

SONDERDRUCK



## CLUB DER MUTIGEN

Wer bei der Initiative Qualitätsmedizin mitmacht,  
muss transparent sein und Kritik aushalten können.

### Topthema

DAS PEER REVIEW DER IQM  
„Wir haben keine Samt-  
handschuhe an“

#### IMPRESSUM

Eine Sonderausgabe für  
IQM Initiative Qualitätsmedizin e.V.  
Alt-Moabit 104  
10559 Berlin  
Tel.: +49 30 7262 152 – 0  
Fax: +49 30 7262 152 – 19  
[www.initiative-qualitaetsmedizin.de](http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de)

#### Redaktion Berlin

Georg Thieme Verlag KG  
[redaktion-kma@thieme.de](mailto:redaktion-kma@thieme.de)  
[www.kma-online.de](http://www.kma-online.de)

#### Gestaltung und Umsetzung Berlin

Georg Thieme Verlag KG  
© 2018 Georg Thieme Verlag KG  
70469 Stuttgart

Foto: kma Montage (AdobeStock/visivasnc;  
Fotolia/Monkey Business, [www.gg24.de](http://www.gg24.de))

DAS PEER REVIEW DER IQM

## „Wir haben keine Samthandschuhe an“

Prof. Dr. Maria Eberlein-Gonska ist ein Peer der ersten Stunde. Im Gespräch mit kma erzählt sie, was IQM von anderen Qualitätsinitiativen unterscheidet, wie ein Dialog auf Augenhöhe gelingt und warum bereits einige Krankenhäuser von IQM ausgeschlossen wurden.

### **Ihr Arbeitgeber, die Uniklinik Dresden, ist eines der Gründungsmitglieder der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Wie ist die Initiative entstanden?**

Mein Chef Michael Albrecht (Vorstandsvorsitzender der Uniklinik Dresden, Anm. d. Red.) kam eines Tages 2008 mit einer „Idee“ aus Berlin zurück, die in einer kleinen Runde von Klinikvorständen entstanden war und daraus entwickelte sich ziemlich schnell IQM. Das Gute daran: Es ist eine Initiative, die vom Management ausgelöst wurde. Das hebt das Verfahren von anderen ab, weil das Management die Vorgaben mit verantwortet.

### **Was ist der Unterschied zu anderen Peer Reviews?**

Es gibt eine hohe Verbindlichkeit. Bei anderen Peer Reviews, etwa dem der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), entscheidet der Chefarzt selbst, ob seine Abteilung mitmacht. Er ist es auch, der am Ende den Bericht bekommt und darüber entscheidet, was damit passiert. Er kann ihn auch unter Verschluss halten. Bei IQM sind Nachhaltigkeit und Transparenz dagegen der Schlüssel des Verfahrens.

### **Das wird nicht jedem Chefarzt gefallen. Wie hart ist denn die Regelauslegung bei der IQM?**

Diese werden genau geprüft und auch nachgehalten. So wurden 2015 österreichische Mitgliedskliniken ausgeschlossen,

weil sie ihre Qualitätsdaten nicht auf ihrer Homepage veröffentlichen wollten. Das hatte etwas mit den Vorgaben des Bundesministeriums für Gesundheit in Österreich zu tun, das zunächst keine

„**Es ist ganz wichtig, dass man nicht als Besserwisser auftritt, denn das ist der Tod.**“

Veröffentlichung wollte. Das Beispiel zeigt sehr gut, dass die Spielregeln bei IQM zwar einfach sind, aber sie müssen eingehalten werden.

### **Ergebnisse werden bei IQM berufsgruppenübergreifend bearbeitet – was bedeutet das?**

Wir fokussieren den gesamten Behandlungsprozess. Das heißt, bei einem Schlaganfallpatienten wird auch die Oberarmhalsfraktur angeschaut, wenn er eine solche im Krankenhaus erleidet. Wir checken dabei, wie die Zusammenarbeit der Fachdisziplinen läuft, was ja für die Qualitätsbeurteilung von hohem Stellenwert ist. In Kliniken oder Abteilungen mit derartigen Problemen kann diese externe Einschätzung wichtige Impulse

zur Verbesserung auslösen. Prinzipiell geht es um den gesamten Behandlungsprozess und um zu identifizierende Systemfehler, die sich durch die Patientenakten ziehen. Durch die unterschiedliche Perspektive der verschiedenen Peers lassen sich diese grundlegenden Auffälligkeiten sehr gut identifizieren.

### **Die Qualitätsindikatoren, die IQM entwickelt hat, beziehen sich auf mehr als 60 Krankheitsbilder für die es 380 Ergebnis-, Mengen- und Verfahrenskennzahlen mit mehr als 40 Qualitätszielen gibt. Können Sie diese Methode etwas genauer beschreiben?**

Die von IQM verwendeten Indikatoren stammen aus vier verschiedenen Indikatorsets, den German Inpatient Quality Indicators (G-IQI), der Qualitätssicherung aus Routinedaten (QSR), den Patient Safety Indicators (PSI) und den Indikatoren der gesetzlich verpflichtenden externen Qualitätssicherung. Die drei erstgenannten basieren auf Routinedaten. Dies ermöglicht eine zeitnahe, vollständige und überprüfbare Qualitätsauswertung ohne zusätzlichen Erfassungsaufwand für die in der Patientenversorgung tätigen Mitarbeiter. Das war den Gründungsmitgliedern, den Managern, besonders wichtig. Den größten Stellenwert bei IQM haben die G-IQI-Indikatoren, die regelmäßig weiterentwickelt werden. Während zunächst die Sterblichkeit im Vordergrund stand, werden inzwischen



Foto: Uniklinik Dresden

### Zur Person

Prof. Dr. Maria Eberlein-Gonska ist Leiterin des Zentralbereichs Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement der Uniklinik Dresden und eine IQM-Pionierin. Sie hat an zahlreichen Peer Reviews teilgenommen und an dem Curriculum der Bundesärztekammer für IQM-Peers maßgeblich mitgewirkt.

auch andere Kennzahlen zu Prozessen, Komplikationen, Mengen etc. betrachtet.

**Es gibt Ärzte, die ärgern sich, wenn statistische Auffälligkeiten ihrer Abteilung veröffentlicht werden, weil der Patient das nicht einordnen könne. Haben Sie dafür Verständnis?**

Ja, das habe ich, denn in der Außenwirkung ist es natürlich schwer verständlich zu machen, welche Kennzahlen tatsächlich eine Aussage über die Qualität eines Krankenhauses treffen und welche nicht. Da müsste man schon „Volkshochschulkurse“ anbieten, um die Komplexität dieses Themas Patienten gegenüber zu verdeutlichen. Andererseits soll diese Transparenz natürlich Chefarzte bewegen, sich mit ihren Zahlen zu beschäftigen und ggf. Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten. Letztendlich ist das Ganze eine Spielregel bei IQM, die als „Clubmitglied“ akzeptiert werden muss. Es gibt aber auch neuere Entwicklungen zu diesem Thema, denn IQM bleibt nicht beim ursprünglichen Konzept

stehen. So werden zukünftig Themen wie Risikoadjustierung, Vergleich und Ranking im Fokus der Weiterentwicklung stehen.

**Wie setzt sich ein Peer-Gruppe in der Regel zusammen?**

Ein Peer-Team besteht aus einem Leiter, der fachkundig in der Disziplin sein muss. Meistens ist noch ein Anästhesist- oder Intensivmediziner dabei, weil die Intensivmedizin fast immer involviert ist. Dazu kommt ein fachfremder Kollege, und seit 2017 auch Peers aus der Pflege. Alle Peers müssen die anderthalbtägige Schulung des Curriculums der Bundesärztekammer absolviert haben. Darauf legt IQM besonderen Wert. Wir möchten, dass fachkompetente und qualifizierte Peers diese anspruchsvolle Tätigkeit leisten. Der Teamleiter braucht dabei eine besondere Erfahrung, in dem er das Peer Review organisiert, den Kontakt mit dem Chefarzt der Abteilung aufnimmt, Fragen und Missverständnisse klärt und für das abschließende Protokoll die Verantwortung trägt.

**Die Peers kommen nur für einen Tag in die Abteilung. Wie läuft dieser Tag ab?**

In der Regel hat die Abteilung circa 15 Akten vorbereitet, die die Peers dann ca. 3 Stunden nach genau festgelegten Analysekriterien durchgehen. Danach gibt es eine Pause und in den folgenden 3 Stunden diskutieren die Peers Auffälligkeiten mit dem Chefarzt und den beteiligten Kollegen aus anderen Abteilungen. Auch Assistenten der Weiterbildung können hier einbezogen werden und seit letztem Jahr

auch die Pflege. Im Grunde ist die Statistik der Türöffner für einen Dialog, der Aufhänger rückt schnell in den Hintergrund. Denn sehr schnell steht der jeweilige

Patient, die Diagnostik, die Therapie, die Zusammenarbeit, eben der gesamte Behandlungsprozess mit der Dokumentation im Vordergrund. Das Gespräch ist hart, aber fair und geht in die Tiefe. Gegen 16:30 Uhr findet ein Abschlussgespräch statt, in dem die Peers der Geschäftsleitung, dem Ärztlichen Direktor und der Abteilung die Peer-Review-Ergebnisse als Zusammenfassung vorstellen. Warum? Es gibt Verbesserungspotenziale, die nur die Geschäftsleitung verantworten kann, und insofern muss die Geschäftsleitung mitmachen, das ist die Regel, und darauf legen wir auch großen Wert.

**Die BÄK hat einen Leitfaden für das Ärztliche Peer Review herausgegeben. Welche Eignung muss ein Peer mitbringen?**

Es handelt sich in der Regel um Chefärzte und Mitarbeiter mit Personalverantwortung, weil so der Dialog auf Augenhöhe am besten funktioniert. Wir brauchen diese Leitungsebene, denn nur dann können Verbesserungsmaßnahmen auf den Weg gebracht werden! Wichtig ist auch die Glaubwürdigkeit der Peers, die deshalb in der Krankenversorgung aktiv sein sollen. Ein Peer darf aber auch bis zwei Jahre nach Renteneintritt noch tätig werden.

**Wie läuft die Schulung der Bundesärztekammer für die Peers ab?**

Die Kollegen kommen mit unterschiedlichen Haltungen zwischen „Ja, bin interessiert“ bis „Ach Gott, auch das noch!“ oder „man hat mich geschickt“. Nach der anderthalbtägigen Schulung sind alle begeistert. So wenigstens meine Erfahrung.

**Was begeistert die Leute derart?**

Die Teilnehmer lernen eine lösungsorientierte Gesprächsführung. Das ist etwas, was im klinischen Alltag, wo man

# 200

## Peer Reviews

Rund 200 Peer Reviews finden dieses Jahr statt.

will und ihn gleichzeitig zu motivieren, etwas zu ändern. Oft hapert es schon bei der Begrüßung. Mediziner neigen dazu, sehr dominant zu begrüßen. Die Teilnehmer lernen auch, auf die Sitzordnung zu achten, Aufgaben auf mehrere Schultern zu verteilen und Fragen zu stellen, statt Statements abgeben. Es ist nicht Sinn und Zweck, eine Norm durchzusetzen, sondern ins Gespräch zu kommen und das Ergebnis zu protokollieren. Es ist ganz wichtig, dass man nicht als Besserwisser auftritt – das ist der Tod.

**Der Ton muss stimmen. Wie deutlich werden die Peers denn in ihrer Kritik?**

Wir haben keine Samthandschuhe an. Wenn ein Chirurg zum andern sagt „Sie betreiben eine aggressive Chirurgie“ ist das durchaus eine konstruktive Kritik – die der Kritisierte dann annehmen kann, oder nicht. Wichtig ist, und das lernen die Peers bei der Schulung, Auffälligkeiten klar zu benennen, zu hinterfragen und kollegial auf den Punkt zu bringen.

**Wann läuft ein Peer Review schief?**

Schief geht es, wenn die Geschäftsführung dem Arzt das Treffen aufgezwungen hat, ohne ihn wirklich zu informieren. Das kommt aber so gut wie nicht mehr vor. Bei vielen neuen Mitgliedern besuchen wir mittlerweile vorab die Chefarzttrunde und erklären das Verfahren, bevor sich das Krankenhaus für IQM entscheidet. Das schafft Vertrauen und Verständnis. ■

Das Interview führte Jens Mau.

▶ **Mehr Infos**

Prof. Maria Eberlein-Gonska hat zusammen mit Prof. Dr. Jörg Martin und Prof. Dr. Josef Zacher das „Handbuch IQM“ herausgegeben (ISBN: 978-3-95466-115-2).

Anordnungen folgen und schnelle Entscheidungen treffen muss, kaum gefragt ist. Man lernt, etwas zu sagen, das der Gegenüber nicht unbedingt hören

## Die 3 IQM-Säulen

**Prüfung der Routinedaten**

Die Mitgliedskliniken stellen ihre Routinedaten (Abrechnungsdaten) zur Verfügung, die auf Basis von Qualitätsindikatoren geprüft werden. Diese Qualitätsindikatoren, die IQM entwickelt hat, beziehen sich auf mehr als 60 Krankheitsbilder für die es 380 Ergebnis-, Mengen- und Verfahrenskennzahlen mit mehr als 40 Qualitätszielen gibt. Damit stehen deutlich mehr Möglichkeiten der Qualitätsbewertung zur Verfügung als bei der gesetzlich vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung.

**Transparenz**

Die Kliniken veröffentlichen „freiwillig“, das heißt im Kontext der Zugehörigkeit zu IQM verpflichtend, ihre Auffälligkeiten. Das Motto: Gute Ergebnisse fördern die Motivation, auffällige Ergebnisse erzeugen „gesunden Druck“. Dabei geht es nicht um den Vergleich mit anderen Krankenhäusern, das Thema Ranking steht derzeit nicht im Vordergrund bei IQM.

**Peer Review**

Neben der internen Arbeit mit den Ergebnissen besteht die Möglichkeit, bei Kliniken mit statistischen Auffälligkeiten ein Peer Review zu machen. Das heißt, die entsprechende Abteilung bekommt einen Besuch von externen Ärzten und Pflegekräften, die Patientenakten auf systematische Verbesserungspotenziale analysieren und diese mit den Kollegen diskutieren. Die Peer Reviews sollen unbürokratisch und kollegial ablaufen. Kernstück ist die „Falldiskussion auf Augenhöhe“ zwischen den Peers und den Verantwortlichen der geprüften Abteilung.