



INITIATIVE
QUALITÄTSMEDIZIN

Mut zu Transparenz und Qualitätswettbewerb

Impulse für mehr Qualität in der Medizin

5 Fragen und Antworten zu den Verbesserungsmöglichkeiten der medizinischen Behandlungsqualität in Deutschland und den Positionen von IQM

Vorbemerkung

Alle Bundesregierungen, so auch die amtierende Koalition aus CDU/CSU und FDP, wollten und wollen die Qualität des Gesundheitswesens verbessern. Dazu soll der Qualitätswettbewerb gestärkt werden, indem Patienten künftig bundesweit unkomplizierten Zugang zu Informationen über die Behandlungsqualität erhalten.

Diese Vorgehensweise ist aus Sicht von IQM zu begrüßen, denn obwohl die medizinische Qualität in der stationären Patientenversorgung hierzulande ein hohes Niveau erreicht hat, gibt es nach wie vor erhebliche Qualitätsunterschiede und Verbesserungspotenzial.¹ Bessere Behandlungsqualität für Patienten, d.h. weniger Komplikationen und mehr Sicherheit sind möglich – mit weniger bürokratischem Aufwand und aussagekräftigeren Qualitätsergebnissen!

Die CDU will über verlässliche und verständliche Leistungs- und Qualitätskriterien zu mehr Orientierung beitragen.² Die FDP plädiert für eine leistungsgerechte Vergütung von Krankenhausleistungen nach transparenten Qualitätskriterien.³ Ergebnistransparenz und Wettbewerb können jedoch nur dann flächendeckend zu weiteren Qualitätsverbesserungen beitragen, wenn alle Leistungserbringer aussagekräftige, d.h. vollständige und manipulationsfeste Qualitätsergebnisse veröffentlichen.

Die gute Nachricht: In der stationären Versorgung kann die medizinische Behandlungsqualität schon heute mit erprobten und akzeptierten Instrumenten nachhaltig und effizient auf der Grundlage aussagekräftiger Ergebnisse verbessert werden. Voraussetzung dafür ist der Mut zu einer offenen Fehlerkultur. Unter dem Motto „Mut zu Transparenz und Qualitätswettbewerb“ haben sich Krankenhäuser aller Größenordnungen und Trägergruppen in der gemeinnützigen Initiative Qualitätsmedizin (IQM) zusammen gefunden. Die Mitglieder von IQM gehen mit fort-

¹ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007, S. 245

² Vgl. CDU-Bundesgeschäftsstelle: Wir haben die Kraft gemeinsam für unser Land, Regierungsprogramm 2009-2013, S. 34, Berlin 2009

³ Vgl. Freie Demokratische Partei: Die Mitte stärken. Deutschlandprogramm 2009, S. 19, Hannover 2009

.....

schrittlichen Lösungen freiwillig weit über das gesetzlich geforderte Maß hinaus und zeigen, wie der Weg zu einer erfolgreichen, bezahlbaren und unbürokratischen Qualitätsförderung aussehen kann. IQM gibt damit aus der Praxis heraus Orientierung für die Politik und alle Akteure im Gesundheitswesen. In Deutschland versorgen die IQM-Kliniken bereits 13% aller stationär behandelten Patienten - Tendenz steigend.

Unsere Zielsetzung

IQM verfolgt das Ziel, die medizinische Behandlungsqualität kontinuierlich zu verbessern, indem Schwachstellen sichtbar gemacht und durch aktives Fehlermanagement beseitigt werden. Dazu stellt IQM den behandelnden Ärzten und verantwortlichen Qualitätsmanagern innovative und anwenderfreundliche Instrumente zur Verfügung. IQM ist als gemeinnützige Qualitätsinitiative für jedes Krankenhaus offen. Darüber hinaus steht IQM allen an Qualitätsverbesserungen interessierten Akteuren im Gesundheitswesen mit seinem praktischen Know-how zur Verfügung, damit in Zukunft noch mehr Patienten, Ärzte und Krankenhäuser davon profitieren, dass

- 1.) die medizinische Ergebnisqualität mittels geeigneter **Indikatoren aus Routinedaten** ausgewertet wird – objektiv, verlässlich, und ohne zusätzlichen Dokumentationsaufwand,
- 2.) die gemessenen Qualitätsergebnisse und möglichen Optimierungspotenziale im Internet **transparent** veröffentlicht werden,
- 3.) die Qualität des gesamten medizinischen Behandlungsprozesses – bei auffälligen Messergebnissen – vor Ort mittels **ärztlicher Peer-Review-Verfahren** trägerübergreifend analysiert und verbessert wird,
- 4.) bereits bei IQM erfolgreich erprobte Instrumente zur Verfügung stehen, welche in die neu zu entwickelnde Methodik zur **sektorenübergreifenden Qualitätssicherung** und zur **Weiterentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung** integriert werden könnten und
- 5.) für den Fall, dass künftig **qualitätsbezogene Vergütungselemente (Pay for Performance)** zur weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität eingeführt werden, die Ergebnisse der IQM-Qualitätskriterien eine verlässliche Grundlage für die objektive Bemessung der Qualität von Krankenhausbehandlungen sein können.

Begründung

Ad 1: Warum macht es Sinn, die medizinische Ergebnisqualität von Krankenhäusern mittels vorhandener Routinedaten und mit einem bereits international anerkannten Qualitätsindikatorensetz zu messen?

Ein ergebnisorientiertes Qualitätsmanagement im Krankenhaus erfordert die zeitnahe und effiziente Messung von Qualitätsindikatoren, die mögliches Verbesserungspotenzial sichtbar machen. Die IQM-Indikatoren bieten dafür verschiedene Vorteile:

- Sie basieren auf bereits vorhandenen Routinedaten und verursachen keinen zusätzlichen Erfassungsaufwand. Die Ergebnisse werden durch Zweitnutzung bereits im Krankenhaus erfasster medizinischer Informationen, wie ICD und OPS, ermittelt, die in den DRG-Abrechnungsdaten enthalten sind. Viele Ergebnisse der derzeit über 300 Kennzahlen der gesetzlichen Qualitätssicherung können sehr einfach mit diesen Routinedaten berechnet werden.⁴ Die Dokumentationszeit, die Krankenhausmitarbeiter derzeit im Rahmen der externen Qualitätssicherung für die gesonderte Datenerfassung aufbringen, ließe sich deutlich verringern.

IQM zeigt seit 2008, dass eine Entbürokratisierung der externen Qualitätssicherung durch Verwendung von Routinedaten möglich ist. Routinedaten sollten daher Erfassungsdaten so weit wie möglich ersetzen.

- Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung basieren derzeit auf unvollständigen Daten und die Selbstauskünfte der Krankenhäuser leiden unter der teilweise schlechten Dokumentationsqualität. Die IQM-Indikatoren stützen sich mehrheitlich auf Routinedaten, die möglichst wenig von der Qualität der DRG-Dokumentation beeinflussbar sind. Dazu zählt insbesondere die Krankenhaussterblichkeit. Die automatisierten Auswertungen der vorhandenen Routinedaten umfassen zudem 100% der stationären Behandlungsfälle eines Krankenhauses. Krankenhausärzte, Medizincontroller und Mitarbeiter der Krankenkassen kontrollieren die Richtigkeit der Abrechnungsdaten aufgrund ihrer Entgeltrelevanz sehr genau. Bei den DRG-Abrechnungsdaten handelt es sich um die bestgeprüften Daten im deutschen Gesundheitswesen.

IQM zeigt, dass aussagekräftigere Qualitätsergebnisse mit bereits vorhandenen Routinedaten verlässlich, vollständig und überprüfbar ausgewertet werden können. IQM setzt dabei auch auf den härtesten Erfolgsparameter in der Medizin: Die Sterblichkeitsrate.

- Mit den IQM-Indikatoren sind aktive Qualitätsverbesserungen zeitnah möglich, da jederzeit aktuelle Qualitätsergebnisse ausgewertet werden können. Bereiche mit Verbesserungspotenzial werden so schneller sichtbar. IQM-Kliniken können für viele Krankheitsbilder zeigen, wo sie sich schneller verbessern als der Bundesdurchschnitt.⁵ Die Ergebnisse erlauben

⁴ Vgl. GKV-Spitzenverband: Formale Hürden beseitigen für einfache und bessere Qualitätssicherung, Pressemitteilung vom 20.04.2011

⁵ Vgl. www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethodik/qualitaetsergebnisse/

Rückschlüsse auf die zugrundeliegende medizinische Behandlungsqualität, da z.B. die Krankenhaussterblichkeit nur dann niedriger sein kann als im Bundesdurchschnitt, wenn die Qualität der gesamten Behandlungskette stimmt.

IQM zeigt, dass die mittels Routinedaten gemessene Ergebnisqualität zur aktiven und zeitnahen Steuerung der Behandlungsqualität eingesetzt werden kann. Die Verbesserung der Behandlungsprozesse ist immanenter Bestandteil des auf diesen Indikatoren basierenden IQM-Qualitätsmanagementansatzes.

- Die IQM-Indikatoren liefern bereits heute Qualitätsinformationen für 48 relevante Krankheitsbilder und Verfahren und können flexibel ausgebaut werden. IQM arbeitet mit medizinischen Fachgesellschaften an der Einführung weiterer Qualitätsindikatoren für relevante Krankheitsbilder. Durch den zielgerichteten Ausbau des DRG-Systems, ließe sich die Qualitätssicherung mit Routinedaten bedarfsgerecht ausdehnen. IQM hat den verantwortlichen Stellen Vorschläge zu MRSA und “present on admission“ unterbreitet.

Je Einrichtung wird mit den IQM-Indikatoren 2.0 die Qualität für durchschnittlich 35% der stationären Krankenhausfälle erfasst. Unterstützung durch die Politik für den Ausbau der Qualitätsmessung mit Routinedaten, z.B. durch Weiterentwicklung der Diagnose- und Prozedurenschlüssel, wäre hilfreich.

- Die IQM-Indikatoren basieren auf den German Inpatient Quality Indicators (G-IQI).⁶ Im April 2011 wurden die A-IQI⁷ von der Bundesgesundheitskommission Österreichs zur nationalen Qualitätsmessung für alle 200 Fondkrankenanstalten eingeführt. In der Schweiz, verantwortet vom Bundesamt für Gesundheit, werden die CH-IQI seit mehreren Jahren für nationale Qualitätsauswertungen genutzt und weiterentwickelt.⁸ Erstmals werden 2011 verbindlich Ergebnisse für alle 177 Schweizer Akutspitäler veröffentlicht.

Qualitätsindikatoren aus Routinedaten sind im deutschsprachigen Raum aus dem Qualitätsmanagement der Krankenhäuser nicht mehr weg zu denken. Mittlerweile werden die bei IQM verwendeten IQI von rund 800 Krankenhäuser (Deutschland 400, Österreich 200, Schweiz 177) verwendet. Die IQI sind damit der erprobte und anerkannte Qualitätsindikatorensatz, der auch für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung in Deutschland zur Verfügung steht.

- IQM nutzt schon heute sektorenübergreifende Kennzahlen aus Routinedaten für die Qualitätsmessung und bringt sich aktiv in die Weiterentwicklung des Verfahrens „Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR)“ ein. Leider ist es bislang für Krankenhäuser nur hinsichtlich ihrer AOK-versicherten Patienten möglich, mit Routinedaten Langzeitergebnisse für Indikatoren wie Wiederaufnahme, Revision und Mortalität nach 30 Tagen, 90 Tagen und einem Jahr zu nutzen. Die benötigten Routinedaten liegen bereits heute bei den Krankenkassen

⁶ Mansky et al.: G-IQI German Inpatient Quality Indicators Version 3.1, Berlin: TU Berlin, 2011

⁷ Fuchs et al.: A-IQI Austrian Inpatient Quality Indicators Version 1.0, St. Pölten/Berlin: TU Berlin, 2010

⁸ Bundesamt für Gesundheit (BAG): Qualitätsindikatoren der Schweizer Akutspitäler, Bern: 2010

vor. Sie werden nur bisher nicht zugänglich gemacht. Die Krankenkassen selbst nutzen diese Daten für die öffentliche Berichterstattung zur Qualität deutscher Krankenhäuser oder den Vertragsbereich.⁹ Krankenhausverbände gehen davon aus, dass die Kassen diese umfangreichen Ergebnisse künftig verstärkt in den Fokus von Entgeltverhandlungen rücken werden.¹⁰

IQM plädiert dafür, dass die Ergebnisse aller Krankenkassen für die sektorenübergreifende Qualitätsmessung mit bereits vorhandenen Routinedaten nutzbar gemacht werden. Diese Daten sollten sowohl der Versorgungsforschung als auch den Leistungserbringern zugänglich gemacht werden. Fertige Konzepte liegen vor und könnten zügig von der Politik durch die Schaffung einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage umgesetzt werden.¹¹

Ad 2: Warum ist es sinnvoll, die gemessenen Qualitätsergebnisse deanonymisiert, zeitnah, transparent und für Jeden zugänglich zu veröffentlichen?

Transparenz bei IQM zielt darauf ab, den internen Verbesserungsprozess im Krankenhaus zu beschleunigen:

- Alle IQM-Kliniken veröffentlichen ihre Qualitätsziele und Ergebnisse im Internet. Sie stellen sich damit der Herausforderung kontinuierlicher Qualitätsverbesserungen. Die Transparenz aussagekräftiger Ergebnisse ist Grundvoraussetzung für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb um beste medizinische Ergebnisse. Bereits 2007 hat der Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten darauf hingewiesen, dass deanonymisierte Veröffentlichungen die Verantwortlichkeit und die Qualität fördern können. Um eigene Reputation am Markt zu sichern und auszubauen würden Kliniken ihre Qualitätsanstrengungen verstärken.¹²

Die bei IQM gemachten Erfahrungen bestätigen: Ergebnistransparenz schafft zusätzliche Verantwortlichkeit und Motivation für Qualitätsverbesserungen.

- Patienten, einweisenden Ärzten und Wissenschaftler können die umfangreichen IQM-Qualitätsergebnisse zur Orientierung und Versorgungsforschung nutzen. Die Ergebnisse bieten erstmals ausreichend und schnell verfügbares Datenmaterial zur Beantwortung der auch vom Wissenschaftsrat oft gestellten Frage, wie viel vom theoretisch möglichen Optimum der Versorgung beim einzelnen Patienten unter Routinebedingungen ankommt.

Die Veröffentlichung der vollständigen und manipulationssicheren Ergebnisse der IQM-Qualitätsindikatoren im Internet, auch und gerade der verbesserungswürdigen, ist ein

⁹ Vgl. AOK-Krankenhausnavigator: <http://www.aok-gesundheitsnavi.de/behandlungsergebnisse-im-qsr-verfahren-der-aok.26.html>

¹⁰ Vgl. Krankenhauszweckverband Rheinland e.V.: Qualitätsbericht auf Basis von Routinedaten, S.2

¹¹ Vgl. Mansky, Nimptsch.: Notwendigkeit eines ungehinderten Zugangs zu sozial- und krankheitsbezogenen Versichertendaten für die Bundesärztekammer und andere ärztliche Körperschaften sowie wissenschaftliche Fachgesellschaften zur Optimierung der ärztlichen Versorgung, Berlin: TU Berlin, 2010

¹² Vgl. Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007, S. 288, 294

wichtiger Schritt, um erstmals einer großen Öffentlichkeit objektive Daten zur Ergebnisqualität zur Verfügung zu stellen.

Ad 3: Worum handelt es sich bei dem von IQM angewendeten ärztlichen Peer-Review-Verfahren zur Qualitätsverbesserung?

Peer Reviews sind ein originär ärztliches für mehr Behandlungsqualität:

- Die IQM-Kliniken verfügen mit dem Peer-Review-Verfahren, bisher in dieser Form in Deutschland einmalig, über ein effektives und trägerübergreifendes Instrument zur kontinuierlichen Verbesserung ihrer Behandlungsabläufe. Peer-Review-Verfahren bieten Krankenhäusern und Ärzten Hilfe zur Selbsthilfe durch gegenseitige Unterstützung. Bereiche mit Optimierungspotenzial werden treffsicher anhand der rechnerischen Qualitätsergebnisse identifiziert. Bei auffälligen Qualitätsergebnissen werden konkrete Behandlungsfälle vor Ort vom verantwortlichen Chefarzt sowie chefärztlichen Fachkollegen (Peer, englisch: der Ebenbürtige) aus anderen Krankenhäusern kritisch und strukturiert analysiert. Im Ergebnis werden erreichbare Massnahmen abgestimmt, mit denen die Qualität wirksam, schnell und nachhaltig verbessert werden kann. 2010 haben 21 IQM-Kliniken vom Peer-Review-Verfahren profitiert. Weitere 44 Review-Verfahren werden im Jahr 2011 durchgeführt. Im Vergleich dazu fanden im Jahr 2010 im Rahmen des strukturierten Dialoges der externen Qualitätssicherung 13 Begehungen vor Ort statt.¹³

Das Peer-Review-Verfahren unterstützt Krankenhäuser dabei, die medizinische Prozessqualität nachhaltig zu verbessern. Deutschlandweit verfügt IQM über die größte praktische Expertise zum Peer-Review-Verfahren in der Medizin. Ab 2012 wird IQM mit jährlich rund 80 Reviews krankenhauserne Verbesserungsprozesse anstoßen können.

- Der unbürokratische und kollegiale Dialog auf Augenhöhe erlaubt es allen beteiligten Ärzten voneinander zu lernen und wird von den Ärztekammern unterstützt.¹⁴ Seit 2011 finden die Peer-Fortbildungen in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Berlin statt. Grundlage ist das Fortbildungscurriculum „Ärztliches Peer Review“¹⁵, welches die Bundesärztekammer Anfang 2011, nach Evaluation der Reviews und Fortbildungen von IQM, bundesweit eingeführt hat. In Österreich hat die Bundesgesundheitskommission ebenfalls Anfang 2011 beschlossen, nationale Peer-Review-Verfahren nach IQM-Standard einzuführen.¹⁶ IQM unterstützt das österreichische Bundesministerium für Gesundheit bei der Planung der Peer-Review-Verfahren.

IQM zeigt, dass Peer-Review-Verfahren ein großer Fortschritt für die einrichtungsübergreifende Prozessanalyse sind. Durch die Kooperation mit den Ärztekammern ist eine

¹³ Vgl. AQUA-Institut: Bericht zum Strukturierten Dialog 2010, S. 14

¹⁴ Vgl. Ärzteblatt: Bundesärztekammer setzt bei Qualitätssicherung auf Peer Reviews, www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=45893&src=suche&p=Peer+Review (18.5.11)

¹⁵ Bundesärztekammer: Verfahren zur Qualitätssicherung von Ärzten für Ärzte, <http://www.bundesaeztekammer.de/page.asp?his=3.71.8899.9061.9070&all=true> (03.03.11)

¹⁶ Türk, Silvia: Pressekonferenz IQM, http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/media/media_files/2011/05/Pressemappe_2011.pdf (09.05.11)

.....

zügige Ausweitung des Verfahrens bundesweit möglich. IQM ist davon überzeugt, dass Peer-Review-Verfahren auch in Deutschland im Routineeinsatz zu unbürokratischen und einrichtungsübergreifende Qualitätsverbesserungen beitragen können.

Ad 4: Warum können durch IQM die bisherigen Ansätze der BQS zur externen Qualitätssicherung mit der vom AQUA-Institut zu entwickelnden Methodik sinnvoll verbunden werden?

Was bisher unter dem Dach des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) im Rahmen des BQS-Verfahrens stattfand, war aus Sicht der Kritiker zu bürokratisch und wenig wirksam. Das vom G-BA beauftragte AQUA-Institut entwickelt die externe Qualitätssicherung derzeit weiter, auch sektorenübergreifend. IQM steht mit seiner Methodik unterstützend als Mittler zwischen diesen Ansätzen zur Verfügung, sollte dies gewünscht sein. Der IQM-Ansatz und die Ziele des AQUA-Instituts passen gut zusammen, weil AQUA und IQM auf eine schlanke Qualitätssicherung setzen. Das AQUA-Institut kann vorhandene Indikatoren aus Routinedaten grundsätzlich flexibel in die vorhandene Systematik und den Aufbau der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung integrieren. IQM begrüßt die Planungen des AQUA-Instituts, für zwei erste Verfahren der sektorenübergreifenden Qualitätsmessung, u.a. zur Messung der 30 Tage Mortalität, DRG-Routinedaten zu berücksichtigen.¹⁷

Durch das Peer-Review-Verfahren kann der sogenannte strukturierte Dialog sinnvoll ergänzt werden.

Aus Sicht von IQM können bereits vorhandene Qualitätsindikatoren aus Routinedaten sinnvoll in die externe und sektorenübergreifende Qualitätssicherung integriert werden. Der Aufbau neuer, separater Datenbestände wäre damit in vielen Fällen verzichtbar.

Ad 5: Warum braucht eine qualitätsbezogene Vergütung von Krankenhausleistungen eine verlässliche Basis?

Um die qualitativ hochwertige Versorgung aller Patienten noch mehr in den Mittelpunkt zu rücken und die knappen Finanzmittel effizient einzusetzen, denkt die Gesundheitspolitik darüber nach, die Höhe der Vergütung von Krankenhausleistungen - außer von der Art der Behandlung und Schwere der Erkrankung - künftig deutlich stärker als bisher auch von der medizinischen Qualität der Behandlung abhängig zu machen. Auch Krankenkassen haben verstärktes Interesse, auf Basis von **Pay for Performance (P4P)** mit qualitätsstarken Kliniken zusammenzuarbeiten. In der Konsequenz würden auf Dauer und im Interesse der Patienten nur diejenigen Kliniken langfristig am Markt bestehen, die sich dem Qualitätswettbewerb stellen und ständig an der Verbesserung ihrer Ergebnis- und Behandlungsqualität arbeiten. Der Sachverständigenrat wies in seinem Gutachten auf internationale Erfahrungswerte hin, demnach eine

¹⁷ AQUA-Institut: Qualität kennt keine Grenzen - Transparenz und Verbesserung, <http://tagung-2011.sqg.de/2011/cont/index.php> (08.05.11)

.....

Kombination von Ergebnisveröffentlichungen und P4P deutlich mehr qualitätsfördernde Wirkung entfalten könnte als alleinige Veröffentlichungen von Qualitätsergebnissen.¹⁸ Bedingung für P4P ist allerdings eine zuverlässige und unstrittige Messung der Ergebnisqualität. Die IQM-Qualitätsindikatoren dienen als verlässliche und transparente Informationsquelle zur Ergebnisqualität der Behandlung in Krankenhäusern und können als Qualitätsmaß von Krankenhäusern, Krankenkassen und Patienten gleichermaßen verwendet werden.

IQM plädiert aufgrund des möglichen Nutzens für die Qualität dafür, dass die Versorgungsforschung das Konzept von P4P zeitnah und kritisch evaluiert.



Dr. jur. Francesco De Meo
Präsident des Vorstandes
IQ^M Initiative Qualitätsmedizin e.V.



Prof. Dr. med. Dr. h.c. Peter C. Scriba
Präsident des Wissenschaftlichen Beirates
Stiftung IQ^M Initiative Qualitätsmedizin gGmbH

Berlin, 14. September 2011

Die Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M)

Führende Krankenhausträger haben sich 2008 zur „Initiative Qualitätsmedizin“ (IQM) geschlossen. Die trägerübergreifende Initiative mit Sitz in Berlin ist offen für alle Krankenhäuser aus Deutschland, der Schweiz und Österreich. Vorhandenes Verbesserungspotenzial in der Medizin sichtbar zu machen und zum Wohle der Patienten durch aktives Fehlermanagement zu heben, ist das Ziel von IQM. Dafür stellt IQM den medizinischen Fachexperten aus den teilnehmenden Krankenhäusern innovative und anwenderfreundliche Instrumente zur Verfügung. Die Mitglieder der Initiative verpflichten sich drei Grundsätze anzuwenden: Qualitätsmessung mit Routinedaten, Veröffentlichung der Ergebnisse und die Durchführung von Peer-Review-Verfahren. In derzeit 134 Krankenhäusern aus Deutschland und der Schweiz versorgen die IQM-Mitglieder jährlich rund 2,33 Mio. Patienten stationär. In Deutschland liegt ihr Anteil an der stationären Versorgung bei über 13%.

IQM bedient sich eines Wissenschaftlichen Beirats zur Kontrolle, Weiterentwicklung und Pflege des eigenen Verfahrens. In diesem Sinne stellt sich IQM der öffentlichen Diskussion. Die unabhängige wissenschaftliche Arbeit trägt zur Akzeptanz der Methode bei.

¹⁸ Vgl. Sachverständigenrat zur Begutachtung und Entwicklung im Gesundheitswesen: Gutachten 2007, S. 303