												
Herzinfarkt												
1.1	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten	Z [%] (min. 4)	5,7 SMR: 0,72	< 7,9 (StBa 2019) Häuser: 45/58	233	4.079	13,0 SMR: 1,69	< 7,7 (StBa 2019)	10	77		
Herzinsuffizienz												
2.1	Hauptdiagnose Herzinsuffizienz (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten	Z [%] (min. 4)	6,0 SMR: 0,76	< 7,9 (StBa 2019) Häuser: 54/69	690	11.584	10,3 SMR: 1,30	< 7,9 (StBa 2019)	25	243		
Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter												
3.11	Katheter der Koronargefäße BEI Herzinfarkt (Alter > 19 J), ohne Herz-OP, Todesfälle, aufgetreten - bezogen auf Pat. mit Koronarkatheter und Herzinfarkt	Z [%] (min. 6)	5,0 SMR: 0,83	< 6,0 (StBa 2019) Häuser: 35/46	168	3.352	11,9 SMR: 2,07	< 5,8 (StBa 2019)	8	67		
3.121	Diagnostischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt, ohne Herz-OP (Alter > 19), Anteil Todesfälle	Z [%] (min. 6)	0,96	< 1,30 (StBa 2019) Häuser: 35/49	85	8.821	2,71	< 1,30 (StBa 2019)	8	295		
3.131	Therapeutischer Katheter der Koronargefäße OHNE HD Herzinfarkt, ohne Herz-OP (Alter > 19), Anteil Todesfälle	Z [%] (min. 6)	1,49	< 1,60 (StBa 2019) Häuser: 29/46	65	4.359	1,53	< 1,60 (StBa 2019)	2	131		
Ablative Therapie												
6.11	davon Vorhofablation bei Vorhofflimmern/Flattern, Anteil Todesfälle	Z [%] (min. 4)	0,18	< 0,08 (StBa 2019) Häuser: 29/32	3	1.714	0,00	< 0,08 (StBa 2019)	0	160		
6.12	davon Vorhofablation bei Vorhofflimmern/Flattern, Anteil Perikardkomplikationen	Z [%] (min. 4)	0,47	< 0,70 (StBa 2019) Häuser: 27/32	8	1.714	0,00	< 0,70 (StBa 2019)	0	160		
Operationen am Herzen												
7.21	Isolierter offener Aortenklappenersatz ohne weitere Herz-OP (Alter >19), Anteil Todesfälle	Z [%] (min. 4)	2,1	< 2,4 (StBa 2019) Häuser: 3/5	4	189	0,0	< 2,4 (StBa 2019)	0			
7.5	Operationen nur an den Koronargefäßen bei Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle - bezogen auf Patienten mit Koronar-OP und Herzinfarkt	Z [%] (min. 4)	4,1 SMR: 0,67	< 6,1 (StBa 2019) Häuser: 4/5	7	172	0,0	< 6,1 (StBa 2019)	0			
7.6	Operationen nur an den Koronargefäßen ohne Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle	Z [%] (min. 4)	0,8	< 1,8 (StBa 2019) Häuser: 4/5	4	509	0,0	< 1,8 (StBa 2019)	0			

Abb. 1 Screenshot der Auswertungstabelle auf Zielerreichungsbasis – hier kardiologische Tracer, Unternehmensquoten und ein Standort

**Tab. 1** Zielerreichungsquote beispielhaft an der Region Nord. Die Farbkodierungen sind willkürlich folgendermaßen gewählt: grün  $\geq 88\%$  = Unternehmensziel erreicht, gelb  $> 80\% < 88\%$  und rot  $< 80\%$

Haus	erreicht	erreichbar	Quote	o. COVID
Gesamt	317	374	84,8%	87,4%
Bad Schwartau	13	14	92,9%	92,9%
Cuxhaven Stadt	29	33	87,9%	84,8%
Gifhorn	32	34	94,1%	94,1%
Hamburg Endo	5	5	100%	100%
Hamburg-Harburg	16	16	100%	100%
Helmstedt	30	36	83,3%	86,1%
Kiel	10	10	100%	100%
Nienburg	28	35	80%	82,9%
Nordenham	18	22	81,8%	90,9%
Schleswig	31	37	83,8%	86,5%
Schwerin	34	43	79,1%	81,4%
Stolzenau	2	3	66,7%	66,7%
Stralsund	35	40	87,5%	92,5%
Uelzen	21	31	67,7%	77,4%
Wittingen	13	15	86,7%	86,7%

**Tab. 2** Zielerreichungsquote auf Regions- und Unternehmensebene (Stand 30.04.22), Unternehmensziel ist jeweils eine Quote von  $> 88\%$

Region und Jahr	Region			Einzelziele Häuser		
	erreicht	erreichbar	Quote	erreicht	erreichbar	Quote
Helios – 2022	40	47	85,1%	1.733	2.081	83,3%
Nord 2022	38	44	86,4%	317	374	84,8%
Ost 2022	39	47	83%	441	538	82%
Süd 2022	36	47	76,6%	512	614	83,4%
West 2022	35	47	74,5%	463	555	83,4%

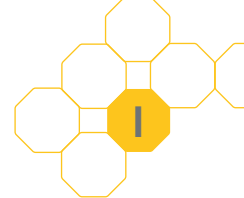
geleitet und konsolidiert. Der resultierende Bericht wird jeweils zum Monatsende erstellt und enthält die im Kalenderjahr kumulierten Ergebnisse. Das damit vergleichsweise hochfrequente Berichtswesen hat den entscheidenden

Vorteil, dass Auffälligkeiten sehr früh festgestellt werden und damit auch frühzeitig gegensteuert werden kann.

### 3.3 Veröffentlichung der Ergebnisqualität – Beispiel Helios Kliniken

Ein wesentlicher Bestandteil der IQM Methodik ist die Transparenz und Offenlegung der Ergebnisqualität. Die Zielgruppen für diese Veröffentlichungen sind zum einen die Mitarbeitenden und zum anderen die „Kunden“, also die Patient:innen und alle, welche diese bei der Wahl des Krankenhauses beraten wie z.B. zuweisende Ärzt:innen, Angehörige u.v.m. (s. Kap. I.5).

Die zielgruppenadäquate Veröffentlichung ist die Voraussetzung für die qualitätsverbessernde Wirkung der Darstellung der Ergebnisqualität. Einerseits muss das mögliche Verbesserungspotenzial in der eigenen Einrichtung erkannt werden und häufig überhaupt erst eine Erkenntnislage über die eigene Qualität geschaffen werden. Andererseits ist Sinn und Zweck des Qualitätswettbewerbs, dass diese Qualitätsaspekte eine Rolle bei der Wahl der Behandlungseinrichtung durch die Patient:innen spielen sollen. Beide Zielgruppen, Mitarbeitende und Patient:innen bzw. deren Angehörige und Hausärzt:innen sollten also verständlich über die Qualitätsergebnisse informiert sein. Die klassischen Veröffentlichungen der IQM Ergebnisse erfüllen diesen Zweck nur zum Teil, da diese für den Laien nicht immer selbsterklärend sind und nur mit Bezug zum IQM Durchschnittswert und nicht dem Bundesreferenzwert und nur in Betrachtung über zwei Jahre dargestellt sind. Für die Information der Mitarbeitenden sind sowohl die IQM Veröffentlichung als auch die (über die AOK veröffentlichten) QSR-Klinikreports daher bedingt hilfreich, da diese Berichte für das vergangene oder sogar vorvergangene Jahr ausgewiesen werden und damit nicht aktuell sind. Eine eigene monatsaktuelle Berichtsführung innerhalb des



Unternehmens und eine besonders laienverständliche Veröffentlichung für die Patient:innen sind daher sinnvoll.

### Veröffentlichung intern

Die Helios Kliniken nutzen eine umfangreichere Transparenz und höhere Frequenz der Ergebnisberechnung. Dazu versendet der Zentrale Dienst Medizin der Helios Kliniken monatlich die Standardtabelle des Helios Berichtswesens mit allen Qualitätsergebnissen an alle Klinikgeschäftsführungen, Ärztliche Direktionen, Pflegedirektionen und Chefärzt:innen. Diese Standardtabelle weist auf Hausebene die Zielerreichung vollständig aus und lässt Vergleiche auf Standort- und Regionsebene zu (Abb. 1, Tab. 1 u. 2). Dabei kann im Überblick die Zielerreichungsquote des Unternehmens und der Krankenhäuser betrachtet werden, in weiteren Tabellenblättern kann der Detaillierungsgrad bei Bedarf noch deutlich erhöht werden. Diese monatliche Auswertung auf Ebene der Tracer veranlasst die Klinikleitungen und Chefärzt:innen monatsaktuell zu der Auseinandersetzung mit der eigenen Ergebnisqualität.

Die Qualitäts-Standardtabelle stellt sehr detailliert die Zielerreichungsquote dar, vermag aber weder die Fallebene zu beleuchten noch bestimmte unterjährige Maßnahmen zur Verbesserung der Qualität zu dokumentieren oder nachverfolgbar zu machen. Für diese Zwecke haben die Helios Kliniken ein medizinisches Datenportal eingerichtet, in welchem die Qualitätsindikatoren auf Ziel-, Fall- und Maßnahmenebene sicht- und bearbeitbar sind. Pflegeindikatoren, Peer Review Protokolle und Zentralisierungsdaten runden das Paket im Datenportal ab. Für die Ergebnisqualität werden die Daten quartalsweise aktualisiert und müssen dann in einem gestuften Verfahren unter Verantwortung der Ärztlichen Direktion auf der Fallebene vollständig bearbeitet werden (s. Abschnitt. „Stufenverfahren“). Auf der Zielebene erfolgt die Bearbeitung in Zusammenarbeit

der Ärztlichen Direktor:innen mit den Medical Consultants des Unternehmens.



**Beide internen Veröffentlichungen dienen der unterjährigen laufenden Bewertung und Bearbeitung der Qualitätsindikatoren und sichern eine hochaktuelle Präsenz der Qualitätsergebnisse.**

### Veröffentlichung extern

Die externe Veröffentlichung der Qualitätsdaten sollte so konzipiert sein, dass die beabsichtigte Wirkung bei der Zielgruppe auch eintreffen vermag. Medizinische Laien sollten auf einen Blick erkennen, wie die Ergebnisqualität des Krankenhauses einzuordnen ist, idealerweise in der Betrachtung über mehrere Kalenderjahre und mit einfacher Visualisierung der Ergebnisse. In der weißen Liste und in der Darstellung der QSR-Ergebnisse im AOK-Krankenhausnavigator gelingt dies bereits sehr gut, allerdings nicht in der Breite und Aktualität wie es über die § 21-Abrechnungsdaten möglich wäre. Die IQM Ergebnisse werden ebenfalls über die Klinik-Homepage veröffentlicht, ohne besonderen Fokus auf die Laienverständlichkeit, da die erste Zielgruppe der IQM Ergebnisveröffentlichung nicht die medizinischen Laien ist. Als Referenzwert werden die IQM Durchschnittswerte und nicht die Bundesreferenzwerte ausgewiesen. Die Helios Kliniken legen den Fokus auf die laienverständliche Darstellung der Ergebnisqualität – sowohl auf Unternehmens- als auch auf Standortebene (s. Abb. 2). Diese Darstellung beinhaltet die farbcodierte Darstellung (grün: besser als Bundesdurchschnitt, rot: schlechter als Bundesdurchschnitt) der Ergebnisse an sich, die Darstellung einer Skalierung in der Abweichung nach oben oder unten vom Bundeswert und die Farbcodierung der Resultate der letzten 5 Jahre (s. Abb. 2), auf die bei IQM bewusst verzichtet wird.



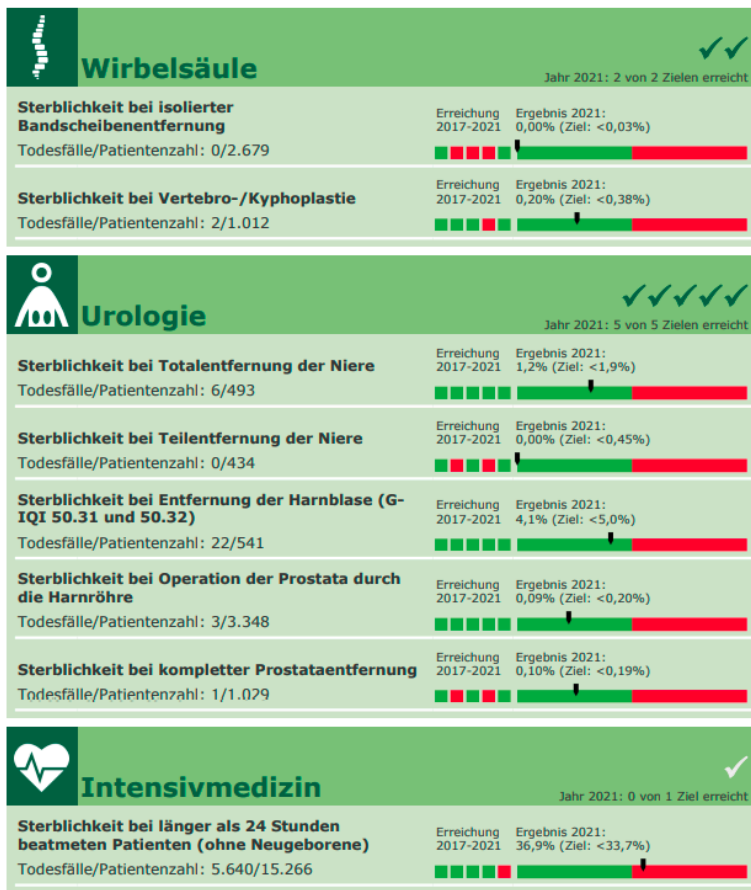


Abb. 2 Darstellung der Ergebnisqualität der Helios Kliniken (Auszug) in laienverständlicher Form

### 3.4 Verbesserung der Ergebnisqualität – Beispiel Helios Kliniken

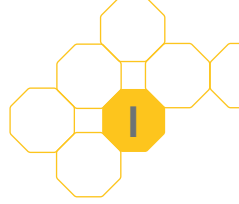
Das Messen und das Veröffentlichen führt an sich schon zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität, da ein Einfluss auf Verständnis, Haltung und Umgang mit den Ergebnissen unterstellt werden darf. Die laienverständliche Veröffentlichung sollte zumindest bei Darstellung unterdurchschnittlicher Qualität zu einer intensiven Befassung durch die betroffene Fachabteilung führen. Neben diesen „automatischen“ Effekten existieren eine ganze Reihe

weiterer Maßnahmen zur Verbesserung der Ergebnisqualität. Das Peer Review Verfahren als Kernelement der Qualitätsverbesserung bei IQM (s. Kap. I.12) spielt auch bei dem vorliegenden Beispiel der Helios Kliniken eine herausragende Rolle.

#### Selbstreview – Todesfälle und Todesfallkonferenzen

Der erste Ansatz zur Qualitätsverbesserung beginnt bereits vor Fallabschluss etwaiger Indexfälle. Bei den Helios Kliniken ist seit mehreren Jahren die Durchführung eines sogenannten Selbstreviews bei allen Todesfällen verpflichtend. Hierbei muss jeder Todesfall durch den Chefarzt oder die Chefarztin der entlassenden Fachabteilung einem Selbstreview unterzogen werden. Das Ergebnis dieses Selbstreviews muss standardisiert in den Peer Review Ergebniskategorien außerhalb der Krankenakte abgelegt werden. Diese Kategorien sind – wie beim klassischen Peer Review auch – Zahlenkodierungen für Verbesserungspotenzial (1a: sicheres Verbesserungspotenzial; 1b: vermutetes Verbesserungspotenzial), für Kodierfehler (Kategorie 2) oder fehlende Auffälligkeiten (Kategorie 3) sowie die nochmalige Bestätigung der korrekten Kodierung. Dabei bezieht sich die Aussage des Verbesserungspotenzials (ebenfalls wie beim klassischen Peer Review) nicht auf eine Kausalität zwischen diesem und dem Fallausgang, sondern ist allgemeiner Natur. Der Todesfall ist quasi das Aufgreifkriterium für das Review des Falles und das Verbesserungspotenzial kann und sollte sich auf alle Aspekte des Falles beziehen. Daher wird bei diesen Selbstreviews die Erwartung der kritischen Rückschau mit Erwartung einer Verbesserungspotenzialquote verbunden. Die kann dann auch gemessen und ausgewertet werden. So gibt es immer wieder kritische Rückfragen, wenn die abteilungs- oder standortbezogene Selbstkritik unter den Erwartungen bleibt.

Seit dem Jahr 2022 ist ein weiteres Instrument zur Qualitätssicherung vor Fallabschluss



in den Helios Kliniken verpflichtend umgesetzt worden, die Todesfallkonferenzen. Diese Institution hat sich an zahlreichen Standorten im jahrelangen Einsatz so bewährt, dass die Umsetzung im Jahr 2022 für alle Kliniken des Unternehmens verpflichtend wurde. In diesen Konferenzen müssen alle Todesfälle gemeinsam mit den Chefärzt:innen der beteiligten Fachabteilungen, dem Medizincontrolling, der Ärztlichen Direktion und optionalen weiteren Teilnehmenden strukturiert besprochen und bewertet werden. Diese Konferenzen sind im Sinne der allgemeinen Fehlerkultur offen für alle Berufsgruppen und Hierarchien, allerdings auf den Einzelfall bezogen kürzer und stringenter als z.B. M&M-Konferenzen.

Diese, in der Regel wöchentlich, in jedem Fall aber vor Fallabschluss stattfindenden Zusammenkünfte, stehen in der Gesamtverantwortung der Ärztlichen Direktion und werden durch das Medizincontrolling begleitet und vorbereitet. Obligatorisch ist dabei pro Fall eine strukturierte inhaltliche Zusammenfassung des klinischen Verlaufs, die Selbstbewertung im Sinne des Selbstreviews, die Festlegung von Maßnahmen bei Verbesserungspotenzial und die *gemeinsame* Festlegung der finalen Kodierung.

Die Vorteile dieser verpflichtenden und strukturierten Befassung mit den Todesfällen vor Fallabschluss liegen

- in der Vermeidung von Kodierfehlern durch das obligate Mehr-Augen-Prinzip bei der Kodierung,
- in der ganz aktuellen Analyse von Verbesserungspotenzial und damit der Möglichkeit sehr rascher Interventionen und der Etablierung sofortiger wirksamer Maßnahmen sowie
- der Dokumentation des Selbstreviews und damit einer frühzeitigen Vorbereitung etwaiger späterer externer Peer Reviews.

### Verpflichtende M&M-Konferenzen

Unabhängig von den Todesfallkonferenzen sind im betrachteten Unternehmen zusätz-

lich M&M-Konferenzen verpflichtend. Diese müssen monatlich durchgeführt werden. Die Durchführung und Dokumentation dieser M&M-Konferenzen wird zentral überwacht und ist Bestandteil der Zielvereinbarungen aller Führungskräfte des jeweiligen Standortes. Die Fallauswahl wird durch die Ärztliche Direktion verantwortet und generiert sich zum Teil aus Vorschlägen aus den Todesfallkonferenzen. Die Ärzt:innen aller Fachrichtungen nehmen an dieser M&M-Konferenz teil, zusätzlich die Klinikgeschäftsführung, Pflegende und optional andere Berufsgruppen. Grundsätzlich werden offen und transparent, wertschätzend und konstruktiv ausgewählte Einzelfälle ausführlich, berufsgruppenübergreifend und interdisziplinär besprochen, gemeinsam das Verbesserungspotenzial und Maßnahmen definiert und protokolliert.

Diese M&M-Konferenzen dienen – neben der Hebung des unmittelbaren fallbezogenen Verbesserungspotenzials – der gleichzeitigen Weiterbildung und Schulung der Mitarbeiter:innen und der direkten Verbesserung des Schnittstellenmanagements innerhalb eines Krankenhauses.

### Stufenverfahren – Management bei verfehlten Unternehmenszielen

Das Messen und Veröffentlichen der Ergebnisqualität sollte bereits zu einer erhöhten Aufmerksamkeit und Achtsamkeit für das Thema führen. Die laienverständliche Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen unter dem Bundesdurchschnitt führt bei den meisten Chefärzt:innen zu Bestrebungen, sowohl die Ursachen zu verstehen als auch die Schwächen zu beheben. Allerdings bedarf es immer wieder einer beharrlichen Diskussion, um Verständnis und Haltung für diese Methodik zu entwickeln. Bei neu hinzugekommenen Krankenhäusern im Unternehmen wird häufig nach Ausreden und Erklärungen für die Abweichungen gesucht, statt diese Energie komplett in die Verbesserungen der Qualität zu stecken.

Sehr häufig wird versucht, mit vermeintlichen Besonderheiten im Patientenkollektiv diese Abweichungen zu rechtfertigen. So seien oft die eigenen Patient:innen älter und kränker als die Patient:innen anderer Kliniken. Sowohl die Risikoadjustierung in den zugrundeliegenden Indikatoren als auch jeweils eine konkrete Analyse des Patientenkollektivs lassen diese Rechtfertigungen in keinem einzigen Fall erfolgreich sein.

Neben den quasi automatischen Verbesserungen durch die Messung und die Veröffentlichung der Ergebnisse und neben dem klassischen IQM Verbesserungsverfahren durch Peer Reviews existieren eine ganze Reihe weiterer möglicher Methoden, die Ergebnisqualität zu verbessern. Am Beispiel der Helios Kliniken wird die stufenweise Befassung und Analyse der Qualität sowohl auf der Ziel- als auch der Fallebene geschildert (s. Abb. 3).

**Erste Ebene:** Wie bereits erwähnt, führt die verpflichtende Fallbeschreibung und Fallbewertung im Rahmen der Todesfallkonferenzen und das damit inkludierte Mehr-Augen-Prinzip, auch in der abschließenden Kodierung, zu einer frühzeitigen erneuten inhaltlichen Auseinandersetzung mit den Fällen und dem frühzeitigen Erkennen von Verbesserungspotenzial sowie dem Vermeiden von bewussten oder unbewussten Fehlkodierungen. Darüber hinaus wird das – ebenfalls verpflichtende – M&M-Konferenz-System genutzt, um besonders tiefgründige Fallanalysen einem breiten, hierarchie- und berufsgruppenübergreifenden Publikum zugänglich zu machen. Dies kann zu unmittelbaren Verbesserungen führen, hebt aber in jedem Fall die Aufmerksamkeit bei allen Beteiligten.

**Zweite Ebene:** In der nächsten Ebene findet eine strukturierte Auseinandersetzung mit den verfehlten Qualitätszielen auf der Standortebene unter Verantwortung der Ärztlichen Direktion statt. Jeweils quartalsweise müssen die sogenannten berichtspflichtigen Fälle bearbeitet werden. Dies sind alle Zählerfälle eines verfehlten Qualitätsindikators. In einem ers-

ten Schritt sind die Chefärzt:innen verpflichtet, Fallbeschreibung und -bewertung, Maßnahmen und Vorstellungsempfehlungen für jeden einzelnen Fall im Datenportal zu dokumentieren. In einem zweiten Schritt bespricht die Ärztliche Direktion diese Fälle mit den zuständigen Chefärzt:innen und bewertet aus übergeordneter Sicht sowohl die Fall- als auch die Zielebene. In diesem Schritt können erneut Maßnahmen und Vorstellungsempfehlungen hinterlegt werden.

**Dritte Ebene:** Die dritte Ebene umfasst die externe Überwachung des standortspezifischen Qualitätsmanagements, dessen Ergebnisse und Verbesserungsmaßnahmen. Dazu werden – ebenfalls quartalsweise – die Dokumentationen im Datenportal durch externe Spezialist:innen, die Medical Consultants des Unternehmens, überprüft. Dies erfolgt auf der Ziel-, Fall- und Maßnahmenebene in enger Auseinandersetzung mit der Ärztlichen Direktion der Standorte. Für die externe Beurteilung werden dabei automatisiert Auffälligkeiten ausgewiesen, die wiederum spezifische Maßnahmen nach sich ziehen. Im Einzelnen können dies sein:

- Auffällige Standorte: Krankenhäuser mit weniger als 80% Zielerreichung auf Standortebene
- Auffällige Indikatoren auf Unternehmensebene: Tracer mit weniger als 80% Zielerreichung auf Indikator-Ebene
- Auffällige Einzelziele: verfehltes Unternehmensziel an einem Standort, und zusätzlich definiert durch:
  - Sentinel-Events (z.B. mütterliche Todesfälle unter der Geburt) oder
  - besonders große Abweichung vom Bundesdurchschnitt ( $SMR > 2$ ) oder
  - „Dauerauffälligkeiten“: Verfehlung des Ziels an diesem Standort über die Dauer von mehr als drei Jahren

Die auffälligen Einzelziele werden zwischen den Medical Consultants, den Ärztlichen Direktionen und den Chefärzt:innen der betroffenen Fachabteilungen besprochen und entspre-



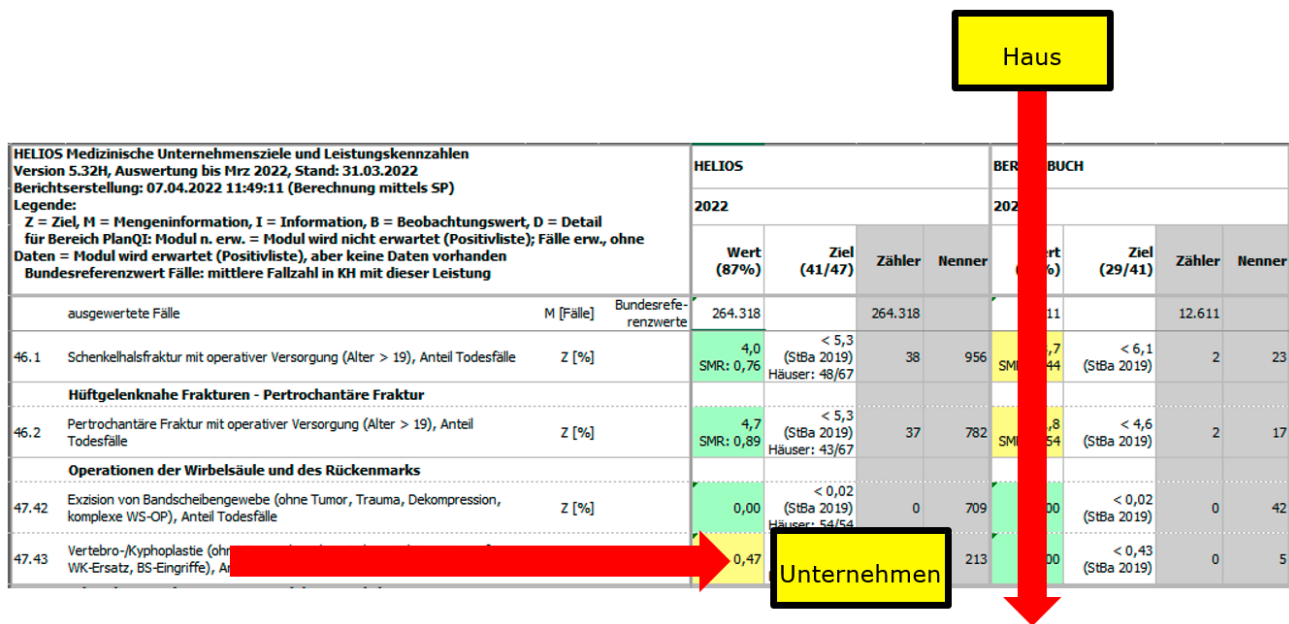
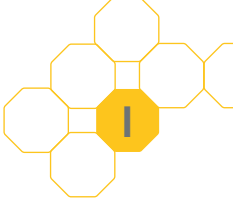


Abb. 3 Darstellung der vertikalen (Hausebene) und horizontalen (Tracer-Ebene) Aufgreifmechanismen

chende Maßnahmen festgelegt. Standorte ohne die beschriebenen Auffälligkeiten, also > 80% Zielerreichung in der vertikalen Ebene, keine verfehlten Ziele innerhalb auffälliger Tracer und keine auffälligen Einzelziele, bleiben ohne weitere externe Überwachung. In diesen Einrichtungen erfolgt die Auseinandersetzung mit der Ergebnisqualität standortintern.

**Vierte Ebene:** Auf der vierten und letzten Ebene erfolgt die vertiefende Befassung mit den auffälligen Häusern, Indikatoren und Einzelzielen auf Ebene der Unternehmensführung. Mit den auffälligen Standorten und Einzelzielen befasst sich quartalsweise ein Qualitätsgremium, bestehend aus dem CEO, den beiden Medical Consultants der Konzerngeschäftsführung, der Leitung des Zentralen Dienstes Medizin und der Patient-Safety-Officer (PSO). Die Vertreter:innen der auffälligen Standorte (Klinikgeschäftsführung, Ärztliche Direktion, ggf. betroffene Chefärzt:innen) erhalten eine Einladung zu einer Präsenz-Qualitätskonferenz. Auf dieser werden in einer offenen Diskussion die verfehl-

ten Ziele auf der Indikator- und der Fallebene besprochen und gemeinsam Verbesserungsmaßnahmen festgelegt. In demselben Gremium erfolgt ebenfalls die Vorstellung der auffälligen Einzelziele durch die Medical Consultants mit dem Ziel, aus externer Sicht zusätzliche Verbesserungsmaßnahmen vorzuschlagen. Die auffälligen Indikatoren werden von den zuständigen Fachgruppen sowohl auf der Ziel- als auch auf der Fallebene bearbeitet. Die Fachgruppen bestehen aus den Ärztlichen Leitungen der jeweiligen Fachrichtungen. Vertretungen dieser Fachgruppe sichten und bewerten die verfehlten Indikatoren und gehen ihrerseits auf die betroffenen Kolleg:innen in den Standorten zu. Die Fachgruppenleitung berichtet über die Maßnahmen und Ergebnisse an das Qualitätsgremium zweimal pro Jahr.

### Peer Review Verfahren

Das Peer Review ist eines der wesentlichsten Mittel zur Verbesserung der medizinischen

Qualität. Die Helios Kliniken beteiligen sich dabei aktiv und passiv am Peer Review Verfahren von IQM. Zahlreiche Chefärzt:innen sind als IQM Peers ausgebildet und aktiv an IQM Peer Reviews beteiligt. Die Kliniken unterwerfen sich selbstverständlich den IQM Verfahrensregeln etwaiger Peer Reviews. Darüber hinaus sind Peer Reviews auch als Ergebnis des Stufenverfahrens bei verfehlten Unternehmenszielen aus jeder Befassungsebene möglich. Resultierend werden in den Helios Kliniken zusätzlich zu den IQM Peer Reviews aber auch eigene Review-Verfahren umgesetzt und zwar als Ad-hoc-, zentrale oder Fachgruppenreviews.

Ad-hoc-Reviews erfolgen auf Vorschläge der Standorte oder der Medical-Consultants bei besonderen Sentinel-Events wie z.B. mütterlichen Todesfällen unter der Geburt. Hier werden die Einzelfälle unter Wahrung der Datenschutzanforderungen direkt nach Fallabschluss durch externe Peers gesichtet und die Ergebnisse mit den fachlichen und administrativen Verantwortlichen der Häuser besprochen. Fachgruppen-Reviews erfolgen auf Vorschlag der Helios-Fachgruppen und werden durch diese durchgeführt. Die Vorbereitung und Auswertung erfolgt mit Unterstützung des zentralen Dienstes Medizin. In der Regel sind die Fachgruppenreviews standortübergreifend. Zum Beispiel werden alle neonatologischen Todesfälle des Unternehmens in der Verantwortung der Fachgruppe einem Review unterzogen. Aber auch Reviews auf Standortebene sind möglich, z.B. in Häusern mit auffälliger Verweildauer. Zentrale Reviews erfolgen auf Vorschlag des Qualitätsgremiums und werden vom zentralen Dienst Medizin organisiert. Diese Reviews können klassische Vor-Ort-Reviews bei auffälligen Häusern oder auffälligen Einzelzielen sein, aber auch standortübergreifende Reviews mit Aufgreifkriterien unabhängig vom einzelnen Krankenhaus (z.B. alle Fälle von Neugeborenen mit einer Azidose). Eine Besonderheit stellen die Reviews von Todesfällen außerhalb der Zielindikatoren dar. Diese werden regelmäßig durchgeführt und sichern neben dem Mehr-Augen-Prinzip in der Kodie-

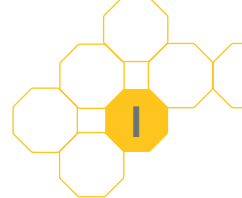
rung die korrekte Dokumentation der Diagnosen und Prozeduren. Etwaige Fehlanreize zur Abbildung von Fällen außerhalb der Indikatoren werden dadurch minimiert.

Die Dokumentation der unternehmensinternen Reviews erfolgt hochstandardisiert und digital in Protokollvorlagen. Die resultierenden Maßnahmen werden mit den Maßnahmen aus der Stufenbefassung elektronisch verknüpft und im Maßnahmenboard digital mit Frist und Verantwortlichkeiten abgelegt. Dies ermöglicht ein externes Monitoring über die fristgerechte Umsetzung.

Alle Review-Formen können bei den Helios Kliniken prinzipiell remote und digital erfolgen. Dies macht v.a. bei standortübergreifenden Reviews Sinn, kann aber nicht in jedem Fall wichtige Erkenntnisse aus der nebenbei erfolgten Begehung bei Vor-Ort-Reviews kompensieren. Wichtig ist, dass diese standortübergreifenden Verfahren mit guten Feedback-Mechanismen in die betroffenen Häuser versehen sind, da die zentral getroffenen Erkenntnisse zwingend in die Standort- und Fachabteilungsebene zurückgespielt werden müssen.

### Relevanz der Qualitätssicherung in den Unternehmenszielvereinbarungen

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Wirksamkeit der Qualitätssicherung mit Indikatoren ist die dauerhafte Verankerung in den Zielvereinbarungen der Führungskräfte des Unternehmens. Diese Zielvereinbarungen bilden die Grundlage für die Auszahlung der variablen Gehaltsbestandteile von außertariflich vergüteten Führungskräften. In den Helios Kliniken gilt die Regel, dass obligat 10% des Gesamtbonus für die Erreichung der Qualitätsziele vereinbart werden müssen. Darüber hinaus ist eine zusätzliche individuelle Erhöhung des Anteils der Qualitätsziele innerhalb der Zielvereinbarung möglich. Das Qualitätsziel gilt als erreicht, wenn > 88% der Unternehmens-Qualitätsziele erreicht sind. Je nach Zuständigkeit der jeweiligen Führungskraft gilt dies für einen Stand-



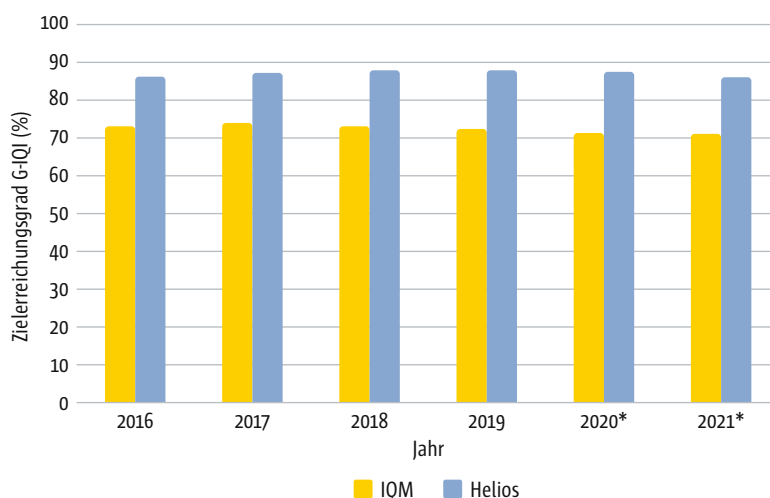
ort, eine Region oder das Gesamtunternehmen. Diese Regelung führt dazu, dass sich alle Führungskräfte für das Thema interessieren und sehr gern unterstützen.

### 3.5 Erfolgs-Monitoring

Die jährlich veröffentlichte Ergebnisqualität der Helios Kliniken zeigt mit konstant > 86% Zielerreichung, dass ein konsequentes Qualitätsmanagement mit Indikatoren zu einer dauerhaften Verbesserung der Ergebnisqualität führen kann. Abbildung 4 zeigt den Abstand der Helios Kliniken zu den IQM Häusern in Gänze bezüglich des Zielerreichungsgrades in den G-IQI-Indikatoren. Dies ist umso eindrucksvoller als a) in den IQM Ergebnissen die Helios-Ergebnisse mit eingeflossen sind und b) die IQM Gemeinschaft an sich eine Positivselektion der Ergebnisqualität darstellt.

Das IQM Grundprinzip „Messen – Veröffentlichen – Verbessern“ bildet die Grundlage der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements mit Indikatoren der Helios Kliniken. Die wesentlichen Zusatzeffekte, die auf Trägerebene zusätzlich möglich sind, werden erzielt durch:

- hohe Aktualität mit monatlichem Berichtswesen
- mehrstufiger hausinterner Befassung auf der Fall-, Ziel- und Maßnahmenebene verfehlter Ziele mit Selbstreviews, Todesfallkonferenzen, Mehr-Augen-Prinzip
- zusätzliche externe Überwachung auf der Fall-, Ziel- und Maßnahmenebene über das Qualitätsgremium des Unternehmens und die medizinischen Fachgruppen
- Peer Review Erfahrung über die IQM Reviews hinaus
- laienverständliche Veröffentlichungen der Ergebnisqualität.



\* ohne CoViD-Fälle

**Abb. 4** Vergleich des Zielerreichungsgrades der G-IQI-Indikatoren zwischen IQM und Helios, jeweils im Gruppendurchschnitt und bereinigt um COVID-19 Fälle



**Das Beispiel der Helios Kliniken zeigt, dass die konsequente Umsetzung und Weiterentwicklung des IQM Prinzips des Qualitätsmanagements mit Indikatoren eine deutliche und dauerhafte Verbesserung der medizinischen Qualität bewirken kann.**

### Literatur

- 3M Health Information Systems (2021) German Inpatient Quality Indicators. G-IQI Version 5.3 2021
- 3M Health Information Systems (2022) German Inpatient Quality Indicators. G-IQI Version 5.4 2021
- Nimptsch U, Mansky T (2021) G-IQI | German Inpatient Indicators Version 5.3. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2019. Working Papers in Health Services Research 4. Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin. DOI: 10.14279/depositonce-12342



### **Dr. med. Olaf Kannt, MBA**

Olaf Kannt ist seit 2018 hauptamtlich im Medizinmanagement der Helios Kliniken tätig, zunächst als Regionalgeschäftsführer Medizin und aktuell als Medical Consultant der Konzerngeschäftsführung. In dieser Funktion berät er in medizinischen Fragen die Konzerngeschäftsführung strategisch und die Kliniken der Regionen Nord und Süd operativ. Dr. Kannt verfügt über eine langjährige klinische Erfahrung als Kinderarzt, Neonatologe und Neuropädiater und war über zehn Jahre Chefarzt eines Maximalversorgers.

# 4

## Was wird gemessen? Qualität vs. statistische Auffälligkeit

Oliver Mayer und Vanessa Herrmann

Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) stellt ihren Mitgliedskrankenhäusern mit den German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) das derzeit umfassendste, auf Routinedaten basierende Indikatorenset zur krankheits-spezifischen Abbildung von Qualitäts- und Leistungskennzahlen in den Akutkrankenhäusern zur Verfügung. Die zur Berechnung der G-IQI-Kennzahlen herangezogenen Parameter wie Alter, Geschlecht, ICD, OPS und Entlassungsgrund der stationär versorgten Patienten werden aufwandsarm den Krankenhausabrechnungsdaten gemäß § 21 KHEntgG entnommen. Zur kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen Versorgungsqualität werden vor allem die Zielwertindikatoren mit ihrer risikoadjustierten Sterblichkeit gemessen an der Standardized Mortality Ratio (SMR) herangezogen.

### 4.1 Von der statistischen Auffälligkeit zur Qualitätsverbesserung – die IQM Systematik in Kürze

Statistisch auffällige Kennzahlen der G-IQI fungieren bei IQM als Aufgreifkriterien zur kontinuierlichen Prozessverbesserung und als Suchmechanismus für potenziell verbesserungsbedürftige Behandlungsabläufe. Die G-IQI tragen somit zur Ergebnisverbesserung im internen Qualitätsmanagement bei, indem sie in einem derartigen kennzahlengestützten QM-Ansatz als Aufgreifmechanismus für Fallanalysen, in Form von trägerübergreifenden Peer Reviews

oder M&M-Konferenzen, dienen. Insbesondere durch die fallbasierten Prozessanalysen im Rahmen eines Peer Reviews wird der gesamte Behandlungsprozess Schritt für Schritt geprüft, um konkrete Verbesserungspotenziale zu detektieren und darauf beruhende gezielte qualitätsverbessernde Maßnahmen einzuleiten.

Dieser kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) von organisatorischen Abläufen, Prozessen und Strukturen in der Krankenversorgung kommt allen Patienten in Form einer verbesserten Versorgungs- und Behandlungsqualität zugute (Mayer 2011).