

9 Peer Review – eine Fallstudie und eigene Erfahrungen

Frank Templin

Peer Review ist ein Instrument des aktiven Qualitätsmanagements und eine der drei Säulen der Initiative Qualitätsmedizin (IQ^M). Es dient der Verbesserung der Ergebnisqualität. Die weiteren beiden Konstanten der IQ^M sind Qualitätsmessung mit Routinedaten und Transparenz durch Veröffentlichung von im Optimierungsprozess gewonnenen Daten.

Trägerübergreifend werden vor Ort die Abläufe durch Ärztinnen und Ärzte überprüft, um im kollegialen Austausch eine kontinuierliche Verbesserung von Behandlungsergebnissen zu erreichen. Die Notwendigkeit für Peer Review ergibt sich aus der Erkenntnis, dass es in der Medizin – wie in anderen Disziplinen auch – zu Fehlern kommt, die es zu minimieren gilt und die zu beeinflussen sind. Die Auswertung der Daten der HELIOS Kliniken ergab für 2008 ein Verbesserungspotenzial bei 64% der untersuchten Fälle.

Dabei haben sich die zweijährlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser nicht als Vergleichsinstrumentarium bewährt. Die Erhebung der BQS-Daten sind bürokratisch und abhängig von der Qualität der Dokumentation.

Mit Peer Review besitzen die Ärzte ein hervorragendes Instrumentarium zur Fehleranalyse und Verbesserung der

Behandlungsqualität. Das Verwenden von Routinedaten bedeutet zunächst keine zusätzliche Arbeitsbelastung des ärztlichen Personals und fördert die Akzeptanz des Verfahrens. Das Verfahren wurde schon vor Jahrhunderten eingeführt und wird in der Wirtschaft regelmäßig zur Qualitätssicherung eingesetzt. So führen Unternehmen, die im Bereich Wirtschaftsprüfung oder Beratung tätig sind, so genannte Peer Reviews durch. Auch im Wissenschaftsbetrieb werden zur Beurteilung wissenschaftlicher Arbeiten unabhängige Gutachter (Peers – engl. für Gleichrangige, Ebenbürtige) aus dem gleichen Fachgebiet herangezogen, um die Qualität zu beurteilen.

Beim Peer Review von IQ^M führen Chefarzte anderer Krankenhäuser, und damit Fachexperten, vor Ort eine retrospektive Fallanalyse anhand von medizinischen Unterlagen durch.



Ziel ist im Rahmen einer modernen Fehlerkultur das Aufdecken möglicher Fehler und das Vorschlagen neuer Ansätze, damit eine Hilfe zur Selbsthilfe.

9.1 Mein Weg zum Reviewer

Die Johanniter GmbH war im Jahr 2008 einer der Gründungsinitiatoren von IQ^M. Auf dem Medical Board, einem Treffen der Ärztlichen Direktoren der Johanniter-Kliniken, referierten kompetente Vertreter über die Strategie von IQ^M und die Erfahrungen von Peer Review bei HELIOS. Es wurde rasch klar, dass hier ein ganz neues Qualitätsverfahren mit hoher Praxisnähe etabliert wurde.

Im Rahmen einer Schulung und einer Hospitation eines Peer Review in einer HELIOS Klinik wurde ich zum Reviewer ausgebildet. Am Beispiel eines Peer Review am eigenen Haus möchte ich meine Erfahrungen darstellen.

9.2 Klinikauswahl und Kommunikation

Durch den Review-Lenkungsausschuss werden Abteilungen ausgewählt, die nach den gelieferten Routinedaten auffällig hohe Mortalitätsraten bei bestimmten Krankheitsbildern aufweisen. Das sagt aber zunächst nichts über die tatsächliche Behandlungsqualität aus.

Die Krankenhausleitung entschied mit allen Chefarzten am Johanniter-Krankenhaus Geest-

hacht an einem Probe-Review teilzunehmen. Auf diesem Weg wollten wir das neue Verfahren aktiv kennenlernen. Es zeigte sich nach Risikoadjustierung entsprechend Alter und Geschlecht für die Jahre 2007 und 2008 beim Indikator „Schlaganfall und Mortalität“ ein Ergebnis oberhalb des Erwartungswertes (s. Abb. 1). Bei geplanter Stroke Unit-Zertifizierung interessierte eine externe Begutachtung der Behandlungsqualität und der Prozesse.

Dem Erstkontakt zwischen Review-Teamleiter und der entsprechenden Klinik kommt eine große Bedeutung zu. Es gilt eine positive vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Inhaltliche Fragen zu IQ^M sollten ausführlich besprochen werden, damit dieses motivierend vom Ärztlichen Leiter mit den Mitarbeitern diskutiert wird.

Wesentlich ist dabei, dass ein statistischer Wert nichts über eine Behandlungsqualität aussagt. Die Ursachen für abweichende Werte sowie Vorschläge für eine Verbesserung können erst nach Einsicht in die Akten gegeben werden. So kann der gesamte Behandlungsablauf beurteilt werden. Darin liegt der besondere Wert von Peer Review.

3M Quality Report		- Qualitätsindikatoren im Überblick -					
Krankenhaus	260100432 Johanniter Krankenhaus Geesthacht	Analysefallzahl (Nenner)	Häufigkeit (Zähler)	Rate KH	Erwartungswert KH ¹⁾	KH-eigene Zielwerte	Helios Istwerte 2008
Entlassungsstandort	Alle Entl Standorte	05 - Schlaganfall (Stroke)					
Fachabteilung	Alle Entlassabteilungen	05.01 - Todesfälle bei Hauptdiagnose Schlaganfall, alle Formen (Alter größer 19 Jahre)					
Aufnahmedatum	01.01.2007	402	56	13,93%	11,93%	< 10,4%	8,40%
Entlassungsdatum	31.12.2008	11	0	0,00%	3,88%	< 3,2%	2,70%
		68	2	2,94%	5,56%	< 4,8%	3,50%
		240	38	15,83%	11,06%	< 10,2%	8,20%
		83	16	19,28%	20,75%	< 19,0%	15,60%
		342	37	10,82%	9,05%	< 7,8%	6,30%
		47	16	34,04%	...	kein Ziel	21,50%
		13	3	23,08%	...	kein Ziel	14,90%
		402	13	3,23%	...	< 5%	2,10%

Abb. 1 Auszug aus dem Ergebnis 3M Quality Report für 2007 und 2008, Indikator Apoplex und Mortalität Johanniter Krankenhaus Geesthacht

Durch die Freiwilligkeit unseres Peer Review bestand am Johanniter Krankenhaus Geesthacht von vornherein eine positive Grundstimmung und Neugier zur Begutachtung.

9.3 Eigenanalyse der Klinik – viel Zeitaufwand

Nach problemloser Terminfindung (mitunter langwieriger Prozess zwischen Teamleiter, Reviewern und Klinik!) und Übermittlung der anonymisierten Falllisten sowie Rückidentifizieren derselben hatte unsere Klinik etwa 3 Monate Zeit für eine Eigenanalyse der Akten. Wir entschieden uns mit dem Teamleiter, bei zu hoher Fallzahl nur die Akten des Jahres 2007 ($n = 28$) auszuwerten. Aufgrund des engen Zeitplans sollte die Fallzahl auf 20 beschränkt werden.

Die Koordination der Eigenbewertung ist Chefsache. Die Aktenanalyse erfolgte durch 3 internistische Oberärzte und war sehr zeitaufwendig (im Durchschnitt 60 min pro Akte!). Dabei ist zu beachten, dass die Kollegen im Review-Verfahren nicht geübt sind und die Krankenunterlagen oft unvollständig waren.

9.4 Der Review-Tag

9.4.1 Fallanalyse – straffer Ablauf

In einem Besprechungsraum trafen sich 5 Reviewer mit der Teamleiterin Frau Dr. Rink, der Leiterin des Fachausschuss Peer Review bei IQ^M, sowie der zuständige Chefarzt. Es gelang der Teamleiterin rasch eine kollegiale Arbeitsatmosphäre aufzubauen. Nach der Begrüßung und Vorstellung und Darstellung des Krankenhauses, der Inneren Abteilung und Struktur der Stroke Unit wurde zügig mit der Begutachtung begonnen. Beeindruckend war das straffe und konzentrierte Arbeiten über 3 Stunden. Anhand der bekannten Analysekriterien erarbeitete sich

jeder Reviewer eine Bewertung und anschließend diskutierten die Reviewer den Fall.

Folgende Fragen ergaben sich in der Aktenanalyse beim Indikator Apoplex:

1. Erfolgte eine sofortige neurologische Untersuchung mit zerebraler Bildgebung?
2. Wie ist das Monitoring bei den Patienten innerhalb der ersten 24–72 Stunden auf der Stroke Unit oder ITS?
3. Erfolgte die Therapie entsprechend den Leitlinien?
4. Erfolgte eine Schluckdiagnostik vor der ersten Nahrungsaufnahme?
5. War die Dokumentation der Ärzte, Pflege, Krankengymnastik und Logopädie umfassend und schlüssig?
6. Ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der Stroke Unit bzw. ITS reibungslos?

Es kam mitunter zu interessanten Fachdiskussionen. Die Besetzung mit unterschiedlichen Fachrichtungen erlaubte eine Beurteilung der interdisziplinären Schnittstellen aus verschiedenen Perspektiven. Letztendlich erfolgte die Einstufung einstimmig. Die Ergebnisse wurden mit der Eigenanalyse der Klinik verglichen (s. Tab. 1). Das Ergebnis war typisch für ein Peer Review. Das Reviewer-Team sah deutlich mehr Optimierungspotenzial als die Abteilung selbst nach der Eigenbewertung der Fallakten. Genau so habe ich es als Reviewer auch in anderen Häusern erlebt. Als Externer erkennt man Defizite leichter. An dieser Stelle zeigt sich die Effektivität des Verfahrens.

9.4.2 Falldiskussion – Kernstück von Peer Review

Die Falldiskussion mit dem Chefarzt und den Oberärzten stellt das Kernstück von Peer Review dar. Bei der Einleitung macht es Sinn, Abwehrstrategien antizipierend zu erwähnen und dadurch Argumente im Vorfeld zu entschärfen.

Tab. 1 Ergebnisse des Peer Review im Vergleich der Bewertung durch Reviewer und die Klinik

	Kat.	Review-Team	Abteilung
Optimierungspotenzial sicher	1a	10	3
Optimierungspotenzial vermutet	1b	3	1
Kodierungsfehler	2	5	4
Keine Verbesserungen	3	10	20
Summe		28	28

Einerseits ist zu beachten, dass die ausgewählten Abteilungen zur Teilnahme verpflichtet sind. Es besteht für die betroffenen Mitarbeiter, insbesondere für den zuständigen Chefarzt, eine psychische Belastungssituation. Wenn Außenstehende eine Klinik besuchen und sogar über mögliche Fehler mit dem verantwortlichen Chefarzt ins Gespräch kommen wollen, besteht die Gefahr, dass die Reviewer als Bedrohung gesehen werden oder sogar das gesamte Review als ungehörige Einmischung gewertet wird. Daraus erklärt sich das Suchen nach Erklärungen, die fast immer gleich ausfallen: Unser Krankengut ist überdurchschnittlich alt und morbid, die Daten sind falsch oder es liegt eine Fehlkodierung vor.

Es muss also zunächst eine Atmosphäre des Vertrauens geschaffen werden. Dies kann dadurch geschehen, dass man sich am Beginn des Review-Tages die Stärken einer Abteilung vom Chefarzt darstellen lässt. Auf diese Weise werden seine Leistungen und die seiner Klinik im Ganzen gewürdigt. Auch die Reviewer bekommen so einen ganzheitlichen Überblick über Strukturen und das Leistungsprofil des Krankenhauses.



Es gilt bei den Ärzten vor Ort herauszustellen, dass Peer Review in offener Diskussionskultur der Verbesserung interner Prozesse dient und eine Hilfe zur Selbsthilfe darstellt.

In unserem Fall konnte die Teamleiterin der Abteilung zunächst eine im Wesentlichen an Leitlinien orientierte Diagnostik und Therapie bescheinigen. Es war nachvollziehbar, dass es sich oft um außerordentlich multimorbide, schwerst- kranke und meist sehr alte Patienten handelte, deren Krankheitsverlauf schicksalhaft war. Überraschend zeigte sich eine Fehlkodierung von als fälschlicherweise „verstorben“ ausgewertet, aber lebend entlassenen 7 Patienten. Es stellte sich als Übermittlungsfehler heraus.

Im weiteren Verlauf wurden die Ergebnisse dargestellt und jeder Fall in der Runde insgesamt etwa 3 Stunden diskutiert.

Zusammenfassend zeigte sich folgendes Fehlerpotenzial in 13 Fällen:

- Schlaganfall als Diagnose bei septischen Erkrankungen
 - z.B. Eintrübung bei Urosepsis
 - z.B. Eintrübung bei Pneumonie
- Antibiotikatherapie bei Pneumonie zu schmal
- CCT zu spät (1 Fall) oder nicht durchgeführt (1 Fall)
- Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen fehlt
- Defizite in der Dokumentation
 - ärztliche Dokumentation spärlich
 - neurologische Befunde sehr knapp
 - radiologische Befunde kommen zu spät/ Bilder nicht vorliegend
 - Inkongruenz der Arztbriefe mit den Befunden in der Akte (z.B. mehrfach Diag-

nose Apoplex bei unauffälligem CCT ohne weitere Begründung der Diagnose)

Folgende Vorschläge zur Optimierung wurden festgelegt:

1. Standard zur Diagnostik und Therapie septischer Erkrankungen erstellen
2. leitliniengerechte Therapie der Pneumonie festlegen (Standard)
3. Optimierung der Zusammenarbeit mit der Radiologiepraxis (Verfügbarkeit der Bilder, Befunde zeitnah, mündliche und schriftliche Befunde müssen übereinstimmen)
4. 24-Stunden-Verfügbarkeit von CCT
5. Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen etablieren
6. Kodierung optimieren
7. regelmäßige Dokumentation der ärztlichen Befunde
8. Arztbriefe als logische Folgerung aus der Aktendokumentation

Die primäre Anspannung löste sich in dem Gespräch der Reviewer mit dem Chefarzt und den Oberärzten sukzessive. Es kam zu einem offenen und belebenden Erfahrungsaustausch der Kollegen untereinander über Diagnostik und Therapie bei Schlaganfallpatienten. Die kollegialen Anregungen zur Verbesserung der Prozesse wurden positiv angenommen.

9.4.3 Information der Krankenhausleitung – sensible Darstellung

Im abschließenden Gespräch wurde die Geschäftsführung über das Review-Ergebnis informiert. Es wurden Lösungsansätze dargestellt, Probleme der Dokumentation oder Schwierigkeiten an Schnittstellen angesprochen. Die Ergebnisse wurden in der Sache klar zielorientiert, aber auch sensibel vorgetragen, um das Verhältnis zwischen Krankenhausleitung und Chefarzt nicht unnötig zu belasten.

9.5 Nacharbeiten – wesentlich

Ein Protokoll einschließlich der tabellarisch erfassten Ergebnisse und konkreter Lösungsvorschläge wurde zugesandt.

Welche Konsequenzen wurden aus dem Peer Review gezogen? Neben einer spürbar verbesserten offenen Fehlerkultur wurden z.B. folgende Prozesse optimiert:

- Standards und ein Behandlungspfad zur Therapie der Pneumonie wurden etabliert und umgesetzt.
- Die Kommunikation mit der Radiologie wurde nach mehreren Gesprächen verbessert; das CCT ist ganztägig verfügbar.
- Schluckdiagnostik und Schlucktherapie mit einer Logopädin wurden etabliert.

In der IQM-Auswertung 2011 zeigte sich beim Indikator Apoplex und Tod ein Ergebnis unterhalb des Erwartungswertes. Vorbehaltlich der Bedeutung eines statistischen Wertes haben die strukturellen Veränderungen einen großen qualitativen Wert.

9.6 Persönliche Erfahrungen aus mehreren Reviews

Beeindruckend für mich waren in allen Reviews die fachlich hohe Qualität der Reviewer. Es ist sehr befriedigend, aber auch informativ, mit Kollegen unterschiedlicher Fachrichtungen auf hohem Niveau zu diskutieren.

Defizite werden durch Externe viel effizienter aufgedeckt. Die grundsätzlichen internen Probleme, etwa in der Dokumentation oder in der interdisziplinären Zusammenarbeit, sind meistens ähnlich. Trotzdem gibt es in jeder Abteilung spezielle Abläufe und jeder Fall verdient besondere Aufmerksamkeit. Andererseits nimmt jeder Reviewer neue Erkenntnisse und Ideen aus einer anderen Klinik für seine eigene Tätigkeit mit.



Durch das Peer Review wird ein interner Verbesserungsprozess eingeleitet. Das Peer Review ist ein hervorragendes Instrument der ärztlichen Qualitätssicherung.

Literatur

- Jörg J (2009) Erfahrungen eines betroffenen Chefarztes mit dem HELIOS Qualitätsmanagement unter besonderer Berücksichtigung des Peer Review. Referat Medical Board der Johanniter Kliniken, Berlin.
- Kuhlen R, Rink O, Zacher J (2010) Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Mansky T (2008) Neue Methoden der Qualitätsmessung und des Qualitätsmanagements. In: Kurth BM (Hrsg.) Report Versorgungsforschung. Monitoring der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Deutscher Ärzteverlag, Köln, S. 149–170.



Dr. med. Frank Templin

Nach dem Medizinstudium in Rostock Ausbildung zum Arzt für Chirurgie in Boizenburg, Geesthacht und Hamburg-Altona. 1995 Anerkennung FA für Chirurgie. 1998 Anerkennung Unfallchirurgie. 2000 Anerkennung Viszeralchirurgie. 2001–2004 Ltd. OA Abt. Chirurgie Zentralkrankenhaus Bremen-Ost, 2004–2006 CA Allgemein-Viszeralchirurgie Krankenhaus Winsen, seit 2006 CA Abt. für Viszeral-Gefäß- und Unfallchirurgie und Ärztlicher Direktor Johanniter-Krankenhaus Geesthacht