

Bundesärztekammer

Leitfaden Ärztliches Peer Review

Herausgeber:
Bundesärztekammer



Leitfaden Ärztliches Peer Review

Mit den in diesem Werk verwandten
Personen- und Berufsbezeichnungen sind,
auch wenn sie nur in einer Form auftreten,
gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Herausgeber:
Bundesärztekammer



**Texte und Materialien der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung**



BUNDESÄRZTEKAMMER

Texte und Materialien
zur Fortbildung und Weiterbildung

Leitfaden Ärztliches Peer Review

Impressum

Schriftleitung

Ines Chop

Bundesärztekammer

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. Hanswerner Bause

Fani Bouzinou

Dr. Oliver Boy

PD Dr. Jan-Peter Braun

PD Dr. Maria Eberlein-Gonska

Ärztekammer Hamburg

Bundesärztekammer

Bundesärztekammer

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden,

Sächsische Landesärztekammer

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Landesärztekammer Baden-Württemberg

Ärztekammer Berlin

Ärztekammer Hamburg

medcoaching, Köln

Ärztekammer Schleswig-Holstein

Bundesärztekammer

Bundesärztekammer

Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

Ärztekammer Berlin

Bayerische Landesärztekammer

Bundesärztekammer

Dr. Christoph Griem

Dr. Matthias Felsenstein

Dr. Günther Jonitz

Dr. Annemarie Jungbluth

Dr. Christine Kuch

Dr. Carsten Leffmann

Jessica Märker

Angelika Regel

Dr. Oda Rink

Dr. Henning Schaefer

Prof. Dr. Johann W. Weidringer

Dr. Ulrich Zorn

Copyright

© Bundesärztekammer, 2014

Herausgeber

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern),

Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Schriftenreihe

Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung

Band 31, 1. Auflage 2014

ISSN 2195-3694

Wichtiger Hinweis:

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funk-sendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urhebergesetzes der BRD zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urhebergesetzes.

Inhalt

WISSENSLEITFADEN	7
1. Einführung in Peer-Review-Verfahren	7
1.1 Hintergrund	7
1.2 Definition und Abgrenzung	9
1.3 Ziele und Effekte	12
1.4 Barrieren und Grenzen	13
2. Qualitätskriterien und Erfolgsfaktoren von Peer-Review-Verfahren	15
2.1 Entwicklung und Koordination eines Peer-Review-Verfahrens	15
2.2 No-Blame-Ansatz und Sanktionsfreiheit	16
2.3 Freiwilligkeit	17
2.4 Prinzip der Gegenseitigkeit	18
2.5 Verfahrensregeln	19
2.6 Bewertungssystematik	20
2.7 Vertraulichkeit und Datenschutz	22
2.8 Anerkennung von Peer Reviews - kein Zertifikat	23
2.9 Nachhaltigkeit	24
3. Peers	25
3.1 Wer ist ein Peer?	25
3.2 Aufgaben und Haltung der Peers	27
3.3 Zusammensetzung des Peer-Review-Teams	29
3.4 Rollen innerhalb des Peer-Review-Teams	30
3.5 Qualifizierungskonzept der Bundesärztekammer für Peers	31
PRAXISLEITFADEN	33
4. Koordination und Organisation von Peer Reviews	33
5. Ablauf von Peer Reviews	34
5.1 Vorbereitung (Phase 1)	35
5.1.1 Auslösung und Start des Peer Reviews	35
5.1.2 Auswahl des Peer-Review-Teams	36
5.1.3 Selbstbewertung	36
5.1.4 Vorbereitung des Peer-Besuchs	37
5.2 Peer Besuch (Phase 2)	37
5.2.1 Ablauf und Elemente	37
5.2.2 Datenerhebung	38
5.2.3 Datenanalyse	40
5.2.4 Bewertung und Vorbereitung des Feedbacks	41
5.2.5 Kollegialer Dialog	41

5.2.6	Abschlussgespräch	45
5.2.7	Evaluation von Peer Reviews	46
5.3	Peer-Review-Bericht (Phase 3)	46
5.3.1	Struktur des Berichts	47
5.3.	Prinzipien für die Erstellung des Berichts.....	47
5.4	Umsetzen der Maßnahmen (Phase 4)	48
6.	Rahmenkonzept von Peer-Review-Verfahren im Kooperationsmodell mit den Ärztekammern	50
7.	Checklisten	54
	Grundlegende Regeln für Peers	55
	Ablauf des kollegialen Dialogs.....	57
	Ablauf des Peer Reviews vor Ort (IQM).....	59
	Ablauf und Durchführung intensivmedizinischer Peer Reviews vor Ort (IMPR)	60
	Standards für Evaluation	63
8.	Muster- und Beispieldokumente	66
	Flowchart Peer-Review-Verfahren.....	67
	Ehrenkodex Peers.....	68
	Ankündigungsschreiben an die Einrichtung	70
	Zustimmungserklärung der Einrichtung	72
	Ablaufplan inkl. Ansprechpartner.....	73
	Empfehlungsschreiben der Ärztekammer	74
	Vertraulichkeitserklärung	75
	Einwilligungserklärung für Patienten.....	81
	Verfahrensrahmen Intensivmedizinisches Peer Review	82
	Selbst-/Fremdbewertungsbogen.....	91
	Analysekriterien für die Selbst-/Fremdbewertung	102
	Peer-Review-Berichte	103
	Anleitung zur Erstellung eines Peer-Review-Berichtes	114
	Feedbackbogen 1.....	118
	Feedbackbogen 2 nach ca. 6 Monaten.....	120
	Teilnahmebescheinigung.....	123
9.	Glossar	124
10.	Literatur.....	140

WISSENSLEITFADEN

1. Einführung in Peer-Review-Verfahren

1.1 Hintergrund

Das Peer-Review-Verfahren als unbürokratisches, flexibles und insbesondere auf den kollektionalen Austausch fokussiertes Instrument zur Förderung von Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung findet im deutschen Gesundheitswesen seit einigen Jahren wieder zunehmend Anwendung und Akzeptanz, insbesondere seitens der Ärzteschaft.

Das ist unter anderem vor dem Hintergrund zu sehen, dass der bürokratische Aufwand bei gesetzlich verpflichtenden Qualitätssicherungsverfahren und Qualitätsmanagementprogrammen oft sehr hoch ist, ihr konkreter Nutzen jedoch für die tägliche Arbeit im Krankenhaus oder in der Arztpraxis von den Ärzten kaum mehr nachvollzogen werden kann.

Mit Initiativen zur Förderung von Peer Reviews in der Medizin setzt die Ärzteschaft einen deutlich anderen Akzent:

Peer-Review-Verfahren in der Medizin sind freiwillig und werden von Ärzten für Ärzte entwickelt. Peer Reviews haben das Ziel, die unter anderem bei der externen Qualitätssicherung beklagten Lücken zwischen Erhebung und Auswertung von Qualitätsdaten einerseits und dem Feedback der Ergebnisse und der Ableitung konkreter Verbesserungsmaßnahmen bei Qualitätsdefiziten andererseits zu schließen. Die „Insider der Patientenversorgung“, die Ärztinnen und Ärzte sollen – gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen – wieder zu Treibern der Qualitätsentwicklung werden. Die Peer-Review-Verfahren bieten zudem die Chance, in der täglichen Versorgungspraxis die Qualitätsförderung der Prozesse in einer Einrichtung mit dem persönlichen Wissenstransfer der Ärzte zu koppeln.



Das Peer-Review-Verfahren ist quasi die systematische Version einer Urform ärztlicher Qualitätssicherung: des offenen Informationsaustausches zwischen Fachkollegen aus anderen Einrichtungen auf Augenhöhe über Aspekte guter Patientenversorgung sowie das Lernen voneinander.

Im Mittelpunkt eines jeden Peer-Review-Verfahrens steht also der direkte Austausch von Expertenwissen – zum Beispiel von Chefarzt zu Chefarzt, Hausarzt zu Hausarzt, von einem Facharzt zu seinem niedergelassenen Kollegen oder auch von Pflegekraft zu Pflegekraft – über konkrete Qualitätsprobleme der medizinischen Versorgungspraxis. Hierin liegt das große Potenzial für die Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung, aber auch die Schwierigkeit der Umsetzung. Zum Beispiel beherrscht nicht jeder Arzt die Kunst des kollektionalen Dialogs und der Vermittlung bzw. des Annehmens konstruktiver Kritik. Deshalb wurde von der Bundesärztekammer im Jahre 2011 ein Curriculum (Bundesärztekammer 2013) entwickelt, mit dem sich interessierte Ärztinnen und Ärzte für Qualitätsförderungsverfahren, die auf kollegialem Dialog und interdisziplinärem Austausch basieren (also z. B. auch Morbiditäts- und Mortalitäts- oder Tumorkonferenzen), qualifizieren können. Das Qualifizierungskonzept hebt nicht nur auf die Vermittlung von theoretischem Wissen über Peer-Review-Verfahren in der Medizin ab, sondern sieht insbesondere ein intensives Kommunikationstrai-

ning im Umgang mit Konflikten, Kritik und Widerstand sowie lösungsorientierter Gesprächsführung vor. Die hervorragende Resonanz entsprechender Kurse an den Landesärztekammern bestätigt den Bedarf und das Konzept eines solchen Fortbildungsangebotes für Ärztinnen und Ärzte.

Die Erfahrungen zeigen, dass die Qualität eines Peer-Review-Verfahrens in erster Linie von der Güte des Verfahrens und der Kompetenz der Peers abhängt. Mit dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ hat die Bundesärztekammer bereits ein Qualifizierungskonzept für Peers vorgelegt, nach dem bis Ende 2013 bereits etwa 500 Peers durch die Landesärztekammern geschult wurden.

Zusätzlich zu diesem Fortbildungsangebot äußerten Landesärztekammern, aber auch andere interessierte Organisationen und als Peers tätige Ärzte selbst den Bedarf nach einem methodischen Leitfaden mit Qualitätskriterien, wie ein hochwertiges Peer-Review-Verfahren zu entwickeln, zu organisieren und durchzuführen ist.

Dem kommt die Bundesärztekammer mit diesem Leitfaden nach, der als methodische Anleitung für Organisationen, Institutionen usw. im Gesundheitswesen konzipiert ist, die ein Peer-Review-Verfahren entwickeln und implementieren möchten. Er beschreibt und strukturiert ein Peer-Review-Verfahren, zeigt Aufgaben, Rollen und Verantwortlichkeiten der Peer-Review-Partner auf, gibt Vorgaben und Orientierungshilfen für maßgebliche Peer-Review-Elemente und enthält zahlreiche praxisrelevante Handlungsempfehlungen sowie Muster- und Beispieldokumente¹.

Damit soll auch ein Beitrag dazu geleistet werden, dass die Qualitätssicherung vor allem von Ärzten wieder als selbstbestimmt wahrgenommen (professionelle Autonomie) wird und Kollegen sich untereinander systematisch offen austauschen und voneinander lernen können. Damit wird das Peer-Review-Verfahren zum integralen Bestandteil eines auf die medizinische Patientenversorgung ausgerichteten Qualitätsmanagements.

Die initialen Impulse für die Einführung von konkreten freiwilligen, einrichtungsübergreifenden Peer Reviews gingen von niedergelassenen Ärzten in landesspezifischen Verfahren (z. B. Peer-Review-Verfahren der Pathologen im Freistaat Sachsen) und in deutschen Krankenhäusern von der Initiative Qualitätsmedizin (IQM, www.initiative-qualitaetsmedizin.de) aus. Etwa zur gleichen Zeit wurde das intensivmedizinische Peer-Review-Projekt der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Notfall- und Intensivmedizin (IMPR, www.divi.de) in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten aufgelegt. An diesen Projekten sind die Bundesärztekammer und zahlreiche Landesärztekammern begleitend und aktiv beteiligt. Einzelne Aspekte dieses Leitfadens werden exemplarisch an diesen konkreten Peer-Review-Verfahren (IQM und IMPR) veranschaulicht.

¹ An dieser Stelle sei noch an ein Vorläuferprojekt „Qualitätsverbesserung durch klinische Audits“ und einen entsprechenden „Leitfaden: Klinisches Audit“ (Blum 2002) verwiesen, das vom Bundesministerium für Gesundheit im Jahre 1998 initiiert und finanziell gefördert wurde. Unter dem Begriff „Klinisches Audit“ wurde das in diesem Leitfaden dargelegte Verständnis von Peer Review darin theoretisch dargelegt und praktisch erprobt, so dass viele wertvolle Anregungen daraus in diese Broschüre eingeflossen sind.

1.2 Definition und Abgrenzung

Da im internationalen Kontext und in der Literatur die Termini Physician Peer Review, Clinical Audit, Medical Peer Review, Medical Audit, klinisches Audit, Audit und Visitation weitgehend als Synonyme verwendet werden, bedarf es zunächst der Klarstellung, was im Folgenden unter Peer Review im medizinischen Kontext verstanden wird.

Bei „Peer Review“ handelt es sich der wörtlichen Bedeutung nach um eine Überprüfung (Review) und Bewertung durch Gleichgestellte (Peers). Beim hier beschriebenen Verfahren handelt es sich um ein externes, entwicklungsorientiertes Evaluierungsverfahren mit dem Ziel, die besuchte Gesundheitseinrichtung bei ihren Bemühungen um nachhaltige Verbesserung von Qualität und Sicherheit zu unterstützen.



Peer Review findet auf der Einrichtungsebene – in Abgrenzung zur Personenevaluation – statt und verbindet die Konzepte von Qualitätsentwicklung und Lernen auf individueller und organisationaler Ebene.

Das Hauptelement ist dabei – nach einer systematischen Selbst- und Fremdbewertung vor allem klinischer Inhalte – die Expertenberatung im Dialog während des Vorort-Besuchs des externen Expertenteams (Peers in ihrer Rolle als „Reviewer“). In diesem sogenannten kollegialen Dialog, der Merkmale eines Coachings hat, reflektieren die Peers und die Kollegen der besuchten Einrichtung (selbst)kritisch ihr ärztliches Handeln, identifizieren gemeinsam Verbesserungspotenziale, legen Qualitätsziele fest und leiten daraus konkrete Maßnahmen ab. Die entscheidende Voraussetzung für das Gelingen des kollegialen Dialogs ist eine lösungsorientierte, vertrauensvolle und von Schuldzuweisungen freie Atmosphäre, die den offenen Informationsaustausch und das Voneinander-Lernen erst ermöglicht.

Die externen Peers (nicht der Organisation angehörige Peers in der Rolle als „Reviewer“) sind unabhängig und jenen Personen „gleichgestellt“, deren Leistung bewertet wird. Sie arbeiten in einem ähnlichen Umfeld und verfügen über fachspezifische Expertise und Erfahrungen im zu bewertenden Bereich.

Anlehnend an die allgemeine Peer-Review-Definition von Grol (Grol 1994),

„Peer review is defined as a continuous, systematic, and critical reflection by a number of care providers, on their own and colleagues' performance, using structured procedures, with the aim of achieving continuous improvement of the quality of care.“

wird ein Ärztliches Peer Review folgendermaßen definiert:



„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“.

Es zeichnet sich vor allem durch folgende Merkmale aus:

- Die Teilnahme ist freiwillig.
- Das Peer-Review-Team ist extern, unabhängig und kann interdisziplinär und multiprofessionell zusammengesetzt sein.
- Die Peer-Tätigkeit erfolgt nebenamtlich.
- Das Peer-Review-Verfahren beruht auf einem strukturierten, systematischen Bewertungsverfahren.
- Inhalte sind in erster Linie klinische Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Es ist vertraulich, frei von Schuldzuweisungen und Sanktionen.
- Es beruht auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit: Besuchende und besuchte Peers lernen voneinander.
- Die Ergebnisse der Reviews werden aufgearbeitet und – anonymisiert – anderen zur Verfügung gestellt.

Abgrenzung zu anderen Verfahren

Zertifizierungsverfahren, die – formal betrachtet – ähnlich strukturiert sind wie Peer Reviews (Selbstbewertung, Fremdbewertung einschl. Visitation, externe Audits o. ä.), überprüfen vor allem die Konformität mit einer Norm bzw. beurteilen den gesamten Evaluationsgegenstand. Die Qualität wird mit einem Zertifikat dargelegt. Zertifizierungsverfahren sind in Abgrenzung zu den Peer Reviews mit formativem Charakter eher als summative Evaluierungsverfahren einzuordnen. (siehe Tabelle 1).



Beim Peer-Review-Verfahren liegt die Perspektive weniger auf dem Kontroll- als vor allem auf dem Entwicklungsparadigma: Die besuchte Einrichtung möchte in ihrem Bemühen um Qualitätsentwicklung von „ebenbürtigen“ Peers beraten und unterstützt werden. Der kollegiale Dialog auf Augenhöhe fördert dabei den „Wissens-transfer zwischen Experten und soll ‚Geburtshelfer‘ von Ideen und deren Realisierung“ sein (Ehrlich 1995) und damit der Qualitätsentwicklung einen Impuls geben.

Der Auditor fragt, hört und bewertet überwiegend Konformitäten und kommentiert in begrenztem Umfang im Feedback-Report. Peers nehmen eher die Rolle eines Begleiters, kollegialen Beraters, Coaches im Sinne des Modells der kollegialen Beratung bzw. Intervention ein. Inhalte des Peer Reviews sind die interdisziplinäre und interprofessionelle, gesamte medizinisch-pflegerische Behandlung des Patienten. Beim Peer Review werden Ideen, Ansätze und Konzepte zur Qualitätsverbesserung von Anfang an gemeinsam von allen Beteiligten erarbeitet, eventuell vorhandene Beispiele von Best Practice können einander zur Verfügung gestellt werden. Die Ergebnisse des Peer-Review-Besuchs sind dadurch sehr praxisnah und auf die Gegebenheiten in der Gesundheitseinrichtung vor Ort angepasst.



Der richtige Zeitpunkt, sich für ein Peer Review zu entscheiden, hängt nicht davon ab „wie weit die Einrichtung schon ist“ (z. B. um bestimmte Anforderungen für ein Zertifikat zu erfüllen), sondern allein vom Willen zur Veränderung.

Gerade wenn z. B. ein Chefarzt eine Abteilung neu übernommen hat, kann es sehr hilfreich sein, sich von externen Experten beraten bzw. bestätigen zu lassen, wo und wie sinnvolle Veränderungen starten sollen. Das Peer Review bestätigt meist die Selbsteinschätzung der Einrichtung und wirkt wie ein Katalysator für Entwicklungen, die ggf. schon lange angedacht waren. Sind bereits Veränderungsmaßnahmen angedacht, so kann durch ein Peer Review z. B. für die Geschäftsführung im Sinne einer „Zweitmeinung“ überprüft werden, ob diese sinnvoll und zielführend sind.

Tabelle 1: Einordnung und Abgrenzung von Peer Review im Kontext von Evaluation (nach Stufflebeam, Shinkfield 2007)

Deskriptor	Formative Evaluation (Verbesserungsevaluation)	Summative Evaluation (Bilanzevaluation)
Ziel	Qualitätssicherung; Verbesserung	Gesamtbeurteilung des Evaluationsgegenstandes
Anwendung	Grundlage für Entscheidungen	Definieren der Verantwortlichkeit für Erfolge und Fehler; Förderung des Verständnisses für Bewertungen
Funktion	Feedback für Verbesserungen	Darlegung des Wertes des Evaluationsgegenstandes, z. B. seiner Qualität, Sicherheit, Kosten für Kunden, externe Kontrolle
Orientierung	in die Zukunft gerichtet, aktiv, vorbeugend	rückblickend gerichtet, „rückgängig machen“
Unterstützung für	Zielsetzungen, Planungen und Management, kooperatives organisationales Lernen	Kunden, die richtigen Entscheidungen zu treffen
Schwerpunkte	Ziele, alternative Vorgehensweisen, Pläne, Implementierung von Plänen, Zwischenergebnisse	abgeschlossene Projekte, etablierte Programme, fertige Produkte, Endergebnisse
Zielgruppe	vor allem „Insider“: Manager, Mitarbeiter	vor allem „Outsider“: Kostenträger, Kunden und andere Beteiligte
Bewertungskonzept	flexibel, erweiterbar, reaktionsfähig, interaktiv	Relativ starr, nicht erweiterbar oder sich kontinuierlich entwickelnd
Typische Methoden	Fallstudien, Beobachtungen, Interviews, unkontrollierte Versuche	Breites Spektrum an Methoden, z. B. Fallstudien, kontrollierte Versuche, Checklisten
Berichtswesen	periodisch, oft relativ informell, berücksichtigen die Anforderungen der Auftraggeber und der Mitarbeiter	Gesamtbericht und Bewertung, was durchgeführt und vollendet wurde; Benchmarking, Kosten-Nutzen-Analyse
Anwendungsbeispiele	Freiwillige Peer-Review-Verfahren, teilweise Qualitätszirkel, teilweise Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	Externe Audits, Visitationen, Begehungen, Provider Peer Reviews, vor allem im Rahmen von Akkreditierungen und Zertifizierungen

1.3 Ziele und Effekte

Peer-Review-Verfahren in der Medizin zielen darauf ab, eine Einrichtung dabei zu unterstützen, die Qualität und Sicherheit ihrer medizinischen Patientenversorgung differenziert zu ermitteln, systematisch zu bewerten und kontinuierlich und nachhaltig zu verbessern. In Anlehnung an traditionelle Verfahren der Qualitätssicherung im stationären Bereich (z. B. Obduktionen, Tumorkonferenzen, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen) und im niedergelassenen Bereich (z. B. Qualitätszirkel) wird hierbei von Kollegen einer Einrichtung oder Fachabteilung gezielt ein kritisches, aber wohlwollend konstruktives Feedback zur Qualität ihres ärztlichen Handelns durch externe „Insider“ eingeholt.



Vom Wissen zum Handeln: Der kollegiale Dialog setzt im PDCA-Zyklus bei der Diskussion der Ergebnisse des CHECK-Schrittes an und kann die oftmals existierende Lücke zum ACT schließen.

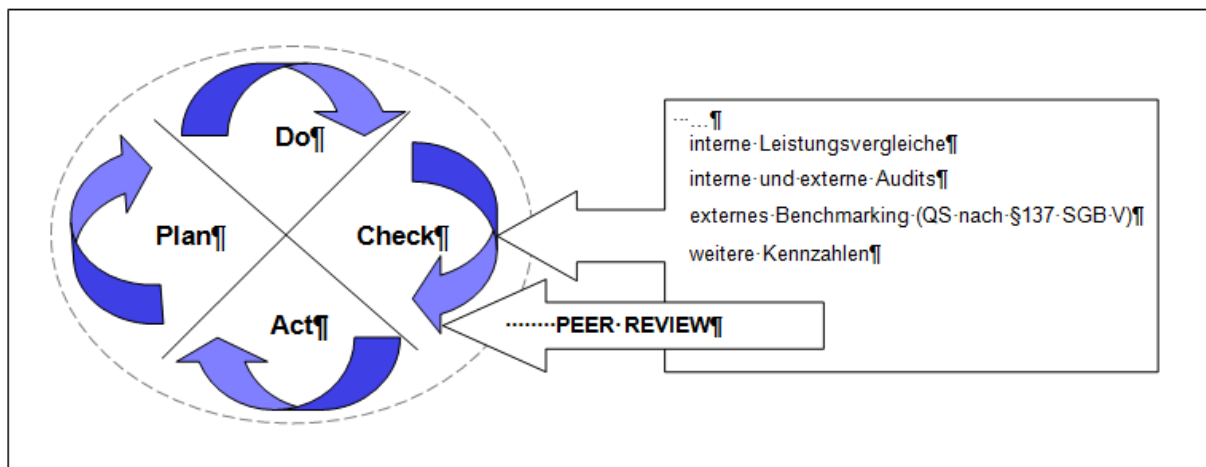


Abbildung 1: Peer Review im PDCA-Zyklus

Aus ersten Erfahrungen lassen sich folgende **Effekte** ableiten:

Die besuchte Einrichtung lernt eine externe Perspektive kennen, kann sich der Qualität ihrer Leistungen vergewissern, kann ihre Stärken aufzeigen und wird auf blinde Flecken („Betriebsblindheit“) und Verbesserungspotenziale aufmerksam gemacht. Peers können **bedarfsgerechtes Wissen transferieren, praktikable Empfehlungen und gute „Tipps“ für die Gegebenheiten vor Ort generieren**. Im gemeinsamen Lernprozess können gute Praxisbeispiele ausgetauscht werden. Angehörige unterschiedlicher Disziplinen und Professionen kommen miteinander ins Gespräch, z. B. über eine Verbesserung ihrer **Kooperation**, und können sich **vernetzen**. Die hier als selbstbestimmt erlebte Qualitätsförderung durch Ärzte und andere Gesundheitsberufe kann zu einer **Erhöhung der Motivation dieser Professionen führen**. Dies steigert die Nachhaltigkeit der angestrebten Veränderungen und bahnt den Weg zu einer **gelebten Qualitäts- und Sicherheitskultur**.

1.4 Barrieren und Grenzen

Die Erkenntnis, dass in der täglichen Praxis auftretende Fehler eine Chance darstellen, um aus ihnen zu lernen, ist im deutschen Gesundheitswesen noch nicht überall verbreitet – ebenso wenig wie die Bereitschaft zur offenen Diskussion von Verbesserungspotenzial im Sinne einer Sicherheitskultur.

Sicherheitskultur ist dabei „jener gemeinsame Wissens-, Werte- und Symbolvorrat, der die Kapazität der Organisation erhöht, die Patientensicherheit zu verbessern“ (Pfaff et al 2009).

Colla et al. unterscheiden folgende Dimensionen der Sicherheitskultur: Führung, Verfahrensgrundsätze und Richtlinien, Kommunikation, Personalausstattung und Berichtswesen (nach Colla et al. QSHC 14, 2005, 364).

Der Mut, Fehler einzugestehen und mit Dritten zu diskutieren, setzt Vertrauen gegenüber den

Gesprächspartnern voraus. Dieses Vertrauen kann sich nur in einem Umfeld von Organisationen ausbilden, die einen gewissen Reifegrad von Führung und Mitarbeitern aufweisen. Ein Merkmal für Reifung ist vor allem der Wandel von einer Kultur des Anordnens zu einer Kultur des Lernens in der Organisation.

Organisationskultur (nach Schrappe 2012)

Integration	Basiskonsens über Grundfragen
Koordination	Handlungskoordinierend über gemeinsame Werte und Normen
Motivation	Sinnvermittlung, handlungslegitimierend
Identifikation	Schaffung von Wir-Gefühl und Selbstbewusstsein
Signaling	Verdeutlichung der Werte und Normen
Adaptation	erklärt Kooperationsbedingungen

Vor der Entscheidung für die Teilnahme an einem Peer-Review-Verfahren müssen die Verantwortlichen in einer Organisation prüfen, ob die Organisationskultur „reif“ dafür ist. Das ist unter anderem an folgenden Aussagen zu messen:



Das Ziel eines Peer Reviews sollte von der Führung bis zum einzelnen Mitarbeiter verstanden werden als:

- Teil der Sicherheitskultur der Einrichtung
- gewollte kritische Beurteilung des eigenen Handelns, um Verbesserungspotenziale aufgezeigt zu bekommen
- Hilfe zur Selbsthilfe (z. B. Ideen zu innovativem Versorgungskonzepten, Änderung von Abläufen)
- voneinander Lernen (z. B. Austausch von gute/beste Praxisbeispielen)
- Möglichkeit der Vernetzung
- Katalysator von persönlicher und Organisationsentwicklung

Ein Peer Review wird hingegen **missbraucht**, wenn es benutzt wird

- zu Marketingzwecken
- um Druck auf die Abteilung auszuüben
- um unliebsame Mitarbeiter loszuwerden
- um Konkurrenten „auszuspionieren“
- um Kollegen „vorzuführen“

2. Qualitätskriterien und Erfolgsfaktoren von Peer-Review-Verfahren

Der Erfolg und die Akzeptanz von Peer-Review-Verfahren hängen in erster Linie von den folgenden Kriterien ab:

- Güte der Verfahrensregeln
- Überzeugung der Teilnehmer vom Nutzen des Verfahrens
- Kenntnis und Einhaltung der Verfahrensregeln durch alle Teilnehmer
- fachliche und soziale Kompetenz der Peers
- Prinzip der Gegenseitigkeit zwischen den Peers
- Auftreten der Peers als „Critical Friends“, d. h. Zusicherung von Vertraulichkeit, respektvolles und wertschätzendes Verhalten, ehrliches Angebot der Hilfe

Als Evaluationsverfahren kann sich ein Peer Review systematisch an den Standards für Evaluation der Deutschen Gesellschaft für Evaluation (DeGEval 2008) orientieren. Evaluationen sollen demnach über folgende vier grundlegende Eigenschaften verfügen:

Nützlichkeit – Durchführbarkeit – Fairness – Genauigkeit

(Eine detaillierte Erläuterung dieser Eigenschaften im Kapitel 7 – Checklisten)

In den folgenden Kapiteln werden die wichtigsten Qualitätsmerkmale von Peer-Review-Verfahren erläuternd dargelegt. Dabei sind die Erfahrungen aus den Peer-Schulungen, der begleitenden Beobachter der Landesärztekammern sowie Feedbacks von Peers und besuchten Einrichtungen eingeflossen.

2.1 Entwicklung und Koordination eines Peer-Review-Verfahrens

Die Entwicklung eines Peer-Review-Verfahrens bedarf zunächst der Initiative eines sogenannten **Verfahrenseigners**. Der Verfahrenseigner kann z. B. eine wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft, ein Netzwerk einer Fachdisziplin, ein Klinikverbund oder ein Ärztenetz sein. Der Verfahrenseigner betraut ein **Steuerungsgremium** (z. B. Lenkungsgruppe oder Steuerungsgruppe Peer Review) mit der Entwicklung des Peer-Review-Verfahrens. Die Entwicklung sollte idealerweise bottom up erfolgen, d. h. die zu bewertenden Inhalte sollten maßgeblich von klinisch tätigen Fachleuten aus den entsprechenden Disziplinen festgelegt werden. Durch diesen Ansatz werden Betroffene zu Beteiligten gemacht und ein hohes Maß an Sachkompetenz und Praxisnähe bei der Durchführung und Umsetzung des Peer-Review-Verfahrens erreicht. Nicht zuletzt verspricht eine partizipative Entwicklung eine hohe Akzeptanz des Verfahrens und seiner Regeln und eine Aufgeschlossenheit gegenüber einem kritischen Feedback der eigenen Tätigkeit und gegenüber vereinbarten Qualitätszielen und Maßnahmen.

Je nach vorhandenen Ressourcen kann das Steuerungsgremium selbst die Koordination und Organisation von Peer Reviews übernehmen. Auch der Bestand ausgebildeter Peers (z. B. in Form eines Peer-Pools) muss administriert werden. Schließlich muss das Verfahren selbst evaluiert und qualitätsgesichert werden.

Alternativ können alle diese Aufgaben einer neutralen Koordinierungsstelle übertragen werden, die über entsprechende methodische Expertise und organisatorische Ressourcen verfügt und gleichzeitig noch die Qualitätssicherung übernehmen kann, z. B. einer Landesärztekammer.

Das entwickelte Peer-Review-Verfahren wird in einem **Manual** schriftlich niedergelegt, vom Steuerungsgremium freigegeben und vom Verfahrenseigner verabschiedet. Um das Verfahren, insbesondere die Bewertungsinhalte, aktuell zu halten, ist die Festlegung einer **Gültigkeitsdauer** vorteilhaft.

Die **Qualifizierung** der Peers können die Landesärztekammern übernehmen, nach dem entsprechenden Curriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer. Die Fortbildung ist hier im Blended-Learning-Format konzipiert: halbtägiges Selbststudium, anderthalbtägige interaktive Präsenzveranstaltung und zwei Trainings-Peer-Reviews.

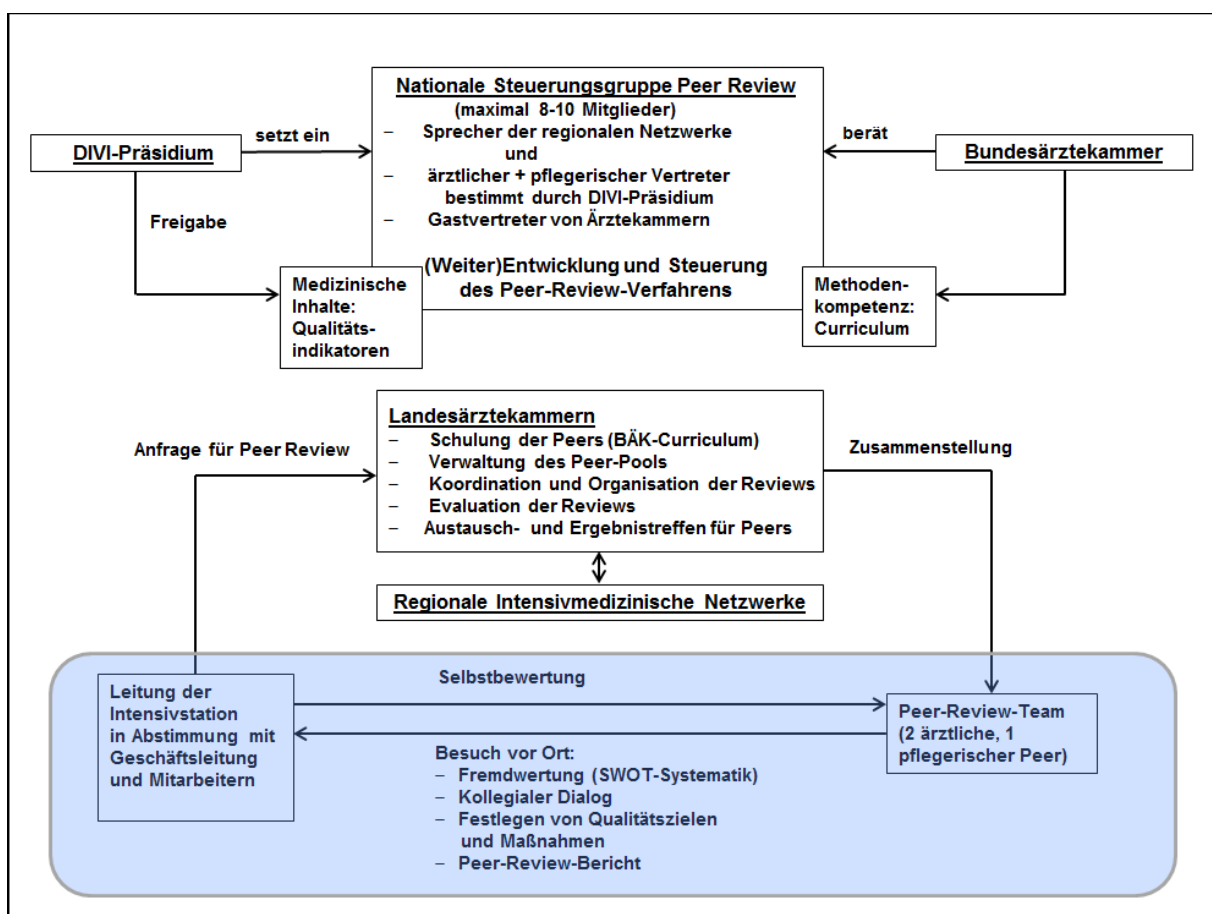


Abbildung 2: Peer-Review-Verfahren der Intensivmedizin (DIVI in Kooperation mit den Ärztekammern)

2.2 No-Blame-Ansatz und Sanktionsfreiheit

Die Ergebnisse eines Peer Reviews dürfen für die betroffene Einrichtung nicht mit dem „Stigma des Versagens“ – weder auf persönlicher noch auf Organisationsebene – behaftet sein und keine Sanktionen oder arbeitsrechtlichen Maßnahmen nach sich ziehen. Peer Reviews „sollen vielmehr einen edukativen Charakter haben und einen pragmatischen Ansatz für gezielte Verbesserungen bieten“ (Blum 2002). Nur ein Verfahren, das nicht bestraft, son-

dern den Wissenstransfer, die Zusammenarbeit und die Vernetzung in den Vordergrund stellt, erhöht die Bereitschaft der Betroffenen, im Praxisalltag der Einrichtung auftretende Probleme offen anzusprechen. In einem solchen bedrohungsfreien Klima, in dem Vertrauen, Respekt und Wertschätzung im Vordergrund stehen, wird mit den Ergebnissen des Peer Reviews konstruktiv umgegangen, Kritik angenommen und die Motivation zur Einleitung von Veränderungen erhöht.

Peer Reviews unterscheiden sich von mehr kontroll-orientierten Evaluationsverfahren (z. B. Audits bei Zertifizierungen, Stichprobenprüfungen) vor allem in der Rolle und Haltung der Peers als Evaluierende:

Die Peers sind keine Kontrolleure oder Prüfer, sondern Kollegen, die beraten, helfen, coachen.

Kritik und Handlungsempfehlungen werden nicht personalisiert, sondern setzen konkret an Strukturen, Prozessen oder Ergebnissen der besuchten Einrichtung an.

2.3 Freiwilligkeit

Die prinzipielle Freiwilligkeit von Peer-Review-Verfahren ist einerseits eine wichtige Voraussetzung für die Offenheit und Vertraulichkeit in Reviews. Andererseits fördert sie deren Akzeptanz sowie die Teilnahmereitschaft daran. Den Peers werden so eine **hohe Autonomie und ein positives Kompetenzerleben vermittelt. Die soziale Einbindung wird gefördert und das** Problembewusstsein und die Veränderungsbereitschaft erhöht. Die Ziele des freiwilligen Peer Reviews werden im Idealfall als persönlich wichtige Ziele und damit das Verfahren als stark **selbstbestimmte Qualitätsentwicklung** wahrgenommen.

Die Freiwilligkeit im Peer-Review-Verfahren erfordert allerdings eine hohe Eigenmotivation der Einrichtung, sich einem Review zu unterziehen und den aus den festgelegten Qualitätszielen abgeleiteten Maßnahmenplan umzusetzen, da kein äußerer Druck entsteht, Veränderungen konsequent umzusetzen, wie es beispielsweise bei Zertifikatsvergaben der Fall ist.

Hinsichtlich der Freiwilligkeit lassen sich bestimmte Abstufungen betrachten, die jeweils Vor- und Nachteile haben:

Rein freiwillige Peer-Review-Verfahren setzen einen gewissen Reifegrad hinsichtlich der Sicherheits- und Lernkultur in der Einrichtung voraus, die als Qualitätskultur von einem breiten Konsens getragen wird. Das heißt, dass von der Leitung bis hin zu den einzelnen Mitarbeitern alle davon überzeugt sind, dass die mit den Peers gemeinsam erarbeiteten Qualitätsziele und Maßnahmen zielführend und relevant sind. Nur dann werden diese akzeptiert und können nachhaltig umgesetzt werden.

Der Nachteil rein freiwilliger Verfahren besteht darin, dass sich erfahrungsgemäß vor allem solche Einrichtungen einem Review unterziehen, die bereits einen hohen Reifegrad der Qualitätskultur erreicht haben und in der Regel auch eine Versorgungsqualität auf sehr hohem Niveau leisten.

Beispiel: Beim intensivmedizinischen Peer-Review-Verfahren entscheidet sich die Intensivstation aus eigener Motivation für ein Peer Review und fordert das bei der jeweiligen Ärztekammer an.

Selbstverpflichtende Peer Reviews mit selbstbestimmten Zeitpunkt bzw. mit Freistellung von anderen QS-Maßnahmen

Folgende Varianten sind unter anderen möglich:

Eine Einrichtung wird freiwillig Mitglied eines Vereins, Netzwerkes o. ä., dessen Satzung vorsieht, dass sich alle Mitglieder einem Peer-Review-Verfahren nach einem festgelegten Turnus (z. B. jährlich) bzw. nach festgelegten Auswahlkriterien unterziehen (z. B. IQM). Als weitere Möglichkeit kann die Wahl des Zeitpunktes für ein Peer Review innerhalb eines bestimmten Zeitraums (z. B. drei Jahre) der Klinik, Abteilung oder Praxis selbst überlassen werden. So hat die Einrichtung genügend Vorlauf, die notwendigen Voraussetzungen für die Akzeptanz bei den Mitarbeitern zu schaffen.

Optional ist vorstellbar, dass Einrichtungen, die sich einem Peer Review nach zuvor definierten Regeln unterziehen, von anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen freigestellt werden.

Obligatorische Peer Reviews

Rein verpflichtende Peer Reviews (z. B. die Verpflichtung durch die Konzernleitung für Chefarzte zu Peer Reviews) widersprechen eigentlich dem oben genannten Entwicklungsparadigma dieses Verfahrens und können im ungünstigen Fall mit der „Suche nach dem Schuldigen“ assoziiert bzw. dazu missbraucht werden. Mit „verordneten“ Peer Reviews, die durch die Betroffenen als fremdbestimmte Maßnahme wahrgenommen werden, können die Akzeptanz und die Identifikation mit dem Review-Prozess sowie letztendlich die Umsetzungswahrscheinlichkeit von Verbesserungsmaßnahmen sinken.

2.4 Prinzip der Gegenseitigkeit

Peer Reviews beruhen auf dem **Prinzip der Gegenseitigkeit**. Jede Einrichtung (z. B. Abteilung, Station, Praxis), die sich einem Peer Review unterziehen möchte, hat ihrerseits Peers für Peer Reviews in anderen Einrichtungen zur Verfügung zu stellen und umgekehrt. Dabei müssen beide Seiten jeweils die Regeln des Verfahrens einhalten. Dies betrifft einerseits formale Aspekte wie die strukturierte Vorbereitung des Peer Reviews und der Unterlagen und die strukturierte Nachbereitung in Form des Peer-Review-Berichts. Andererseits müssen aber auch die im Peer Review abgegebenen inhaltlichen Handlungsempfehlungen relevant und für die betroffene Einrichtung umsetzbar sein. Nutzen und Aufwand sollen bei allen beteiligten Einrichtungen fair verteilt sein. Durch die wechselseitigen Besuche wird der kooperative und partnerschaftliche Ansatz des voneinander Lernens unterstrichen. Ein weiterer Effekt ist dabei die Vernetzung der Peers.

„Der absehbare Rollentausch ist ein hervorragendes Instrument zur Selbstreflexion, zu der wir im heutigen Klinikalltag viel zu selten angehalten werden. Der Rollentausch wird dazu führen, beim nächsten Review, bei dem man wieder an der anderen Seite des Tisches sitzt, sein Wort noch sorgfältiger zu wählen und noch diplomatischer zu sein, ohne jedoch auf die klare Benennung von Verbesserungspotenzial zu verzichten.“ (Krahwinkel et al 2013)

Weitere Charakteristika, die das Prinzip der Gegenseitigkeit unterstreichen, sind die **Nebenamtlichkeit** der Peer-Tätigkeit und die **Gleichheit** der Peers. Alle Peers sind aktiv in einem Krankenhaus, einer Praxis u. ä. tätig und üben ihre Peer-Tätigkeit zusätzlich zu ihrer eigenen Berufstätigkeit aus, d. h. im Review treffen Praktiker auf Praktiker.

Peer-Review-Modelle der gegenseitigen Besuche für verschiedene Anwendungsbereiche (Kliniken, Praxen, Ärztenetze usw.)

Peer-Pool: Der Verfahrenseigner bzw. die Koordinierungsstelle verwaltet einen Pool von Peers, die speziell für das konkrete Verfahren ausgebildet wurden und den Anforderungen an einen Peer (s.o.) entsprechen. Aus diesem Pool wird nach festgelegten Regeln ein Peer-Review-Team für jedes Peer Review zusammengestellt.

Partnermodell: Der Verfahrenseigner bzw. die Koordinierungsstelle organisiert die wechselseitigen Peer Reviews von jeweils zwei Abteilungen bzw. Fachabteilungen, Zentren, Praxen usw. So besucht z. B. Praxis A die Praxis B und umgekehrt.

Kreismodell: Der Verfahrenseigner bzw. die Koordinierungsstelle organisiert eine Gruppe von mehr als zwei Einrichtungen, wobei eine jeweils eine andere besucht. Somit hat jede Einrichtung zwei Peer-Review-Partner: einen der sie besucht und einen, von dem sie besucht wird. So besucht z. B. Praxis A die Praxis B, die Praxis B besucht die Praxis C und die Praxis C besucht die Praxis A.

Bei der Auswahl des Peer-Review-Teams sind eventuelle Konkurrenzbeziehungen zwischen Einrichtungen zu beachten. Diese können die Offenheit des Verfahrens und die Qualität der Peer-Review-Ergebnisse beeinträchtigen. Entsprechende Regelungen, wann ein besuchender Peer von einer besuchten Einrichtung abgelehnt werden kann, sollten vorgegeben werden.

2.5 Verfahrensregeln

Voraussetzung für ein robustes Peer-Review-Verfahren ist ein entsprechendes Regelwerk (Manual oder Verfahrensbeschreibung), das schriftlich niedergelegt ist und von allen am Peer-Review-Verfahren Beteiligten akzeptiert und eingehalten wird. Es enthält neben dem Reglement mit festgelegten Verantwortlichkeiten auch Unterlagen, Musterdokumente, die einheitlich verwendet werden sollten. Zusätzliche Checklisten können eine hilfreiche Ergänzung sein.

Beispiele für **Verfahrensregeln**, die im Manual festgehalten werden:

- Verfahrenseigner
- Verantwortlichkeiten und Fristen
- Bewertungsinhalte
- Auslösung von Reviews
- Zusammensetzung und Auswahl des Peer-Review-Teams
- Rolle des Evaluierungsexperten
- Regelungen für die Ablehnung eines Peers
- Datenschutz
- Organisation und Ablauf der Reviews
- Koordinator/Koordinierungsstelle
- Bewertungsbereiche
- Bewertungssystematik
- Häufigkeit von Reviews
- Rolle der Peers
- Ehrenkodex für Peers
- Voraussetzung für Peer-Tätigkeit (Qualifikation)
- Dateneigner
- Aufgaben der Peers

- Aufgaben der Organisation/
Abteilung, die sich einem Review
unterzieht
- Austausch- und Ergebnistreffen
der Peers
- Umgang mit den Ergebnissen

 In den Kapiteln 7 und 8 sind dazu Muster- und Beispieldokumente sowie Checklisten aufgeführt.

2.6 Bewertungssystematik

Bewertungsgegenstand

Die Basis jedes Peer-Review-Verfahrens ist die genaue Festlegung von Gegenstand bzw. Thema und Bereich, die bewertet werden sollen. Gegenstand, Zwecke, Fragestellungen und Vorgehen, einschließlich der angewandten Methoden, sollten genau beschrieben sein. In Gesundheitseinrichtungen ist der Kernprozess die Patientenversorgung. Die Qualität dieses Prozesses und die Patientensicherheit stehen im Mittelpunkt des Peer Reviews. In der Regel ist dazu der gesamte Behandlungsprozess unter Berücksichtigung von Standards und Leitlinien zu analysieren, aber auch Aspekte der Struktur- und der Ergebnisqualität sind zu bewerten. Die konkreten Bewertungsbereiche können je nach Verfahrenseigner variieren, sie können spezifisch für eine Fachdisziplin sein, aber auch fachgebietsunabhängig. Der Fokus kann auf klinischen Inhalten liegen oder auf Aspekten der Patientensicherheit, bzw. auf einer Kombination von beiden. Die Auswahl der Bewertungskriterien ist vom Verfahrenseigner aus dem Ziel des Peer-Review-Verfahrens abzuleiten. Idealerweise sind diese Bewertungskriterien Qualitätsindikatoren, die evidenzbasiert sind, die die Gütekriterien des QUALIFY-Instrument (Reiter et al, BQS 2007) erfüllen bzw. in einem breiten Konsensusprozess generiert wurden.

So fokussieren z. B. die Bewertungsbögen beim intensivmedizinischen Peer-Review-Verfahren (IMPR) auf qualitätsrelevante Informationen für das entsprechende Fachgebiet Intensivmedizin. Die Bewertungskriterien umfassen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf Intensivstationen, die durch Selbstbewertung und Fremdbewertung (Interview und bettseitige Begehung) erhoben werden. Bei der bettseitigen Begehung werden acht evidenzbasierte Qualitätsindikatoren zur Ergebnisqualität erhoben, die alle zwei Jahre aktualisiert werden.

 **Auszug** aus dem Bewertungsbogen (bettseitige Begehung / inkl. acht evidenzbasierte Qualitätsindikatoren) des intensivmedizinischen Peer-Review-Verfahrens (Gesamtbogen siehe Kapitel 8)

1. Tägliche multiprofessionelle, klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen
2. Monitoring von Sedierung, Analgesie und Delir
3. Protektive Beatmung
4. Weaning und andere Maßnahmen zur Vermeidung von ventilatorassoziierten Pneumonien

5. Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie
6. Therapeutische Hypothermie nach Herzstillstand
7. Frühe enterale Ernährung
8. Dokumentation von strukturierten Angehörigengesprächen
9. Händedesinfektionsmittelverbrauch (AQUA-Indikator 2010)
10. Leitung der Intensivstation durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der keine anderen klinischen Aufgaben hat, Präsenz eines Facharztes mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin in der Kernarbeitszeit und Gewährleistung der Präsenz von intensivmedizinisch erfahrenem ärztlichen und pflegerischen Personal über 24h

Beim IQM-Verfahren wurden fachgebietsunabhängige Analyse- und Bewertungskriterien entwickelt, anhand derer ausgewählte Patientenakten retrospektiv analysiert werden. Diese betreffen die klassischen Anforderungen an Diagnostik und Therapie einschließlich deren Überprüfung.



Auszug aus den Analysekriterien des IQM-Peer-Review-Verfahrens (Gesamtbogen siehe Kapitel 8):

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

Erhebungsmethoden

Für die Erhebung der qualitätsrelevanten Informationen (Bewertungsbogen) stehen mehrere Methoden, die kombiniert werden können, zur Verfügung:

Dokumenten- und Aktenanalyse, Begehungen, Interviews, Beobachtungen

Aufgreifkriterien für die Durchführung eines Peer Reviews bzw. Inhalte des kollegialen Dialogs können sein:

- (positive oder negative) Auffälligkeiten
- bei ermittelten Qualitäts- und Sicherheitskennzahlen/-indikatoren (z. B. Benchmark-Ergebnisse)
- bei retrospektiver Aktenanalyse und Bewertung von Patientenakten

- bettseitiger Analyse von Patientenbehandlungen
- Bewertung der Einhaltung von Behandlungsstandards bestimmter Krankheitsbilder und der interdisziplinären bzw. interprofessionellen Zusammenarbeit
- konkrete klinische Prozesse/Ergebnisse einer Behandlung
- konkrete Strukturen



Die Entwicklung einer Bewertungssystematik ist relativ aufwendig. Deshalb ist es in der Regel ökonomischer, auf bereits existierende Standards, Qualitätsindikatoren, Fragebögen und ähnlichen Bewertungsinstrumente zurückzugreifen, bzw. sich daran zu orientieren. Dabei sollten stets die Prinzipien der Datensparsamkeit, des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses für die Anwender und die Relevanz für den klinischen Alltag berücksichtigt werden.

2.7 Vertraulichkeit und Datenschutz

Generell sind Qualitätsförderungsmaßnahmen – so auch das Peer-Review-Verfahren – auf den Nutzen der Patienten, teilweise sogar individuellen Nutzen des einzelnen Patienten ausgerichtet.

Dennoch dürfen personenbezogene Daten nicht ohne Einwilligung bzw. ohne gesetzliche Grundlage erhoben bzw. verarbeitet werden. Beim Peer Review werden keine personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet. Zusätzlich ist dafür Sorge zu tragen, dass personenbezogene Daten auch nicht (ohne Einwilligung) eingesehen werden. Verantwortung dafür trägt der Leiter der besuchten Einrichtung (bzw. Station, Abteilung, Praxis). Da der Datenschutz in den Bundesländern bzw. Geltungsbereichen (z. B. Einrichtungen mit kirchlichem Träger) unterschiedlich geregelt ist, wird empfohlen, sich ggf. mit den Landesdatenschutzbeauftragten und den Datenschutzbeauftragten der besuchten Einrichtung abzustimmen.

Folgende Lösungsvarianten bzgl. Datenschutz können gegebenenfalls hilfreich sein:

- Vorhandensein einer Generalklausel im Landeskrankenhausgesetz, dass qualitätsrelevante patientenbezogene Daten in pseudonymisierter Form erhoben werden dürfen.
- Erprobung von Peer-Review-Verfahren im Rahmen einer Experimentalphase (in Begleitung mit Datenschutzbeauftragten).
- Einwilligungserklärung für QS-Maßnahme Peer Review bei Aufnahme des Patienten unterzeichnen lassen. (Bestandteil des Behandlungsvertrag)
- Die Evaluation sollte so gestaltet sein, dass kein Personenbezug hergestellt werden kann – weder zum Patienten, zu Arzt/Pflegekräften/und weiteren Therapeuten. (z. B. Verdecken von Namen, Schwärzen von Akteneinträgen)
- Alle erhobenen Daten sollen nur so lange aufbewahrt werden, wie sie gebraucht werden. (z. B. kann der bettseitige Erhebungsbogen bei den intensivmedizinischen Peer Reviews am Ende des Review-Tags vernichtet werden.)
- Bei einwilligungsfähigen Patienten achten die Peers darauf, bei Betreten des Zimmers das Einverständnis des Patienten einzuholen.

- Enge Abstimmung der Koordinierungsstelle (z. B. Landesärztekammern) mit Datenschützern auf Landes- und Institutionsebene wird empfohlen.



Muster für die Einwilligungserklärung und die Vertraulichkeitserklärung sind in Kapitel 8 aufgeführt.

2.8 Anerkennung von Peer Reviews – kein Zertifikat

Peer Reviews im hier beschriebenen Sinne sind gezielte kollegiale Beratungen mit gegenseitigem Wissenstransfer, die das Ziel haben, die Qualität der Patientenversorgung und Sicherheit der Patienten zu verbessern. Damit unterscheiden sie sich z. B. von Zertifizierungsverfahren, die eher ein Instrument der Qualitätskontrolle, also der Überprüfung der Konformität von Versorgungsprozessen mit vorgegebenen Normen oder Standards und der Qualitätsdarlegung nach außen (Zertifikat) sind.



Das Ergebnis eines Peer Reviews ist kein Zertifikat, sondern es sind ganz konkrete Qualitätsziele und festgelegte Maßnahmen für die Verbesserung ärztlichen und pflegerischen Handelns.

Dies hat einen bedeutenden Einfluss auf den Peer-Review-Prozess und die Review-Ergebnisse: „In inhaltlicher Sicht bleiben Handlungsempfehlungen nicht auf die Erfüllung vorgegebener Anforderungen beschränkt. Vielmehr können Verbesserungsvorschläge weitreichender oder eingehender ausfallen sowie auf die spezifischen Probleme und Belange der einzelnen Abteilung zugeschnitten werden. In praktischer Hinsicht können die [Peers] offener und vertrauensvoller miteinander umgehen, da das Offenlegen von Verbesserungspotenzialen, Mängeln oder Fehlern nicht negativ sanktioniert wird, (etwa durch Verweigerung eines Zertifikates oder durch ein Zertifikat mit Auflagen); folglich wird das [Peer Review] von der besuchten Einrichtung auch weniger als Bedrohung empfunden.“

Zertifizierungsverfahren begünstigen also insgesamt eher eine defensiv-reservierte Grundhaltung seitens der Begutachteten, während gerade das Fehlen einer formalen Zertifizierung beim [Peer Review] eine wichtige Bedingung für den offenen Umgang der [Peers] miteinander und der gegenseitigen Wertschätzung sowie für eine offensive Problemauseinandersetzung darstellt“ (nach Blum 2002).

Auf Wunsch der besuchten Abteilung kann jedoch eine Teilnahmebescheinigung ausgestellt werden.



Ein entsprechendes Musterdokument befindet sich in Kapitel 8.

Den **Fortbildungscharakter von Peer Reviews** anerkennend, hat die Bundesärztekammer diese als Kategorie in die Musterfortbildungsordnung aufgenommen. Auf Antrag hin können Peer Reviews von den Landesärztekammern mit Fortbildungspunkten für ein ganztägiges Review für Besucher und Besuchte anerkannt werden.

2.9 Nachhaltigkeit

Peer Reviews sind eine Form der externen Qualitätssicherung und lösen Maßnahmen für das interne Qualitätsmanagementsystem aus. Sie sollen der internen Qualitätsentwicklung Anstöße geben. Das bedeutet, dass die Ergebnisse eines Reviews, also gemeinsam erarbeitete Qualitätsziele und Verbesserungsmaßnahmen – abgestimmt mit der Unternehmensführung – ins interne Qualitätsmanagementsystem integriert und mit entsprechend zu planenden Projekten usw. umgesetzt werden müssen. Ausschlaggebend sind hierbei das klare Bekenntnis der Führungsebene zum Peer-Review-Verfahren und die Unterstützung der Mitarbeiter bei der Umsetzung der im Review festgelegten Qualitätsziele.

Eine Überprüfung, wie mit den Ergebnissen des Reviews seitens des Unternehmens umgegangen wurde, ist explizit nicht Aufgabe der Peers.

Diese Konstellation kann sich insbesondere dann negativ auf die Nachhaltigkeit von Peer Reviews auswirken, wenn die Qualitätskultur in einer Organisation gestört oder noch nicht gefestigt ist. Da den Reviews das disziplinierende Moment fehlt, besteht das Risiko wirkungsloser Veranstaltungen ohne Verbesserungseffekte.



Der Grad der Nachhaltigkeit hängt unter anderem von folgenden Faktoren ab:

- vorliegende Organisationskultur
- Freiwilligkeitsgrad der Peer Reviews
- Identifikation mit dem Verfahren
- Quantität, Qualität, Relevanz, Nützlichkeit und Umsetzbarkeit der Ergebnisse
- Integration und Umsetzung der Review-Ergebnisse im internen Qualitätsmanagement

Eine klare Regelung zum Wiederholungsturnus von Peer Reviews (Re-Reviews) kann hierbei die Verbindlichkeit steigern. An dieser Stelle sind jedoch dem Peer-Review-Verfahren Grenzen gesetzt, und es wird die Notwendigkeit eines aus unterschiedlichen Bausteinen zusammengesetzten Qualitätsmanagementsystems deutlich.

3. Peers

3.1 Wer ist ein Peer?

Der Begriff „Peer“ (engl. für Ebenbürtiger, Gleichgestellter, Gleichrangiger) wird heute allgemein im Kontext der externen Begutachtung und externen Evaluation gebraucht. Dabei ist der Peer eine unabhängige, mit der Person aus der begutachteten Einrichtung gleichgestellte Person, die in einer vergleichbaren Einrichtung arbeitet.

Ein Peer verfügt über spezifische Fachkompetenz und Führungskompetenz im/in zu evaluierenden und angrenzenden Fachgebiet(en), ggf. Funktionsbereichen. Er führt die Peer-Tätigkeit nebenamtlich durch, so dass die Tätigkeit nicht aus finanzieller Motivation erfolgt, sondern allenfalls eine Entschädigung des Aufwands möglich ist oder zumindest angestrebt werden kann. Die enge Anbindung des Peers an den klinischen Alltag steigert sein Bewusstsein für wesentliche und spezifische Probleme vor Ort sowie die Erarbeitung nützlicher und praktikabler Lösungsvorschläge.

Weitere wichtige Erfolgsfaktoren von Peer Reviews sind die sozialen, das heißt insbesondere die kommunikativen Kompetenzen des Peers. In der Rolle eines „Critical Friend“ muss er in der Lage sein, ein vertrauensvolles, positives Arbeitsklima herzustellen, ein konstruktives Feedback zu geben, zu beraten und auf Lösungen hinzusteuern.

! Rollentausch

Durch das Prinzip der Gegenseitigkeit bei Peer Reviews lernen die Peers beide Rollen des Reviews kennen: Einerseits kann ein Peer in der Rolle als Besucher einer anderen Einrichtung auftreten (Rolle A), andererseits wird auch seine eigene Einrichtung von anderen Peers besucht (Rolle B).

- *Rolle A: Peer als Besucher*
- *Rolle B: Peer als Besucher*

Die Akzeptanz eines Peer Reviews hängt darüber hinaus von der Grundhaltung der beteiligten Peers in der besuchten Einrichtung zum Verfahren ab. Auch sie sollten das angewandte Verfahren gut kennen und sich auf den Besuch vorbereiten. Zur Stärkung der Verbindlichkeit der Regeln von Peer Reviews hat sich die Etablierung eines sogenannten „Ehrenkodex“ für Peers bewährt.

! „Die größten Feinde eines erfolgreichen Peer-Review-Verfahrens sind die Arroganz der Peers und die Ignoranz der Besuchten.“ (Krahwinkel et al 2013).

Je nach Gestaltungsform des Peer-Review-Verfahrens wird der Begriff des Peers einerseits eng ausgelegt, d. h. heißt als Peers werden nur Fachkollegen gleichen Ranges (z. B. Chef- oder Oberärzte, Pflegekräfte in Leitungsfunktion) eingestuft. Andererseits kann man im erweiterten Sinne unter Peers auch weitere Mitglieder des Peer-Review-Teams verstehen, die

aufgrund ihrer Expertise wertvolle Beiträge zum Peer Review einbringen können (z. B. Experten für nichtärztliche oder nichtmedizinische Aspekte der Patientenversorgung).

Aufgrund der sehr anspruchsvollen Rolle eines Peers wird empfohlen, dass sich interessierte Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Angehöriger weiterer Gesundheitsberufe mittels einer Peer-Schulung nach dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer für ihre Aufgabe als Peer qualifizieren.

Tabelle 2: Kompetenzprofil von Peers (Bundesärztekammer 2013)

Kompetenzkategorie	Ein guter Peer ...
Wissen	- verfügt über eine langjährige professionelle Expertise und Erfahrung in den zu evaluierenden Qualitätsbereichen - ist seit mehreren Jahren leitend klinisch/praktisch tätig - hat Erfahrungen in den Bereichen Qualitätssicherung und Qualitätsförderung - kennt die gängigen Modelle des Qualitätsmanagements und die Grundprinzipien der Evaluation - kennt Ziel, Gegenstand, Ablauf und Varianten von Peer Reviews - kennt die Rollen und Aufgaben der beteiligten Peers
Fertigkeiten	- kann Prozesse patientenorientiert analysieren - wendet die Grundprinzipien von Organisationsentwicklung an - kann qualitative Daten erheben, interpretieren und bewerten - hält die Regeln des jeweiligen Peer-Review-Verfahrens ein
Sozialkompetenz	- kooperiert mit den Mitgliedern des Peer-Review-Teams - beherrscht Gesprächstechniken wie die lösungsorientierte und beratende Gesprächsführung - erfragt aktiv den Standpunkt anderer - zeigt Respekt für den Standpunkt anderer - stellt kurz, verständlich und präzise mündlich und schriftlich seine Einschätzung dar - äußert Kritik angemessen und nimmt Kritik an - geht angemessen mit Widerstand um - geht lösungsorientiert mit Konflikten um
Selbstkompetenz	- reflektiert etwaige Interessenskonflikte mit konstruktiven Konsequenzen - nimmt die Haltung eines Peers als empathischer „Critical Friend“ und kollegialer Berater ein - reflektiert eigene und fremde Erfahrungen kritisch - fokussiert auf mögliche Lösungsansätze (d. h. nicht auf Probleme) - arbeitet gründlich - verhält sich fair und verantwortungsbewusst

3.2 Aufgaben und Haltung der Peers

Die **Hauptaufgaben** von Peers sind es, die spezifische Situation der besuchten Einrichtung zu verstehen und **konstruktiv-kritisches Feedback** zu geben. **Lösungsvorschläge, Qualitätsziele** und abgeleitete Maßnahmen für identifiziertes Optimierungspotenzial sollen **gemeinsam mit den besuchten Peers erarbeitet werden** und dabei die Gegebenheiten und Ressourcen vor Ort berücksichtigen. Bei der Festlegung und Formulierung von Zielen sollte die sogenannte SMART-Regel (siehe Kap. 5.3.2) beachtet werden.

Zum Gelingen dieser Hauptaufgaben ist vom Peer-Review-Team von Anfang an die Einhaltung **folgender Grundsätze** zielführend:

- Die Kollegen vor Ort werden so behandelt, wie man selbst in einem Review behandelt werden möchte - mit kollegialer Freundlichkeit, Fairness und Respekt.
- Die Peers kennen die Verfahrensregeln und halten sie strikt ein.
- Die Peers sind dem Verfahren gegenüber loyal.
- Die Peers wahren absolute Vertraulichkeit und halten sich an die Regeln der Verschwiegenheitserklärung.
- Die Peers sind verlässlich bezüglich der Einhaltung von Terminen, Beginn, Dauer und Protokollfrist des Reviews.

Hierzu hat sich auch bewährt, die Peers einen sogenannten „Ehrenkodex“ unterzeichnen zu lassen.



Als Beispiel ist der Ehrenkodex von IQM in Kapitel 8 aufgeführt.

Folgende **grundlegende Haltung der Peer-Review-Teams** kann dabei hilfreich sein:

- Peers nehmen ein interessiertes, offenes und wohlwollendes Verhalten ein, das von Verständnis, Respekt und Wertschätzung geprägt ist.
- Peers nehmen keine voreiligen oder pauschalen Interpretationen oder Bewertungen vor.



Weitere Empfehlungen befinden sich in der Checkliste „Grundlegende Regeln für Peers“ in Kapitel 8.

Geeignete Formen von Rollenverständnis eines Peers:

Peer als

- Lernender
- Kollege
- Zuhörer
- Verstärker
- Feedbackgeber
- „Geburtshelfer für Ideen“

Folgende Formen von Rollenverständnis führen eher zum Scheitern eines Peer Reviews:

Peer als

- Besserwisser
- Kontrolleur
- Richter
- Beschützer
- Leidensgenosse
- Manager
- Dirigent
- Analytiker
- Berater
- Verunsicherer

Woran erkennt man einen Lernenden?

Ein Lernender

- beobachtet
- fragt nach
- reflektiert
- nimmt mit
- schätzt wert
- ist offen
- ist neutral
- ist neugierig
- greift Positives auf und gibt dies zu erkennen
- gibt Gelerntes weiter
- stellt sich in Frage
- sucht nach Lösungen

3.3 Zusammensetzung des Peer-Review-Teams

In der Regel werden Peer Reviews in Teams, bestehend aus zwei bis sechs Peers, durchgeführt. Das Peer-Review-Team wird von der Koordinierungsstelle zusammengestellt. Die Zusammensetzung der Teams hängt vom zu evaluierenden Qualitätsbereich ab (z. B. Intensivstation, Abteilung Herz- und Gefäßchirurgie, Chirurgische Abteilung, Hausarztpraxis, Brustkrebszentrum). Diese können je nach Verfahren berufsgruppenübergreifend (multiprofessionell) und fachübergreifend (interdisziplinär) zusammengesetzt sein.



Dabei ist die Ebenbürtigkeit der Peers mit den zu besuchenden Peers hinsichtlich

- beteiligter Berufsgruppen und Fachdisziplinen,
 - vergleichbarer Qualifikation, Expertise und Hierarchieebenen
 - vergleichbarer Erfahrungen und Problemnähe
- zu gewährleisten.

Bei IQM sind die Peers ausschließlich Chefärzte. Je nach besuchter Abteilung wird das Peer-Review-Team so zusammengestellt, dass auch Chefärzte der gleichen Disziplin sowie ggf. Chefärzte angrenzender Disziplinen die Peers sind.

Zum Beispiel kann das Peer-Review-Team beim Tracer „Tod nach Herzinfarkt“ folgendermaßen zusammengestellt sein:

- Peer-Review-Team-Leiter: ein Internist/Kardiologie
- Peers: ein Anästhesist/Intensivmedizin; ein Neurologe bzw. Internist

Beim Peer-Review-Verfahren in der Intensivmedizin besteht das Peer-Team jeweils aus zwei bis drei Fachärzten mit der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ in leitender Funktion, einer Fachpflegekraft und einem Evaluierungsexperten seitens der Ärztekammer.

Beim Peer-Review-Verfahren der **ambulanten Anästhesisten Berlin/Brandenburg (www.anbb.de)** besuchen sich niedergelassene Fachärzte für Anästhesiologie gegenseitig.

Im Folgenden **seien weitere Beispiele** für eine mögliche Besetzung von Peer-Review-Teams entsprechend Evaluationsbereich aufgezeigt:

- Neurologie:
zwei Fachärzte für Neurologie, Fachpflegekraft, Logopäde, klinischer Psychologe, Ergotherapeut oder Physiotherapeut
- Chirurgie:
zwei Fachärzte für Chirurgie, Pflegekraft oder Physiotherapeut
- Geburtshilfe:
ein Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, ein Facharzt mit z. B. Schwerpunkt Neonatologie, Pflegekraft, Hebamme
- Praxis:
zwei Fachärzte, Medizinische Fachangestellte

- Ambulantes OP-Zentrum oder Praxiskliniken:
ein Facharzt für Anästhesiologie, eine (Fach-)Pflegekraft für Anästhesie und Intensivpflege, ein operativ tätiger Facharzt (z. B. Kinderchirurg), eine (Fach-)Pflegekraft im Operationsdienst oder Operationstechnischer Assistent oder Medizinische Fachangestellte, Technischer Sterilisationsassistent

Optional kann ein Evaluierungsexperte Teil des Teams sein, der durch eine Institution oder Organisation (z. B. Ärztekammer, Berufsverband) entsendet wird.

3.4 Rollen innerhalb des Peer-Review-Teams



Innerhalb eines Peer-Review-Teams sollte die Rollenbesetzung folgendermaßen aussehen:

- zwei bis vier Peers
- davon ein Peer-Review-Teamleiter
- ggf. ein Schriftführer
- zusätzlich optional: Evaluierungsexperte (z. B. Vertreter einer Ärztekammer)

Die **Peers** analysieren die Selbstbewertung und führen das Peer Review durch.

Der **Peer-Review-Teamleiter** leitet neben seiner Funktion als Peer das Peer-Review-Team. Er bereitet als Hauptansprechpartner für die besuchte Einrichtung und die Koordinierungsstelle (siehe auch Kapitel 4) das Peer Review vor, plant und koordiniert die Aktivitäten der Peers beim Vorortbesuch und **moderiert das Peer Review**. Er kümmert sich um das **Zeitmanagement** und sorgt dafür, dass alle erhobenen Informationen und festgelegten Qualitätsziele, Lösungsansätze und abgeleitete Maßnahmen (Fremdbewertung, im kollegialen Dialog, im Abschlussgespräch) zur Vorbereitung des Peer-Review-Berichtes schriftlich gesichert werden (ggf. Festlegung eines Schriftführers). Der Peer-Review-Teamleiter hat eine sehr verantwortungsvolle Rolle und muss über ein hohes Maß an Kompetenz in der Umsetzung der Verfahrensregeln, Teamführung, Kommunikation, Moderation und Zeitmanagement verfügen.

Der **Schriftführer** ist für die Sicherung der Ergebnisse des Reviews verantwortlich, auf dessen Grundlage der Teamleiter den Bericht erstellt.

Optional kann ein **Evaluierungsexperte** Teil des Peer-Review-Teams sein. Seine Aufgabe ist es, sicherzustellen, dass die Verfahrensregeln (u. a. Ablauf, Moderation, Kommunikation) eingehalten werden. Er kann den Teamleiter bei seinen Aufgaben unterstützen und sollte vor allem über umfangreiche Expertise in Evaluierung und Qualitätssicherung verfügen. Dieser Experte kann durch eine Organisation oder Institution (z. B. Ärztekammer, Fachgesellschaft, Berufsverband) entsendet werden. Die Funktion des Evaluierungsexperten (z. B. Auswahl, Aufgaben, Rechte, Pflichten) wird in den Verfahrensregeln beschrieben. Diese Variante ist jedoch nicht die Regel.

3.5 Qualifizierungskonzept der Bundesärztekammer für Peers

Die fachliche und die soziale Kompetenz der Peers sind entscheidend für das Gelingen eines Peer Reviews. Deshalb müssen Peers an einem Schulungsprogramm teilnehmen. Die Bundesärztekammer hat dazu ein Curriculum „Ärztliches Peer Review“ entwickelt, das von den Landesärztekammern in einer Kombination von Selbststudium und Präsenzveranstaltung angeboten wird. Anschließend sind noch zwei „Trainings-Reviews“ an der Seite erfahrener Peers zu absolvieren. Es wird empfohlen, die Trainings-Reviews zeitlich nah an die Schulung anzugliedern.

Merkmale des Curriculums:

- Outcome-orientiert (Training von Fähigkeiten und Fertigkeiten)
- Blended Learning (E-Learning, Präsenzveranstaltung, Trainings-Reviews, Reflexionseinheiten)
- Interaktive/praxisorientierte Lernformen (Kleingruppenarbeit, Trainingssequenzen von Review-Situationen)

Das Qualifizierungskonzept gliedert sich in

- sechs Module mit eigenen Qualifikationsschwerpunkten, die insgesamt 16 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten umfassen,
- zwei Trainings-Reviews, deren Umfang 16 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten entspricht.

Das Qualifizierungskonzept zeichnet die Phasen des Peer Reviews nach, d. h. die Vorbereitung des Peer Reviews (Phase 1), die Durchführung des Peer-Besuchs (Phase 2) sowie die Berichterstellung (Phase 3). Die Ausgestaltung aller Module soll sich dabei jeweils an dem Verfahren orientieren, an dem der zukünftige Peer teilnehmen möchte (z. B. IQM). Die Qualifikationsinhalte sollen entsprechend der Verfahrensvorgaben konkretisiert werden (z. B. Vermittlung der konkreten Art und Weise der Datenerhebung des Verfahrens durch Evaluationsbogen, Aktenanalyse usw.).

Das Modul 6 (Personale Kompetenzen) wird nicht als eigenständiges Modul vermittelt, sondern ist als Querschnittsmodul integriert.

Tabelle 3: Qualifizierungskonzept für Peers (Bundesärztekammer 2013)

Modul	Vermittlungsform	Phase des Reviews	Unterrichtseinheiten (UE) = 45 Minuten
1. Peer Review im Kontext von QS, QM und Evaluation, angewandtes Verfahren	Theorie (Training)	Hintergrundwissen	3 UE
2. Aufgaben und Rolle/Haltung des Peers	Theorie/Training	Phasen 1-3	2 UE
3. Datenerhebung, -interpretation und -bewertung	Theorie/Training Vorbereitung	Phase 2	3 UE
4. Design und Planung eines Peer Reviews	Theorie/Training Vorbereitung	Phase 1	2 UE
5. Feedback und Berichte	Theorie/Training	Phase 2-3	2 UE
6. Personale Kompetenzen - Selbstmanagement - Lösungsorientierte Gesprächsführung - Umgang mit Konflikten, Kritik und Widerstand	Training	Phasen 1-3	4 UE (Querschnittsmodul)
Zwei Trainings-Reviews	Praxisanwendung (probeweise Teilnahme an zwei Peer Reviews gemeinsam mit erfahrener Peer)		16 UE

PRAXISLEITFADEN

4. Koordination und Organisation von Peer Reviews

Zur Koordination und Organisation von Peer Reviews sollte eine **Koordinierungsstelle** eingerichtet werden, die im Auftrag/mit oder neben dem Lenkungsgremium (bzw. der Steuerungsgruppe) folgende **Aufgaben** hat:

- Information über das Verfahren
- Bereitstellung der mitgeltenden Dokumente
- Organisation der Peer-Schulungen
- Verwaltung des Peer-Pools, bzw. die Koordination nach Partner- oder Kreismodell (s. o.)
- Zusammenstellung der Peer-Review-Teams
- Terminierung und Organisation der Peer Reviews (Abstimmung mit Peers und zu besuchender Einrichtung – bei IQM übernimmt das der Teamleiter)
- übergreifende Auswertung der Peer-Review-Berichte
- Organisation von Ergebnis- und Austauschtreffen der Peers
- Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Peer-Review-Verfahrens im Zusammenwirken mit dem Verfahrenseigner

Bewährt hat es sich, eine Landesärztekammer als Koordinierungsstelle eines Peer-Review-Verfahrens zu benennen, zumal Qualitätssicherung und Fortbildung zu deren hoheitlichen Aufgaben zählen. Hierbei handelt es sich um ein Kooperationsmodell, bei dem der Verfahrenseigner

(z. B. eine wissenschaftlich-medizinische Fachgesellschaft) die medizinisch-klinischen Inhalte des Verfahrens generiert und die Ärztekammer ihre methodische und organisatorische Kompetenz zur Verfügung stellt.

Die Koordinierungsstelle kann jedoch auch bei einer dafür eingerichteten Geschäftsstelle (z. B. einem trägerübergreifenden Klinikverbund, einem Ärztenetz) angesiedelt werden, vorausgesetzt, es werden die notwendigen Kompetenzen und Ressourcen für die Erfüllung der oben genannten Aufgaben vorgehalten.

5. Ablauf von Peer Reviews

Ein Peer-Review-Verfahren läuft typischerweise in vier Phasen ab:

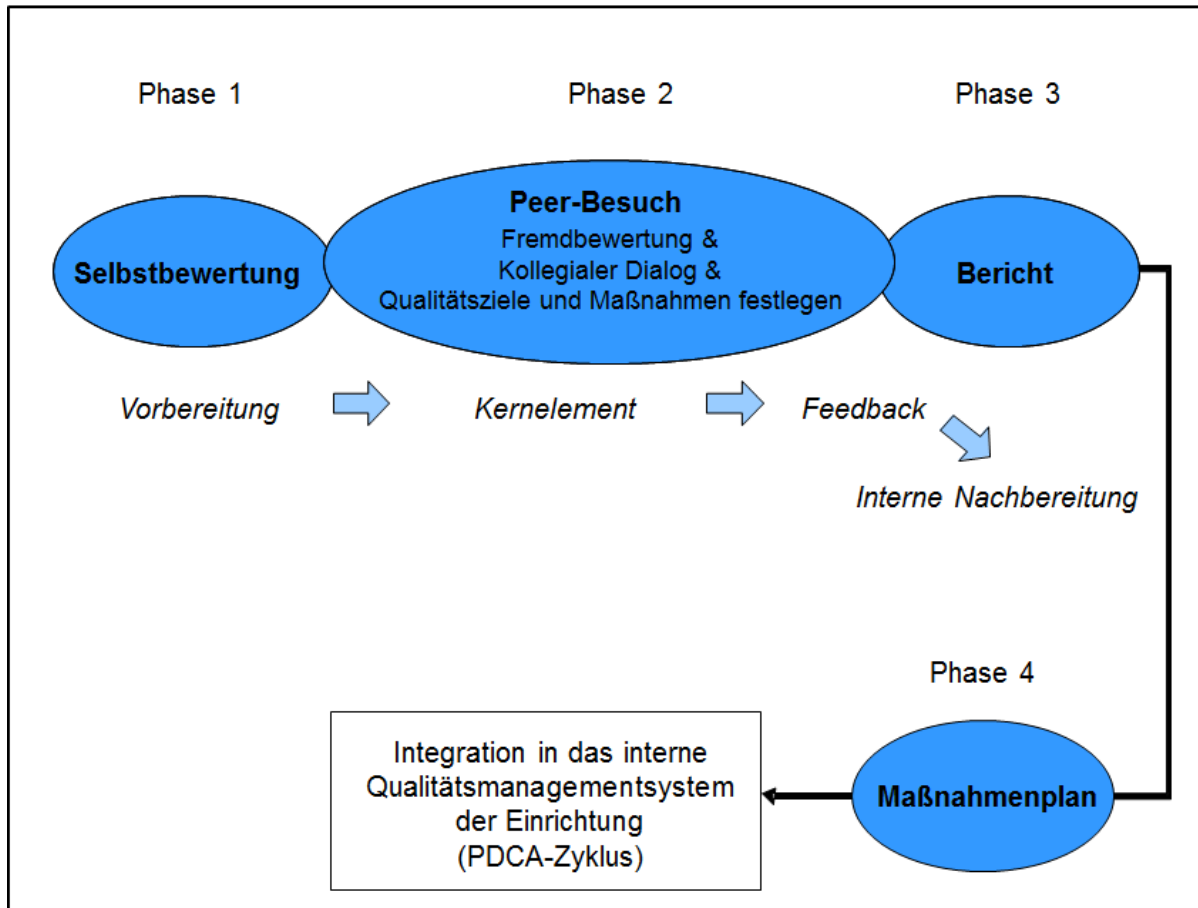


Abbildung 3: Phasen eines Peer Reviews

Der Schwerpunkt liegt auf der Phase 2, dem Besuch des Peer-Review-Teams in der medizinischen Einrichtung. Auf Grundlage der in Selbst- und Fremdbewertung systematisch erhobenen Daten werden im anschließenden kollegialen Dialog gemeinsam Stärken und Verbesserungspotenziale identifiziert. Anschließend wird reflektiert, welche Qualitätsziele erreichbar sind und welche konkreten Maßnahmen dafür umgesetzt werden müssen. Die Phase 4 „Umsetzen der Maßnahmen“ liegt nicht mehr in der Verantwortung des Peer-Review-Teams, sondern der besuchten Einrichtung. Diese speist die festgelegten Maßnahmen in das interne Qualitätsmanagementsystem ein und setzt sie im Sinne des PDCA-Zyklus (**P**lan, **D**o, **C**heck, **A**ct) z. B. in Form von Qualitätsverbesserungsprojekten um.

5.1 Vorbereitung (Phase 1)

5.1.1 Auslösung und Start des Peer Reviews

Die Auslösung eines Peer Reviews gestaltet sich nach den Regeln des konkreten Verfahrens. Idealerweise meldet sich eine Einrichtung freiwillig bei der Koordinierungsstelle zur Anmeldung eines Peer Reviews.



Der richtige Zeitpunkt für die Entscheidung, sich ein externes Peer-Team zu einem Review im eigenen Hause einzuladen, ist immer „sofort“, also sobald und wenn der wirkliche Wille zur Veränderung vorliegt. Damit erhält man die Aussicht auf eine profunde „Zweitmeinung“ von Kollegen, die der Praxis, der Abteilung und ggf. auch der Geschäftsführung aufzeigt oder bestätigt, welcher Weg wichtig, sinnvoll und realisierbar erscheint.

Es ist aber auch möglich, die Auslösung an Auffälligkeiten in Form von Kennzahlen oder Qualitätsindikatoren, z. B. bei bestimmten Tracern, zu koppeln. Diese werden vom Verfahrenseigner in einem möglichst breit angelegten Konsensusverfahren festgelegt, im Regelwerk transparent dargestellt und allen Beteiligten kommuniziert. Hierbei gibt es die Möglichkeit, **negative oder positive Auffälligkeiten als Auslöser** (z. B. bei IQM) auszuwählen. In letzterem Falle ist das Ziel des Peer Reviews das „Lernen von den Besten“. Der Ablauf eines solchen Reviews ist entsprechend zu modifizieren: Er sollte sich auf die Identifizierung, Diskussion und Übertragbarkeit von best-Practice-Beispielen konzentrieren.

Ist die Entscheidung für ein Review gefallen, lässt die Koordinierungsstelle der Einrichtung Informationsmaterial und die notwendigen Dokumente zukommen. Das können z. B. sein:

- Informationen zu Ziel und Gegenstand des Peer Reviews
- Verfahrensablauf inkl. Ansprechpartner
- Empfehlungsschreiben der Ärztekammer
- Selbstbewertungsbogen
- Zustimmungserklärung der Leitung der Einrichtung zur Durchführung des Peer Reviews
- Einwilligungserklärung zur anonymisierten Auswertung der Peer-Review-Ergebnisse
- Vertraulichkeitserklärung



Beispiel- und Musterdokumente und Checklisten siehe Kapitel 7

Liegen der Koordinierungsstelle die erforderlichen Zustimmungs- und Einwilligungserklärungen vor, beginnt sie mit der Organisation des Peer Reviews, bzw. der Teamleiter beginnt mit der Terminabstimmung.

5.1.2. Auswahl des Peer-Review-Teams

Die Auswahl eines geeigneten Peer-Review-Teams für das Review erfolgt aus dem Peer-Pool der Koordinierungsstelle. Bei der Auswahl der Peers ist auf folgendes zu achten:

Das Peer-Review-Team besteht in der Regel aus zwei bis vier Peers. Es ist je nach Verfahrensvorgabe multiprofessionell bzw. interdisziplinär zusammengesetzt. Das Peer-Review-Team sollte ebenbürtig sein, d. h. die Qualifikation, fachliche und methodische Expertise und die Hierarchieebene der Peers sollte der zu besuchenden Abteilung/Einrichtung ähnlich sein. Sie sollen eine Qualifizierung nach dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer abgeschlossen haben. Eventuelle Einwände der Peers bzw. der besuchten Einrichtung gegen die Auswahl des Peer-Review-Teams (z. B. aus Konkurrenzgründen, Befangenheit) sollten in begründeten Fällen berücksichtigt werden.

Der festzulegende Teamleiter sollte über ausreichende Erfahrungen in der Peer-Tätigkeit verfügen. Er ist der Ansprechpartner für die Koordinierungsstelle und die zu besuchende Einrichtung. Nach Aussagen von erfahrenen Peers hat es sich bewährt, wenn er im Vorfeld des Review-Tages Kontakt mit der zu besuchenden Einrichtung aufnimmt und sich über Ziel, Ablauf, Ansprechpartner usw. des Reviews mit dieser abstimmt.

5.1.3 Selbstbewertung

Eine umfassende und strukturierte Analyse der eigenen Stärken, Schwächen (ggf. auch Chancen und Risiken) ist in der Regel Voraussetzung für ein Peer-Review-Verfahren und sollte mit Hilfe eines strukturierten Bewertungsbogens vorgenommen werden. Sie signalisiert auch die Bereitschaft, aktiv am Peer-Review-Verfahren mitzuwirken. Dabei sollte die Bewertung auf institutioneller Ebene durchgeführt werden und sich nicht auf Personen beziehen, da es in erster Linie um die Verbesserung von Abläufen geht. Idealerweise umfasst der Bewertungsbogen valide und evidenz-basierte Qualitätsindikatoren, die in einem breiten Konsensusprozess festgelegt wurden und die regelmäßig aktualisiert werden.

 Beispiele für Bewertungsbögen sind in Kapitel 8 aufgeführt.

Vor Beginn der Selbstbewertung sollten alle potentiellen Teilnehmer am Review über Ziele, Gegenstand und Ablauf des Peer Reviews informiert sein.

Die zu besuchende Einrichtung führt die Selbstbewertung im Team (ggf. auch abteilungsübergreifend) in der Regel ca. vier Wochen vor dem Review durch. Dabei verwendet sie die vom konkreten Verfahren vorgegebene Selbstbewertungsmethodik. Im Zuge dessen kann auch schon festgelegt werden, wer am Review-Tag als Gesprächspartner für die einzelnen Phasen des Reviews zur Verfügung steht.

Das Ergebnis der Selbstbewertung wird dem Peer-Review-Team (ggf. über die Koordinierungsstelle) in der Regel spätestens eine Woche vor dem Review-Tag zur Verfügung gestellt.

5.1.4 Vorbereitung des Peer-Besuchs

Die Koordinierungsstelle stellt in Abstimmung mit dem Peer-Review-Team bzw. dem Teamleiter in Vorbereitung des Peer-Besuchs Folgendes sicher:

- Die zu besuchende Einrichtung ist ausreichend über Ziel, Gegenstand und Ablauf des Peer-Review-Verfahrens informiert.
- Alle erforderlichen Dokumente sind von der zu besuchenden Einrichtung ausgefüllt, unterzeichnet und ggf. zurückgesandt worden.
- Die Ergebnisse der Selbstbewertung liegen dem Peer-Review-Team vor.
- Die Peers haben mit der zu besuchenden Einrichtung einen Zeit- und Ablaufplan inkl. Ansprechpartner abgestimmt.
- Das Peer-Review-Team ist sich seiner Rechte- und Pflichten bewusst. (ggf. Ehrenkodex)
- Es ist hilfreich, wenn der Teamleiter eine kurze Vorbesprechung mit dem Peer-Review-Team vor dem Review abhält.

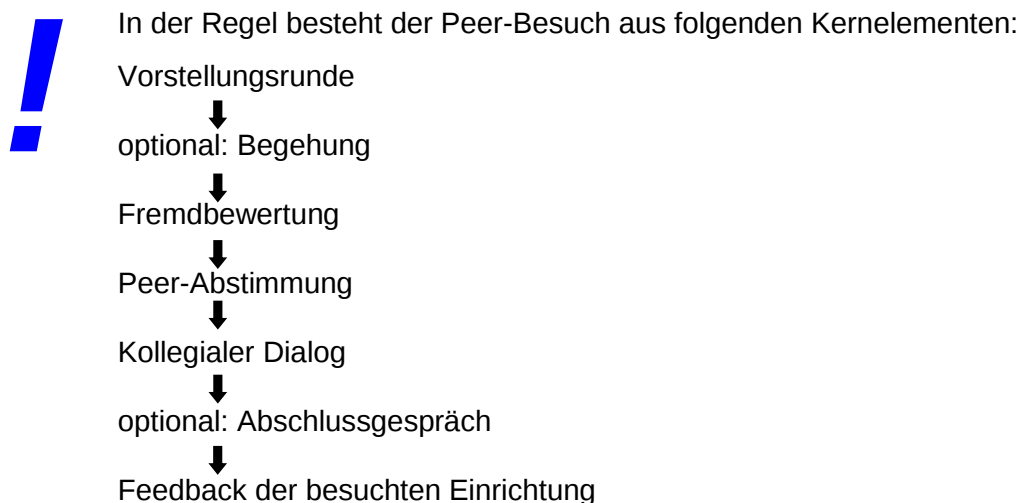
Die **besuchte Einrichtung** stellt in Vorbereitung des Peer-Besuchs Folgendes sicher:

- Die besuchte Einrichtung (besonders die betroffenen Mitarbeiter) ist ausreichend über Ziel, Gegenstand und Ablauf des Peer-Review-Verfahrens informiert.
- Die besuchte Einrichtung hat festgelegt, welche Vertreter des Hauses (Chefärzte, Oberärzte, Assistenzärzte, leitende Pflegekräfte bzw. Ärztlicher Direktor, Geschäftsführung usw.) an den verschiedenen Review-Phasen, vor allem am Kollegialen Dialog und ggf. am Abschlussgespräch teilnehmen.
- Für das Peer-Review-Team sind ein angemessener Raum, Zugang zu notwendigen Unterlagen, ein kontinuierlicher Ansprechpartner und Verpflegung bereitgestellt.

5.2 Peer-Besuch (Phase 2)

5.2.1 Ablauf und Elemente

Der Besuch des Peer-Review-Teams vor Ort ist das Kernstück des Peer-Review-Verfahrens.



Nach der Vorstellungsrunde hat sich die Durchführung einer kurzen Begehung der Einrichtung bewährt, damit sich die Peers vorab ein Bild zu Infrastruktur, Ausstattung usw. machen können. Während des Besuchs führen die Peers eine Evaluierung (Fremdbewertung) an Hand desselben Bewertungsverfahrens durch, nach dem die Selbstbewertung stattfand. Dabei werden die Ergebnisse von Selbst- und Fremdbewertung abgeglichen und ggf. zusätzliche Daten erhoben. Je nach Verfahren kommen dabei unterschiedliche Evaluierungsverfahren zur Anwendung: z. B. retrospektive Begutachtung von Patientenakten (IQM), Erhebungsbogen zu Struktur-/Prozess-/Ergebnisqualität auf Intensivstationen inkl. bettseitiger Erhebung von Qualitätsindikatoren (intensivmedizinisches Peer-Review-Verfahren), Interviews. Näheres zur Datenerhebung ist in den folgenden Kapiteln beschrieben.

Tabelle 4: Beispiel eines Ablaufes eines intensivmedizinischen Peer Reviews:

Zeit	Bereich	Themen / Schwerpunkte
09:00 – 09:15	Vorstellungsrunde	Klärung von Ziel, Ablauf, Regeln und Ansprechpartnern des Peer Reviews
09:15 – 11:30	Fremdbewertung Strukturbogen	Gespräch mit ärztlicher und pflegerischer Leitung der Intensivstation mit dem Ziel der gemeinsamen Erarbeitung des Strukturbogens Abgleich Selbst- mit Fremdbewertung
11:30 – 12:00	Mittagspause	
12:00 – 14:00	Fremdbewertung Stationsvisite	Bettseitige Erhebung der Qualitätsindikatoren mittels Begehung der Station
14:00 – 14:30	Besprechung der Peers	Erarbeitung eines Feedbacks für die Abteilung (Abweichungen SB/FB, SWOT-Analyse)
14:30 – 16:00	Kollegialer Dialog	Feedback des Peer-Review-Teams zur Fremdbewertung in SWOT-Systematik Erarbeitung von Lösungsvorschlägen für identifizierte Verbesserungspotenziale Festlegen von Zielen und Maßnahmen mit Fristen Feedback der besuchten Einrichtung an das Peer-Review-Team

5.2.2 Datenerhebung

„Der Einsatz verschiedener Methoden und Informationsquellen zur Erhebung von Daten erhöht die Qualität der Evaluierung in Hinblick auf Objektivität, Zuverlässigkeit und Validität. Die Berücksichtigung der verschiedenen Standpunkte unterschiedlicher Anspruchsgruppen während des Peer Besuchs ermöglicht es den Peers, ein präziseres und ganzheitlicheres Bild zu erlangen.“ (Gutknecht-Gmeiner 2007)

Im Rahmen von Peer Reviews kommen vor allem qualitative Methoden wie Beobachtung/ Begehung vor Ort, das Aktenstudium und die Durchführung von Interviews mit Beteiligten vor Ort zum Einsatz. (Es werden in der Regel keine quantitativen Methoden angewandt.) Bei all diesen qualitativen Methoden ist es von besonderer Bedeutung, dass derjenige, der die

Daten erhebt, ebenfalls die oben genannten drei Gütekriterien in möglichst hohem Maße gewährleisten sollte.

Eine grundsätzliche Methode, diese Gütekriterien zu erhöhen, ist der Einsatz mehrerer Peers, die ihre individuellen Beobachtungen zu einem gemeinsamen Ergebnis der Erhebung abgleichen. Besonders wichtig ist hierbei die Gesprächsführung beim Abgleich der Beobachtungen im Review-Team: Auffällig dominantes oder defensives Verhalten einzelner Peers wird die Qualität der Messergebnisse deutlich schwächen, weil nicht mehr alle Einschätzungen gleichsam berücksichtigt werden. Alle geäußerten Beobachtungen sollten daher als gleichermaßen relevant berücksichtigt werden.



Jedes Mitglied des Peer-Review-Teams kann auch durch sein Verhalten dazu beitragen, die Gütekriterien der Datenerhebung zu maximieren durch:

- **Einhaltung des jeweiligen Verfahrens bei der Datenerhebung:**

Kriterien, Fragen, Leitfäden, die im Verfahren vorgegeben sind, sind unbedingt zu befolgen, da nur dann erreicht werden kann, dass das gemessen wird, was gemessen werden soll (Validität) und die Reliabilität der Messung, die Messgenauigkeit, unterstützt wird: Eine Wiederholung der Messung sollte ein ähnliches Ergebnis bringen. Schließlich dient die Beachtung der Leitfäden etc. dazu, dass die Beobachtung etwas unabhängiger von den subjektiven Vorstellungen der einzelnen Peers wird.

- **Einhaltung des jeweiligen Verfahrens bei Protokoll bzw. Bericht:**

Da die Inhalte des Protokolls nur das wiedergeben sollen, was im Rahmen des Peer Reviews besprochen wurde, müssen sämtliche dort genannten Inhalte im kollegialen Dialog auch tatsächlich zur Sprache kommen. Die Beachtung von Protokoll bzw. Bericht schon während des Peer Reviews dient in gleicher Weise der Qualität der Datenerhebung wie die Einhaltung des jeweiligen Verfahrens.

- **Vergegenwärtigung und ggf. Zurückstellung der eigenen persönlichen Qualitätsansprüche für den besuchenden Peer:**

Ein Peer ist per definitionem im gleichen Bereich tätig wie der besuchte Kollege. Er kann sich daher in die Problemlage der besuchten Einrichtung hineinversetzen. Dies bedeutet, dass ein Peer ein Qualitätsverständnis hat, das für seine eigene Abteilung, seinen eigenen Bereich gilt. Die Rolle des besuchenden Peers ist nicht die eines „Missionars“, der andere Kollegen von seiner Ansicht überzeugen soll. Vielmehr stellt er seine Beobachtung und Bewertung der besuchten Abteilung bzw. Klinik zur Verfügung, die entsprechend ihres eigenen Qualitätsverständnisses mit diesen Beobachtungen und Bewertungen umgeht. Dies ist schon bei der Datenerhebung zu beachten. Sich der „eigenen Brille“ bewusst zu sein und sie ggf. „zur Seite zu legen“, fördert die Qualität der Datenerhebung.

- **Professionelles Rollenverhalten des besuchenden Peers:**

Persönliche Antipathie und Sympathie können einen verfälschenden Einfluss auf die Datenerhebung haben. Entsprechend sollte der Peer sich auch hier selbst beobachten und sich immer wieder die eigene Rolle mit Leitsätzen wie folgt bewusst machen: „Auch wenn mir ein Kollege sympathisch erscheint, kann ich

trotzdem aus meiner Sicht schwere Versäumnisse finden“ bzw. „Auch ein mir wenig sympathischer Kollege kann hervorragende Arbeit in seinem Bereich leisten.“



Wie erreicht man eine hohe Güte bei der Datenerhebung?

- Vertraut mit dem Verfahren sein
- Emotionalität und Bewertung minimieren
 - o Messinstrument tatsächlich benutzen
 - o Indikatoren präzise erfassen (gleiche Messmethode aller Peers)
- Konsens des Peer-Review-Teams erreichen
- Zur Weiterentwicklung der Indikatoren beitragen

5.2.3 Datenanalyse

In die vorläufige Analyse und Bewertung der Daten muss als Basis immer das Ergebnis der Selbstbewertung miteinbezogen werden.



Die Ergebnisse der Datenanalyse sollten unmittelbar nach jeder Phase des Besuchs von den Peers gemeinsam aufgearbeitet und diskutiert werden, insbesondere um einen persönlichen Bias beim Feedback zu vermeiden. Dazu sowie für die endgültige Bewertung der Ergebnisse muss genügend Zeit im Tagesablauf vorgesehen sein.

Die Datenanalyse im Peer Review bezieht sich auf eine qualitative Auswertung der erhobenen Informationen. Dabei geht es darum, **systematische Muster bzw. einen „roten Faden“** zu erkennen und nicht auf Einzelfälle oder Details zu fokussieren:

Gibt es beispielsweise bestimmte Inhalte, die häufiger, möglichst mit unterschiedlichen Messmethoden, deutlich beobachtet werden konnten? Gibt es systematische Lücken, die immer wieder auftreten? Tauchen Unsicherheiten im Prozess auf, die bei verschiedenen Beteiligten deutlich werden?

Zudem sind bei der Analyse der Daten ebenfalls die unter 5.2.2 beschriebenen Gütekriterien einzuhalten. Besonders ist darauf zu achten, **dass die Analyse auf Beobachtungen und nicht auf Vermutungen beruht**. Andererseits lässt sich häufig ein allgemeiner Eindruck schon an einzelnen Indikatoren belegen. Da jedoch ein gewisser Deutungsspielraum unvermeidlich ist, sollten verallgemeinernde Schlussfolgerungen vermieden werden.

Eine sorgfältige Datenanalyse wird bei Bedarf ergänzt durch Befragung von Mitarbeitern vor Ort.

5.2.4 Bewertung und Vorbereitung des Feedbacks

Die **Bewertung**, d.h. die **professionelle Beurteilung der analysierten Muster und systematischen Auffälligkeiten durch das Peer-Review-Team** ist das Kernstück des Peer Reviews. In der Bewertung werden die zuvor erhobenen und analysierten Daten zu einem Gesamtbild verdichtet. In der dafür vorgesehenen, ausreichenden Besprechungszeit des Peer-Review-Teams, werden unter Einbeziehung aller beteiligten Mitglieder des Teams, die gefundenen Ergebnisse auf Zuverlässigkeit und Relevanz diskutiert und geprüft und gemeinsam Schlussfolgerungen festgelegt.



Es wird empfohlen, dass die Peers im Review-Team bezüglich der Wertung in Stärken und Schwächen bzw. Verbesserungspotenzialen zu gemeinsamen Schlüssen kommen, um auch hier einen individuellen Bias zu minimieren. Alle Bewertungen müssen begründbar sein.

In Vorbereitung des Kollegialen Dialogs kann hier bereits eine **Priorisierung** vorgenommen werden, um sicherzustellen, dass in der zur Verfügung stehenden Zeit tatsächlich alle relevanten sowohl positiven wie negativen Ergebnisse besprochen werden.

Vorbereitung des Feedbacks im kollegialen Dialog

Im Anschluss an die Datenerhebung, -analyse und -bewertung bereitet das Peer-Review-Team das Feedback an die besuchte Einrichtung in Form eines kollegialen Dialogs vor. Je nach Verfahren erfordert dies einen Zeitaufwand zwischen einer halben und einer Stunde.



Dazu werden die gefundenen Stärken, Fehler und Verbesserungspotenziale (bei IQM je Patientenakte) im Team abgeglichen und dann anonymisiert und fallunabhängig formuliert. In der Zusammenfassung werden entdeckte, (fall)übergreifende Themen festgehalten.

Zielsetzung des Peer Reviews ist es nicht, einmalige, ggf. zufällige Fehler aufzudecken, sondern systematische Fehler und Verbesserungspotenziale zu benennen. Dabei werden jeweils konkrete Belege für die Bewertung benannt. In Bezug auf die Stärken kann überlegt werden, wie diese bei der Fehlerbehebung bzw. Weiterentwicklung genutzt werden können. Zudem ist eine Gewichtung der gefundenen Verbesserungspotenziale hilfreich. Auch die schriftliche Niederlegung in einem Entwurfsprotokoll hat sich bewährt.

Schließlich wird die Gesprächsführung vereinbart: Wer benennt was? Wer achtet auf die Zeit? Wer protokolliert? etc. Empfohlen wird eine alternierende und strukturierte Gesprächsführung, um keine Dominanz entstehen zu lassen.

5.2.5 Kollegialer Dialog

Vor allem das Gelingen des kollegialen Dialogs entscheidet über Erfolg oder Misserfolg des Peer Reviews, da an ihn hohe Erwartungen geknüpft sind. Die besuchte Einrichtung erwartet von dem Peer-Review-Team ein Feedback zu den Eindrücken, die dieses im Laufe des Reviews gewonnen haben. Sollten Qualitätsdefizite festgestellt worden sein, so sollten die

Handlungsempfehlungen des Peer-Review-Teams praktikabel sein. Bewertungen des Peer-Review-Teams sollten dabei sorgfältig abgewogen werden und in einen vertrauensvollen, lösungsorientierten Dialog mit den Besuchten über Verbesserungsmöglichkeiten münden.



Grundvoraussetzung dabei ist die Bereitschaft aller Beteiligten zur Kooperation sowie die beidseitige Einsicht, dass Fehler auftreten können und eine Chance zur Verbesserung darstellen.

Dem Leiter des Peer-Review-Teams kommt dabei eine besondere Rolle zu: Er kann durch seine Moderation dafür sorgen, dass von Anfang an eine von Respekt und Wertschätzung getragene, konstruktiv-kritische Atmosphäre hergestellt wird.

Der **Ablauf des kollegialen** Dialogs verläuft in der Regeln in vier Schritten, die in diesem Kapitel noch detailliert beschrieben werden:

- a) Kommunizieren der Ergebnisse der Fremdbewertung
- b) Ableiten von Zielformulieren
- c) Abstimmen der Ziele
- d) Ableiten von Maßnahmen



Erfolgskriterien für den kollegialen Dialog:

- Der kollegiale Dialog dient dazu, im Gespräch zwischen den Peers die gefundenen Stärken und Verbesserungspotenziale zu benennen, damit verknüpfte Zielsetzungen zu konkretisieren und entsprechende Maßnahmen/Lösungsansätze zu entwickeln
- Dabei kommt dem Peer-Review-Team die Aufgabe zu, aufgefundene Probleme ohne Beschönigung klar zu benennen, ohne dabei die besuchten Peers und ihre Einrichtung abzuwerten. Hierbei sollten keine Empfehlungen oder Ratschläge erteilt werden. (Qualitätsziele und Maßnahmen werden später gemeinsam erarbeitet.)
- Um den kollegialen Dialog effektiv und effizient zu gestalten, ist es hilfreich, sich in der Folge nicht lange bei der Problembeschreibung und Ursachenfindung aufzuhalten, sondern zügig lösungsorientiert Ziele zu formulieren und zwischen den Beteiligten abzustimmen. Zum einen wird so das Risiko minimiert, die besuchte Abteilung in eine Verteidigungshaltung zu bringen. Zum anderen dient dieser Schritt der Zielabstimmung dazu, dass vom Peer-Review-Team nicht über mögliche Lösungsansätze gesprochen wird, die für die besuchten Peers nicht relevant sind, da die damit verbundenen Ziele nicht geteilt werden. Die besuchten Kollegen müssen in die Lösungsfindung einbezogen werden.
- Schließlich sollten im Rahmen des kollegialen Dialogs mögliche Maßnahmen für die abgestimmten Ziele entwickelt werden, um die im Kollegenkreis vorhandene Erfahrung bestmöglich zu nutzen. Hierbei steht das gegenseitige Lernen von guter/bester Praxis im Mittelpunkt.

- Die Erfahrung zeigt, dass die Zeit im kollegialen Dialog schnell knapp werden kann. Daher ist hier eine steuernde Gesprächsführung des Teamleiters notwendig, um ausreichend Zeit sowohl für einen möglicherweise notwendigen Abgleich unterschiedlicher Wahrnehmungen als auch für die Entwicklung konkreter erfolgversprechender Verbesserungsmaßnahmen zu haben.
- Zusammengefasst: Der kollegiale Dialog dient nicht allein dem Austausch über bestehende Probleme („gut, dass wir darüber gesprochen haben“), sondern der gegenseitigen Unterstützung bei der Qualitätsentwicklung.

Teilnehmer am kollegialen Dialog:

Die Zusammensetzung des Peer-Review-Teams ist – wie in Kapitel 3.3 beschrieben – je nach Verfahren und zu begutachtendem Qualitätsbereich ggf. interdisziplinär und multiprofessionell zu gestalten.

Seitens der besuchten Einrichtung nehmen analog zum Peer-Review-Team Vertreter des Ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes und ggf. weiterer Berufsgruppen aus der gleichen Abteilung bzw. eng kooperierender Abteilungen teil.



Kapitel 8 enthält eine Checkliste zum Ablauf des kollegialen Dialogs

Ablauf des kollegialen Dialogs

a) Kommunizieren der Ergebnisse der Fremdbewertung

Nach der Eröffnung des Gesprächs, in dem das Peer-Review-Team unter anderem eine Rückmeldung zu ihrer Aufnahme im Haus und der bislang erlebten Zusammenarbeit geben und zudem noch einmal das Ziel des Peer Reviews benennen, werden gefundene Stärken, Fehler und Verbesserungspotenziale genannt.



Dabei hat es sich als hilfreich erwiesen, zunächst einen Überblick über die (dem Eindruck nach!) gefundenen Ergebnisse zu geben und dann die Ergebnisse im Einzelnen zu diskutieren.

Dies ist vor allem bei besuchten Einrichtungen von Vorteil, in denen eine eher unsichere/ aufgeregte Stimmung wahrgenommen wird: Auf diese Weise wird Sicherheit in Bezug auf die zu erwartenden Nachrichten erreicht. Bei Einrichtungen, die eine selbstkritische Haltung in den

Ergebnissen der zuvor erfolgten Selbstbewertung erkennen lassen, kann auf diese Übersicht verzichtet und stattdessen können die einzelnen Punkte gemeinsam mit den Vertretern der besuchten Einrichtung erarbeitet werden.

Wichtig bei der Vermittlung ist es, Stärken und Verbesserungspotenziale sachlich zu benennen, und sie weder zu verharmlosen noch zu dramatisieren. Zudem wird deutlich gemacht, dass das Ergebnis auf den zur Verfügung stehenden Daten basiert, z. B. durch die Formulierung von „Nach ... (z. B. Durchsicht der Akten, den Interviews und Gesprächen) haben wir den Eindruck, dass ...“

Auch einleitende Worte wie z. B. „Wir haben/hatten ein ähnliches Problem“ können von Vorteil sein. Zielsetzung ist es hier, das Ergebnis der Erhebung des Peer-Review-Teams neutral mitzuteilen, und nicht, den Gesprächspartner zu bewerten bzw. zu überzeugen. Vielmehr soll hier eine Sichtweise, die auf der Basis der zur Verfügung gestellten Daten gewonnen wurde, mitgeteilt werden.

Den besuchten Kollegen sollte – im Sinne einer so genannten kommunikativen Validierung – die Möglichkeit eingeräumt werden, zu den Ergebnissen Stellung zu nehmen bzw. diese zu kommentieren, wenn es sich z. B. um Missverständnisse oder Unklarheiten handelt.

Aufgabe aller Beteiligten, aber auch vor allem der besuchten Peers, ist es nun zu prüfen, ob sich aus den Ergebnissen Verbesserungschancen ableiten lassen könnten.

Eine auf „Lernmöglichkeiten-Entdecken“ ausgerichtete Haltung während des Peer Reviews verhilft diesem Instrument der Qualitätssicherung, ein enormes Potenzial für jeden einzelnen Beteiligten zur Verfügung stellen zu können.

b) Ableiten von Zielformulierungen

Ist ein Problem benannt, sollte umgehend das damit verknüpfte Qualitätsziel konkretisiert werden. Ziel eines Reviews ist es, bei der Weiterentwicklung zu unterstützen. Ziel ist es nicht, nur bestehende Probleme aufzudecken. Daher sollte schon in der Vorbereitung des Feedbacks formuliert werden, was ein mögliches Ziel sein könnte, z. B. „Bei jedem Patienten sollte ... durchgeführt werden“. Alternativ kann die Vermittlung der Verbesserungspotenziale auch mittels der Benennung der Zielsetzungen erfolgen, z. B. „Ziel könnte sein, ... immer sicherzustellen, das war nach unserem Eindruck in ... Fällen nicht gewährleistet.“

Beispiel Peer Review Schlaganfall (IQM) Gefundene Verbesserungspotenziale

Abgeleitete Qualitätsziele und Maßnahmen

Entscheidung zur systemischen Lyse:
Neurologisches Konsil nicht immer zeitnah.



Der Neurologe ist bei der Aufnahme eines Schlaganfallpatienten mit möglicher Lyse-indikation sofort zu informieren.

Schnittbilddiagnostik:
CT-Angio und evtl. Notfall-MRT wurden nicht oder zu selten durchgeführt. Die Diagnostik der extra- und transkraniellen Gefäße erfolgte nicht innerhalb von 24h.



Frühes Erfassen der Verschluss- oder Stenosesituation durch Schnittbilddiagnostik (CT-A, evtl. MRT) und Doppler-/Duplexuntersuchungen innerhalb von 24h.

Die NIH-SS wurde im Zeitraum nach 6, 12, 24h Lyse nicht dokumentiert.



Dokumentation des Lyseverlaufs innerhalb der ersten 24h standardisiert (NIH-SS-Protokoll)

c) Abstimmen der Ziele

Um gemeinsam Maßnahmen erarbeiten zu können ist es unerlässlich, dass nicht nur das Peer-Review-Team, sondern auch die Vertreter der besuchten Einrichtung mit der avisierten Zielsetzung einverstanden sind.



Die Übereinstimmung in Bezug auf die Zielsetzung muss vom Teamleiter konkret nachgefragt werden. Andernfalls kann es trotz vermeintlicher Übereinstimmung im Kollegialen Dialog später zu Missverständnissen und Konflikten kommen.

Außerdem sei an dieser Stelle noch einmal an die Rolle der Mitglieder des Peer-Review-Teams erinnert: Sie sind nicht als „Missionare“ oder „Besserwisser“ vor Ort, sondern zur Unterstützung der besuchten Klinik oder Einrichtung. Konkret bedeutet dies, dass nur für solche Ziele Maßnahmen erarbeitet werden, die die besuchte Einrichtung teilt.

Es steht allerdings dem Peer-Review-Team frei, auch aus ihrer Sicht bestehende Verbesserungspotenziale im Protokoll mit zu benennen, die von der Einrichtung nicht geteilt werden. In diesem Sinne kann das Protokoll also durchaus unterschiedliche Wahrnehmungen von Peer-Review-Team und Besuchten enthalten.

Schließlich sollte darauf geachtet werden, dass die Ziele so konkret und messbar wie möglich formuliert werden. Allgemeine Forderungen, wie z. B. „... sollte verbessert werden.“ sind oft wenig hilfreich. Hilfsmittel wie z. B. SMART-Kriterien (siehe Kap. 5.3.2.) können genutzt werden.

d) Ableiten von Maßnahmen

Sobald deutlich wird, dass ein Ziel geteilt wird, werden gemeinsam Ideen zu möglichen Maßnahmen/Lösungsansätzen gesammelt.



Dabei sollte die besuchte Klinik immer zuerst die Möglichkeit haben, eigene Ideen und Ansätze zu nennen. Das Peer-Review-Team stellt nur dann seine Erfahrungen und Ideen zur Verfügung, wenn es von der besuchten Einrichtung explizit danach gefragt wird. Im Idealfall erfolgt hier ein gemeinsames „Brainstorming“, bei dem alle Beteiligten ihre Ideen beisteuern.

Auch hat es sich als hilfreich erwiesen, die erarbeiteten Maßnahmen soweit als möglich zu terminieren, **in jedem Fall sollte ein erster Schritt konkret benannt und zeitlich festgelegt werden**. Dieser kann z. B. darin bestehen, dass der Vertreter der besuchten Einrichtung zunächst mit der Einrichtungsleitung spricht, ein Projekt plant oder beteiligte Abteilungen anspricht, um sie „mit ins Boot“ zu holen.

Bei Einrichtungen des ambulanten Sektors entspricht der besuchte Peer in der Regel dem Leiter der Einrichtung. Aber auch hier kann das Abschlussgespräch mit einem erweiterten Teilnehmerkreis, wie oben beschrieben, gestaltet werden (z. B. Leitungspersonal eines MVZ, der Qualitätsmanagementbeauftragte einer Praxis).

5.2.6 Abschlussgespräch

Je nach Verfahren kann sich im Anschluss an den kollegialen Dialog noch ein Abschlussgespräch anschließen, zu dem z. B. die Geschäftsführung, der Verwaltungsleiter, der Ärztliche Direktor, der Qualitätsmanagementbeauftragte hinzugeladen werden. Dabei fasst das Peer-Review-Team die Ergebnisse des Reviews zusammen, indem es einen Überblick über iden-

tifizierte Stärken, Verbesserungspotenzial, gemeinsam erarbeitete Lösungsmöglichkeiten und angedachte Maßnahmen gibt. **Auf einzelne Fälle oder einzelne Ärzte oder Mitarbeiter wird dabei nicht eingegangen, sondern es wird eine Prozesssicht wiedergegeben.** Ziel ist es, auch der Führungsebene der Einrichtung ein Feedback der externen Experten zu geben.

5.2.7 Evaluation von Peer Reviews

Im Anschluss an das Review

Abgeschlossen wird das Peer Review durch die aktive Aufforderung des Peer-Review-Teams an die besuchte Einrichtung, ein Feedback zum Review zu geben. Dies erfolgt mündlich und sollte durch einen standardisierten Evaluationsbogen, den die Einrichtung ausfüllt, ergänzt werden. Die Feedbackbögen helfen den Peers und der Koordinierungsstelle, die Qualität der Reviews kontinuierlich zu verbessern. Insofern sind die ausgefüllten Evaluationsbögen unerlässlich.

Ca. sechs Monate nach dem Review

In einer zweiten Evaluationsstufe, z. B. sechs Monate nach einem Review, wird die besuchte Einrichtung nochmals um ein Feedback gebeten. Im Fragebogen wird zusätzlich abgefragt, welche Maßnahmen in welchen Bereichen umgesetzt wurden.

Zusätzlich ist es möglich, dass der begleitende Evaluierungsexperte gebeten wird, das Peer-Review-Team an Hand einer Checkliste bzgl. Verfahrens-, Methoden- und Sozialkompetenz zu beurteilen. Damit können die Peers ein qualifiziertes Feedback zu ihren Stärken und Schwächen erhalten, um sich entsprechend gezielt weiter zu qualifizieren.



In Kapitel 8 sind entsprechende Muster-Evaluationsbögen aufgeführt.

5.3 Peer-Review-Bericht (Phase 3)

Der Peer-Review-Bericht ist das abschließende Dokument und der kritische Erfolgsfaktor für eine fundierte Ableitung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen seitens der besuchten Abteilung.

Das Schema des Peer-Review-Berichts sowie die Frist (ca. 2-3 Wochen) zu dessen Erstellung sind durch die Verfahrensregeln vorgegeben. Ein strukturierter und standardisierter Bericht ermöglicht eine vergleichbare Auswertung von Reviews verschiedener Einrichtungen. Er dokumentiert den Ist-Zustand sowie Qualitätsziele und Maßnahmen zur Verbesserung, die von der visitierten Einrichtung bspw. mittels Projekten umgesetzt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass keine personenbezogenen Informationen dokumentiert werden bzw. abzuleiten wären, weder die Patienten noch die Mitarbeiter betreffend.

Der Teamleiter ist für das Verfassen des Berichts verantwortlich. Er achtet darauf, dass die während des Kollegialen Dialogs besprochenen Inhalte mit denen des Berichts übereinstimmen.



Die Erstellung des Berichts sollte unbedingt schon während des Peer-Besuches vor Ort begonnen werden. Die gemeinsamen Schlüsse des Peer-Review-Teams und die Hauptergebnisse jeder Phase des Reviews sollten unmittelbar in den Formularen festgehalten werden. Sollten im Ergebnis der kommunikativen Validierung noch (normalerweise kleine) Änderungen nötig sein, können diese anschließend vorgenommen werden. Ebenso sollten die mit der Einrichtung konsentierten konkreten Qualitätsziele und abgeleiteten Maßnahmen während des Kollegialen Dialogs sofort schriftlich fixiert werden. So wird sichergestellt, dass der Peer-Review-Bericht am Ende des Review-Tages bereits in einer vorläufigen Form vorliegt und genau die vereinbarten Inhalte widerspiegelt.

Der Adressat des Peer-Review-Berichts ist durch die Verfahrensregeln festgelegt. In der Regel sind das die Leitungen der visitierten Abteilung (Chefarzt, Pflegedienstleitung), Praxis (niedergelassener Facharzt) o. ä. Diese entscheiden selbst darüber, wem der Bericht zugänglich gemacht wird.

Im Verfahren kann auch festgelegt werden, dass jeweils eine Kopie des Berichts an den Verfahrenseigner und/bzw. die Koordinierungsstelle zwecks anonymisierter Auswertung und Benchmarking geschickt wird.

5.3.1 Struktur des Berichts

Die Struktur des Peer-Review-Berichts ist in den Verfahrensregeln festgelegt und liegt idealerweise als mitgeltendes Formular vor.

Er umfasst in der Regel:

1. Titel
2. Angaben der Abteilung
3. Ergebnis der Fremdbewertung
4. Generelle Bewertung (Stärken, Schwächen bzw. Verbesserungspotenziale und ggf. Chancen und Risiken)
5. Qualitätsziele (inkl. Terminierung)
6. Maßnahmenvorschläge



In Kapitel 8 sind Beispiele für Berichtsvorlagen abgebildet.

5.3.2 Prinzipien für die Erstellung des Berichts

Der Teamleiter verfasst in Abstimmung mit den anderen Mitgliedern des Peer-Review-Teams die Endfassung des Peer-Review-Berichts.



Dieser darf nur Ergebnisse und Schlussfolgerungen enthalten, die auch mündlich präsentiert bzw. im Kollegialen Dialog konsentiert wurden. Es darf keine zusätzlichen Kommentare und Erwähnungen einzelner Personen geben.

Neben leichter Verständlichkeit und hoher Aussagekraft sollte bei der Festlegung und Formulierung von Qualitätszielen und Maßnahmen die SMART-Regel beachtet werden.

Tabelle 5: SMART-Kriterien

Buchstabe	Bedeutung	Beschreibung
S	Spezifisch	Ziele müssen eindeutig definiert sein (spezifisch, präzise, handlungsorientiert, unmissverständlich aber lösungsneutral)
M	Messbar	Ziele müssen messbar sein (qualitative/quantitative Messbarkeitskriterien).
A	Akzeptiert/Anspruchsvoll	Ziele müssen von den Empfängern akzeptiert werden/sein (auch: angemessen, attraktiv, ausführbar oder anspruchsvoll)
R	Realistisch	Ziele müssen erreichbar sein (auch relevant)
T	Terminierbar	zu jedem Ziel gehört eine klare Terminvorgabe, bis wann das Ziel erreicht sein muss.

5.4 Umsetzen der Maßnahmen (Phase 4)

Evaluierungen wie Peer-Review-Verfahren sind kein Selbstzweck, sondern haben das Ziel, organisationsbezogene Veränderungen zu implementieren. Die Umsetzung der Ergebnisse des Peer Reviews ist daher das entscheidende Kriterium für seinen Erfolg hinsichtlich einer nachhaltigen Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung.

Die Verantwortung für die konsequente Umsetzung der Maßnahmen liegt nicht beim Peer-Review-Team, sondern ist Aufgabe des internen Qualitätsmanagements der besuchten Einrichtung.

Der Vorteil beim Peer-Review-Verfahren im Unterschied z. B. zu Audits liegt darin, dass für die identifizierten Verbesserungspotenziale in der Regel Vorschläge für Qualitätsziele und Maßnahmen gemacht werden, die passgerecht mit der Situation vor Ort vom Peer-Review-Team abgeleitet wurden.

Die Ergebnisse des Peer Reviews sollten systematisch auf der Basis des PDCA-Zyklus von der Einrichtung umgesetzt werden. Dieser Umsetzungsprozess sollte von einer offenen und umfassenden Informationspolitik begleitet werden, wobei sichergestellt sein muss, dass alle relevanten Betroffenen und Beteiligten Zugang zu den Ergebnissen des Peer Reviews haben. Wenn möglich, sollte vor der Implementierung von Veränderungsmaßnahmen eine offene Diskussion innerhalb der Einrichtung geführt werden. Spätestens an dieser Stelle wird die Notwendigkeit der unbedingten Unterstützung durch die Unternehmensleitung deutlich. So werden die Qualität der getroffenen Entscheidungen verbessert sowie die Motivation und das Engagement innerhalb Organisation gestärkt.

Dazu eignen sich folgende Schritte (nach Gutknecht-Gmeiner 2007):

Qualitätsziele diskutieren, ggf. revidieren und operationalisieren



Ressourcen klären und Unterstützung planen



Maßnahmen planen und umsetzen



Umsetzung evaluieren



ggf. nächstes Review planen

6. Rahmenkonzept von Peer-Review-Verfahren im Kooperationsmodell mit den Ärztekammern

	Rahmenkonzept für die Durchführung von Peer-Review-Verfahren im Kooperationsmodell mit den Landesärztekammern
Einordnung von Peer-Review-Verfahren in die hoheitlichen Aufgaben der Landesärztekammern	Das Instrument Peer Review verknüpft als Verfahren der externen Qualitätssicherung die Förderung von Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung mit dem Konzept des Lebenslangen Lernens. Dieses Instrument sollte als Regelaufgabe im Kontext von Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement sowie Fort- und Weiterbildung eingeordnet werden. Ein Projektcharakter wird nicht empfohlen.
Gremium auf Landesebene	Empfohlen wird die Einrichtung einer Konsensuskonferenz auf Landesebene, die für die methodische (Weiter-) Entwicklung und fachspezifische Entwicklung von Peer-Review-Verfahren verantwortlich ist.
Datenschutz	Generell sind Qualitätsförderungsmaßnahmen auf den Nutzen der Patienten, teilweise sogar individuellen Nutzen des einzelnen Patienten ausgerichtet. Dennoch dürfen personenbezogene Daten nicht ohne Einwilligung bzw. ohne gesetzliche Grundlage erhoben bzw. verarbeitet werden. Beim Peer Review werden keine personenbezogenen Daten erhoben und verarbeitet. Zusätzlich ist dafür Sorge zu tragen, dass personenbezogene Daten auch nicht (ohne Einwilligung) wahrgenommen werden. Verantwortung dafür trägt der Leiter der Station. Da der Datenschutz in den Bundesländern unterschiedlich geregelt ist, wird empfohlen, diesen analog zu anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen (z. B. Strukturierter Dialog) umzusetzen. Empfohlen wird auch, sich ggf. mit den Landesdatenschutzbeauftragten und den Datenschutzbeauftragten der besuchten Einrichtung abzustimmen. Folgende Lösungsvarianten können ggf. hilfreich sein: 1. Vorhandensein einer Generalklausel im Landeskrankenhausgesetz, dass qualitätsrelevante patientenbezogene Daten in pseudonymisierter Form erhoben werden dürfen. 2. Erprobung von Peer-Review-Verfahren im Rahmen einer Experimentalphase (in Begleitung mit Datenschutzbeauftragten). 3. Einwilligungserklärung für QS-Maßnahme Peer Review bei Aufnahme des Patienten unterzeichnen lassen. (Bestandteil des Behandlungsvertrag) 4. Die Evaluation sollte so gestaltet sein, dass kein Personenbezug hergestellt werden kann – weder zum Patienten, zu Arzt/Pflegekräften/und weiteren Therapeuten. (Z. B. Verdecken von Namen, Schwärzen von Akten) 5. Alle erhobenen Daten sollen nur so lange aufbewahrt werden, wie sie gebraucht werden. (Z. B. kann der bettseitige Erhebungsbogen bei den Intensivmedizinischen Peer Reviews am Ende des Review-Tags vernichtet werden.)

	Rahmenkonzept für die Durchführung von Peer-Review-Verfahren im Kooperationsmodell mit den Landesärztekammern
	6. Bei einwilligungsfähigen Patienten achten die Peers darauf, bei Betreten des Zimmers das Einverständnis des Patienten einzuholen. 7. Enge Abstimmung der Landesärztekammern mit Datenschützern auf Landes- und Institutionsebene wird empfohlen.
Zusammensetzung des Peer-Review-Teams	Je nach Verfahrensregel des angewandten Verfahrens. Empfohlen wird eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Zusammensetzung, ggf. inkl. eines Evaluierungsexperten der Landesärztekammer.
Zustimmungserklärungen zur Durchführung eines Reviews inkl. Einwilligungserklärung der besuchten Klinik zur Auswertung des Ergebnisberichtes des Peer Reviews in anonymisierter Form durch den Verfahrener bzw. die Koordinierungsstelle	Es wird empfohlen, dass die Abteilung, die sich einem Review unterziehen möchte, das schriftliche Einverständnis ihrer Klinikleitung sowie ihrer Ärztlichen und Pflegerischen Leitung zum Peer Review und ggf. zur anonymisierten Auswertung der Ergebnisse der Reviews durch den Verfahrener bzw. die Koordinierungsstelle einholt. Die Notwendigkeit der Einwilligung des Betriebsrates/Personalrates ist von der anfordernden Klinik selbst zu prüfen.
Schriftliche Verfahrensanweisung zu Ablauf/ Koordinierung der Peer Reviews	Es sollten folgende Verfahrensanweisungen zur Verfügung stehen: 1. Ablauf des Peer Reviews (als Information für die Peers und die besuchte Abteilung) 2. Ablauf der Vorbereitung/Durchführung/Nachbereitung inkl. Verantwortlichkeiten und mitgeltenden Dokumenten in den Landesärztekammern
Peer Qualifizierung (Kurs)	Kursangebote für zukünftige Peers nach dem BÄK-Curriculum „Ärztliches Peer Review“ inkl. dem Manual/ Regelwerk des konkreten Verfahrens sollten von den Landesärztekammern bzw. Fortbildungsakademien zeitlich nah vor den Trainings-Reviews durchgeführt werden. Der verfahrensspezifische Teil des Kurses beträgt ca. ein Drittel. Ein Peer-Review ohne geschulte Peers sollte nicht akzeptiert werden.
– Selbststudium/Präsenz	Gemäß Empfehlung des Curriculums: Selbststudium – 4 Unterrichtseinheiten; Präsenzveranstaltung – 12 Unterrichtseinheiten
– Selbststudium als E-Learning	Das Selbststudium kann als E-Learning angeboten werden. Vor Beginn der Präsenzveranstaltung sollte es mit einer Lernerfolgskontrolle abgeschlossen werden.

	Rahmenkonzept für die Durchführung von Peer-Review-Verfahren im Kooperationsmodell mit den Landesärztekammern
– Reflexionseinheiten/ Coaching/ Erfahrungsaustausch o.ä.	Formen der Reflexion der (Lern)Erfahrungen nach den ersten durchgeführten Reviews sowie des Austausches für Peers sollten angeboten werden. Z. B. ein regelmäßiges Austauschtreffen der Peers (auch verschiedener Fachgebiete) bzw. auch aufbauende und vertiefende Qualifizierungseinheiten.
– Kosten	Gemäß regionalen Kostenkalkulationsgrundsätzen Ggf. an Fachgesellschaften, Berufsverbände u. a. zur Mitfinanzierung herantreten
– interdisziplinär	Ja
– multiprofessionell	Ja
– Evaluation der Kurse	Bundesweite Gesamtauswertung der Evaluationsbögen der Kurse an den Landesärztekammern
Rechtsform des Peer Reviews/ Versicherungsschutz	Das Peer Review sollte als Dienstaufgabe durchgeführt werden. Es wird von der Ärztekammer als Fortbildung anerkannt, entsprechend der Musterfortbildungsordnung. (Kategorie C, 10 Punkte pauschal für einen Review-Tag für Besucher und Besuchte). Empfohlen wird, das Peer Review in Form eines Dienstganges durchzuführen, weil dadurch der Versicherungsschutz gegeben ist. Dazu ist ein Dienstgang-Antrag vom Arbeitgeber genehmigen zu lassen. Für Ärzte im Angestellten-Verhältnis, die an einem Peer Review (als Fortbildung) in ihrer arbeitsfreien Zeit teilnehmen und für die keine Kostenübernahme durch den Arbeitgeber stattfindet, gilt Folgendes: Sofern kein Dienstgang beantragt wird, wird die Review-Tätigkeit des Peers als Teilnahme an einer ärztlichen Fortbildung eingeordnet. Es gilt dann der Versicherungsschutz, der in der jeweiligen Landesärztekammer für Ehrenamtler geregelt ist. (Z. B. als Pauschalbeitrag an die BGW)
Finanzierung der Peer Reviews	Grundsätzlich sollen die Reisekosten von der anfordernden/besuchten Einrichtung getragen und bei ihr abgerechnet werden. Da das Peer Review auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit beruht, gilt die „Regel“:
– Reisekosten der Peers	Wer ein Review anfordert sollte auch bereit sein, ein Review durchzuführen.
Aufwandsentschädigung für Peers	Es sollte das Prinzip des wechselseitig kostenneutralen Handelns gelten, denn es gilt das Prinzip des Voneinander-Lernens. Das weitere Prozedere ist je nach regionalen Gegebenheiten zu regeln.

	Rahmenkonzept für die Durchführung von Peer-Review-Verfahren im Kooperationsmodell mit den Landesärztekammern
Zahlungsverkehr	Grundsätzlich sollte der Zahlungsverkehr zwischen den Krankenhäusern/ Einrichtungen abgewickelt werden. Ein Zahlungsverkehr über die Landesärztekammern sollte vermieden werden.
Vertraulichkeitserklärung bei Peer Reviews	Die Vertraulichkeitserklärung dient auch dazu, den am Review Beteiligten nochmals die Vertraulichkeit des Reviews bewusst zu machen. Sie soll in doppelter Ausführung von allen am Peer Review Beteiligten (Besucher und Besuchte) unterzeichnet werden. Ein Exemplar verbleibt in der Klinik/Einrichtung, ein Exemplar geht an die Landesärztekammer.
Evaluation der Reviews	1. a) Feedback seitens der Klinik an das Review-Team am Review-Tag optional: b) Feedback durch LÄK-Vertreter an Peers: unmittelbar im Anschluss an das Review 2. ca. sechs Monate nach dem Review Die Feedback-Bögen sollten bundesweit durch die Bundesärztekammer ausgewertet werden.
Anerkennung des Reviews als Fortbildung	Ja, für beide Seiten (pauschal 10 CME pro Review-Tag, Kategorie C)
Austauschplattform der Peers bei den Landesärztekammern	Eine Austauschmöglichkeit wird von vielen Peers gewünscht und sollte einmal jährlich angeboten werden, verbunden mit Reflexionseinheiten und Qualifizierungsangeboten. Dabei sollten auch die Ergebnisse der Reviews vorgestellt und Best-Practice-Beispiele anderen zur Verfügung gestellt werden.
Kooperationen	Peer Reviews dienen auch der Vernetzung. Hier können mögliche Kooperationen mit regionalen Berufsverbänden, Netzwerken gefördert werden.
Teilnahmebescheinigung	Der besuchten Einrichtung wird auf Wunsch eine Bescheinigung über die Teilnahme am Peer Review ausgestellt. (Es sollten aber kein Zertifikat ausgestellt und keine Ergebnisse beschrieben werden.)
Öffentlichkeitsarbeit	Die Öffentlichkeitsarbeit sollte sehr sensibel durchgeführt werden. Es dürfen keine Ergebnisse des Peer Reviews veröffentlicht werden. Jedoch sollte die Erklärung von Ziel und Nutzen von Peer Reviews für das Wohl des Patienten beschrieben werden.

7. Checklisten

Grundlegende Regeln für Peers	(BÄK)
Ablauf des kollegialen Dialogs	(BÄK))
Ablauf des Peer Reviews vor Ort	(IQM)
Ablauf und Durchführung intensivmedizinischer Peer Reviews vor Ort	(IMPR)
Standards für Evaluation	(DeGEval)

Grundlegende Regeln für Peers



[Auszug aus dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“
(Bundesärztekammer 2013)]

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.

Empfehlungen für die Kommunikation während des kollegialen Dialogs

Grundlegende Haltung der Peers:

- Nehmen Sie ein neugieriges, offenes und wohlwollendes Verhalten ein, das von Verständnis, Respekt und Wertschätzung geprägt ist.
- Nehmen Sie keine voreiligen oder pauschalen Interpretationen oder Bewertungen vor.

Gesprächseröffnung

Bereiten Sie die Anfangssituation des kollegialen Dialogs gut vor (Einstiegssätze) und schaffen Sie eine vertrauensvolle Atmosphäre:

- Stellen Sie sich mit Namen, beruflichem Hintergrund und Ihrer Rolle im Team (Leiter oder Mitglied) vor.
- Stellen Sie das Ziel, Ablauf und Regeln des kollegialen Dialogs vor.
- Geben Sie der Einrichtung Gelegenheit, Fragen dazu zu stellen.

Gesprächsverlauf

- Lassen Sie andere ausreden.
- Hören Sie aktiv zu und zeigen Sie Interesse.
- Sprechen Sie kurz und mit prägnanten, klaren Formulierungen.
- Stellen Sie kurze Fragen und nur eine Frage auf einmal.
- Bei Unklarheiten oder zu allgemeinen Aussagen:
 - Fragen Sie nach (und stellen Sie keine Hypothesen auf)!
- Zeigen Sie Wertschätzung (z. B. Verständnis für schwierige Situationen, beim Feedback zuerst Stärken hervorheben!)
- Benennen Sie klar identifizierte Verbesserungspotenziale.
- Unterbinden Sie Schuldzuweisungen und Personalisierungen.

- Bei identifizierten problematischen Sachverhalten oder gefundenen Fehlern:
 - Lassen Sie das bisherige Vorgehen beschreiben, z. B. Wie machen Sie das? Wie gehen Sie dabei vor? (Stellen Sie keine auf Bewertung abzielenden Fragen, z. B. „Warum machen Sie das?“)
 - Erfragen Sie an einzelnen Stellen alternative Vorgehensweisen oder bieten Sie diese an.
- Erfragen Sie Lösungsvorschläge. Dazu eignen sich folgende Fragen:
 - Was müsste wer anders machen, damit für Sie ein besseres Ergebnis herauskommt?
 - Was soll in Zukunft anders sein? Wie soll die Zukunft genau aussehen?
 - Was können Sie selbst dazu tun bzw. was eventuell nicht mehr tun?
 - Woran würden Sie merken, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?
- Bieten Sie konkrete Lösungen auf Basis der Vorschläge an.
- Sorgen Sie für die (schriftliche) Sicherung der Ergebnisse des kollegialen Dialogs.

Ablauf des kollegialen Dialogs



[Auszug aus dem Curriculum Ärztliches Peer Review
(Bundesärztekammer 2013)]

Im Folgenden sind die wichtigsten Phasen eines möglichen Ablaufs des kollegialen Dialogs beschrieben:

1. Plattform schaffen (Gesprächseröffnung)

- Vertrauensatmosphäre herstellen
- Ziel des kollegialen Dialogs beschreiben: Feedback geben, gemeinsam Verbesserungsmöglichkeiten identifizieren, Qualitätsziele festlegen und daraus Maßnahmen ableiten
- Form des kollegialen Dialogs beschreiben: Diskussion auf Augenhöhe, voneinander Lernen
- Ablauf vorstellen

2. Für jeden Bewertungsbereich bzw. -fall finden folgende Schritte statt:

Ergebnisse der Fremdbewertung vorstellen (Feedback)

- Wertschätzung der identifizierten Stärken
- Vorstellung der identifizierten Verbesserungspotenziale

Diskussion der Ergebnisse der Fremdbewertung (kommunikative Validierung)

Die Einrichtung erhält die Möglichkeit, Stellung zu den Evaluationsergebnissen zu nehmen, z. B. um Ursachen, Besonderheiten und zwischenzeitlich eingeleitete Maßnahmen vorzustellen.

Die Peers haben die Möglichkeit, bei Unklarheiten nachzufragen.

Gemeinsames Erarbeiten von Lösungen – kollegiale Beratung

Die kollegiale Beratung ermöglicht es, konkrete Probleme und Fälle mit Hilfe des Peer-Review-Teams systematisch zu reflektieren sowie Ziele und Lösungsoptionen für den Berufsalltag zu entwickeln, die sich an den zur Verfügung stehenden Ressourcen orientieren.

3. Festlegen von Qualitätszielen und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen

Die gemeinsam erarbeiteten Ziele werden schriftlich festgehalten. Aus ihnen werden gemeinsam Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet, die – optimalerweise einschließlich Fristen und Verantwortlichkeiten – ebenfalls schriftlich niedergelegt werden.

4. Zusammenfassung des Diskussionsergebnisses

Das Peer-Review-Team fasst das endgültige Ergebnis des Peer Reviews schriftlich zusammen.

5. Feedback der Personen, die sich dem Peer Review unterzogen haben

Das Peer-Review-Team bittet die Beteiligten, ein kurzes mündliches Feedback zum stattgefundenen Peer Review zu geben.

6. Abschluss

Das Peer-Review-Team gibt einen Ausblick auf die noch folgenden Schritte:

- Die Peers erhalten ein Feedback durch die Einrichtung.
- Die Einrichtung erhält den schriftlichen Bericht/das Protokoll des Peer Reviews.

Ablauf des Peer Reviews vor Ort (IQM)

IQM PEER-REVIEW-VERFAHREN 2013

ZIEL

Jedes durchgeführte IQM-Peer-Review-Verfahren (Instrument der ärztlichen Qualitätssicherung) fokussiert auf die Identifikation von Fehlervermeidungs- und Verbesserungspotential in komplexen medizinischen Behandlungsabläufen. Dabei werden bis zu 20 Fälle je nach Tracer erfasst.

ABLAUF

Begrüßung | ½ Stunde (bspw. 08.00 Uhr – 08.30 Uhr)

Aktenanalyse | 4 Stunden (bspw. 08.30 Uhr – 12:30 Uhr)

Pause* | 1 Stunde (bspw. 12.30 Uhr – 13.30 Uhr)

Falldiskussion | 3 Stunden (bspw. 13.30 Uhr – 16:30 Uhr)

Abschlussgespräch | ½ Stunde (bspw. 16:30 Uhr – 17.00 Uhr)

*Uhrzeit und Länge variabel

ERFASSUNG DER FÄLLE – INHALT

1. Epikrise/Beschreibung

Kurze Beschreibung des Alters, Geschlechts, der wesentlichen Diagnosen, des Verlaufes, der Diagnostik/Therapie.

2. Verbesserungspotential und Fehler

Beschreibung des Verbesserungspotentials und der Fehler mit Fokussierung auf den oder die wesentlichen Punkte

3. Bewertung

Kurze Darstellung des optimalen Verlaufes und der suffizienten Behandlung mit kritischer Würdigung des vorliegenden Falles

4. Verbesserungsvorschläge und Lösungsempfehlungen

Darstellung nachhaltiger Verbesserungsvorschläge und Lösungsmöglichkeiten mit Umsetzungsfrist

Ablauf und Durchführung intensivmedizinischer Peer Reviews vor Ort (IMPR)

Besuchte Abteilung

- Die besuchte Abteilung ist über Ziel und Verfahrensregeln des Intensivmedizinischen Peer Reviews (IMPR) informiert.
- Die Abteilung stellt angemessene räumliche Ressourcen zur Verfügung und gewährleistet den vorgesehenen Ablauf des Reviews.
- Ein benannter Ansprechpartner der Klinik steht kontinuierlich zur Verfügung.
- Die Selbstbewertung der Abteilung liegt vor.

Peer-Review-Team

- Die Zusammensetzung des intensivmedizinischen Peer-Review-Teams entspricht dem IMPR-Verfahren:
 - zwei verantwortliche Ärzte in der Intensivmedizin (Chefarzt oder Oberarzt)
 - ein in der Intensivmedizin qualifizierte leitende Pflegekraft
 - optional: ein Evaluierungsexperte der Ärztekammer
- Die Rollen im Peer-Review-Team sind geklärt (1 Teamleiter, Peers, 1 Evaluierungsexperte)
- Die Verantwortlichkeiten für die schriftliche Dokumentation des Reviews ist geklärt.
- Die Peers sind sich ihrer Rolle im Peer-Review-Team bewusst und füllen diese aus.

Dokumente

- Den Peers liegen folgende Dokumente zu Beginn des Reviews vor:
 - Unterschriebene Vertraulichkeitserklärungen aller Teilnehmer (Besucher und Besuchte). Das Original der Vertraulichkeitserklärung bleibt in der besuchten Abteilung, eine Kopie bzw. zweite Ausfertigung geht an die Ärztekammer.
 - ausgefüllte Selbstbewertung (52-Fragen-Bogen)
- Als Ergebnis des Review-Tages liegen folgende Dokumente vor:
 - ausgefüllte Selbstbewertung (52 Fragen-Bogen)
- Entwurf des Peer-Review-Berichtes, enthält:
 1. Strukturdaten
 2. konsentierter Fremdbewertung (52-Fragen-Bogen)
 3. Entwurf SWOT-Analyse (inkl. konsentierter Qualitätsziele und Maßnahmen und ggf. Best-Practice-Beispiel)

Durchführung des Reviews

- Der Peer-Review-Teamleiter plant und koordiniert die Aktivitäten der Peers.
- Das Peer Review beginnt pünktlich.
- Der Teamleiter moderiert das Review.
- **Im Eingangsgespräch**
 - stellen sich alle Teilnehmer vor.
 - wird vom Teamleiter Ziel und Gegenstand des Reviews vorgestellt.
 - wird der zeitliche Ablauf des Reviews konsentiert.
 - wird konsentiert, wer seitens der Abteilung wann zur Verfügung stehen muss.
 - wird der Abteilung Gelegenheit gegeben, Verständnisfragen zu klären.
- **Während des Interviews zur Fremdbewertung mit dem 52-Fragen-Bogen:**
 - Alle Fragen – außer den bettseitig zu erhebenden acht Qualitätsindikatoren – des Bogens werden abgearbeitet.
 - Die Bewertungsergebnisse für jede Frage werden im Interview in den 52-Fragen-Bogen eingetragen.
- **Während der Begehung der Station zur Fremdbewertung mit dem bettseitigen Erhebungsbogen (8 Qualitätsindikatoren):**
 - Eine bettseitige Erhebung pro Patient wird ausgefüllt.
 - Alle Fragen des bettseitigen Erhebungsbogens werden abgearbeitet.
- **Während des Austauschs der Peers zur Vorbereitung des Abschlussgespräches:**
 - Die Peers einigen sich auf eine gemeinsame Fremdbewertung
 1. bezüglich der Punktvergabe der Fremdbewertung mittels 52-Fragenbogen inkl. acht bettseitig erhobenen Qualitätsindikatoren
 2. bezüglich der SWOT-Analyse
 3. bereiten das Abschlussgespräch vor
- **Während des Abschlussgesprächs „kollegialer Dialog“**
 - Das Peer-Review-Team bedankt sich für die Kooperation der besuchten Abteilung.
 - Das Peer-Review-Team stellt Ziel und Ablauf des Abschlussgespräches dar.
 - a) Die Peers stellen die Ergebnisse der Fremdbewertung vor:
 1. Wertschätzung der identifizierten Stärken
 2. Vorstellung der identifizierten Verbesserungspotenziale

- b) Die Peers geben der Einrichtung die Möglichkeit, Stellung zu den Fremdbewertungsergebnissen zu nehmen, z. B. um Ursachen, Besonderheiten und zwischenzeitlich eingeleitete Maßnahmen vorzustellen.
- c) Die kollegiale Beratung ermöglicht es, konkrete Probleme und Fälle mit Hilfe des Peer-Review-Teams systematisch zu reflektieren und Qualitätsziele mit Lösungsoptionen für den Berufsalltag zu entwickeln, die sich an den zur Verfügung stehenden Ressourcen orientieren.
- d) Aus den Lösungsoptionen werden gemeinsam Ziele und Maßnahmen abgeleitet, die – inkl. Fristen und Verantwortlichkeiten – schriftlich festgehalten werden.
- e) Das Peer-Review-Team fasst das endgültige Ergebnis des Peer Reviews mündlich zusammen.
- f) Das Peer-Review-Team bittet die Beteiligten, ein kurzes mündliches Feedback zum stattgefundenen Peer Review zu geben.
- g) Das Peer-Review-Team gibt einen Ausblick auf die noch folgenden Schritte. (Ausfüllen des Feedbackbogens 1 im Anschluss; schriftlicher Peer-Review-Bericht an den Chefarzt der Station, Ausfüllen des Feedbackbogens 2 nach ca. sechs Monaten)

Grundlegende Haltung der Peers wird eingehalten: neugieriges, offenes und wohlwollendes Verhalten, das auf Verständnis abzielt, keine voreiligen oder pauschalen Interpretationen oder Bewertungen.

- Die Peers nehmen eine offene und freundliche Haltung ein.
- Die Peers zeigen Interesse und hören aktiv zu.
- Die Peers stellen kurze und präzise formulierte offene Fragen.
- Die Peers stellen keine Vermutungen oder Hypothesen auf, sondern fragen ggf. bei zu allgemeinen Antworten nach Fakten, Zahlen.
- Die Peers folgen dem roten Faden, führen ggf. zum Hauptthema zurück.
- Die Peers beenden die Gespräche innerhalb der veranschlagten Zeit.

Standards für Evaluation

[DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e. V. (2008)]

Evaluationen sollen vier grundlegende Eigenschaften aufweisen:

Nützlichkeit: Die Nützlichkeitsstandards sollen sicherstellen, dass die Evaluation sich an den geklärten Evaluationszwecken sowie am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer und Nutzerinnen ausrichtet.

N1 Identifizierung der Beteiligten und Betroffenen

Die am Evaluationsgegenstand beteiligten oder von ihm betroffenen Personen bzw. Personengruppen sollen identifiziert werden, damit deren Interessen geklärt und so weit wie möglich bei der Anlage der Evaluation berücksichtigt werden können.

N2 Klärung der Evaluationszwecke

Es soll deutlich bestimmt sein, welche Zwecke mit der Evaluation verfolgt werden, so dass die Beteiligten und Betroffenen Position dazu beziehen können und das Evaluationsteam einen klaren Arbeitsauftrag verfolgen kann.

N3 Glaubwürdigkeit und Kompetenz des Evaluators/der Evaluatorin

Wer Evaluationen durchführt, soll persönlich glaubwürdig sowie methodisch und fachlich kompetent sein, damit bei den Evaluationsergebnissen ein Höchstmaß an Glaubwürdigkeit und Akzeptanz erreicht wird.

N4 Auswahl und Umfang der Informationen

Auswahl und Umfang der erfassten Informationen sollen die Behandlung der zu untersuchenden Fragestellungen zum Evaluationsgegenstand ermöglichen und gleichzeitig den Informationsbedarf des Auftraggebers und anderer Adressaten und Adressatinnen berücksichtigen.

N5 Transparenz von Werten

Die Perspektiven und Annahmen der Beteiligten und Betroffenen, auf denen die Evaluation und die Interpretation der Ergebnisse beruhen, sollen so beschrieben werden, dass die Grundlagen der Bewertungen klar ersichtlich sind.

N6 Vollständigkeit und Klarheit der Berichterstattung

Evaluationsberichte sollen alle wesentlichen Informationen zur Verfügung stellen, leicht zu verstehen und nachvollziehbar sein.

N7 Rechtzeitigkeit der Evaluation

Evaluationsvorhaben sollen so rechtzeitig begonnen und abgeschlossen werden, dass ihre Ergebnisse in anstehende Entscheidungsprozesse bzw. Verbesserungsprozesse einfließen können.

N8 Nutzung und Nutzen der Evaluation

Planung, Durchführung und Berichterstattung einer Evaluation sollen die Beteiligten und Betroffenen dazu ermuntern, die Evaluation aufmerksam zur Kenntnis zu nehmen und ihre Ergebnisse zu nutzen.

Durchführbarkeit: Die Durchführbarkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst geplant und ausgeführt wird.

D1 Angemessene Verfahren

Evaluationsverfahren, einschließlich der Verfahren zur Beschaffung notwendiger Informationen, sollen so gewählt werden, dass Belastungen des Evaluationsgegenstandes bzw. der Beteiligten und Betroffenen in einem angemessenen Verhältnis zum erwarteten Nutzen der Evaluation stehen.

D2 Diplomatisches Vorgehen

Evaluationen sollen so geplant und durchgeführt werden, dass eine möglichst hohe Akzeptanz der verschiedenen Beteiligten und Betroffenen in Bezug auf Vorgehen und Ergebnisse der Evaluation erreicht werden kann.

D3 Effizienz von Evaluation

Der Aufwand für eine Evaluation soll in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen der Evaluation stehen.

Fairness: Die Fairnessstandards sollen sicherstellen, dass in einer Evaluation respektvoll und fair mit den betroffenen Personen und Gruppen umgegangen wird.

F1 Formale Vereinbarungen

Die Pflichten der Vertragsparteien einer Evaluation (was, wie, von wem, wann getan werden soll) sollen schriftlich festgehalten werden, damit die Parteien verpflichtet sind, alle Bedingungen dieser Vereinbarung zu erfüllen oder aber diese neu auszuhandeln.

F2 Schutz individueller Rechte

Evaluationen sollen so geplant und durchgeführt werden, dass Sicherheit, Würde und Rechte der in eine Evaluation einbezogenen Personen geschützt werden.

F3 Vollständige und faire Überprüfung

Evaluationen sollen die Stärken und die Schwächen des Evaluationsgegenstandes möglichst vollständig und fair überprüfen und darstellen, so dass die Stärken weiter ausgebaut und die Schwachpunkte behandelt werden können.

F4 Unparteiische Durchführung und Berichterstattung

Die Evaluation soll unterschiedliche Sichtweisen von Beteiligten und Betroffenen auf Gegenstand und Ergebnisse der Evaluation in Rechnung stellen. Berichte sollen ebenso wie der gesamte Evaluationsprozess die unparteiische Position des Evaluationsteams erkennen lassen. Bewertungen sollen fair und möglichst frei von persönlichen Gefühlen getroffen werden.

F5 Offenlegung der Ergebnisse

Die Evaluationsergebnisse sollen allen Beteiligten und Betroffenen soweit wie möglich zugänglich gemacht werden.

Genauigkeit: Die Genauigkeitsstandards sollen sicherstellen, dass eine Evaluation gültige Informationen und Ergebnisse zu dem jeweiligen Evaluationsgegenstand und den Evaluationsfragestellungen hervorbringt und vermittelt.

G1 Beschreibung des Evaluationsgegenstandes

Der Evaluationsgegenstand soll klar und genau beschrieben und dokumentiert werden, so dass er eindeutig identifiziert werden kann.

G2 Kontextanalyse

Der Kontext des Evaluationsgegenstandes soll ausreichend detailliert untersucht und analysiert werden.

G3 Beschreibung von Zwecken und Vorgehen

Gegenstand, Zwecke, Fragestellungen und Vorgehen der Evaluation, einschließlich der angewandten Methoden, sollen genau dokumentiert und beschrieben werden, so dass sie identifiziert und eingeschätzt werden können.

G4 Angabe von Informationsquellen

Die im Rahmen einer Evaluation genutzten Informationsquellen sollen hinreichend genau dokumentiert werden, damit die Verlässlichkeit und Angemessenheit der Informationen eingeschätzt werden kann.

G5 Valide und reliable Informationen

Die Verfahren zur Gewinnung von Daten sollen so gewählt oder entwickelt und dann eingesetzt werden, dass die Zuverlässigkeit der gewonnenen Daten und ihre Gültigkeit bezogen auf die Beantwortung der Evaluationsfragestellungen nach fachlichen Maßstäben sichergestellt sind. Die fachlichen Maßstäbe sollen sich an den Gütekriterien quantitativer und qualitativer Sozialforschung orientieren.

G6 Systematische Fehlerprüfung

Die in einer Evaluation gesammelten, aufbereiteten, analysierten und präsentierten Informationen sollen systematisch auf Fehler geprüft werden.

G7 Analyse qualitativer und quantitativer Informationen

Qualitative und quantitative Informationen einer Evaluation sollen nach fachlichen Maßstäben angemessen und systematisch analysiert werden, damit die Fragestellungen der Evaluation effektiv beantwortet werden können.

G8 Begründete Schlussfolgerungen

Die in einer Evaluation gezogenen Folgerungen sollen ausdrücklich begründet werden, damit die Adressatinnen und Adressaten diese einschätzen können.

G9 Meta-Evaluation

Um Meta-Evaluationen zu ermöglichen, sollen Evaluationen in geeigneter Form dokumentiert und archiviert werden.

8. Muster- und Beispieldokumente

Flowchart Peer-Review-Verfahren	(IMPR ² , Beispieldokument)
Ehrenkodex Peers	(IQM ³ , Beispieldokument)
Ankündigungsschreiben an die Einrichtung	(Musterdokument)
Zustimmungserklärung der Einrichtung	(Musterdokument)
Ablaufplan inkl. Ansprechpartner	(IMPR, Beispieldokument)
Empfehlungsschreiben der Ärztekammer	(BÄK/IMPR, Beispieldokument)
Vertraulichkeitserklärung	(Musterdokument)
Einwilligungserklärung für Patienten	(Musterdokument)
Verfahrensrahmen Intensivmedizinisches Peer Review	(IMPR, Beispieldokument)
Selbst-/Fremdbewertungsbogen	(IMPR, Beispieldokument)
Analysekriterien für die Selbst-/Fremdbewertung	(IQM, Beispieldokument)
Peer-Review-Berichte	(IQM, IMPR Beispieldokumente)
Anleitung zur Erstellung eines Peer-Review-Berichts	(IMPR, Beispieldokument)
Feedbackbogen 1	(Musterdokument)
Feedbackbogen 2 nach ca. sechs Monaten	(Musterdokument)
Teilnahmebescheinigung	(Musterdokument)

² IMPR: Intensivmedizinische Peer Reviews der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI) in Kooperation mit den Ärztekammern

³ IQM: Initiative Qualitätsmedizin

Flowchart Peer-Review-Verfahren

(IMPR, Beispieldokument)



Ehrenkodex Peers

(IQM, Beispieldokument)

Grundvoraussetzungen

Persönliche Verpflichtung der Peers:

- zur Grundschulung als Eingangsvoraussetzung
- zur vollständigen Mitwirkung an mindestens zwei pro Jahr vom Fachausschuss festgelegten Peer-Review-Verfahren
- zur Teilnahme an mindestens zwei zentral organisierten IQM-Peers Treffen (Informations- und Erfahrungsaustausch)

Verfahrensregeln

Persönliche Verpflichtung der Peers:

- zur Akzeptanz und Umsetzung der Rechte und Pflichten der Peers im Sinne des Respekts der Rechte und Würde aller am Peer Review beteiligten Personen
- zur Wahrung der Vertraulichkeit
- zur Verwendung der jeweils aktuell gültigen Verfahrensdokumente
- die Tätigkeit ist ehrenamtlich
- die Annahme geldwerter Vorteile ist nicht gestattet

Loyalität

Persönliche Verpflichtung der Peers:

- zur Identifizierung mit den Zielen von IQM
- zur Mitwirkung bei der Implementierung und kontinuierlichen Verbesserung des Peer-Review-Verfahrens von IQM
- zum Auftreten als „Botschafter“ von IQM

Rechte und Pflichten der Peers

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

Rechte

- Der gemeinsam ermittelte Termin wird von allen eingehalten
- Begrüßung des Peer-Teams durch den zuständigen CA
- Ansprechpartner (Sekretariat und ärztlicher Dienst)
- Vernünftige Unterbringung und Verpflegung
- Zugang zu Beamer, PACS, Labordaten usw.
- Sortierte und geordnete Akten vollständig nach Falllisten

Pflichten

- Infoschreiben vorab über benötigte Unterlagen, Falllisten, beteiligte Personen und Kliniken
- Gemeinsame Terminfindung
- Verlässlichkeit (Termin, Beginn, Dauer)
- Vertraulichkeit wahren, Schweigepflicht einhalten
- Zu Beginn des Tages Terminierung der gemeinsamen Falldiskussion und des Abschlussgesprächs
- Souveränität der Peers
- Fachlich kompetente offene kollegiale Diskussion aller Fälle
- Abschlussgespräch gemeinsam mit dem ÄD, GF und den beteiligten CÄ
- Protokoll standardisiert innerhalb von zwei Wochen

Name, Vorname

Fachgebiet

Subspezialisierung

Ort, Datum

Unterschrift Peer

Ankündigungsschreiben an die Einrichtung

(Musterdokument)

Peer-Review-Verfahren der XXX in Kooperation mit XXX

Liebe Kolleginnen,
liebe Kollegen,

das XXX Peer-Review-Verfahren hat sich in Deutschland als ein sehr effektives Instrument der externen Qualitätssicherung bewährt, weil es ärztliche und pflegerische Kolleginnen und Kollegen auf fachlicher Ebene zusammen führt und in strukturierter Form zur Verbesserung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der XXXmedizin beiträgt.

Bei den Peer Reviews geht es nicht darum Mängel aufzudecken, sondern durch strukturierten fachlichen Austausch und gegenseitiges Lernen die Versorgung der Patienten zu optimieren. Stärken und Schwächen sollen strukturiert aufgezeigt werden, um mögliche Potenziale zu verdeutlichen in Hinblick auf qualitätsverbessernde Maßnahmen. Das Peer Review soll als Beitrag interpretiert werden, die Qualität der *XXX Abteilung/Einrichtung* nachhaltig zu verbessern. Die Faktoren Personal, Organisation und Patientensicherheit spielen hierbei eine zentrale Rolle. Freiwilligkeit, Vertraulichkeit, Gegenseitigkeit und Kollegialität sollen das Peer Review prägen und sind zugleich Voraussetzung dafür, dass das Review für einen tiefgreifenden fachlichen Austausch genutzt werden kann.

Das Verfahren wird inhaltlich von der XXX getragen und der XXX koordiniert und beaufsichtigt. Um das XXX Peer Review als ein vertrauliches Forum zur Qualitätsverbesserung zu schützen und dessen konstruktiven Ablauf zu ermöglichen, gilt es, Folgendes zu beachten:

1. Bitte holen Sie sich vor Terminvereinbarung die Zustimmung der Einrichtungsleitung ein
(z. B. Geschäftsleitung, Ärztlicher Direktor, Pflegedirektion).
2. Bitte informieren Sie die mit der *Abteilung/Praxis* kooperierenden *Chefärzte und XXX*.
3. Bitte informieren den Personalrat/die Mitarbeitervertretung.
4. Bitte informieren Sie Ihre Mitarbeiter über das Peer Review.
5. Bitte informieren Sie ihr Qualitätsmanagement.
6. Organisieren Sie einen Termin zwischen ärztlicher und pflegerischer Leitung *der Abteilung/Einrichtung*, um eine Selbstbewertung anhand des Peer-Review-Bewertungsbogens. Hierfür sollen XXX Stunden eingeplant werden.
7. Stellen Sie sicher, dass alle notwendigen Unterlagen am Tag des Peer Reviews zur Verfügung stehen.
8. Stellen Sie sicher, dass am Tag des Peer Reviews ein ruhiger Raum zur Verfügung gestellt wird, damit im Rahmen des Reviews ein ruhiger, fachlicher Austausch zwischen den Peers stattfinden kann. Das Peer Review nimmt die ärztliche und pflegerische Leitung und Kollegen und ggf. Kollegen und Mitarbeiter kooperierender *Abteilungen/Einrichtungen* einen Tag in Anspruch.

9. Verschwiegenheitserklärungen sollen von den am Peer Review beteiligten Personen (externe Peers und ärztliche und pflegerische Beteiligte der besuchten Einrichtung/Abteilung) nach der Begrüßung zum Review-Termin unterschrieben werden. Vertraulichkeit wird damit gegenseitig zugesagt.
10. Alle Beteiligten unterliegen den aktuellen Datenschutzbestimmungen. Personenbezogene Daten dürfen nicht an Dritte weitergegeben werden. Inhalte des Reviews dürfen nicht an Personen weitergeleitet werden, die keine Funktionen bekleiden, die zur Qualitätsverbesserung auf der Abteilung XXX beitragen.

Die Ergebnisse des Peer Reviews werden am Ende des Reviews zwischen besuchten und externen Peers erörtert und in einem vertraulichen Peer-Review-Bericht dokumentiert. Dieser Bericht geht nur dem XXX der besuchten Einrichtung zu und ist zur internen Verwendung gedacht. Es wird empfohlen, gemeinsam mit der Geschäftsleitung und dem Qualitätsmanagement ggf. eine Projektplanung für die vorgeschlagenen Maßnahmen vorzunehmen.

An dem Review-Tag werden viele fachliche Aspekte erörtert, so dass das Peer Review nicht nur als Instrument der Qualitätssicherung gesehen werden kann, sondern auch als Fortbildung gewertet wird. Bitte informieren Sie sich bei der zuständigen Ärztekammer über die Anerkennung zur zertifizierten Fortbildung.

Als Anlage zu diesem Schreiben finden Sie Informationsmaterial zum Verfahren. Bitte erkundigen Sie sich auch auf www.XXX.de und der *Koordinierungsstelle*.

Wir freuen uns, dass Sie am XXX-Peer-Review aktiv teilnehmen.

Zustimmungserklärung der Einrichtung

(Musterdokument)

Zustimmungserklärung zum XXX Peer Review am XX/XX/XXXX

Hiermit erkläre ich mich mit dem XXX Peer Review am XX/XX/XXXX sowie einer anonymisierten Auswertung des Peer-Review-Berichtes durch XXX einverstanden.

Name und Anschrift der Einrichtung:

Ort, Datum

Verantwortliche	Name	Unterschrift
Klinikleitung		
Ärztliche Leitung		
		
Pflegerische Leitung		
		

Ablaufplan inkl. Ansprechpartner

(IMPR, Beispieldokument)

Ablaufplan und Ansprechpartner

Intensivmedizinisches Peer Review: xxxxxx am xx.xx.20xx

Zeit	Bereich	Themen / Schwerpunkte	Ansprechpartner (wird durch die Klinik ausgefüllt)
09:00 – 09:15	Vorstellungsrunde	Klärung von Ziel, Ablauf, Regeln und Ansprechpartnern des Peer Reviews	
09:15 – 11:30	Fremdbewertung Strukturbogen	Gespräch mit ärztlicher und pflegerischer Leitung der Intensivstation mit dem Ziel der gemeinsamen Erarbeitung des Strukturbogens Abgleich Selbst- mit Fremdbewertung	
11:30 – 12:00	Mittagspause		
12:00 – 14:00	Fremdbewertung Stationsvisite	Bettseitige Erhebung der Qualitätsindikatoren	
14:00 – 14:30	Besprechung der Peers	Erarbeitung eines Feedbacks für die Abteilung (Abweichungen SB/FB, SWOT-Analyse)	
14:30 – 16:00	Kollegialer Dialog	Feedback in SWOT-Systematik Erarbeitung von Lösungsvorschlägen für identifizierte Verbesserungspotenziale Festlegen von Zielen und Maßnahmen mit Fristen	

Empfehlungsschreiben der Ärztekammer

(BÄK/IMPR, Beispieldokument)



Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin im Februar 2013

Empfehlung der Bundesärztekammer zur Beteiligung am Peer-Review-Verfahren Intensivmedizin

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie stellen sich freiwillig einem trägerübergreifenden Peer-Review-Verfahren zur Qualitätssicherung der intensivmedizinischen Versorgung, das über die gesetzlichen Vorschriften hinausgeht. Damit setzen Sie einen besonderen Maßstab im Hinblick auf eine hochwertige Patientenversorgung.

Wir möchten Ihnen hiermit unsere Wertschätzung dafür aussprechen und Sie gleichzeitig ermutigen, sich aktiv am Peer-Review-Verfahren zu beteiligen.

Die Bundesärztekammer begrüßt die Integration von Peer Reviews in die Qualitätsphilosophie Ihrer Einrichtung und ist von dieser Methode überzeugt, weil hier ein prospektiver Ansatz der kollegialen Anregung zur Verbesserung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gewählt wurde. Das Peer-Review-Verfahren ist – als kollegialer Dialog – eine ureigene und anerkannte Methode der ärztlichen Qualitätssicherung.

In den seit 2010 durchgeführten ca. 30 intensivmedizinischen Reviews erwiesen sich die kollegialen Dialoge als lebendiger Impuls für die kontinuierliche Förderung von Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung, die sich auch in der ausgesprochen positiven Resonanz der besuchten Kliniken widerspiegelt.

Die Bundesärztekammer unterstützt das Peer-Review-Verfahren unter anderem mit dem herausgegebenen Curriculum „Ärztliches Peer Review“ und fördert die Kooperation der Landesärztekammern mit den regionalen intensivmedizinischen Netzwerken.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Günther Jonitz
Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin
Postfach 12 08 64
10598 Berlin
Fon +49 30 400 456-0
Fax +49 30 400 456-388
info@baek.de
www.baek.de

Vertraulichkeitserklärung

(Musterdokument)

XXX Peer-Review-Verfahren getragen durch XXX und XXX

Vertraulichkeitserklärung zum XXX Peer Review

Der/die Unterzeichnende

Vorname, Name

Dienstanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

(nachfolgend „Informationsnehmer“ genannt)

verpflichtet sich gegenüber der folgenden Einrichtung

Name Krankenhaus/Klinik/Einrichtung

Anschrift

(nachfolgend „Einrichtung“ genannt),

zur Verschwiegenheit nach Maßgabe der nachstehenden Regelungen:

Präambel

Der Informationsnehmer wird im Rahmen des XXX Peer-Review-Verfahrens in der im Rubrum genannten Einrichtung Peer-Review-Verfahren durchführen bzw. begleiten. Im Hinblick auf die dafür von der Einrichtung zugänglich gemachten Informationen verpflichtet sich der Informationsnehmer gegenüber der Einrichtung zur Verschwiegenheit. Zuwiderhandlungen können straf- und/oder zivilrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen.

1. Vertrauliche Informationen

- (1) Sämtliche von der Einrichtung zur Verfügung gestellten oder noch zu stellenden Informationen (Dateien und Unterlagen) sind streng vertraulich. Dies gilt in besonderem Maße für Patientendaten, soweit diese dem Informationsnehmer zur Kenntnis gelangen; eine Verbringung von nicht anonymisierten Patientendaten aus der Einrichtung ist nicht gestattet. Die einschlägigen bundes- und landesdatenschutzrechtlichen Vorschriften sind zu beachten. Einschlägige gesetzliche Bestimmungen sind auszugsweise der Erklärung beigelegt.
- (2) Die Informationen gelten dann nicht als vertrauliche Informationen, wenn und sobald sie
 - a) öffentlich zugänglich und/oder bekannt werden (ausgenommen den Fall, dass dies auf einer unmittelbar oder mittelbar durch den Informationsnehmer unter Verstoß gegen die Bedingungen dieser Vertraulichkeitserklärung erfolgten Bekanntgabe beruht) oder
 - b) dem Informationsnehmer nachweislich bereits bekannt waren.

2. Verbot der Weitergabe von vertraulichen Informationen

Die Weitergabe von vertraulichen Informationen, Dateien und Unterlagen im Sinne des Absatzes 1 (1) durch den Informationsnehmer ist nicht zulässig. Die Vertraulichkeitsverpflichtungen aus dieser Erklärung finden keine Anwendung, wenn und soweit bestimmte Informationen aufgrund einer gesetzlichen Bestimmung, eines gerichtlichen Urteils oder Beschlusses oder einer behördlichen Verfügung offenzulegen sind.

3. Nutzung von Informationen für eigene Zwecke

Dem Informationsnehmer ist es untersagt, vertrauliche Informationen im Sinne des Absatzes 1 (1) für eigene Zwecke oder für Zwecke Dritter zu nutzen.

4. Rückgabe ausgehändigter Dokumente, Löschung von Dateien

Der Informationsnehmer verpflichtet sich vorsorglich für den Fall, dass er im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens, gleich aus welchem Grund, Unterlagen und/oder Dateien im Sinne von Absatz 1 (1) erhalten hat, spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung des jeweiligen Peer-Review-Verfahrens diese Unterlagen vollständig zurückzugeben und erhaltene Dateien zu löschen. Die Rückgabepflicht gilt als erfüllt, wenn die Unterlagen bzw. Dateien vollständig vernichtet wurden und der Informationsnehmer dieses schriftlich bestätigt.

5. Informationsnehmer, die nicht der Verschwiegenheitspflicht nach § 203 StGB* unterliegen

Soweit es sich bei den vertraulichen Informationen im Sinne von Absatz 1 (1) um Patientendaten handelt, dürfen diese nur dann von dem Informationsnehmer eingesehen werden, wenn es sich um eine Person handelt, die der Verschwiegenheitspflicht nach § 203 StGB unterliegt. Ist das nicht der Fall, so ist eine Einsichtnahme in Patientendaten durch diesen Informationsnehmer unzulässig. Für diesen Fall bestätigt dieser Informationsnehmer mit Unterzeichnung der vorliegenden Erklärung, dass er im Rahmen seiner Peer-Review-Tätigkeit keinen Einblick in die Patientendaten nimmt.

_____, den _____
Ort Datum Informationsnehmer

* Anwendungsbereich des § 203 StGB:

Unter den Anwendungsbereich fallen neben den ausdrücklich aufgeführten Ärzten, womit jeder approbierte Arzt gemeint ist, auch die Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung einer Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert. Darunter fallen auch die Krankenschwester und der Krankenpfleger.

§ 43 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Bußgeldvorschriften⁴

(1) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. entgegen § 4d Abs. 1, auch in Verbindung mit § 4e Satz 2, eine Meldung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht,
2. entgegen § 4f Abs. 1 Satz 1 oder 2, jeweils auch in Verbindung mit Satz 3 und 6, einen Beauftragten für den Datenschutz nicht, nicht in der vorgeschriebenen Weise oder nicht rechtzeitig bestellt,
- 2a. entgegen § 10 Absatz 4 Satz 3 nicht gewährleistet, dass die Datenübermittlung festgestellt und überprüft werden kann,
- 2b. entgegen § 11 Absatz 2 Satz 2 einen Auftrag nicht richtig, nicht vollständig oder nicht in der vorgeschriebenen Weise erteilt oder entgegen § 11 Absatz 2 Satz 4 sich nicht vor Beginn der Datenverarbeitung von der Einhaltung der beim Auftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen überzeugt,
3. entgegen § 28 Abs. 4 Satz 2 den Betroffenen nicht, nicht richtig oder nicht rechtzeitig unterrichtet oder nicht sicherstellt, dass der Betroffene Kenntnis erhalten kann,
- 3a. entgegen § 28 Absatz 4 Satz 4 eine strengere Form verlangt,
4. entgegen § 28 Abs. 5 Satz 2 personenbezogene Daten übermittelt oder nutzt,
- 4a. entgegen § 28a Abs. 3 Satz 1 eine Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht,
5. entgegen § 29 Abs. 2 Satz 3 oder 4 die dort bezeichneten Gründe oder die Art und Weise ihrer glaubhaften Darlegung nicht aufzeichnet,
6. entgegen § 29 Abs. 3 Satz 1 personenbezogene Daten in elektronische oder gedruckte Adress-, Rufnummern-, Branchen- oder vergleichbare Verzeichnisse aufnimmt,
7. entgegen § 29 Abs. 3 Satz 2 die Übernahme von Kennzeichnungen nicht sicherstellt,
- 7a. entgegen § 29 Abs. 6 ein Auskunftsverlangen nicht richtig behandelt,
- 7b. entgegen § 29 Abs. 7 Satz 1 einen Verbraucher nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig unterrichtet,
8. entgegen § 33 Abs. 1 den Betroffenen nicht, nicht richtig oder nicht vollständig benachrichtigt,
- 8a. entgegen § 34 Absatz 1 Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 3, entgegen § 34 Absatz 1a, entgegen § 34 Absatz 2 Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 2, oder entgegen § 34 Absatz 2 Satz 5, Absatz 3 Satz 1 oder Satz 2 oder Absatz 4 Satz 1, auch in Verbindung mit Satz 2, eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder entgegen § 34 Absatz 1a Daten nicht speichert,
- 8b. entgegen § 34 Abs. 2 Satz 3 Angaben nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig übermittelt,
- 8c. entgegen § 34 Abs. 2 Satz 4 den Betroffenen nicht oder nicht rechtzeitig an die andere Stelle verweist,
9. entgegen § 35 Abs. 6 Satz 3 Daten ohne Gegendarstellung übermittelt,
10. entgegen § 38 Abs. 3 Satz 1 oder Abs. 4 Satz 1 eine Auskunft nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig erteilt oder eine Maßnahme nicht duldet oder
11. einer vollziehbaren Anordnung nach § 38 Abs. 5 Satz 1 zuwiderhandelt.

(2) Ordnungswidrig handelt, wer vorsätzlich oder fahrlässig

1. unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, erhebt oder verarbeitet,

⁴ Die bundesdatenschutzrechtlichen Bestimmungen sind hier evtl. durch die landesschutzrechtlichen zu ersetzen.

2. unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, zum Abruf mittels automatisierten Verfahrens bereithält,
3. unbefugt personenbezogene Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, abrufen oder sich oder einem anderen aus automatisierten Verarbeitungen oder nicht automatisierten Dateien verschafft,
4. die Übermittlung von personenbezogenen Daten, die nicht allgemein zugänglich sind, durch unrichtige Angaben erschleicht,
5. entgegen § 16 Abs. 4 Satz 1, § 28 Abs. 5 Satz 1, auch in Verbindung mit § 29 Abs. 4, § 39 Abs. 1 Satz 1 oder § 40 Abs. 1, die übermittelten Daten für andere Zwecke nutzt,
- 5a. entgegen § 28 Absatz 3b den Abschluss eines Vertrages von der Einwilligung des Betroffenen abhängig macht,
- 5b. entgegen § 28 Absatz 4 Satz 1 Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung verarbeitet oder nutzt,
6. entgegen § 30 Absatz 1 Satz 2, § 30a Absatz 3 Satz 3 oder § 40 Absatz 2 Satz 3 ein dort genanntes Merkmal mit einer Einzelangabe zusammenführt oder
7. entgegen § 42a Satz 1 eine Mitteilung nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig macht.

(3) Die Ordnungswidrigkeit kann im Fall des Absatzes 1 mit einer Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro, in den Fällen des Absatzes 2 mit einer Geldbuße bis zu dreihunderttausend Euro geahndet werden. Die Geldbuße soll den wirtschaftlichen Vorteil, den der Täter aus der Ordnungswidrigkeit gezogen hat, übersteigen. Reichen die in Satz 1 genannten Beträge hierfür nicht aus, so können sie überschritten werden.

§ 44 BDSG

Strafvorschriften⁵

(1) Wer eine in § 43 Abs. 2 bezeichnete vorsätzliche Handlung gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, begeht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. Antragsberechtigt sind der Betroffene, die verantwortliche Stelle, der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und die Aufsichtsbehörde

§ 203 StGB

Verletzung von Privatgeheimnissen

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,
2. Berufspsychologen mit staatlich anerkannter wissenschaftlicher Abschlußprüfung,
3. Rechtsanwalt, Patentanwalt, Notar, Verteidiger in einem gesetzlich geordneten Verfahren, Wirtschaftsprüfer, vereidigtem Buchprüfer, Steuerberater, Steuerbevollmächtigten oder Organ oder Mitglied eines Organs einer Rechtsanwalts-, Patentanwalts-, Wirtschaftsprüfungs-, Buchprüfungs- oder Steuerberatungsgesellschaft,

⁵ Die bundesdatenschutzrechtlichen Bestimmungen sind hier evtl. durch die landesschutzrechtlichen zu ersetzen.

4. Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberater sowie Berater für Suchtfragen in einer Beratungsstelle, die von einer Behörde oder Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts anerkannt ist.

4a. Mitglied oder Beauftragten einer anerkannten Beratungsstelle nach den §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes,

5. staatlich anerkanntem Sozialarbeiter oder staatlich anerkanntem Sozialpädagogen oder

6. Angehörigen eines Unternehmens der privaten Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherung oder einer privatärztlichen, steuerberaterlichen oder anwaltlichen Verrechnungsstelle

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Ebenso wird bestraft, wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Amtsträger,

2. für den öffentlichen Dienst besonders Verpflichteten,

3. Person, die Aufgaben oder Befugnisse nach dem Personalvertretungsrecht wahrnimmt,

4. Mitglied eines für ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes tätigen Untersuchungsausschusses, sonstigen Ausschusses oder Rates, das nicht selbst Mitglied des Gesetzgebungsorgans ist, oder als Hilfskraft eines solchen Ausschusses oder Rates,

5. öffentlich bestelltem Sachverständigen, der auf die gewissenhafte Erfüllung seiner Obliegenheiten auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist, oder

6. Person, die auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Geheimhaltungspflicht bei der Durchführung wissenschaftlicher Forschungsvorhaben auf Grund eines Gesetzes förmlich verpflichtet worden ist,

anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist. Einem Geheimnis im Sinne des Satzes 1 stehen Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse eines anderen gleich, die für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung erfaßt worden sind; Satz 1 ist jedoch nicht anzuwenden, soweit solche Einzelangaben anderen Behörden oder sonstigen Stellen für Aufgaben der öffentlichen Verwaltung bekanntgegeben werden und das Gesetz dies nicht untersagt.

(2a) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn ein Beauftragter für den Datenschutz unbefugt ein fremdes Geheimnis im Sinne dieser Vorschriften offenbart, das einem in den Absätzen 1 und 2 Genannten in dessen beruflicher Eigenschaft anvertraut worden oder sonst bekannt geworden ist und von dem er bei der Erfüllung seiner Aufgaben als Beauftragter für den Datenschutz Kenntnis erlangt hat.

(3) Einem in Absatz 1 Nr. 3 genannten Rechtsanwalt stehen andere Mitglieder einer Rechtsanwaltskammer gleich. Den in Absatz 1 und Satz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind. Den in Absatz 1 und den in Satz 1 und 2 Genannten steht nach dem Tod des zur Wahrung des Geheimnisses Verpflichteten ferner gleich, wer das Geheimnis von dem Verstorbenen oder aus dessen Nachlaß erlangt hat.

(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

(5) Handelt der Täter gegen Entgelt oder in der Absicht, sich oder einen anderen zu bereichern oder einen anderen zu schädigen, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe.

Einwilligungserklärung für Patienten

(Musterdokument)

Einwilligungserklärung*

Das Krankenhaus nimmt an der Qualitätssicherungsmaßnahme **[Bezeichnung der Qualitätssicherungsmaßnahme einfügen]** teil. Bei statistischen Auffälligkeiten im Vergleich zu anderen Krankenhäusern werden Ärzte anderer Krankenhäuser oder Einrichtungen zugezogen und geben Empfehlungen ab zur Steigerung der Qualität und zur Verbesserung der Behandlungsabläufe.

Ich willige ein, dass in der o. g. Qualitätssicherungsmaßnahme Ärzte anderer Krankenhäuser oder Einrichtungen Einblick in meine Behandlungsunterlagen und damit in meine persönlichen Daten nehmen können. Die Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden. Wird die Einwilligung nicht erteilt oder ganz oder teilweise widerrufen, so hat dies keine Auswirkungen auf die Behandlung in diesem Krankenhaus.

☐ Ich willige ein

☐ Ich willige nicht ein

Datum, Unterschrift des Patienten

*Diese Patienteneinwilligungserklärung wurde von IQM mit Unterstützung der Bundesärztekammer entwickelt und wird seit April 2010 in den IQM-Mitgliedskrankenhäusern eingesetzt.

Verfahrensrahmen Intensivmedizinisches Peer Review

(IMPR, Beispieldokument)

Verfahrensrahmen zum Intensivmedizinischen Peer Review

Empfohlen von der
Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)
in Kooperation mit den Ärztekammern

Hintergrund

„Peer Review“ bedeutet in der Medizin eine Konsultation eines Kollegen, der auf Augenhöhe im kollegialen Miteinander medizinische Sachverhalte analysiert und beim Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen und entsprechenden Lösungsansätzen behilflich ist. Wichtig sind die Bereitschaft, voneinander lernen zu wollen, gegenseitiger Respekt und Wertschätzung. Die Größe oder der Versorgungsauftrag der Intensivstation oder des Krankenhauses spielen hierbei keine Rolle, Stärken oder Schwächen werden in jeder Einrichtung beobachtet.

Es gibt in Deutschland mehrere intensivmedizinische Netzwerke, die sich zum Ziel gesetzt haben, die Behandlungsqualität in der Intensivmedizin dadurch zu verbessern, dass evidenzbasierte Erkenntnisse im Interesse der Patienten besser in den intensivmedizinischen Alltag transferiert werden. Als das zentrale Werkzeug hat sich in den Netzwerken in Baden-Württemberg, Hamburg und Berlin/Brandenburg ein gemeinsam entwickeltes, standardisiertes Verfahren etabliert, welches „**Intensivmedizinisches Peer Review**“ genannt wird. Als Pilotprojekt zur Qualitätssicherung in der Intensivmedizin wurde dieses Projekt über mehrere Jahre von der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) unterstützt. Bei diesem auf Freiwilligkeit beruhenden Verfahren sollen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Intensivstationen nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit und Kollegialität erhoben und bewertet werden. Ziel ist es, sich gegenseitig bei der Umsetzung von evidenten intensivmedizinischen Erkenntnissen am Krankenbett zu unterstützen und Prozesse zu optimieren. Dies beinhaltet die gegenseitige Unterstützung bei der Vermeidung von Fehlern, der Entwicklung von Konzepten zur Qualifikation von Personal, dem Erschließen von Hilfsmitteln zur optimalen Versorgung von intensivmedizinischen Patienten und zur optimalen Organisation der Prozessabläufe auf Intensivstationen.

Das standardisierte intensivmedizinische Peer-Review-Verfahren hat sich in der Praxis als sehr effektiv im Sinne der Qualitätssicherung/-verbesserung gezeigt. Als Plattform zum vertraulichen Austausch von Methoden zur Umsetzung von evidenzbasierten Prozessen im Alltag ist das Peer Review darüber hinaus als strukturiertes Verfahren der ärztlich-medizinischen Fortbildung zu bewerten. Den beteiligten Kollegen werden Techniken der internen und externen Evaluierung vermittelt.

Das Verfahren gilt es zu schützen und inhaltlich weiterzuentwickeln. Um die Nachhaltigkeit des Peer-Review-Verfahrens in Deutschland zu garantieren, müssen Institutionen vorhanden sein, die das Peer Review als ein Verfahren des klinischen Qualitätsmanagements verantwortlich unterhalten.

Dies sind

1. die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), die als Dachorganisation aller intensivmedizinischen Fachgesellschaften die zu evaluierenden intensivmedizinischen Inhalte regelmäßig aktualisiert. Hierfür existiert ein Expertengremium (Nationale Steuerungsgruppe), welches die Evidenzlage der Bewertungsinhalte prüft und redaktionell bearbeitet.
2. regionale intensivmedizinische Netzwerke (Intensivmediziner und Landesärztekammern), die das Verfahren in ihrem Geltungsbereich gemeinsam durchführen.
3. Landesärztekammern, die das Verfahren in ihrem jeweiligen Geltungsbereich organisieren.
4. die Peers, die – um das hohe Gut der Kollegialität und der fachlichen Integrität zu garantieren – neben ihrer intensivmedizinischen Qualifikation eine Qualifizierung zum Peer gemäß dem Fortbildungscurriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer durchlaufen haben.

Peers

Peers sind erfahrene Intensivmediziner und Fachpflegekräfte, die als kritische Kollegen sowohl andere Einheiten bewerten und beraten möchten, als auch in der eigenen Einrichtung durch andere Peers bewertet und beraten werden wollen.

Durch dieses Prinzip der Gegenseitigkeit der Peer Reviews lernen die Peers beide Rollen des Reviews kennen: Reviewer bzw. sich einem Review unterziehender Peer. In beiden Fällen lernt man von den Erfahrungen der Kollegen.

Voraussetzungen, um als Peer (in der Rolle als Reviewer) am intensivmedizinischen Peer-Review-Verfahren teilzunehmen sind

1. die langjährige klinische Tätigkeit als Facharzt mit der Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ in verantwortlicher Position auf einer Intensivereinheit (Chefarzt oder leitender Oberarzt)
bzw. die langjährige klinische Tätigkeit als Fachpflegekraft für Intensivmedizin
2. die Teilnahme an der Qualifizierungsmaßnahme zum Peer gemäß BÄK-Curriculum „Ärztliches Peer Review“, bestehend aus einem Selbststudium, z. B. als E-Learning-Einheit, (ca. ein halber Tag), das mit einer Lernerfolgskontrolle abgeschlossen wird, und an einer Präsenzveranstaltung (ca. anderthalb Tage), einschließlich der
3. Durchführung von zwei „Schulungs-Reviews“ (probeweise Teilnahme an Peer Reviews gemeinsam mit erfahrenem Peer).

Peer-Review-Team

Das intensivmedizinische Peer-Review-Team ist interdisziplinär und multiprofessionell zusammengesetzt und umfasst mindestens zwei ärztliche Peers und einen pflegerischen Peer (Qualifikationen s. o.). Innerhalb des Teams werden ein Teamleiter und ein Schriftführer festgelegt.

Inhalte des Bewertungsverfahrens

Intensivmedizinische Peer Reviews sind ein anerkanntes Verfahren zur Qualitätssicherung. Die medizinisch-fachlichen Inhalte des intensivmedizinischen Peer-Review-Verfahrens werden regelmäßig nach den Maßgaben der evidenzbasierten Medizin bzw. Pflege durch eine Nationale Steuerungsgruppe aktualisiert. Diese Steuerungsgruppe tagt mindestens einmal jährlich. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe gehen aus den Netzwerken in den Ländern hervor und werden von der DIVI benannt. Das Gremium soll aus insgesamt nicht mehr als zehn Personen bestehen, um arbeitsfähig zu bleiben. Die Nationale Steuerungsgruppe wählt zwei Gruppensprecher. Die Steuerungsgruppe ist der DIVI und damit den angegliederten Fachgesellschaften gegenüber verpflichtet, zumindest einmal jährlich einen Bericht zu erstatten über die aktuellen Entwicklungen und Erfordernisse des Verfahrens. Grundlage der Bearbeitung sind die Prinzipien der Evidenzbasierten Medizin. Inhaltliche Änderungen am Verfahren werden vom Präsidium der DIVI freigegeben.

Die verfahrenstechnischen Inhalte werden von der Steuerungsgruppe in Abstimmung mit der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern in diesem Verfahrensrahmen schriftlich festgelegt und regelmäßig aktualisiert. Der Verfahrensrahmen dient den Landesärztekammern als Orientierung zur Ausgestaltung ihrer Peer-Review-Verfahren vor Ort.

Organisation

Die Organisation von intensivmedizinischen Peer Reviews geschieht auf der Ebene von Bundesländern. Die jeweiligen Landesärztekammern tragen – je nach Bedarf und Anforderung durch das regionale intensivmedizinische Netzwerk – die organisatorische Verantwortung u. a. für

- Organisation und Durchführung von Peer-Qualifikationsmaßnahmen
- Verwaltung eines Pools von Peers
- Vorbereitung, Organisation und Nachbereitung von angeforderten Peer Reviews
- Qualitätssicherung der Peer Reviews
- treuhänderische Verwaltung und ggf. übergreifende Auswertung der Peer-Review-Berichte
- ggf. Benchmarkingverfahren

Verfahrensablauf

Anforderung eines Peer Reviews:

Die Intensiveinrichtung eines Krankenhauses fordert bei Bedarf nach Absprache mit der eigenen Geschäftsleitung sowie ihrer ärztlichen und pflegerischen Leitung ein **intensivmedizinisches Peer Review** bei dem koordinierenden Mitarbeiter der jeweiligen Landesärztekammer an und benennt selbst die ärztlichen und pflegerischen Ansprechpartner der Intensivstation. Nach Anforderung eines Peer Reviews durch eine intensivmedizinische Einrichtung plant und organisiert der Koordinator der Landesärztekammer das Peer Review. Dazu können u. a. gehören:

- Zusammenstellung des Peer-Review-Teams, bestehend aus zwei ärztlichen Peers, einem pflegerischen Peer. Optional nimmt ein ärztlicher Vertreter der Landesärztekammer als Evaluierungsexperte teil.
- Terminvereinbarung
- Informationsblatt an die Geschäftsleitung des zu besuchenden Krankenhauses. Hierin wird das Verfahren erläutert und auf Vertraulichkeit und Datenschutz hingewiesen.
- Information der zu besuchenden Abteilung über Ziel, Ablauf, Verfahrensregeln, Datenschutz usw.
- Versand der Dokumente (Selbstbewertungsbogen, bettseitiger Erhebungsbogen, Feedbackbögen, Vertraulichkeitserklärung, Zustimmungserklärung der Klinikleitung zum Peer Review, Einwilligungserklärung, die Ergebnisse des Reviews in anonymisierter Form der DIVI zur Auswertung zur Verfügung stellen etc.)
- Empfehlung, mit der zuständigen Abteilung für Hygiene, dem Qualitätsmanagement oder anderen Einrichtungen Kontakt zu halten, um ggf. offene Fragen zu klären.
- Zeitlicher Ablaufplan zur Unterstützung bei der Durchführung
- Nachbereitung
- Qualitätssicherung (Evaluation) und übergreifende Auswertung der Ergebnisse der Peer Reviews

Das intensivmedizinische Peer Review basiert auf Freiwilligkeit, d. h. sowohl die visitierte Einrichtung als auch der Peer Reviewer können ohne Nennung von Gründen ein Review ablehnen. Da die intensivmedizinischen Peer Reviews in vertrauensvoller und kollegialer Atmosphäre stattfinden, ist es von Bedeutung, dass ein Vertrauensverhältnis der Beteiligten besteht.

Das intensivmedizinische Peer-Review-Verfahren basiert außerdem auf Gegenseitigkeit, d. h. die Einrichtung, die visitiert wird, sollte auch Peers aus dem eigenen Hause die Möglichkeit geben, Reviews in anderen Krankenhäusern durchzuführen. Hierbei sollte es regelmäßig keine bilateralen Gegen-Reviews geben.

Selbstbewertung:

Nach Anforderung eines Peer Reviews wird dem Leiter der anfordernden Intensiveinrichtung ein standardisierter Fragebogen zur Selbstbewertung zugesandt, der 52 Fragen zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Station beinhaltet. Es werden keinerlei personenbezogene Daten erhoben. Auf jede Frage gibt es die Antwortmöglichkeit:

- Trifft nicht zu (wird als Kategorie 1 bezeichnet)
- In sichtbarer Planung/Umsetzung (wird als Kategorie 2 bezeichnet)
- Trifft teilweise zu (wird als Kategorie 3 bezeichnet)
- Trifft zu (wird als Kategorie 4 bezeichnet)

Die Verantwortlichen der Station führen anhand des 52-Fragen-Bogens zunächst vor der Durchführung des Reviews eine Selbstbewertung durch. Dieser Fragebogen wird aus-

schließlich in der anfordernden Intensiveinrichtung aufbewahrt und wird am Review-Tag mit der Fremdbewertung abgeglichen (s. u.). Die Selbstbewertung sollte aus Datenschutzgründen nicht an Dritte verschickt werden. Es ist vorgesehen, dass die Ergebnisse der Selbstbewertung beim Peer Review (s. u.) den Reviewern vorliegen, um beim Abgleich mit der Fremdbewertung schnell auf diskrepante Antworten oder auf Inhalte, die nicht zutreffen oder zu Verständnisproblemen führen, zu stoßen. Zu diesem Zwecke hat es sich bewährt, dass die verantwortlichen Personen auf der zu besuchenden Station gemeinsam die Selbstbewertung auf **einem** Bogen vornehmen. Die Selbstbewertungsbögen können entweder in Kopie an die Ärztekammer geschickt werden, um sie vor dem Peer-Review-Tag den Reviewern zukommen zu lassen, oder aber sie werden zu Beginn des Peer Reviews den Reviewern in Kopie ausgehändigt.

Peer Review Tag:

Der Tag des Reviews gliedert sich in folgende Bestandteile:

- Treffen des Peer-Review-Teams
- Vorstellungsrunde
- Fremdbewertung 1 (52-Fragen-Bogen)
- Fremdbewertung 2 (Begehung der Station und bettseitige Erhebung der acht Qualitätsindikatoren)
- Besprechung des Peer-Review-Teams
- Kollegialer Dialog
- Feedback 1

Treffen des Peer-Review-Teams und Vorstellungsrunde

Die reviewenden Peers treffen zum vereinbarten Zeitpunkt auf der zu bewertenden Intensivstation ein und verteilen die Rollen des Teamleiters und des Schriftführers. Die Durchführung des Reviews wird vom Teamleiter moderiert. Die Vertraulichkeitserklärungen müssen vorliegen und nach der Vorstellung von allen Teilnehmern unterzeichnet werden. Nach der Vorstellung einigen sich alle Teilnehmer, in welcher Reihenfolge die Module Fremdbewertung 1 und Fremdbewertung 2 durchgeführt werden sollen. Es haben sich bislang beide Reihenfolgen bewährt. In jedem Fall finden nach den Fremdbewertungen die Besprechung des Peer-Review-Teams und anschließend der kollegiale Dialog statt.

Fremdbewertung 1 (52-Fragen-Bogen)

Die Reviewer arbeiten gemeinsam in Form eines Interviews mit den verantwortlichen Ärzten und Pflegekräften der Intensiveinheit den gleichen 52-Fragen-Bogen durch, der zuvor Grundlage der Selbstbewertung war und evaluieren nun aus der Perspektive der Reviewer den Erreichungsgrad der Fragen. (Ausgenommen sind hierbei die im 52-Fragen-Bogen enthaltenen acht Qualitätsindikatoren, die erst anschließend auf Station mit dem bettseitigen Erhebungsbogen bewertet werden.) Die Fragen sind hierbei der Leitfaden für die Reviewer und die besuchten Kollegen. Das Ergebnis der Fremdbewertung wird mit dem Ergebnis der Selbstbewertung auf Abweichungen hin verglichen. Diese Abweichungen werden dokumentiert und sind hauptsächlich Gegenstand des sich anschließenden kollegialen Dialogs. Es ist im Sinne des Zeitmanagements nicht sinnvoll, die einheitlich mit vier (trifft zu) beantworteten

Fragen zu diskutieren. Beim kollegialen Dialog geht es vielmehr darum, die Fragen, die nicht einheitlich bewertet werden (hierbei handelt es sich nach ersten Erfahrungen um ca. 15 % der Fragen), oder die Fragen, die mit weniger als vier Punkten bewertet werden, zu eruieren und Lösungen zu diskutieren bzw. Erfahrungen über das zugrunde liegende Problem auszutauschen. **(Dauer ca. bis zu 3 Stunden)**.

Fremdbewertung 2 (Begehung der Station und bettseitige Erhebung der 8 Qualitätsindikatoren)

Anschließend wird die Station gemeinsam besichtigt. Hierbei wird bettseitig anhand des bettseitigen Erhebungsbogens (mitgeltendes Dokument: acht der zehn evidenzbasierten Qualitätsindikatoren) evaluiert und in nicht personenbeziehbarer Form dokumentiert, inwieweit die zuvor besprochenen evidenzbasierten Prozesse im Alltag umgesetzt werden. An jedem Behandlungsbett werden diese acht Qualitätsindikatoren gemeinsam durchgesprochen. Die Reviewer lassen sich hierbei von den Ärzten und Pflegekräften bettseitig erläutern, wie die Prozesse konkret umgesetzt wurden und dokumentiert sind. Hierbei lassen sich die Reviewer auf Nachfrage Auszüge aus der Kurvendokumentation zeigen, es werden z. B. Eingaben von Zielwerten bei der Behandlung oder die Verfahren des Monitoring und die Umsetzung von Therapiestandards verfolgt. Dies geschieht, indem das Personal der Intensivstation die erfragten Inhalte den Reviewern direkt in der Kurve demonstrieren. Der behandelnde/gastgebende Intensivmediziner ist verantwortlich dafür, dass die datenschutzrechtlichen Belange und die ärztliche Schweigepflicht gewahrt bleiben. Bei der Umsetzung der bettseitigen Fremdbewertung können unter Berücksichtigung der Belange des **Datenschutzes** verschiedene Praktiken zur Anwendung kommen. Beispiele sind im Absatz „Datenschutz“ als Leitfaden zusammengestellt. **(Dauer ca. bis zu 2 Stunden)**.

Besprechung des Peer-Review-Teams

Die Reviewer ziehen sich zurück, um sich intern auf ein einheitliches Ergebnis der Fremdbewertung und bettseitigen Begehung zu verständigen. Hierbei wird das Ergebnis der bettseitigen Fremdbewertung in den 52-Fragen-Bogen zusammenfassend eingetragen. Das Peer-Review-Team bereitet sich auf das Abschlussgespräch (kollegialer Dialog) vor, in dem u. a. die anzusprechenden Punkte für die SWOT-Analyse festgelegt werden. **(Dauer ca. 1 bis 1,5 Stunden)**

Kollegialer Dialog

- a) Feedback: Das Peer-Review-Team gibt der Abteilung das Ergebnis seiner Fremdbewertung in Form einer SWOT-Analyse (Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken) bekannt.
- b) Kollegialer Dialog: Auf Basis der SWOT-Analyse und des Abgleichergebnisses von Selbst- und Fremdbewertung wird der kollegiale Dialog geführt. Ziel dieses auf Vertrauen beruhenden Austausches ist es, für die identifizierten Verbesserungspotenziale gemeinsam Qualitätsziele, mögliche Lösungsansätze und Maßnahmen zu erarbeiten. Voraussetzung ist hierbei eine vertrauensvolle Atmosphäre und die Bereitschaft, voneinander lernen zu wollen. Die gemeinsam erarbeiteten Verbesserungsvorschläge (Qualitätsziele, Maßnahmen inkl. Fristen und Verantwortlichkeiten) werden vom Review-Team protokolliert.

- c) Die Reviewer stellen den visitierten Peers die Frage, ob das Review Fragen offen gelassen hat, ob die Bewertung nach gegenwärtigem Ermessen vollständig ist und weitere Inhalte angesprochen werden sollen. **(Dauer ca. 1 bis 1,5 Stunden).**

Beim ersten und dritten Teil kann die Anwesenheit eines ärztlichen Vertreters der jeweiligen Landesärztekammer sinnvoll sein. Beim zweiten Teil wird aus Gründen des Datenschutzes die Teilnahme von Vertretern, die nicht intensivmedizinisch tätig sind, nicht empfohlen.

Feedback 1 der besuchten Intensivereinheit an das Peer-Review-Team

Die besuchte Einrichtung erhält die Möglichkeit, im Anschluss an das Review, dem Peer-Review-Team und der Landesärztekammer mittels des Feedbackbogens 1 eine Rückmeldung zum Review zu geben.

Erstellung des Peer-Review-Berichts:

Der Teamleiter erstellt abschließend den Peer-Review-Bericht entsprechend der vorgegebenen standardisierten Vorlage. Grundlage dafür sind die ausgefüllten nicht personenbezogenen Fragebögen der Fremdbewertung, die Ergebnisse der Begehung und des kollegialen Dialogs. Die zum Zweck der Durchführung des Peer Reviews verwendeten Fragebögen werden nach der Berichterstellung vom Teamleiter nach den Regeln des Datenschutzes vernichtet.

Der Peer-Review-Bericht wird ausschließlich dem Leiter der anfordernden Einrichtung per Post zugestellt und ist nur zum internen Gebrauch gedacht. Der leitende Arzt der anfordernden Einrichtung verantwortet den ordnungsgemäßen Umgang mit dem Bericht, d. h. keine Weitergabe an nicht beteiligte bzw. nicht berechnigte Personen und andererseits Weitergabe bzw. Diskussion mit dem Kollegium und der jeweiligen Krankenhausgeschäftsleitung, um die Umsetzung möglicher Konsequenzen aus dem Peer-Review-Bericht zu planen. Personenbezogene Daten sind nicht im Bericht enthalten und werden auch nicht an Dritte weitergegeben.

Es ist im Sinne des Verfahrens, dass der Leiter der Einrichtung den intensivmedizinischen Peer-Review-Bericht mit der Krankenhausleitung/Geschäftsführung bespricht bzw. den Bericht zur gemeinsamen Bearbeitung weiterleitet.

Zum Zwecke der qualitätsverbessernden Maßnahmen sollten die Inhalte des Peer-Review-Berichts den krankenhausinternen Institutionen/Personen zur Verfügung stehen, die ggf. Konsequenzen ziehen können. Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Intensivmedizin im gegebenen Kontext des Krankenhauses stehen hierbei im Vordergrund.

Feedback 2 der besuchten Abteilung

Ungefähr sechs Monate nach dem Review erhält die besuchte Einrichtung nochmals einen Feedbackbogen, in dem u. a. auch über den Stand der eingeleiteten Maßnahmen berichtet werden kann.

Datenschutz

Vor Beginn des Reviews wird von allen Mitgliedern des Peer-Review-Teams und den Teilnehmer seitens der besuchten Abteilung eine Vertraulichkeitserklärung in zweifacher Ausführung unterzeichnet. Je ein Original wird der angeforderten Klinik ausgehändigt und ein Original an die Landesärztekammer übersandt.

In Vorbereitung bzw. während der **bettseitigen Fremdbewertung** sind folgende Praktiken anwendbar:

Einwilligung durch Patient oder Betreuer; ist jedoch meist nicht praktikabel, da der Aufwand sehr hoch und oftmals nicht planbar ist, welche Patienten am Tag des Reviews anwesend sind. Wenn Qualitätssicherung als Inhalt von Datenverarbeitung im jeweiligen Landeskrankenhausgesetz verankert ist, ist die Einwilligung durch den Patienten oder Vertreter nicht erforderlich.

- a) Die Krankenakte sollte nicht aus der Hand des behandelnden Personals gegeben werden.
- b) Die Kopfzeile bzw. der Teil der Akte, der einen Hinweis auf die Identität des Patienten gibt, sollte abgedeckt sein.
- c) Es können Auszüge ohne Personenbezugsmöglichkeit aus der Krankenakte kopiert werden.
- d) Der Reviewer kann Qualitätsindikatoren abfragen und eine mündliche Antwort erhalten (z. B. eines Messwertes oder einfach „ja“ oder „nein“).

Datennutzung

Es werden während des gesamten Peer Reviews keinerlei personenbezogene Daten erhoben oder gesammelt. Es werden keine einrichtungsbezogenen Daten an Dritte weitergeleitet. Jegliche Auswertung der gewonnenen Daten bedarf der Zustimmung der Leitung der betroffenen intensivmedizinischen Einrichtung. Eine personen- oder einrichtungsbeziehbare Auswertung ist ausgeschlossen. Der Ergebnisbericht des Reviews wird – bei vorliegender Zustimmung der Klinikleitung – in anonymisierter Form von der DIVI ausgewertet.

Finanzierung und Bescheinigung

Ein Peer sollte das Peer Review als Bestandteil seiner ärztlichen oder pflegerischen Tätigkeit sehen, d. h. dass es kein Berufsbild des Peers gibt. Es wird den beteiligten Einrichtungen empfohlen, den Peers die Reviews als Arbeitszeit zu bewerten, d. h. ggf. Dienstreisen zu genehmigen. Damit sind die Vergütung der Arbeitszeit und versicherungsrechtliche Fragen geregelt.

Kosten entstehen ggf. durch die Fahrtkostenerstattung und ggf. durch die Erstellung des Peer-Review-Berichts durch die Reviewer und bewegen sich ausschließlich im Rahmen der Aufwandsentschädigung der Peers. Sofern von einer Landesärztekammer in deren Zuständigkeitsbereich keine andere Regelung zur Finanzierung festgelegt wird, werden die entstehenden Kosten eines intensivmedizinischen Peer Reviews von der anfordernden Einrichtung getragen.

Das Peer Review wird von den Ärztekammern als Fortbildung anerkannt und pauschal mit zehn CME-Punkten der Kategorie C für einen Review-Tag für die Reviewer und die besuchten Ärzte bewertet.

Die Ärztekammer bescheinigt der ein Peer Review anfordernden Intensiveinrichtung, dass sie aktiv an der Qualitätssicherung für Intensivstationen teilnimmt. Diese Teilnahmebescheinigung ist geeignet, um an exponierter Stelle auf der Intensiveinrichtung platziert zu werden. Fordert eine Einrichtung nicht binnen drei Jahren ein erneutes intensivmedizinisches Peer Review an oder beteiligt sich aus dieser Einrichtung kein ärztlicher oder pflegerischer Kollege aktiv am intensivmedizinischen Peer-Review-Verfahren, kann die Landesärztekammer die Intensiveinheit auffordern, die Bescheinigung nicht mehr zu verwenden.

Das intensivmedizinische Peer-Review-Verfahren ist ein dynamisches System, welches zum gegenseitigen Lernen animiert und auf kollegiale Weise der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung dient.

Evaluation

Die intensivmedizinische Einrichtung gibt dem Peer-Review-Team direkt nach dem Peer Review ein Feedback mittels Feedbackbogen 1 sowie sechs Monate später mittels Feedbackbogen 2. Beide ausgefüllten Feedbackbögen werden an die Landesärztekammer zurückgesandt, die diese dann auswertet. Optional kann auch der begleitende Vertreter der Landesärztekammer dem Peer-Review-Team mittels des Feedbackbogens 3 ein Feedback am Review-Tag geben.

Benchmarkingskizze

Sollte der Leiter der intensivmedizinischen Einrichtung der anonymen Auswertung der im Peer-Review-Bericht generierten Daten durch die jeweilige Ärztekammer bzw. der DIVI zustimmen, speichert der schriffthaltende Peer eines Peer Reviews den Bericht ohne Nennung der betroffenen Einrichtung, d. h. alle Textbestandteile, die die Zuordnung des Berichts zur Klinik ermöglichen, werden entfernt. Der anonyme Bericht wird am Ende eines Quartals/Halbjahres dem verantwortlichen Treuhänder bei der Landesärztekammer zugesandt. Die nationale Steuerungsgruppe darf im Auftrage der DIVI aus den gesammelten Peer-Review-Berichten einen Bericht über die Intensivstationen des Landes bzw. bundesweit zum Zwecke der Qualitätssicherung herausgeben. Die beteiligten Intensivstationen können sich auf diese Weise selbst mit dem Qualitätsbericht der Landesärztekammer vergleichen.

Selbst-/Fremdbewertungsbogen

(IMPR, Beispieldokument)

Klinik:	Bereich/Station:	Reviewer:
Datum:	Ansprechpartner:	

Frage/Überprüfung				Anmerkungen / Fragen / Kommentare
Bewertung: 1 = trifft nicht zu 2 = in sichtbarer Planung/Umsetzung 3 = trifft teilweise zu 4 = trifft zu				
I. Grundlagen und Organisation der Intensivstation				
	Strukturqualität (...ist vorhanden ☐)	Prozessqualität (...ist im Alltag umgesetzt bzw. ist bekannt und etab- liert ☐)	Ergebnisqualität	
1. Definition der Intensivstation Beschreibung / Charakterisierung der Station / Qualitätshandbuch / Organigramm / Ge- schäftsordnung	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
2. Standardisierung medizinische SOPs Pflegestandards Standardausstattung pro Bettplatz	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		

INTENSIVMEDIZINISCHES PEER REVIEW

	Strukturqualität (...ist vorhanden ☐)	Prozessqualität (...ist im Alltag umgesetzt bzw. ist bekannt und etab- liert ☐)	Ergebnisqualität	
3. Verantwortlichkeiten Personalmanagement, Mentoren Fortbildung / Einarbeitung, Hygiene / Infektionsschutz, Medikamente, Hämotherapie, Transplantation, Ethik / Dokumentation, Datenschutz, Gefahrenstoff, Gerätebeauftragter, Strahlenschutz, Brandschutz / Katastrophenschutz	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
4. Geräte / MPG Es gibt Inventarlisten, Investitionsliste, War- tungslisten, STK, Einweisungslisten, Listen der Einweisungsberechtigten	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
5. Medikamente, Blutprodukte Bestandsliste / Vorratsliste- Haltbarkeitskontrolle / einheitliche Farbkenn- zeichnung	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
Liste für Interferenzen und Verträglichkeiten / Blutprodukte- und Chargen-dokumentation /	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
Adäquate Lagerung von Medikamenten / BTM und Blutprodukten	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
6. Hygiene Infektionsschutz, Hygienerichtlinie, Aufbereitungs- und Reini- gungspläne	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		

INTENSIVMEDIZINISCHES PEER REVIEW

	Strukturqualität (...ist vorhanden ☐)	Prozessqualität (...ist im Alltag umgesetzt bzw. ist bekannt und etab- liert ☐)	Ergebnisqualität	
7. Mikrobiologie, Resistenzstatistik, Isolationsverfahren, mikro- biologische Visiten, Befunddokumentation	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
8. Ethik Ethikkomitee/-visite, SOP bzw. Checkliste über EOLD-Prozess, Seelsorge oder Krisenintervention	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
9. Hirntod, Transplantation SOP-Hirntoddiagnostik, Regelung Organentnahme, Organspender- identifizierung	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		Zahl d. Organ- spenden pro Jahr (Angabe aus den letzten 3 Jahren)
10. Dokumentation Einheitlich Patientendokumentation, definierter Befundlauf / Dokumentation, Hand- zeichen-Regelung, DRG-Dokumentation geregelt	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
Meldepflichten geregelt, Datenschutz- bestimmungen geregelt, Aufklärung (z. B. Blutprodukte / invasive Maßnahmen)	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
11. Besonderes und Seltenes Regelung bei besonderen Vorkomm-nissen Nadelstichverletzungen, Evakuierungsplan, Katastrophenplan, Katastrophenübungen	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		

II. Mitarbeiter				
	Strukturqualität (...ist vorhanden ☐)	Prozessqualität (...ist im Alltag umgesetzt bzw. ist bekannt und etabliert ☐)	Ergebnisqualität	
1. Personalmanagement (ärztlich, pflegerisch) Dienstpläne, Urlaubspläne, Weiterbildungspläne	Ä 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ P 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
2. Personalbesetzung Die 24-stündige, qualifizierte Besetzung der Station jederzeit ist gewährleistet (intensiv- medizinisch erfahrene Präsenz): - ärztlich (Facharzt) und - pflegerisch (Fachweiterbildung) Zusatzbezeichnung Intensivmedizin vorhanden (Itd Personal) ☐ % von Gesamt VK (Arzt) % von Gesamt VK (Pfege) Definiertes Verhältnis (Ist): Pfleger – Patient: Arzt – Patient: Pflegeaufwand wird dokumentiert (z. B. TISS, LEP, NEMS, ...)	Ä 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ P 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Ja / Nein % % 1 : 1 : Ja/nein	Ä 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ P 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Ja / Nein % % 1 : 1 : Ja/nein		
3. Ansprechpartner Zuständigkeiten geregelt, Erreichbarkeiten geregelt, Konsil-Ansprechpartner geregelt, Auskunft ist geregelt, Namensschilder	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		

INTENSIVMEDIZINISCHES PEER REVIEW

4. Teamentwicklung, protokollierte Stationsbesprechungen Supervisionen, Krisenintervention, Fallbesprechungen	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
5. Ausbildung (ärztlich, pflegerisch) Einarbeitungskonzept / Ordner, Mentoren, Unterweisungen (Arbeitsschutz, Hygiene, MPG)	Ä 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ P 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
6. Fehlerkultur M&M-Konferenzen (interdisziplinär und multiprofessionell), CIRS	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
III. Patient/Angehörige				
	Strukturqualität (...ist vorhanden ☐)	Prozessqualität (...ist im Alltag umgesetzt bzw. ist bekannt und etabliert ☐)	Ergebnisqualität	
1. Visiten, Ziele Gemeinsame Visite Arzt und Pflege am Bett	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
täglich Visite durch erfahrenen Facharzt / Fachpflege, gemeinsame Tagesziele festgelegt	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
2. Patientensicherheit Interdisziplinäre Planung und Dokumentation der Therapiekonzepte und Therapieziele	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
3. Aufklärung, Information Schriftliche Aufklärungen Patient / Angehörige, Informationsmaterial	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		

INTENSIVMEDIZINISCHES PEER REVIEW

	Strukturqualität (...ist vorhanden ☐)	Prozessqualität (...ist im Alltag umgesetzt bzw. ist bekannt und etabliert ☐)	Ergebnisqualität	
Betreuungsregelung bei Nichteinwilligungsfähigkeit, Einrichtung Eilbetreuung geregelt	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
Verfahren zum Patientenwillen festgelegt, SOP zu Evaluation des (mutmaßlichen) Patientenwillens	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
4. Freiheitsentzug Verfahren für freiheitsentziehende Maßnahmen	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
5. Scoring Analgesie Sedierung Delir	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
6. Regelungen Besucherregelungen, Informationsregelungen/-fluss, schriftliche Festlegungen / Vereinbarungen, Ansprechpartner	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
7. Patientenintegrität Festlegungen zur Patientenorientierung (Musik, Medien, eigene Gegenstände, Ruhezeiten), Regelung zu eigenen Gegenständen / Wertsachenregelung	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
8. Seelsorge, Krisenintervention	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		
9. Mobilisation Mobilisationskonzepte liegen vor Physiotherapie ist geregelt Anzahl der Physiotherapeutenkräfte in Stellenanteil (VK zuständig für ITS)	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐		

IV. Qualitätsindikatoren			
A. Hauptindikatoren			
<i>*Hinweis für die Fremdbewertung durch die Peers: 1. - 8. werden bei der bettseitigen Begehung erhoben, das zusammen- gefasste Ergebnis dann hier eingetragen</i>	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
1. Tägliche multiprofessionelle, klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen*	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
2. Monitoring von Sedierung, Analgesie und Delir*	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
3. Protektive Beatmung*	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
4. Weaning und andere Maßnahmen zur Vermeidung von ventilatorassoziierten Pneumonien*	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
5. Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie*	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
6. Therapeutische Hypothermie nach Herzstillstand*	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
7. Frühe enterale Ernährung*	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
8. Dokumentation von strukturierten Angehörigengesprächen*	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
9. Händedesinfektionsmittelverbrauch (BQS-Indikator 2010)			1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

INTENSIVMEDIZINISCHES PEER REVIEW

	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
10. Leitung der Intensivstation durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der keine anderen klinischen Aufgaben hat, Präsenz eines Facharztes mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin in der Kernarbeitszeit und Gewährleistung der Präsenz von intensivmedizinisch erfahrenem ärztlichen und pflegerischen Personal über 24h	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
B. Weitere Indikatoren			
	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
1. Einhaltung von Leitlinienvorgaben (je nach Fachgebiet)		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
2. Regelmäßige Evaluation der Pflegestandards (SOPs)		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
C. Qualitätsziele			
Zielwerte selbst definiert:			
	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
1. Qualitätsziele liegen vor		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
2. Qualitätsziele werden dokumentiert und bewertet		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	

V. Controlling / Reporting / Berichtswesen			
	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
1. Resistenzstatistik/Statistik über nosokomiale Infektionen (Lunge, Wunde, Katheter, Harnweg, evtl. KISS)		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
2. Kerndatensatz Intensivmedizin		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
3. Wiederaufnahmerate (48 bzw. 72 Stunden)		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
4. Pflegeaufwand (z. B. TISS, LEP usw.)		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
5. Beatmungspatienten (Std./Tage)		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
6. CRRT/IRRT (Std./Tage)		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
7. Mortalität		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
8. Durchführung Fallbesprechungen		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
9. Nutzung CIRS		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
10. Zufriedenheit Patienten/Angehörige		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
11. Mitarbeiterzufriedenheit		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
12. Selbst gewählte Statistik		1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	

Abkürzungsverzeichnis

CIRS	Critical Incident Reporting System
CRRT/IRRT	Continuous Renal Replacement Therapy/Intermittent Renal Replacement Therapy
DRG	Diagnosis Related Groups
EOLD	End of Life Decisions
LEP	Leistungserfassung Pflege
M&M	Morbidity & Mortality
MPG	Medizinproduktegesetz
SOP	Standard Operating Procedure (Verfahrensanleitung)
STK	Sicherheitstechnische Kontrolle
TISS	Therapeutic Interventionell Scoring System
VK	Vollkräfte

Bewertungshilfe (vor allem bei Kriterien, die mehrere Teilaspekte subsumieren):

≤ 10%	aller Teilaspekte = trifft nicht zu	1
≥ 10%-50%	aller Teilaspekte = in sichtbarer Planung/Umsetzung	2
≥ 50%-90%	aller Teilaspekte = trifft teilweise zu	3
≥ 90%	aller Teilaspekte = trifft zu	4

Bettseitiger Erhebungsbogen (IMPR, Beispieldokument)**Bettseitiger Erhebungsbogen**

Datum:

Einrichtung:

Bettplatz

Bundle	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht
	belegt ☐ Pat beatmet ☐	belegt ☐ Pat beatmet ☐	belegt ☐ Pat beatmet ☐
Strukturierte Tagesziele	ja ☐ nein ☐		
Monitoring Analgesie/Sedierung/Delir	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
Lungenprotektive Beatmung	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
a) Weaning b) VAP-Bundle	a) ja ☐ nein ☐ entfällt ☐ b) ja ☐ nein ☐ entfällt ☐		
Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie	ja ☐ nein ☐ entfällt ☐		
Hypothermie nach Reanimation	ja ☐ nein ☐ entfällt ☐		
Frühzeitige enterale Ernährung	ja ☐ nein ☐		
Dokumentation strukturiertes Angehörigengespräch	ja ☐ nein ☐ entfällt ☐		

Bettplatz

Bundle	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht
	belegt ☐ Pat beatmet ☐	belegt ☐ Pat beatmet ☐	belegt ☐ Pat beatmet ☐
Strukturierte Tagesziele	ja ☐ nein ☐		
Monitoring Analgesie/Sedierung/Delir	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
Lungenprotektive Beatmung	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
a) Weaning b) VAP-Bundle	a) ja ☐ nein ☐ entfällt ☐ b) ja ☐ nein ☐ entfällt ☐		
Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie	ja ☐ nein ☐ entfällt ☐		
Hypothermie nach Reanimation	ja ☐ nein ☐ entfällt ☐		
Frühzeitige enterale Ernährung	ja ☐ nein ☐		
Dokumentation strukturiertes Angehörigengespräch	ja ☐ nein ☐ entfällt ☐		

Bettplatz

Bundle	Frühschicht	Spätschicht	Nachtschicht
	belegt ☐ Pat beatmet ☐	belegt ☐ Pat beatmet ☐	belegt ☐ Pat beatmet ☐
Strukturierte Tagesziele	ja ☐ nein ☐		
Monitoring Analgesie/Sedierung/Delir	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
Lungenprotektive Beatmung	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐	ja ☐ nein ☐
a) Weaning b) VAP-Bundle	a) ja ☐ nein ☐ entfällt ☐ b) ja ☐ nein ☐ entfällt ☐		
Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie	ja ☐ nein ☐ entfällt ☐		
Hypothermie nach Reanimation	ja ☐ nein ☐ entfällt ☐		
Frühzeitige enterale Ernährung	ja ☐ nein ☐		
Dokumentation strukturiertes Angehörigengespräch	ja ☐ nein ☐ entfällt ☐		

Analysekriterien für die Selbst-/Fremdbewertung

(IQM, Beispieldokument)

ANALYSEKRITERIEN PEER-REVIEW-VERFAHREN

Diagnostik adäquat und zeitgerecht?

präoperativ?
postoperativ?

Behandlung adäquat und zeitgerecht?

intraoperativ (S/N)?
postoperativ?

Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?

Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie inhaltlich angemessen?

Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie rechtzeitig?

War das Komplikationsmanagement medizinisch korrekt?

inhaltlich logisch?
zeitlicher Verlauf?

Wurden allgemeine Behandlungsleitlinien berücksichtigt?

Wurden interne Standards angewendet?

War die Dokumentation umfassend und schlüssig?

Aufklärung zur
OP/Intervention?
Behandlungsverlauf?
Therapieentscheidungen?
OP Bericht und Verlegungs-
berichte?
Arztbrief inhaltlich logisch?

Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?

präoperativ?
postoperativ?

Kontrollen der Behandlungsverläufe durch CA/OA erfolgt und dokumentiert?

War die Kommunikation innerhalb der Abteilung umfassend?

Übergabebesprechung?
Übertragen von konkreten
Aufgaben?

War die Kommunikation mit der Pflege umfassend?

Anordnungen zeitnah durch-
geführt?
Auf Anforderungen der Pflege
zeitnah reagiert?

Wurden Angehörige zeitnah informiert?

Peer-Review-Berichte

PROTOKOLL PEER-REVIEW-VERFAHREN (IQM)

(Beispiel – gelb markiert – löschen und/oder überschreiben)

((Fachabteilung, Datum))

Peer-Team: ((Namen aller Peers))

In das Peer-Review-Verfahren wurden Krankheitsverläufe von Patienten einbezogen, die folgende Bedingungen erfüllten:

((Tracer))

z. B. länger als 24 h beatmet, verstorben und entlassende Station

Die Bewertung und Einstufung des gesamten Behandlungsprozesses erfolgte nach den Einstufungskriterien des IQM Peer-Review-Verfahrens:

- 1) Optimierung möglich
- 2) Es lagen Fehler in der Kodierung vor
- 3) Diagnostik, Behandlung und Dokumentation waren nicht zu verbessern

Das Optimierungspotenzial beschreibt vor allem die Treffsicherheit der Auswahlparameter der Fälle und ist nur begrenzt ein Parameter für die Qualität einer Struktur oder Abteilung.

Insgesamt wurden ((Anzahl der tatsächlich vorhandenen Fälle)) von ((Anzahl der Fälle laut Fall-liste)) Krankenakten nach folgenden Kriterien untersucht:

- **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?**

Die Einstufung durch die Peers erfolgte in jedem Falle einstimmig. (Anzahl) Akten waren vorhanden und waren von der Abteilung vorbereitet und durchgearbeitet. Die Ergebnisse wurden dann mit den CÄ der Abteilung ((Namen)) sowie dem Ärztlichen Direktor ((Name)) und dem Geschäftsführer (Name)) ausführlich diskutiert.

Das Optimierungspotenzial lag summarisch bei ((??%)) (x von y vorliegenden Akten) bzw. bei ((??%)) wenn die ((Anzahl)) fehlende(n) Akte(n) (x von y Akten der Fallliste) einbezogen sind.

Vorschläge zur Optimierung wurden dargestellt und aufgenommen.

Ergebnisse des Peer-Review-Verfahrens: (Anzahl der Fälle pro Kategorie)

*	Kat.	Peer-Team	Abteilung
Optimierungspotenzial (Kategorie 1a + Kategorie 1b / Anzahl der Fälle)			
sicher	1a		
vermutet	1b		
Kodierungsfehler	2		
Keine Verbesserungen	3		
Summe			

* Fehlende Akten werden als Verbesserungspotenzial, fehlende Selbstbewertungsbögen als keine Übereinstimmung gewertet.

Die Übereinstimmung in der Bewertung der einzelnen Fälle der Beurteilung des Peer-Teams mit der Selbsteinschätzung des Hauses betrug ((%-Zahl eintragen))

Die Analyse der Akten ergab folgendes Optimierungspotenzial, die Lösungsvorschläge wurden gemeinsam erarbeitet:

Platz für allgemeine Anmerkungen zum Peer-Review-Verfahren:

- 1. Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht**
(präoperativ/intraoperativ/postoperativ, diagnostische Maßnahmen, konservative Therapie/Interventionen)

(Beispiel löschen und/oder überschreiben)

- a. aufgefallene Probleme, z. B. Differentialdiagnostik und Differentialtherapie hämodynamischer Störungen nicht ausreichend
- b. ...

Lösungsvorschlag: Echokardiografie als Bed-side-Diagnostik einführen

- 2. Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt**
(Existieren Arbeitsdiagnosen, Problemerkennung/-lösung zeitnah)

- a. ...
- b. ...

Lösungsvorschlag:

- a. ...
- b. ...

- 3. Indikation zur OP/Intervention/Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig**
(Schnittstellenprobleme, Komplikationsmanagement, Management Risikopatient)

Lösungsvorschlag:

- 4. Behandlungsleitlinien/Standards (berücksichtigt?)**
(Einhaltung von LL oder begründete Abweichung, erkennbare sinnvolle Therapiestandards)

Lösungsvorschlag:

- 5. Kontrollen der Behandlungsverläufe**
(durch behandelnde Ärzte der Abteilung, ärztliche Übergaben, OA-/CA-Visiten, Konsiliarärzte, Kooperation Pflege/therapeutische Teams)

Lösungsvorschlag:

- 6. interdisziplinäre Zusammenarbeit (reibungslos?)**
(präoperativ/postoperativ, prä-/postinterventionell, Intensivmedizin/Konsiliardienste)

Lösungsvorschlag:

- 7. Dokumentation (umfassend und schlüssig?)**
(Aufklärung zur OP/Intervention, Behandlungsverlauf, Therapieentscheidungen, OP-Bericht und Verlegungsberichte, Konsile, Therapiebegrenzungen, Arztbrief inhaltlich logisch)

(Beispiel löschen und/oder überschreiben)

- a. Ärztliche Dokumentation fehlt weitgehend
- b. Therapieentscheidungen sind nicht dokumentiert
- c. Arztbriefe spiegeln nicht den Krankheitsverlauf wieder

Lösungsvorschlag:

- a. Kontrolle der ärztlichen Dokumentation durch die OÄ
- b. Tägliche Entscheidung zur Änderung/Fortführung der Therapie beschreiben
- c. Fortbildung der Assistenten und Festlegen der Reihenfolge in den Arztbriefen, zuständigen OA benennen.

Zusammenfassung der Lösungsvorschläge als Arbeitsliste für die Kliniken:

Lösungsvorschlag	Wer?	Bis wann?

Insgesamt war in den Akten eine an Leitlinien orientierte Diagnostik und Therapie der Fälle erkennbar. Es war nachvollziehbar, dass es sich bei den Fällen um außerordentlich multi-morbide schwerstkranke Patienten handelte, deren Krankheitsverlauf schicksalhaft war.

Zusammenfassung der Analysekriterien für alle Fälle insgesamt:

Diese Tabelle bezieht sich auf das gesamte Peer-Review-Verfahren und ist nur einmal (auch bei kombinierten Tracern) auszufüllen.	immer 0 Punkte*	häufig 1 Punkt*	selten 2 Punkte*	fast nie 3 Punkte*
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?				

* Aus der Anzahl der Fragen und Kategorien wird die Gesamtpunktzahl berechnet.

Gesamtpunktzahl:

gez.

Namen der Teammitglieder

HINWEIS:

Der Teamleiter erstellt das Protokoll und stimmt es mit dem Peer-Team ab. Das Protokoll wird vom Teamleiter, innerhalb von zwei Wochen nach dem Termin an den definierten Ansprechpartner der Klinik, als PDF (kein Word) versendet. Bitte achten Sie insbesondere, dass

- bereits eingeleitete Verbesserungsmaßnahmen gewertet werden,
- die Falldiskussion und das Protokoll übereinstimmen und
- nachhaltige Lösungsvorschläge mit konkreten Terminen in der Tabelle „Zusammenfassung der Lösungsvorschläge“ festgehalten sind.

Zeitgleich sendet der Teamleiter das Protokoll per E-Mail als Word (kein PDF) an die IQM-Geschäfts-stelle.

Peer-Review-Bericht

Kopfbogen des Peer Reviews vom: TT.MM.JJJJ		
Name der Klinik:		
Adresse:		
Telefon, Fax, E-mail:		
Kontaktpersonen	Name	Kontakt Daten (E-mail)
Direktor/in/Leitung:		
Peer-Review-Teamleiter: Peer: Peer:		
Ansprechpartner/Teilnehmer seitens der Ärztekammer:		
Übersicht über das Verfahren und den Zeitplan		
Aktivität	Ergebnis	
• Selbstbewertung (52-Fragen-Bogen)	liegt vor ☐	liegt nicht vor ☐
Peer Besuch:		
• Fremdbewertung (52-Fragen-Bogen)	erfolgt ☐	nicht erfolgt ☐
• Fremdbewertung (bettseitiger Erhebungsbogen)	erfolgt ☐	nicht erfolgt ☐
• SWOT identifiziert	erfolgt ☐	nicht erfolgt ☐
• Qualitätsziele für Optimierungspotenzial festgelegt	erfolgt ☐	nicht erfolgt ☐
• Lösungsvorschläge und Maßnahmen festlegen	erfolgt ☐	nicht erfolgt ☐
Anwendungsbereich für das Peer Review	☐ Teilbereiche (Intensivstation /IMC) ggf. einzeln eintragen	

Ort, Datum:

Unterschriften der Peers:

Peer-Review-Bericht

Ergebnisse Teil 1: Strukturdaten

a) Tabellarische Erfassung

ITS	Betten- zahl	Anzahl ArztIn in WB	Anzahl ArztIn mit WB Intensiv- medizin	Anzahl Ober- arztIn	Anzahl Pflege mit WB Intensiv- medizin	Anzahl Pflege ohne WB	Anzahl Funktions- personal
Früh							
Spät							
Nacht							
Sa früh							
Sa spät							
Sa Nacht							
So früh							
So spät							
So Nacht							

	An- zahl	Flä- che in qm		Vor- handen	In Planung	Nicht vorhan- den
Zimmergröße Einzel			CIRS	☐	☐	☐
Zimmergröße Doppel			M&M Konferenz	☐	☐	☐
Zimmergröße Mehrbett			Hygienefachkraft	☐	☐	☐
Isolations-zimmer			Berichtswesen	☐	☐	☐
Flächen für reines Arbeiten			Report über Sterb- lichkeit	☐	☐	☐
Raum für Angehöri- gengespräche			Wiederaufnahme- rate	☐	☐	☐
Pausenraum			Resistenzstatistik	☐	☐	☐
Abschiedsraum			Komplikationen	☐	☐	☐
			Teambesprechung	☐	☐	☐
			Zielgespräche	☐	☐	☐
			Krisenintervention	☐	☐	☐
			Multiprofessionelle Zusammenarbeit	☐	☐	☐

b) Zusammenfassung der Strukturdaten

Peer-Review-Bericht

Ergebnisse Teil 2: SWOT-Analyse

Stärken:

Schwächen:

Chancen:

Gefahren:

Abschließende Bewertung einschließlich festgelegter Qualitätsziele, Lösungsoptionen und Maßnahmen:

BEST PRACTICE

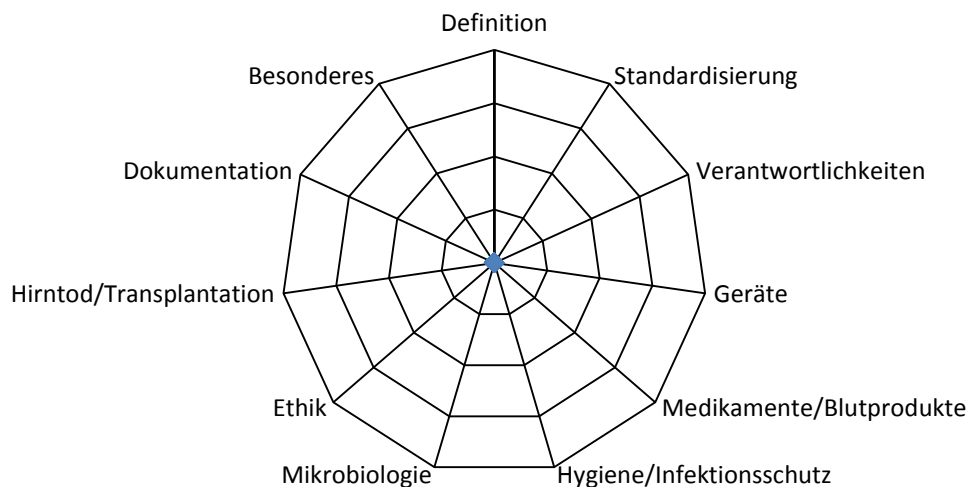
Bitte notieren Sie hier Beispiele von Stärken im Sinne der Best Practice, die die besuchte Einrichtung anderen Intensivseinheiten innerhalb des DIVI-Netzwerks zur Verfügung stellt:

Peer-Review-Bericht

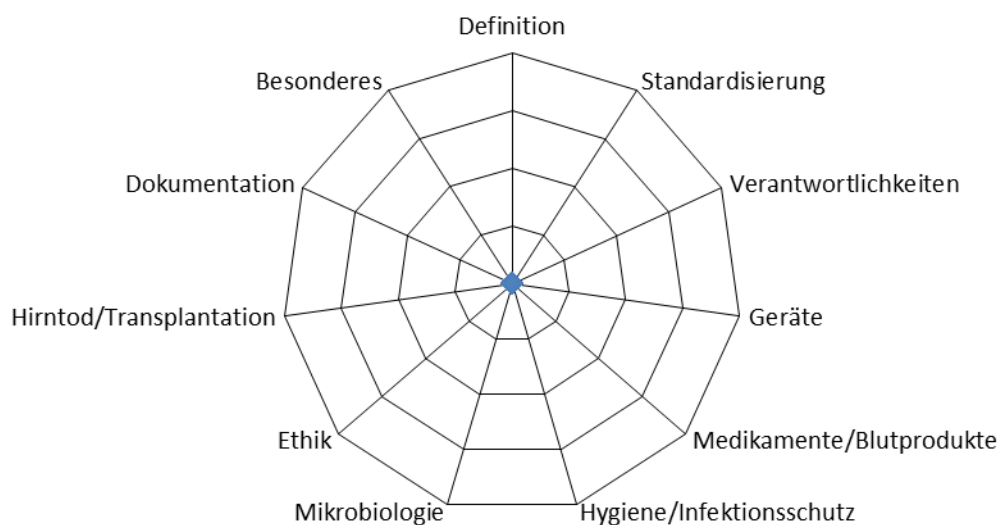
Anlage: Detaillierte Auswertung der Fremdbewertung (52-Fragen-Bogen)

Die Bewertung bezieht sich auf die Bewertungsvorgabe des Fragebogens. Je weiter am Außenrand sich die Linie befindet desto höher ist der Umsetzungsgrad der bewerteten Dimension.

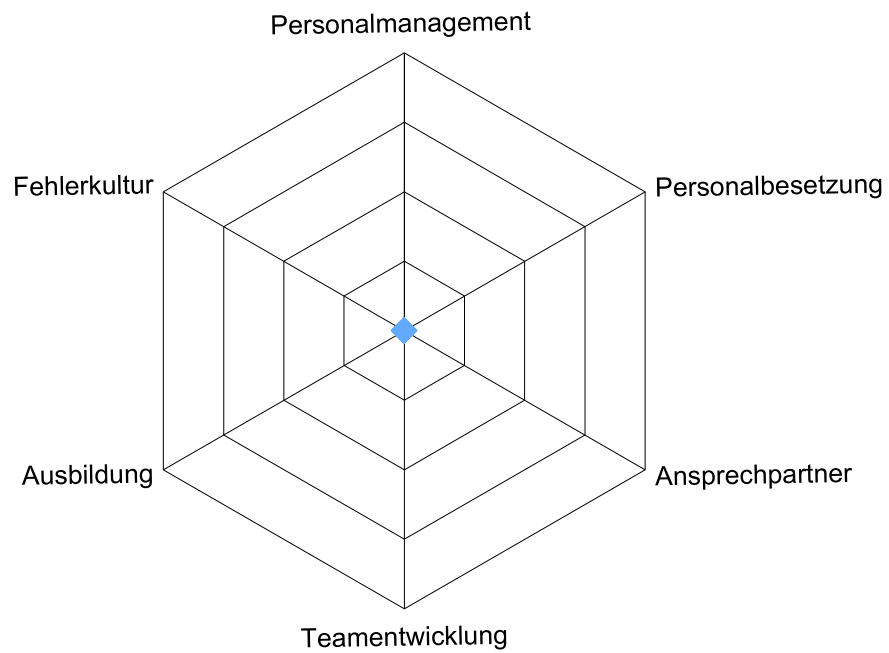
I. Grundlagen und Organisation der Intensivstation – Struktur



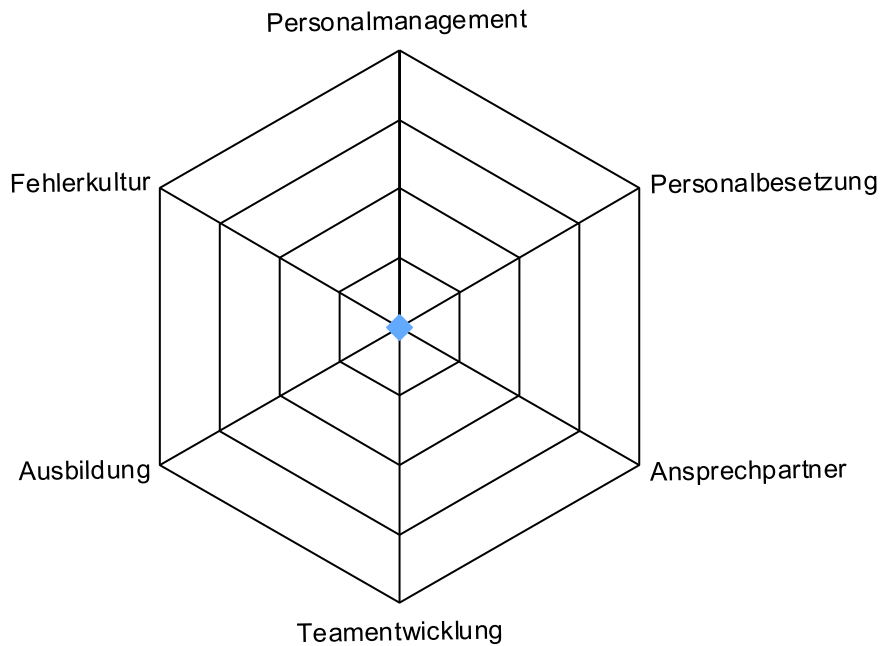
I. Grundlagen und Organisation der Intensivstation – Prozess



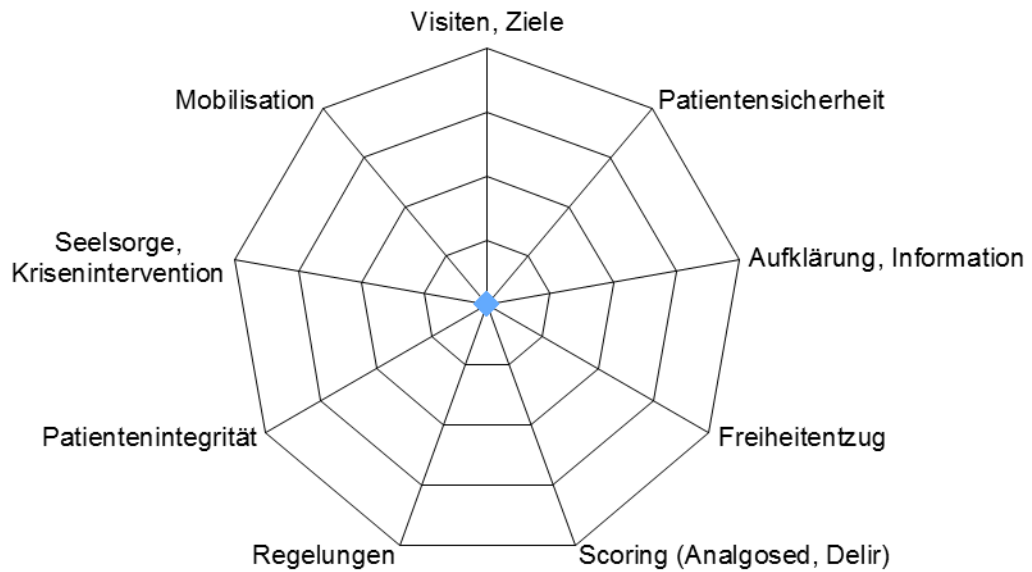
II. Mitarbeiter – Struktur



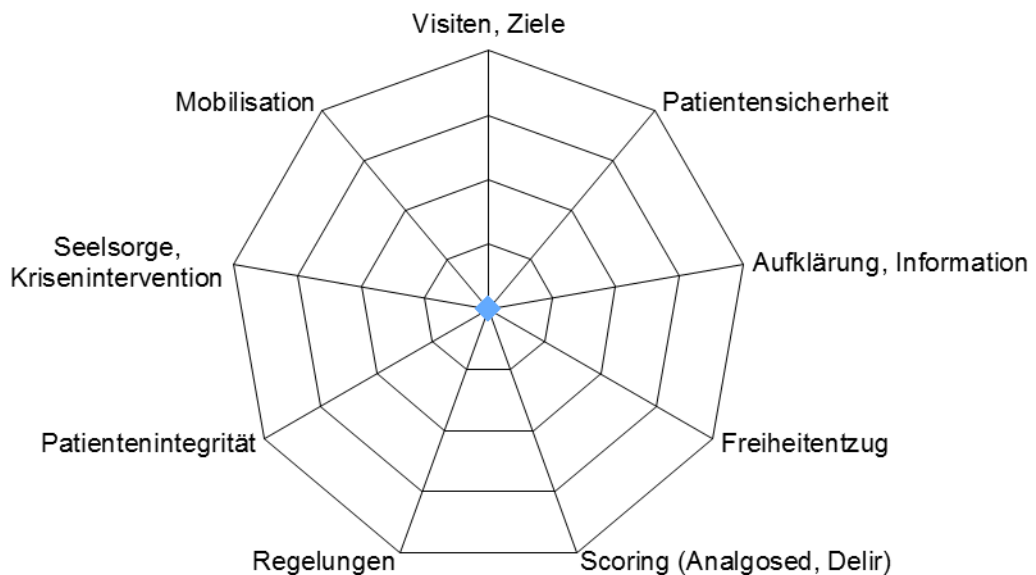
II. Mitarbeiter – Prozess



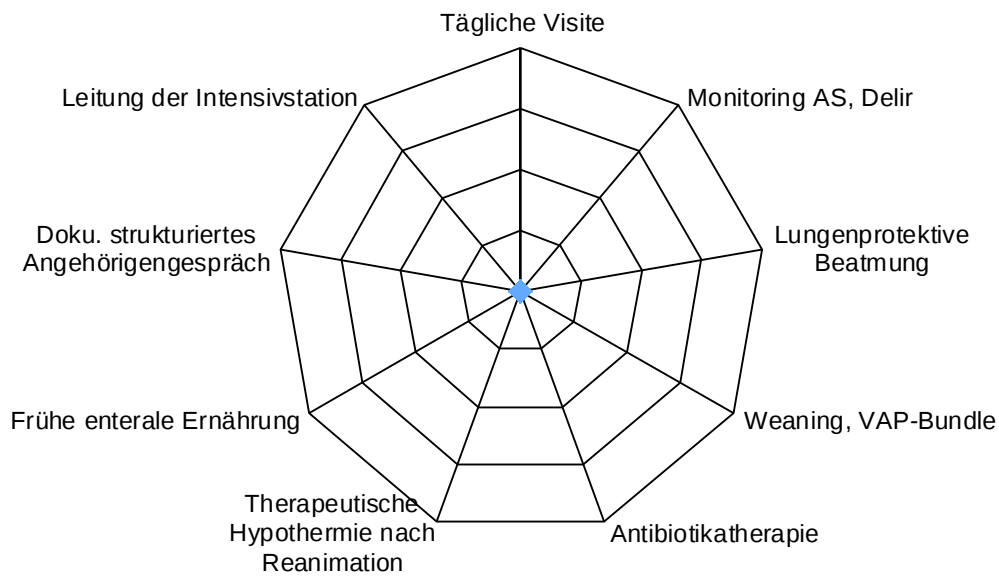
III. Patient / Angehörige – Struktur



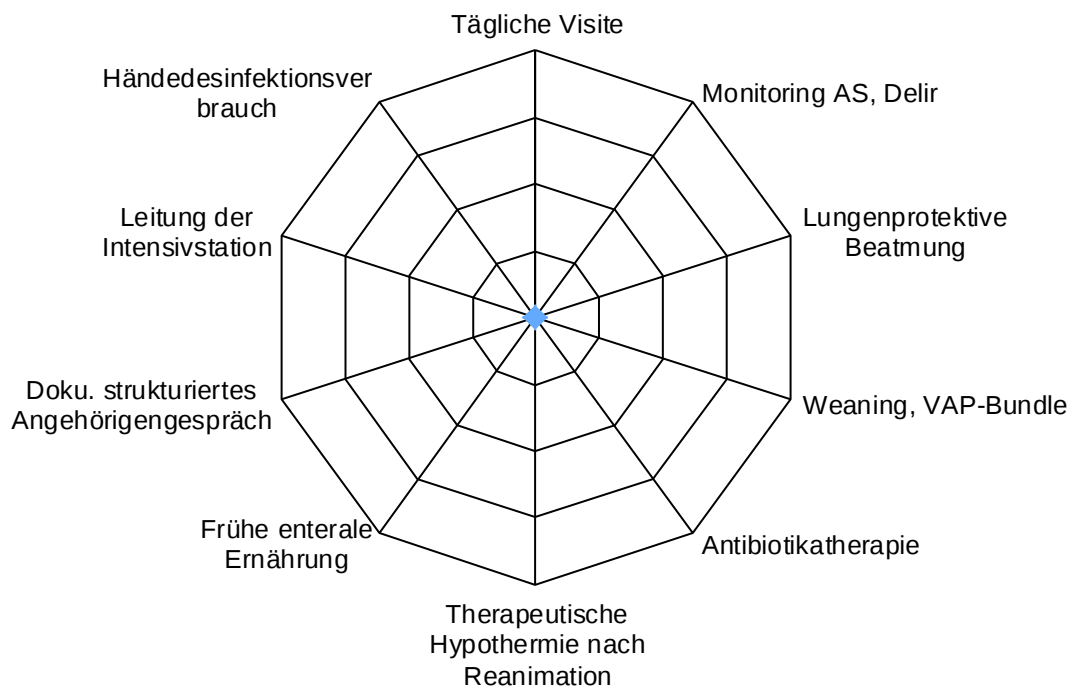
III. Patient / Angehörige – Prozess



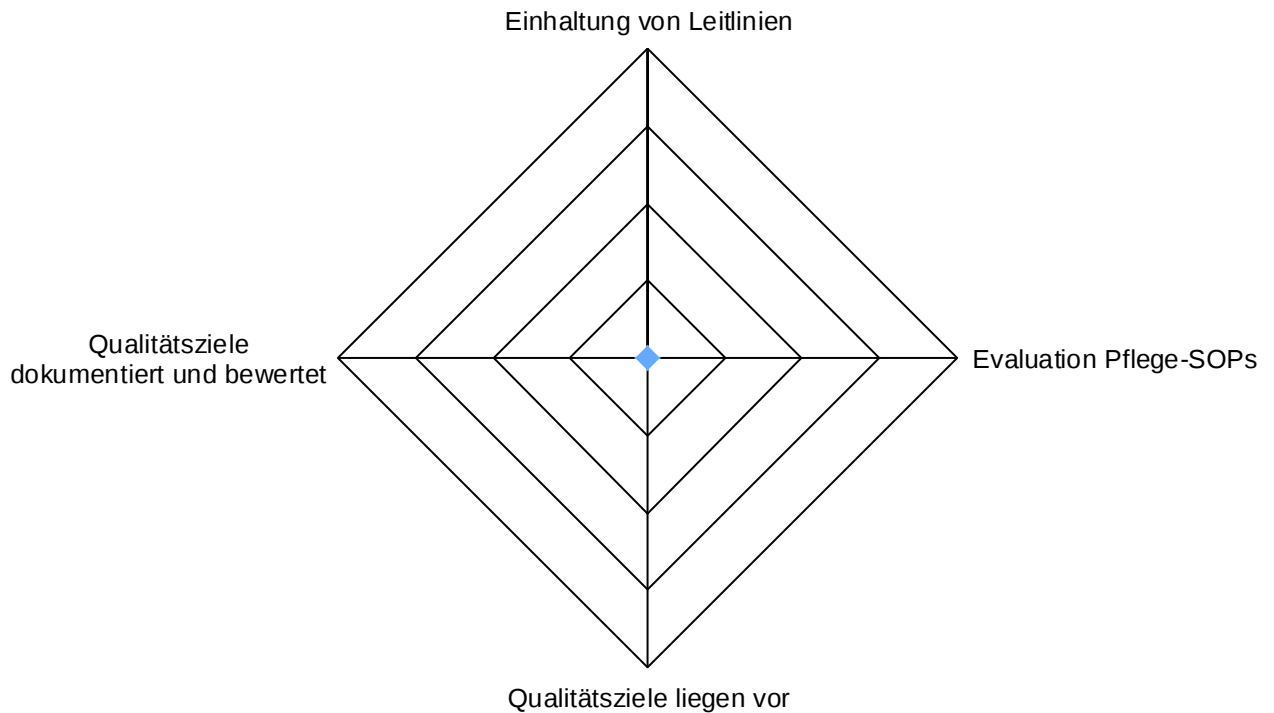
IV. Qualitätsindikatoren – Struktur



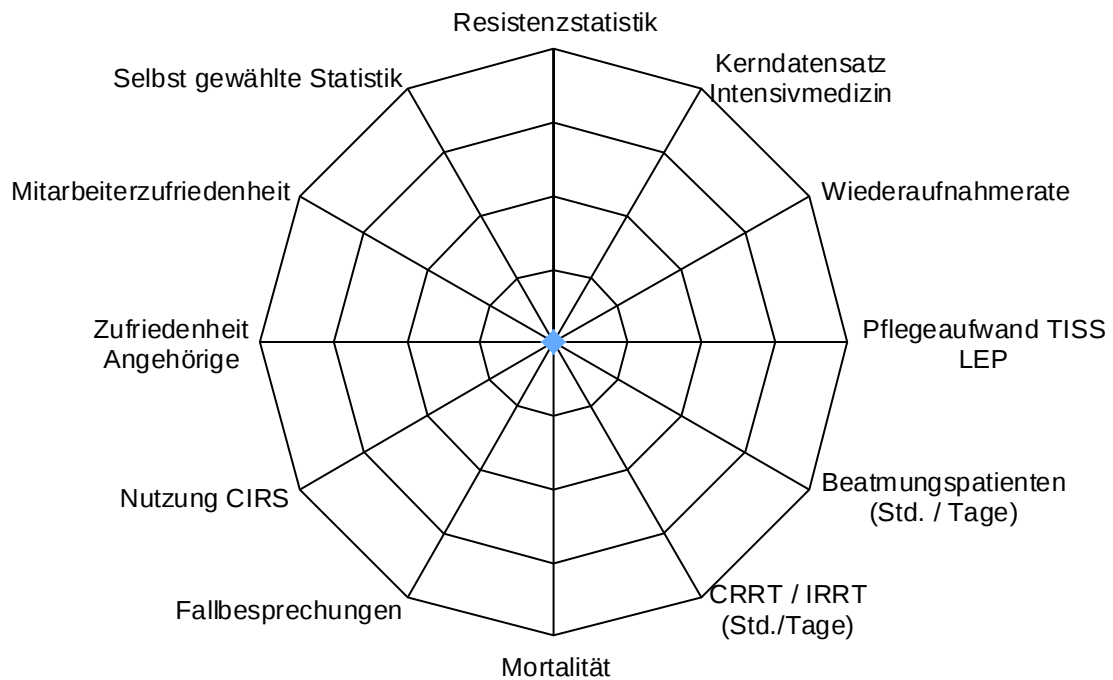
IV. Qualitätsindikatoren – Prozess und Ergebnis



IV. Qualitätsindikatoren – Weitere Indikatoren und Qualitätsziele – Prozess



V. Controlling / Reporting / Berichtswesen – Prozess



Anleitung zur Erstellung eines Peer-Review-Berichts

(IMPR, Beispieldokument)

1. Allgemeines:

Der Peer-Review-Bericht wird vom Teamleiter auf der Basis der am Review-Tag erhobenen Informationen und besprochenen Qualitätsziele, Lösungsoptionen und Maßnahmen verfasst.

Der Bericht darf nicht von den Inhalten des kollegialen Dialogs abweichen.

Der Bericht darf keine personenbezogenen Daten enthalten, die Rückschlüsse auf individuelle Patienten oder Mitarbeiter enthalten.

Der Teamleiter sendet den erstellten Bericht an die Ärztekammer, die ihn an die besuchte Station weiterleitet. (Die Ärztekammer verwaltet alle Peer-Review-Berichte treuhänderisch und wertet sie übergreifend in anonymisierter Form aus.)

Alle Bestandteile der Vorlage zum Peer-Review-Bericht werden vom Teamleiter ausgefüllt.

- a) Kopfbogen
- b) Ergebnisse – Strukturdaten
- c) Ergebnisse – SWOT-Analyse (inkl. Qualitätsziele/Maßnahmen und ggf. Best Practice)
- d) Anlage: Detaillierte Auswertung der Fremdbewertung (52-Fragen-Bogen)

2. Hinweise zur Erstellung der SWOT-Analyse

Prämissen:

Stärken und Schwächen entsprechen eher dem Vorhandenen. Sie sind Zustandsbeschreibungen und adressieren kurzfristig lösbare Probleme. Sie sind eher durch die Innenwelt der Station bedingt.

Fokus: Prozesse, kurzfristig änderbare Strukturprobleme

Chancen und Risiken repräsentieren längerfristige Entwicklungen. Noch zu planende oder langfristig änderbare eher strukturelle Probleme. Ihr Ursprung ist eher umweltbedingt. In diesem Teil sollten evtl. schon erwähnte Stärken und Schwächen mit Lösungsansätzen erneut aufgenommen werden.

Fokus: Struktur, langfristig zu ändernde / entwickelnde Zustände / Vorgänge

Stärken und Chancen repräsentieren eher positive Zustände und Tendenzen

Schwächen und Risiken entsprechen eher negativen Zuständen und Tendenzen

In der SWOT-Analyse sollten verbalisiert werden:

- a) Die zehn aktuellen, konsentierten Qualitätsindikatoren der DIVI.
- b) Die folgenden Themen:
 - 1. **Personal** (z. B. Besetzung, Einarbeitung, pflegerische und ärztliche Präsenz)
 - 2. **Reporting** (z. B. Management- und Qualitätsdaten)

3. **SOPs/Standards** (z. B. Existenz von SOPs, Standards und Checklisten und deren Umsetzung)
4. **Team/Kommunikation** (z. B. Mitarbeitermotivation, Visitenstruktur, Umgang miteinander, Teamgespräche)
5. **Organisation** (z. B. Betten-/Belegmanagement, Geschäftsordnung, Investitionsplanung, innerbetrieblicher Ablauf)
6. **Risiko- und Fehlermanagement** (z. B. M&M-Konferenzen, CIRS-Reporting, Sicherheitskultur, Einweisungen, Medikamentenbeschriftung, Arbeitsschutz Medizingeräte)
7. **Dokumentation** (z. B. Vollständigkeit, Übersichtlichkeit, PDMS vorhanden, Handzeichen, Nachvollziehbarkeit)
8. **Bau/Ausrüstung** (z. B. Räumlichkeiten, Sauberkeit, Anbindung im Krankenhaus, Geräteausstattung, Gerätemanagement)
9. **Ethik/Seelsorge/EOLD/Medikolegale Aspekte** (z. B. Fixierungsanordnung)
10. **Angehörige/Besucher** (z. B. Gesprächsdokumentation, Räumlichkeiten)
11. **Hygiene und Infektionsmanagement** (z. B. Stewardship, Vorschriften Isolierungsmöglichkeit)

Selbstverständlich können viele weitere Themen angesprochen und andere Schwerpunkte gesetzt werden

3. Hinweise zur Erstellung der Anlage: Detaillierte Auswertung der Fremdbewertung (52-Fragen-Bogen)

Die Punktvergabe der Fremdbewertung wird in die einzelnen, in das Dokument integrierte, Excel-Objekte übertragen, die dem Inhalt des 52-Fragen-Bogens entsprechen. Die Spalten werden entsprechend der Menge der Antwortmöglichkeiten ausgefüllt. Wenn erforderlich wird automatisch ein Durchschnittswert ausgegeben.

Vor dem Ausdruck müssen die Excel-Objekte auf *Diagramm* gesetzt werden, um den grafischen Ausdruck zu erhalten. Der Ausdruck sollte wenn möglich als pdf erfolgen. Die Tabellen bleiben in der Word-Datei vorhanden.

4. Formulierungsbeispiele

Zusammenfassung der Strukturdaten

„Das Krankenhaus ist ... zertifiziert. Die Intensivstation hat mit ... betriebenen ... Betten einen ... Schwerpunkt. Daneben wird von der Klinik eine ... Betten führende IMCU betrieben. Beide Stationen werden von insgesamt ... VK Arzt und VK Pflege versorgt. Bei handelt es sich um ein Krankenhaus der ... versorgung. Die Leitung der Station erfolgt durch die Klinik für ...“

SWOT-Analyse

Stärken

„Es gibt einen Bettenkoordinator, der die Bettenplanung anhand eines OP-Wochenplanes vornehmen und die Ressourcen so nach einem Anreizsystem steuern kann. Die Ressourcen können dadurch effizient genutzt werden. Es existiert eine Statistik über die 48-Stunden Rückübernahme-Quote. Dieser Qualitätsindikator wird sehr hoch bewertet. Die Prozesse des Infektionsmanagements, der mikrobiologischen Diagnostik und Therapie sind auf der Station vorbildlich und beispielgebend umgesetzt. Die Standards sind außergewöhnlich! Lungenprotektion wird auf der Station effizient umgesetzt. Die Oberkörper-Hochlagerung von beatmeten Patienten wird in hohem Umfang umgesetzt.“

Der ärztliche Bereich ist außergewöhnlich gut organisiert. Übergaben sind kurz und effizient, die ärztliche Dokumentation ist sehr gut. SOPs und deren Änderungen werden gut kommuniziert. Es gibt klare Visitenstrukturen mit anderen Disziplinen. Pflegerische Standards und die Mitarbeiterereinbarung sind gut ausgearbeitet. Die Ausstattung der Station wird allen Anforderungen gerecht.“

Schwächen

„Die Umsetzung der pflegerischen Expertenstandards Schmerz, Sturz, und Dekubitus sind anhand der pflegerischen Dokumentation nicht eindeutig nachvollziehbar. Das Pflege/Patient-Verhältnis wird nicht anhand eines validierten Scoreverfahrens bemessen. Die VK-Zahl der Pflege erscheint auf den ersten Blick für die Intensivstation eines Maximalversorgers niedrig zu sein. Eine objektive Bewertung der Pflegeressource sollte anhand von Daten, z. B. TISS-28-Daten, vorgenommen werden. Eine Evaluation von TISS 28 oder eines anderen Leistungserfassungs-Assessments (IMPULS, LEP) durch die Pflege wird der Station empfohlen. Es existiert im Krankenhaus noch kein CIRS. Fehler- und Risk-Management werden in Eigeninitiative von der Station bzw. durch Initiative des Oberarztes und des Chefarztes gelebt. Eine entsprechende Struktur für ein Fehlermanagement wird empfohlen. Es existiert keine Mortalitätsstatistik. Es wird empfohlen, dies im Rahmen einer Kerndatenerhebung zu reportieren. Der Reanimationsdienst für das Krankenhaus scheint im Prozess nicht einfach und optimal eingerichtet. An einer klaren Struktur wird gearbeitet. Das Monitoring von Analgosedierung ist auf der Station nicht vollständig etabliert. Dies sollte nach den Vorgaben der S3-Leitlinie umgesetzt werden.“

Chancen

„Die Kommunikationsprozesse sind gut ausgebildet. Auf dieser Basis lassen sich hervorragend weitere Strukturen des Risk-Managements aufbauen. Die transparente Informationsübertragung auf der Station und die einfachen und logischen Kennzeichnungen von Medikamenten sind hierfür ein weiteres Indiz. Das Personal zeigt großen Einsatz in der Aufrechterhaltung und Erweiterung einer exzellenten Intensivmedizin. Die Station ist sehr gepflegt, und die Ausstattung ist in hervorragendem Zustand. Standards garantieren eine 24stündige Verfügbarkeit hochwertiger Ressourcen.“

Risiken

„Es existiert keine bedarfsadaptierte Zuteilung von pflegerischen Ressourcen. Die Darstellung des Pflegebedarfs erfolgt nicht über eine Pflegeplanung und wird somit nicht ausreichend begründet. Die pflegerische Ressource der Station ist nicht nachvollziehbar bemessen. Zielvereinbarungen und Personalmanagement im pflegerischen Bereich scheinen nicht etabliert. Die Personalentwicklung in diesem Personalsegment sollte überdacht werden. Langfristig sollte der gute Zustand der Intensivmedizin in Anbetracht einer großen Interdisziplinarität durch eine Geschäftsordnung gesichert werden. Bei guten Kommunikationswegen kann das Fehlen einer Geschäftsordnung im Alltag nicht als Mangel empfunden werden, Geschäftsordnungen werden im Rahmen der Peer-Review-Checkliste empfohlen, um nachhaltig Strukturen und Prozesse zu sichern. Belegmanagement inklusive Aufnahme- und Entlasskriterien ist ein zentraler Bestandteil solcher Geschäftsordnungen.“

Abschließende Bewertung einschließlich festgelegter Qualitätsziele, Lösungsoptionen und Maßnahmen

„Es handelt sich um eine hervorragend organisierte und strukturierte Station. Medizinische und pflegerische Standards greifen ineinander und sind auf hohem Niveau umgesetzt. Der hohe Erreichungsgrad der Checkliste belegt den guten Eindruck von der Station, den die Reviewer einstimmig gewonnen haben. Zur besseren Datengenerierung wird der Station ein PDMS angeraten, da dies die tägliche Dokumentation, die Datenakquise und einen Qualitätsreport deutlich vereinfachen würde. TISS 28 sollte durch die Pflege erhoben werden.“

Feedbackbogen 1

(Musterdokument)

Evaluation 1 des durchgeführten Peer Reviews am XX.XX.XXXX (TT.MM.JJJJ)

	voll und ganz zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Frage 1: Wie zufrieden waren Sie mit der Terminplanung?	☐	☐	☐	☐

	hervorragend	gut	weniger gut	enttäuschend
Frage 2: Wie fanden Sie die Organisation des Peer Reviews?	☐	☐	☐	☐
Frage 3: Wie gut wurden Sie zu Beginn über den geplanten Ablauf informiert?	☐	☐	☐	☐
Frage 4: Wie war das Peer-Review-Team vorbereitet?	☐	☐	☐	☐

	ja	teilweise	nein
Frage 5: Waren Sie mit dem Ablauf des Peer Reviews einverstanden?	☐	☐	☐

	zu lang	genau richtig	zu kurz
Frage 6: Wie war die Dauer des Peer Reviews?	☐	☐	☐

	trifft voll und ganz zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft überhaupt nicht zu
Frage 7: War die Atmosphäre des Peer Reviews förderlich für die Vertrauensbildung?	☐	☐	☐	☐

XXX PEER REVIEW

	hervorragend	gut	weniger gut	enttäuschend
Frage 8: Bitte beurteilen Sie die fachliche Kompetenz des Peer-Review-Teams!	☐	☐	☐	☐

	sehr hilfreich	hilfreich	weniger hilfreich	gar nicht hilfreich
Frage 9: Wie hilfreich waren die Verbesserungsvorschläge?	☐	☐	☐	☐

	voll erfüllt	teilweise erfüllt	gar nicht erfüllt
Frage 10: Wurden Ihre Erwartungen an dieses Peer Review erfüllt?	☐	☐	☐

	ja	nein
Frage 11: Würden Sie diese Art des kollegialen Austausches weiterempfehlen?	☐	☐

Frage 12:

Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für das Peer Review?

Vielen Dank!

Feedbackbogen 2 nach ca. 6 Monaten

(Musterdokument)

**Evaluation 2 (ca. 6 Monate später)
des Peer Reviews vom XX.XX.XXXX (TT.MM.JJJJ)**

	voll und ganz zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Frage 1: Waren Sie mit dem Peer Review zufrieden?	☐	☐	☐	☐

	ja	nein	noch nicht
Frage 2: Haben Sie den Peer-Review-Bericht mit den pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitern besprochen?	☐	☐	☐

	sehr hilfreich	eher hilfreich	wenig hilfreich	gar nicht hilfreich
Frage 3: Wie wurde der Peer-Review-Bericht von Ihren Mitarbeitern aufgenommen?	☐	☐	☐	☐

	ja	teilweise	nein	trifft nicht zu
Frage 4: Haben Sie nach dem Peer Review die vorgeschlagenen Änderungs- bzw. Verbesserungsvorschläge umgesetzt?	☐	☐	☐	☐

Frage 5:

Wenn Sie Frage 4 mit „ja“/„teilweise“ beantwortet haben, in welchen der u. g. Bereiche haben Sie diese Veränderungen in welchem Umfang umgesetzt?

Bereich	Umsetzung			
	ganz	teilweise	gar nicht	trifft nicht zu
Personal Besetzung, Einarbeitung, pflegerische und ärztliche Präsenz	☐	☐	☐	☐
ggf. spezifizieren:				
Team/Kommunikation Mitarbeitermotivation, Visitenstruktur, Umgang miteinander, Team-gespräche	☐	☐	☐	☐
ggf. spezifizieren:				
Bau/Equipment Räumlichkeiten, Sauberkeit, Anbindung im Krankenhaus, Geräte	☐	☐	☐	☐
ggf. spezifizieren:				
Angehörige/Besucher Gesprächsdokumentation, Räumlichkeiten	☐	☐	☐	☐
ggf. spezifizieren:				
SOPs, Checklisten, Standards	☐	☐	☐	☐
ggf. spezifizieren:				
Ethik/Seelsorge/EOLD/ Fixierung/Medikolegale Aspekte	☐	☐	☐	☐
ggf. spezifizieren:				
Organisation Betten/Belegungsmanagement, Geschäftsordnung, Investitionsplanung	☐	☐	☐	☐
ggf. spezifizieren:				
Fehler/Risiko M&M-Konferenz, CIRS-Reporting, Fehlerkultur, Geräteeinweisungen	☐	☐	☐	☐
ggf. spezifizieren:				
Hygiene/Infektionsmanagement Stewardship, Isolierung, infektiologische/mikrobiologische Visiten	☐	☐	☐	☐
ggf. spezifizieren:				
Dokumentation Übersichtlichkeit, Genauigkeit, PDMS	☐	☐	☐	☐
ggf. spezifizieren:				
Reporting	☐	☐	☐	☐
ggf. spezifizieren:				

XXX PEER REVIEW

Sonstiges	☐	☐	☐	☐
ggf. spezifizieren:				

	ja	nein	vielleicht
Frage 6: Würden Sie nochmal an einem Peer Review teilnehmen?	☐	☐	☐

Wenn nein, warum nicht?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Teilnahmebescheinigung

Hiermit bescheinigen wir, dass

Die «Abteilung»,

«Institution», «PRID»

Chefarzt: «TITEL» «VORNAME» «PRID»

am XX/XX/XXXX

an einem Peer Review nach dem Verfahren XXX teilgenommen hat.

Die Teilnahme ist freiwillig.

Die Einrichtung nimmt damit aktiv an einem Verfahren zur Gewährleistung und kontinuierlichen Förderung der Qualität der XXXmedizinischen Versorgung bei gleichzeitiger Risikominimierung für den Patienten teil.

Ort, Datum

Unterschrift(en)

9. Glossar

(Quelle: Curriculum Ärztliches Peer Review, Bundesärztekammer 2013)

Ärztliches Peer Review

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.

Audit

Aus dem Englischen stammender Begriff, dem im Deutschen „Revision“ oder „Überprüfung“ entspricht. Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit Auditkriterien erfüllt sind. Interne Audits, manchmal auch „Erstparteien-Audits“ genannt, werden von oder im Namen der Organisation selbst für interne Zwecke durchgeführt und können die Grundlage für die eigene Konformitätserklärung der Organisation bilden. Externe Audits schließen ein, was allgemein „Zweit-“ oder „Drittparteien-Audits“ genannt wird. Zweitparteien-Audits werden von Parteien, die ein Interesse an der Organisation haben, wie z. B. Kunden, oder von Personen im Namen dieser Parteien durchgeführt. Drittparteien-Audits werden von externen Organisationen durchgeführt. Solche Organisationen bieten die Zertifizierung oder Registrierung der Konformität mit Anforderungen, wie z. B. denen der DIN EN ISO 9001 und DIN EN ISO 14001. Wenn das Qualitäts- und Umweltmanagementsystem zusammen auditiert werden, wird dieses „kombiniertes Audit“ genannt. Wenn zwei oder mehr auditierende Organisationen zusammen eine auditierte Organisation auditieren, wird dies „gemeinschaftliches Audit“ genannt (DIN EN ISO 9000:2000 [6]).

Im Rahmen eines Audits kommt dem (leitenden) Auditor, der für die Auditierung eines Qualitätsmanagementsystems qualifiziert ist und einem Ehrenkodex unterliegt, die Rolle eines Zeugen für einen Tatsachenbeweis zu. Er muss dafür unvoreingenommen und unabhängig sein, nach Plan vorgehen und vollständig und wahrheitsgemäß berichten („systematisch“). Sein Werkzeug ist eine Fragen- bzw. Checkliste mit expliziten Auditkriterien. Der Auditor prüft beispielsweise, ob der Prozess der Leistungserbringung, wie im Qualitätsmanagement-Handbuch der zu auditierenden Organisation festgelegt, erbracht wird. Interne Audits dienen dazu, sich regelmäßig von der Wirksamkeit des eigenen Qualitätsmanagementsystems zu überzeugen (internes Audit). Ein Unternehmen auditiert z. B. die Fähigkeit seines Lieferanten (externes Audit); im Rahmen eines Produktaudits wird z. B. systematisch überprüft, ob das Produkt den Anforderungen genügt. Beim Systemaudit hingegen wird ein System auf Konformität geprüft, das heißt auf Übereinstimmung mit den in der Norm aufgestellten Anforderungen an ein Qualitäts- oder Umweltmanagement-system. DIN EN ISO 10011 stellt eine Anleitung für das Auditieren bereit.

Audits dürfen nicht mit „In-Prozess-Kontrollen“ oder „Überwachungen“ als Teil der Qualitätslenkung verwechselt werden. Wie bei der Produktherstellung sind auch bei medizinischen Behandlungen „Zwischenprüfungen“ nötig (z. B. Temperaturmessung zum Ausschluss einer Infektion, Kontrolle der Vollständigkeit von Befunden vor folgenreichen Entscheidungen, Chefarztvisite). Diese Maßnahmen sind keine Audits. Sie dienen der Überwachung des Behandlungsprozesses im Sinne der Qualitätslenkung.

Audits im hier verstandenen Sinne sind nicht zu verwechseln mit „Clinical Audits“, die dem Konzept des „Peer Review“ zuzuordnen sind [8].

Benchmarking

Ein Verfahren zum Vergleich eines Angebotes mit den besten anderen (Benchmarks = Höhenmarken) nach einem festgelegten Vergleichsschema. Verglichen werden Prozesse, Systeme, Produkte und/oder Dienstleistungen bezüglich der Kriterien Kosten, Qualität, Zeit, Kundenorientierung, Zufriedenheit etc. Die im Benchmarking verwendeten Kennzahlen können sich im Gesundheitswesen auf Struktur- (z. B. Ressourceneinsatz für die Erfüllung vergleichbarer Aufgaben), Prozess- (z. B. OP-Wechselzeiten) oder Ergebnisqualität (z. B. Komplikationsraten) beziehen [8].

Ergebnisqualität (Outcome Quality)

Veränderungen des Gesundheitszustandes eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmter therapeutischer oder diagnostischer Maßnahmen bzw. Interventionen in die Versorgungsabläufe [1].

Evaluation

Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (z. B. Auswirkungen auf die Patientenversorgung, das Wohlbefinden von Patient und Arzt, das ärztliche Selbstverständnis etc.) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien [1].

Konkrete Zielsetzungen können dabei die Gewinnung von Ergebnissen, die Ausübung von Kontrolle, die Schaffung von Transparenz als Basis für einen Dialog bzw. die Dokumentation des Erfolgs (Legitimation) sein (modifiziert nach Stockmann [16]).

Evaluationen sollen vier grundlegende Eigenschaften aufweisen: Nützlichkeit – Durchführbarkeit – Fairness – Genauigkeit [5].

Evidenzbasierte Medizin (EbM)

Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und angemessene Gebrauch der gegenwärtig besten vorhandenen Daten aus der Gesundheitsforschung, um bei Behandlung und Versorgung von konkreten Patienten Entscheidungen zu treffen.

EbM beinhaltet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus klinischer Forschung und der Präferenz des Patienten (modifiziert nach D. Sackett [13, 14]).

Die Umsetzung erfolgt in einem mehrstufigen Prozess [1]:

- Ableitung einer relevanten, beantwortbaren Frage aus dem klinischen Fall
- Planung und Durchführung einer Recherche der klinischen Literatur
- Kritische Bewertung der recherchierten Literatur (Evidenz) bezüglich Validität/Brauchbarkeit
- Anwendung der ausgewählten und bewerteten Evidenz beim individuellen Fall
Bewertung der eigenen Leistung

Externe Qualitätssicherung

Verfahren der systematischen, standardisierten Datenerhebung und -auswertung, bezogen auf ganze Fachgebiete oder Diagnosegruppen. Beispiele: Perinatalogie, Neonatologie, Chirurgie, Herzchirurgie, Nierenersatztherapie. Ähnliche Verfahren werden praktiziert für die Laboratoriums-medizin und die Radiologie [1].

Formative Evaluation

Eine formative Evaluation ist eine entwicklungsorientierte, begleitende Evaluation, die dazu dient, den Evaluationsgegenstand zu verbessern (zu „formen“). Dies kann z. B. ein Qualitätsbereich, eine Fachabteilung, die gesamte Einrichtung oder ein Projekt sein.

Der Hauptzweck einer formativen Evaluation ist, zur Verbesserung und zu nachhaltiger Entwicklung beizutragen (wohingegen eine summative Evaluation auf Qualitätssicherung und Kontrolle abzielt).

Beim ärztlichen Peer Review richten sich die Ergebnisse der formativen Evaluation hauptsächlich an die Fachabteilungen bzw. Gesundheitseinrichtungen, die diese zur internen Qualitätsverbesserung heranziehen (modifiziert nach M. Gutknecht-Gmeiner [11]).

Feedback

Die Rückmeldung über das eigene Handeln und seine Ergebnisse als Prozess in einem Regelkreis. Es hat deutlichen Einfluss auf das Verhalten und ist eines der elementaren und effizienten Mittel zur Verhaltensänderung [1].

Fremdbewertung

Die Fremdbewertung einer Organisation ist die Validierung der → Selbstbewertung durch eine dritte Partei [8].

Indikator

Siehe → Qualitätsindikator.

Interne Qualitätssicherung

Siehe → Qualitätssicherung.

Kommunikative Validierung

Die kommunikative Validierung ist ein Gütekriterium in der qualitativen Sozialforschung. Es wird angewandt, um die Validität von Ergebnissen zu erhöhen: Feedback zu Forschungs- bzw. Untersuchungsergebnissen wird dabei systematisch von verschiedenen Gruppen, von Betroffenen und Beteiligten eingeholt, um die erhobenen Daten und deren Interpretation zu überprüfen und ggf. zu korrigieren. Eine kommunikative Validierung kann jederzeit im Peer-Review-Prozess durchgeführt werden, zumeist jedoch beim kollegialen Dialog, das heißt die Ergebnisse der Fremdbewertung durch die Reviewer werden den Personen, die sich dem Peer Review unterziehen, vorgestellt, und jene haben Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen (modifiziert nach M. Gutknecht-Gmeiner [12]).

Kollegiale Beratung

Kollegiale Beratung beschreibt ein Format personenbezogener Beratung, bei dem im Gruppenmodus wechselseitig berufsbezogene Fälle der Teilnehmenden systematisch und ergebnisorientiert aufgearbeitet werden [17].

Die kollegiale Beratung bietet die Möglichkeit, „Just-in-Time“-Wissen anzueignen, um für sich die für eine aktuelle Fragestellung nötige Kompetenz kurzfristig „einzuprobieren“, und grenzt sich damit positiv von der bekannten Problematik des „Lernens auf Vorrat“ ab [13].

Bezogenen auf ärztliche Peer Reviews werden Elemente der Methode der kollegialen Beratung in der Phase 2 des Reviews „Fremdbewertung & →kollegialer Dialog“ (siehe Abbildung 3) angewendet.

Kollegialer Dialog

Der kollegiale Dialog ist das Kernelement ärztlicher Peer Reviews. In ihm sind die Methoden der →kommunikativen Validierung (der Fremdbewertung) und der → kollegialen Beratung miteinander kombiniert. Die begutachtete Einrichtung erhält vom Peer-Review-Team ein Feedback zu identifizierten Stärken und Verbesserungspotenzialen und kann dazu Stellung nehmen. Anschließend beraten die Peers gemeinsam über Lösungen für identifizierte Verbesserungspotenziale.

Konformität

„Erfüllung einer Anforderung“ (DIN EN ISO 9000:2000)

Konformität bezeichnet einen Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass Qualitätsmerkmale mit den Anforderungen übereinstimmen. Dies wird durch Prüfungen und Verifizierungen nachgewiesen. Im Rahmen einer Zertifizierung eines Qualitätsmanagementsystems wird z. B. geprüft, ob alle Anforderungen gemäß DIN EN ISO 9001:2000 erfüllt sind; ansonsten darf keine Konformität mit dieser Norm bestätigt werden. Bezüglich der „Produktkonformität“, das heißt die Erfüllung aller Anforderungen an ein Produkt bzw. einer Dienstleistung, ist es Aufgabe der obersten Leitung, dies entsprechend sicherzustellen und aufrechtzuerhalten. Dazu gehören unter anderem die Qualifizierung der Mitarbeiter sowie die Aufstellung von Investitions-, Wartungs- und Instandhaltungsplänen. Ebenso ist die Arbeitsumgebung zum Erreichen der Produktkonformität festzulegen (in der Praxis z. B. Sicherstellung adäquater Bedingungen für das ambulante Operieren). Zur Sicherstellung der Konformität dienen die ständigen Mess- und Überwachungsmaßnahmen, im Gesundheitswesen z. B. durch Soll-Ist-Vergleiche, eine Einheit mit vorgegebenen Referenzwerten oder -bereichen (Vergleich mit einer qualitativen Vorgabe) oder durch Vergleich mit empirisch ermittelten Daten aus allen Einheiten (Vergleich mit einer statistischen Vorgabe) [1].

Kriterium

Kennzeichen, unterscheidendes Merkmal

Kriterien für die Bewertung der Leistungserbringung bei einzelnen Versorgungsaspekten sind solche Eigenschaften, deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird [11].

Leitlinien

Ärztliche Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen zur Entscheidungsfindung für Ärzte und Patienten über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (ggf. unter Berücksichtigung von Patienten) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar. Sie sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen. Methodische Instrumente sind zum Beispiel Konsensuskonferenzen, Therapiestudien und Metaanalysen. Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Sie werden regelmäßig auf ihre Gültigkeit hin überprüft und ggf. fortgeschrieben (siehe → Richtlinien).

Leitlinien werden in einem formalisierten und strukturierten Vorgehen entwickelt, für das man in Deutschland die folgende Klassifizierung verwendet:

Stufe 1 = repräsentative Expertengruppe, Verabschiedung durch die dazu legitimierte Institution, z. B. die wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaft;

Stufe 2 = formale Konsensfindung (auf der Basis von Stufe 1) als nominaler Gruppenprozess, Konsensus- oder Delphikonferenz;

Stufe 3 = systematische Entwicklung (auf der Basis von Stufe 2) mit den fünf zusätzlichen Komponenten Logik, Konsensus, evidenzbasierte Medizin, Entscheidungsanalyse, Outcome-Analyse [1].

Messgröße, klinische (Clinical Measures)

Der international gebräuchliche Begriff „klinische Messgröße“ dient als Oberbegriff zu den im deutschen Sprachraum verwendeten Begriffen „Kriterien“, „Indikatoren“ und „Referenzbereichen“. Anhand von klinischen Messgrößen lassen sich Versorgungsaspekte (z. B. Strukturen, Prozesse und Ergebnisse) im Rahmen des Qualitätsmanagements bewerten [11].

Norm

Vielfältig verwandter Begriff mit unterschiedlichen Inhalten. Der Inhalt richtet sich auch nach dem Kontext des Begriffs. Im rechtlichen Bereich meint er etwas anderes als zum Beispiel bei der Erarbeitung von Regeln für die Industrie und Dienstleistungen. Nach der Definition des DIN ist eine Norm ein Dokument, das mit Konsens erstellt und von einer anerkannten Stelle angenommen wurde und das für die allgemeine und wiederkehrende Anwendung Regeln, Leitlinien und Merkmale für Tätigkeiten oder deren Ergebnisse festlegt, wobei ein optimaler Ordnungsgrad in einem gegebenen Zusammenhang angestrebt wird. Normen sollen auf den gesicherten Ergebnissen von Wissenschaft, Technik und Erfahrungen basieren und auf die Förderung optimaler Vorteile für die Gesellschaft abzielen (DIN 66066, Teil 3).

Eine andere Bedeutung hat der Begriff „Norm“ z. B. im Bereich der Labormedizin. Hier bedeutet Norm die übliche Ausprägung (die Prüfgröße) eines Kriteriums. Meistens ist sie ein statistischer Mittelwert, der selbst wenig über die Qualität aussagt (z. B. der pH-Wert von Körperflüssigkeiten) [1].

Peer

Der Begriff „Peer“ (engl. für Ebenbürtiger; Gleichgestellter, Gleichrangiger) wird heute allgemein im Kontext der externen Begutachtung und externen Evaluation gebraucht. Dabei ist der Peer in der Rolle als Gutachter (Reviewer) eine unabhängige, mit der Person aus der begutachteten Einrichtung gleichgestellte Person. Er verfügt über spezifische, professionelle Expertise im zu evaluierenden Qualitätsbereich, das heißt im gleichen oder angrenzenden Fachgebiet. Der Peer bringt „Insiderwissen“ über den Gegenstand der Evaluierung in den Prozess ein und verbindet dieses mit der externen Perspektive. Er ist sozusagen ein „externer Insider“ und nimmt die Rolle eines „Critical Friend“ und kollegialen Beraters ein. Per definitionem wird auch die Person aus der begutachteten Einrichtung als „Peer“ bezeichnet, die allerdings im Peer Review eine andere Rolle einnimmt (modifiziert nach M. Gutknecht-Gmeiner [11]).

Peer Review

Peer Review ist definiert als eine kontinuierliche, systematische und kritische Reflexion durch mehrere Angehörige einer Berufsgruppe über die eigene Leistungsfähigkeit sowie die der Kollegen – unter Verwendung eines strukturierten Prozesses und mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung [8]. Peer Review ist eine formative (das heißt entwicklungsorientierte) externe Evaluationsform, mit dem Ziel die zu evaluierende Einrichtung in ihrer Bemühung um Qualitätssicherung und -entwicklung zu unterstützen (modifiziert nach M. Gutknecht-Gmeiner [11]).

Peer-Review-Bericht

Der Peer-Review-Bericht ist die schriftliche Dokumentation des Peer Reviews. Er wird von den Peers erstellt. Für gewöhnlich verfasst/verfassen der/die Leiter des Peer-Review-Teams den Bericht auf Basis der Notizen, die die Peers während des Besuchs gemacht haben, internen Diskussionen zwischen den Peers und den Ergebnissen des kollegialen Dialogs. Alle Peers leisten einen Beitrag zum Bericht und tragen als Team gemeinsam die Verantwortung dafür (modifiziert nach M. Gutknecht-Gmeiner [11]).

Prozessqualität

Ein Aspekt der Qualität der medizinischen Versorgung, der alle medizinischen Aktivitäten unter Einbeziehung der interpersonellen und interaktionalen Aspekte umfasst. Hierzu gehören Art und Weise der Diagnostik und Therapie, z. B. der Medikamentenverordnung, aber auch der Gesprächsführung, der Anamneseerhebung, Rechtzeitigkeit, Angemessenheit usw. Beeinflusst wird der Behandlungsprozess unter anderem durch die Persönlichkeit und Einstellung von Arzt und Patient und die Wechselwirkung zwischen beiden, aber auch durch gesellschaftliche und ethische Gesichtspunkte [1].

Qualität

„Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“. Die Benennung „Qualität“ kann zusammen mit Adjektiven wie „schlecht“, „gut“ oder „ausgezeichnet“ verwendet werden. „Inhärent“ bedeutet im Gegensatz zu „zugeordnet“ „einer Einheit innewohnend“, insbesondere als ständiges Merkmal (DIN EN ISO 9000:2000).

In zahlreichen Literaturstellen wurde oder wird Qualität noch anders definiert, z. B. „Qualität ist das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren, bezogen auf die Menge des Gewünschten“, als „Fitness for Use“, „Fitness for Purpose“, „Customer Satisfaction“ oder „Conformance to

the Requirements“ (DIN EN ISO 8402:1995). Diese Begriffsbestimmungen kommen der aktuellen DIN- ISO-Definition recht nahe, indem sie die (tatsächlich vorhandene) Ausprägung der Erfüllung von Anforderungen beschreiben: Sie implizieren gleichzeitig bestimmte Formen, Richtungen oder Grade dieser Ausprägung. In der Definition von Donabedian – „Quality of care is the extent to which actual care is in conformity with preset criteria for good care“ – wurde bereits vor fast 40 Jahren Qualität als Grad („Extent“) der Konformität definiert, die zwischen der tatsächlichen Behandlung („Actual Care“) und den Anforderungen („Preset Criteria for Good Care“) besteht. Damit entspricht diese Definition hinsichtlich ihrer Aktualität der DIN EN ISO 9000:2000 [8].

Qualitätsindikator

Qualitätsindikatoren sind Maße, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen soll. Qualitätsindikatoren sind Hilfsgrößen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Man könnte sie auch als qualitätsbezogene Kennzahlen bezeichnen. Einzelne Indikatoren beleuchten immer nur Teilaspekte der Qualität. Es ist daher sinnvoll, Zusammenstellungen mehrerer Indikatoren zur Beurteilung eines Versorgungsaspektes bzw. Kriteriums in Form von **Indikatorenprofilen** vorzunehmen.

Indikatoren sind unter anderem dazu geeignet, die Qualität von Führungs-, Kontroll- und Managementtätigkeiten sowie von klinischen und unterstützenden Tätigkeiten zu überwachen und zu bewerten, die patientenseitige Versorgungsergebnisse beeinflussen.

Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter bzw. schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu verwendet man definierte Ausprägungen des Indikators, den sogenannten Referenzwert oder Referenzbereich. Der Referenzbereich ist definiert als das Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als „unauffällig“ definiert wird. Ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, dessen Unter- und Obergrenze zusammenfallen. Referenzbereiche bzw. -werte müssen im Rahmen der Qualitätsanforderung festgelegt werden. Diese Festlegung kann entweder empirisch (statistisch) oder normativ (Expertenkonsens) erfolgen. Qualitätsindikatoren sind struktur-, prozess- und/oder ergebnisbezogen. Darüber hinaus müssen Qualitätsindikatoren – je nach Anwendung – den Anforderungen der Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität genügen [1].

Qualitätskontrolle

Fortlaufende Überwachung der Qualität von in Masse produzierten Gütern und erbrachten Dienstleistungen, z. B. die im Eichgesetz sowie in den Richtlinien der Bundesärztekammer und ihren Ausführungsbestimmungen geregelte Qualitätskontrolle im medizinischen Laboratorium (Richtigkeitskontrolle, Präzisionskontrolle, Ringversuche) [4]. Der englische Begriff „**to control**“ bedeutet „**steuern**“, „betätigen“, „regeln“, „regulieren“. Davon leitet sich der streng im betriebswirtschaftlichen Sinne zu interpretierende Begriff „Controlling“ bzw. „Quality Control“ ab. Er ist nicht gleichbedeutend mit dem deutschen Begriff „Kontrolle“. Kontrolle umfasst lediglich den Soll-Ist-Vergleich und ggf. die anschließende Abweichungsanalyse [8].

Qualitätsmanagement

„Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität. Leiten und Lenken bezüglich Qualität umfassen üblicherweise das Festlegen der → Qualitätspolitik und der → Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die → Qualitätssicherung und die → Qualitätsverbesserung“ (DIN EN ISO 9000:2000).

Qualitätsmanagement umfasst alle Aspekte im Rahmen der Unternehmensführung, die im Zusammenhang stehen mit der von der obersten Leitungsebene formulierten, grundlegenden Einstellung sowie den Absichten, Zielsetzungen und Maßnahmen in Bezug auf die Erreichung und Verbesserung von Qualität. Dabei sind vielfältige Einflussmöglichkeiten zu berücksichtigen, insbesondere Aspekte der Wirtschaftlichkeit, der Gesetzgebung, der Arbeitssicherheit, des Gesundheitsschutzes und der Umwelt. Hinzu kommen die Wünsche und Anforderungen der Kunden. Die Unternehmensleitung trägt eine nicht delegierbare Verantwortung für das Qualitätsmanagement und muss darüber hinaus auch aktiv für die konsequente Umsetzung auf allen Hierarchieebenen sorgen. Diese Philosophie mit der durchgängigen Einbeziehung aller für den Erfolg der Organisation wesentlichen Aspekte formuliert auch die Einleitung der Norm DIN EN ISO 9000:2005 in Form von acht Grundsätzen [7]:

1. Grundsatz: Kundenorientierung

„Organisationen hängen von ihren Kunden ab und sollten daher gegenwärtige und zukünftige

Erfordernisse der Kunden verstehen, deren Anforderungen erfüllen und danach streben, deren Erwartungen zu übertreffen.“

2. Grundsatz: Führung

„Führungskräfte schaffen die Übereinstimmung von Zweck und Ausrichtung der Organisation. Sie sollten das interne Umfeld schaffen und erhalten, in dem sich Personen voll und ganz für die Erreichung der Ziele der Organisation einsetzen können.“

3. Grundsatz: Einbeziehung der Personen

„Auf allen Ebenen machen Personen das Wesen einer Organisation aus, und ihre vollständige Einbeziehung ermöglicht, ihre Fähigkeiten zum Nutzen der Organisation einzusetzen.“

4. Grundsatz: Prozessorientierter Ansatz

„Ein erwünschtes Ergebnis lässt sich effizienter erreichen, wenn Tätigkeiten und dazugehörige Ressourcen als Prozess gelenkt werden.“

5. Grundsatz: Systemorientierter Ansatz

„Erkennen, Verstehen, Leiten und Lenken von miteinander in Wechselbeziehung stehenden Prozessen als System tragen zur Wirksamkeit und Effizienz der Organisation zum Erreichen der Ziele bei.“

6. Grundsatz: Ständige Verbesserung

„Wiederkehrende Tätigkeiten zur Erhöhung der Eignung, Anforderungen zu erfüllen.“

7. Grundsatz: Sachbezogener Ansatz zur Entscheidungsfindung

„Wirksame Entscheidungen beruhen auf der Analyse von Daten und Informationen.“

8. Grundsatz: Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen

„Eine Organisation und ihre Lieferanten sind voneinander abhängig. Beziehungen zum gegenseitigen Nutzen erhöhen die Wertschöpfung beider Seiten.“

Qualitätsmanagement-Handbuch (Quality Manual)

„Dokument, in dem das Qualitätsmanagement-System einer Organisation festgelegt ist. Qualitätsmanagement-Handbücher können hinsichtlich Detaillierung und Format an die Größe und Komplexität einer einzelnen Organisation angepasst sein“ (DIN EN ISO 9000:2000).

Somit legt die Organisation im Qualitätsmanagement-Handbuch fest, für welche Bereiche ihr Qualitätsmanagement-System gelten soll und welche Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten gegeben sind. Ferner wird beschrieben, welche Verfahren und Prozeduren für die Leistungserbringung im Einzelnen anzuwenden sind, und wie die Wechselwirkungen bzw. Schnittstellen der Prozesse definiert sind. Des Weiteren ist das Verfahren zur Aktualisierung und Verwaltung des Qualitätsmanagement-Handbuchs sowie zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems festzulegen. Das Qualitätsmanagement-Handbuch muss entsprechend der Norm den Ist-Zustand der Organisation beschreiben und dient als Grundlage für Audits und Zertifizierung [8].

Qualitätsmanagement-System

Zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderliche Organisationsstruktur, Verfahren, Prozesse und Mittel (aus DIN EN ISO 8402:08.95). Bei der Gestaltung ihrer Qualitätsmanagement-Systeme sind die Organisationen grundsätzlich frei. Weit verbreitet sind jedoch Qualitätsmanagement-Systeme, die anhand internationaler Normen, insbesondere aus der ISO-9000-Familie, aufgebaut werden. Diese Normen sehen unter anderem vor, dass das Qualitätsmanagement-System in den Qualitätsmanagement-Dokumenten beschrieben wird, welche zumindest aus dem Qualitätsmanagement-Handbuch bestehen, in der Regel aber zusätzlich auch aus mitgeltenden Unterlagen [1].

Qualitätsplanung

„Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Festlegen der Qualitätsziele und der notwendigen Ausführungsprozesse sowie der zugehörigen Ressourcen zur Erfüllung der Qualitätsziele gerichtet ist“ (DIN EN ISO 9000:2000).

Qualitätspolitik

„Übergeordnete Absichten und Ausrichtung einer Organisation zur Qualität, wie sie von der obersten Leitung formell ausgedrückt wurden“ (DIN EN ISO 9000:2000).

Qualitätssicherung (Quality Qssurance)

„Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden“ (DIN EN ISO 9000:2000).

In der aktuellen Terminologie der Normenreihe wird Qualitätssicherung – gemäß der wörtlichen Übersetzung – als „Qualitätszusicherung“ verstanden (in der Vorläuferversion DIN EN ISO 8402:1995 wurde hierfür der Begriff „Qualitätsmanagement-Darlegung“ gebraucht). Hierunter sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Kunden und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen schaffen, dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt – sprich: eine exzellente Qualität erreicht. In diesem Sinne kann Qualitätssicherung z. B. in Form von Qualitätsdarlegungen bzw. Qualitätsnachweisen erfolgen (Qualitätsberichte, Zertifizierung gemäß DIN EN ISO 9001:2000, Zertifizierung gemäß KTQ, Qualitätspreise etc.).

In der Gesundheitsversorgung in Deutschland spielte der Begriff „Qualitätssicherung“ bisher eine zentrale Rolle für verschiedenste Aktivitäten. Es wurde traditionell zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. „Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen“ umfassten durchaus Aspekte der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements. Unter „externer Qualitätssicherung“ wurden (und werden) insbesondere Qualitätssicherungsmaß-

nahmen mit externen Vergleichen verstanden. Einige der bekanntesten Verfahren – z. B. in der Perinatalogie und Neonatologie als Vollerhebungen, in der Chirurgie nach der → Tracer-Methodik mit bestimmten Eingriffen – beruhen auf diesem methodischen Konzept, nämlich standardisiert qualitätsrelevante Daten zu dokumentieren (als Qualitätsaufzeichnungen im Sinne der DIN EN ISO 9001:2000), diese als Qualitätsindikatoren einrichtungsübergreifend statistisch auszuwerten und damit der einzelnen Einrichtung ein Instrument der Qualitätsbewertung an die Hand zu geben, so dass aus der retrospektiven Analyse ggf. künftige Handlungsänderungen abgeleitet werden können. Im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung (§§ 135 ff. SGB V) zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung haben Maßnahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung einen zentralen Stellenwert erhalten, z. B. im Kontext mit neuen Vergütungsformen als Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. Nicht nur im Gesetzestext (SGB V und XI), auch sonst wird im Gesundheitswesen häufig der Begriff „Qualitätssicherung“ noch im traditionellen Wortsinn verwendet, obwohl dieser nach aktueller Definition eine gänzlich andere Bedeutung hat [8].

Qualitätsüberwachung

Ständige Überwachung und Verifizierung des Zustandes einer Einheit sowie Analyse von Aufzeichnungen, um sicherzustellen, dass festgelegte Qualitätsforderungen erfüllt werden. Qualitätsüberwachung kann durch den Kunden oder in seinem Auftrag durchgeführt werden. Qualitätsüberwachung kann Beobachtungs- und Überwachungstätigkeiten bedeuten, die der Verschlechterung oder Beeinträchtigung einer Einheit (z. B. eines Prozesses) im Laufe der Zeit vorbeugen können. „Ständige“ kann entweder dauernd oder häufig bedeuten [1].

Qualitätsverbesserung

Teil des Qualitätsmanagements, der auf die Erhöhung der Fähigkeit zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen gerichtet ist. Die Anforderungen können jeden beliebigen Aspekt betreffen, wie Wirksamkeit, Effizienz oder Rückverfolgbarkeit (DIN EN ISO 9000:2000).

Qualitätsziele

„Etwas bezüglich Qualität Angestrebtes oder zu Erreichendes. Qualitätsziele beruhen im Allgemeinen auf der Qualitätspolitik der Organisation. Qualitätsziele werden im Allgemeinen für die zutreffenden Funktionsbereiche und Ebenen in der Organisation festgelegt“ (DIN EN ISO 9000:2000).

Qualitätsziele operationalisieren die Qualitätspolitik für die einzelnen Fachabteilungen, Funktionsbereiche und Ebenen der Organisation. Sie spezifizieren diejenigen Aspekte, die von strategischer Bedeutung hinsichtlich Qualität sind und präzisieren unmittelbar den gewünschten Zielerreichungsgrad in dieser Organisation. Sie machen den Qualitätsanspruch nachvollziehbar, transparent und beziehen die Mitarbeiter aktiv in die Umsetzung ein. Damit dienen Qualitätsziele zur Orientierung innerhalb der Organisation. Die Festlegung der ggf. unterschiedlich akzentuierten Qualitätsziele erfolgt im Rahmen der Qualitätsplanung, die kontinuierliche Überwachung in Bezug auf den Zielerreichungsgrad durch die Qualitätslenkung.

Qualitätsziele sollten bestimmten Grundanforderungen genügen, z. B. der SMART-Regel:

Spezifisch
Messbar
Aktionsorientiert
Realistisch
Terminierbar.

Typische Qualitätsziele in Einrichtungen des Gesundheitswesens sind Vorgaben bezüglich der Patienten-, Einweiser-, und Mitarbeiterzufriedenheit, der Rate komplikationsloser Verläufe, der Zahl an Beschwerden, der Zahl ungeplanter stationärer Wiederaufnahmen sowie weitere Prozesskennzahlen bzw. Qualitätsindikatoren mit den ihnen zugeordneten Referenzbereichen [8].

Qualitätszirkel

Ärztliche Qualitätszirkel sind auf freiwilliger Initiative gegründete Foren (Kleingruppen) für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch, der problembezogen, systematisch und zielgerichtet ist und der in gleichberechtigter Diskussion der Teilnehmer eine gegenseitige Super-vision zum Ziel hat.

In der Organisation Krankenhaus wird der Begriff „Qualitätszirkel“ nicht nur auf berufsgruppenspezifische (Ärzte, Pflegende), sondern insbesondere auch auf berufsgruppen- und abteilungsübergreifende Gruppen angewendet. Hiervor wird im Allgemeinen der Begriff „Qualitätsteam“ bzw. „Projektgruppe“ abgegrenzt.

Während ein Qualitätszirkel in identischer Zusammensetzung und festgelegten Zeitintervallen regelmäßig, aber mit wechselnden Themenschwerpunkten arbeitet, erhält ein Qualitätsteam zur Bearbeitung eines Qualitätsproblems einen definierten Arbeitsauftrag mit entsprechenden Ressourcen und arbeitet zeitlich begrenzt. Sowohl Qualitätszirkel als auch Qualitätsteams sollten bei ihrer Arbeit sehr systematisch, streng themenzentriert, zielbezogen und in definiertem zeitlichem Rahmen vorgehen. Die Ergebnisse werden dabei protokolliert und zumeist einer beauftragenden Organisationseinheit (z. B. Krankenhausleitung, Leitlinien-Kommission etc.) zur Beschlussfassung vorgestellt [8].

Reliabilität

Zuverlässigkeit. Gütekriterium, das die Messgenauigkeit eines Verfahrens angibt. Im Hinblick auf menschliche Messungen wird auch von Objektivität bzw. Interbeobachterübereinstimmung gesprochen. Der eng verwandte Begriff der „Reproducibility“ wird im engeren Sinne für die Wiederholungsstabilität eines technischen Messvorganges verwandt.

Psycho- und Soziometrie bestehen zu einem überwiegenden Teil aus Reliabilitäts- und Validitätstests. Diese werden dann exakter nach dem jeweils verwandten Bestimmungsverfahren bezeichnet (z. B. Splithalf-Reliabilität) [1].

Richtlinie

Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht [1].

Selbstbewertung (synonym zu Selbstevaluation)

Selbstbewertung kann einen Gesamtüberblick über die Leistung der Organisation und den Reifegrad des Qualitätsmanagement-Systems bereitstellen. Diese Methode wird häufig genutzt, um Stärken und Verbesserungspotenziale in der Organisation zu erkennen und entsprechende Maßnahmen umzusetzen. Die Selbstbewertung erfolgt nach einem Katalog vorgegebener Bewertungskriterien und hat eine Punktzahl als Ergebnis [8].

Standard

Eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsforderungen. Die Verwendung des Begriffs „Standard“ ist, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, sehr vielschichtig. Von der seinerzeit von Donabedian publizierten Definition zur Unterscheidung zwischen statistischen („empirischen“) und qualitativen („normativen“) Standards (siehe unten) würde man nach aktuellem Diskussionsstand noch die Formulierung des qualitativen Standards akzeptieren, der auf die heute gebräuchlichen Begriffe „Richtlinie“ bzw. „Leitlinie“ hinweist [1].

Standard, qualitativer

Die Wertigkeit und damit die Verbindlichkeit eines Standards entsprechen dem einer Richtlinie. Die im deutschen Sprachgebrauch innerhalb einer Berufsgruppe oder Einrichtung konsentierten Regelungen, die zum Teil als „Standard“ bezeichnet werden (z. B. „Pflegestandard“, „Hygienestandard“ etc.), entsprechen entweder Richtlinien oder Leitlinien.

Im angelsächsischen Sprachraum existieren ebenfalls unterschiedliche Bedeutungen des Begriffs „Standard“. Während Eddy et al. [10] „Standard“ (siehe oben) als Normsetzung primär auf qualitativer Ebene betrachten und damit dem nahe kommen, was im deutschen Sprachraum z. B. Richtlinien oder Leitlinien sind, gibt es eine ältere Definition, z. B. bei Donabedian: „A standard is a precise, quantitative specification of the state of a criterion that will constitute quality of a given degree“ bzw. „A standard is taken to mean a precise, quantitative statement for goodness in any criterion“ [9].

Die American Medical Association (AMA) wiederum liefert eine ähnliche Interpretation: „Standards are professionally developed expressions of the range of acceptable variation from a norm or criterion“ [2]. Hierbei handelt es sich um Definitionen, die ausschließlich die quantitative Sicht umfassen.

Die zugehörige Norm oder Qualitätsforderung, das heißt qualitative Vorgabe (z. B. Richtlinie, Leitlinie bzw. das, was Eddy et al. [10] als „Standard“ definieren) wird vorausgesetzt. Diese Definition von „Standard“ entspricht damit dem deutschen Begriff „Referenzbereich“ bzw. „Referenzwert“ [1].

Strukturierter Dialog (ehemaliges BQS-Verfahren, 2009 vom AQUA-Institut übernommen)

Gemeinsam mit den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung hat das BQS-Institut unter dem Namen „strukturierter Dialog“ ein Stufenschema zur Einleitung und Überprüfung von Verbesserungsmaßnahmen entwickelt.

Ein auffälliges Ergebnis bei einem Qualitätsindikator erfordert weitere Analysen und Maßnahmen. Zunächst muss geprüft werden, ob die Auffälligkeit auf ein echtes Qualitätsproblem zurückzuführen ist oder ob z. B. Besonderheiten im behandelten Patientenkollektiv eine Rolle spielen.

Wenn ein Qualitätsproblem vorliegt, muss ein Konzept erarbeitet werden, welche Verbesserungsmaßnahmen erforderlich sind und wie diese am effektivsten umgesetzt werden können. Die erforderlichen Schritte sind in ein strukturiertes Peer-Review-Verfahren integriert. So werden im ersten Schritt aufwandsarm strukturierte Stellungnahmen eingeholt, bei Bedarf

werden jedoch auch Visitationen anhand klarer Kriterien durchgeführt. Bei der Durchführung des strukturierten Dialogs können verschiedene Methoden eingesetzt werden:

An rechnerisch auffällige Krankenhäuser können Hinweise verschickt werden. Das Krankenhaus wird darin aufgefordert, die Ursachen für das auffällige Ergebnis zu analysieren und gegebenenfalls erforderliche Maßnahmen einzuleiten.

In den meisten Fällen werden auffällige Krankenhäuser um eine schriftliche Stellungnahme darüber gebeten, welcher Grund für die Auffälligkeit festgestellt wurde und welche Maßnahmen ggf. bereits erfolgt sind. Die Fachexperten in den Fach- und Arbeitsgruppen der Geschäftsstellen analysieren die anonymisierten Stellungnahmen und bewerten, ob die Analysen und Maßnahmen des Krankenhauses sachgerecht und ausreichend sind.

In besonderen Fällen können auch persönliche Gespräche zwischen Vertretern der auffälligen Krankenhäuser und den Fachgruppen vereinbart werden.

Eine weitere Möglichkeit des strukturierten Dialogs ist das Gespräch zwischen dem Krankenhaus und den neutralen Fachexperten vor Ort bei einer Begehung, um auch Strukturen und Abläufe direkt begutachten zu können. Diese Visitationen erfolgen auf der Grundlage eines strukturierten Kriterienkatalogs, nach dem sowohl generelle wie auch fachgebietsspezifische Struktur- und Prozessmerkmale evaluiert werden. Verbesserungsmaßnahmen können zielgerichtet und kurzfristig eingeleitet werden [3].

Strukturqualität

Ein Aspekt der Qualität der medizinischen Versorgung, der bestimmt wird durch die Rahmenbedingungen im Einzelfall und durch die politischen und ökonomischen Faktoren, unter denen ärztliche Tätigkeit stattfindet (z. B. technische Ausstattung der Praxis, Zugangsmöglichkeiten für Patienten, Fähigkeiten des Praxispersonals, Genauigkeit der Datendokumentation, Ausbildungsstand des Arztes) [1].

Total Quality Management

Siehe → umfassendes Qualitätsmanagement.

Tracer-Methode (Tracer synonym mit Aufgreifkriterium)

Tracer- oder Qualitätsmerkmale sind in der Regel spezifische Gesundheitsprobleme oder Diagnosen, die eine Beurteilung der Stärken und Schwächen der jeweilig durchgeführten Versorgungsmaßnahme erlauben. Für einige medizinische Bereiche, in denen sich Tracer gut herleiten lassen, wurde eine Methode zur tracerbasierten Qualitätssicherung entwickelt.

Mit Tracer-Methoden werden auch Qualitätsverfahren in der medizinischen Qualitätssicherung bezeichnet, bei denen von den Ergebnissen exemplarisch ausgewählter Krankheitsbilder auf andere erbrachte Leistungen geschlossen wird (Pars-pro-toto-Ansatz). Tracer-Methoden werden oft in den operativen Disziplinen eingesetzt. Tracer müssen bestimmte Anforderungen erfüllen. So müssen sie beispielsweise leicht diagnostizierbar und gut definierbar sein, hinlänglich bekannt sein und in einer hinreichenden Frequenz auftreten [1].

Umfassendes Qualitätsmanagement

„Auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen

Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt. Der Ausdruck „alle ihre Mitglieder“ bezeichnet jegliches Personal in allen Stellen und allen Hierarchieebenen der Organisationsstruktur. Wesentlich für den Erfolg dieser Methode ist, dass die oberste Leitung überzeugend und nachhaltig führt und dass alle Mitglieder der Organisation ausgebildet und geschult sind. Der Begriff „Qualität“ bezieht sich beim umfassenden Qualitätsmanagement auf das Erreichen aller geschäftlichen Ziele. Der Begriff „Nutzen für die Gesellschaft“ bedeutet Erfüllung der an die Organisation gestellten Forderungen der Gesellschaft. Total Quality Management (TQM) oder Teile davon werden gelegentlich auch „Total Quality“, „CWQC“ (Company-wide Quality Control), „TQC“ (Total Quality Control) usw. genannt“ (DIN EN ISO 8402:1995, Nr. 3.729).

Validität

Gültigkeit. Grad der Genauigkeit, mit dem ein Testverfahren das misst, was es messen soll. Die Validität ist das wichtigste, jedoch auch das am schwierigsten zu bestimmende Gütekriterium (siehe auch → Reliabilität). Nach der Bestimmungsmethode werden verschiedene Gültigkeiten voneinander unterschieden (z. B. Konstruktvalidität, Augenscheinvalidität etc.) [1].

Zertifizierung

„Maßnahme durch einen unparteiischen Dritten, die aufzeigt, dass angemessenes Vertrauen besteht, dass ein ordnungsgemäß bezeichnetes Erzeugnis, Verfahren oder eine ordnungsgemäß bezeichnete Dienstleistung in Übereinstimmung mit einer bestimmten Norm oder einem bestimmten anderen normativen Dokument ist“ (DIN EN 45013:1990). Der Begriff „Zertifizierung“ ist in der aktuellen Fassung der DIN EN ISO 9000:2000 zu Grundlagen und Begriffen nicht definiert. Im Sprachgebrauch wird darunter der Nachweis der Konformität durch ein Audit und die offizielle Bestätigung durch eine akkreditierte Stelle verstanden. Damit entspricht der Begriff „Zertifizierung“ inhaltlich dem Audit: „Audits dienen der Ermittlung, inwieweit die Qualitätsmanagement-Anforderungen erfüllt sind, um die Wirksamkeit des Qualitätsmanagement-Systems zu bewerten und Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen“ [8].

Das Glossar wurde unter Berücksichtigung von folgenden Literaturquellen erstellt:

- [1] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung (Auf der Grundlage des Curriculums Ärztliches Qualitätsmanagement von BÄK, KBV, AWMF). 3. überarbeitete und erweiterte Auflage; 2009.
- [2] American Medical Association. PSROs and Norms of CareA Report by the Task Force on Guidelines of Care: American Medical Association Advisory Committee on PSRO. JAMA1974; 229:166-171.
- [3] BQS-Institut. „Strukturierter Dialog“ – Wie wird der Strukturierte Dialog durchgeführt? Available from: <http://www.bqs-institut.de/innovationen/strukturierter-dialog/strukturierter-dialog-durchfuehrung/170-strukturierter-dialog-wie.html> (Last visited: 2012 SEP 05); 2011.
- [4] Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Curriculum Qualitätsmanagement / Ärztliche Qualitätssicherung 2. Auflage; 2000.
- [5] DeGEval – Gesellschaft für Evaluation. Standards für Evaluation – Auszug aus: DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e.V. (2008) (Hg.): Standards für Evaluation, 4. unveränderte Auflage. Mainz: 10-13. Available from: http://www.archive-de.com/de/d/degeval.de/2012-06-12_50207_11/Standards_f%C3%BCr_Evaluation/ (Last visited: 2012 SEP 05); 2008.
- [6] DIN Deutsches Institut für Normung e. V. DIN EN ISO 9000:2000-12 Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2000); Dreisprachige Fassung EN ISO 9000:2000. Beuth Verlag GmbH; 2000.
- [7] DIN Deutsches Institut für Normung e. V. DIN EN ISO 9000:2005-12 Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2005); Dreisprachige Fassung EN ISO 9000:2005. Berlin: Beuth Verlag GmbH; 2005.
- [8] Donabedian A. Criteria and Standards for Quality Assessments and Monitoring. Quality Review Bulletin 1986;12:99-108.
- [9] Eddy DM. Performance measurement: problems and solutions. Health Affairs 1998;17(4):7-25.
- [10] Geraedts M, Selbmann H-K, Ollenschläger G. Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen. ZaeFQ 2002;96:91-6.
- [11] Gutknecht-Gmeiner M, öibf – Österreichisches Institut für Berufsbildungsforschung. Europäisches Peer Review Handbuch für die berufliche Erstausbildung – Leonardo da Vinci-Projekt (AT/04/C/F/TH-82000). Available from: <http://www.peer-review-education.net/calimero/tools/proxy.php?id=12385> (Last visited: 2012 SEP 05); 2007.
- [12] Lippmann ED. Intervision: Kollegiales Coaching professionell gestalten. Springer, 2009.
- [13] Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based Medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312(7023):71-2.

- [14] Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB. Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 2 ed. Edingburgh; 2000.
- [15] Sens B, Fischer B, Bastek A, Eckardt J, Kaczmarek D, Paschen U, et al. Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements – 3. Auflage. GMS Med Inform Biom Epidemiol 2007;3(1):Doc05.
- [16] Stockmann R, Meyer W, Caspari A. Evaluation: Eine Einführung. Verlag Barbara Budrich – UTB; 2009.
- [17] Tietze K-O. Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung. 1. Auflage ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010.

10. Literatur

- Blum K, Hanel E, Mündermann-Hahn A, Storm T, Thoma E. Leitfaden Klinische Audits – Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 143, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, ed. Baden-Baden: Nomos; 2002.
- Bundesärztekammer (BÄK). Curriculum Ärztliches Peer Review, 2. Auflage 2013. Available from: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.120.1116.9069&all=true> (Last visited: 2013 SEP 10) 2013.
- Colla JB, Bracken AC, Kinney LM, Weeks WB. Measuring patient safety climate: a review of surveys. Qual Saf Health Care 2005;14(5):364-6.
- DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e.V. DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e. V. (Hg.): Standards für Evaluation, 4. unveränderte Auflage 2008, Mainz. Available from: <http://www.degeval.de/images/stories/Publikationen/DeGEval-Standards.pdf> (Last visited: 2013 SEP 10) 2008.
- Ehrlich K. Auf dem Weg zu einem neuen Konzept wissenschaftlicher Begleitung. Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis 1995; 24(1):32-7.
- Grol R. Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide. Qual Health Care 1994;3(3):147-52.
- Gutknecht-Gmeiner M, öibf – Österreichisches Institut für Berufsbildungsforschung. Europäisches Peer Review Handbuch für die berufliche Erstausbildung – Leonardo da Vinci-Projekt (AT/04/C/F/TH-82000). Available from: <http://www.peer-review-education.net/calimero/tools/proxy.php?id=12385> (Last visited: 2013 SEP 10); 2007.
- Krahwinkel W, Meier-Hellmann A, Zacher J, (Hrsg.). Peer Review: sicher ist besser. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2013.
- Pfaff H, Hammer A, Ernstmann N, Kowalski C, Ommen O. Sicherheitskultur: Definition, Modelle und Gestaltung [Safety culture: definition, models and design]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes 2009;103(8):493-7.
- Reiter A, Fischer B, Kötting J, Geraedts M, Jäckel WH, Barlag H, et al. BQS gGmbH (Hrsg.) QUALIFY: Ein Instrument zur Bewertung von Qualitätsindikatoren. Available from: <http://bqs-institut.de/innovationen/qualify-instrument.html>; (Last visited: 2014 JAN 07) 2007
- Schrappe M. Was ist ein gutes „safety climate“? Zum Begriff der Sicherheitskultur – Vortrag auf dem 15. Berliner Workshop „Interventionen zur Infektionsprävention: Die Krankenhaushygiene als Initiator“. 2011 January 28. Available from: URL: <http://www.schrappe.com/ms/files/u1/material/hygiene11.pdf> (Last visited: 2013 SEP 10)
- Sens B, Fischer B, Bastek A, Eckardt J, Kaczmarek D, Paschen U et al. Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements – 3. Auflage. GMS Med Inform Biom Epidemiol 2007;3(1).
- Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation Theory, Models, and Applications (Research Methods for the Social Sciences). Jossey-Bass – A Wiley Imprint; 2007.