

5 Wie wir Qualität verbessern

Maria Eberlein-Gonska, Oda Rink und Claudia Winklmaier

5.1 Peer Review als Instrument des Qualitätsmanagements

Die externe Qualitätssicherung entspricht einer Qualitätsbewertung von Gesundheitseinrichtungen anhand anonymisierter Daten durch externe Institutionen (Benchmark) und ist in der Medizin schon lange ein bewährtes und akzeptiertes Instrument der internen Qualitätssicherung (Perinatalstudie, „Strukturierter Dialog“, Visitationen, Peer Review in der Pathologie). Der Blick zurück in die Vergangenheit zeigt, wie alt und bewährt das Ärztliche Peer Review Verfahren ist; seine Wurzeln reichen bis in das 11. Jahrhundert zurück. Die Basis des Dialogs bilden dabei Fachkompetenz, Genauigkeit, Fairness und Respekt.

Die Erkenntnis, dass Qualität zu einem Wettbewerbsfaktor geworden ist, hat sich in den letzten Jahren verfestigt. Viele Krankenhäuser haben bereits an Zertifizierungen teilgenommen, viel Arbeit in Dokumentation und Beschreibung von Arbeitsabläufen gesteckt und

dafür viel Geld bezahlt. Häufig blieb dann die weitere Entwicklung auf der Strecke. Viele haben also 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 die Initiative Qualitätsmedizin gegründet. Diese Gründung hat 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.

Dabei haben die Ärztekammer Berlin und die Bundesärztekammer Pionierarbeit bei der Implementierung des Peer Reviews bei IQM geleistet. Die ärztliche Analyse von Fällen wurde hier vornehmlich als großer Schritt in die richtige Richtung bewertet, da die Beurteilung der Behandlungsqualität eine urärztliche Aufgabe ist. Die Beurteilung des Gesamtprozesses von der stationären Aufnahme bis hin zur Entlas-

sung im Hinblick auf Diagnostik, Indikation zu diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen oder Intensivtherapie und Einhaltung von Standards und Leitlinien kann deshalb nur von geschulten Ärzten erfolgen, die auch selbst aktiv im klinischen Alltag tätig sind. Dieser Fokus wurde im Jahr 2016 mit der Einbeziehung der Pflege in das Peer Review als berufsgruppenübergreifendes Verfahren erweitert.

Im Jahr 2009 hat die Bundesärztekammer die Pilotprojekte von IQM begleitet und sich in der Weiterentwicklung des Verfahrens mit ihren Experten aus den bestehenden QS-Verfahren eingebracht. Die Fortbildung der Peers wurde professionalisiert und zusammen mit allen am Peer Review Verfahren interessierten Institutionen das Curriculum „Ärztliches Peer Review“ entwickelt. Es wurden Fortbildungspunkte für die Schulungen der IQM Peers wie auch für die einzelnen IQM Peer Reviews etabliert.

Die Bundesärztekammer hat einen ständigen Gaststatus im IQM Fachausschuss Peer Review, sodass hier eine völlige Offenheit und Transparenz erreicht wird.

Inzwischen ist das Konzept des Peer Review Verfahrens von zahlreichen Institutionen und Fachgesellschaften aufgegriffen und auf die eigenen Anforderungen angepasst worden. Beispielsweise wird an dieser Stelle das Intensivmedizinische Peer Review der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin; www.divi.de, das Verfahren der Kirchlichen Krankenhäuser QKK, www.qkk-online.de und das Ärztliche Peer Review Cholezystektomie der Landesärztekammer Hessen, www.laekh.de. Es gibt es noch zahlreiche weitere Peer Reviews, auch im niedergelassenen Bereich, deren methodische Vorgehensweise allerdings variiert. Aus diesem Grund hat die Bundesärztekammer einen Leitfaden veröffentlicht, der die grundlegenden Anforderungen an Peer Review Verfahren definiert und als verbindliche Vorlage für Interessierte gilt (www.baek.de). Damit soll eine

„Aufweichung“ der grundlegenden Ziele, Anforderungen und Umsetzungsstandards vermieden werden. Diesem Anspruch stellt sich IQM auch im Hinblick auf die Weiterentwicklung als berufsgruppenübergreifendes Verfahren unter Einbeziehung der Pflege (s. Kap. 5.9, Ausblick).

5.2 Peer Review – Zielsetzung

Klares Ziel der Peer Reviews bei IQM ist es, einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess in den Kliniken zu etablieren und eine offene Fehlerkultur sowie die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern.

Das IQM Peer Review Verfahren ist ein essentieller Baustein des Qualitätsmanagementsystems und zunächst als eine rein ärztliche Aufgabe festgelegt worden. Ziel der IQM Methodik ist es, statistische Auffälligkeiten in den zur Verfügung gestellten Routinedaten zu analysieren und mögliche Verbesserungspotenziale der Patientenversorgung zu identifizieren. Durch die retrospektive Fallanalyse der ausgebildeten Peers ist es möglich, auch interdisziplinäre Prozesse und Schnittstellen zu durchleuchten. Dabei geht es immer um den gesamten Behandlungsprozess von der Aufnahme bis zur Entlassung. Die Ergebnisse der Peer Reviews und die Optimierungsvorschläge werden kollegial, interdisziplinär und neuerdings berufsgruppenübergreifend erarbeitet.

Peer Reviews stützen sich auf Qualitätskennzahlen, die aus Routinedaten abgeleitet werden. Das bedeutet vor allem: keine zusätzliche Datenerhebung, weitestgehend vollständige und valide Datengrundlage. Analog zu einer Vorgehensweise, wie sie Deming (2000) in seinem PDCA-Zyklus beschrieben hat, dienen die Qualitätskennzahlen auch der in Abbildung 1 dargestellten Erfolgsmessung.

Statistische Daten allein können zunächst einmal nur ernstzunehmende Hinweise auf

mögliche Qualitätsprobleme liefern. Der tatsächliche Nachweis von Qualitätsmängeln und das Erkennen von Optimierungsmöglichkeiten in den Behandlungsabläufen erfordert jedoch die sorgfältige Analyse und Bewertung realer Abläufe durch Fachexperten. Unterschiede zwischen Kliniken hinsichtlich der Qualitätskennzahlen müssen demzufolge auf klinisch fassbare Qualitätsunterschiede überprüft werden.

5.3 Peer Review – Definition

„Ärztliches Peer Review ist definiert als kritische (Selbst-) Reflexion des ärztlichen Handelns im Dialog mit Fachkollegen – unter Verwendung eines strukturierten Verfahrens mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung.“ (BÄK 2013)

Konkrete Fälle einer Klinik werden von medizinischen Experten retrospektiv durch Aktenanalyse untersucht. Diese „Peers“ sind selbst Chefärzte oder Leitende Ärzte einer Abteilung und daher mit den täglichen Problemen in den Routineabläufen einer Klinik bestens vertraut. Außerdem sind sie anerkannte Fachexperten ihres jeweiligen Fachgebietes. Die Peer Reviews betreffen in der Regel eine Erkrankung oder Therapieentität wie zum Beispiel Herzinfarkt oder Kolonresektionen.

5.4 Peer Review – Organisation

Entscheidungsgremien zur Durchführung der IQM Peer Reviews sind der Fachausschuss Peer Review (FA Peer Review), die Lenkungsgruppe Peer Review (LG Peer Review) und die Fachgruppe Peers (FG Peers). Unterstützt werden diese Gremien von der IQM Geschäftsstelle.

Der **Fachausschuss Peer Review** trägt die Verantwortung für folgende Aufgaben im Kontext des IQM Peer Review Verfahrens:

- Auswahl, Beschluss und Durchführung der Peer Reviews für IQM Mitglieder
- Festlegung der Standards und Regeln zum Ablauf der IQM Peer Reviews
- Diskussion und Aufarbeitung der Ergebnisse aus den Peer Reviews
- Weiterentwicklung der IQM Peer Reviews
- Benennung, Schulung und kontinuierliches Training der Peers

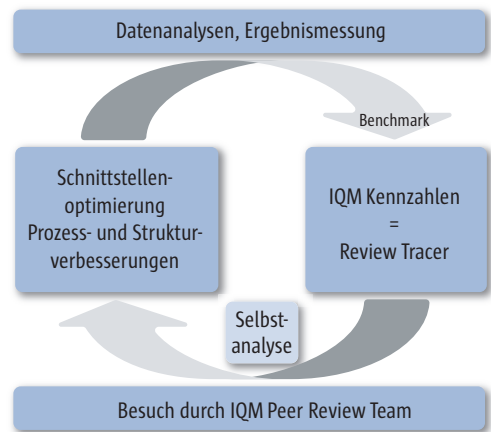


Abb. 1 Erfolgsmessung analog zum PDCA-Zyklus

Im FA Peer Review ist je ein Vertreter pro IQM Mitglied entsandt. Dies können je nach Organisation Ärzte, Pflegekräfte oder Mitarbeiter des Qualitätsmanagements oder Medizincontrollings sein, die über die fachliche Kompetenz und Akzeptanz in ihrer Klinik verfügen. Die Fachausschuss Vertreter werden vom IQM Vorstand berufen. Von Beginn an wurden folgende Grundsätze für die erfolgreiche Durchführung eines Peer Reviews festgelegt:

- Klärung statistischer Auffälligkeiten (keine Repressalien)
- Geschäftsführung/Verwaltungsleitung (Durchsetzbarkeit)
- zentrale Auswahl der Abteilung (FA, Teilnahme verpflichtend)
- zentrale Fallauswahl (Treffsicherheit)

- akzeptierte Analysekriterien (Vergleichbarkeit)
- gemeinsame Peerteams/Schulungen (Professionalität)
- klare Regeln zum Ablauf (Verlässlichkeit)
- Vorgaben zum Protokoll (Lösungsvorschläge)
- strukturierte Auswertung (Transparenz, Datenschutz)
- Feedback der Abteilungen nach den Peer Reviews (Evaluation)
- Feedback der Peerteams (Verfahrensoptimierung)

Alle IQM Mitgliedskliniken und Träger sind dafür verantwortlich, einen geeigneten Vertreter in den FA Peer Review zu entsenden, der die Ergebnisse und Informationen in die eigenen Strukturen weitervermittelt. Dem Fachausschuss stehen Informationen, Dokumente und Präsentationen zur Erleichterung seiner Aufgabe zur Verfügung. Der jeweilige Vertreter ist die Schnittstelle zwischen der IQM Geschäftsstelle und seinem Krankenhaus und auch für die Rekrutierung der Peers zuständig. Insofern ist der Fachausschuss Vertreter maßgeblich an der erfolgreichen Durchführung der Peer Reviews beteiligt. Die vom FA Peer Review verabschiedete Auswahl der Verfahren ist verbindlich, und die benannten Kliniken sind zur Durchführung verpflichtet. Sollten stichhaltige Argumente gegen ein Peer Review vorliegen – wie zum Beispiel ein Chefarztwechsel in einer Abteilung – muss dies vor der Entscheidung des FA Peer Review vom jeweiligen Fachausschuss Vertreter der Klinik oder des Trägers deutlich gemacht werden.

Lenkungsgruppe Peer Review

Die LG Peer Review setzt sich aus jeweils zwei Vertretern der fünf IQM Trägergruppen (freigemeinnützig, international, öffentlich-rechtlich, privat, universitär) sowie der FA Leitung

zusammen. Alle Mitglieder der LG Peer Review werden vom IQM Vorstand berufen.

Die LG Peer Review hat die Aufgabe, die Arbeit im Fachausschuss strukturiert zu planen, weiterzuentwickeln und gemeinsam mit der IQM Geschäftsstelle umzusetzen. Dies betrifft insbesondere die jährliche Festlegung der Aufgreifkriterien für die Peer Reviews, die Auswahl der Kliniken, die ein Peer Review erhalten (inkl. des Tracers), die Definition der Fallliste und die Zuteilung des Peerteams. Der Vorschlag wird über den Fachausschuss zu Beginn des Verfahrensjahres verabschiedet. Die Evaluation der jährlichen Peer Reviews mit kritischer Bewertung der Protokolle und Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und das damit verbundene Feedback an alle Mitgliedskliniken ist ein weiterer wesentlicher Bestandteil der Gremienarbeit der LG Peer Review. Darüber hinaus erfolgt die inhaltliche Planung der Fachausschusstreffen zum Informations- und Erfahrungsaustausch, zur Weiterentwicklung des Verfahrens und regelmäßigen Trainings der IQM Peers. Schließlich gehen von der Lenkungsgruppe die entsprechenden Initiativen zur internen und externen Publikation der IQM Peer Reviews aus (Eberlein-Gonska et al. 2015).

Fachgruppe Peers

Die IQM Peers werden von den zuständigen Fachausschuss Vertretern für die einzelnen Kliniken benannt. Dabei kann die Zahl der benannten Peers variieren, sollte jedoch mindestens 1 Peer pro 250 Betten der Mitgliedsklinik entsprechen. Maßgeblich für die Auswahl ist folgendes Anforderungsprofil an den einzelnen Peer:

- fachliche Akzeptanz
- Durchsetzungsfähigkeit
- Wille zur Veränderung
- „Überzeugte“ des Verfahrens
- hohe soziale Kompetenz

Die fachliche Ausrichtung der Peers soll alle großen Fachgebiete betreffen, die in den Kennzahlen abgebildet sind. Das Peerteam wird dabei immer interdisziplinär besetzt, so dass insbesondere Intensivmediziner, Internisten, Kardiologen, und Neurologen häufiger zum Einsatz kommen. Aber auch aus den spezifischen Fachgebieten wie Unfallchirurgie und Orthopädie, Herz- und Gefäßchirurgie, Viszeralchirurgie oder Neurochirurgie werden fortlaufend Fachexperten für die IQM Peer Reviews benötigt. Da mit der Weiterentwicklung des Verfahrens zunehmend weitere Fachdisziplinen hinzukommen, werden selbstverständlich auf Anfrage alle Fachgebiete bewertet und entsprechend ausgebildete Peers benötigt.

Neben der fachlichen Expertise sind die sogenannten „soft skills“, d.h. die Kommunikationsfähigkeiten und die lösungsorientierte Blickrichtung der Peers von entscheidender Bedeutung für den Erfolg und die Akzeptanz des Verfahrens insgesamt. Daher sollten diese Fähigkeiten bei der Auswahl und Benennung der Peers besonders berücksichtigt werden.

Es ist eine Maxime bei IQM, den Zeitaufwand hinsichtlich des jährlichen Einsatzes für die Peers so gering wie möglich zu halten. Für jeden IQM Peer sollten maximal zwei Peer Review Tage und je ein Treffen zur Auswahl und Verabschiedung der Peer Reviews sowie zu den Ergebnistreffen – also 4 Arbeitstage pro Jahr – nicht überschritten werden. Diese Arbeitszeit wird dem Peer vom Träger zur Verfügung gestellt, in dem er an diesen Tagen von der Alltagsroutine freigestellt ist. Hinzu kommt einmalig zu Beginn eine eineinhalbtägige Schulung, die jeder Peer nach dem Curriculum der Bundesärztekammer erfolgreich abschließen muss, bevor er als IQM Peer eingesetzt werden kann. Die Peers bekunden ihr Engagement für das IQM Peer Review Verfahren schriftlich mit Unterzeichnung des sog. „Ehrenkodex“, mit dem sie sich zu dem Verfahren und den Regeln bekennen und deutlich machen, dass sie die

entstehenden Verpflichtungen zeitlich wie auch inhaltlich mittragen.

Eine finanzielle Vergütung der Peers ist nicht vorgesehen und wäre der Grundidee des interkollegialen Austausches mit beiderseitigem Nutzen für Peer und besuchter Klinik abträglich. Hinzu kommt, dass jeder Peer auch einmal selbst in seiner Klinik einem Peer Review unterzogen werden soll, damit das Verfahren von beiden Seiten erlebt werden kann sowie Sorgen und Probleme der jeweils anderen Seite besser eingeschätzt werden können. Die anfallenden Reisekosten werden von der Klinik getragen, die ein Peer Review erhält, da hier der primär größte Nutzen erwartet wird. Um dem Vorwurf der Bestechlichkeit zu entgehen, dürfen die Peers keine Geldzuwendungen oder geldwerten Vorteile annehmen.

IQM Geschäftsstelle

Die IQM Geschäftsstelle unterstützt alle Fachausschüsse und Gremien bei IQM im Hinblick auf die vom Vorstand definierten Ziele und Strategien und steht den Mitgliedskliniken sowie den benannten Peers bei Anfragen zur Verfügung. Im Kontext der Aufgaben des LG Peer Review ist die Geschäftsstelle vor allem mit der Erstellung einer Vorschlagsliste der jährlichen Peer Reviews nach den Vorgaben der LG Peer Review beauftragt und teilt nach transparenten Regeln die Peerteams ein. Nach Beschluss durch den FA Peer Review zur Durchführung der für das jeweilige Verfahrensjahr vorgesehenen Peer Reviews in den IQM Mitgliedskliniken erfolgt die konkrete Umsetzung durch Koordination der notwendigen Informationen zwischen den zu besuchenden Kliniken und eingeteilten Peerteams. Die IQM Geschäftsstelle ist zentraler Ansprechpartner für Fragen, Hinweise und Ideen und unterstützt die notwendige Kommunikation. Sämtliche Dokumente und Vorlagen werden zudem vom Referat Peer Review der IQM Geschäftsstelle in Ab-

stimmung mit der LG Peer Review aktualisiert und gepflegt.

5.5 Peer Review – Auslösung

Auswahl der Klinik/Abteilung

Grundlage der Auswahl sind die von 3M HIS nach den IQM Indikatoren ausgewerteten Daten der einzelnen Mitgliedskliniken. In der IQM Gruppenauswertung werden Krankheitsbilder mit Kennzahlen abgebildet und mit Ziel- und/oder Erwartungswerten risikoadjustiert nach Alter und Geschlecht (wo sinnvoll und möglich) pro Klinik dargestellt. Ab 2016 sind die German Inpatient Quality Indicators Version 5.0 im Einsatz und dienen vorrangig als Aufgreifkriterium für die IQM Peer Reviews.

Im Folgenden sind die Auswahlkriterien für das Jahr 2016 beispielhaft aufgeführt:

- Re-Reviews der Peer Reviews 2012 bei weiterhin bestehender Auffälligkeit des gleichen Tracers
- Ergebnisse der G-IQI Indikatoren aus den Datenjahren 2015 und Vergleichsjahr 2014
- Statistische Auffälligkeiten (SMR/Ratio $\geq 1,2$ und i. d. R. SMR/Ratio $\geq 1,0$ im Vorjahr)
- ausreichende Nenner- und Zählerfallzahl
- Funnelplot: Ergebnis > 2 - oder 3-fache Fehlerabweichung (chirurgische Tracer)

In jedem Verfahrensjahr werden selbstverständlich auch die sog. „Freiwilligen Peer Reviews“ berücksichtigt, bei dem sich Chefärzte für ihre eigene Abteilung zur Durchführung eines Peer Reviews melden. Weiterhin werden Nachholverfahren durchgeführt, wenn im Vorjahr ein Peer Review nicht durchgeführt werden konnte (z. B. Krankheit). Berücksichtigung bei der Auswahl finden zudem die bereits in den Vorjahren durchgeführten Peer Reviews (Peer Review Historie) und die Verfügbarkeit der für die jeweilige Fachexpertise notwendigen Peers.

Auf der Grundlage dieser Auswahlkriterien erfolgt im FA Peer Review die gemeinsame Diskussion und Abstimmung mit Berücksichtigung etwaiger Besonderheiten einzelner Kliniken (Chefarztwechsel, Abteilungsschließung). Nach Beschluss durch den FA Peer Review sind diese für das Verfahrensjahr festgelegt und die Durchführung für die ausgewählten Kliniken somit bindend.

Fallselektion, Erstellung der Falllisten

Die Überschreitung der Zielwerte wird in den IQM Gruppenauswertungen mit einem gelben Feld gekennzeichnet. Je nach Größe der Abteilung und je nach Kennzahl können sich dahinter unterschiedlich große Fallzahlen verbergen. Im Rahmen eines Peer Reviews können aber innerhalb eines Tages maximal 15 bis 16 Fälle sorgfältig von den Peers analysiert werden. Demzufolge müssen die Fälle auf diese Anzahl reduziert werden. Dies geschieht beispielsweise dadurch, dass – wie in Tabelle 1 veranschaulicht – von den 60 aufgetretenen Todesfällen die 16 jüngsten Patienten identifiziert und in die gültige Fallliste aufgenommen werden.

Auf diese oder ähnliche Weise werden aus den vorliegenden Daten der Mitgliedskliniken die konkreten anonymisierten Fälle definiert und zur Verfügung gestellt. Die Rückidentifizierung der pseudonymisierten Fallnummern erfolgt ausschließlich im jeweiligen Krankenhaus. Hier gilt es, in Vorbereitung auf das Peer Review die Patientenakten zusammenzustellen und anschließend einer Selbstbewertung zu unterziehen.

5.6 Peer Reviews – Vorbereitung

Die sorgfältige Information aller Beteiligten und die entsprechende Kommunikation über Inhalte und Abläufe sind essentiell für die Ak-

zeptanz und das Gelingen der Peer Reviews. Folgende Schritte müssen demzufolge in der zeitlichen Abfolge eingehalten werden:

1. Information des Chefarztes der Klinik, die ein Peer Review erhält, durch den FA Vertreter
2. Information der IQM Geschäftsstelle über Ansprechpartner in der Klinik durch den FA Vertreter
3. Telefonische Kontaktaufnahme mit dem verantwortlichen Chefarzt durch den Teamleiter
4. Schriftliche Information über die Inhalte und den Ablauf des Peer Reviews durch den Teamleiter
5. Gemeinsame Terminfindung für das Peer Review mit der Klinik durch den Teamleiter
6. Interne Koordination und Vorbereitung durch den verantwortlichen Chefarzt

für die Organisation sowie Durchführung des Peer Reviews, die Moderation des kollegialen Austausches und das Erstellen des Protokolls. Er ist Ansprechpartner für alle Fragen und Probleme rund um das Peer Review und dazu verpflichtet, alle notwendigen Informationen frühzeitig an die Klinik zu vermitteln und die IQM Peer Review Regeln einzuhalten. Dabei gilt folgender Grundsatz:

Die Kollegen vor Ort werden so behandelt, wie man selber bei einem Peer Review auch behandelt werden möchte: mit kollegialer Freundlichkeit, Fairness und Respekt.

Dem Teamleiter stehen für seine vielfältigen Aufgaben Checklisten und vorbereitete Dokumente zur Verfügung, um die Arbeit zu erleichtern.

Teamleiter und Peerteam

Das Peerteam besteht aus dem Teamleiter und in der Regel zwei bis drei weiteren Chefarzten. Das Team ist interdisziplinär besetzt, damit unterschiedliche Blickwinkel und interdisziplinäre Schnittstellen und Abläufe fachgerecht beurteilt werden können. Hinzu kommen ein oder zwei „Trainees“, d.h. neu geschulte Kollegen, für die die aktive Mitwirkung an zwei Peer Reviews Teil der Peer Ausbildung ist. Der Teamleiter ist verantwortlich

Pflichten des Peerteams

Der Erfolg des Peer Reviews hängt maßgeblich von der guten Zusammenarbeit der Peers im Team ab. Der Teamleiter übernimmt dabei die koordinierende Aufgabe und erfährt Unterstützung durch seine Kollegen im Team. Kritische Erfolgsfaktoren im Sinne von verbindlichen Anforderungen sind:

- Informationsschreiben vorab über benötigte Unterlagen, Falllisten, beteiligte Personen und Kliniken
- gemeinsame Terminfindung

Tab. 1 Beispiel G-IQI Ergebnistabelle

Zeitraum: 01.01.-31.12.2015	IQM Zielwerte V5.0 (Hinweise)		Bundesreferenzwert V5.0	Rate	EW	Zähler	Nenner
9.3 – Hirninfarkt (ICD I63, Alter > 19), Anteil Todesfälle, aufgetreten	< Erwartungswert	6,30%	8,86%	6,35%	60	925	
Hauptdiagnose Hirninfarkt (ICD I63, Alter > 19), SMR	< 1,0		1,39				

- Verlässlichkeit (Termin, Beginn, Dauer)
- Vertraulichkeit wahren, Schweigepflicht einhalten
- zu Beginn des Tages Terminierung der gemeinsamen Falldiskussion und des Abschlussgespräches
- fachlich kompetente offene kollegiale Diskussion *aller* Fälle, Souveränität
- Abschlussgespräch gemeinsam mit dem Ärztlichen Direktor (ÄD), Geschäftsführung (GF), den beteiligten CÄ und PDL, ggf. Qualitätsmanagementbeauftragter und Medizincontrolling
- Protokoll standardisiert innerhalb von zwei Wochen

Allgemeine Regeln für den Peer-Besuch:

- Die Peers halten die konkreten Verfahrensregeln ein.
- Die Peers halten sich an den vereinbarten Zeitplan.
- Die Peers behandeln ihnen anvertraute Informationen und Rückmeldungen vertraulich.
- Die Peers arbeiten als Team und unterstützen sich gegenseitig in ihren Aufgaben.
- Die Peers sind auf unvorhersehbare Vorkommnisse vorbereitet.
- Die Peers lassen sich nicht instrumentalisieren.

Kommunikation und Terminplanung

Der Klinik muss ausreichend Zeit für die Vorbereitung und eigene Analyse der Akten nach den Analysekriterien eingeräumt werden. Das bedeutet, dass der Peer Review Termin frühestens 4 Wochen nach dem Erhalt der Falllisten stattfinden sollte.

Pflichten der Abteilungen

Auch die besuchte Klinik trägt maßgeblich zum Erfolg des Peer Reviews bei und stellt sich mit dem Beitritt zu IQM aktiv folgenden Anforderungen:

Unterlagen

- Vorbereitung und Sortierung der Akten (in Papierform, Ausnahme Intensivstation)
- Für jeden Fall liegt ein von der Klinik ausgefüllter Selbstbewertungsbogen vor.
- Vollständigkeit der Akten bei Behandlung in mehreren Abteilungen (Intensiv/Geriatrie usw.)
- Röntgen/CT/MRT/Sonografien und anderes Bildmaterial muss zugänglich sein
- Zugang zu PACS, Krankenhausinformationssystem etc.
- vollständig, übersichtlich, fachübergreifend

Terminkoordination vor Ort

- durch verantwortlichen Chefarzt
- Einbeziehen aller an der Behandlung beteiligten Fachabteilungen
- pünktliche Ablauf (Beginn, Fachdialog, Abschlussbesprechung)
- Besprechung aller Fälle

Unterbringung und Versorgung

- Bereitstellung entsprechender Räumlichkeiten mit EDV-Zugang und entsprechende Speisenversorgung.

Ansprechpartner für den Tag des Peer Reviews

- organisatorisch (Sekretariat)
- inhaltlich (Ärztlicher Dienst)
- EDV-technisch

Analysekriterien und Bewertungsbogen

Inhalt des Peer Reviews ist neben dem Besuch durch das Peerteam vorab die Analyse und Bewertung der Fälle nach den IQM Analysekriterien durch die Abteilung selbst. Die Selbstbewertung und die Bewertung durch das Peerteam werden ab-

schließlich bezüglich ihrer Übereinstimmung ausgewertet. Daher muss der Chefarzt frühzeitig durch den Teamleiter mit den Analysekriterien vertraut gemacht werden und vor allem auch auf die interdisziplinäre, abteilungsübergreifende Gesamtbewertung der Fälle von der Aufnahme bis zur Entlassung ausdrücklich hingewiesen werden.

Analysekriterien

Die Analysekriterien dienen der gleichartigen, d.h. standardisierten Beurteilung eines Behandlungsverlaufes durch die besuchte Klinik und die Peers. Es gilt zu gewährleisten, dass alle Patientenakten von allen Ärzten auf die gleichen Fragen hin durchleuchtet werden. Daher wurden die Kriterien bewusst als Fragen formuliert, deren Beantwortung eine Struktur bei der subjektiven Beurteilung vorgibt. Die Fragen sind auch dazu geeignet, Schnittstellen zu beleuchten und Indikationen zu hinterfragen. Dieses Konzept hat sich in den vergangenen Jahren bewährt und ist von den Peers wie auch den Kliniken akzeptiert und umgesetzt.

Bewertungsbogen

Der Bewertungsbogen wird für jeden Fall einmal von der besuchten Klinik und einmal vom Peerteam ausgefüllt. Damit ergibt sich eine doppelte Beurteilung eines jeden Falles, die miteinander verglichen wird. Für die Peers ist es sinnvoll, diesen Bogen gleichzeitig als Notizenblatt für die Diskussion der Fälle zu nutzen. Die Bögen werden nach Auswertung am Ende des Peer Reviews vernichtet.

5.7 Peer Review – Durchführung

Fallanalysen

Die retrospektive Analyse der Patientenakten nimmt in der Regel 3 bis 4 Stunden in An-

spruch. Die Anzahl wurde zunächst auf maximal 20 Akten begrenzt, damit das Peerteam sorgfältig alle Akten studieren und analysieren kann, also 4–5 Akten pro Peer. Im Laufe der Weiterentwicklung des Verfahrens wurde die Zahl der Akten auf 16 reduziert. Hintergrund ist die zunehmende Komplexität der Fälle mit mehreren, auch intensivmedizinischen Behandlungszeiten. Alle Fälle werden im Peerteam zusammenfassend vorgestellt, interdisziplinär und interprofessionell diskutiert und im Hinblick auf systemische Auffälligkeit bewertet. Diese sollte im Einvernehmen erfolgen. Fehlende Patientenakten werden als Optimierungspotenzial bewertet, um zu erreichen, dass alle Akten der Falllisten vorgelegt werden. Die Bewertungen werden mit der Eigenanalyse der Abteilung verglichen und die Übereinstimmung im Protokoll festgehalten. Alle fallbezogenen schriftlichen Bewertungen werden nach dem Peer Review vernichtet.

Falldiskussion

Die Falldiskussion, der Fachdialog mit der Abteilung ist das Kernstück des Peer Reviews und entscheidet über Wirkung und Akzeptanz des Verfahrens insgesamt. Daher müssen alle Fälle gemeinsam besprochen werden. Eine hohe Bedeutung hat hierbei die Art und Weise der Kommunikation als ein wesentlicher kritischer Erfolgsfaktor. In Simulationseinheiten werden die Peers während ihrer Ausbildung zum Peer hierauf geschult. In Abhängigkeit vom Fall und Situation sind für den Fachdialog ebenfalls ca. 3–4 Stunden einzuplanen. Der Teamleiter ist der Moderator dieses Gespräches, die Teammitglieder stellen jeweils ihre Analysen vor und treten in die fachliche Diskussion ein. In diesem Gespräch werden Verbesserungspotenziale klar benannt und gemeinsam Lösungsvorschläge erarbeitet, die im Protokoll zusammengefasst werden. Dabei gilt die goldene Regel:



Das Protokoll muss die Ergebnisse dieses Gesprächs widerspiegeln.

Information der Geschäftsführung, des Ärztlichen Direktors

Im Rahmen des Abschlussgespräches mit der Klinikleitung ist neben einer Einführung und dem Dank an alle Beteiligten besonders die Zusammenfassung der Verbesserungspotenziale mit Darlegung von Lösungsoptionen bei systematischen Problemen der Schwerpunkt. Themen können sein: Schnittstellen, Standards, Leitlinien, Abläufe, Dokumentation etc. Personaldiskussionen und Strukturthemen sollten dabei nicht im Mittelpunkt stehen.

Protokoll

Das Protokoll ist standardisiert und sollte möglichst bereits am Ende der Peertages durch das Peerteam zu den wichtigsten Punkten erstellt werden. Die enthaltenen Tabellen sollen gemeinsam ausgefüllt werden, da diese die Grundlage der späteren Gesamtauswertung der Peer Reviews sind. Besonders wichtig ist dabei die Einigung des Peerteams auf konkrete Punkte, die verbessert werden sollen, sowie auf konkrete Vorschläge, wie diese Verbesserungen zu erreichen sind. Fallbezogene Einzelbeschreibungen sind nicht Inhalt des Protokolls. Lösungsmöglichkeiten sollen der Klinik Ansatzpunkte zu konkretem Handeln bieten und daher auch gemeinsam erarbeitet werden.

Feedback Fragebögen

Der Feedback Fragebogen „Klinik“ (s.a. Anhang e) bietet den teilnehmenden Kliniken bzw. Abteilungen die Möglichkeit, sich zum Ablauf des Peer Reviews konkret zu äußern. Das

damit verbundene Ziel ist die kontinuierliche Akzeptanzsteigerung des Verfahrens durch Kommunikation und Transparenz sowie die weitere Optimierung des Verfahrens. Es werden jeweils 5 Fragen zu Organisation, kollegialer Falldiskussion, Atmosphäre und Ergebnissen gestellt, zusätzlich besteht die Möglichkeit, persönliche Bemerkungen anzufügen. Im Ergebnis hat sich die Gesamtzufriedenheit der besuchten Abteilungen kontinuierlich verbessert (von 2,3 im Jahr 2010 auf 1,3 im Jahr 2015).

Der Feedback-Fragebogen „Teamleiter“ soll vor allem dazu beitragen, das System organisatorisch zu optimieren und hierzu Vorschläge von den direkt Beteiligten, den Peers zu sammeln. Rückmeldungen zu Schwierigkeiten und Problemen in der Durchführung sind deshalb der erste Schritt zu Verbesserungen.

5.8 Peer Review – Nachhaltigkeit

Der Erfolg jedes Managements im Gesundheitswesen steht und fällt mit der Umsetzung der Konzepte und der nachhaltigen Sicherung in der Praxis. Dabei werden unterschiedliche Strategien diskutiert: zum einen die sogenannte „Bombenwurf- oder Revolutionsstrategie“ und zum anderen die „Evolutionstrategie“ (Osterloh u. Frost 1996). So ist die Bombenwurfstrategie eine typische Top-down-Strategie. Die Evolutionstrategie folgt dagegen den Prinzipien des Qualitätsmanagements eines integrierten Managementansatzes und beteiligt die betroffenen Mitarbeiter an den Veränderungsprozessen. Das IQM Peer Review Verfahren setzt eindeutig auf diese Strategie auf und folgt damit folgenden drei wesentlichen Grundsätzen:

- Betroffene zu Beteiligten machen
- Lernen durch Erfahrung
- Hilfe zur Selbsthilfe

Ein kritischer Erfolgsfaktor für Nachhaltigkeit im Krankenhaus ist die ausdrückliche Unterstützung

seitens der Krankenhausleitung als Vorbildfunktion. Eine klare Strategieformulierung ist damit im Krankenhaus von essentieller Bedeutung und bildet die Voraussetzung für ein von Nachhaltigkeit geprägtes Qualitätsmanagementsystem. Vision und Strategie erfüllen dabei keinen Selbstzweck für die Klinikleitung, sondern sind Eckpfeiler für zielgerichtetes Handeln im Dienst der Patienten, der Mitarbeiter und des Unternehmens. Aus diesem Grund erklärt sich die hohe Anbindung an die medizinische und organisatorische Leitung im Rahmen des Peer Review Verfahrens bei IQM, das den Fokus auf nachhaltige Verbesserung und damit auf Veränderung setzt.

Nachhaltiges Veränderungsmanagement bedarf allerdings einer sensiblen Führungsfähigkeit gepaart mit einer starken Durchsetzungsfähigkeit gegenüber den Mitarbeitern im Krankenhaus. Mehrere Qualitäten wie Konflikterkennung, -analyse, -besprechung und -lösung sind zunehmend kritische Erfolgsfaktoren.



Managementkompetenz reicht im Krankenhaus allein nicht aus. Vielmehr bedarf es zugleich einer hohen Sozialkompetenz!

Im Krankenhaus bedeutet dies für die Führungskraft selbst, dass sie in Veränderungsprojekten bereit sein muss, eine als angenehm empfundene Stabilität aufzugeben und die Fähigkeit besitzen muss, mit Unsicherheiten umzugehen.

5.9 Ausblick – Peer Reviews als interdisziplinäres und berufsgruppenübergreifendes Verfahren

Die IQM Peer Reviews dienen dem Ziel, in den Kliniken einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess zu implementieren und nachhaltig zu sichern. Daher ist dieses Verfahren besonders zur tatsächlichen Verbesserung medizinischer Qualität geeignet. Dies lässt sich aus ersten Ergebniskennzahlen ableiten (Mansky et al.

2015; Nimptsch et al. 2016; Krahwinkel et al. 2016). Die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Begleitforschung steht demzufolge außer Frage. Ein weiterer wichtiger Effekt ist, dass die beteiligten Kliniken und Peers voneinander lernen und den kollegialen interdisziplinären Austausch pflegen. Hierdurch wird ein wichtiger Impuls für eine offene Fehlerkultur gegeben und damit die Patientensicherheit gefördert.

Letztlich ist dies aber nicht nur eine Aufgabe der Ärzteschaft, sondern aller an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen. Insofern war und ist die Öffnung des Peer Reviews bei IQM im Hinblick auf die Einbeziehung der Berufsgruppe der Pflege ein Meilenstein der inhaltlichen Weiterentwicklung des Verfahrens. Die Idee hierzu wurde bereits 2014 dem Vorstand von IQM vorgetragen, der den Auftrag zur Umsetzung an die LG Peer Review erteilte. Dies gelang mit ersten Pilotverfahren in ausgewählten Kliniken in der Schweiz, die mit außerordentlich gutem Erfolg abgeschlossen wurden. Sämtliche zuvor geäußerten Vorbehalte konnten ausgeräumt werden, sodass für das Jahr 2016 20 interprofessionelle Peer Reviews in Kliniken unterschiedlicher Trägerschaft in Deutschland und in allen ausgewählten Kliniken der Schweiz vom FA Peer Review beschlossen wurden. Hierzu musste die entsprechende Logistik konzipiert und umgesetzt werden, angefangen von den Schulungen für die Pflegepeers, die Überarbeitung der Dokumente wie z.B. die Analysekriterien (s. Anhang a-f), die Anpassung des Verfahrens selbst wie z.B. die Aktenanalyse etc. Im Ergebnis leisten die Pflegepeers nichts anderes als die ärztlichen Kollegen, in dem sie entsprechend ihrer Erfahrungen und Kompetenzen die Patientenakten anhand spezifischer Kriterien analysieren und gemeinsam im Peerteam diskutieren. Damit wird der Kreis der Gesamtbetrachtung eines Patientenverlaufes geschlossen und das Behandlungsteam in den Mittelpunkt der Bewertung gestellt. Dies gilt natürlich nicht nur für das Peerteam, sondern für die besuchte Klinik gleichermaßen, sodass das komplette Ver-

fahren weiterentwickelt und angepasst werden musste. Erste konkrete Erfahrungen z.B. in den Schulungen bestätigen den interprofessionellen Ansatz. Diesen gilt es zukünftig nicht nur zu beobachten und zu stärken, sondern insbesondere auch wissenschaftlich zu evaluieren. An dieser Stelle hat das Peer Review bei IQM noch Verbesserungs-, besser Weiterentwicklungsbedarf.

Literatur

- Bundesärztekammer (BÄK) Curriculum Ärztliches Peer Review. 2. Auflage, Berlin, 2013. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/CurrAerztlPeerReview2013.pdf> (Zugriff am 20.11.2013)
- Deming WE (2000) Principles for Transformation of Western Management. In: Deming WE (Hrsg.) Out of the Crisis. Originally published in 1982 by Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Educational Services, Cambridge, Massachusetts, MIT Press Cambridge, Massachusetts, London, England, S. 18–96
- Eberlein-Gonska M, Budic A, Winklmaier C, Petzold T (2015) 5 Jahre Peer Review bei der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ) 109: 650–659
- Krahwinkel W, Schuler E, Liebetrau M, Meier-Hellmann A, Zacher J, Kuhlen R (2016) The effect of peer review on mortality rate. ISQUA: 1–7
- Mansky T, Völzke T, Nimptsch U (2015) Improving outcomes using German Inpatient Quality Indicators in conjunction with peer review procedures. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ) 109: 662–670
- Nimptsch U, Peschke D, Mansky T (2016) Der Einfluss von Qualitätsmessung, Transparenz und Peer Reviews auf die Krankenhaussterblichkeit – Retrospektive Vorher-Nachher-Studie mit 63 Kliniken. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh.wesen (ZEFQ)
- Osterloh M, Frost J (1996) Der Weg zum Ziel – Change Management. In: Osterloh M, Frost J (Hrsg.) Prozessmanagement als Kernkompetenz – Wie Sie Business Reengineering strategisch nutzen können. Gabler, S. 201–219



Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska

Prof. Dr. Maria Eberlein-Gonska leitet seit dem Jahr 2000 den Zentralbereich Qualitäts- und Medizinisches Risikomanagement am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden. Als Fachärztin für Pathologie hat sie berufsbegleitend den European Master in Quality Management abgeschlossen, war mehrere Jahre als akkreditierte KTQ-Visitorin tätig, ist Leitende Systemauditorin im Gesundheitswesen, EFQM-Assessorin und leitete von 2014 bis 2016 den Fachausschuss Peer Review der Initiative Qualitätsmedizin (IQM). Frau Prof. Dr. Eberlein-Gonska ist berufspolitisch in der Sächsischen Landesärztekammer und der Bundesärztekammer tätig. In den Jahren 2001–2004 war sie Geschäftsführerin und von 2007–2011 Vorsitzende der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG). Frau Prof. Dr. Eberlein-Gonska ist seit vielen Jahren aktives Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen und derzeit Section Editor für die Themen Qualität und Patientensicherheit. Gemeinsam mit Prof. Dr. Schmitt (Direktor des Zentrums für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung) ist es gelungen, einen gemeinsamen Forschungsschwerpunkt zu etablieren und erste richtungweisende Ergebnisse z.B. zu Dekubitus und Sturz zu publizieren.



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 Chefärztin 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. Von 2008–2013 Leiterin des IQM Fachausschuss Peer Review.



Dr. med. Claudia Winklmaier

Nach Medizinstudium in Bochum und Essen, Promotion und Facharztweiterbildung an der Neurologischen Universitätsklinik Essen, Mitwirkung am Netzwerk Schlaganfall. Nach Qualifikation Ärztliches Qualitätsmanagement der Ärztekammer Westfalen Lippe 1999–2000 langjährige Tätigkeit als Qualitäts- und Risikomanagerin in unterschiedlichen Positionen im Gesundheitswesen. 2010–2013 Projektleiterin bei 3M Health Information Systems für IQM und Umsetzung der German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) in Zusammenarbeit mit Prof. Thomas Manky, TU Berlin. Seit 01.01.2014 Geschäftsführerin des IQM Initiative Qualitätsmedizin e.V.