

## FAQ

### Inhaltsverzeichnis

<b>Initiative Qualitätsmedizin</b> .....	4
1. Wer ist IQM?.....	4
2. Wer sind die Gründungsinitiatoren von IQM? .....	4
3. Was will IQM? (Zweck, Ziele, Zielgruppen) .....	4
4. Was sind die Grundsätze von IQM?.....	5
5. Was sind die Besonderheiten des IQM-Verfahrens?.....	5
6. Welche Struktur hat IQM? .....	5
7. Welche wesentlichen Aufgaben haben die Organe und Vertreter von IQM? .....	6
8. Welche Leistungen erhalten die IQM-Mitglieder?.....	6
9. Wer kann Mitglied werden? .....	6
10. Wie kommt die Mitgliedschaft zustande? .....	7
11. Wann beginnt die Mitgliedschaft?.....	7
12. Was kostet die Mitgliedschaft? .....	7
13. Wann ist der Mitgliedsbeitrag fällig? .....	7
14. Wer sind Kooperationspartner von IQM? .....	7
15. Was unterscheidet IQM von Portalen?.....	8
 <b>Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten</b> .....	 9
16. Was sind Qualitätsindikatoren?.....	9
17. Welche Ziele verfolgen Qualitätsindikatoren bei IQM? .....	9
18. Was sind Qualitätsindikatoren nicht?.....	9
19. Was sind Routinedaten? .....	9
20. Welche Datenbasis unterliegt den IQM-Qualitätsindikatoren? .....	10
21. Wie werden die Datenschutzvorgaben bei der Datenübermittlung berücksichtigt? ...	10
22. Was sind die Vorteile der Qualitätsmessung mit Routinedaten? .....	10
23. Gibt es auch Nachteile bei der Qualitätsmessung mit Routinedaten? .....	10
24. Wie viel % der KH-Fälle gehen als Dateninput in die Messung ein? .....	10
25. Für wie viel % der KH-Fälle greift der Indikatorensatz? .....	11
26. Welche Qualitätsindikatoren gibt es bei IQM? .....	11

27.	Für welche zusätzlichen Bereiche gibt es ab IQM 2.0 neue Indikatoren? .....	11
28.	An welchen Kriterien orientiert sich die Entwicklung neuer Indikatoren? .....	11
29.	Welche Arten von Indikatoren gibt es? .....	12
30.	Welche Indikatortypen von beobachteter Krankenhaussterblichkeit gibt es? .....	12
31.	Warum kann die Krankenhaussterblichkeit ein Qualitätskriterium sein? .....	12
32.	Führt die Messung der Sterblichkeit zu einer Therapie um jeden Preis? .....	13
33.	Führt die Messung von Sterblichkeiten zu einer Vermeidung von Risikopatienten? ...	13
34.	Was bedeutet Risikoadjustierung? .....	13
35.	Ist die Risikoadjustierung nach Alter und Geschlecht ausreichend? .....	13
36.	Wie setzt sich der Erwartungswert zusammen? .....	14
37.	Welche Arten von Zielwerten gibt es? .....	14
38.	Was bedeutet SMR? .....	14
39.	Wie findet Benchmarking bei IQM statt und wie nicht? .....	15
40.	Wer nutzt diese Indikatoren neben IQM noch? .....	15
41.	Was will der Patient? .....	15
<b>Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung</b> .....		16
42.	Wer veröffentlicht wann welche Ergebnisse wo? .....	16
43.	Welche Auswirkungen hat die Veröffentlichung der Qualitätsindikatorenauswertung auf die Abläufe im Krankenhaus? .....	16
44.	Warum ist es sinnvoll die gemessenen Qualitätsergebnisse zeitnah und transparent für jeden zugänglich zu veröffentlichen? .....	16
45.	Warum ist die interne Kommunikation der Qualitätsindikatoren wichtig? .....	16
<b>Qualitätsverbesserungen durch Peer-Review-Verfahren</b> .....		17
46.	Was ist ein IQM Peer-Review-Verfahren? .....	17
47.	Was sind die Ziele des Peer-Review-Verfahrens? .....	17
48.	Wer ist Peer? .....	17
49.	Was sind die Auswahlkriterien für ein Peer Review? .....	17
50.	Wie werden die Peers auf die Reviews vorbereitet? .....	17
51.	Welche Unterlagen werden für ein Peer-Review-Verfahren benötigt? .....	18
52.	Welches sind die Analysekriterien? .....	18
53.	Wie hoch sind die festgestellten Verbesserungspotenziale in %? .....	18
54.	Was sind die Rechte der Peers? .....	18

55. Was sind die Pflichten der Peers?.....	19
56. Wie setzt sich ein Peer-Team zusammen?.....	19
57. Wie viele Reviews werden pro Jahr durchgeführt?.....	19
58. Welche Krankheitsbilder wurden 2011 und 2012 im Peer-Review-Verfahren berücksichtigt? .....	19
59. Wer ist für was zuständig? .....	20
60. Wie laufen die Peer-Review-Verfahren ab? .....	20
61. Welches sind typische Maßnahmen zur Verbesserung? .....	20
62. Wer ist für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlich?.....	21
<b>Literaturverzeichnis: .....</b>	<b>21</b>

## Initiative Qualitätsmedizin

### 1. Wer ist IQM?

IQM ist eine trägerübergreifende Initiative für mehr Qualität in der Medizin. IQM ist als gemeinnütziger eingetragener Verein für alle Krankenhausträger offen, die ihre medizinische Behandlungsqualität im Rahmen einer Mitgliedschaft weiter verbessern und dazu die IQM-Methodik und das IQM-Netzwerk nutzen wollen. Eine Übersicht aller Mitglieder finden Sie unter <http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/wir-uber-uns/mitgliedskliniken/>

### 2. Wer sind die Gründungsinitiatoren von IQM?

Die HELIOS Kliniken GmbH, die Johanniter GmbH Gemeinnützige Gesellschaft für soziale Einrichtungen, die Medizinische Hochschule Hannover (MHH), die MTG Malteser Trägergesellschaft gGmbH, die SRH Kliniken GmbH, das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der TU Dresden, die Vereinigung Berufsgenossenschaftlicher Kliniken und das Universitätsspital Basel gründeten im Jahre 2008 die Initiative. Die Charité - Universitätsmedizin Berlin, die Damp Holding AG, die Gesundheit Nordhessen Holding AG, die Klinikum Saarbrücken gGmbH, die Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH und die Ludwig-Maximilians-Universität München sind 2009 als weitere Gründungsinitiatoren dazugekommen.

### 3. Was will IQM? (Zweck, Ziele, Zielgruppen)

Die Tätigkeit von IQM ist darauf gerichtet, der Allgemeinheit insbesondere durch die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und durch die Förderung von Wissenschaft und Forschung zu dienen sowie bei der Ausarbeitung fachspezifischer Gesetze und Verordnungen zur Förderung der Vereinsziele mitzuwirken.

IQM hat sich zum Ziel gesetzt, die hinsichtlich der medizinischen Behandlungsqualität bestehenden Verbesserungspotenziale für alle in der Patientenversorgung Tätigen sichtbar zu machen und zum Wohle der Patienten durch aktives Fehlermanagement zu heben. Dafür stellt IQM den medizinischen Fachexperten aus den teilnehmenden Krankenhäusern innovative und anwenderfreundliche Instrumente zur Verfügung, die auf einer offenen Fehlerkultur und kollegialer Unterstützung beruhen.

Weiteres Ziel ist die Erbringung von Beiträgern zur Versorgungsforschung.

#### 4. Was sind die Grundsätze von IQM?

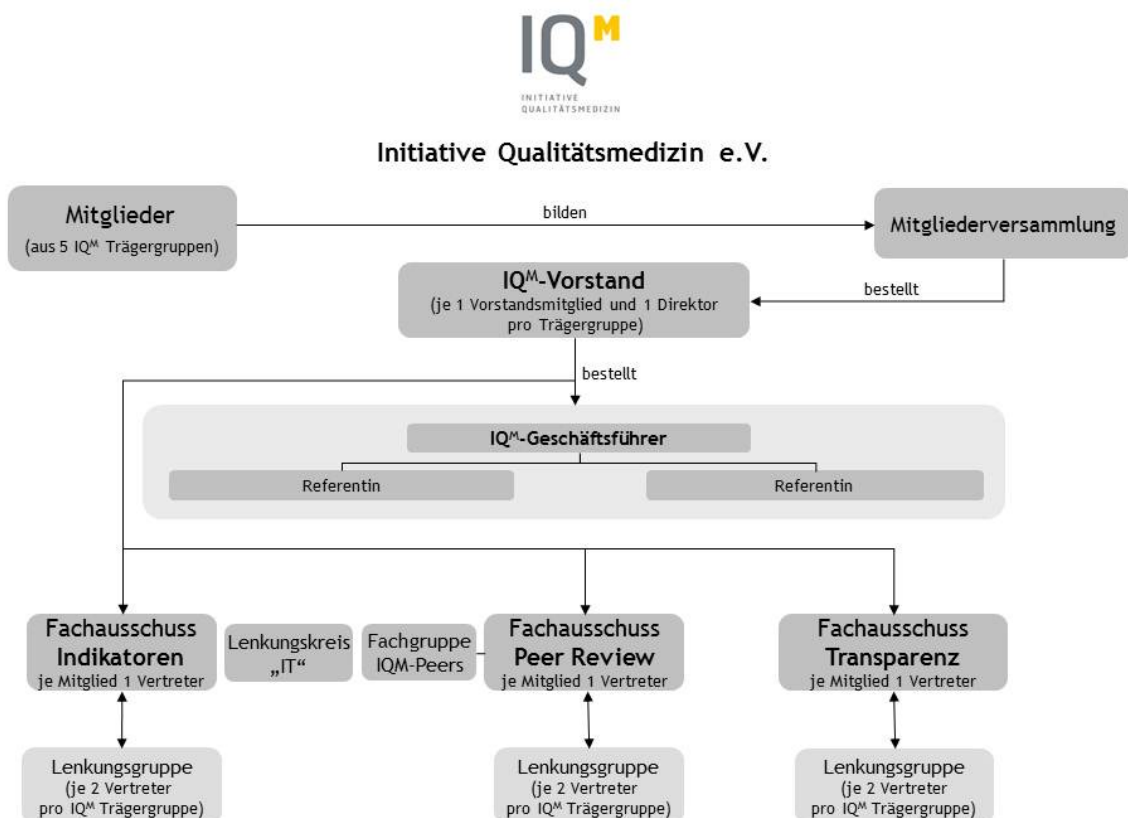
Die Mitglieder sprechen sich für ein faires und transparentes Qualitätsmanagement im Interesse der Patienten sowie der im Gesundheitssystem beteiligten Institutionen aus. Sie erklären sich bereit, die folgenden drei Grundsätze zu wahren und in ihren Einrichtungen umzusetzen:

1. Qualitätsmessung mit Qualitätsindikatoren aus Routinedaten
2. Interne Transparenz und Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse im Internet
3. Durchführung von ärztlichen Peer-Review-Verfahren zur Qualitätsverbesserung

#### 5. Was sind die Besonderheiten des IQM-Verfahrens?

Die IQM-Mitgliedskrankenhäuser gehen freiwillig und gleichzeitig mit hohem Commitment weit über die bestehenden gesetzlichen Anforderungen zur Qualitätssicherung hinaus, indem sie sich per Mitgliedschaft selbst dazu verpflichten, die Grundsätze von IQM zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung zu nutzen.

#### 6. Welche Struktur hat IQM?



## **7. Welche wesentlichen Aufgaben haben die Organe und Vertreter von IQM?**

Als oberstes Organ bestellt und entlastet die Mitgliederversammlung den Vorstand, die Direktoren und den Geschäftsführer. Sie beschließt den Jahresabschluss, Satzungsänderungen sowie den Stimmrechtskatalog und wählt die wissenschaftlichen Förderpartner.

Der Vorstand führt die Geschäfte, legt Leistungs- und Qualitätsindikatoren fest, bestellt den Geschäftsführer und erlässt die Beitragsordnung. Er beruft die Leiter und Mitglieder der Fachausschüsse und Lenkungsgruppen. Der Vorstand ernennt Förder- sowie Kooperationspartner und schließt die entsprechenden Kooperations- und Förderverträge.

Dem Geschäftsführer obliegen alle im Rahmen der täglichen Aufgaben anfallenden Arbeiten, soweit die jeweilige Aufgabe nicht explizit einem anderen Organ zugewiesen ist. Er stellt Mitarbeiter für den Betrieb der Geschäftsstelle ein.

Die drei Fachausschüsse mit den dazugehörigen Lenkungsgruppen Peer Review, Indikatoren und Transparenz arbeiten dem Vorstand inhaltlich zu und entwickeln die Qualitätsmethodik weiter. Sie sind trägerübergreifend mit fachlichen Vertretern der IQM-Mitglieder besetzt.

## **8. Welche Leistungen erhalten die IQM-Mitglieder?**

IQM bietet den Mitgliedern im Rahmen der Vereinsziele organisatorische Unterstützung und Know-how für die Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität vor Ort in den teilnehmenden Einrichtungen. Die wesentlichen Leistungen sind in wenigen Beispielen: interner Know-how-Transfer, aktive Pressearbeit, Unterstützung der Pressearbeit der Mitglieder, Koordination trägerübergreifend transparenter Qualitätsauswertungen, Fortbildung von Chefarzten zu Peers, Auswahl, Organisation und Durchführung von trägerübergreifenden Peer-Review-Verfahren, Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren, öffentliche Interessenvertretung.

## **9. Wer kann Mitglied werden?**

IQM ist offen für Krankenhäuser aller Trägerschaften aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Damit können private, öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige, universitäre und internationale Einrichtungen Mitglied werden.

Ordentliche Mitglieder können laut Satzung „DRG-Trägerschaften“ und „Holding-Gesellschaften“ werden. Näheres hierzu regelt die Satzung.

Personen und Institutionen, die sich um IQM und seine Ziele besonders verdient gemacht haben, können zu „Ehrenmitgliedern“ ernannt werden.

#### **10. Wie kommt die Mitgliedschaft zustande?**

Der Mitgliedschaftsantrag ist schriftlich und unter Angabe der Trägergruppenzuordnung gegenüber dem Vereinsvorstand zu stellen. Die Ernennung zum Ehrenmitglied erfolgt durch Beschluss des Vorstandes.

#### **11. Wann beginnt die Mitgliedschaft?**

Die Mitgliedschaft beginnt, soweit kein anderer Zeitpunkt vereinbart wurde, mit der Bekanntgabe der zustimmenden Entscheidung des Vorstandes.

#### **12. Was kostet die Mitgliedschaft?**

Der Jahresmitgliedsbeitrag für eine „DRG-Trägergesellschaft“ bemisst sich nach der Bettenzahl<sup>1</sup> und liegt zwischen 1.500 € und 7.500 €. Der Jahresmitgliedsbeitrag für eine „Holding-Gesellschaft“ beträgt zusätzlich 500 €. Ehrenmitglieder sind von der Beitragspflicht befreit. Näheres regelt die Beitragsordnung.

#### **13. Wann ist der Mitgliedsbeitrag fällig?**

Der Mitgliedsbeitrag wird am 1. Februar des jeweiligen Geschäftsjahres fällig. Beginnt die Mitgliedschaft später, so wird der Mitgliedsbeitrag innerhalb eines Monats nach Beginn der Mitgliedschaft fällig.

#### **14. Wer sind Kooperationspartner von IQM?**

Die Firma 3M Health Information Systems ist technischer Kooperationspartner von IQM für die regelmäßigen Qualitätsauswertungen. Jedes Mitglied schließt dazu einen bilateralen Vertrag mit 3M ab. Für weitere Informationen stehen die Mitarbeiter der IQM-Geschäftsstelle zur Verfügung.

IQM kooperiert darüber hinaus mit der Bundesärztekammer, Ärztekammer Berlin und Landesärztekammer Baden-Württemberg im Bereich Peer Review sowie mit medizinischen Fachgesellschaften zur Weiterentwicklung der IQM-Qualitätsindikatoren. IQM ist Kooperati-

---

<sup>1</sup> Die Betten etwaiger „Verpflichteter Träger“ sind hinzuzurechnen.

onspartner des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zur Weiterentwicklung der QSR-Indikatoren.

### **15. Was unterscheidet IQM von Portalen?**

IQM ist keine Krankenhaussuchmaschine oder Patientenportal zur Auswahl eines geeigneten Krankenhauses. IQM bietet Krankenhäusern Hilfe zur Selbsthilfe und die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch auf dem Weg zu weiteren medizinischen Qualitätsverbesserungen.



## Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten

### 16. Was sind Qualitätsindikatoren?

Ein Qualitätsindikator ist ein quantitatives Maß, welches zur Beurteilung und Bewertung der medizinischen Qualität genutzt werden kann. Ungewöhnliche Ergebniswerte sind zuerst einmal eine statistische Auffälligkeit, die näher untersucht werden sollte. Die Darstellung von Qualitätsindikatoren kann im Zusammenhang mit der tiefer gehenden Analyse und der Verbesserung der zu Grunde liegenden Behandlungsprozesse zu deutlichen Verbesserungen der gemessenen Ergebnisqualität führen.

### 17. Welche Ziele verfolgen Qualitätsindikatoren bei IQM?

Die IQM-Qualitätsindikatoren sind konzipiert, um soweit wie möglich Behandlungsergebnisse transparent zu machen und Schwachstellen in den Behandlungsabläufen frühzeitig zu erkennen - und damit auch beseitigen - zu können. Sie dienen der Überprüfung des eigenen Handelns anhand der Ergebnisse und sollen Anlass geben, sich zielorientiert mit den eigenen Behandlungsprozessen auseinanderzusetzen. Die praktische Messung mit Qualitätsindikatoren bei IQM soll wissenschaftliche Studien nicht ersetzen.

### 18. Was sind Qualitätsindikatoren nicht?

Qualitätsindikatoren sind mithin keine perfekte Abbildung der klinischen Realität und sind keine wissenschaftliche Aussage. Die Darstellung von Qualitätsindikatoren allein führt noch nicht zu Verbesserungen. Erst der Einsatz im Management zusammen mit Verfahren zur Analyse der Prozesse und Beseitigung vermuteter Schwachstellen kann zu Verbesserungen führen.

### 19. Was sind Routinedaten?

Jede Leistung im Krankenhaus wird im Zuge der Abrechnung fallbezogen kodiert, indem gestellte Diagnosen und durchgeführte Behandlungsprozeduren mittels sogenannter ICD- und OPS-Codes in vorhandenen Softwareprogrammen abgebildet werden. Diese Routinedaten beinhalten medizinische Informationen zu jedem stationär behandelten Patienten. Die Daten können zusätzlich für die Qualitätsmessung genutzt werden, ohne dass zusätzlicher Erfassungsaufwand für die Ärzte besteht, da dieser bereits für Abrechnungszwecke geleis-

tet wurde. Diese Routinedaten werden von den Kostenträgern überprüft, erfassen jeden behandelten Patienten und sind kurzfristig verfügbar.

#### **20. Welche Datenbasis unterliegt den IQM-Qualitätsindikatoren?**

Mit der Einführung des DRG-Systems in Deutschland sind umfangreiche medizinische Informationen in den administrativen Datenbeständen (Routinedaten) der Krankenhäuser verfügbar geworden. Diese, auf der gesetzlichen Grundlage des § 301 SGB V (Datensatz nach § 21 KHEntgG) zur Abrechnung erhobenen, zeitnah verfügbaren Daten, bilden die Ausgangsbasis für die Berechnung der von IQM verwendeten Kennzahlen. Diese gehören derzeit zu den am besten geprüften im Gesundheitswesen, da sie vom Arzt, dem Medizincontrolling des Krankenhauses und den Krankenkassen auf Richtigkeit hin überprüft werden.

#### **21. Wie werden die Datenschutzvorgaben bei der Datenübermittlung berücksichtigt?**

Die §21er-Daten werden mit pseudonymisierten Fallnummern verarbeitet. Nur das Krankenhaus kann nach Erhalt der Auswertungen und bei auffälligen Ergebnissen die Originalfallnummern zurückidentifizieren, um anhand dieser die stationäre Fallakte für weitere Analysen der Behandlungsqualität zu nutzen.

#### **22. Was sind die Vorteile der Qualitätsmessung mit Routinedaten?**

Die Qualitätsmessung mit Qualitätsindikatoren auf Basis von Routinedaten bedeutet hohe Effizienz (kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand in den Kliniken) sowie Objektivität (leichte Überprüfbarkeit) und ermöglicht dem Krankenhaus zeitnah Bereiche mit Verbesserungspotenzial zu identifizieren.

#### **23. Gibt es auch Nachteile bei der Qualitätsmessung mit Routinedaten?**

Die IQM-Indikatoren nutzen die im DRG-System vorhandenen Routinedaten. Es kommt also darauf an, die richtigen Fragen an die vorhandenen Routinedaten zu stellen. Welche sinnvollen Indikatoren können aus den vorhandenen Daten entwickelt werden? IQM setzt sich auch für die Weiterentwicklung der Kodierverfahren ein, um z.B. zukünftig auch die Hygienequalität mit MRSA-Indikatoren aus Routinedaten abzubilden.

#### **24. Wie viel % der KH-Fälle gehen als Dateninput in die Messung ein?**

100 % der stationären Fälle.

## **25. Für wie viel % der KH-Fälle greift der Indikatorensatz?**

Für mehr als 35 % der stationär versorgten Patienten wird mittels des neuen Indikatorensatzes die Qualität für den Zeitraum des stationären Krankenhausaufenthaltes erfasst.

## **26. Welche Qualitätsindikatoren gibt es bei IQM?**

Die IQM-Qualitätsindikatoren (neue Version IQM 2.0) aus Routinedaten umfassen 183 Qualitätskennzahlen, die in 10 Kategorien (Erkrankungen des Herzens; Schlaganfall (Stroke); Geriatrische Frührehabilitation; Erkrankungen der Lunge; Operationen an den Bauchorganen; Gefäßoperationen; Geburtshilfe und Frauenheilkunde; Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder; Erkrankungen der Harnwege und männlichen Geschlechtsorgane; komplexe, heterogene Krankheitsbilder) untergliedert sind. Insgesamt werden 48 Krankheitsbilder und Indikationen abgebildet. Es handelt sich um den derzeit umfassendsten Indikatorensatz zur Kontrolle und Verbesserung eines wesentlichen Behandlungsergebnisses, nämlich der beeinflussbaren Krankenhaussterblichkeit. Die Verbesserung der zugehörigen Prozesse und Komplikationsraten ist immanenter Bestandteil des darauf basierenden Qualitätsmanagementansatzes von IQM.

Weiterer Bestandteil der regelmäßigen IQM-Gruppenauswertungen sind 23 Patient Safety Indicators (PSI der AHRQ) sowie die zur Veröffentlichung empfohlenen SQG-Indikatoren der externen Qualitätssicherung. Einmal jährlich erhalten die IQM-Mitglieder den AOK-QSR Klinikbericht. Dieser informiert für 10 Tracer über sektorenübergreifenden Langzeitergebnisse.

## **27. Für welche zusätzlichen Bereiche gibt es ab IQM 2.0 neue Indikatoren?**

Herzrhythmusstörungen, Ablative Therapie, Operationen am Herzen, TIA, Geriatrische Frührehabilitation, COPD, Operationen an der Lunge, Eingriffe an der Schilddrüse, Magenoperationen, Operationen der Becken-/Bein-Arterien, Amputationen, PTA, Neugeborene, Operationen der Wirbelsäule, Polytraumen, Eingriffe an der Harnblase, Nierensteine, Obduktionsrate.

## **28. An welchen Kriterien orientiert sich die Entwicklung neuer Indikatoren?**

Die Auswahl der Indikatoren folgt prinzipiell folgenden Überlegungen:

- Häufige Standardbehandlungen (z.B. Herniotomie in der Viszeralchirurgie)

- Komplexere, aber vergleichsweise verbreitete Verfahren (z.B. kolorektale Chirurgie)
- Spezialisierte, im Fachgebiet bedeutende Verfahren (z.B. Ösophaguschirurgie).

Die Ergebnis- oder Verfahrenskennzahlen sind so definiert, dass sie medizinisch von Interesse und über eine Verbesserung der Behandlungsprozesse auch beeinflussbar sind.

### **29. Welche Arten von Indikatoren gibt es?**

- Ergebnisqualität in Form von beobachteter Krankenhaussterblichkeit
- Komplikationsraten (z.B. Dammriss bei Geburten)
- absolute Mengeninformationen bei Krankheitsbildern, bei denen eine Mindestfallzahl für die Qualität wichtig ist (Lungenkrebs, Brustkrebs, Brustoperationen, Prostatakrebs)
- relativen Mengeninformationen (Prozesskennzahlen) bei Krankheitsbildern oder Operationen, bei denen ein gewisser Anteil nicht über- oder unterschritten werden sollte (bspw. Anteil bestimmter schonender Operationsverfahren wie minimal-invasive Eingriffe an der Galle)

### **30. Welche Indikatortypen von beobachteter Krankenhaussterblichkeit gibt es?**

Im Umgang mit Qualitätsindikatoren ergeben sich in der Praxis 3 Typen von Indikatoren:

- Indikatoren bei denen Letalität häufiger vorkommt (relativ hoher Nenner bei hohem Zähler) mit relativ homogenem Patientengut (z.B. Herzinfarkt)
- Indikatoren bei denen Letalität häufiger vorkommt, aber die Population relativ inhomogen ist (z.B. Todesrate bei Beatmung > 24 h)
- Indikatoren bei denen Todesfälle seltene Ereignisse sind (z.B. Todesfall bei Hüftendoprothesen)

### **31. Warum kann die Krankenhaussterblichkeit ein Qualitätskriterium sein?**

Die Krankenhaussterblichkeit als Indikator für Ergebnisqualität spielt bei IQM eine erhebliche Rolle und bezieht sich nur auf Indikatoren, bei denen die Sterblichkeit durch Qualitätsmaßnahmen zumeist beeinflussbar ist. Die Ergebnisqualität ist das eigentliche Ziel medizinischen Handelns. Wenn Ergebnisqualität messbar ist, führt dies im Qualitätsmanagement automatisch dazu, dass die Prozesse und Strukturen verbessert werden, da nur so Ergebnisverbesserungen erzielbar sind. Die Sterblichkeitsmessung soll nicht suggerieren,

dass alle Todesfälle vermeidbar wären. Bei den IQM-Indikatoren ist die Sterblichkeit beeinflussbar, indem die medizinische Behandlungsqualität, z.B. durch Vermeidung von Fehlern und Komplikationen, verbessert wird.

### **32. Führt die Messung der Sterblichkeit zu einer Therapie um jeden Preis?**

Die Frage nach der Therapieintensität und dem therapeutischen Ziel am Ende des Lebens ist eine verantwortungsvolle und anspruchsvolle Aufgabe der Medizin und des Arztes. Sich bei diesen individuellen Entscheidungen von etwas anderem als dem Wohl des Patienten, seinem formulierten oder mutmaßlichen Willen und den hohen Grundsätzen der Medizin, der Ethik und der Rechtsprechung leiten zu lassen, ist für alle IQM-Krankenhäuser völlig inakzeptabel.

### **33. Führt die Messung von Sterblichkeiten zu einer Vermeidung von Risikopatienten?**

Das wäre nur dann ein gewünschter Aspekt, wenn hierdurch z.B. elektive Hochrisikopatienten in eine Institution verlegt werden, die besser auf das Risiko eingestellt ist. Ansonsten wäre das ein völlig unethischer und unärztlicher Effekt, wenn indizierte und notwendige Interventionen unterbleiben, nur weil deren Behandlungsergebnisse gemessen und publiziert werden.

### **34. Was bedeutet Risikoadjustierung?**

Bei Verfügbarkeit von Referenzwerten des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Krankenhaussterblichkeit im Bund (Krankenhausdiagnosestatistik) wird bei IQM das Sterblichkeitsrisiko der im jeweiligen Krankenhaus behandelten Patienten, das sich in Abhängigkeit der Faktoren Alter und Geschlecht ergibt, für die Berechnung der Zielwerte des entsprechenden Krankenhauses verwendet. Dazu wird je Krankenhaus und Diagnose ein eigener Erwartungswert berechnet.

### **35. Ist die Risikoadjustierung nach Alter und Geschlecht ausreichend?**

Natürlich muss die Frage geklärt werden, ob eine Risikoadjustierung nach Alter und Geschlecht im Vergleich zur verfeinerten Variante mit dem zusätzlichen Einbezug der Begleiterkrankungen ausreichend ist. Entsprechende Analysen (logistische Regression) zeigen, dass das Alter der wichtigste Prädiktor für die Mortalität ist. Die durch Begleiterkrankun-

gen zusätzlich aufgeklärte Varianz in Bezug auf die Mortalität ist vergleichsweise gering und beträgt je Indikator nur noch 5 - 15 %. Das Auftreten von Begleiterkrankungen korreliert im Wesentlichen mit dem Alter und demzufolge ist das Alter ein guter Prädiktor für das Auftreten von Begleiterkrankungen. Mit der Beschränkung auf die Adjustierung nach Alter und Geschlecht wird angesichts der unterschiedlich vollständigen Erfassung der Begleiterkrankungen in Krankenhäusern verhindert, dass die Adjustierung von der Datenqualität beeinflusst wird.

### **36. Wie setzt sich der Erwartungswert zusammen?**

Der Erwartungswert besagt, welche Sterblichkeit bei einer Patientengruppe gleicher Alters- und Geschlechtsverteilung im Bundesdurchschnitt zu erwarten wäre. Insofern ergeben sich für unterschiedliche Kliniken unterschiedliche Erwartungswerte, wenn Unterschiede in der Alters- und Geschlechtszusammensetzung der behandelten Patienten bestehen.

### **37. Welche Arten von Zielwerten gibt es?**

Bei den Indikatoren, bei denen eine Risikoadjustierung nach Alter und Geschlecht möglich ist, ist es das Ziel der IQM-Kliniken, mit der im eigenen Haus beobachteten Krankenhaussterblichkeit unter dem Erwartungswert zu liegen, der für die im eigenen Haus behandelte Patientengruppe berechnet wurde. Die zur Berechnung der Erwartungswerte benötigten Daten stammen vom Statistischen Bundesamt (Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten). Dort wo eine Berechnung von Erwartungswerten nicht möglich ist, bestehen die IQM-Zielwerte ab der Version 2.1 der IQM-Indikatoren aus Bundesdurchschnittswerten, die an der TU Berlin aus Routinedaten der DRG-Statistik des Forschungsdatenzentrums der statistischen Ämter des Bundes und der Länder berechnet werden. Liegt kein IQM-Zielwert vor, handelt es sich im Ergebnis um Beobachtungs- oder Informationswerte.

### **38. Was bedeutet SMR?**

Die SMR (Standardized Mortality Ratio) ist das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Sterblichkeit.  $SMR = \text{Beobachtete Sterblichkeit} / \text{Erwartete Sterblichkeit}$ . Liegt die beobachtete Sterblichkeit über der erwarteten Sterblichkeit, nimmt die SMR einen Wert über 1 an. Ist die beobachtete Sterblichkeit dagegen geringer als die erwartete, ist die SMR kleiner 1.

### **39. Wie findet Benchmarking bei IQM statt und wie nicht?**

Dort wo die Berechnung der Erwartungswerte möglich ist, wird der für ein Krankenhaus bei einer Indikation beobachtete Sterblichkeitswert mit dem Erwartungswert verglichen. Dies kommt einem Vergleich mit dem entsprechenden Bundesdurchschnittswert der Krankenhaussterblichkeit gleich. Die gemessenen Ergebnisse werden also mit dem Bundesdurchschnitt gebenchmarkt. Ein Benchmark der IQM-Mitglieder untereinander anhand der gemessenen Ergebnisse ist nicht vorgesehen.

### **40. Wer nutzt diese Indikatoren neben IQM noch?**

Die Krankenhaussterblichkeit ist eine international anerkannte erste wichtige Kennzahl zur Beurteilung der Behandlungsergebnisse. Die den IQM-Indikatoren zu Grunde liegenden G-IQI (German Inpatient Quality Indicators) werden seit Jahren in der Schweiz (CH-IQI) und seit 2011 auch in Österreich (A-IQI) landesweit und offiziell als Bestandteil der nationalen Qualitätsmessungssysteme eingesetzt.

### **41. Was will der Patient?**

Die IQM-Indikatoren befassen sich vorrangig mit der Darstellung medizinischer Ergebnisqualität. Diese ist einer von mehreren Aspekten der Krankenhausbehandlung, allerdings ein wesentlicher. Die parallele Beurteilung des Krankenhauses im Sinne der Patientenzufriedenheit muss neben den Indikatoren erfolgen.

## Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung

### **42. Wer veröffentlicht wann welche Ergebnisse wo?**

Einmal im Jahr veröffentlichen alle IQM-Mitgliedskrankenhäuser ihre eigenen Ergebnisse auf ihren eigenen Websites. Auf der IQM-Website (<http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/>) werden die Durchschnittsergebnisse aller IQM-Krankenhäuser veröffentlicht. Zu den Ergebnissen der Mitglieder wird von der IQM-Website verlinkt.

### **43. Welche Auswirkungen hat die Veröffentlichung der Qualitätsindikatorenauswertung auf die Abläufe im Krankenhaus?**

Die Veröffentlichung der erreichten Qualitätsergebnisse, auch und gerade der verbesserungswürdigen, signalisiert Patienten, Einweisern und der Öffentlichkeit die Bereitschaft des Krankenhauses, konsequent weiter auf dem Pfad kontinuierlicher Qualitätsverbesserungen voranzuschreiten. Die Publikation guter Ergebnisse motiviert, diese kontinuierlich weiter zu verbessern. Auffällige Ergebnisse erzeugen einen gesunden Druck auf die Krankenhausorganisation, die Ursachen zu analysieren und - wenn erforderlich - Veränderungen vorzunehmen.

### **44. Warum ist es sinnvoll die gemessenen Qualitätsergebnisse zeitnah und transparent für jeden zugänglich zu veröffentlichen?**

Patienten, Angehörigen und einweisenden Ärzten dienen die Qualitätsergebnisse zur Orientierung bei der Wahl eines Krankenhauses. Damit ist die Veröffentlichung von IQM-Qualitätsindikatoren aus Routinedaten ein wichtiger Schritt, um einer großen Öffentlichkeit objektive Daten zur Verfügung zu stellen und Grundvoraussetzung für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb um beste medizinische Ergebnisse.

### **45. Warum ist die interne Kommunikation der Qualitätsindikatoren wichtig?**

Interne Transparenz im Krankenhaus bedeutet, die Ergebnisse der IQM-Indikatoren den Führungskräften, medizinischen Experten sowie einer breiten innerbetrieblichen Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Die regelmäßige interne Darstellung der Ergebnisse ist der erste Schritt für die gemeinsame Definition konkreter Qualitätsziele zur berufsgruppen- und abteilungsübergreifenden Schwachstellenanalyse sowie zur offenen Diskussion und Festlegung von Verbesserungen.



## Qualitätsverbesserungen durch Peer-Review-Verfahren

### 46. Was ist ein IQM Peer-Review-Verfahren?

Das Peer-Review-Verfahren von IQM ist ein originär ärztliches und freiwilliges Verfahren. Es ist ein unbürokratisches und auf den kollegialen Austausch fokussiertes Instrument der ärztlichen Qualitätssicherung. Klinisch tätige Ärzte analysieren mit den Ärzten vor Ort anhand retrospektiver Fallakten systematisch Prozesse und Strukturen auf mögliche Optimierungspotenziale. Kernstück des Reviews bei IQM ist die kollegiale Falldiskussion des Peer-Teams auf Augenhöhe mit dem Chefarzt und gegebenenfalls weiteren Kollegen. Die IQM-Peers werden nach dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer geschult.

### 47. Was sind die Ziele des Peer-Review-Verfahrens?

- Analyse statistischer Auffälligkeiten bei den IQM-Kennzahlen
- Anstoßen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
- Finden von Verbesserungspotenzial
- Voneinander lernen und Hilfe zur Selbsthilfe

### 48. Wer ist Peer?

IQM-Peers sind Chefarzte, die mit den Abläufen in einer Klinik bestens vertraut und anerkannte Experten ihres jeweiligen Fachgebietes sind. Sie unterstützen chefarztliche Kollegen aus anderen IQM-Mitgliedskrankenhäusern dabei, die medizinische Behandlungsqualität weiter zu verbessern.

### 49. Was sind die Auswahlkriterien für ein Peer Review?

Der Zielwert wurde nicht erreicht, wobei gleichzeitig eine ausreichend hohe Anzahl von Behandlungsfällen zu Grunde liegen muss.

### 50. Wie werden die Peers auf die Reviews vorbereitet?

Jeder IQM-Peer durchläuft eine 1,5-tägige Schulung und absolviert im Anschluss zwei Probe-Reviews. Die Schulung erfolgt nach dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer.

### **51. Welche Unterlagen werden für ein Peer-Review-Verfahren benötigt?**

- Falllisten zur Auswahl der zu analysierenden Patientenakten
- Patientenakten (geschwärzt oder mit Einwilligungserklärung)
- konsentierete Analysekriterien zur Bewertung der Behandlungsqualität
- konsentierete Bewertungsbögen
- Protokoll

### **52. Welches sind die Analysekriterien?**

- Diagnostik adäquat und zeitgerecht?
- Behandlung adäquat und zeitgerecht?
- Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?
- Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?
- War das Komplikationsmanagement medizinisch korrekt?
- Wurden allgemeine Behandlungsleitlinien berücksichtigt?
- Wurden interne Standards angewendet?
- War die Dokumentation umfassend und schlüssig?
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?
- Kontrollen der Behandlungsverläufe durch CA/OA erfolgt und dokumentiert?
- War die Kommunikation innerhalb der Abteilung umfassend?
- War die Kommunikation mit der Pflege umfassend?
- Wurden Angehörige zeitnah informiert?

### **53. Wie hoch sind die festgestellten Verbesserungspotenziale in %?**

Das ermittelte Optimierungspotenzial betrug 2011 durchschnittlich 64 %, d.h. bei rund zwei Drittel der analysierten Fälle wurde klares Verbesserungspotenzial identifiziert.

### **54. Was sind die Rechte der Peers?**

- Der gemeinsam ermittelte Termin wird von allen eingehalten
- Begrüßung des Peer-Teams durch den zuständigen Chefarzt
- Ansprechpartner (Sekretariat und ärztlicher Dienst)
- Vernünftige Unterbringung und Verpflegung
- Zugang zu Beamer, PACS, Labordaten usw.

- Sortierte und geordnete Akten vollständig nach Falllisten

#### **55. Was sind die Pflichten der Peers?**

- Infoschreiben vorab über benötigte Unterlagen, Falllisten, beteiligte Personen und Kliniken
- Gemeinsame Terminfindung
- Verlässlichkeit (Termin, Beginn, Dauer)
- Vertraulichkeit wahren, Schweigepflicht einhalten
- Zu Beginn des Tages: Terminierung der gemeinsamen Falldiskussion und des Abschlussgesprächs
- Souveränität der Peers
- Fachlich kompetente offene kollegiale Diskussion aller Fälle
- Abschlussgespräch gemeinsam mit dem Ärztlichen Direktor, der Geschäftsführung und den beteiligten Chefärzten
- Protokoll standardisiert innerhalb von einer Woche

#### **56. Wie setzt sich ein Peer-Team zusammen?**

Ein Team setzt sich aus 2 - 5 Personen zusammen. Dies sind:

- 1 Teamleiter
- 1-2 Peers
- ggf. 1-2 neu geschulte Peers als Trainee

#### **57. Wie viele Reviews werden pro Jahr durchgeführt?**

Im Jahr 2010 wurden 21 Reviews, im Jahr 2011 42 und im Jahr 2012 69 durchgeführt.

#### **58. Welche Krankheitsbilder wurden 2011 und 2012 im Peer-Review-Verfahren berücksichtigt?**

Beatmung, Pneumonie, COPD, Hüftgelenksnahe Frakturen, Schlaganfall, Hirninfarkt, Hirninfarkt mit systemischer Thrombolyse, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, Herzoperationen (Klappen- und Bypassoperationen), Kolorektale Resektionen, Kolorektale Resektionen ohne Darmischämie, Magenresektion, Pankreasresektionen, Ösophophagus, Cholezystektomie, Nephrektomie, Zystektomie, radikale Prostataentfernung, OP der Prostata durch die Harnröhre.

### **59. Wer ist für was zuständig?**

Die Auswahl der Kliniken, in denen Peer-Review-Verfahren durchgeführt werden, nimmt die IQM-Lenkungsgruppe Peer Review in Abstimmung mit dem Fachausschuss (FA) Peer Review vor. Der Teamleiter eines Review-Teams ist zuständig für die Terminierung und die Moderation und Leitung des Reviews.

### **60. Wie laufen die Peer-Review-Verfahren ab?**

Vorbereitungsphase:

- Auswahl der Kliniken/Abteilungen für Reviews anhand der Qualitätsergebnisse
- Information der Kliniken
- Erstellen der Falllisten
- Zusammenstellung interdisziplinärer und trägerübergreifender Peer-Teams
- Festlegung des Termins
- Selbstreview durch die Abteilung

Review-Tag vor Ort in der Klinik:

- Begrüßung und Vorstellung der Peers, ca. 30 Minuten
- Aktenanalyse zur Bewertung der Behandlungsqualität, ca. 3 - 4 Std.
- Kollegiale Diskussion aller Fälle mit den Kollegen, ca. 3 Std.
- Information Ärztliche Direktion/Geschäftsführung, ca. 30 Minuten
- Protokoll mit den festgelegten Vorschlägen für Qualitätsverbesserungen, Verantwortlichkeiten und Zeitplan

Nachbereitungsphase:

- Feedback der besuchten Abteilung
- Umsetzung der Verbesserungsmaßnahmen
- erneute Qualitätsmessung zur Überprüfung der Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen

### **61. Welches sind typische Maßnahmen zur Verbesserung?**

- Einführung interdisziplinärer M&M-Konferenzen
- Wöchentliche Kurzweiterbildungen der Assistenten
- Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation zwischen Abteilungen, z.B. zwischen Gastroenterologie und Radiologie mit dem Ziel verlässlicher Befunde
- Erarbeitung interdisziplinärer Behandlungskonzepte

- Einführung neuer Behandlungsverfahren

**62. Wer ist für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlich?**

- Chefarzt
- Krankenhausleitung

**Literaturverzeichnis:**

R. Kuhlen, O. Rink, J. Zacher (Hrsg.), Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010

T. Mansky et al., G-IQI German Inpatient Quality Indicators Version 3.1