

1 Von einer Idee in Leisnig zum Curriculum der Bundesärztekammer

Wolfgang Krahwinkel und Oda Rink

1.1 HELIOS Peer Review Verfahren

1.1.1 Ausgangslage

Die HELIOS Kliniken Gruppe erstellte im Jahre 2000 erstmalig einen medizinischen Jahresbericht des Konzerns. In diesem Jahresbericht wurden Krankenhaussterblichkeiten zu wesentlichen Erkrankungen aus den HELIOS Kliniken des Jahres 1999 ausgewiesen. Diese wurden mit den Krankenhaussterblichkeiten bundesdeutscher Krankenhäuser verglichen. Die bundesweiten Vergleichsdaten des statistischen Bundesamtes stammten aus dem damals verfügbaren Publikationsjahr 1997. Die Auswertung der Krankenhaussterblichkeiten bezog sich auf die Hauptdiagnose aus den Abrechnungsdaten für die Krankenkassen nach dem ICD-9-Schlüssel. Bei diesem Sterblichkeitsvergleich wurden 3 Problembereiche identifiziert. Die Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit Herzinfarkt betrug im HELIOS Konzern 18%, deutschlandweit 11,6%, die Krankenhaussterb-

lichkeit bei Patienten mit Herzschwäche betrug im HELIOS Konzern 21,5%, deutschlandweit 15,9% und die Krankenhaussterblichkeit bei Patienten mit Lungenentzündung betrug im HELIOS Konzern 12,4% und deutschlandweit 10,9% (HELIOS Kliniken GmbH 2000). Diese deutlichen negativen Abweichungen der HELIOS Krankenhaussterblichkeit im bundesweiten Vergleich ergaben Anlass zu erheblichen Diskussionen im Konzern. Die häufigsten Begründungen in diesem Diskussionsprozess waren, dass in den HELIOS Kliniken eine Negativselektion von Patienten behandelt würde, die deutlich kränker wären als im bundesweiten Vergleich. Oder, dass dies aufgrund von Kodierfehlern zu erklären wäre. Betrachtet man die Gesamtanzahl der Fälle, so wurden im Bezugsjahr 1999 in den HELIOS Kliniken stationär 173.171 Fälle und bundesweit in den deutschen Krankenhäusern 16.388.509 Fälle behandelt. Dass 170.000 Fälle aus HELIOS Akutkliniken eine solche Negativselektion beinhalten sollten, oder dass in den HELIOS Kliniken grundsätzlich

anders als in den Kliniken bundesweit kodiert würde, erschien damals primär unplausibel.

Zu bedenken ist, dass in den 90er-Jahren und auch Anfang 2000 eine offene Fehlerkultur und ein kritischer Umgang mit Verbesserungspotenzial im Bereich der eigenen medizinischen Behandlungsqualität nicht flächendeckend in der Ärzteschaft und den Krankenhäusern vorhanden waren.


1.1.2 Idee- und Verfahrensentwicklung bei HELIOS

Um dem Problem der Übersterblichkeiten näher zu kommen, erging im Sommer 2000 aus dem HELIOS Konzern der Auftrag an die HELIOS Kliniken, sich mit dem Thema zu beschäftigen. Im Spätsommer 2000 wurde in Leisnig eine retrospektive Aktenanalyse von Patienten mit Herzinfarkt, die im Jahre 1999 verstorben waren, initiiert und durchgeführt. Es wurden 35 Patienten retrospektiv analysiert. Jede retrospektiv untersuchte Patientenakte wurde standardisiert bewertet. Bei dieser standardisierten Bewertung wurden 3 Kategorien unterschieden:

- Kategorie 1 Verbesserungspotenzial in der Behandlung, differenziert nach 1a klar und 1b fraglich.
- Kategorie 2 Fehlkodierung der Hauptdiagnose, ebenfalls differenziert nach 2a klar und 2b fraglich.
- Bei Kategorie 3 fanden sich keine Auffälligkeiten im Behandlungsprozess (s. Abb. 1).

Bei dieser ersten im HELIOS Konzern durchgeführten retrospektiven Aktenanalyse nach der Methodik fanden sich in 31% der Akten Verbesserungspotenzial, in 38% Fehlkodierung und in 31% tödlicher Verlauf trotz suffizienter Maßnahmen. Verbesserungspotenzial bedeutet in diesem Verfahren, das Suchen von Verbesserungsmöglichkeiten und Fehlern im Behandlungsprozess. Verbesserungspotenzial sagt nicht aus, ob der Krankenhaustod hätte vermieden

Beurteilung und Einstufung nach folgenden Kategorien:

- 
- Kategorie 1: Optimierungsmöglichkeit
1a klar 1b fraglich
 - Kategorie 2: Fehlkodierung
2a klar 2b fraglich
 - Kategorie 3: keine Auffälligkeiten,
klare Diagnose, suffiziente Therapie

Optimierungspotenzial höher bewertet als andere Kategorien

Abb. 1 Kategorien zur Bewertung einer retrospektiv analysierten Patientenakte

werden können. Immer wird der gesamte Behandlungsprozess analysiert, also nicht nur die Behandlung der Hauptdiagnose, sondern auch die Behandlung aller Nebendiagnosen, Komorbiditäten und Komplikationen.

Zur weiteren Prüfung der Methodik wurden weitere unabhängige, anerkannte HELIOS Chefarzte (Peers) aus anderen Kliniken nach Leisnig gebeten, um die Akten retrospektiv ohne Vorkenntnisse der ersten Analyse nach der beschriebenen Methodik zu untersuchen. Die fallbezogene Übereinstimmung der unabhängigen Untersucher betrug für den Myokardinfarkt 89%. Nach der gleichen Methodik der Bewertung und mit unterschiedlichen Peers wurden 14 Patienten mit Herzschwäche analysiert. Es fanden sich in 36% Verbesserungspotenzial, die Übereinstimmung zwischen den unabhängigen Untersuchern lag hier bei 79%. In Erfurt wurden nach gleicher Methodik 19 Patienten mit Krankenhaustod bei Lungenentzündung untersucht, es zeigten sich 32% Verbesserungspotenzial, die Übereinstimmung der Peers betrug 74%.

Das Verfahren wurde von den beteiligten Ärzten als brauchbares Werkzeug bewertet, Verbesserungspotenzial oder Fehler in Behandlungsprozessen der analysierten Klinik aufzudecken. Der Aufwand für das Verfahren war überschaubar. Diese Ergebnisse und die Methode wurden im Konzern und auf dem Fach-

gruppen-Treffen Innere Medizin vorgestellt und diskutiert. Der Fachgruppe Innere Medizin gehörten alle Chefärzte der internistischen Kliniken des HELIOS Konzerns an. Es erfolgte ein kritisch konstruktiver Dialog mit der Bereitschaft das Verfahren weiterzuverfolgen.

Als nächstes wurden nachfolgende Schritte festgelegt. Die Krankenhaussterblichkeiten an Herzinfarkt, Herzschwäche und Pneumonie wurden pro HELIOS Klinik ausgewertet und lagen als Benchmark für den Konzern und im Vergleich zur bundesweiten Krankenhaussterblichkeit aus den Daten des Statistischen Bundesamtes vor. Anhand der Krankenhaussterblichkeiten wurde eine HELIOS Klinik mit deutlich negativer Abweichung und eine HELIOS Klinik mit deutlich positiver Abweichung im Vergleich zum Bundesdurchschnitt für jeweils ein Peer Review Verfahren ausgewählt. Dieses Peer Review Verfahren sollte nach der in Leisnig entwickelten Methodik durch HELIOS Chefärzte (Peers) durchgeführt werden. Vorher sollte in diesen Kliniken eine Eigenbewertung der Akten (Selbstreview) durch den Chefarzt der Abteilung nach der gleichen Methodik vorgenommen werden. Diese Verfahren wurden am 26. und 27.01.2001 in der Klinik mit der negativen Abweichung sowie am 15. und 16.02.2001 in der Klinik mit der positiven Abweichung für verstorbene Patienten mit Herzinfarkt oder Herzschwäche durchgeführt. In der HELIOS Klinik mit der negativen Abweichung fand sich beim Herzinfarkt ein Verbesserungspotenzial von 31% und bei der Herzschwäche ein Verbesserungspotenzial von 25%. In der HELIOS Klinik mit der positiven Abweichung fand sich ein Verbesserungspotenzial beim Herzinfarkt und Herzschwäche jeweils von 0%. Insgesamt wurden in dieser ersten Phase 256 Patienten mit einer retrospektiven Fallaktenanalyse nach der HELIOS Peer Review Methodik untersucht. Diese ersten Erfahrungen bestätigten, dass mit dem HELIOS Peer Review Verfahren Verbesserungspotenziale der Behandlungsprozesse gut und schnell erfasst werden können.

Als Voraussetzung für das HELIOS Peer Review Verfahren wurden die nachfolgenden Bedingungen identifiziert:

- Einsicht, dass Verbesserungspotenzial und Fehlerquellen vorhanden sind
- Wunsch, das Verbesserungspotenzial zu finden
- offene kollegiale Diskussionskultur und Kritikfähigkeit
- Qualitätsbewusstsein für jeden Behandlungsschritt
- Erkennen von Schnittstellenproblematik und Problemen bei der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Qualitätsverantwortlich ist der Chefarzt der Klinik

Der Maßstab ist die individuell-optimale Behandlung für jeden Patienten. Die Bewertung der Behandlungsqualität und die Zuordnung der retrospektiven Fallanalyse in die Bewertungskategorien sind subjektiv, zeigten aber eine gute Übereinstimmung zwischen kritischen Peers. Die Ergebnisse der ersten Peer Review Verfahren mit deutlichem Nachweis von Verbesserungspotenzial in den Behandlungsprozessen, insbesondere in analysierten Kliniken mit Negativabweichung, führten im Konzern zu einer sehr kontroversen Diskussion des Verfahrens mit dem Spektrum von deutlicher Unterstützung bis zur Ablehnung. Die Erfahrungen aus den Peer Review Verfahren zeigten, dass pro Krankheitsbild und Peer Review Verfahren die retrospektive Aktenanalyse von 15 bis 20 Patienten ausreichend ist.

Dieser Diskussionsprozess wurde positiv unterstützt durch Publikationen, die sich ebenfalls mit Fehlern während der Krankenhausbehandlung beschäftigten. So zeigte bereits die Harvard Medical Practice Study, dass medizinische Fehler mit negativen Folgen für den Patienten in 3,7% der Krankenhausaufnahmen nachweisbar waren (Brennan et al. 1991). Eine australische Gruppe fand 16,6% Komplikationen bei stationärer Behandlung, davon 51% vermeidbar

(Wilson et al. 1995). Britische Untersuchungen wiesen 10,8% Komplikationen während des stationären Aufenthaltes nach, davon 50% vermeidbar und 33% mit bleibenden Folgen und Tod (Vincent et al. 2001). Eine US-amerikanische Arbeitsgruppe fand 22,7% potenzielle und 6% wahrscheinliche oder eindeutig vermeidbare Krankenhaustote auf Grund fehlerhafter Behandlung (Hayward u. Hofer 2001). Im „Institute of Medicine Report“ aus den USA wurden 44.000 bis 98.000 Todesfälle pro Jahr im Zusammenhang mit medizinischen Fehlern hochgerechnet (Kohn et al. 2000; Lee 2002).

Aufgrund der ersten Erfahrungen mit dem neuen HELIOS Peer Review Verfahren wurde trotz kontroverser Diskussion am 13.09.2001 die HELIOS Arbeitsgruppe Internes Qualitätsmanagement ins Leben gerufen. Diese Arbeitsgruppe sollte das HELIOS Peer Review Verfahren etablieren und weiter entwickeln.

1.1.3 Etablierung und Weiterentwicklung des HELIOS Peer Review Verfahrens

Der Maßstab für die retrospektive Analyse des Behandlungsprozesses ist die ex ante Sicht auf den Patienten und die individuell beste Patientenbehandlung, insbesondere unter Berücksichtigung

vorhandener Leitlinien. Dabei wird immer die gesamte Behandlung des Patienten berücksichtigt, nicht nur die Behandlung der Hauptdiagnose. Zur Unterstützung dieser Analyse wurden die Analysekriterien folgendermaßen formuliert:

! Analysekriterien für die retrospektive Aktenanalyse

- Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?
- Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?
- Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie angemessen und rechtzeitig?
- Wurden Behandlungsleitlinien und Standards berücksichtigt?
- War die Dokumentation umfassend und schlüssig?
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?
- Kontrollen der Behandlungsverläufe?

Strittige Therapiekonzepte dürfen nicht beurteilt werden!

Seit dem Jahr 2001 werden im HELIOS Konzern jährlich Peer Review Verfahren durch die Arbeitsgruppe Internes Qualitätsmanagement durchgeführt. Die Arbeitsgruppe besteht aus etablierten Chefärzten, die als Peers tätig sind. Seit dem Jahr 2000 werden im HELIOS Konzern auf Basis der den Krankenkassen übermittelten Abrechnungsdaten (Routinedaten) bei bestimmten Hauptdiagnosen (ICD-Kodierung) für den Gesamtkonzern und für jede einzelne Klinik Krankenhaussterblichkeiten ausgewertet und als interner Benchmark sowie auch im Vergleich zu den Daten des statistischen Bundesamtes im HELIOS Konzern veröffentlicht.

Aus der Arbeitsgruppe internes Qualitätsmanagement werden eine Klinik und ein Krankheitsbild für ein Review ausgewählt, z. B. Krankenhaus A mit der Krankenhaussterblichkeit X bei der Hauptdiagnose Lungenentzündung

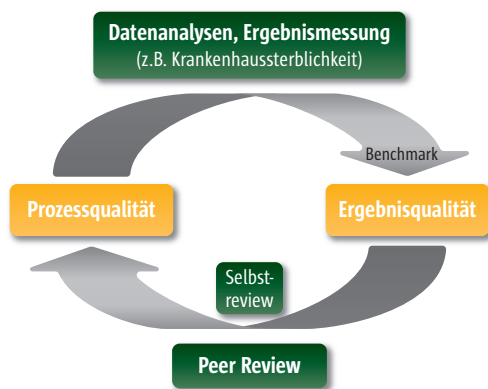


Abb. 2 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

eines Jahres. Es wird eine anonymisierte Fallliste erstellt, die ausschließlich in der Review-Klinik zur Fallidentifikation entanonymisiert werden kann. Der Chefarzt der Klinik wird über das Verfahren informiert und aufgeklärt. In der Klinik wird unter Einbeziehung der am Behandlungsprozess beteiligten Chefärzte eine retrospektive Aktenanalyse und Bewertung nach der festgelegten Methodik (Selbstreview) durchgeführt. Aus der Arbeitsgruppe Internes Qualitätsmanagement werden mindestens 2 Peers ausgewählt, die dann vor Ort in der ausgewählten Klinik das Peer Review Verfahren durchführen. Zu dem Peer Review Verfahren vor Ort gehörten neben der retrospektiven Aktenanalyse nach geschilderter Methodik eine ausführliche Fallbesprechung und Diskussion unter Vermittlung des Verbesserungspotenzials mit den beteiligten Klinikärzten. Aus den Ergebnissen der Aktenanalyse und der Falldiskussion wird ein Ergebnisprotokoll erstellt inklusive eines Maßnahmenkataloges. Dieser Maßnahmenkatalog beinhaltet konkrete Verbesserungsempfehlungen und Zeitschienen zur Lösung. Die Umsetzung dieser Empfehlungen obliegt der jeweiligen Klinik.

Die Krankenhaussterblichkeiten werden im HELIOS Benchmarking weiter gemessen und Veränderungen nach dem Peer Review Verfahren weiter beobachtet. Dies führt zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess mit Ergebnisqualitätsmessung über Routinedaten und Behandlungsprozessanalyse mittels Peer Review Verfahren (s. Abb. 2).

Im Jahr 2002 wurden Peer Review Verfahren in internistischen Kliniken und in chirurgischen Kliniken unter anderem zu den Themen Herzinfarkt, Herzschwäche, Lungenentzündung, Schlaganfall, Dickdarmkrebs, Schenkelhalsbruch und Gefäß-Operation mit Amputation durchgeführt.

Im Jahr 2003 wurden als wesentlicher Meilenstein in der Weiterentwicklung Peer Review Verfahren bei verstorbenen Patienten mit Beatmung > 24 Stunden eingeführt. Hier fand sich

in den ersten 4 Pilotkliniken ein deutlich höheres Verbesserungspotenzial von 74% (40 von 54 Patienten). Initiiert wurden diese Peer Reviews primär, um Probleme in der Langzeitbeatmung zu finden. In den Peer Review Verfahren zeigte sich jedoch, dass dies oft nicht das Hauptproblem war. Verantwortlich für den höheren Nachweis von Verbesserungspotenzial waren hauptsächlich zwei Gründe: Erstens führten kumulativ im Vorfeld oder bei der Intensivtherapie entstandene Probleme konsekutiv zum Ausfall des respiratorischen Systems und damit zur Langzeitbeatmung. Zweitens zeigten engmaschige Kontrollen und Dokumentation von Vitalparametern, Laborwerten und vielen anderen Parametern häufiger den Nachweis von Verbesserungspotenzial. Im Peer Review Verfahren Beatmung > 24 Stunden und Tod werden neben der Intensivtherapie, die Schnittstellen der Zusammenarbeit Intensivstation und andere Abteilungen sowie die Therapie vor und nach dem Intensivaufenthalt analysiert.

In den Peer Review Verfahren bei Beatmung > 24 Stunden fanden wir erhebliche Unterschiede in der medizinischen Bedeutung des Verbesserungspotenzials bei Kliniken mit vergleichbar hohem prozentualen Anteil an Verbesserungspotenzial. Einerseits zeigten Kliniken mit hohem Verbesserungsanteil von der Wertigkeit her nur geringe oder leichte medizinische Beanstandungen, andererseits fanden sich auch gehäuft komplikative Verläufe. Dies erforderte eine weitere Differenzierung der Bewertung des Verbesserungspotenzials pro Klinik Peer Review Verfahren. Für das gesamte Peer Review Verfahren einer Klinik wurde abschließend, entsprechend der 7 Analyse Kriterien, nochmals das Verbesserungspotenzial differenziert und bepunktet mit 0-3 Punkten je Analyse Kriterium. Dies ergibt eine Gesamtpunktzahl von 0 - kein Verbesserungspotenzial bis 21 - massives Verbesserungspotenzial (s. Tab. 1).

Sowohl bei den Peers als auch bei den Klinikärzten veränderte über die Jahre die ständige

Tab. 1 Punktesystem zur Bewertung des Verbesserungspotenzials eines HELIOS Klinik Peer Review Verfahrens

	ja	weitgehend	nicht immer	nein
Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?				
Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?				
Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie angemessen und rechtzeitig?				
Wurden Behandlungsleitlinien und Standards berücksichtigt?				
War die Dokumentation umfassend und schlüssig?				
War die interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?				
Kontrollen der Behandlungsverläufe?				
ja	0			
weitgehend	1			
nicht immer	2			
nein	3			
Gesamtpunktzahl (0 bis 21)				

Auseinandersetzung mit den Krankenhaussterblichkeiten im Benchmark und den retrospektiven Aktenanalysen in Peer und Selbst-Review Verfahren sukzessive die Fehlerkultur und das Qualitätsbewusstsein. Nach den Peer Review Verfahren wurde den beteiligten Kliniken ein Feedbackbogen zur standardisierten Bewertung des Peer Review Verfahrens zur Verfügung gestellt. Hinweise aus den Feedbackbögen wurden genutzt, auch das HELIOS Peer Review Verfahren im Ablauf kontinuierlich zu verbessern.

Das bisher geschilderte HELIOS Peer Review Verfahren ist exzellent geeignet, in den einzelnen Kliniken Verbesserungspotenzial aufzudecken. Hierzu eignen sich Krankheitsbilder mit hoher Patientenzahl und entsprechenden Krankenhaussterblichkeiten. Die kontinuierliche Durchführung der HELIOS Klinik Peer Review Verfahren, unterstützt durch das ständige Benchmarking von Krankenhaussterblichkeiten im Konzern, Schulungsmaßnahmen, die Einführung von Standards und Leitlinien sowie HELIOS Handlungsempfehlungen, haben dazu geführt, dass die Krankenhaussterblichkeiten an Herzinfarkt, Herzschwäche und Lungenentzündung des HELIOS Konzerns mittlerweile deutlich die bundesweiten Vergleichswerte unterschritten haben (Krahwinkel et al. 2011).

Krankheitsbilder mit niedriger Krankenhaussterblichkeit pro Klinik sind für die geschilderten HELIOS Klinik Peer Review Verfahren nicht geeignet. Diese lassen einerseits auf Klinikenebene bei geringen Sterblichkeitszahlen mit nur 1-2%/Jahr aufgrund der Einzelfälle keine sinnvolle Analyse mit Erfassung der Behandlungsprozessqualität zu. Andererseits kann bei diesen Einzelfällen in Abhängigkeit vom Volumen der Klinik ein Patient zu deutlichen statistischen Auffälligkeiten im bundesweiten Vergleich führen. Zur Lösung dieses Problems wurden im Jahre 2007 als weiterer Schwerpunkt die Zentralen HELIOS Peer Review Verfahren eingeführt. Bei diesen Peer Review Verfahren werden zentral die Akten mit den Einzeltodesfällen eines Krankheitsbildes aus allen HELIOS Häusern analysiert. So werden zum Beispiel verstorbene Patienten mit Endoprothetik retrospektiv nach der HELIOS Peer Review Methodik untersucht. Rückschlüsse auf die einzelne Klinik sind bei einem Fall in der Regel nicht möglich, aber bei systematischer Untersuchung der Akten lassen sich Muster erkennen. So konnten zum Beispiel bei Patienten mit Hüft- und Knie-Endoprothesen 2 Problemkonstellationen identifiziert werden. Einerseits wurden Patienten mit sehr hohem, insbesondere kardiovaskulärem Patien-

tenrisiko bzgl. ihres Risikos unterschätzt. Für diese Patienten bedeutete der vermeintlich überschaubare Routineeingriff eine Hochrisikosituation, die unzureichend erkannt und auch unzureichend gemanagt wurde. Die zweite Gruppe betraf die Patienten mit verzögert erkannten postoperativen Infektionen, einlaufender Sepsis und zu später Therapieeinleitung mit fatalem Verlauf. Diese Ergebnisse haben im HELIOS Konzern zu umfangreichen Aktivitäten inklusive der Bildung einer ständigen Arbeitsgruppe geführt, die sich mit der Minderung des perioperativen Risikos beschäftigt.

In den folgenden Jahren wurden unterschiedliche Peer Review Verfahren bei Erkrankungen mit entsprechender Anzahl pro Klinik und höherer Krankenhaussterblichkeit, bei häufigen Operationen aber auch zur Analyse von Prozessorganisationen wie Polytraumamanagement oder Anteil bestimmter Behandlungsverfahren (z.B. Anteil der laparoskopischen OPs) durchgeführt. Die kontinuierliche Auseinandersetzung mit den Peer Review Verfahren in vielen Diskussionsrunden des Konzern hat eine neue Fehlerkultur und einen kritischen Umgang mit der eigenen Behandlungsqualität bewirkt. Häufige anfangs sehr gemischt betrachtete externe Vorträge von HELIOS Erfahrungen zu den Themen Messung von Qualitätsparametern wie Krankenhaussterblichkeiten, aus Abrechnungsroutinedaten und Analyse der auffälligen Messergebnisse mittels Peer Review Verfahren haben letztlich auch einen externen Diskussionsprozess in Gang gesetzt. Dieser mündete schließlich in der Gründung der Initiative Qualitätsmedizin.

1.2 Initiative Qualitätsmedizin

1.2.1 Vorbereitung und Gründung 2008

Die Erkenntnis, dass Qualität zu einem Wettbewerbsfaktor geworden ist, hatte sich in den letzten Jahren verfestigt. Viele Krankenhäuser hatten bereits an Zertifizierungen teilgenom-

men und viel Arbeit in Dokumentation und Beschreibung von Arbeitsabläufen investiert und dafür viel Geld bezahlt. Und dann? Dann lag alles in der Schublade und es wurde so weiter gemacht wie bisher oder jedenfalls fast. Viele haben nach einem zielorientierten und wenig aufwendigen, effizienten System gesucht, mit dem Qualität gemessen, transparent gemacht und überprüft werden kann. Genau in diesem Kontext wurde 2008 von einigen „Mutigen“ die Initiative Qualitätsmedizin IQ^M gegründet – und keinem war zu Beginn klar, wohin das ganze Projekt führen würde. Der Mut bestand zu Beginn vor allem auch darin, sich sowohl miteinander als auch mit HELIOS zu vergleichen. Die Angst vor Veröffentlichung der Ergebnisse war groß, vielfach auch vor der vermeintlichen Einflussnahme von HELIOS, dessen Mitarbeiter das System erfunden hatten und daher über einen großen Wissensvorsprung verfügten. Einige Krankenhäuser, die teilnahmen, wollten anfangs nur einen Eindruck gewinnen, um am System kennenzulernen und zu prüfen, ob es krankenhausintern anwendbar ist. Unsicherheit brachte auch im HELIOS Konzern Fragen auf wie: „Warum geben wir unser Alleinstellungsmerkmal auf? Warum teilen wir unser Wissen und unsere Erfahrung mit anderen? Sind wir nicht besser als andere?“ Letztendlich hat die Gründung von IQ^M dazu beigetragen, ein System in die breite Öffentlichkeit zu tragen, das mit wenig zusätzlichem Dokumentationsaufwand, sehr transparent und relativ manipulationssicher Ergebnisqualität analysiert und Ärzte als Qualitätsverantwortliche in den Mittelpunkt stellt.

1.2.2 Erste Schritte

Mit der Gründung von IQ^M musste eine Struktur gefunden werden, die den drei Grundsätzen entspricht:

- Messung mit Routinedaten
- Transparenz durch Veröffentlichung
- Aktives Qualitätsmanagement durch Peer Review Verfahren

Daher wurden drei Fachausschüsse etabliert, die jeweils einem Grundsatz verpflichtet sind und die Weiterentwicklung garantieren. Der Fachausschuss Indikatoren kümmert sich um die Weiterentwicklung der Kennzahlen, Zielwerte und Vergleichswerte. Der Fachausschuss Transparenz entwickelt Standards und Regeln zur internen und externen Veröffentlichung. Der Fachausschuss Peer Review ist zuständig für die Auswahl und Durchführung der Review Verfahren sowie die strukturierte Ausbildung der Peers. Zu Beginn wurden HELIOS Mitarbeiter mit der Leitung der Fachausschüsse betraut, um die Erfahrungen des Konzerns nutzbar zu machen. Im Fachausschuss Transparenz ist die Leitung bereits an einen Vertreter der öffentlich rechtlichen Häuser übergeben worden. Jedes IQ^M-Mitglied entsendet Vertreter in die Fachausschüsse und hat damit direkten Einfluss auf Entscheidungen und die Weiterentwicklung des Systems. Viele haben sich seither in dieser Arbeit intensiv engagiert und mit Vorschlägen und konstruktiver Kritik zu einer ständigen internen Optimierung beigetragen.

Im Fachausschuss Peer Review wurden zunächst die Regeln des Verfahrens festgelegt und gemeinsam trägerübergreifend erarbeitet. Weiterhin wurden Grundsätze definiert, die für alle Review Verfahren gelten müssen:

- Klärung statistischer Auffälligkeiten (keine Repressalien)
- Chefarztsache (Durchsetzbarkeit)
- zentrale Review- und Fallauswahl (Treffsicherheit)
- akzeptierte Analysekriterien (Vergleichbarkeit)
- klare Regeln zum Ablauf (Verlässlichkeit)
- trägerübergreifende Teams (Akzeptanz)
- Vorgaben zum Ergebnisprotokoll (Lösungsvorschläge)
- Befragung der Abteilungen nach dem Review (Feedback)

Dies erschien besonders wichtig, da die unterschiedlichen Träger und Kliniken sehr verschie-

dene Vorstellungen von der Umsetzung und der Durchsetzung der Reviews hatten. Daher musste auch über jedes einzelne Dokument Konsens erzielt und klare Ablaufbeschreibungen des Verfahrens entwickelt werden. Da es sich grundsätzlich um ein lernendes System handelt und immer neue Mitglieder hinzukommen, müssen diese Punkte ständig aktualisiert werden. Weitere Aufgaben bestehen in der jährlichen Planung und Durchführung der Reviews, Diskussion der Ergebnisse und der strukturierten Schulung der Peers. Bereits in dieser frühen Entwicklungsphase war die Bundesärztekammer und die Ärztekammer Berlin als Gast eingebunden und unterstützend und beratend tätig – IQ^M hat davon erheblich profitiert. 2009 wurden die ersten Pilot Review Verfahren in Kliniken, die sich freiwillig zur Verfügung gestellt hatten, durchgeführt. In diesen Verfahren konnte gezeigt werden, dass

- man in wenigen Akten einen roten Faden finden kann
- die Analysekriterien geeignet sind, Optimierungen aufzuzeigen
- die gemeinsame Diskussion über Akzeptanz der Ergebnisse entscheidet
- die besuchten Kliniken positiv beeindruckt waren
- die Peers erstaunt waren über Effektivität und Effizienz

Die Ärztekammern haben die Pilotphase begleitet, das Verfahren zunächst analysiert und sich zur Begleitung auch der regulären Reviews in 2010 entschlossen. Es wurde ein Evaluationsbogen entwickelt, der nach den Verfahren von der Bundesärztekammer ausgewertet wurde. Die abgeleiteten Empfehlungen zur Verbesserung des Verfahrens wurden anschließend von IQ^M übernommen.

1.2.3 Umsetzung und Evaluierung

Das Ziel 2010 war das Peer Review Verfahren bei IQ^M zu etablieren und den Mitgliedern den

praktischen Nutzen spürbar zu vermitteln. Es wurden 21 Verfahren nach den festgelegten Regeln durchgeführt und die Ergebnisse im Rahmen des Fachausschusstreffens dargestellt. Besonders wichtig waren dabei Erfahrungsberichte von Kollegen, die ein Review Verfahren in ihrer Klinik erlebt hatten. Die konstruktive interdisziplinäre Diskussion der Fälle als Kernstück des Verfahrens in einer kollegialen Atmosphäre mit gegenseitigem Respekt wurde ausgesprochen positiv bewertet und führte zu aktiver Bearbeitung der Lösungsvorschläge in den Kliniken. Allerdings wurde auch deutlich, dass die Vorbereitung der Peers von entscheidender Bedeutung für die Akzeptanz des Verfahrens ist. Schulungsbedarf gab es vor allem im Bereich Moderation und Rollenverhalten. Auch die IQ^M-Regeln wurden nicht immer korrekt eingehalten. Das wurde nicht zuletzt durch die Evaluation der Ärztekammern zusammengefasst und dargestellt. Folgende Vorschläge wurden gemacht:

- Kommunikation zu den Inhalten und Zielen des Verfahrens in den Kliniken
- Durchsetzung der Verfahrensregeln
- Standardisierte Einbeziehung aller beteiligten Fachabteilungen
- Möglichkeit einer Begehung je nach Thema des Review
- Qualifikation der Peers in der Rolle als Peer

Diese Hinweise wurden aufgenommen und mit unterschiedlichen Mitteln in das Verfahren integriert. Teils wurden Checklisten erarbeitet, um den Peers die Arbeit zu erleichtern, Vorträge erstellt, die den Kliniken die Kommunikation der Ziele und der Abläufe des Verfahrens leichter ermöglichen. Ganz besonders aber wurde die Schulung der Peers deutlich professionalisiert. Hier wurde neben der Vermittlung von Verfahrensregeln ein Schwerpunkt auf das Rollenverständnis gelegt und ein weiterer Schwerpunkt auf Gesprächs- und Moderationstraining. Dadurch ist es gelungen, in den letzten zwei Jahren eine Gruppe von Peers zu schulen,

die der nicht immer leichten Aufgabe deutlich besser gewachsen sind. Das hat IQ^M auch die Möglichkeit gegeben, die Review Verfahren 2011 und 2012 deutlich zu steigern. Insgesamt wurden inzwischen 132 Reviews trägerübergreifend und seit 2012 auch international durchgeführt.

1.3 Curriculum der BÄK

Medizinische Qualität ärztlich hinterfragen und analysieren – das ist ein ureigenes Anliegen der ärztlichen Profession. Insofern weckte das Peer Review Verfahren das intensive Interesse der Ärztekammern. Es handelt sich um die Ur-Methode der Qualitätssicherung: den systematischen, kollegialen Austausch auf Augenhöhe mit dem Ziel, voneinander zu lernen. Positiv wurde auch vermerkt, dass die Geschwindigkeit der Umsetzung von Veränderungen deutlich schneller ist als in anderen Qualitätsverfahren. Die Begleitung der IQ^M-Review Verfahren führte daher zu der Einsicht, dass es sinnvoll sein muss, alle ärztlichen Review Verfahren grundsätzlich zu strukturieren und ähnliche Inhalte festzuschreiben. Das Ziel sollte sein, das Review Verfahren als Methode zu beschreiben und damit zu vereinheitlichen.

2010 wurden verschiedene Partner, einschließlich IQ^M/HELIOS Peers, in der Bundesärztekammer zur Mitarbeit am Curriculum Ärztliches Peer Review eingeladen und gemeinsam die Struktur und die Inhalte erarbeitet. Ein wesentliches Thema umfasst dabei die Qualifizierung von Peers. Das Curriculum wurde im Frühjahr 2011 verabschiedet (Bundesärztekammer 2011). Seither werden die Peer Schulungen von IQ^M-Peers in Kooperation mit der Ärztekammer Berlin und der Landesärztekammer Baden-Württemberg durchgeführt. Die Auswertung der Feedback Fragebögen ergab eine sehr gute Bewertung der Kursinhalte. Als besonders hilfreich wurde die Fokussierung auf das eigene Rollenverhalten und die Vermittlung von geeigneten Gesprächstechniken empfunden.

Das IQ^M-Peer Review Verfahren muss sich weiterentwickeln und einer Überprüfung stellen. Offene Fragen sind:

- Welchen Anteil hat das Peer Review Verfahren kausal an Qualitätsverbesserungen?
- Wie kann die Nachhaltigkeit von Qualitätsverbesserungen gefördert werden?
- Wie sind andere Berufsgruppen, wie z.B. die Pflege, in das Verfahren zu integrieren?

Diesen Themen wird sich IQ^M stellen.

Literatur

Brennan TA, Leape LL, Laird NM, Hebert L, Localio AR, Lawthers AG, Newhouse JP, Weiler PC, Hiatt HH (1991) Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 324: 370–376
Bundesärztekammer (2011) Curriculum „Ärztliches Peer Review“, Stand 18. Februar 2011. www.bundesaerztekammer.de/

[downloads/Curriculum_Aerztliches_Peer_Review1.pdf](#) (Zugriff am 21.01.2013)

Hayward RA, Hofer TP (2001) Estimating hospital deaths due to medical errors. Preventability is in the eye of the reviewer. *JAMA* 286: 415–420

HELIOS Kliniken GmbH (2000) Kompetenz in Medizin. Medizinischer Jahresbericht der HELIOS Kliniken Gruppe 1999. www.helios-kliniken.de/fileadmin/user_upload/Helios-Kliniken.de/Ueber_HELIOS/Publicationen/Med_Jahresbericht_1999.pdf (Zugriff am 21.01.2013)

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (2000) *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C., National Academy Press

Krahwinkel W, Rink O, Liebetrau M, Günther M, Schuler E, Kühlen R (2011) 10 Jahre Peer Review – Verbesserung der medizinischen Behandlung durch Qualitätsindikatoren aus Routinedaten. *Dtsch Med Wochenschr* 136: 2083–2088

Lee TH (2002) A Broader concept of medical errors. *N Engl J Med* 347:1965–1966

Vincent C, Neale G, Woloshynowych M (2001) Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 322: 517–519

Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD (1995) The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 163: 458–471



Dr. med. Wolfgang Krahwinkel

Studium der Humanmedizin an der Universität Düsseldorf von 1980 bis 1986. Dissertation an der Nuklearmedizinischen Klinik der Universität Düsseldorf in der Kernforschungsanlage Jülich 1983 bis 1987. Facharztausbildung Arzt für Innere Medizin 1988 bis 1994 an der Medizinischen Klinik B der Universitätsklinik Düsseldorf, an der Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Düsseldorf-Gerresheim und am Herzzentrum Wuppertal/Universität Witten Herdecke. 1995 bis 1998 Oberarzt am Herzzentrum Wuppertal. Seit 1996 Arzt für Kardiologie. Fakultative Weiterbildung in Spezieller Internistischer Intensivmedizin und Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin und Schlafmedizin. Seit 1998 HELIOS Krankenhaus Leisnig, Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Intensivmedizin. Leiter der Arbeitsgruppe internes Qualitätsmanagement der HELIOS Kliniken GmbH. Medizinischer Beirat der HELIOS Kliniken GmbH.



Dr. med. Oda Rink

Nach Medizinstudium in Marburg und Frankfurt Weiterbildung zur Fachärztin für Chirurgie in Bad Wildungen und Wuppertal. 1986 Anerkennung Fachärztin für Chirurgie, ab 1989 Weiterbildung zur Fachärztin für Gefäßchirurgie. 1992–2008 Chefarztin der Abteilung für Chirurgie am St. Josefs Hospital in Bochum Linden, Aufbau der Fußchirurgie im HELIOS Konzern. 1994 Gründung des Medizinischen Beirates der HELIOS Kliniken, 1999 Aufbau des Peer Review Verfahrens in den HELIOS Kliniken, seit 2008 Leiterin des IQ^M-Fachausschusses Peer Review.