

SONDERDRUCK



## CLUB DER MUTIGEN

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

### Topthema

INITIATIVE QUALITÄTSMEDIZIN  
**Nichts für schwache Nerven**

#### 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))

INITIATIVE QUALITÄTSMEDIZIN

## Nichts für schwache Nerven

Die Initiative Qualitätsmedizin ist eines der herausragenden Projekte im Gesundheitswesen. Lob kommt von allen Seiten, und auch nach 10 Jahren steigen die Mitgliedszahlen kontinuierlich. Herzstück der Initiative ist das Peer Review, das den Adrenalinpiegel von Chefärzten schon mal in die Höhe treibt.

Das konnte eigentlich nicht gut gehen: Man setze Kollegen auf Kollegen an, lege ihnen klinikinterne Zahlen vor, konfrontiere sie gegenseitig mit Fallzahlen, Sterblichkeitsraten, Fehlcodierungen. Fordere Erklärungen ein, lege Verbesserungsvorschläge vor. Ein Grauen für so manchen Klinikverantwortlichen. Denn Fakt ist: Niemand wird gern bewertet. Beäugt, unter die Lupe genommen, auseinandergenommen, womöglich. Niemand holt sich gern Prüfer ins Haus, schon gar nicht Kollegen aus anderen Krankenhäusern. Und doch haben genau dies mehrere Kliniken gewagt: Acht Krankenhausträger schlossen sich vor zehn Jahren zur Initiative Qualitätsmedizin (IQM) zusammen\* mit dem Ziel, die Qualität in den Häusern anhand von Routinedaten zu messen, die Ergebnisse innerhalb ihres Zirkels zu veröffentlichen – und ärztliche Fachkollegen aus anderen Mitgliedskliniken ins Haus zu lassen, um mit ihnen auffällige Ergebnisse zu untersuchen. Als „Club der Mutigen“ bezeichnete Francesco de Meo von Helios denn auch das Modell; Helios war neben der Uniklinik Dresden, den SRH Kliniken, der Medizinischen Hochschule Hannover, dem Universitätsspital Basel, den Maltesern und Johanniter GmbH und dem Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) einer der Gründungsinitiatoren.

Die Prüfkonzferenzen, sogenannte „Peer Reviews“, sind das Herzstück der Initiative. „Und hier steigt auch schon mal der Adrenalinpiegel“, sagt Jochen Strauß.

Der Professor ist Chefarzt der Anästhesie am Helios-Klinikum Berlin-Buch und leitet den Peer-Review-Fachgruppenausschuss. Etwa 200 solcher Hausbesuche führt die Initiative jährlich durch; bei der Zahl von 450 Krankenhäusern, die dem IQM-Verein angeschlossen sind, macht das jährlich weniger als einen Besuch pro Haus. „Viel zu wenige eigentlich“, sagt Strauß. Doch der IQM-Pool an Reviewern ist nicht unerschöpflich: 600 Ärzte und Pflegekräfte sind derzeit als Peers eingetragen, stehen auf Abruf für Prüfungen bereit. „Das wollen wir auch nicht überlasten.“

„**Wenn wir sehen, dass in einer Klinik 10 von 100 Herzinfarktpatienten versterben und das gegen die 8-Prozent-Sterblichkeitsrate im Bundesdurchschnitt gegenrechnen – dann werten wir das als Auffälligkeit. Und fahren hin.**“

Jochen Strauß, IQM-Fachausschuss  
Peer Review

### Die Basis: DRG-Routinedaten

Die Prüfarbeiten im Vorfeld verliefen stets „nach völlig identischem Muster“, so Strauß. Die Peers nehmen sich die Routinedaten eines Mitgliedshauses vor und gehen Schritt für Schritt alle relevanten Werte durch: Wie lange haben die Patienten im Schnitt gelegen? Wie viele waren wie lange auf Intensivstation, wie viele wurden wie lange beatmet? Wie wurden die Patienten entlassen: nach Hause, in ein anderes Krankenhaus, in die Rehabilitation? Wie hoch sind die Sterberaten? Dabei greifen die Gutachter auf DRG-Datensätze zurück. „Uns war wichtig, vorhandene Daten zu nutzen, um die Bürokratie nicht noch mehr auszuweiten“, erklärt Jörg Martin, medizinischer Geschäftsführer der Regionale Kliniken Holding RKH Ludwigsburg. Er hat die Initiative von Beginn an unterstützt, leitet heute den Fachausschuss Transparenz. Sieben Millionen Fälle würden jährlich durch die IQM geprüft, rechnet Martin vor. „Das sind mehr als ein Drittel aller Krankenhausfälle in Deutschland.“

### Abweichung heißt noch lange nicht Qualitätsmangel

Jeder, der sich der IQM-Initiative anschließe, verpflichte sich, im zweiten Jahr der Mitgliedschaft seine Zahlen zu veröffentlichen, sagt Martin. Das allein erzeuge bereits einen „gesunden Druck“: „Es animiert die Kliniken dazu, im Vorfeld selbst nach Auffälligkeiten zu suchen

und gegebenenfalls gegenzusteuern.“ Doch wann sind Daten auffällig? Dazu müssen sie erkennbar über dem Durchschnitt liegen, erklärt Strauß. „Wenn wir etwa bei Durchsicht der Unterlagen erkennen, dass in einer Klinik zehn von 100 Herzinfarktpatienten versterben und das gegen die acht-Prozent-Sterblichkeitsrate im Bundesdurchschnitt gegenrechnen – dann werten wir das als Auffälligkeit. Und fahren hin.“

Er betont, dass nicht jede aufgespürte Zahlenbesonderheit einem Fehlerfund gleichkomme. „Zunächst ist es erst mal eine statistische Auffälligkeit und nichts weiter“, so der IQM-Vertreter. Sie sage noch lange nichts über die Qualität eines Hauses aus. So könnte es etwa sein, dass die Klinik in einem „uralt besiedelten Gebiet“ liege, und daher nur alte Patienten behandle; auch falsche Codierungen könnten zu Abweichungen von den Durchschnittszahlen führen. „In einem Fall etwa waren 30 Patienten nicht an einer Pneumonie verstorben, wie wir aufgrund der DRG-Daten zunächst annehmen mussten, sondern in Wirklichkeit aufgrund einer Sepsis.“

Aber um das festzustellen, sei der Besuch im Haus, das Wälzen der Fallakten und der, so Martin, „kollegiale Austausch über jeden einzelnen Fall“, so nötig wie sinnvoll. Einen Tag dauert ein solches Audit: Anreise 9 Uhr, kurze Begrüßung, Übergabe der meist 16, manchmal 20 vorab angeforderten Fallakten, die das IQM-Reviewteam – meist drei oder vier Personen – erst einmal allein durchgeht. Ab 13 Uhr kommen die behandelnden Oberärzte und Chefärzte hinzu. Seit zwei Jahren sitzen auch leitende Pflegekräfte in den Gesprächen. Strauß: „Das fügt den Diskussionen oft einen weiteren, wichtigen Blickwinkel hinzu.“

In 70 Prozent der Fälle, sagt Strauß, der jährlich bei etwa sechs Reviews dabei ist, herrscht Konsens. „Da zeigen wir

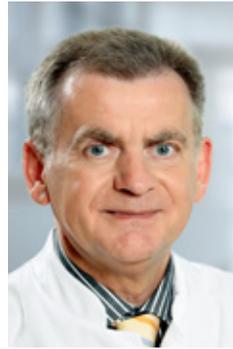


Foto: Helios Kliniken/Thomas Oberländer

**„Eine Woche Vorbereitungszeit muss man für ein anberaumtes Review in der eigenen Klinik schon rechnen.“**

Jochen Strauß, Chefarzt am Helios-Klinikum Berlin-Buch und Leiter des Peer-Review-Fachgruppenausschusses

**600**

**Ärzte und Pflegekräfte**

sind derzeit als Peers eingetragen.

Verbesserungsmöglichkeiten auf und erten Zustimmung: „Ja, haben wir auch schon festgestellt, ja, werden wir angehen.“ In den übrigen Fällen aber, „und das sind die spannenden“, entdecken sie Unstimmigkeiten, meist aufgrund einer Art Betriebsblindheit. So war in einer Klinik mit hämatologischem Schwerpunkt die Sterblichkeitsrate unter Herzinsuffizienzpatienten ungewöhnlich hoch. „Wir haben uns dann die Diagnostik angeguckt und gesehen, dass bei keinem der Patienten eine Echokardiografie durchgeführt worden war.“ Es stellte sich heraus: Die Klinik verfügte über kein Echogerät – schließlich sei man auf Hämatologie ausgerichtet, nicht auf Kardiologie, so die Begründung. Nach Diskussionen mit den Reviewern lenkten die Verantwortlichen aber ein. „Kurze Zeit später arbeitete ein kardiologischer Oberarzt dort – und ein Echogerät hatten sie auch angeschafft.“

**Strauß: „Unsere Arbeit wirkt“**

Manchmal aber muss auch Strauß schlucken. Etwa im Fall der Klinik, die laut DRG-Daten eine besonders hohe Sterblichkeitsrate unter Schlaganfallpatienten zeigte, „selbst risikoadjustiert“, so Strauß, „also unter Berücksichtigung des Alters der Patienten“. Auch hier fuhren die Reviewer vor, ließen sich die Unterlagen aushändigen. Und staunten: „Keine Stroke Unit, kein regelmäßiger Blutdruckcheck, kein Monitoring, keine ausreichende Diagnostik, keine frühzeitige Mobilisierung und Reha durch Logopäden und Schluckexperten – kurz: Wesentliche Punkte aus den Leitlinien waren hier schlicht nicht umgesetzt worden.“ Das Schlimmste aber: Es herrschte ein gewisser Fatalismus. „Das seien doch ohnehin alles alte Leute, was brächten diese Anstrengungen dann noch – so war hier der Zungenschlag“, so Strauß. Es folgten Diskussionen – und ein Einsehen. Drei Jahre später hatte die Klinik zwar noch immer keine Stroke Unit, aber immerhin einen Neurologen und einige Logopäden eingestellt – und sehr gute Ergebnisse erzielt. „Das hat uns gezeigt: Unsere Arbeit wirkt.“

Es gebe vereinzelte Fälle, in denen Krankenhäuser keine Vorschläge umgesetzt haben, ja, und zwei Häuser pro Jahr verabschieden sich auch von der Initiative. Meist, weil ihnen der Aufwand zu hoch sei. Die gewünschten Akten für ein Review heraussuchen, sortieren, kopieren, Patientendaten schwärzen – damit sei eine Sekretärin gut fünf bis sechs Arbeitstage beschäftigt. Zudem seien die zu prüfenden Abteilungen auch angehalten, die Akten selbst vorab zu studieren, um für die Diskussionen vorbereitet zu sein. „Eine reichliche Woche Vorbereitungszeit muss man für ein anberaumtes Review in der eigenen Klinik also schon rechnen“, so Strauß.

**„Inkompetente Wadenbeißer“**

Und so hat Strauß auch schon einiges an Ressentiments erlebt. Da war der

Chefarzt, der über Wochen nicht auf E-Mails der Initiative antwortete, sich ebenso lang von seiner Sekretärin verleugnen ließ. Die Reviewer hatten bei Durchsicht seiner Klinikdaten eine – im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt – dreimal so hohe Sterblichkeit bei Herzinfarkten festgestellt, der Besuch in seiner kardiologischen Abteilung war mehr als überfällig. Doch der Arzt blieb stur. Schließlich schritt Strauß als Fachausschussvorsitzender ein, schrieb dem Kardiologen eine saftige Nachricht. „Ich bin dann sehr persönlich geworden.“ Der Chefarzt lenkte schließlich ein, murrte noch, er habe „für so etwas“ nun wirklich keine Zeit, ließ aber das Review schließlich zu. Auch angeschrien wurde Strauß schon einmal von gastgebenden Ärzten, als er mit seinem Peer-Team ein paar heikle Fälle verhandeln wollte: Er und seine IQM-Leute seien doch „inkompetent“, wurde da gebrüllt, sie würden „das Haus nicht verstehen, die Fälle nicht verstehen“, seien reine „Wadenbeißer“. Strauß: „Doch diese Aggression hat sich in den letzten Jahren zum Glück gelegt.“

### Endlich mal den ungeliebten Chirurgen vorführen

Das mag auch an der Ausbildung der Reviewer liegen. Die lässt die IQM nämlich nicht ganz unvorbereitet in die Höhlen der Löwen. „Die durchlaufen alle erst einmal eine zweitägige Schulung der Bundesärztekammer, in der sie in kluger Kommunikation trainiert werden“, sagt RKH-Manager Jörg Martin. Konstruktive Kritik, Gesprächsführung, sensibler Umgang, Deeskalation stehen hier auf dem Lehrplan. In Rollenspielen gehen die angehenden Prüfer heikle Situationen durch. Vor allem müssen sie den Fall trainieren, dass – was nicht selten vorkomme – Reviews für die Austragung klinikinterner Fehden missbraucht werden: Geschäftsführer, die endlich mal offen einen Chefarzt mit seinen schlechten Zahlen konfrontieren; Chefarzte, die einem ungeliebten Chirurgen ans Leder wollen. „Da erleben wir häufig Schieflagen“, so Strauß. Die Reviewer sind angehalten, nicht darauf anzuspringen, souverän und neutral zu bleiben, die Streithähne auch mal zur Seite zu nehmen.

Bei aller Emotionalität: Von Anfeindungen gegenüber den Peers, ihren Kontrollen und Verbesserungsvorschlägen hört Strauß kaum noch. Und vielleicht ist es so, dass Kontrollen unter Kollegen, gar manchmal unter Konkurrenten, ein mutiges Modell sind. Doch was die IQM-Initiative seit zehn Jahren zeigt, ist dies: Es kann durchaus gut gehen. ■

Romy König  
Freie Journalistin

### ► Infos und Anmeldung

[www.initiative-qualitaetsmedizin.de](http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de)

### Erratum

*\*Diese Passage wurde korrigiert.*

*In der ursprünglichen Version (kma Juli/August 2018, Seite 31) hieß es: „Sechs Krankenhausträger schlossen sich vor zehn Jahren zur Initiative Qualitätsmedizin zusammen.“ Die Medizinische Hochschule Hannover und das Universitätsspital Basel fehlten in der Aufzählung.*