

17 Ecken und Kanten von IQM

Ralf Kuhlen und Jörg Martin

17.1 Eine Einleitung – welche Ecken und Kanten?

Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) durfte bei ihrer Gründung 2008 mit einigem Recht als „Club der Mutigen“ gelten, weil damals sowohl die Arbeit mit Qualitätsindikatoren aus Routinedaten als auch der Anspruch zur transparenten Darstellung von Behandlungsergebnissen zum Teil sehr kontrovers diskutiert wurden. Es war in der Zeit nahezu unmöglich, medizinische Ergebniszahlen öffentlich zu diskutieren, ohne dass es darüber einen hoch emotionalen Streit gab. Komisch eigentlich, fanden doch in der Wissenschaft ähnliche Ergebniszahlen völlig problemlose Verwendung: kaum eine große klinische Studie, die nicht den Effekt einer Behandlung auf die Sterblichkeit einer bestimmten Erkrankung untersuchte. Was also machte die öffentliche Diskussion so schwierig, nahezu unmöglich?

Unsere Patienten sind kränker als die anderen – ist doch klar, dass unsere Zahlen anders sind!

Und wenn das Argument nicht von wirklich jedem Krankenhaus in jeder Versorgungsstufe verwendet würde, klänge es auch gar nicht so unplausibel. Dahinter steht ja die simple Frage, ob ein Behandlungsergebnis eher von der Erkrankungsschwere der Patienten oder der Qualität der Behandlung abhängt – und genau so simpel auch die Antwort: natürlich von beidem. Während die wissenschaftliche Diskussion beide Aspekte grundsätzlich akzeptiert, wurde in der Öffentlichkeit wahlweise das eine oder das andere ausgeblendet – und schon war der Streit garantiert. Acht Jahre erfolgreiches Arbeiten von IQM haben das Bild gewandelt. Heute ist auch in der öffentlichen Diskussion klargeworden, dass wir mit unseren Indikatoren immer detaillierter die Schwere von Erkrankungen erfassen und deshalb neben Unterschieden der Zahlen auch Unterschiede der Behandlungsqualität reflektieren. Gerade die DRG-Kodierung ermöglicht einen solchen Vergleich sehr gut.

Mehr als 350 Kliniken mit annähernd 5,5 Millionen stationären Patienten p.a. nut-

zen mittlerweile die IQM Prinzipien: aus administrativen Routinedaten Qualitätsindikatoren zu definieren, diese zu analysieren, transparent darzustellen und bei Auffälligkeiten konkret nachzuschauen. So finden wir heraus, woran die Auffälligkeit liegt, zum Teil lassen sie sich erklären, oft findet sich aber auch Verbesserungspotenzial. Zu der heute breiten Akzeptanz hat mit Sicherheit maßgeblich das „Peer Review Verfahren“ geführt, zeigt es doch einen konkreten Weg zur kontinuierlichen Verbesserung durch Kollegen auf Augenhöhe auf. Anders als andere Qualitätssysteme schließt IQM mit dem Peer Review den Kreis des P-D-C-A-Zyklus (plan – do – check – act) systematisch, wodurch auch alle Teilnehmer einen tatsächlichen Gewinn aus dem Verfahren ziehen.

So ist es also gut erklärlich, dass sich das zunächst kritisch beäugte System immer breiterer Akzeptanz erfreut und die Arbeit mit Routinedaten heute als Grundlage der verschiedensten Qualitätssysteme herangezogen wird.

Nicht zu unterschätzen ist dabei auch der einfache Vorteil, dass über die geprüfte Dokumentation zu Abrechnungszwecken hinaus keine weitere, also doppelte Dokumentationsarbeit für IQM anfällt. Bei Ärzten schafft wohl ein jedes System, welches zum Zwecke der Qualitätssicherung oder auch deren Managements zusätzliche Dokumentationsbögen erfordert, physisches Unwohlsein, ist es doch wieder ein Blatt mehr am Schreibtisch und weniger Zeit am Patienten. Und wenn Ärzte homogen über etwas mit völligem Recht klagen, dann ist es der flächendeckende und immer weiter um sich greifende Dokumentationsaufwand bei ihrer Arbeit. Patienten werden auch deutlich mehr davon haben, ihren Arzt von vorn zu sehen, als lediglich seinen Rücken, weil der mal wieder irgendetwas in den Rechner tippen muss. Eine Ausnahme bilden die fachbezogenen Zertifizierungen, die von Chefärzten gern durchgeführt werden, weil mit einer Zertifizierung vermeintliche Qualität nach außen sichtbar gemacht werden kann. Bisher steht jedoch der Beweis

aus, dass eine Zertifizierung einen Einfluss auf die Mortalität hat.

Bei allem Erfolg und aller Akzeptanz der IQM Geschichte würde man dem Verfahren allerdings nicht gerecht, wenn man nicht auch hier in die schwierigen Ecken und über möglicherweise brüchige Kanten schauen würde – und natürlich nutzt der Blick umso mehr, wenn man auch diesen transparent macht, um daraus zu lernen. Und genau das soll Gegenstand dieses kleinen Kapitels sein.

17.2 Offene Fehlerkultur als Voraussetzung von IQM – oder kommt der Appetit beim Essen?

Nur noch wenige Institutionen (wenn überhaupt) würden heute für sich selber Fehlerfreiheit als Qualitätsmerkmal proklamieren, was vor allem daran liegen dürfte, dass dieser Ansatz quasi überall faktisch überholt wurde. Die Realität hat die Visionen noch immer eingeholt. Gerade die Hochsicherheitsinstitutionen wie die Luftfahrt oder die Reaktorindustrie haben dies schon früh erkannt und Systeme installiert, um Fehler früh zu erkennen und zu vermeiden. Stattdessen darf heute als Qualitätsmerkmal gelten, die Fehlerhaftigkeit sowohl des Menschen als auch aller Systeme zu akzeptieren, aber durch systematische Analyse Bedingungen herauszufinden, unter denen die Fehlerhaftigkeit nicht zu einem wirksamen Fehler mit möglicherweise tragischen Konsequenzen wird. Hierzu ist es nun aber die wesentliche Voraussetzung, Fehler als solche zu akzeptieren und darzulegen, denn ohne Substanz nutzt die beste Analyse nichts. Eine dermaßen offene Fehlerkultur wird also immer wieder thematisiert, proklamiert oder auch angemahnt – auch bei IQM.

Heißt dies im Umkehrschluss, dass bei IQM alle Teilnehmer, alle Mitarbeiter aller Mitgliedskliniken, eine solche offene Fehlerkultur verinnerlicht haben und leben? Fragen wir nach

dem Auftreten eines Fehlers immer und überall nach dem „Was ist passiert?“ und nicht mehr nach dem „Wer hat's verbockt?“. Oder gern auch früher: Sind wir alle und überall in der Lage, überhaupt von Fehler zu sprechen, wenn etwas nicht optimal gelaufen ist, etwas vergessen wurde, etwas zwar richtig, aber ohne Grund gemacht wurde? Denn das beschreibt den Fehler: etwas an sich Notwendiges falsch zu machen oder etwas nicht zu machen, was aber nötig gewesen wäre, oder auch etwas richtig gemacht zu haben, was aber per se unnötig wäre.

Die Antwort auf die Frage wird sich jeder vor allem selber geben können, möglicherweise auch im Gespräch mit Kollegen erörtern. Bei IQM stellen wir fest, dass der Moment der Publikation unserer Daten deutlich mehr Aktivität in den Kliniken entfacht als das eigentliche Vorkommnis, welches zu eben diesen Daten geführt hat. Transparenz nach innen und außen stellt einen hohen Motivator dar. Und auch wenn hier bei dem ein oder anderen zu Tage treten mag, dass die Zeit zwischen den Publikationen weniger intensiv der Arbeit an Qualitätszahlen gewidmet ist, so wird doch auch klar, dass man mit klaren Rahmenbedingungen, Zeitpunkten und Transparenz eine starke Motivation ausüben kann, sich eben doch mit möglichen Auffälligkeiten zu befassen – also eine offene Fehlerkultur zu betreiben. Bei den IQM Zahlen ist beim Einstieg in die Analyse recht häufig zu klären, warum hinter der Auffälligkeit kein wirklicher Fehler steckt oder auch warum ein möglicher Fehler als solcher erklärbar ist – aber es ist vor allem ein Beginn einer notwendigen Analyse. Und wenn es das Ende eben dieser Analyse ist, dass vielleicht doch etwas besser zu machen wäre – dann haben alle was davon.

Eine offene Fehlerkultur kann man weder verordnen noch am nächsten Tag umsetzen – man kann sie sogar nur schlecht theoretisch lernen. Sie braucht das Beispiel, vor allem das positive, und das wird schlicht wahrscheinlicher, wenn man sich eines Systems bedient, in

dem die Beschäftigung hiermit systematisch gefördert wird. So fördert IQM eine offene Fehlerkultur viel mehr, als sie schlicht voraussetzen – sie fordert sie aber auch ein, denn sonst werden die Zahlen lediglich Zahlen bleiben. Ein weiterer Schritt in diese Richtung wird die systematische Bearbeitung von schwierigen Fällen, Behandlungskomplikationen und fatalen Verläufen in den interdisziplinären M&M-Konferenzen sein, die IQM in den Mitgliedskliniken weiter verbreiten wird. Erneut ein guter äußerer Rahmen zur offenen Fehlerkultur, der näher am faktischen Geschehen sein wird – wenn man ihn als solchen nutzt. Denn auch bei der Fehleranalyse gilt, wie bei allen anderen Fertigkeiten auch: Übung macht den Meister!

17.3 Sterblichkeit ist doch wirklich nicht das einzige Qualitätsmerkmal

Auch im IQM Kontext führen wir häufig Diskussionen zu der Frage, ob Sterblichkeit ein guter Qualitätsindikator ist. Selbstverständlich sehen auch wir die Sterblichkeit nur als eine Maßzahl, aber eben bei vielen Erkrankungen als eine ausnehmend aussagekräftige: Sie darf mit Fug und Recht als die sichtbare Spitze eines Eisberges interpretiert werden, sichtbares Ereignis der darunter liegenden und zunächst nicht sichtbaren Strukturen und Abläufe. Ist die Sterblichkeit auffällig anders als im Durchschnitt, lohnt es auf jeden Fall, sich mit den „Unter-Wasser-Problemen“ zu beschäftigen. Und das ist der Sinn unserer Indikatoren: einen Hinweis darauf zu geben, wo wir nachschauen müssen – weil es besonders gut läuft, denn hiervon kann man lernen, oder weil es wahrscheinlich etwas zu verbessern gibt! Bei Erkrankungen, bei denen die Sterblichkeit relevant hoch ist, wie etwa beim Herzinfarkt, der Lungenentzündung, dem Schlaganfall oder anderen, ist die Messung der Sterblichkeit auch heute weitgehend akzeptiert. Was aber ist bei den Erkrankungen, bei denen die Sterb-

lichkeit eine absolute Ausnahme darstellt? „Es ist mit Sicherheit kein Zeichen von ausnehmend guter Qualität, wenn ein Patient eine Gallenoperation überlebt.“ Und das stimmt natürlich unumwunden – dennoch kann genau dieser seltene Todesfall sehr wohl Ausdruck mangelnder Sicherheit sein – und wir werden uns in der Medizin vermutlich schnell einig, dass nicht nur die Wirksamkeit, sondern vor allem auch die Sicherheit die Qualität eines Verfahrens ausmacht.

Zunehmend führen wir aber auch Diskussionen um die ethischen Implikationen von Sterblichkeitsindikatoren. Häufigstes Beispiel dieser Diskussion ist hierbei der akute Schlaganfall, wo die schweren neurologischen Folgeschädigungen nicht durch die reine Sterblichkeit mit erfasst werden. Außerdem ist die Verbreitung von Patientenverfügungen in dem Zusammenhang ein häufig diskutiertes Moment, weil wir hier möglicherweise durch den zweifelsfrei geäußerten Patientenwillen gebunden sind, Maßnahmen zu unterlassen, die zum Überleben an sich indiziert wären. Uns ist sehr wohl bewusst, dass all die komplexen Situationen zu Entscheidungen am Ende des Lebens nicht in einem kurzen Artikel adäquat zu thematisieren sind, sodass wir uns hier lediglich auf einen Aspekt beschränken. Wir vergleichen mittlerweile all unsere Sterblichkeitsindikatoren mit dem Mittelwert der genau gleichen Indikatoren aus den Daten des statistischen Bundesamtes, also dem bundesdeutschen Durchschnitt. Wenn es also stimmt, dass die Sterblichkeit einer Klinik besonders auffällig ist, weil dort so viele Patientenverfügungen vorliegen oder Berücksichtigung finden, dann ist die wesentliche Frage, ob und, wenn ja, warum genau das häufiger als im Bundesdurchschnitt der Fall ist. Hierfür mag es Gründe wie etwa religiöse Haltungen geben (Sprung et al. 2003, ETHICUS-Study), die es zu analysieren lohnt. Es konnte aber in einer Arbeit von Schneiderman et al. (2003) gezeigt werden, dass in der Gruppe von intensivmedizinisch behandelten Patienten, bei der ein Ethikonsil durchgeführt

wurde, die Liegezeit auf der Intensivstation und im Krankenhaus kürzer war, jedoch die Sterblichkeit keine Unterschiede aufzeigte. Erneut also bietet uns die Beschäftigung mit dem Hintergrund, den Themen, die unter der sichtbaren Spitze des Eisbergs liegen, Möglichkeiten, klüger, vielleicht gar besser zu werden.

17.4 Die Zahlen stimmen eh nicht!

„Der Patient ist doch gar nicht an der Operation verstorben.“

Auch wenn mittlerweile zur Rarität geworden, so gibt es auch diesen profunden Ausdruck kritischer Haltung IQM gegenüber – selbst von IQM Mitgliedern. Dahinter liegt in aller Regel ein Missverhältnis zwischen gefühlten oder auch anderweitig dokumentierten Zahlen, welches sich problemlos aufklären lässt, wenn man nur möchte. IQM analysiert Zahlen eines Hauses, ohne hierbei einzelne Abteilungen zu berücksichtigen. Wenn also zwei Abteilungen ein und dieselbe Operation durchführen, werden die Zahlen bei IQM höher sein als die jeweils in der Abteilung beobachteten – und vice versa. Und auch wenn ein Patient geraume Zeit nach einer Operation an einer Lungenentzündung verstorbt, wird er bei der Sterblichkeit mit berücksichtigt. Es handelt sich für den wissenschaftlichen Vergleich korrekt ausgedrückt also um eine „all-cause in-hospital mortality rate“. Auch hierdurch ergeben sich Abweichungen von Abteilungsstatistiken, die einfach erklärt sind. Ob man den Fall als Qualitätsindikator zu der jeweiligen Operation nutzen kann, ist Gegenstand notwendiger Diskussionen. IQM würde allerdings den Qualitätsindikator immer auf die komplette Behandlungsabfolge im Haus beziehen, weil der komplexe Patient ja nicht nur in einer Abteilung qualitativ hochwertig behandelt werden will. Wenn laut einschlägiger Literatur die Mehrzahl der medizinischen Fehler durch mangelnde interdisziplinäre Zusammenarbeit auftritt, dann ist ein solcher An-

satz zumindest nachvollziehbar – auch wenn er im Haus zu Diskussionen führen mag.

„Die Zahlen beschreiben doch eh nur das, was kodiert ist; das hat doch nichts mit medizinischer Qualität zu tun.“

Die Analyse von Routinedaten umfasst natürlich nur die auch tatsächlich kodierten Diagnosen, Komorbiditäten, Komplikationen und Interventionen – zwangsweise ergibt sich also die Kritik, dass eine vermeintliche Auffälligkeit lediglich aus einer lückenhaften Kodierung resultiert – eigentlich aber kein wirkliches medizinisches Verbesserungspotenzial vorliegt. Und in der Tat finden sich bei Reviews Fälle, die schlicht falsch kodiert waren und auch als solches ein Verbesserungspotenzial aufzeigen, fußt doch die Abrechnung des Falles auf eben diesen Zahlen. Aus vielen Reviews und Erfahrungen mit dem System wissen wir aber, dass diese Fälle die absoluten Ausnahmen sind. Viel häufiger ist es der Fall, dass die mangelnde Kodierung Ausdruck einer nicht getätigten und so auch nicht optimal behandelten Diagnose ist – und das gilt bei so manchen Indikatoren. Als vermutlich häufigstes Beispiel hierzu mag die Sepsis dienen, die anhand vier einfacher klinischer Kriterien (SIRS), die wahrscheinlich oder nachgewiesen auf eine Infektion zurückzuführen sind, definiert ist. Nicht schwierig zu diagnostizieren also, aber dennoch häufig nicht getan: Nun ist die mangelnde Aufmerksamkeit dem Krankheitsbild gegenüber aber kein vorranglich kodiertechnisches Problem, sondern ein rein medizinisches, weil nur bei getaner Diagnose eine entsprechende Therapie zeitnah indiziert wird – und darauf kommt es nun mal an, denn der frühe Zeitpunkt der Therapie entscheidet hier wesentlich über den Behandlungserfolg. Und unter dem Blickwinkel macht es größten Sinn, das Thema als Qualitätsinhalt zu analysieren.

„In den Qualitätsindikatoren stecken doch die völlig falschen Fälle.“

Die Qualitätsindikatoren ergeben sich aus Definitionen, die sich dezidiert an Diagnosen und Interventionen festmachen – und da kann man natürlich trefflich streiten, was da alles in den Zähler und den Nenner eines Bruches gesetzt werden sollte. Diese Diskussion erfreut sich bei IQM zunehmenden Engagements, was erfreulich ist, weil so mehr und mehr die Erkrankungsschwere berücksichtigt wird und der so entwickelte Indikator besser geeignet ist, unterschiedliche Behandlungsqualitäten zu erfassen. Als Beispiel mag die COPD dienen, bei der es natürlich Unterschiede in der Sterblichkeit je nach Verlaufsstadium der Erkrankung gibt. Diese kann man aber problemlos berücksichtigen, weil die jeweiligen Stadien diagnostizierbar und dann auch kodierbar sind, sodass sie im Indikator berücksichtigt werden können. Wer also in einem Lungenzentrum deutlich mehr Patienten mit hohen Schweregraden behandelt, wird seine Sterblichkeit mit den Patienten in genau diesem Schweregrad vergleichen können.

Das wird dadurch möglich, dass die „German Inpatient Quality Indicators“ (G-IQI) einmal pro Jahr von der Arbeitsgruppe um Thomas Mansky an der TU Berlin für die Daten des Statistischen Bundesamtes analysiert werden – hiermit entsprechen die Referenzwerte für genau die von IQM genutzten Indikatoren also dem Bundesdurchschnitt. Selbst wenn man also den ein oder anderen Indikator für missverständlich oder gar falsch halten mag – der Bundesdurchschnitt berücksichtigt auch dieses Missverständnis.

17.5 IQM ist doch nur ein Marketinginstrument

Wer IQM als solches sieht, dem wird recht schnell auffallen, dass diese Form des Marketings wirklich aufwendig und vermutlich anderweitig einfacher erreichbar ist und dass es viele Ecken bei IQM gibt, die über die Bearbei-

tung durch die Marketingabteilung hinausgehen. Selbstverständlich werden Kliniken gute Zahlen auch gern darstellen und sollen auch Patienten zeigen, dass man in diesem Haus gut behandelt wird. Wenn IQM seine Ziele zu > 70% erreicht, dann heißt das ja auch, dass die IQM Kliniken bei 70% ihrer Indikatoren besser als der Bundesdurchschnitt liegen – das kann und soll man doch auch zeigen dürfen!

IQM wird allerdings auf die anderen 30% schauen und dort seine wesentlichen Aktivitäten entwickeln: denn hier ist die Behandlung unter dem Bundesdurchschnitt und hier fängt nun die Suche nach möglichen Verbesserungen an. „Krankenhäuser zeigen, wo sie besser werden können“ – so eine der Schlagzeilen, die den eigentlichen Grund von IQM wirklich erfasst haben. Auch bei IQM ist die Frage nach der öffentlichen Darstellung dieser vermeintlich schlechten Zahlen immer wieder spürbar und es wird nach dem Nutzen der Transparenz gefragt. Wie auch in der Wissenschaft: Bis heute steht ein Beweis aus, dass „public reporting“ per se zu einer Verbesserung führt. Gegenfrage: Würde die Bearbeitung der Zahlen hinter verschlossenen Türen gelingen, mit demselben Engagement verfolgt werden?

Wir sehen Transparenz als hilfreiche Motivation, sich wirklich um Verbesserungen zu kümmern – und wenn man dann bei auffälligen Zahlen wirklich erklären kann, warum sie so sind und was man daran tut, kann auch hieraus ein

Vertrauensgewinn resultieren. Klingt theoretisch? Wenn wir nicht wüssten, dass genau so an vielen Orten erfolgreich nach innen und nach außen gearbeitet wird, würden wir zustimmen – so aber wissen wir, dass das sehr praktisch werden kann. Auf die Frage, warum wir auch vermeintlich schlechte Ergebnisse veröffentlichen, lässt sich schnell antworten, dass wir zumindest wissen, wo wir hinschauen müssen!

Eine Voraussetzung hierbei soll aber nicht unerwähnt bleiben: Es sollten alle im Hause wissen, dass man bei IQM teilnimmt und dass dies auch öffentlich zur Kenntnis genommen wird. Denn eins verursacht ganz sicher Marketingprobleme: wenn der auf publizierte Zahlen angesprochene Chefarzt erwidert:

„IQM? Das hat sich unser Geschäftsführer ausgedacht. Machen die wohl vom QM in der Verwaltung.“

Literatur

- Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, Briggs KB, Komatsu GI, Goodman-Crews P, Cohn F, Young EW (2003) Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 290(9): 1166–1172
- Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T; Ethicus Study Group (2003) End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA* Aug 13; 290(6): 790–7



Prof. Dr. med. Ralf Kuhlen

Seit 2010 in der Konzerngeschäftsführung der HELIOS Kliniken GmbH verantwortlich für das Ressort Medizin, einschließlich des gesamten Bereiches des Qualitätsmanagements.



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.