

FAQ

Inhaltsverzeichnis

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

27. Welche Qualitätsindikatoren gibt es bei IQM?	12
28. An welchen Kriterien orientiert sich die Entwicklung neuer Indikatoren?.....	13
29. Welche Arten von Indikatoren gibt es?.....	13
30. Welche Indikatortypen von beobachteter Krankenhaussterblichkeit gibt es?	13
31. Kann Krankenhaussterblichkeit ein Qualitätskriterium sein?	14
32. Führt die Messung der Sterblichkeit zu einer Therapie um jeden Preis?.....	14
33. Führt die Messung von Sterblichkeiten zu einer Vermeidung von Risikopatienten? ...	14
34. Was bedeutet Risikoadjustierung?	14
35. Ist die Risikoadjustierung nach Alter und Geschlecht ausreichend?	15
36. Warum werden keine Vertrauensintervalle berechnet?	15
37. Was sagt der Erwartungswert aus?.....	15
38. Welche Arten von Zielwerten gibt es?	16
39. Was bedeutet SMR?	16
40. Wie findet Benchmarking bei IQM statt und wie nicht?.....	16
41. Wer nutzt diese Indikatoren neben IQM noch?.....	16
42. Was will der Patient?	17
Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung.....	18
43. Wer veröffentlicht bei IQM wann welche Ergebnisse wo?	18
44. Welche Auswirkungen hat die Veröffentlichung der Ergebnisse auf der Basis von Qualitätsindikatoren auf die Abläufe im Krankenhaus?.....	18
45. Warum ist es sinnvoll die gemessenen Qualitätsergebnisse zeitnah und transparent für jeden zugänglich zu veröffentlichen?	18
46. Warum ist die interne Kommunikation der Qualitätsindikatoren wichtig?.....	18
Qualitätsverbesserungen durch Peer Reviews	20
47. Was ist ein IQM Peer Review?	20
48. Was sind die Ziele des Peer Reviews?	20
49. Wer ist Peer?.....	20
50. Was sind die Auswahlkriterien für ein Peer Review?.....	20
51. Wie werden die Peers auf die Reviews vorbereitet?	20
52. Welche Unterlagen werden für ein Peer Review benötigt?	21
53. Welches sind die Kriterien zur Analyse der Behandlungsabläufe?.....	21
54. Wie hoch sind die festgestellten Verbesserungspotenziale in Prozent?.....	21
55. Was sind die Rechte der Peers?	21
56. Was sind die Pflichten der Peers?.....	22

57. Wie setzt sich ein Peerteam zusammen? 22

58. Wie viele Peer Reviews werden pro Jahr durchgeführt? 22

59. Welche Krankheitsbilder wurden bisher im Peer Review Verfahren berücksichtigt? .. 23

60. Wer ist für die Auswahl der Peer Reviews zuständig?..... 23

61. Wie laufen die Peer Reviews ab? 23

62. Welches sind typische Lösungsvorschläge der Peers zur Verbesserung?..... 24

63. Wer ist für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlich?..... 24

64. Wie wird der Schutz der Patientendaten sichergestellt? 24

Literaturverzeichnis: 24

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/>

2. Wer sind die Gründungsinitiatoren von IQM?

Die HELIOS Kliniken GmbH, die Johanniter GmbH, die Medizinische Hochschule Hannover (MHH), die Malteser Deutschland gGmbH, die SRH Kliniken GmbH, das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der TU Dresden, der Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (KUV) 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)

IQM hat sich zum Ziel gesetzt, die in der medizinischen Behandlungsqualität bestehenden Verbesserungspotenziale für alle in der Patientenversorgung Tätigen sichtbar zu machen und zum Wohle der Patienten aktives Fehlermanagement zu fördern. 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. Ein weiteres Ziel ist, Beiträge zur Versorgungsforschung zu leisten.

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 Reviews zur Qualitätsverbesserung

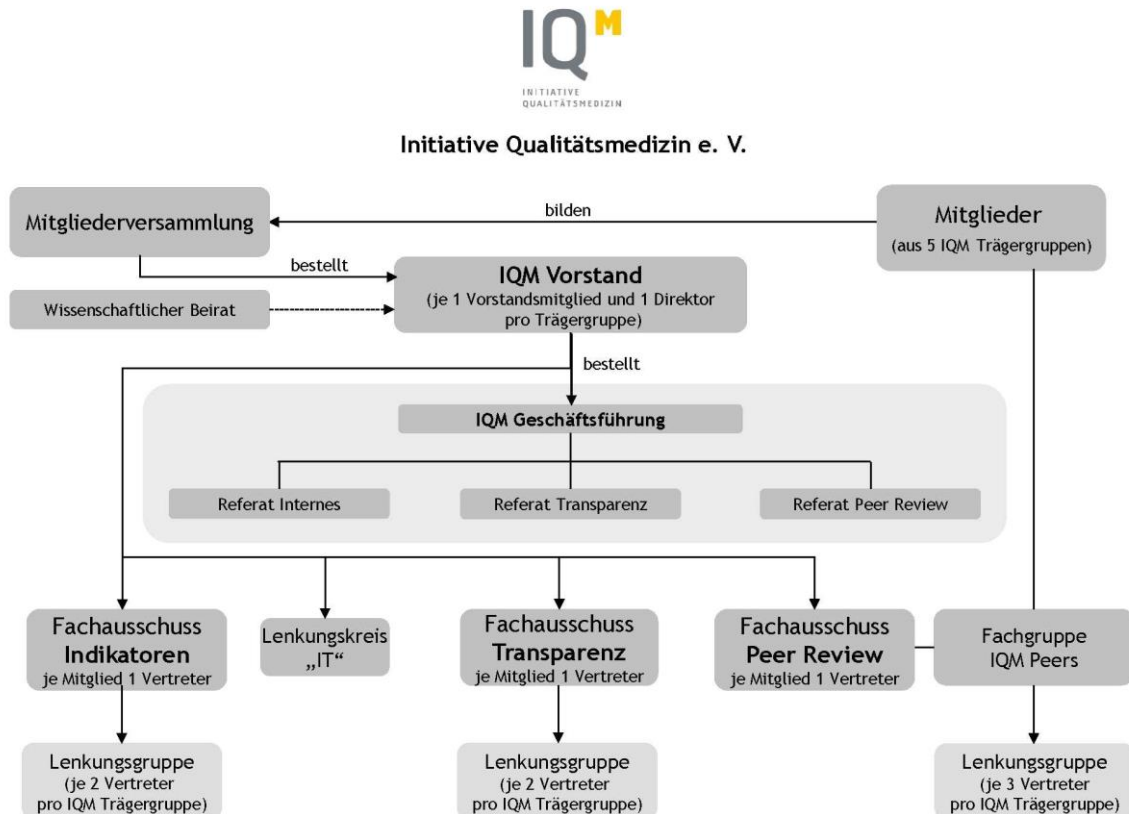
5. Was sind die Besonderheiten und Ergebnisse des IQM Verfahrens?

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.

Die Indikatoren aus DRG-Abrechnungsdaten (Routinedaten) helfen den Kliniken, Verbesserungspotenziale in den Behandlungsabläufen anhand des Vergleiches ihrer Ergebnisse mit dem Bundesdurchschnitt und den Erwartungswerten zu analysieren und mit Hilfe von ergebnisorientierten Prozessanalysen - insbesondere in Form von Peer Reviews, M&M-Konferenzen und internen Fallanalysen - zu erkennen.

Anhand konkreter Behandlungsfälle werden dabei alle Prozessschritte untersucht, die zum Ergebnis beigetragen haben. Neben der Abweichung von medizinischen Behandlungsstandards, wie z. B. leitliniengerechter Medikation, können dabei auch organisatorische Mängel oder Kommunikationsprobleme aufgezeigt werden. Im Einzelnen können auch schwer vorhersehbare und mit Prozesskennzahlen kaum kontrollierbare, diagnostische und/oder therapeutische Aspekte zur Sprache kommen (Mansky et al. 2013).

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, 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. Welchen Nutzen bietet IQM den Mitgliedern?

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. Dies beinhaltet:

- Koordination trägerübergreifend transparenter Qualitätsauswertungen,
- Mitwirkung an der Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren aus Routinedaten,
- Organisation und Durchführung von trägerübergreifenden Peer Reviews,
- Fortbildung von Chefärzten zu Peers,
- Know-how-Transfer zwischen den Mitgliedern,
- Unterstützung der Pressearbeit der Mitglieder sowie
- öffentliche Interessenvertretung.

9. Wer kann Mitglied werden?

IQM ist offen für Krankenhäuser aller Trägerschaften aus Deutschland und der Schweiz. Damit können private, öffentlich-rechtliche, freigemeinnützige, universitäre und internationale Einrichtungen Mitglied werden, vorausgesetzt sie rechnen nach dem DRG-System ab. 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 Bettenzahl¹ 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. Wie finanziert sich IQM?

IQM finanziert sich als gemeinnütziger Verein durch die jährlichen Mitgliedsbeiträge der teilnehmenden Krankenträger. Die Höhe der Beiträge ergibt sich aus der Beitragsordnung.

15. 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 und der Landesärztekammer Baden-Württemberg im Bereich Peer Review. Es werden gemeinsame Fortbildungen für Chefarzte zu Peers gemäß dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer durchgeführt. IQM bringt sich beim Wissenschaftlichen Institut der AOK aktiv in die Weiterentwicklung des Verfahrens ein, sei es in Experten-Panels für die Entwicklung neuer Indikatoren oder mit gezielten Hinweisen zur Verbesserung bestehender Indikatoren.

16. 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

¹ Die Betten etwaiger „Verpflichteter Träger“ sind hinzuzurechnen.

Erfahrungsaustausch auf dem Weg zur weiteren medizinischen Qualitätsverbesserung auf Grundlage einer innovativen und strukturierten Methodik.

Qualitätsmessung auf Basis von Routinedaten

17. Was sind Qualitätsindikatoren?

Ein Qualitätsindikator ist ein quantitatives Maß, welches zur Beurteilung und Bewertung der medizinischen Qualität genutzt werden kann. Ungewöhnliche Ergebniswerte gelten zunächst als 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.

18. Was sind Qualitätsindikatoren nicht?

Qualitätsindikatoren sind 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. Welche Ziele verfolgen Qualitätsindikatoren bei IQM?

Die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) sind konzipiert, um soweit wie möglich Behandlungsergebnisse transparent zu machen und Verbesserungspotenziale in den Behandlungsabläufen frühzeitig zu erkennen. 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.

20. Welche Datenbasis unterliegt den G-IQI?

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 G-IQI 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 kontrolliert werden.

21. 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 geleistet wurde. Diese Routinedaten werden von den Krankenhausärzten sorgfältig erhoben, vom Medizincontrolling des Krankenhauses und den Kostenträgern bis hin zum Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) überprüft. Sie erfassen 100 % der stationär behandelten Patienten und sind kurzfristig verfügbar.

22. Wie werden die Datenschutzvorgaben bei der Datenübermittlung berücksichtigt?

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

23. 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 durch nachgeschaltete Analysen, zeitnah Bereiche mit Verbesserungspotenzial zu identifizieren.

24. Gibt es auch Nachteile bei der Qualitätsmessung mit Routinedaten?

Die Indikatoren, die mit DRG-Abrechnungsdaten berechnet werden, können sich nur auf die im Rahmen des DRG-Systems erhobenen Routinedaten beziehen. Es kommt also darauf an, die richtigen Fragen an die vorhandenen Routinedaten zu stellen.

25. Wie viel % der Krankenhaus-Fälle gehen mit DRG-Routinedaten als Dateninput in die Messung ein?

100 % der stationären Fälle sind im Datensatz §21 KHEntgG enthalten, der für die Berechnung verwendet wird.

26. Für wieviel % der Fälle greift der G-IQI Indikatorensetz?

Alle G-IQI der Version 5.1 decken derzeit über 50% aller Krankenhausfälle in Deutschland ab. Diese Zahl ist bereits um Mehrfachzählungen korrigiert.

27. Welche Qualitätsindikatoren gibt es bei IQM?

Die G-IQI Version 5.1 aus Routinedaten umfassen über 380 Qualitätskennzahlen, die in 12 Kategorien untergliedert sind:

- Erkrankungen des Herzens
- Erkrankungen des Nervensystems, Schlaganfall (Stroke)
- Altersmedizin
- Erkrankungen der Lunge
- Erkrankungen der Bauchorgane
- Gefäßoperationen
- Geburtshilfe und Frauenheilkunde
- Erkrankungen von Knochen, Gelenken und Bindegewebe
- Erkrankungen der Harnwege und männlichen Geschlechtsorgane
- Hautkrankheiten
- komplexe, heterogene Krankheitsbilder
- Hochspezialisierte Medizin

Insgesamt werden 60 wesentliche Krankheitsbilder und Indikationen abgebildet. Daneben werden einige ausgewählte Verweildauern und die Abdeckungsgrade der stationären und/oder verstorbenen Patienten von den G-IQI gesamt und G-IQI Sterblichkeitsindikatoren abgebildet. Es handelt sich um den derzeit umfassendsten Indikatorensetz 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 279 Indikatoren der externen Qualitätssicherung eQS.

Einmal jährlich erhalten die IQM Mitglieder zudem den AOK-QSR-Klinikbericht. Dieser informiert über sektorenübergreifenden Langzeitergebnisse.

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?

- Sterblichkeitsziele (mit und ohne Risikoadjustierung)
- Beobachtungswerte
- Prozess- und Komplikationskennzahlen
- Mengeninformationen
- Informationen
- Indikations- und Versorgungsindikatoren

Die genauen Definitionen der Indikatoren befinden sich auf Seite A-29 bis A-32 (Mansky 2013).

30. Welche Indikatortypen von beobachteter Krankenhaussterblichkeit gibt es?

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

- Indikatoren, bei denen Mortalität häufiger vorkommt (relativ hoher Nenner bei hohem Zähler) mit relativ homogenem Patientengut (z. B. Herzinfarkt)
- Indikatoren, bei denen Mortalität 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. Kann 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 inakzeptabler und unethischer 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 den von IQM eingesetzten G-IQI das Sterblichkeitsrisiko der im jeweiligen Krankenhaus behandelten Patienten, das sich in Abhängigkeit der Faktoren Alter und Geschlecht ergibt, für die Be-

rechnung der individuellen 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 Begleiterkrankungen 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. Für unsere Zwecke der Qualitätsverbesserungen ist diese Art von Risikoadjustierung ausreichend.

36. Warum werden keine Vertrauensintervalle berechnet?

Für das interne Qualitätsmanagement, das die Verbesserung von Behandlungsabläufen und -strukturen zum Ziel hat und dazu Indikatoren als Aufgreifkriterium für Fallanalysen einsetzt, ist die Frage nach der statistischen Signifikanz nachrangig. Die bei auffälligen Ergebnissen der Indikatoren im Rahmen von Prozessanalysen, wie z. B. dem Peer Review, erkannten Optimierungspotenziale müssen auf jeden Fall in den Behandlungsprozessen umgesetzt werden, unabhängig von der Signifikanz der Kennzahlenabweichung.

37. Was sagt der Erwartungswert aus?

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.

38. Welche Arten von Zielwerten gibt es?

Bei den G-IQI, 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 behandelten 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 für die G-IQI 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 um Indikatoren, deren Ergebnisse als Beobachtungs- oder Informationswerte genutzt werden.

39. 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.

40. 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 verglichen. Ein Benchmark der IQM Mitglieder untereinander anhand der gemessenen Ergebnisse ist nicht vorgesehen.

41. Wer nutzt diese Indikatoren neben IQM noch?

Die Krankenhaussterblichkeit ist eine international anerkannte erste wichtige Kennzahl zur Beurteilung der Behandlungsergebnisse. Die G-IQI werden bundesweit von ca. 1.000 Krankenhäusern freiwillig genutzt. In der Schweiz (CH-IQI) und in Österreich (A-IQI) wurden die G-IQI auf die jeweiligen nationalen Verhältnisse adaptiert. CH-IQI und A-IQI werden lan-

desweit verbindlich für alle Krankenhäuser und damit als offizieller Bestandteil der nationalen Qualitätsmessungssysteme eingesetzt.

42. Was will der Patient?

Die G-IQI 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 von IQM eingesetzten Indikatoren erfolgen.

Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung

43. Wer veröffentlicht bei IQM wann welche Ergebnisse wo?

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

44. Welche Auswirkungen hat die Veröffentlichung der Ergebnisse aus Qualitätsindikatoren auf die Abläufe im Krankenhaus?

Die Veröffentlichung der erzielten 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.

45. 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 der G-IQI ein wichtiger Schritt, um einer großen Öffentlichkeit objektive Daten zur Verfügung zu stellen und Grundvoraussetzung für einen funktionierenden Qualitätswettbewerb um beste medizinische Ergebnisse.

46. Warum ist die interne Kommunikation der Qualitätsindikatoren wichtig?

Interne Transparenz im Krankenhaus bedeutet, die Ergebnisse der G-IQI 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 abteilungs-

übergreifenden Schwachstellenanalyse sowie zur offenen Diskussion und Festlegung von Verbesserungen.

Qualitätsverbesserungen durch IQM Peer Reviews

47. Was ist ein IQM Peer Review?

Das IQM Peer Review 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 Peerteams auf Augenhöhe mit dem Chefarzt und gegebenenfalls weiteren Kollegen. Die IQM Peers werden nach dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer geschult.

48. Was sind die Ziele des IQM Peer Reviews?

- Analyse der Abläufe und Strukturen bei statistischen Auffälligkeiten der G-IQI
- Anstoßen eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses
- Identifikation von Verbesserungspotenzial und Erarbeitung von Lösungsvorschlägen
- Voneinander lernen und Hilfe zur Selbsthilfe

49. Wer ist Peer?

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

50. Was sind die Auswahlkriterien für ein Peer Review?

Die jährliche Festlegung der Auswahlkriterien erfolgt durch die Lenkungsgruppe Peer Review. Dies kann z.B. eine statistische Auffälligkeit (z.B. SMR/Ratio über dem Zielwert) sein.

51. 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.

52. Welche Unterlagen werden für ein Peer Review benötigt?

- Falllisten zur Auswahl der zu analysierenden Patientenakten
- Vertraulichkeitserklärung der Peers
- Patientenakten in Papierform (geschwärzt oder ungeschwärzt, abhängig von den Datenschutzbestimmungen des jeweiligen Bundeslandes)
- Bewertungsbogen mit Analysekriterien zur Bewertung der Behandlungsqualität
- Protokoll mit gefundenen Optimierungspotenzialen und Lösungsvorschlägen
- Feedbackbogen zur Zufriedenheit der besuchten Chefärzte

53. Welches sind die Kriterien zur Analyse der Behandlungsabläufe?

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

54. Wie hoch sind die festgestellten Verbesserungspotenziale in Prozent?

Je nach untersuchtem Indikator und besuchttem Krankenhaus werden durch das Peer Review Verbesserungsmöglichkeiten zwischen 20 und 80 % in den durchgesehenen Akten gefunden.

55. Was sind die Rechte der Peers?

- Der gemeinsam ermittelte Termin wird von allen eingehalten
- Begrüßung des Peerteams durch den zuständigen Chefarzt der besuchten Klinik

- Ansprechpartner (Sekretariat und ärztlicher Dienst)
- Vernünftige Unterbringung und Verpflegung
- Vollständig sortierte und geordnete Papierakten nach Falllisten
- Zugang zu Beamer, PACS, Labordaten usw.
- Abschlussgespräch unter Teilnahme von Geschäftsführung und Ärztlichem Direktor

56. Was sind die Pflichten der Peers?

- Infoschreiben über anstehendes Peer Review mit benötigten Unterlagen vom Teamleiter der Peers an den zu besuchenden Chefarzt
- 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 Chefarzten
- Versand Protokoll standardisiert innerhalb von einer Woche

57. Wie setzt sich ein Peerteam zusammen?

Ein Team setzt sich aus 3-6 Personen, Ärzten und Pflegefachkräften zusammen. Dies sind:

- 1 Teamleiter
- 2 - 3 ausgebildete Peers
- 1-2 neu geschulte Peers als Trainee

Der Teamleiter eines Peerteams ist zuständig für die Terminierung und die Moderation und Leitung eines einzelnen Peer Reviews.

58. Wie viele Reviews werden pro Jahr durchgeführt?

Im Jahr 2010 wurden die ersten 21 ordentlichen Peer Reviews durchgeführt.

Im Jahr 2011 wurden 42, im Jahr 2012 69, im Jahr 2013 68, im Jahr 2014 94, im Jahr 2015 159, im Jahr 2016 173 und im Verfahrensjahr 2017 189 Peer Reviews durchgeführt.

59. Welche Krankheitsbilder wurden bisher im Peer Review Verfahren berücksichtigt?

Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzoperationen, Schlaganfall, Hirninfarkt, Pneumonie, COPD, Erkrankungen von Dick- und Enddarm, Magenoperationen, Eingriffe an der Speiseröhre und Bauchspeicheldrüse, Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen, Entfernung der Niere, Eingriffe an der Harnblase, Entfernung der Prostata, Schenkelhalsfraktur, Peritrochantäre Fraktur, Hüftgelenkersatz, Beatmung > 24 Stunden und Sepsis.

60. Wer ist für die Auswahl der Peer Reviews zuständig?

Die Kliniken, bei denen ein Peer Review Verfahren durchgeführt wird, werden durch die Lenkungsgruppe Peer Review ausgewählt. Der Fachausschuss Peer Review verabschiedet die Auswahl.

61. Wie laufen die Peer Reviews ab?

Vorbereitungsphase:

- Auswahl der Kliniken/Abteilungen für Peer Reviews anhand der Qualitätsergebnisse
- Information der Kliniken
- Erstellen der Falllisten
- Zusammenstellung interdisziplinärer, interprofessioneller und trägerübergreifender Peerteams
- 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

62. Welches sind typische Lösungsvorschläge der Peers zur Verbesserung?

- Überprüfung der leitlinienorientierten Diagnostik und Therapie
- Überprüfung mikrobiologische Diagnostik und Antibiotikatherapie (Standards)
- Fokussierung der Komplikations-/Sepsis Früherkennung
- Verbesserung der interdisziplinären Kommunikation zwischen Abteilungen
- Erarbeitung interdisziplinärer Behandlungskonzepte

Sowie viele andere, im Einzelnen schwer vorhersehbare und mit Prozess-Kennzahlen kaum kontrollierbare, diagnostische und/oder therapeutische Aspekte, die nur aufgrund dieser umfassenden Analyse des Gesamtprozesses überhaupt erst auffallen.

63. Wer ist für die Umsetzung der Maßnahmen verantwortlich?

- Chefarzt der besuchten Klinik
- Krankenhausleitung der besuchten Klinik

64. Wie wird der Schutz der Patientendaten sichergestellt?

Die Datenschutzrechte der Patienten werden über die jeweiligen Landesdatenschutzgesetze geregelt. Diese korrekt anzuwenden, liegt in der Verantwortung der Kliniken. Vor jedem Peer Review lässt sich IQM die korrekte Anonymisierung der Patientendaten, die während der Peer Reviews genutzt werden, schriftlich von der Klinik bestätigen. Außerdem unterschreibt jeder Peer für jedes Peer Review eine Vertraulichkeitserklärung und unterliegt generell der ärztlichen Schweigepflicht.

Literaturverzeichnis:

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

Mansky T, Nimptsch U, Winklmaier C, Vogel K, Hellerhoff F (2011) G-IQI - German Inpatient Quality Indicators Version 3.1, Universitätsverlag der TU Berlin

Mansky T, Nimptsch U, Winklmaier C, Vogel K, Hellerhoff F (2013) G-IQI - German Inpatient Quality Indicators Version 4.0, Universitätsverlag der TU Berlin

Mansky T, Nimptsch U, Schuler E, Zacher J, Cools A, Hellerhoff F (2015) G-IQI - German Inpatient Quality Indicators Version 4.2, Universitätsverlag der TU Berlin

Mansky T, Nimptsch U, Cools A, Hellerhoff F (2016) G-IQI | German Inpatient Quality Indicators. Version 5.0, Universitätsverlag der TU Berlin