Grundeinschätzung – Lichtstreifen am Horizont zu sehen? Welche Forschungsansätze sollten dringend weiter gefördert werden?

- Nicht zuletzt: Wie wird aus den Themen „chosing wisely" und „shared decision making" ein politisches und öffentliches Thema, das nicht die Verantwortung am Ende doch wieder auf den vermeintlich unmündigen Patienten abschiebt?

Mir liegt nichts daran, die Bedeutung der „chosing wisely" Kampagne kleinzureden. Dass es aber zu früh ist, hier schon den Schlüssel zur wünschenswerten Beeinflussung von Über-, Unter- und Fehlversorgung zu sehen, mag abschließend aus dem Mund einiger Pionierinnen des Ansatzes authentischer klingen als es mir möglich ist:

„The campaign is akin to a tool that has many recommendations and a physician engagement strategy focused on leveraging professionalism to improve care. Whether there will be widespread use of that tool by delivery systems is still to be seen. Early indicators of implementation of the recommendations are promising but not conclusive"
(Levinson, Born, Wolfson 2018).

Die Förderung und Verankerung der Idee des „weniger kann mehr sein" in der Medizin bedarf systematischer Unterstützung in Kenntnis der geschilderten Barrieren für eine Entwicklung von Kommunikation auf Augenhöhe. Am Ende wird wie immer auch empirisch zu ermitteln sein, ob es wirklich gelungen ist, zu Beginn des 21. Jahrhunderts eine neue Kultur des reflektierten Umgangs mit Evidenz und Ressourcen einzuleiten. <<

Autor:
Prof. Dr. med. Norbert Schmacke, Hochschullehrer am Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (Abteilung 1 Versorgungsforschung), bis Juni 2018 stellvertretendes unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss, Mitglied des Münsteraner Kreises) hielt diesen Vortrag auf dem Kongress „Praxis Versorgungsforschung" unter dem Titel „Viel hilft nicht immer viel – Auf dem Weg zur richtigen Versorgung", einer gemeinsamen Tagung des WINEG und des InGef am 17.05.2018 in Berlin.



Univ.-Prof. Dr. med. Peter F. Matthiessen
Vorsitzender des Sprecherkreises des Dialogforums Pluralismus in der Medizin (DPM)

„Der Andere könnte auch Recht haben"

>> In Anbetracht zahlreicher Pauschalangriffe auf die Komplementärmedizin und insbesondere auf die Homöopathie sowie einem „Münsteraner Memorandum Homöopathie" (1), in dem die Abschaffung der ärztlichen Zusatzbezeichnung Homöopathie auf dem 121. Deutschen Ärztetag gefordert wird, erfolgt im Namen der Mitglieder des Dialogforum Pluralismus in der Medizin (DPM) sowie der unten aufgeführten Institutionen und der unterzeichnenden Personen eine Stellungnahme, in der dargelegt wird, dass die Behauptung der Unwirksamkeit der Homöopathie im Hinblick auf die publizierte wissenschaftliche Evidenz nicht zutrifft (2-7 u.a.m.). Die folgende Richtigstellung erfolgt mit einem Verweis auf internationale repräsentative klinische Studien, Meta-Analysen und HTAs zur Homöopathie (8-20).

Das Dialogforum Pluralismus in der Medizin (DPM) wurde im Jahr 2000 vom Präsidenten der Bundesärztekammer gegründet, um mit renommierten Ärzten und Wissenschaftlern die traditionellen Parteilichkeiten zwischen Mainstreammedizin (konventionelle Medizin) und Komplementärmedizin durch einen verstetigten Dialog zwischen ausgewiesenen Vertretern unterschiedlicher Denk- und Praxisansätzen auf Augenhöhe zu überwinden. Zu den im Dialogforum vertretenen medizinischen Ansätzen gehören neben demjenigen der konventionellen Medizin die Anthroposophische Medizin, die Homöopathie, die Naturheilkunde und die Chinesische Medizin (TCM). Anliegen und Ziel des DPM ist es, neben einer Trennung der Spreu vom Weizen, eine evidenzbasierte Integrative Medizin zu erarbeiten als Voraussetzung für eine vollorchestrierte Gesundheitsversorgung, durch die den individuell unterschiedlichen Bedürfnissen und Präferenzen der Bürger/Patienten besser entsprochen werden kann.

Integrative Medizin bedeutet allerdings keineswegs Beliebigkeit (21). Methodisch verfolgt wird die Frage nach dem wechselseitigen Ergänzungspotenzial, aber auch dem gegenseitigen Ausschluss der unterschiedlichen medizinischen Ansätze (22-24). Entsprechende Zielsetzungen werden auch von den vorgenannten medizinischen Einrichtungen verfolgt. Eine akribische, aber unvoreingenommene Analyse der publizierten Evidenz zur Wirksamkeit der Homöopathie ergibt, dass die therapeutische Wirksamkeit durch qualitativ hochwertige Studien wohlbegründet ist und 90% der vorhandenen klinischen Studien außer Acht gelassen werden müssten, um eine Unwirksamkeit der Homöopathie schlussfolgern zu können (14). Im Hinblick auf die von den Ärztekammern verliehene Zusatzbezeichnung Homöopathie für approbierte Ärztinnen und Ärzte zeigt sich, dass sich diese Regelung seit Jahrzehnten im Hinblick auf Qualitätssicherung und Patientensicherheit bewährt. In ärztlicher Hand ist die Homöopathie ein wichtiger Bestandteil einer Integrativen Medizin, die das Beste aus konventioneller Medizin und ärztliche Homöopathie zum Wohle des Patienten verbindet.

Nicht überraschend wurde die Einführung der Komplementärmedizin als durch die Verfassung verbrieftes Recht in der Schweiz medial nicht kommuniziert. Dies hat dazu geführt, dass die Homöopathie neben drei weiteren komplementärmedizinischen Methoden als Pflichtleistung der Krankenkassen in der Schweiz angeboten und an den Hochschulen für alle Gesundheitsberufe gelehrt werden muss (25). Dieser Entscheidung ist nicht nur eine Volksabstimmung, sondern auch eine doppelte wissenschaftliche Evaluation vorangegangen (13). Entgegen Behauptungen, es gäbe keine Studien in der Homöopathie, gibt es derer eine ganze Reihe, obwohl eine institutionelle Förderung der Homöopathieforschung nicht stattfindet.

In einem von allen Mitgliedern des DPM unterzeichneten, 2010 im „Deutschen Ärzteblatt" publizierten Grundsatzartikel zur ärztlichen Professionalität und Komplementärmedizin ist aufgezeigt worden, dass sowohl für die konventionelle Medizin als auch für die Komplementärmedizin gleichermaßen eine Verpflichtung zur Wissenschaftlichkeit besteht (26).

Weltweit setzt sich seit einigen Jahrzehnten die Erkenntnis durch, dass eine vollorchestrierte Gesundheitsversorgung eine Integrative Medizin als Grundlage benötigt, wenn sie den vielfältigen und individuell unterschiedlichen Bedürfnissen der Bevölkerung und zudem einer evidenzbasierten Medizin gerecht werden will. Unter dem Konzept der Integrativen Medizin ist

eine begründete und damit nachvollziehbare Koexistenz von Paradigmen im Sinne unterschiedlicher Denk- und Praxisansätze zu verstehen. In den USA wurde vom „Academic Consortium for Integrative Medicine and Health", in dem über 60 führende medizinische Falkultäten Mitglied sind, eine Definition „Integrative Medizin" veröffentlicht: „Integrative medicine and health reaffirms the importance of the relationship between practitioner and patient, focuses on the whole person, is informed by evidence, and makes use of all appropriate therapeutic and lifestyle approaches, healthcare professionals and disciplines to achieve optimal health and healing." (27)[1]. Für die Beteiligten stellt der Begriff Integrative Medizin ein Leitbild dar, durch das die Parteilichkeiten zwischen den einzelnen Richtungen in den Hintergrund treten zugunsten einer Integration, mit der ein unvoreingenommenes Ausschauhalten nach den je besten Therapieansätzen am individuellen Patienten assoziiert ist.

In Deutschland waren Ende 2015 ca. 121.000 niedergelassene Ärzte verteilt auf ca. 95.000 Praxen komplementärmedizinisch tätig, was bedeutet, dass die Hälfte der Ärzte die Komplementärmedizin bereits in die ärztliche Praxis integriert hat.

Alle diejenigen, die gegenwärtig mit eschatologischer, also endzeitgestimmter Verbissenheit den Ausschluss der Komplementärmedizin von der Erstattungsfähigkeit durch die Kostenträger und ein Verbot der Homöopathie bzw. die Abschaffung der Zusatzbezeichnung Homöopathie fordern, bestätigen die bereits von Thomas Kuhn (28, 29) und Ludwig Fleck (30) beschriebene Dynamik der Privilegierung des je eigenen Paradigmas durch staatliche Rechtsprechung. In einem laizistischen, also von der Kirche unabhängigen Staat wie Deutschland ist

1. „Integrative Medizin und Gesundheit ist die Praxis der Medizin, die die Bedeutung der Beziehung zwischen Arzt und Patienten betont, sich auf die ganze Person fokussiert, sich auf Evidenz stützt und alle angemessenen Möglichkeiten für Therapie und Lebensweise, von Gesundheitsberufen und -disziplinen nutzt, um optimale Gesundheit und Heilung zu erreichen." The Academic Consortium for Integrative Medicine and Health. Übersetzung: E.G. Hahn.

Literatur

1. Münsteraner Memorandum Homöopathie. Ein Statement der Interdispziplinären Expertengruppe "Münsteraner Kreis" zur Abschaffung der Zusatzbezeichnung Homöopathie. Korrespondenzadresse: Dr. Christian Weymayr, c/o Lehrstuhl für Medizinethik, Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster, Von Esmarch-Str. 62, D-48149 Münster, christian.weymayr@web.de.
2. Ernst E, Pittler MH. (2000). Re-analysis of previous meta-analysis of clinical trials of homeopathy. J Clin Epidemiol 2000;53:1188.
3. Ernst E. (2002). A systematic review of systematic reviews of homeopathy. Br J Clin Pharmacol 2002;54:577-82.
4. Shang A, Huwiler-Müntener K, Nartey L, Jüni P, Dörig S, Sterne JA et al. (2005) Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? Comparative study of placebo-controlled trials of homoeopathy and allopathy. Lancet; 366:726-732.
5. Shaw DM. (2012). The Swiss Report on homeopathy: a case study of research misconduct. Swiss Med Wkly; 142:w13594.
6. Schmacke N. (Hrsg.) (2015). Der Glaube an die Globuli – Die Verheißungen der Homöopathie. Suhrkamp, Berlin.
7. Schmacke N. (2016). Homöopathie: Der Globuspokus geht weiter. Doc-Check News:1-4.
8. Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV et al. (1997). Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. Lancet 1997;350:834-843.
9. Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV et al. (1998). Overviews and meta-analysis of controlled clinical trials of homeopathy. In: Ernst E, Hahn EG (eds.). Homeopathy. A critical appraisal. Butterworth-Heinemann, Oxford. S. 101-106.
10. Kleijnen J, Knipschild P, terRied G. (1991). Clinical trials of homeopathy. BMJ 302:316-323.
11. Mathie RT, Lloyd SM, Legg LA, Clausen J, Moss S, Davidson JR et al. Randomised placebo-controlled trials of individualised homeopathic treatment: Systematic review and meta-analysis.Syst Rev. 2014 Dec 6; 3:142. doi: 10.1186/2046-4053-3-142.
12. Cucherat M, Haugh MC, Gooch M, Boissel JB. (2000). Evidence of clinical efficacy of homeopathy. (A meta-analysis of clinical trials.) Eur J Clin Pharmacol 2000;56:27-33.
13. Bornhöft G, Matthiessen PF. (eds). (2011) Homeopathy in Health Care – Effectiveness, Appropiateness, Safety, Costs. An HTA Report on Homeopathy as part of the Swiss Complementary Medicine Evaluation Programme. Springer-Verlag, Berlin/Heidelberg.
14. Hahn RG. (2013) Homeopathy: meta-analyses of pooled clinical data. Forsch Komplementmed. 2013; 20(5):376-81. doi: 10.1159/000355916.
15. „Der aktuelle Stand der Forschung zur Homöopathie". (2016) Forschungsreader der Wissenschaftlichen Gesellschaft für Homöopathie. WissHom. einsehbar unter: https://www.homoeopathie-online.info/category/wisshom/.
16. Gleiss A, Frass M, Gaertner K. (2016) Re-analysis of survival data of cancer patients utilizing additive homeopathy. Complement Ther Med Aug; 27:65-7. doi: 10.1016/j.ctim.2016.06.001. Epub 2016 Jun 7.
17. Frass M, Dielacher C, Linkesch M, Endler C, Muchitsch I, Schuster E et al. (2005a) Influence of potassium dichromate on tracheal secretions in critically ill patients. Chest 2005a; 127:936-41.
18. Ammon Kv, Bornhöft, G, Maxion-Bergemann S, Righetti M, Baumgartner S, Thurneysen A et al. (2013). Familiarity, objectivity – and misconduct. Counterstatement to Shaw MD. The Swiss Report on homeopathy: a case study of research misconduct. Swiss Med Wkly. 2013;143:w13720.
19. Frass M, Linkesch M, Banyai S, Resch G, Dielacher C, Lobl T et al. (2005b) Adjunctive homeopathic treatment in patients with severe sepsis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in an intensive care unit. Homeopathy 2005b; 94:75-80.
20. Teut M, Lucae C, Wischner M, Dahler JD. (2015). Der Glaube an die Globuli" – eine kritische Rezension. www.informationen-zur-homoeopathie.de. Posted on 2. August 2015 in Gesellschaft für Homöopathie.
21. Willich SN, Birke MG, Hoppe J-D, Kiene H, Klitzsch W, Matthiessen PF et al. (2004) Schulmedizin und Komplementärmedizin. Verständnis und Zusammenarbeit müssen vertieft werden. Deutsches Ärzteblatt; 110, 19:A-1314-1319, B-1087-1091, C-1051-1055, Köln.
22. Matthiessen PF. (2011a) Paradigmenpluralität und Individualmedizin. In: Peter F. Matthiessen (Hrsg.). Patientenorientierung und Professionalität. Festschrift 10 Jahre Dialogforum Pluralismus in der Medizin. Verlag Akademische Schriften (VAS): Bad Nauheim, 2. erweiterte Auflage.
23. Matthiessen PF. (2011b). 10 Jahre Dialogforum Pluralismus in der Medizin . Warum es uns gibt, wer wir sind und was wir wollen, in: Peter F. Matthiessen (Hrsg.). Patientenorientierung und Professionalität. Festschrift 10 Jahre Dialogforum Pluralismus in der Medizin. 2. erweiterte Auflage. Bad Homburg. Verlag Akademische Schriften (VAS).
24. Matthiessen PF. (2011c, 2013) Einzelfallforschung zwischen Evidence based Medicine und Narrative based Medicine. ICE 11. Köthen (Anhalt) www.wisshom.de.
25. Dachverband Komplementärmedizin, Schweiz. Komplementärmedizin ist Pflichtleistung der Krankenversicherung in der Schweiz. Mitteilung 16. Juni 2017
26. Kiene H, Heimpel H, gemeinsam verfasst von den Mitgliedern des Dialogforum Pluralismus in der Medizin. (2010) Ärztliche Professionalität und Komplementärmedizin. Was ist seriöses therapieren? Medizinpluralismus und die Verpflichtung zu Wissenschaftlichkeit erscheinen nur auf den ersten Blick als ein Widerspruch. Deutsches Ärzteblatt Jg.107. Heft 12. 26. März 2010.
27. The Academic Consortium for Integrative Medicine and Health. (2004, revised May 2015) Accessible unter https://www.imconsortium.org/about/about-us.cfm; accessed Mai 22, 2017.
28. Kuhn TS: The Structure of Scientific Revolutions. Chicago. 1962.
29. Kuhn TS. Die Entstehung des Neuen. Suhrkamp. Frankfurt a. Main. 1977.
30. Fleck L. (1993) Die Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Suhrkamp. (Der Text ist identisch mit der Erstausgabe bei Benno Schwabe und Co. von 1935).
31. Maunz T, Dürig G, Herzog R, Scholz R. (1980) Grundgesetz Kommentar. C.H. Beck´sche Verlagsbuchhandlung. München.
32. Deutscher Bundestag, Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit. (1976) Bericht zur Neuordnung des Arzneimittelrechts. Drucksache 7/5091 vom 28.04.1976.
33. Sackett D, Richardson W, Haynes R. (1997) Evidence Based Medicine: How to practice and teach EBM. Churchill Livingstone, New York, Edinburgh, London.

aber dem Staat gemäß §5 Abs. 3 des Grundgesetzes ein Wissenschaftsrichtertum im Sinne der Parteiergreifung für ein bestimmtes Paradigma grundsätzlich untersagt. Ausführlich wird darauf auch in dem Grundgesetzkommentar von Maunz et al. (31) hingewiesen: „Jeder, der in Wissenschaft, Forschung und Lehre tätig ist, hat – vorbehaltlich der Treuepflicht gem. Art. 5 Abs. 3 GG – ein Recht auf Abwehr jeder staatlichen Einwirkung auf den Prozess der Gewinnung und Vermittlung wissenschaftlicher Erkenntnis". Die Wissenschaft bilde einen „von staatlicher Fremdbestimmung freien Bereich persönlicher und autonomer Verantwortung des einzelnen Wissenschaftlers". Insofern ist es dem Staat verfassungsrechtlich untersagt, einen bestimmten Wissenschaftsansatz bzw. ein bestimmtes medizinisches Paradigma zu privilegieren. Dementsprechend hat anlässlich der Neuordnung des Arzneimittelrechts im Rahmen des 1976 beschlossenen Arzneimittelgesetzes (AMG 1976) der zuständige Bundestagsausschuss die Auffassung vertreten, dass es „nicht Aufgabe des Gesetzgebers sein kann, bei kontrovers diskutierten wissenschaftlichen Positionen durch einseitige Festlegung bestimmter Methoden einen allgemein verbindlichen „Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse" festzuschreiben, sondern im Zulassungsbereich dem in der Arzneimitteltherapie vorhandenen Wissenschaftspluralismus zu entsprechen" (32).

Als der Nestor der hermeneutischen Philosophie in Deutschland, Hans-Georg Gadamer, im Alter von 100 Jahren in einem SPIEGEL-Interview vom 21.02.2000 gefragt wurde, ob er die Quintessenz seiner Philosophie in einem Satz zusammenfassen könne, antwortete er: „Der Andere könnte Recht haben". Man führt kein Gespräch, wenn der Andere nicht Recht haben könnte. Im Dialogforum haben wir diesen Satz modifiziert: „Der Andere könnte auch Recht haben" (23).

Ein monoparadigmatischer Reduktionismus führt aber – bedacht oder nicht bedacht – am Ende stets in eine totalitäre Ideologie, für die die dogmatische Ideologie alles, der Respekt vor dem Selbststimmungsrecht des Bürgers und der Achtung der Menschenwürde und des individuellen Erkenntnisstrebens nichts bedeutet. Wollen wir eine solche durch totalitäre Strukturen geprägte Entwicklung in unserem Land für die Medizin und das Gesundheitswesen?

Wir, die Mitglieder des Dialogforum Pluralismus in der Medizin (DPM) und die unterzeichnenden Ärzte und Wissenschaftler werden uns weiterhin mit Nachdruck für den Erhalt und die Weiterentwicklung einer wissenschafts- und wertepluralen Medizin einsetzen als Grundlage eines freiheitlichen und demokratischen Gesundheitswesen, in dem in personaler Verantwortung unter Berücksichtigung des Gemeinwohls eine gesundheitliche Versorgung praktiziert werden kann, die in kritischer Nutzenabwägung die individuell unterschiedlichen Bedürfnisse und Präferenzen des Bürgers bzw. Patienten berücksichtigt (33). Entschieden verwahren wir uns deshalb gegen totalitäre, verfassungsrechtlich mit dem Grundgesetz kollidierende Denkstrukturen und Machtansprüche, wie sie der jetzt vom „Münsteraner Kreis" geforderten Abschaffung der Zusatzbezeichnung Homöopathie zu Grunde liegen. <<

Mitunterzeichner:
Cornelia Bajic
PD Dr. rer. nat. Stephan Baumgartner
Dr. med. Thomas Breitkreuz
Prof. Dr. rer. nat. Dirk Cysarz
Prof. Dr. med. Gabriele Fischer
Prof. Dr. med. Michael Frass
Dr. med. Michaela Geiger
Dr. med. Matthias Girke
PD Dr. med. Florian Glaser
Prof. Dr. med. Eckhart Hahn
Prof. Dr. med. Uwe an der Heiden
Sigrid Heinze
PD Dr. med. Dominik Irnich
Prof. Dr. med. Michael Keusgen
Prof. Dr. med. Karin Kraft
Dr. med. Johannes Krebs
Prof. Dr. med. Alfred Längler
Prof. Dr. med. David Martin
Prof. Dr. med. Harald Matthes
Prof. Dr. Christoph Müller-Busch
Prof. Dr. Jürgen Punnek
Dr. med. Stefan Schmidt-Troschke
Dr. med. Klaus von Ammon
Prof. Dr. med. Matthias Wildermuth
Prof. Dr. med. Kurt Zänker

Korrespondenzadresse:
Univ.-Prof. Dr. med. Peter F. Matthiessen
Vorsitzender des Sprecherkreises des Dialogforum Pluralismus in der Medizin (DPM), Leiter der AG Methodenpluralität in der Medizin am Institut für Integrative Medizin (IfIM) und Em. Inhaber des Gerhard-Kienle-Lehrstuhls für Medizintheorie und Komplementärmedizin an der Universität Witten/Herdecke gGmbH
Ehm. Leitender Arzt der Psychiatrischen Modellabteilung für Jugendliche und junge Erwachsene am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
Gerhard-Kienle-Weg 4, D-58313 Herdecke
e-Mail: peter.matthiessen@uni-wh.de

Angewandte Gerontologie

>> Die Entwicklung zu einer Gesellschaft des langen Lebens, der Trend zur Singularisierung und das nachlassende familiäre Unterstützungspotenzial im sozialen Umfeld sind typische Phänomene des demografischen Wandels. Es wird zunehmend notwendig, über soziale Netzwerke und neue Gemeinschaftsformen nachzudenken, die auch familienähnliche Bindungen in nachbarschaftlichen Bezügen möglich machen. Um die damit verbundenen Fragestellungen zu vertiefen, findet am Montag, 25. Juni 2018, 10:00 bis 16:00 Uhr, eine Fachtagung im Rahmen des Verbundprojektes „Zukunft Alter: Wissenschaftliche Weiterbildung und Verbundmaster Angewandte Gerontologie" an der Katholischen Hochschule in Freiburg statt.

Unter dem Fachtagungstitel „Angewandte Gerontologie – Bedeutung des Sozialraums für Autonomie und Gesundheit im Alter" kommen bei der Fachtagung Experten aus vielen Bereichen zusammen, um Rahmenbedingungen weiter zu entwickeln und eine Grundlage für eine autonome Lebensgestaltung sowie gelingendes Altern im Sozialraum zu schaffen. Nicht nur privilegierten Gruppen, sondern allen Mitgliedern der Gesellschaft in möglichst allen Regionen soll ein würdevolles und gelingendes Altern ermöglicht werden. <<

IQM-Datenjahr 2017 veröffentlicht

>> Über 370 Kliniken des Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM) aus Deutschland und der Schweiz veröffentlichten kürzlich ihre Ergebnisse des Datenjahres 2017 auf Grundlage der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) bzw. der Swiss Inpatient Quality Indicators (CH-IQI) für die Schweiz, die auf DRG-Routinedaten zurückgreifen. „Umfassende Transparenz war von Anfang an ein Grundsatz der Initiative Qualitätsmedizin: die Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren erfolgt nun mittlerweile im neunten Jahr", so Dr. Francesco De Meo, Präsident des IQM Vorstandes, „damit setzt IQM Maßstäbe für eine offene Fehlerkultur und den Willen zur stetigen Verbesserung der Behandlungsqualität." Die Ergebnisse lassen einen Vergleich mit dem Bundesdurchschnitt zu, ist jedoch keine vergleichende Darstellung der IQM-Mitgliedskliniken untereinander. Vielmehr dient diese Form der Qualitätsmessung bei IQM als Aufgreifkriterium für die Auswahl von Peer Reviews, die als Instrument zur Verbesserung der medizinischen Behandlungsqualität eingesetzt werden. <<