
Informationsveranstaltung Initiative Qualitätsmedizin

Routinedaten :: Peer Review :: Transparenz

Neue Mitglieder und Interessenten

17. November 2025 | 10:00 - 12:00 Uhr
Hotel Rossi | Lehrter Str. 66 | 10557 Berlin

Agenda

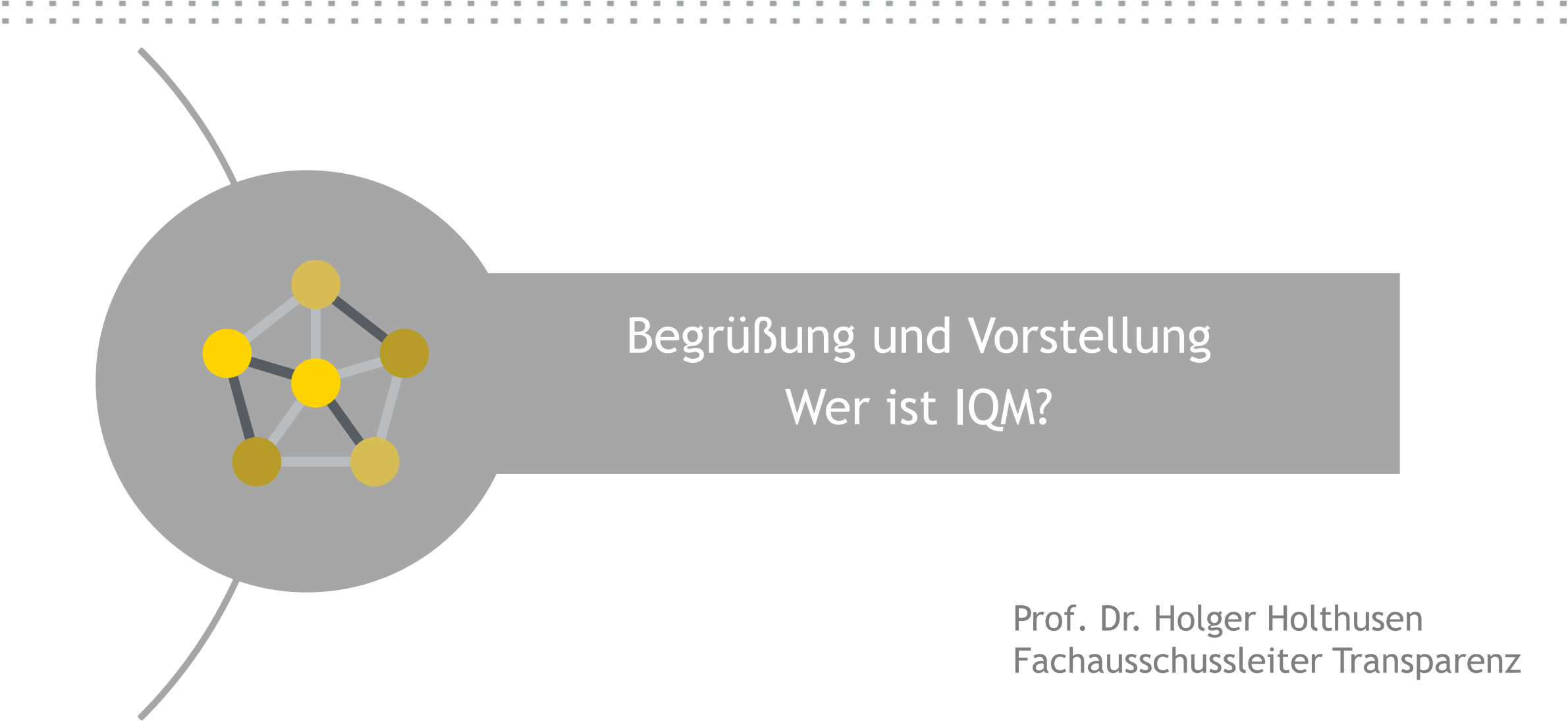
Begrüßung und Vorstellung

Qualitätsmanagement mit Routinedaten

aus Daten werden Berichte

IQM Peer Reviews

Transparenz - Veröffentlichen, um zu motivieren



Begrüßung und Vorstellung Wer ist IQM?

Prof. Dr. Holger Holthusen
Fachausschussleiter Transparenz

Wer ist IQM?

- gemeinnütziger Verein
- Gründung 2008 durch 15 führende KH Träger
- IQM ist offen für alle
- aktives Fehlermanagement (mehr als QS)
- träger- und länderübergreifend
- Hilfe zur Selbsthilfe



IQM Mitgliederentwicklung

2008

84 Mitgliedshäuser



2016

360 Mitgliedshäuser



2025

450 Mitgliedshäuser



**Mitglieds-
krankenhäuser**

**Stationäre
Behandlungsfälle**

Bund (D): 16,5 Mio. (2023)

~ 1,4 Mio. Behandlungsfälle

~ 5,5 Mio. Behandlungsfälle

~ 7,0 Mio. Behandlungsfälle

Handlungskonsens von IQM

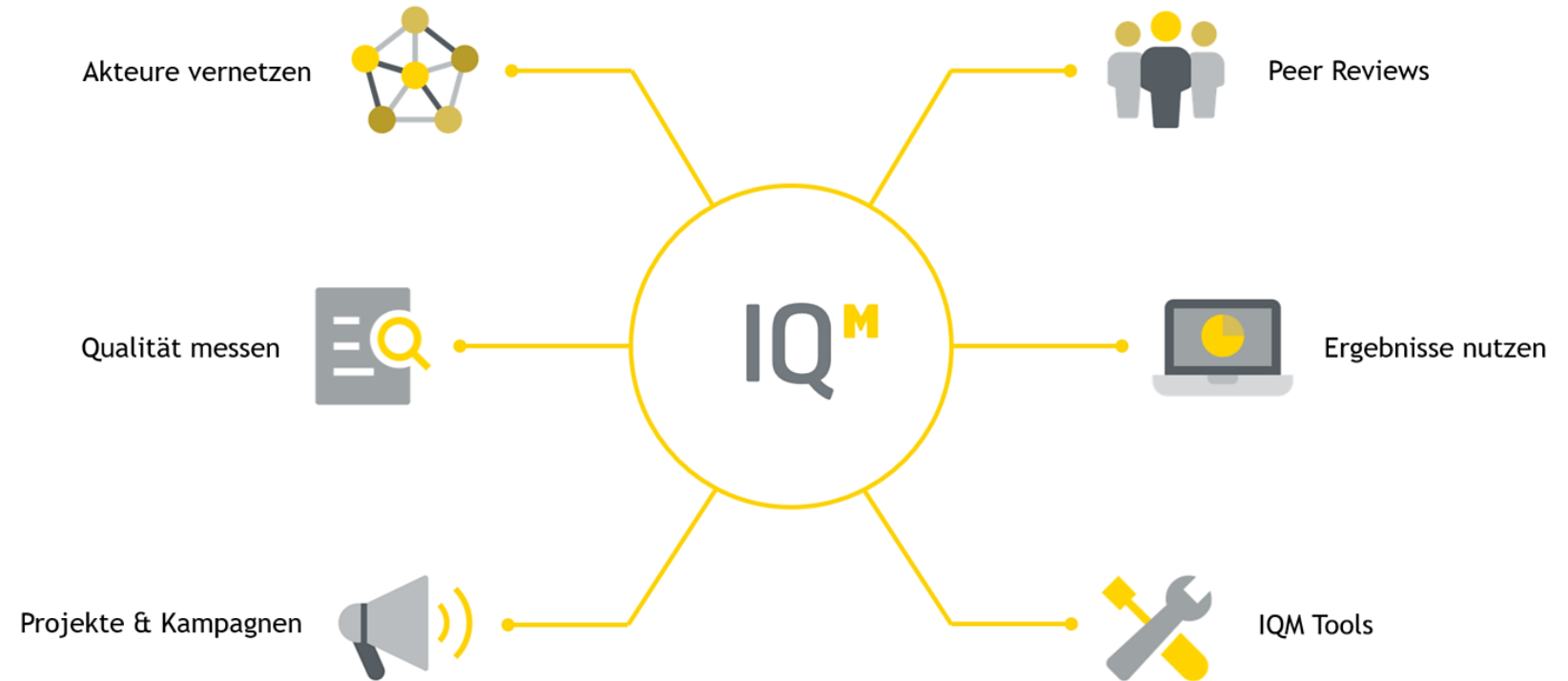
„Messen, um zu verbessern!“

Qualitätsmessungen anhand von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten

Transparenz durch freiwillige Veröffentlichung der Ergebnisse

Qualitätsverbesserung durch klinikübergreifende IQM Peer Reviews

Handlungsfelder



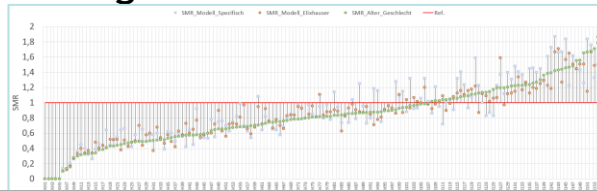
„Ich engagiere mich in der IQM, weil für erkrankte Menschen das Ergebnis der Behandlung zählt. In der IQM sorgen wir gemeinsam dafür, dass die Ergebnisse bestmöglich werden.“

Prof. Lutz Fritsche, Vorstand Johannesstift Diakonie



Risikoadjustierung (abgeschlossen)

- Weiterentwicklung und Anwendung geeigneter Adjustierungsmodelle über die bisherigen Risikokoeffizienten hinaus.
- Seit 2024 Anwendung der Koeffizienten in Auswertungsroutine der IQM-Gruppenauswertung



PREM (Patientenperspektive)

- IQM internen Vergleich & Referenzwerte etablieren
- PREM-Erhebung mit EPAT-16 im IQM-Netzwerk
- Umsetzung des Benchmarks mit Pilothäusern

→ Aktuell: Einstig in Piloterhebung



Pflegequalität im Behandlungsprozess

- Pflegequalität im Behandlungsprozess soll im IQM Netzwerk stärker abgebildet werden
- Ziele: Stärkung der Multidisziplinarität und Interprofessionalität; Empowerment Pflege; Entwicklung belastbarer Kennzahlen zu Pflegequalität



Nachhaltigkeit

- Unterstützung der Mitglieder für Berichtspflicht und Benchmark von standardisierten Parametern
- Erfolgreiche Pilotphase zur Datenerhebung Anfang 2025
→ Aktive Erhebungsphase 2026 für Berichtsjahr 2025

Projekte und Kampagnen

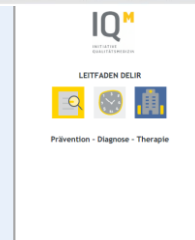


Delir-Awareness Kampagne

- Ziel: Steigerung der Delir-Awareness
- Delir-Leitfaden
- Erweiterung der Delir-Kennzahlen
- IQM Peer Reviews Delir-Management
- Werkzeugkasten für Mitglieder
- Flaggenaktion Welt-Delir Tag

Teilprojekt: Steigerung Dokumentationsqualität Delir

- Prozessanalysen der Arbeitsgruppe und Ableitung erforderlicher Maßnahmen
- Umsetzung eines modularen Schulungskonzepts (Videotutorials, Präsentationen, OMW, Checklisten, Podcasts...)
- Implementierung im Netzwerk ab Q4 / 2025



Early Warning Score (EWS)

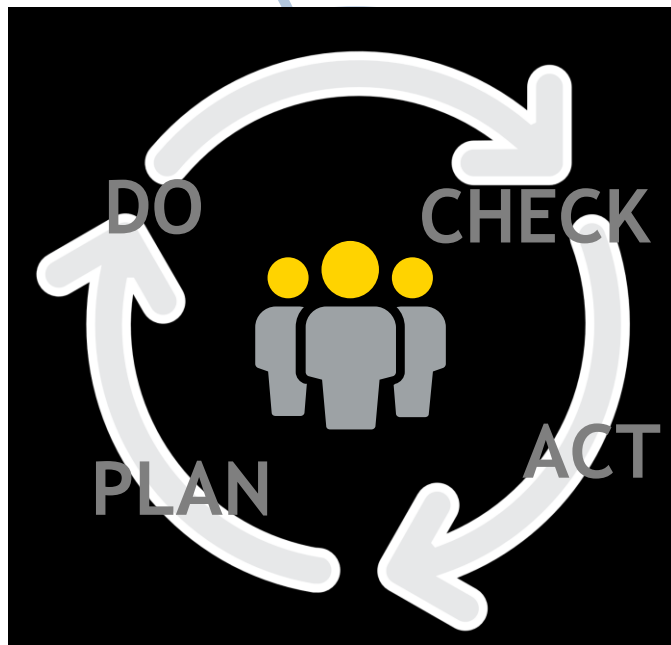
- Nutzen von Frühwarnsystemen im IQM Netzwerk prüfen
- [Rapid Umbrella Review](#) zum EWS
- Umfrage zur Implementierung zum Stand der Implementierung im IQM-Netzwerk
- Delphi-Verfahren zu zentralen Empfehlungen für die Implementierung

Chart 1: The NEWS scoring system

Physiological parameter	3	2	1	Score 0	1	2	3
Respiration rate (per minute)	≥8	9-11	12-20	21-24	≥25		
SpO ₂ Scale 1 (%)	≤91	92-93	94-95	≥96			
SpO ₂ Scale 2 (%)	≤81	84-85	86-87	88-92	93-94 on oxygen	95-96 on oxygen	≥97 on oxygen
Air or oxygen?	Oxygen		Air				
Systolic blood pressure (mmHg)	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
Pulse (per minute)	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Consciousness				Alert			CPU
Temperature (°C)	≤35.0	35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥39.1		

Weitere Publikationen:

- Peer Review Ergebnisse 2024
- Indikationsqualität bei der perkutanen koronaren Intervention (PCI)
- Ergebnisqualität - Mehr Outcome, bitte!



Qualitätsmanagement mit Routinedaten

Dr. Claudia Winklmaier
Geschäftsführung IQM

Ergebnismessungen mit Routinedaten

Warum verwendet IQM Qualitätsindikatoren aus Routinedaten?

Vollständigkeit durch
Abrechnung aller
stationären Fälle



hohe Effizienz ohne
zusätzlichen
Erfassungsaufwand

Abdeckungsgrad der stationären Fälle
in G-IQI/CH-IQI ca. 56% (Version 5.5)
ggü. ca. 12% der Erfassungsdaten aus
der externen Qualitätssicherung

geringe
Manipulierbarkeit

hohe Validität der Daten
(§21/SpiGes) - bestgeprüfte Daten
des Gesundheitswesens

Ergebnismessungen

vorhandene Daten nutzen

Die Krankenhausabrechnung erfolgt über DRGs und setzt eine **komplette medizinische Dokumentation** mit **folgenden Informationen** voraus:

- Hauptdiagnose
- Nebendiagnosen
- Prozeduren
- [...]

Zusätzlich sind weitere Informationen erfasst:

- Alter
- Geschlecht
- Verweildauer
- Beatmung
- Entlassungsgrund
- [...]

Die Information kann von jedem KIS in standardisierter Form (§ 21 KHEntgG, SpiGes Datensatz) für beliebige Zeiträume bereit gestellt werden.

ID-Nr. Kursnummer	Bezeichnung	Ziele insgesamt		Arbeitsinhalte			Zusätzliche Inhalte nach SWS	Zusätzliche Inhalte nach ECTS Anforderung	Anzahl ECTS
		Fachwissen (FWS)	Fachkompetenz (FKP)	Lehrinhalte Kommunikation Praxis Projekt	Prüfung Klausur	Prüfung Prüfung			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Summe		2	10	15,00	15,00	15,00		15,00	6
00010	Mathematik I	2			2	20			6
00012	Mathematik II (Differenzial- und Integralrechnung in der Ebene und im Raum)	2	2,00	2,00	2	2	2,00	2,00	6
00013	Physik I	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00014	Physik II	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00015	Mathematische Grundlagen der Informatik (MGI)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00016	Mathematische Grundlagen der Chemie (MGC)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00017	Mathematische Grundlagen der Biologie (MGB)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00018	Mathematische Grundlagen der Physik (MGP)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00019	Mathematische Grundlagen der Chemie (MGC)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00020	Mathematische Grundlagen der Biologie (MGB)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00021	Mathematische Grundlagen der Physik (MGP)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00022	Mathematische Grundlagen der Chemie (MGC)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00023	Mathematische Grundlagen der Biologie (MGB)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00024	Mathematische Grundlagen der Physik (MGP)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00025	Mathematische Grundlagen der Chemie (MGC)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00026	Mathematische Grundlagen der Biologie (MGB)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00027	Mathematische Grundlagen der Physik (MGP)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00028	Mathematische Grundlagen der Chemie (MGC)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00029	Mathematische Grundlagen der Biologie (MGB)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00030	Mathematische Grundlagen der Physik (MGP)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00031	Mathematische Grundlagen der Chemie (MGC)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00032	Mathematische Grundlagen der Biologie (MGB)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00033	Mathematische Grundlagen der Physik (MGP)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00034	Mathematische Grundlagen der Chemie (MGC)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00035	Mathematische Grundlagen der Biologie (MGB)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00036	Mathematische Grundlagen der Physik (MGP)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00037	Mathematische Grundlagen der Chemie (MGC)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00038	Mathematische Grundlagen der Biologie (MGB)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00039	Mathematische Grundlagen der Physik (MGP)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00040	Mathematische Grundlagen der Chemie (MGC)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00041	Mathematische Grundlagen der Biologie (MGB)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00042	Mathematische Grundlagen der Physik (MGP)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00043	Mathematische Grundlagen der Chemie (MGC)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00044	Mathematische Grundlagen der Biologie (MGB)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00045	Mathematische Grundlagen der Physik (MGP)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00046	Mathematische Grundlagen der Chemie (MGC)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00047	Mathematische Grundlagen der Biologie (MGB)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00048	Mathematische Grundlagen der Physik (MGP)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00049	Mathematische Grundlagen der Chemie (MGC)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6
00050	Mathematische Grundlagen der Biologie (MGB)	2	2,00	2,00	2	20	2,00	2,00	6

Indikatoren und Kennzahlen der der G-IQI/CH-IQI

German Inpatient Quality Indicators (G-IQI)

- Weiterentwicklung und Pflege durch IQM
- standardisiertes Vorschlagswesen zur Partizipation der Mitglieder
- multidisziplinäres Fachgremium unter Begleitung des Wiss. Beirats IQM bewertet Neu- und Änderungsvorschläge
- 2-Jahres Turnus
- Bereitstellung aktualisierter Bundesreferenzwerte
- FAQ im Mitgliederbereich
- Zusammenarbeit mit technischem Kooperationspartner Solventum, Technischen Universität Berlin und Bundesamt für Gesundheit (BAG) Schweiz med. Fachgesellschaften und Fachexpert:innen der Mitglieder

 G-IQI Versionierung	
Indikator bereits bekannte Indikator Nummer G IQI _5.1	14.5 Ventilatorassoziierte Infektion (VAP / VAT) beim Erwachsenen (> 18 J.)
Stichwort / Titel	Darstellung von Patienten, die im stationären Aufenthalt aufgrund der Beatmung (+ 3%) ein erhöhtes Risiko für eine Infektion der Atemwege haben
Ziel der Änderung oder des Neuvorschlages	Abbildung von klinische-relevanten oftmals Verweildauer-verlängermenden
genaue Beschreibung	Erfassung aller Fälle mit VAP/ VAT bei nosokomialer Pneumonie (HAP)
bei neuen Indikatoren anzugeben: Kennzahltyp (Fallzahl, Prozent, Wert) Zähler (Welche Fälle sollen getriggert werden)	Prozent Alle Patienten mit einer Pneumonie (als ND) zzgl. Angabe zum Status "nosokomial" und Beatmungsdauer > 7d (= 168h) und Alter 18 J.
Nenner (Grundgesamtheit) Vorschlag Spezifikation	Alle Patienten mit einer kodierten nosokomialen Pneumonie (als Nebendiagnose)
wenn zutreffend grundsätzlich anzugeben: Einschlusstabellen ICD	(Namen bitte ergänzen)
1.	ICD_GIQI_Nosokomiale Pneumonie (neu)
2.	ICD_GIQI_Tracheobronchitis (neu)
3.	ICD_GIQI_Pneumonie_ND
4.	ICD_GIQI
ggf. weitere ergänzen	
Einschlusstabellen OPS	
1.	OPS_GIQI_
2.	OPS_GIQI_
3.	OPS_GIQI_
4.	OPS_GIQI_
ggf. weitere ergänzen	
Ausschlusstabellen ICD	
1.	ICD_GIQI_
2.	ICD_GIQI_

Indikatoren und Kennzahlen der der G-IQI/CH-IQI

aktuelle Version G-IQI 5.5_Datenjahr 2025

- KH-Sterblichkeit
- Prozesskennzahlen
- Komplikationsraten
- absolute Mengeninformation
- aktuell ca. 500 Kennzahlen mit 44 Qualitätszielen
- Abdeckungsgrad der stationären Fälle ca. 56%

International anerkannter Indikatorsatz



ca. 1300 Kliniken - freiwillig



alle 200 Akutspitäler - bundesweit verpflichtend (A-IQI)



alle 177 Akutspitäler - bundesweit verpflichtend (CH-IQI)



Ziele und Nutzen der Indikatoren bei IQM



Indikatoren als Hinweisgeber

- Aufgreifkriterien für eine strukturierte Auswahl von Peer Reviews & Fällen
- Feststellen von Veränderungen im Zeitverlauf
- Orientierung und Bestimmung der eigenen Position anhand von Referenz-/ Zielwerten



Eine statistische Auffälligkeit ist NICHT gleichzusetzen mit „Fehler“ oder “schlechter Qualität“



Peer Review als weiterführende Analyse

Das Peer Review ist ein Verfahren der weiterführende Analyse (Aktenanalyse & Kollegialer Dialog), die den gesamten Behandlungsprozess betrachtet und die Identifikation von Verbesserungspotentialen ermöglicht.

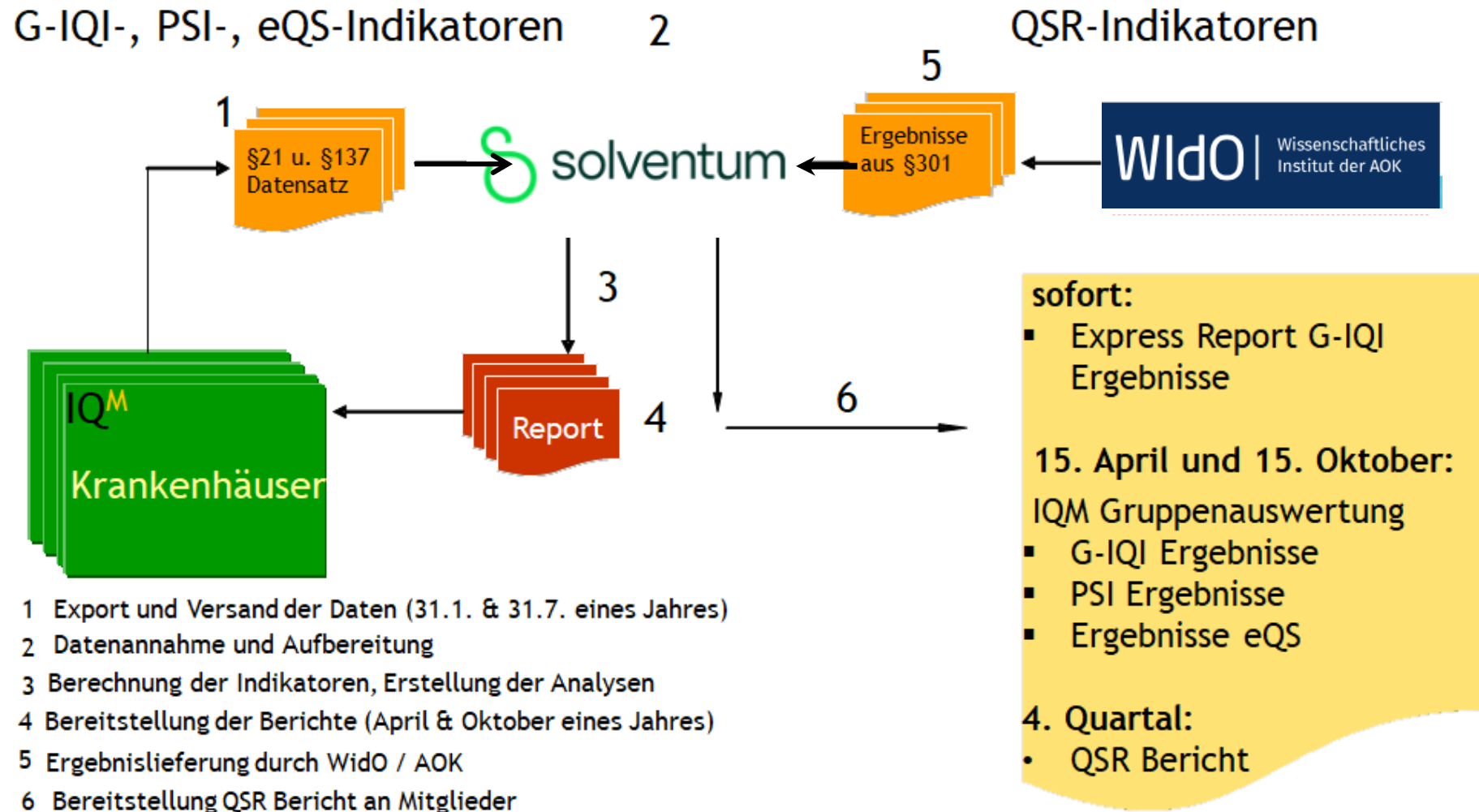
Agenda



aus Daten werden Berichte

Andre Cools
Health Economic Consultant
Solventum

Qualitätsmessungen mit Routinedaten bei IQM



IQM Ergebnisberechnung mit 1200 Indikatoren und Kennzahlen

bei IQM verwendete Indikatoren	Kooperationspartner		Daten- grundlage	Routinedaten	p.a.
G-IQI - German Inpatient Quality Indicators			§21 KHEntG	✓	2
CH-IQI - Swiss Inpatient Quality Indicators	 Schweizerische Eidgenossenschaft Confédération suisse Confederazione Svizzera Confederaziun svizra		SpiGes	✓	2
PSI - Patient Safety Indicators	 Agency for Healthcare Research and Quality		§21 KHEntgG	✓	2
eQS - Gesetzliche externe Qualitätssicherung			§136 SGB V	((✓)) Erfassungsdaten	1-2
QSR - Qualitätssicherung mit Routinedaten (sektorenübergreifend)	 Wissenschaftliches Institut der AOK		§301 Abs.3 SGB V	✓	1

Wie funktionieren die Indikatoren?

Beispielrechnung - Erläuterung der Spezifikationen



Regelfall = Prozentindikator

Beispiel 1 = G-IQI 1.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten

Nenner Definition der Grundgesamtheit - bei welchen Patienten könnte das unerwünschte Ereignis im Sinne des Indikators eintreten?	Beispiel 1: alle Patienten mit Hauptdiagnose Herzinfarkt (I21.0 ... I22.9) und Alter > 19 Jahre
Zähler Teilmenge des Nenners - bei welchen Patienten ist das unerwünschte Ereignis tatsächlich eingetreten?	Beispiel 1: alle Patienten aus dem Nenner mit Entlassungsgrund 07 (Tod)
Ausschlüsse Fälle, die explizit nicht im Indikator berücksichtigt werden sollen	Beispiel 1: keine Ausschlüsse

bekannte Nachfragen:

- laut Labor lag kein eindeutiger Infarkt vor => keine Laborwerte im §21-Datensatz
- Infarkt wurde mittels LHK ausgeschlossen

Wie funktionieren die Indikatoren?

Beispielrechnung - Erläuterung der Kennzahlen

Ergebnis = Zähler / Nenner in % (Rate)

Beispiel: G-IQI 1.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten
 - Datenjahr 2024

Indikator	Zähler	Nenner	Rate
IK 987654321 Universitätsklinik Musterland XYZ	47	484	9,71%
IK 345678901 - St. Musterklinik OPQ	7	110	6,36%
IK 123456789 - Muster Krankenhaus ABC	13	179	7,26%

Frage: wie ist das Ergebnis zu interpretieren (auffällig ja/nein)?

Wie funktionieren die Indikatoren?

Beispielrechnung - Erläuterung der Kennzahlen

Vergleichswerte zur Bestimmung der eigenen Position:

- Erwartungswert = Ergebnis, das nach qualifizierter Risikoadjustierung auf der Basis von Massendaten zu erwarten gewesen wäre
- Bundesreferenzwert = Referenzwert aus den deutschlandweiten Krankenhausstatistiken, speziell für G-IQI verfügbar
- Hinweise = Werte, die z.B. aus der Literatur oder Fachgruppen abgeleitet werden
- Benchmarking = Vergleich der eigenen Ergebnisse mit den Ergebnissen vergleichbarer Einrichtungen

Ergebnisse analysieren

Beispiel: Erwartungswertindikator

G-IQI 1.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten

G-IQI 14.26 - Pneumonie ohne Zuverlegungen, Tumor, Mukoviszidose, COVID-19, Alter>19, Anteil Todesfälle

G-IQI	Referenzwerte		vgl. Referenzwert	IQM Gesamt					Universitätsklinik Musterland XYZ					St. Musterklinik OPQ					Muster Krankenhaus ABC				
	Zielwert / Indikatortyp (Hinweise)	Referenzwert		SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner	SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner	SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner	SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner
01 - Herzinfarkt																							
01.1 Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >= 20), Anteil Todesfälle	unter Erwartungswert	7,9%		0,89	7,16%	8,02%	5.306	74.143	1,20	9,71%	8,12%	47	484	0,98	6,36%	6,51%	7	110	1,13	7,26%	6,41%	13	179
14 - Lungenentzündung (Pneumonie)																							
14.26 Hauptdiagnose Pneumonie OHNE COVID-19 (ohne Zuverlegung, Tumor, Mukoviszidose, Alter >=20), Anteil Todesfälle	unter Erwartungswert	10,6%		0,87	8,55%	9,87%	8.893	103.989	0,77	5,18%	6,75%	13	251	0,81	8,94%	11,09%	21	235	0,89	7,85%	8,82%	15	191
15 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)																							
15.1 Hauptdiagnose Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (ohne Tumor, Alter >=20), Anteil Todesfälle	unter Erwartungswert	4,9%		0,91	4,39%	4,84%	3.004	68.392	1,42	5,43%	3,84%	5	92	1,63	8,89%	5,44%	16	180	0,85	4,35%	5,14%	5	115

Achtung:

⇒ eine gelbe Ampel bzw. „Nicht-Ziel-Erreichung“ bedeutet eine statistische Auffälligkeit, die man weiter analysieren sollte (z.B. durch ein Peer Review)

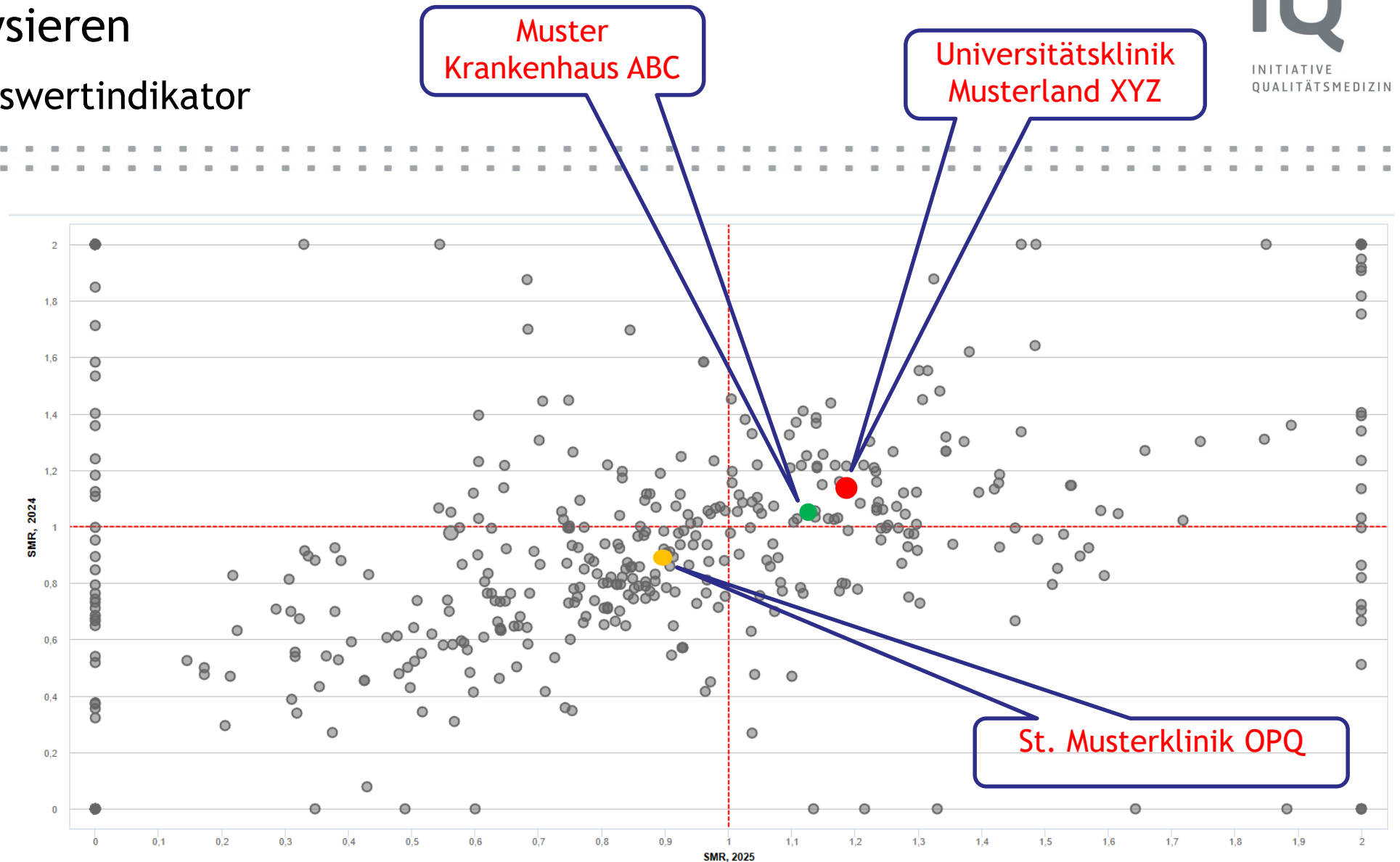
⇒ Nicht gleichzusetzen mit „Fehler“

Ergebnisse analysieren

Beispiel: Erwartungswertindikator

G-IQI 1.1 -
Hauptdiagnose
Herzinfarkt
(Alter >19),
Anteil
Todesfälle,
aufgetreten

SMR Vergleich,
alle IQM
Mitglieder

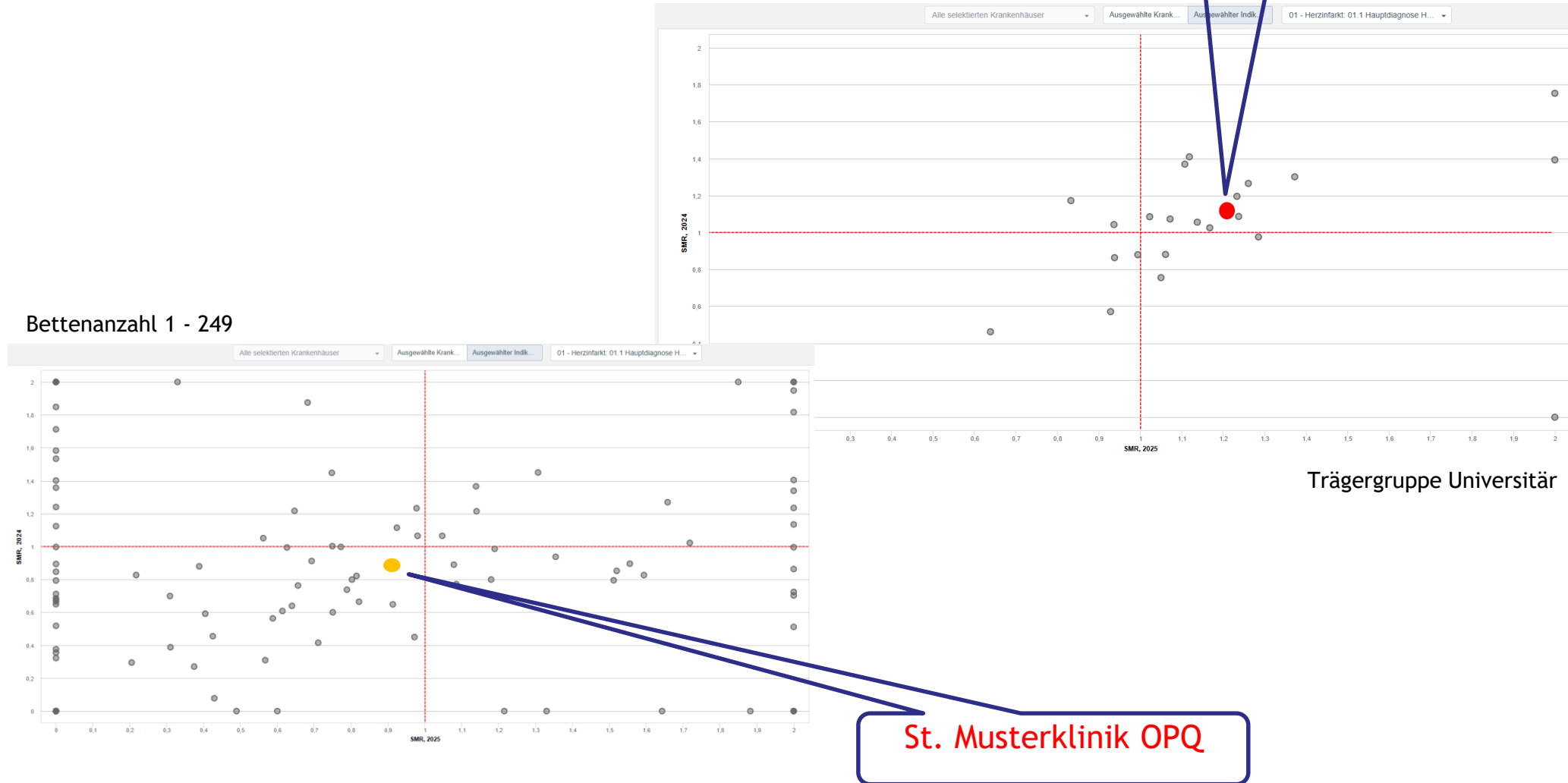


Ergebnisse analysieren

Beispiel: Erwartungswertindikator

G-IQI 1.1 -
Hauptdiagnose
Herzinfarkt
(Alter >19),
Anteil
Todesfälle,
aufgetreten

Report SMR
Vergleich,
Trägergruppe
oder
Bettenanzahl



Ergebnisse analysieren

Beispiel: Erwartungswertindikator

Bereich Lungen-
erkrankungen

Boxplot Report

14.26 - Pneumonie ohne
Zuverlegungen, Tumor,
Mukoviszidose, COVID-19, Alter>19,
Anteil Todesfälle

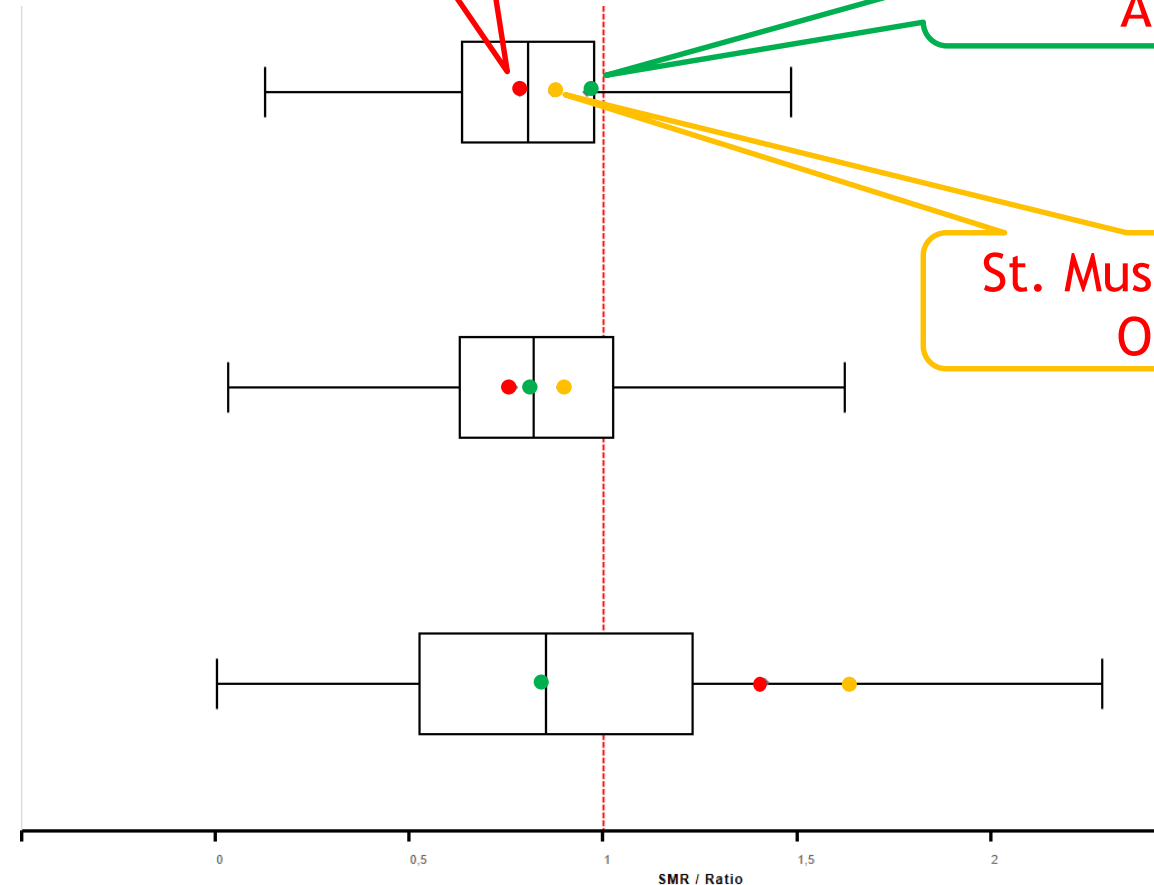
14.5 -Bronchitis/Bronchiolitis, ohne
Zuverlegungen, Tumor,
Mukoviszidose, Alter > 19 Jahre,
Anteil Todesfälle

15.1 - Chronisch obstruktive
Lungenkrankheit (COPD ohne Tumor,
Alter >19), Anteil Todesfälle

Universitätsklinik
Musterland XYZ

Musterkrankenhaus
ABC

St. Musterklinik
OPQ



Ergebnisse analysieren

Beispiel: Zielwertindikator

G-IQI 56.3 - Beatmung > 24 Stunden (ohne Neugeborene und COVID-19), Anteil Todesfälle

G-IQI	Referenzwerte		vgl. Referenzwert	IQM Gesamt					Universitätsklinik Musterland XYZ					St. Musterklinik OPQ					Muster Krankenhaus ABC				
	Zielwert / Indikatortyp (Hinweise)	Referenzwert		SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner	SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner	SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner	SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner
K - Komplexe, heterogene Krankheitsbilder (Tracer für																							
56 - Beatmung, ARDS und extrakorporale Verfahren																							
56.3 Beatmung > 24 Stunden OHNE COVID-19 (ohne Neugeborene), Anteil Todesfälle	<34,5%	34,5%			34,44%		30.538	88.664		34,81%		591	1.698		51,06%		72	141		27,59%		40	145

Achtung:

⇒ Zielwertindikatoren ohne Risikoadjustierung werden am Bundesreferenzwert gemessen

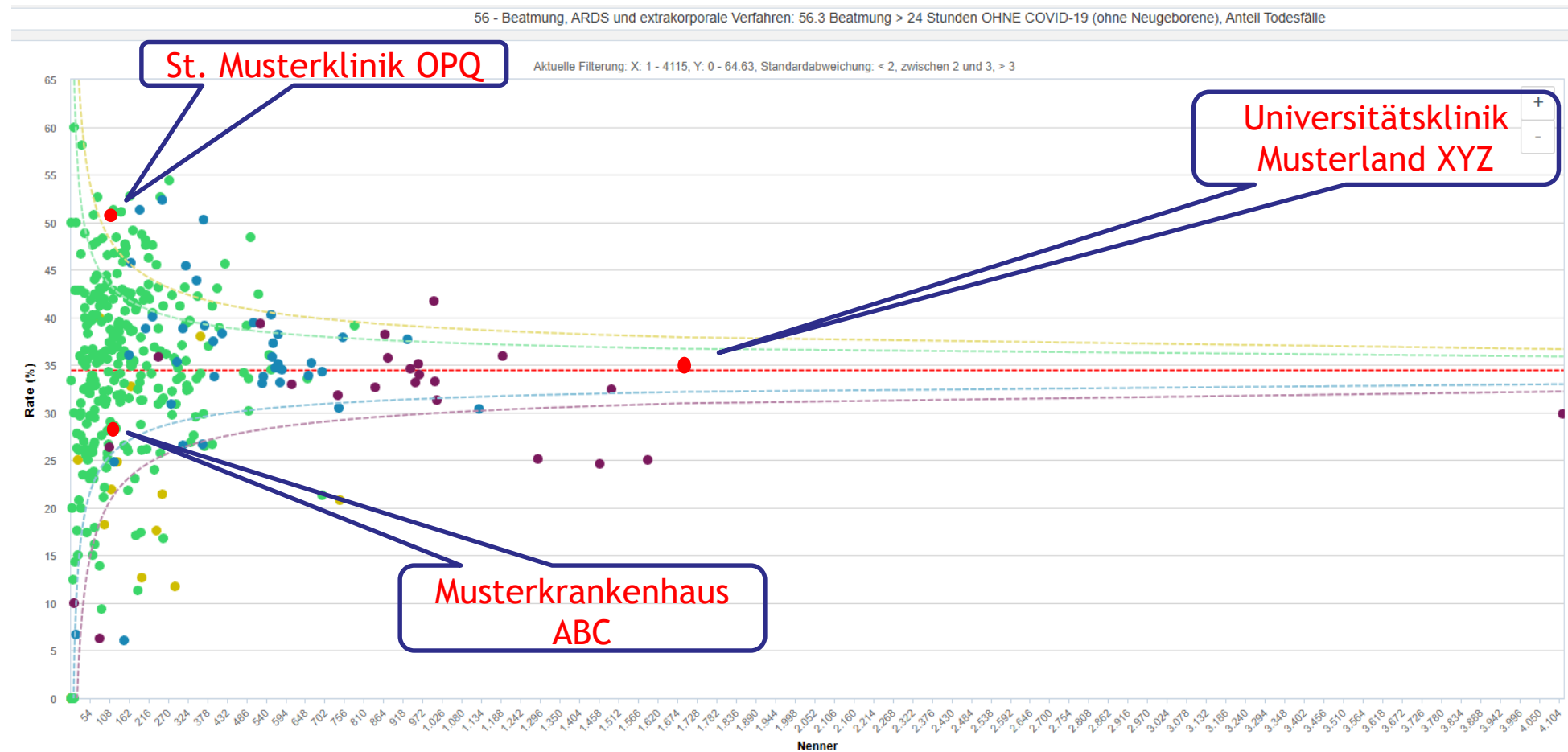
Ergebnisse analysieren

Beispiel: Zielwertindikator

G-IQI 56.3 -
Beatmung > 24
Stunden (ohne
Neugeborene und
COVID-19), Anteil
Todesfälle

Funnel Plot

Einfärbung nach
Versorgungsstufe



Ergebnisse analysieren

Beispiel: Indikator-Gruppe



G-IQI	Referenzwerte			IQM Gesamt					Universitätsklinik Musterland XYZ					St. Musterklinik OPQ					Muster Krankenhaus ABC				
	Zielwert / Indikatortyp (Hinweise)	Referenzwert	vgl. Referenzwert	SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner	SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner	SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner	SMR / Ratio	Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner
09.3 Hauptdiagnose Hirninfarkt OHNE Neubildungen und Kopfverletzungen (Alter >=20), Anteil Todesfälle	unter Erwartungswert	7,2%		0,99	7,09%	7,18%	6.908	97.448	1,63	10,11%	6,21%	73	722	1,51	9,81%	6,51%	68	693	0,57	3,94%	6,97%	14	355
09.311 Hauptdiagnose Hirninfarkt (OHNE Zuverlegungen, Neubildungen und Kopfverletzungen, Alter >=20), Anteil Fälle mit systemischer Thrombolyse	Information	17,9%			18,36%		16.444	89.588		19,09%		121	634		9,96%		52	522		29,57%		102	345
09.312 Hauptdiagnose Hirninfarkt mit systemischer Thrombolyse (OHNE Zuverlegungen, Neubildungen und	Beobachtungswert	7,0%			6,90%		1.135	16.444		4,96%		6	121		1,92%		1	52		4,90%		5	102
09.321 Hauptdiagnose Hirninfarkt (Alter >=20), Anteil Fälle mit intrakranieller Thrombektomie	Information	8,4%			11,13%		10.971	98.576		19,46%		144	740		24,86%		175	704		0%		0	356
10 - Behandlung auf einer Stroke Unit																							
10.41 Hauptdiagnose Hirninfarkt oder TIA OHNE Zuverlegungen (Alter >=20), Anteil Fälle mit neurolog.	Beobachtungswert	78,2%			78,55%		99.340	126.473		95,61%		762	797		73,88%		625	846		89,17%		461	517

⇒ Nicht nur auf Zielwertindikatoren schauen - auch ergänzende Indikatoren liefern wichtige Informationen

Ergebnisse analysieren

Beispiel: Zielwertindikator / sentinel event



G-IQI	Referenzwerte		vgl. Referenzwert	IQM Gesamt				Universitätsklinik Musterland XYZ				St. Musterklinik OPQ				Muster Krankenhaus ABC			
	Zielwert / Indikatortyp (Hinweise)	Referenzwert		SMR / Ratio	Rate	Zähler	Nenner	SMR / Ratio	Rate	Zähler	Nenner	SMR / Ratio	Rate	Zähler	Nenner	SMR / Ratio	Rate	Zähler	Nenner
18 - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen																			
Anteil Todesfälle (Herniotomie)	<0,49%	0,49%			0,46%	249	54.253		0%	0	33		0%	0	105		1,08%	2	185
19.1 Herniotomie OHNE Darmoperation, Anteil Todesfälle	<0,11%	0,11%			0,10%	74	72.002		0%	0	36		0%	0	109		0%	0	384
58 - Komplexe Konstellationen																			
58.4 Fälle mit Operation oder Eingriff insgesamt, Anteil Fälle mit Nebendiagnose Lungenembolie	Information (SE)	0,35%			0,46%	19.324	4.193.219		1,03%	417	40.426		0,32%	31	9.830		0,15%	14	9.148

⇒ Achtung „sentinel event“ => jeder Patient im Zähler sollte analysiert werden, unabhängig von der beobachteten Rate

Jeden Einzelfall analysieren

Die Durchführung regelmäßiger und standardisierter **Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M)** zur berufs- und abteilungsübergreifenden Aufarbeitung kritischer Krankheitsverläufe und seltener Ereignisse/Todesfälle ist zur Festlegung hausinterner Abläufe angezeigt.

Ergebnisse analysieren

Beispiel: Einzelfallanalyse mit 3M FileInspectorViewer

Falldaten [Fall 3/3]																	
IK	SO	Fall-Nr	FallNr-Orig	Art	Patient	Kasse	Geschl.	Jahre	Tage	Plz	Beatmung	Aufnahme	Entlassung	OB	Berechnungstage	Belegungstage	Berechnungstage abg.
				1	P_023643	100000000	männlich	77	0		0	24.12.2024 14:42:00	28.12.2024 05:48:00	0	4	4	4
AufnAnlass	AufnGrund	EntlGrund	FachAbt	FachAbtIntern	AbtTypAbg	DrgAbg	EFormularAbg	Verlegungskette	ZEKodesE2Abg	ZEKodesE32Abg	AnzTageBeurlaubungBPfIV	AnzTageBeurlaubungPsy					
Notfall	Vollstationär	Tod	Innere Medizin		1	H08A	E1	0100->0100-	ZE120.01:1	76CT9999:1	0	0					

Diagnosen						
N.	Code	CCL	Gült.	DRG	Beschreibung	
1	K81.0	2/0	+	-	Akute Cholezystitis	
2	A41.58	4/4	+	-	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	
3	B96.2	0/0	+	-	Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kap	
4	A41.58	0/0	!	-	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	
5	R65.1	2/0	+	+	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikatione	
6	A41.58	0/0	!	-	Sepsis: Sonstige gramnegative Erreger	
7	U69.81	0/0	+	-	Nosokomiale Sepsis	
8	D62	0/0	+	-	Akute Blutungsanämie	
9	E86	0/0	+	-	Volumenmangel	
10	E87.2	0/0	+	-	Azidose	
11	E87.6	0/0	+	-	Hypokaliämie	
12	I10.00	0/0	+	-	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise	
13	I25.13	0/0	+	-	Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäß-Erkrankung	
14	I48.2	0/0	+	-	Vorhofflimmern, permanent	
15	I50.14	1/1	+	-	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe	
16	J96.01	1/0	+	-	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]	
17	K29.6	0/0	+	-	Sonstige Gastritis	
18	K65.09	4/4	+	-	Sonstige und nicht näher bezeichnete akute Peritonitis	
19	K74.6	2/2	+	-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	
20	I98.2	4/4	+	-	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung	
21	K74.6	0/0	!	-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	

Prozeduren							
N.	Code	Lok.	OR	Gült.	DRG	OP-Datum	Beschreibung
1	9-984.7		<>	+	-	24.12.2024 14:42	Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
2	8-800.c0		-	+	-	24.12.2024 18:36	Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Erythrozytenkon
3	3-200		-	+	-	26.12.2024 15:56	Native Computertomographie des Schädels
4	3-225		-	+	-	26.12.2024 15:58	Computertomographie des Abdomens mit Kontrastmittel
5	3-226		-	+	-	26.12.2024 15:58	Computertomographie des Beckens mit Kontrastmittel
6	3-990		<>	+	-	26.12.2024 15:58	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung
7	5-511.11		+	+	+	27.12.2024 21:06	Cholezystektomie: Einfach, laparoskopisch: Ohne laparoskopische Revision der Gallengänge
8	8-931.0		<>	+	-	28.12.2024 01:00	Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes: Ohne ko
9	8-831.00		<>	+	-	28.12.2024 01:57	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Über eine ze
10	8-640.0		-	+	-	28.12.2024 02:00	Externe elektrische Defibrillation (Kardioversion) des Herzrhythmus: Synchronisiert (Kardioversio
11	8-831.04		<>	+	-	28.12.2024 03:00	Legen und Wechsel eines Katheters in periphere und zentralvenöse Gefäße: Legen: Großlumiger
12	8-854.60		-	+	+	28.12.2024 03:30	Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Hepar
13	8-901		-	+	-	28.12.2024 03:30	Inhalationsanästhesie

Das Tool FIVIEWER beinhaltet alle Falldaten inkl. Filter auf QI-Zähler - Beispiel G-IQI 18.3

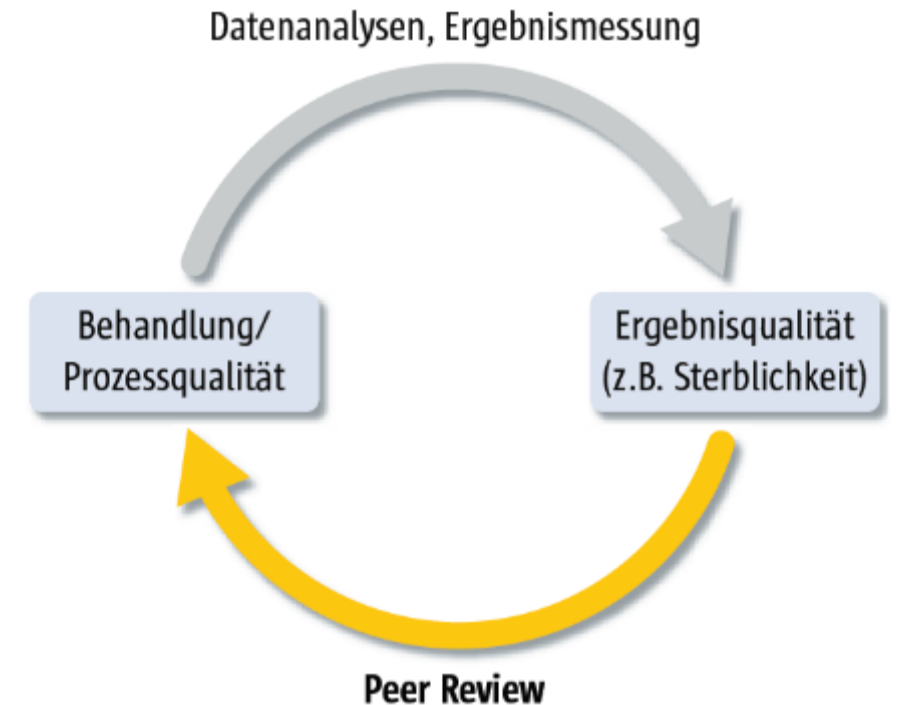
Ziel: Einzelfallanalyse, z.B. mit Fragestellung „eignet sich der Fall für eine M&M-Konferenz?“

Ziele der Indikatoren bei IQM

Messen, um zu verbessern

Die Inpatient Quality Indicators wurden konzipiert, um ...

- Bereiche mit möglichem Verbesserungspotential in den stationären Behandlungsabläufen und -strukturen anhand statistisch auffälliger Ergebniswerte zu erkennen und nach anschließenden Fallanalysen optimieren zu können (= Aufgreifkriterium)
- nach Umsetzen geeigneter Lösungsvorschläge und regelmäßiger Messung, Veränderungen und Verbesserungen nachzuhalten
- einen wesentlichen Baustein des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und internen Qualitätsmanagements zu etablieren





IQM Peer Reviews

Natalia Kelsch
Leitung Referat Peer Review

Das IQM Peer Review

- Instrument der externen Qualitätssicherung in der Medizin
- Originär ärztliches Verfahren
- Systematische Prozess- und Strukturanalyse von Fallakten auf Verbesserungspotenzial und Stärken
- Kollegialer Dialog auf Augenhöhe mit Verantwortlichen vor Ort
- Multidisziplinär und interprofessionell
- Klinisch tätige, leitende Ärzt:innen und Pflegefachpersonen als IQM Peers



IQM Peer Review - Ziele

- Aufdecken lokaler Besonderheiten und Stärken
- Analyse und Optimierung des gesamten Behandlungsprozesses
- Wandel vom abteilungscentrierten Denken zu multidisziplinären und interprofessionellen Fallanalysen
- Etablieren einer offenen Gesprächskultur
- Nachhaltigkeit der Qualitätsverbesserung



IQM Peers - Anforderungsprofil

- Pro 250 Betten benennt jedes Mitgliedskrankenhaus 1 Peer
- Derzeit ca. 730 benannte IQM Peers
- Leitende Ärztin / leitender Arzt mit Abteilungs- und Personalverantwortung bzw. leitende Pflegefachkraft
- Voraussetzung: Absolvierung der Fortbildung zum IQM Peer und weiterführende Qualifizierungsmaßnahmen
- Verpflichtung zum Ehrenkodex
- Teilnahme an bis zu zwei Peer Reviews pro Jahr (Prinzip der Gegenseitigkeit)

Fortbildung IQM Peer

- Curriculum „Peer Review in der Medizin“ (Bundesärztekammer)
- Selbststudium + 2 Tage Fortbildung = 16 CME Punkte / 14 RbP

IQM Peer Review Verfahren - Voraussetzung

- besuchtes Krankenhaus und Peers sind IQM Mitglieder
- ausreichende Fälle für die Aktenanalyse (mind. 15 Akten)
- Kein Peer Review zur gleichen Fragestellung im Vorjahr
- mehrere Peer Reviews pro Krankenhaus in einem Verfahrensjahr sind möglich



IQM Peer Review Verfahren - Auswahl von Peer Reviews

Auswahl aufgrund statistischer Auffälligkeit
(SMR/Ratio)

selbstinitiierte Peer
Reviews
(Antrag durch CÄ)



Pilot Peer Reviews

Re-Reviews

Jährliche Festlegung der Auswahlkriterien durch Lenkungsgruppe Peer Review

Auswahl aufgrund von statistischer Auffälligkeit



Festlegung folgender Kriterien pro Verfahrensjahr

- **Datengrundlage**
Ergebnisse der G-IQI/CH-IQI aus der aktuellen Ganzjahresauswertung (Daten i.d.R. aus dem Vorjahr)
- **Tracer/Aufgreifkriterium**
Indikatoren, die für die Auswahl betrachtet werden
- **Auswahl der Krankenhäuser**
nach statistischer Auffälligkeit, z.B. SMR/Ratio über Erwartungs-/Zielwert (Festlegung des Wertes)
- **Fallselektion**
bspw. Alter, Nebendiagnose, Prozedur

Selbstinitiierte Peer Reviews

- Anmeldung durch Chefarzt/Chefärztin für die eigene Abteilung
- Unterstützung bei Entwicklung der (eigenen) Fragestellung, Auswahl der Fälle
- Ganzjährige Anmeldung & Durchführung möglich

Mögliche Ausgangspunkte:

- Beobachtung eines Sachverhalts (z.B. erhöhte Komplikationsrate)
 - Überprüfung neu implementierter Versorgungskonzepte
 - Beurteilung der stationären Versorgung von besonderen Patientenkollektiven
- [...]

Pilot Peer Reviews

- neue Fragestellungen, die erstmalig im IQM Peer Review untersucht werden
- Ableitung der Fragestellungen aus Peer Review Ergebnissen oder aktuellen gesundheitspolitischen Themen

Pilot Peer Reviews 2025

- MTL-22: Kolonresektionen bei Karzinom, mit mind. 22 Tage VWD und Tod oder Verlegung oder lange VWD
- Indikation zur Beatmung bei älteren Patienten
- Komplikationsmanagement ARDS

Re-Reviews

- Wiederholungs-Peer Reviews nach 3 Jahren bei erneut vorliegender statistischer Auffälligkeit
- Prüfung des Protokolls auf Besonderheiten (Patientenkollektiv, strukturelle Merkmale)
- Gleiche Fragestellung und wenn möglich 1 Peer aus ursprünglichen Team
- Mitsendung des Protokolls (Maßnahmen umgesetzt? Qualitätsentwicklung erkennbar?)

Auswahl und Zusammenstellung der Peerteams

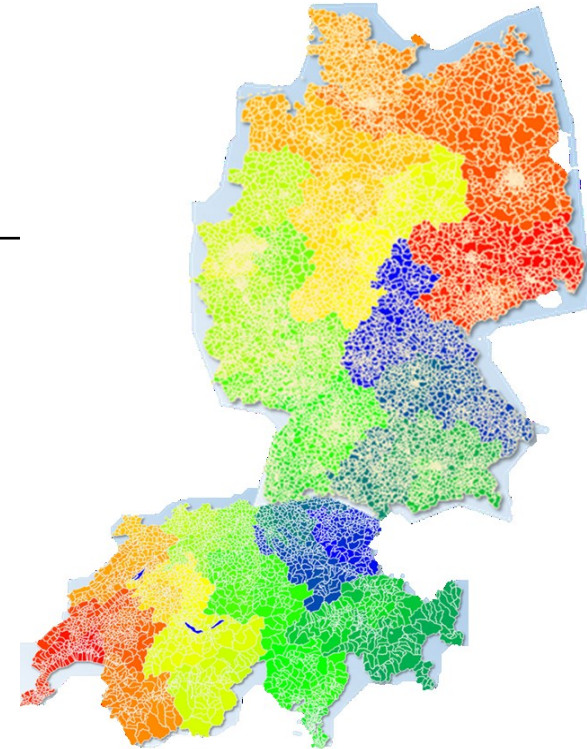
Peerteamgröße

- abhängig von Fragestellung und Verfügbarkeit
- 4-7 Peers

Zusammenstellung



- Teamleitung
- min. 1 Fachexperte
- weitere Peers / Trainees mit korrespondierenden Fachrichtungen (multidisziplinär)
- 2 Pflegepeers bei interprofessionellen Peer Reviews
- Berücksichtigung von Erfahrungsgrad, Entfernung und Erreichbarkeit, Wettbewerbssituation
- träger- und länderübergreifend

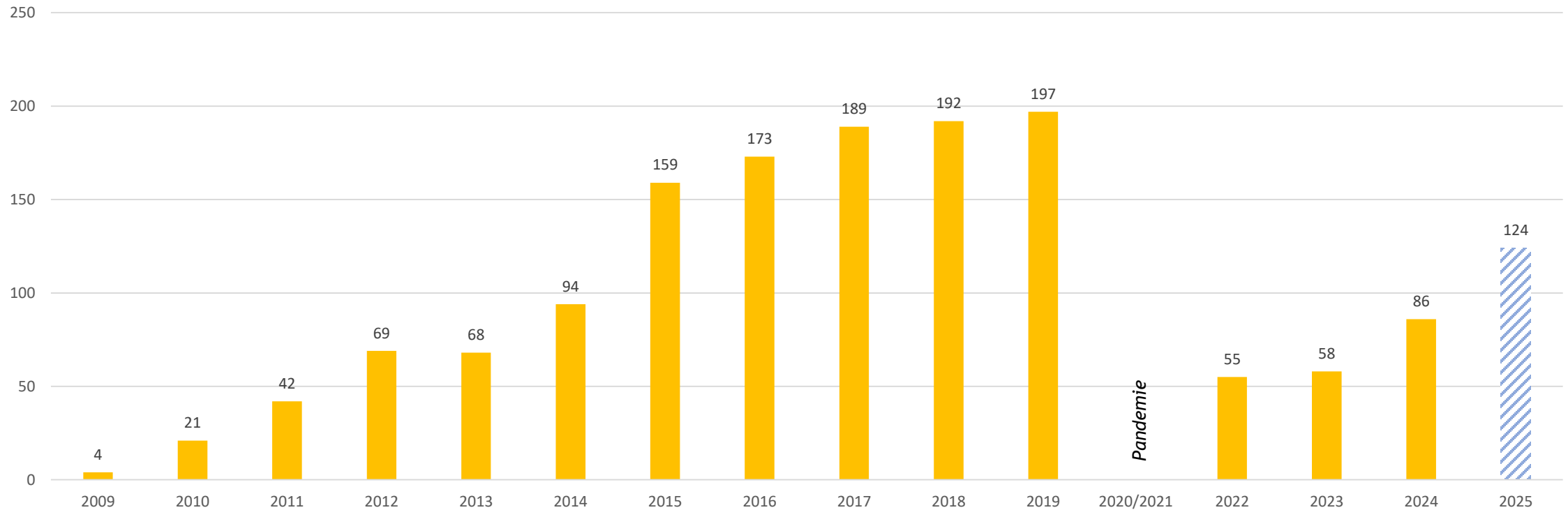


Ablauf IQM Peer Review

- Information Klinik & Peerteam zum Peer Review (Auswahlgrund, Fallselektion, Kontaktdaten, etc.)
- Kontaktaufnahme Teamleitung mit CÄ vor Ort und Terminvereinbarung
- Selbstbewertung der Akten (Klinik)
- Vorbereitungstreffen (Peerteam)
- **Besuch vor Ort**
 - ✓ Eröffnungsgespräch (0,5h)
 - ✓ Aktenanalyse durch Peerteam (3-4h)
 - ✓ Kollegialer Dialog (3h)
 - ✓ Abschlussgespräch (0,5h)
- Ergebnisprotokoll ohne einzelfallbezogene Fehlerbeschreibungen (Peerteam)
- Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen (Klinik)

IQM Peer Review 2009 - 2025

> 1.500 IQM Peer Reviews - ca. 23.000 analysierte Patientenakten



Peer Review Verfahrensjahr - Fragestellungen 2025

Chirurgische Tracer	▪ Komplikationsmanagement unerwarteter Ereignisse/internistischer Komplikationen nach Prostata-TUR ▪ Komplikationsmanagement bei kolorektaler Resektionen bei Karzinom (MTL-22) ▪ perioperative Versorgung von Schenkelhalsfraktur oder Pertrochantäre Frakturen ▪ Komplikationsmanagement: Lungenresektion, Anteil Fälle mit ARDS
Konservative Tracer	▪ Prozess der Schlaganfallversorgung: geringe Lyserate, Telemed., intrakranielle Thrombektomie ▪ Komplikationsmanagement tiefe Venenthrombose oder Lungenembolie ▪ Komplikationsmanagement nosokomiale Pneumonie ▪ Sterblichkeit bei Herzinfarkt ▪ Sterblichkeit bei Herzinsuffizienz
Intensiv- medizinische Tracer	▪ Indikationsstellung Beatmung älterer Patient:innen ▪ Umgang mit Patientenrechten im Zusammenhang mit Transfusion ▪ Intensivmedizinisches Komplikationsmanagement ▪ Multidisziplinäres Sepsismanagement ▪ Postoperative Sepsisversorgung
Pflegeschwer- punkt Tracer	▪ Dekubitusprävention und -management ▪ Delir-Management ▪ Prozess der COPD-Versorgung unter Berücksichtigung des Mangelernährungs-Managements ▪ Schenkelhalsfraktur als ND (Sturz)

Ergebnisse der Peer Reviews: Indikationsstellung Thrombektomie

Indikationsstellung zur Thrombektomie bei älteren Patient:innen über 80 Jahre

- 5 Peer Reviews in low/mid/high-volume Kliniken
- 100 Patientenakten analysiert
- 79 Bewertungsbögen ausgewertet (Einschätzung des Peerteams)

Symptombeginn:
95 Minuten vor Aufnahme
(Median) (min 30 - max 720)

- 61% weiblich, ø 85,2 Jahre
- Häufigste ND: Bluthochdruck (71%), Herzrhythmusstörungen (48%)
- 62% der Patient:innen kamen über die Rettungsstelle



Befund: In 86% Verschluss einer großen Arterie im vorderen Kreislauf

Prähospitales Screening



- 29% Glasgow Coma Scale
- 18% NIHSS
- 15% Fast Score
- 9% Andere
- 35% kein Screening

Bildgebende Kontrolle:
21 Stunden nach Intervention
(Median) (min 2 - max 36)

In 84% bildgebende Kontrolle nach Intervention

Bei 58% der Patient:innen traten Komplikationen nach Intervention auf

Indikation zur Thrombektomie:
In 49% der Fälle interdisziplinär gestellt.
Am häufigsten durch:
Neurologie und Neuroradiologie

Mismatch-Kriterien:

- Erfüllt: 27%
- Nicht erfüllt: 4%
- nicht nachvollziehbar: 8%
- keine Angabe: 61%



Bildgebende Diagnostik:
65 Minuten nach Aufnahme
(Median) (min 11 - max 575)

- 77% Natives CT
- 70% CT-Angio
- 48% CT-Perfusion



Bridging mit i.v. Altaplaste:
86 Minuten nach Aufnahme
(Median) (min 29 - max 380)

195 Minuten zwischen Symptombeginn und Leistenpunktion (Median) (min 58 - max 720)

Door-to-Groin-Time (ohne Zuerlegung):
88 Minuten
(Median)
(min 43 - max 388)

51% der Fälle enthielten Verbesserungspotenziale

Beispiele:

- Mangelnde Dokumentation

Umsetzung von Maßnahmen nach Peer Review

- Externe Evaluation der Maßnahmenumsetzung
- 16 leitfadengestützte Interviews mit Chefärzt:innen der besuchten Kliniken, 6-12 Monate nach Peer Review
- 134 identifizierte Maßnahmen (Ø ca. 8 pro Peer Review)
- 50% sind nach 1 Jahr umgesetzt oder in Umsetzung - v.a. prozessnahe Maßnahmen
- Aufwendige Maßnahmen (z.B. bauliche Veränderungen, IT-Projekte, Beschaffung MRT) sind nach 1 Jahr meist nicht umgesetzt
- Peer Reviews sind Anstoß für Veränderungen!
- Umsetzung gelingt vor allem, wenn Führungsebene eingebunden, Verantwortlichkeiten klar und Ressourcen (zeitlich/personell) gesichert sind

IQM Peer Review - Arbeiten mit Ergebnissen

- Wissenstransfer und Wissensaustausch innerhalb des IQM Netzwerks
- Qualitative Auswertung der Peer Review Protokolle: verfahrensjahr- oder indikatorenbezogen (INWIDA)
- Häufigste Verbesserungspotenziale und Lösungsansätze
- kontinuierliche Aktualisierung & Erweiterung + Sonderauswertung: z.B. Sepsis im Peer Review
- abrufbar auf der IQM Website:

<https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/>

Peer Review Ergebnisse

Die Peer Review Ergebnisse stehen Ihnen sowohl indikatorenbezogen zur Verfügung. Die verfahrensjahrbezogenen Ergebnisse der durchgeführten Peer Reviews. Die Ergebnisse der durchgeführten Peer Reviews.

- Poster Indikationsstellung Thrombektomie
- Ergebnishandout 2024
- Ergebnishandout 2022/23
- Ergebnishandout 2019
- Ergebnishandout 2018
- Ergebnishandout 2017

Das Projekt INWIDA (Indikatorenbezogene Wissensdatenbank) dokumentiert die Ergebnisse von Peer Reviews genutzte werden.

Beatmung
COPD
Dekubitus
Herzinfarkt
Hirninfrakt
Oberschenkelfraktur
Pneumonie
Prostata TUR

Auswertung chirurgischer Tracer

- [Komplikationsmanagement Prostata-TUR](#)
- [Komplikationsmanagement kolorektale Resektionen](#)
- [Komplikationsmanagement Cholezystektomie](#)
- [Komplikationsmanagement Aortenchirurgie](#)



Sepsis im Peer Review

Ergebnisse, Herausforderungen und Maßnahmen zur Verbesserung

Zum Welt-Sepsis-Tag am 13. September 2025 veröffentlicht die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) zentrale Ergebnisse aus 72 Peer Reviews zur Sepsisversorgung in IQM-Mitgliedskrankenhäusern und -spitälern. Die Auswertung umfasst rund 1.080 stationäre Behandlungsverläufe aus den Jahren 2012 bis 2024.

Trotz vieler Fortschritte zeigen sich über die Jahre hinweg vier besonders persistente Herausforderungen: verzögerte oder nicht leitliniengerechte Antibiotikatherapie, unsystematische Fokussuche, lückenhafte ärztliche Dokumentation sowie Schnittstellenprobleme zwischen Notaufnahme, Station und Intensivbereich.

Die Auswertung liefert nicht nur ein realistisches Bild der Versorgungsrealität, sondern auch konkrete Handlungsempfehlungen. Besonders im Fokus: die strukturierte Sepsisfrüherkennung, die ab 2026 durch neue G-BA-Vorgaben Deutschland verpflichtend wird - und deren Nutzen sich bereits in der Praxis deutlich zeigt. Die auf Basis der Auswertung entwickelten Materialien bieten aber selbstverständlich auch für die Schweizer Mitgliedsspitäler einen großen Mehrwert.



Transparenz - Veröffentlichen, um zu motivieren

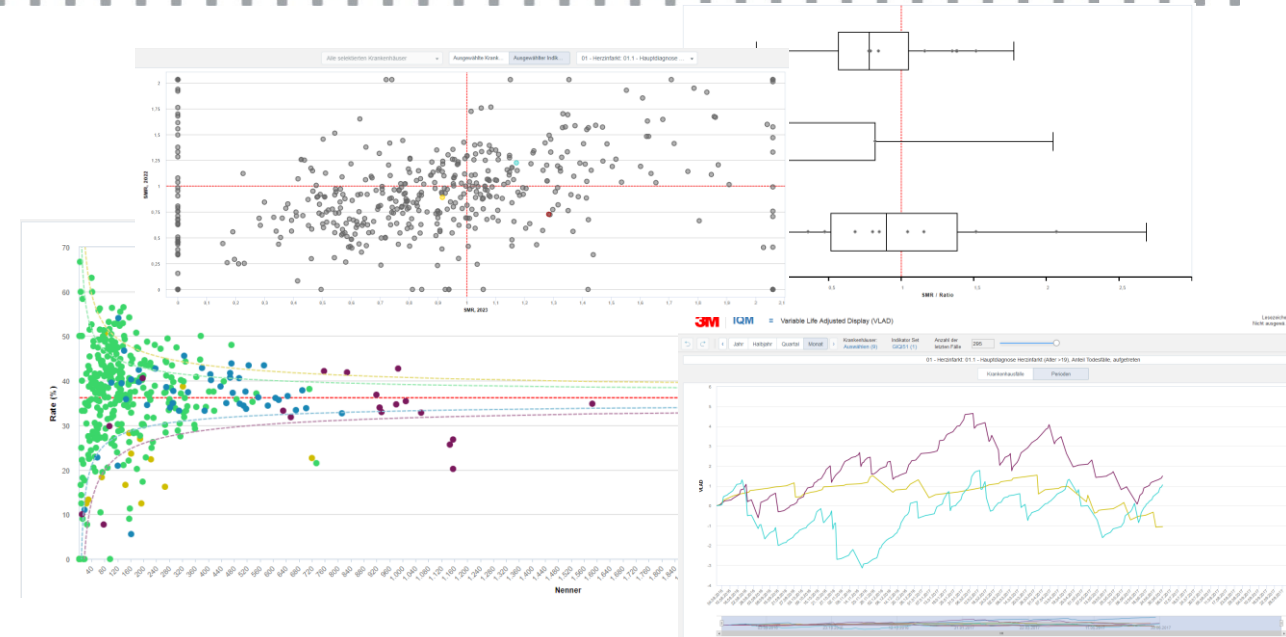
Prof. Dr. Holger Holthusen
Fachausschussleiter Transparenz

Transparenz

Abholen aller am Behandlungsprozess Beteiligten

Interne Transparenz

- Geschäftsführung, Qualitätsmanagement, ärztliche und pflegerische Fachkräfte nutzen aktiv IQM Ergebnisse
- Analyse der Ergebnisse zeigt Verbesserungspotenziale, hilft eigene Qualitätsziele zu definieren
- Benchmark im großen Netzwerk
- Ziel: veröffentlichte IQM Ergebnisse sind allen Mitarbeitenden im Krankenhaus/Spital bekannt



Gesamtüberblick		Referenzwerte		IQM Gesamt		IK 187654321 Universitätsklinik Musterklinik XYZ		345678901 St. Musterklinik OPQ		123456789 Musterklinik ABC	
QI Set	Indikatoren	Zahlwert / Indikatorwert (Minimale)	Referenz- wert	SMR / Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner	SMR / Rate	Erwartete Rate	Zähler	Nenner
B - Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall (Stroke)											
09.2 - Schlaganfall, differenziert nach Art der Erkrankung											
GIQIS4	09.3 - Hirninfarkt (ICD 163, Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten	unter Erwartungswert	6,8%	1,15	7,86%	6,81%	7.589	96.516	1,94	12,24%	6,30%
GIQIS4	09.311 - Anteil der Hirninfarkte mit systemischer Thrombolyse	Information	14,6%	15,95%	15,39%	96.516		20,05%	167	833	15,52%
GIQIS4	09.312 - Hirninfarkt mit systemischer Thrombolyse, Anteil Todesfälle	Beobachtungswert	7,2%	7,71%	1,186	15.39%		6,59%	11	167	17,46%
GIQIS4	09.321 - Anteil der Hirninfarkte mit intrakranieller Thrombektomie	Information	7,4%	9,67%	9.330	96.516		13,33%	111	833	1,72%
GIQIS4	09.322 - Hirninfarkt mit intrakranieller Thrombektomie, Anteil Todesfälle	Beobachtungswert	19,7%	20,69%	1.930	9.330		33,33%	37	111	71,43%
GIQIS4	09.331 - Hirninfarkt (ICD 163, Alter >19), Anteil mit Pneumonie	Beobachtungswert	10%	9,93%	9.581	96.516		14,89%	124	833	8,37%
GIQIS4	09.332 - Hirninfarkt (ICD 163, Alter >19) mit Pneumonie, Anteil Todesfälle	Beobachtungswert	27,1%	31,17%	2.986	9.581		35,48%	44	124	35,29%
GIQIS4	09.61 - Anteil Schlaganfall nicht näher bezeichnet (ICD 164)	<0,51%	0,51%	0,25%	275	112.202		0%	0	1.118	0,22%
10 - Behandlung auf einer Stroke Unit											
GIQIS4	10.41 - Hirninfarkt oder TIA als HD, Anteil Fälle mit neurologischer oder anderer Komplexbehandlung ohne Zuverlegungen (in Anlehnung an ADSR)	Information	71,8%	73,06%	91.191	124.820		93,85%	794	846	81,02%

Transparenz

durch freiwillige Veröffentlichung der Ergebnisse

Externe Transparenz

- gute Ergebnisse motivieren
- Auffälligkeiten regen dazu an, Optimierungspotenziale zu finden und umzusetzen
- IQM Mitglieder zeigen freiwillig transparent eigene Ergebnisse und geben Einblick in die Arbeit der Krankenhäuser/Spitäler
- Ziel: Krankenhaus/Spital signalisiert den offenen und objektiven Umgang mit Qualitätsergebnissen

G-IQI / CH-IQI 5.4 Stand: 15.04.2024 Jahr: 2023 DE FR EN

Bitte beachten Sie bei jeder Art der Verwendung dieser Ergebnisse unbedingt die Hinweise in der Präambel

IQM Indikatoren	IQM Zielwert Quelle	IQM Durchschnittswert Fallzahl	Klinik Ist-Wert Fallzahl	Klinik Erwartungswert SMR
Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe				
Bösartige Neubildungen des Bewegungsapparates				
Behandlungsfälle mit bösartiger Neubildung an Knochen, Gelenkknorpel, peripheren Nerven, Retroperitoneum, Bindegewebe, Weichteilen	Mengeninformation	43,1 (5)	4	
	2	14.443		
Gelenkersatz (Endoprothetik)				
Todesfälle bei Hüftgelenkersatz (Erstimplantation) bei Verschleiß und chronischer Gelenkentzündung	<0,13%	0,0845%	0,0%	
	1	51 von 60.341	0 von 525	
Todesfälle bei Hüftgelenkersatz (Erstimplantation) bei anderen Diagnosen	Beobachtungswert	5,7%	0,0%	
	1	382 von 6.712	0 von 14	
Anteil der nicht chirurgischen Komplikationsfälle bei Hüftgelenkersatz (Erstimplantation) bei Verschleiß und chronischer Gelenkentzündung	Beobachtungswert	2,4%	0,8%	
	1	1.442 von 60.341	4 von 525	
Todesfälle bei Wechsel Hüftgelenkersatz ohne Fraktur oder Infektion bei Aufnahme	<1,38%	1,35%	0%	
	1	66 von 4.881	0 von 51	
davon Todesfälle bei Wechsel Hüftgelenkersatz mit Sonderprothesen	Information	1,0%	0,0%	
	1	9 von 933	0 von 7	
Todesfälle bei Wechsel Hüftgelenkersatz wegen Fraktur oder Infektion	Beobachtungswert	4,6%	0,0%	
	1	187 von 4.097	0 von 30	
Todesfälle bei Kniegelenkersatz (Erstimplantation) bei Verschleiß und chronischer Gelenkentzündung	<0,06%	0,0442%	0,0%	
	1	27 von 61.154	0 von 297	
Todesfälle bei Kniegelenkersatz (Erstimplantation) bei anderen Diagnosen	Beobachtungswert	0,3313%	0,0%	
	1	12 von 3.622	0 von 10	

Transparenz

durch freiwillige Veröffentlichung der Ergebnisse

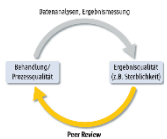
IQM Ergebnisveröffentlichung



nach 2 Jahren der Mitgliedschaft besteht die Verpflichtung zur Ergebnisveröffentlichung



423 IQM Mitgliedskrankenhäuser und -spitäler veröffentlichen aktuell ihre Ergebnisse auf den Klinik-Webseiten



Verbesserung der Behandlungsqualität im Fokus



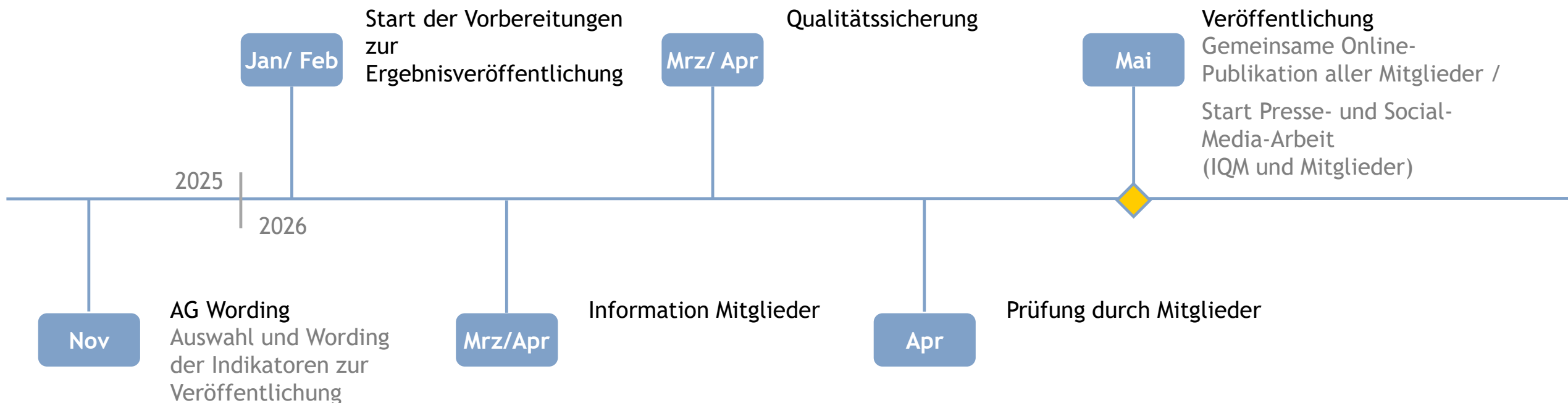
IQM Gremien mit Vertreter:innen der Mitglieder beraten über die Auswahl der zu veröffentlichenden Ergebnisse

Ein externer Vergleich oder Ranking findet nicht statt!



Ergebnisveröffentlichung Zeitplan

IQM Ergebnisveröffentlichung im Jahresverlauf



Unterstützung der Mitglieder - IQM Ergebnisveröffentlichung

Webinare, FAQs, Pressearbeit

- Webinar „Presseworkshop Ergebnisveröffentlichung“ für Mitglieder
- Kommunikationsmaterialien
 - Textbausteine für Pressemitteilungen/Website, Pressekodex, Sprachregelung
 - Erläuterungen Public Reporting (IQM vs. Portale), Peer Reviews, FAQs, Beispiele kritischer Pressefragen
 - Social Media Template
- IQM Pressemitteilung an Medienvertreter:innen
- Muster-Pressemitteilung für Mitglieder



IQM-Ergebnisveröffentlichung

Pressespiegel

Wolfsburger
Allgemeine
Aller-Zeitung

Bundes-Klinik-Atlas: Fürs Gifhorner Krankenhaus im Grunde ein alter Hut

Bundes-Klinik-Atlas: Warum fürs Klinikum Peine Lauterbachs Idee nicht revolutionär ist

Lauterbachs Krankenhausreform: Helios in Stralsund will mit weiterem Krebszentrum punkten

OSTSEE ZEITUNG

KU
GESUNDHEITSMANAGEMENT

Themen- Fachmagazin- Veranstaltungen- KU Studienführer Plus- KU Podcast- Stellenmarkt- Mediadaten

Initiative Qualitätsmedizin (IQM) von UKU und RKU

Ergebnisse zur Behandlungsqualität und Patientensicherheit der Kliniken veröffentlicht



Berlin, Bericht zum zweiten Mal in Folge veröffentlicht das Universitätsklinikum (UKU) und die RKU - Universitäts- und Rehabilitationsklinik Ute gemeinsam die Qualitätsberichte der Initiative Qualitätsmedizin (IQM).

In dem jährlich erscheinenden Qualitätsbericht wird die Behandlungsqualität von über 300 Qualitätskliniken auf der Grundlage von Routinedaten für mehr als 60 relevante Behandlungsverfahren und Krankheitsbilder dargestellt. Die Ergebnisse sind ab dem 15. Mai auf den jeweiligen Webseiten der Kliniken einsehbar. Durch unsere Teilnahme an der Initiative Qualitätsmedizin setzen wir ein wichtiges Zeichen für mehr Transparenz in der Krankenversorgung. Unser Ziel ist es, jeden Patienten und jede Patientin bestmöglich zu behandeln. Zur stetigen Verbesserung und Optimierung ist der IQM-Bericht sowie der Austausch mit den anderen teilnehmenden Kliniken essenziell.



Reinhold Frank • 1
Leitung Qualität bei Klinikum Südostbayern AG
1 Woche • 5

Transparenz hat auch in den Kliniken Südostbayern Tradition. Die Kliniken Südostbayern AG sind mit allen Standorten seit Jahren IQM Mitglied und sowie die 400 weiteren IQM Mitgliedskliniken, veröffentlichten wir heute unsere Qualitätsergebnisse.

<https://www.klinikum-suedostbayern.de/qualitaet>

Für mehr als 50 relevante Krankheitsbilder und Behandlungsverfahren liegen Daten vor.

Die IQM-Ergebnisse werden auf Grundlage der German Inpatient Quality Indicators (IG-IQI) berechnet. Sie ermöglichen einen Vergleich mit Referenzwerten, wie dem Bundesdurchschnitt über alle Krankenhäuser, jedoch ohne Ranking der IQM Mitgliedskliniken. Für uns sind die IQM-Qualitätsergebnisse Motor einer kontinuierlichen und über Jahre hinweg kontinuierlicher Auseinandersetzung mit der eigenen Behandlungsqualität. Damit wollen wir die Versorgungsqualität unserer Patienten stärken und die Patientensicherheit sowie die Mitarbeiterzufriedenheit verbessern. Die Ergebnisse dienen ebenfalls als Aufrechterhaltung für die Durchführung von Peer Reviews. Durch diese auf Intensivstationen und kollegialen Austausch fokussierte Verfahren konnten wir Optimierungspotenziale identifiziert und Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität festlegen und umsetzen.

#Qualität #KSOB #KlinikumSüdostbayern #Transparenz #Klinikführer



Qualität - mit Sicherheit
Klinikum-suedostbayern.de

1 Kommentar



Initiative Qualitätsmedizin (IQM) von UKU und RKU

Ergebnisse zur Behandlungsqualität und Patientensicherheit der Kliniken veröffentlicht

Berlin, Bericht zum zweiten Mal in Folge veröffentlicht das Universitätsklinikum (UKU) und die RKU - Universitäts- und Rehabilitationsklinik Ute gemeinsam die Qualitätsberichte der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). In dem jährlich erscheinenden Qualitätsbericht wird die Behandlungsqualität von über 300 Qualitätskliniken auf der Grundlage von Routinedaten für mehr als 60 relevante Behandlungsverfahren und Krankheitsbilder dargestellt. Die Ergebnisse sind ab dem 15. Mai auf den jeweiligen Webseiten der Kliniken einsehbar.

Durch unsere Teilnahme an der Initiative Qualitätsmedizin setzen wir ein wichtiges Zeichen für mehr Transparenz in der Krankenversorgung. Unser Ziel ist es, jeden Patienten und jede Patientin bestmöglich zu behandeln. Zur stetigen Verbesserung und Optimierung ist der IQM-Bericht sowie der Austausch mit den anderen teilnehmenden Kliniken essenziell. „Das ist unser Ziel“, sagt Prof. Dr. Gerd K. Kallen, Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Ute. „Der aktuelle IQM-Bericht zeigt auch, in welchen Bereichen die Ute eine Verbesserung erzielt hat. Besonders gut gelungen sind die Leistungen bei der Behandlung von Herz-Kreisläufers, Cholesterin- und Blutzuckererkrankungen. Des Weiteren, die Verbesserung der Versorgung der Patienten bei Darmkreisläufen durch die Reduktion von Komplikationen, aber weiterhin Herausforderungen bei der Versorgung. Auch bei den Eingriffen an der Harnschleimhaut (Hrnt) und Operationen der Beckenboden-Funktion wird die Ute eine besonders gute Versorgung erzielt hat. Zusammen mit anderen Kliniken werden die Ute und ihre Partnerkliniken in der Initiative Qualitätsmedizin weiterarbeiten, um die Versorgung der Patienten zu verbessern.“

„Mit der Veröffentlichung und der freiwilligen Veröffentlichung der IQM-Qualitätsergebnisse gehen UKU und RKU mit über die bestehenden gesetzlichen Anforderungen hinaus. Der IQM-Bericht spiegelt die gute Versorgungsqualität an der Ute Universitätsklinik Ute wider“, sagt Dr. Oliver Höpfer, Leiter der Qualitäts- und Risikomanagement am Universitätsklinikum Ute. Insgesamt haben sich mittlerweile rund 300 Kliniken aus Deutschland und der Schweiz der Initiative angeschlossen und bieten Patient*innen sowie medizinischen Fachpersonal, Ärzten und Pflegekräften, sich transparent über Behandlungsqualität und Patientensicherheit informieren.

PAZ *Deiner Allgemeine*

NIKUM ST. MARIEN AMBERG Home Medizin Aktuelles Klinikum MVZ Kontakt Karriere

Zurück zu Aktuelles

Medizinische Qualität transparent machen

Die Qualität in der Medizin für die Patienten zu verbessern ist das Ziel der Initiative Qualitätsmedizin, kurz IQM. Hinter der IQM steckt ein freiwilliger Zusammenschluss von mehr als 400 Kliniken in Deutschland und der Schweiz. Eine davon ist das Klinikum St. Marien Amberg, das sich jährlich einem freiwilligen Verfahren zur kontinuierlichen Qualitätssteigerung stellt.

Alle Mitgliedskliniken nutzen dazu Qualitätsindikatoren, die auf der Basis von Routinedaten berechnet und für relevante Krankheitsbilder und Behandlungsverfahren erhoben und ausgewertet werden. Verbesserungen von Abläufen und Strukturen können so identifiziert werden. „Die freiwillige Beteiligung an diesem Verfahren ist uns sehr wichtig, so ist es uns möglich die sehr gute medizinische Versorgung unserer Patientinnen und Patienten weiter zu verbessern. Gleiches gilt für die Patientensicherheit, die wir Basis einer sehr hohen Fachexpertise abgeben können“, so Klinikumspräsident Manfred Herold.

Um Auffälligkeiten bei bestimmten Krankheitsbildern festzustellen, wird der bundesweit errechnete Erwartungswert für die Indikatoren mit dem Wert der jeweiligen Klinik verglichen. Zeigen sich dabei Auffälligkeiten, gehen externe speziell geschulte Ärzte daran in einem sogenannten Peer-Review-Verfahren auf den Grund. „Das Ganze findet nach Prüfung der medizinischen Dokumentation in einem kollegialen Gespräch statt. Man begegnet sich dort auf Augenhöhe und es besteht die Möglichkeit voneinander zu lernen“, betont Dr. Harald Holzberger, der Ärztliche Direktor des Klinikums und neues Mitglied der Lenkungsgruppe Indikatoren für die öffentlich-rechtliche Trägergruppe bei der IQM. „Einem wichtigsten Anliegen ist es, das System zukunftsfitting anzupassen. Das bedeutet, wir setzen Impulse und versuchen das Verfahren in Bezug auf die Indikatoren weiterzuentwickeln - zum großen Vorteil für unsere Patienten.“

„Die Initiative Qualitätsmedizin ist die größte Echtheitsbank, die wir haben, um unsere Qualität beurteilen zu können“, begründet Dr. Holzberger die Beteiligung des Klinikums am Verfahren. „In der IQM Mitgliedskliniken werden jährlich 17 Millionen Patienten stationär versorgt. Der Anteil an der stationären Versorgung in Deutschland liegt damit bei ca. 40% und in der Schweiz bei ca. 30%.“

Die Ergebnisse der ausgewerteten Daten werden online der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt und sind auf der Homepage des Klinikums unter der Rubrik Klinikum/Qualität und dem Punkt Qualitätsberichte abrufbar.



Unterstützung der Mitglieder - IQM Website

Mitgliederbereich

Neben allgemeinen und praktischen Infos zur IQM Qualitätsmethodik finden Sie hier:

- G-IQI / CH-IQI Version 5.5 inkl. FAQs
- aktueller Stand und Materialien zu Pilotprojekten und Kampagnen
- Verfahrensordnung zur IQM Methodik
- Podcasts & Videos
- IQM Tools (Leitfäden, Materialien, Links)
- Bereiche zu Nachhaltigkeit, Delir Awareness, Patientensicherheit & Patientenperspektive

The screenshot displays the IQM website's member area. The top navigation bar includes links for 'Qualität messen', 'Qualitätsergebnisse', 'Peer Review - Peer-Team', 'Peer Review - Klinik', 'Peer Review - Fortbildung', 'Peer Review - Auswahl & Ergebnisse', 'PROM', 'Delir Awareness', 'Projekte & Kampagnen', 'Podcast & Video', 'IQM Tools', 'IQM Ver...', 'Neues Mitglied', and 'Traduction française'. Below the navigation bar, there is a section titled 'FAQ / ERLÄUTERUNGEN - G-IQI / CH-IQI V5.4' with a download link for the FAQ in PDF format. The main content area features a video player for 'Animationsfilm IQM Peer Review' with a description of the peer review process. The video player shows a scene with people in a meeting room, and the video title is 'Das IQM Peer Review'.

Das IQM Peer Review

Der Peer-Review-Prozess ist ein zentraler Bestandteil der Qualitätsverbesserung. Er ermöglicht es, die Qualität der Versorgung zu überprüfen und zu verbessern. Der Prozess besteht aus folgenden Schritten:

- Zentrale Auswahl und Planung**
 - Auswahl der zu überprüfenden Bereiche und Teams
 - Zusammenstellung der Reviewer
 - Informieren der Beteiligten
- Vorbereitung**
 - Einweisung der Reviewer und Klärung der Verantwortlichkeiten
 - Erstellung von Checklisten und Bewertungsskalen
 - Einweisung der Teams und Klärung der Verantwortlichkeiten
 - Einweisung der Reviewer und Klärung der Verantwortlichkeiten
- Besuch vor Ort**
 - Einweisung der Reviewer und Klärung der Verantwortlichkeiten
 - Einweisung der Teams und Klärung der Verantwortlichkeiten
 - Einweisung der Reviewer und Klärung der Verantwortlichkeiten
 - Einweisung der Teams und Klärung der Verantwortlichkeiten
- Nachbereitung**
 - Einweisung der Reviewer und Klärung der Verantwortlichkeiten
 - Einweisung der Teams und Klärung der Verantwortlichkeiten
 - Einweisung der Reviewer und Klärung der Verantwortlichkeiten
 - Einweisung der Teams und Klärung der Verantwortlichkeiten

Animationsfilm IQM Peer Review

Schritt für Schritt zur bestmöglichen Behandlungsqualität:

Der Prozess besteht aus folgenden Schritten:

- 1. Identifizierung der zu überprüfenden Bereiche und Teams
- 2. Zusammenstellung der Reviewer
- 3. Informieren der Beteiligten
- 4. Einweisung der Reviewer und Klärung der Verantwortlichkeiten
- 5. Einweisung der Teams und Klärung der Verantwortlichkeiten
- 6. Einweisung der Reviewer und Klärung der Verantwortlichkeiten
- 7. Einweisung der Teams und Klärung der Verantwortlichkeiten
- 8. Einweisung der Reviewer und Klärung der Verantwortlichkeiten
- 9. Einweisung der Teams und Klärung der Verantwortlichkeiten
- 10. Einweisung der Reviewer und Klärung der Verantwortlichkeiten

Einführung

Der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) e.V. führt alle 2 Jahre ein Vorschlagsverfahren für die G-IQI und CH-IQI durch. Nach eingehenden Beratungen, Testrechnungen und Bewertungen durch ein Fachgremium werden dann neue Indikatoren, Änderungen und Erweiterungen in das G-IQI/CH-IQI-Indikatorenset übernommen. Die Ergebnisse stehen in der Zusammenfassung allen Mitgliedern zur Verfügung. Zusätzlich gibt es im Laufe der Anwendung der G-IQI und CH-IQI in den Mitgliedshäusern und im Rahmen der Peer-Review-Verfahren immer wieder Fragen zum inhaltlichen Verständnis und zur Zielsetzung einzelner Indikatoren und auch ganzer Bereiche.

Aufgrund dessen entstand der Wunsch nach einem leicht zugänglichen Gesamtdokument, in dem die Neuerungen der jeweils aktuellen Indikatorenversion erläutert, aber auch die Fragen der Mitglieder mit den entsprechenden Antworten in Form von FAQ - Frequently Asked Questions für die Anwender bereitgestellt werden. In diesem Sinne wird das Dokument kontinuierlich weiterentwickelt und ergänzt.

Definitionshandbuch

Bundesreferenzwerte

3M Datenlieferung & Auswertung

Abkürzungen

COVID-19

Alle Dokumente im Überblick

Identifikation geeigneter Kennzahlen für Schlaganfall und Hirninfarkt angestrebt. Zu diesen Neuerungen und dem Umgang mit Zielwerten zur Schlaganfallsterblichkeit Herrn Prof. Dr. Zacher im Interview:

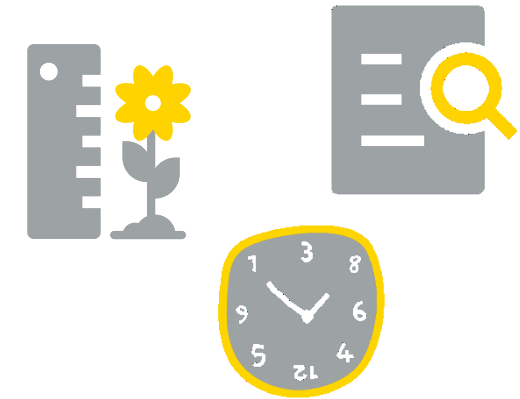
Prof. Dr. Zacher, wie verändern sich in diesem Veröffentlichungsjahr die Mortalitätskennzahlen zum Schlaganfall und Hirninfarkt der G- / CH-IQI?

Im Austausch mit neurologischen Fachgesellschaften, vertreten in der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Schlaganfallregister (ADSR), wird seit 2 Jahren kontinuierlich gemeinsam nach Wegen gesucht, die Qualität der Schlaganfallbehandlung sachgerechter darzustellen bzw. mögliche Fehlinterpretationen der veröffentlichten Ergebnisse zu vermeiden. Mit dem Ziel, dies auch in Bezug auf die Mortalitätskennzahlen zum Schlaganfall und Hirninfarkt der G- / CH-IQI zu erreichen, wurde seitens mehrerer neurologischer Fachgesellschaften und Krankenhausträger der Vorschlag in die IQM Gremien eingebracht, zukünftig auf die Veröffentlichung der Mortalitätsraten beim Schlaganfall und Hirninfarkt zu verzichten.

Öffentlichkeitsarbeit - Newsletter & Webinare

Newsletter

- zu ausgewählten Themen und Projektergebnissen:
 - Fachinterview Zielwerte Sepsis
 - Neue G-IQI Version
 - Pilotprojekt Nachhaltigkeit
 - Delir Awareness Kampagne
 - Patientenperspektive
 -



Webinare

- Einführung und Erläuterung der IQM Gruppenauswertung
- Hybrid DRG und Leistungsgruppen

.....

.....

-
-



Öffentlichkeitsarbeit - Social Media Kanäle



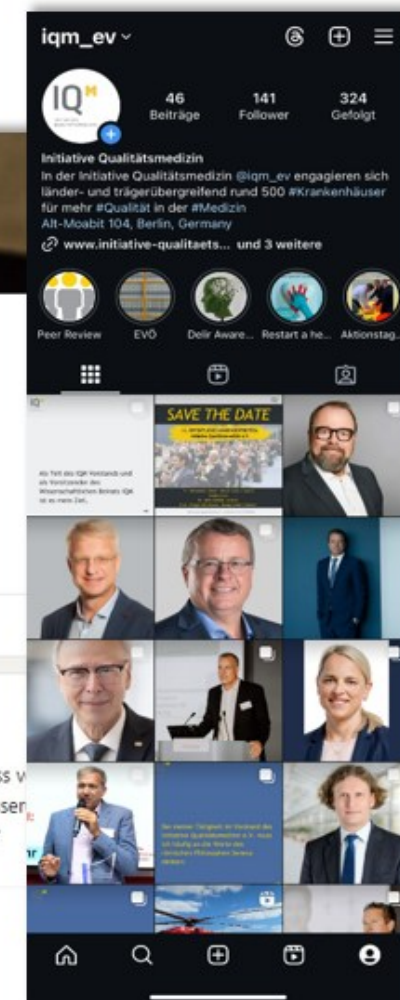
Instagram

- Insights zu IQM bei Veranstaltungen wie Fachausschusssitzungen, MGV, Anwendertreffen
- Collabs mit einzelnen Mitgliedshäusern bspw. Mühlenkreiskliniken Delir-Reihe der Pflegewissenschaften



LinkedIn

- Neuigkeiten aus der Vereinsarbeit bspw. Neuwahlen des Vorstands
- Ankündigung von IQM Veranstaltungen



Handbuch IQM



Die digitale eBook-Ausgabe finden Sie als Open Access-Version auf unserer Website:

<https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/>