

Auswahlverfahren für IQM Peer Reviews

Natalia Kelsch und Jan-Peter Braun

IQM Mitgliedskrankenhäuser verpflichten sich im Rahmen ihrer Mitgliedschaft dazu, träger- und länderübergreifende Peer Reviews zur Verbesserung der Behandlungsqualität durchzuführen. Nach einem standardisierten Verfahren werden die für ein IQM Peer Review ausgewählten Krankenhäuser von einem multidisziplinären, teils auch interprofessionell zusammengesetzten Peerteam aus Ärzt:innen und Pflegekräften besucht. Ihre Aufgabe ist es, Patientenakten, die nach spezifischen Kriterien ausgewählt wurden, anhand eines Analyse Kriterienkataloges auf Stärken und Verbesserungspotenzial im Behandlungsablauf hin zu untersuchen. Gemeinsam mit der besuchten Klinik werden im anschließenden Kollegialen Dialog Ergebnisse der Aktenanalyse besprochen und Lösungsansätze entwickelt, die auf die Verbesserung der Behandlungsqualität abzielen. Eine strukturierte Erfassung der Ergebnisse erfolgt im Peer Review Protokoll. Es bildet die Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung eines konkreten Maßnahmenkatalogs und die Umsetzung durch die besuchte Klinik.

12.1 Auswahl der Fragestellung und besuchte Krankenhäuser

Die Auswahl der IQM Peer Reviews erfolgt einmal jährlich, zentral durch die Lenkungsgruppe Peer Review (ein Gremium aus aktiven pflegerischen und ärztlichen Peers). Die Auswahlkriterien werden zu Beginn des Verfahrensjahres abgestimmt und festgelegt. Dazu gehören die

Datenbasis auf der die Auswahl erfolgen soll, die Pilot Fragestellungen für das Verfahrensjahr sowie der Algorithmus für die Fallselektion. Die Auswahl eines Mitgliedskrankenhauses für ein Peer Review kann dabei aufgrund einer statistischen Auffälligkeit in den Ergebnissen der Qualitätsmessungen, einer Pilot Fragestellung oder einer freiwilligen Meldung der ärztlichen Leitung einer Fachabteilung erfolgen.

12.1.1 Freiwillige Peer Reviews

Die sogenannten freiwilligen Peer Reviews können ganzjährig und formlos über die Geschäftsstelle IQM angemeldet werden. Die Fachexpert:innen der Lenkungsgruppe Peer Review unterstützen die IQM Mitglieder bei der Entwicklung eigener Fragestellung und der Auswahl der zu analysierenden Fälle. Ausgangspunkte für ein freiwilliges Peer Review können dabei Beobachtungen von Sachverhalten (z.B. erhöhte Komplikationsraten), Überprüfung neuimplementierter Versorgungskonzepte (z.B. Delir-Management auf der Intensivstation) oder Beurteilung der Versorgung von besonderen Patient:innen (z.B. multimorbide und palliativversorgte Patient:innen) sein. Voraussetzung ist, dass die ärztliche Leitung einer Fachabteilung das Peer Review selbst anmeldet und die Auswahl der Fälle über die vorliegenden Daten möglich ist. Um etwaiger Instrumentalisierung des Verfahrens vorzubeugen, ist die Anmeldung eines freiwilligen Peer Review durch die Geschäftsführung oder das Qualitätsmanagement ausgeschlossen. Bis 2022 konnten rund 44 freiwillige Peer Reviews zu eigenen Fragestellungen erfolgreich bei IQM durchgeführt werden.

12.1.2 Pilot Peer Reviews

Im Rahmen von Pilot Peer Reviews werden neue Fragestellungen erprobt, die aus früheren Peer Review Ergebnissen oder aktuellen gesundheitspolitischen Themen abgeleitet werden. Pilot Peer Reviews ermöglichen die Untersuchung besonderer Fragestellungen im kleineren Umfang, unterstützt durch speziell entwickelte Bewertungsbögen, bevor sie ggf. in das reguläre IQM Peer Review Verfahren überführt werden.

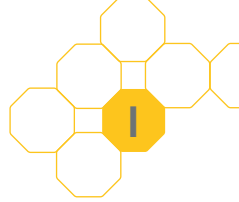
2019 wurde beispielsweise die „Indikationsqualität bei Erstimplantation der Hüft-Totalendoprothese (Hüft-TEP)“ in acht Pilot Peer Reviews untersucht. Für die Auswahl der zu besuchenden Kliniken wurden unterschiedliche Versorgungsstufen und Trägergruppen der

Krankenhäuser berücksichtigt. Es wurden sowohl High-volume-Krankenhäuser für Hüft-Endoprothesen (mehr als 2.000 Fälle pro Jahr) als auch Kliniken mit weniger als 20 Hüft-TEP Operationen im Jahr ausgewählt. Die Fallauswahl erfolgte, wie bei den meisten Pilot Peer Reviews, randomisiert in der Altersklasse 55 bis 65 Jahre. Insgesamt wurden die Behandlungsprozesse anhand von rund 200 Fallakten untersucht. Dabei fand sich vor allem in Krankenhäusern, die wenige Hüft-TEP Operationen durchführten, vermehrt Verbesserungspotenzial. Zu den häufigsten festgestellten Problemen zählten nicht ausgeschöpfte konservative Therapie, nicht ausreichend durchgeführte Thromboseprophylaxe sowie lückenhaft dokumentierte präoperative Diagnostik. Peer Reviews zur Indikationsqualität wurden durch die IQM Gremien als ergiebig bewertet und in das reguläre Peer Review Verfahren überführt.

Im Verfahrensjahr 2022 wird insbesondere die Indikationsstellung bei interventionellen oder operativen Verfahren und das Delir-Management in Pilot Peer Reviews untersucht.

12.1.3 Auswahl aufgrund statistischer Auffälligkeit

Die IQM Peer Reviews werden in der Regel über eine statistische Auffälligkeit ausgewählt. Die Datengrundlage dafür bildet die aktuelle IQM Ganz- oder Halbjahresauswertung. Die Inpatient Quality Indicators (G-/CH-IQI) werden aus den Abrechnungsdaten der Krankenhäuser (§ 21 KHEntgG in Deutschland und BfS in der Schweiz) mit den darin enthaltenen medizinischen Dokumentationsdaten halbjährlich durch 3M für die IQM Mitgliedskrankenhäuser ermittelt. Die Verwendung der Routinedaten als Basis für die Qualitätsmessungen ist mit einigen Vorteilen gegenüber anderen Arten der Datenerhebungen verbunden (s. Abb. 1). Neben der Vermeidung von zusätzlichem Erfassungsaufwand für die Krankenhäuser sind ebenso Aspekte der Validität und Vollständigkeit der Daten zu nennen. In der aktuell verwendete-



ten Version 5.4 enthalten die G-IQI insgesamt 503 Ergebnis-, Mengen- und Verfahrenskennzahlen zu über 65 bedeutsamen Krankheitsbildern und decken ca. 56% der stationären Fälle in Deutschland ab (Nimptsch u. Mansky 2022). Die daraus berechneten Qualitätsindikatoren können zur Beurteilung und Bewertung der medizinischen Ergebnisqualität genutzt werden.

IQM nutzt die von einem Referenzwert abweichenden Ergebnisse, um Peer Reviews für Mitgliedskrankenhäuser gezielt auszuwählen. Eine Abweichung von einem Vergleichswert (z.B. Erwartungswert oder Bundesreferenzwert) gilt dabei als statistische Auffälligkeit, die man weiter analysieren sollte, z.B. durch interdisziplinäre und interprofessionelle Peer Reviews, die die tiefergehende Fallanalyse zur Ableitung von Verbesserungspotenzial ermöglichen.

Die Auswahl eines Krankenhauses nach SMR (Standardized Mortality Ratio) erfolgt bei einem von der Lenkungsgruppe Peer Review festgelegten Wert z.B. $\geq 1,2$. Die SMR beschreibt das Verhältnis zwischen beobachteter Rate der Sterblichkeit und einem Erwartungswert, der für jedes Mitglieds Krankenhaus und Hauptdiagnose getriggerte Indikatoren individuell berechnet werden kann. Der Erwartungswert sagt aus, welche Sterblichkeit vorgelegen hätte, wenn sich die eigene Patientengruppe hinsichtlich Alter und Geschlecht beim jeweiligen Indikator wie der Bundesdurchschnitt verteilen würde (Risikoadjustierung) (Nimptsch u. Mansky 2022).

Dieses Vorgehen lässt sich an einem Beispiel gut verdeutlichen. Abbildung 2 zeigt exemplarisch die berechneten Ergebnisse des Musterkrankenhauses A für den G-IQI Indikator 01.1 – Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter > 19), Anteil Todesfälle. Mit einer SMR von 1,33 ist das Musterkrankenhaus A statistisch auffällig, da 33% mehr Patient:innen am Herzinfarkt verstorben sind als für dieses Krankenhaus und Patientengruppe zu erwarten gewesen wäre. Damit könnte Musterkrankenhaus A für ein Peer Review ausgewählt werden.

Vorteile der Qualitätsmessung mit Routinedaten

- hohe Effizienz ohne zusätzlichen Erfassungsaufwand in den Krankenhäusern
- hohe Validität der Daten (§21 und BfS) – bestgeprüfte Daten des Gesundheitswesens
- Objektivität (leichte Überprüfbarkeit) und geringe Manipulierbarkeit
- 100%ige Vollständigkeit durch Abrechnung aller stationären Fälle
- kurzfristig verfügbar

Informationen, die aus Routinedaten gewonnen werden
Neben Alter und Geschlecht, werden Diagnosecodes, Merkmale von Haupt- und Nebendiagnose sowie die dokumentierten Prozeduren berücksichtigt. Durch Ein- und Ausschlusskriterien und definierte Funktionen und Algorithmen, können gezielt Fragestellungen beantwortet werden, die die Sterblichkeit, Komplikationen oder Prozessfragestellungen bewerten.

Abb. 1 Gründe für die Verwendung von Routinedaten zur Berechnung der Qualitätsindikatoren

Neben den Ergebnissen der G-IQI/CH-IQI Auswertung gibt es weitere Voraussetzungen für die Peer Review Auswahl. Dazu gehört, dass kein Peer Review in der zu besuchenden Mitgliedsklinik zur gleichen Fragestellung im Vorjahr durchgeführt wurde, ausreichend Fälle zur Fallselektion vorhanden sind sowie ausreichend Fachexpert:innen (Peers) für die Fragestellung des Peer Review zur Verfügung stehen.

Alle der Auswahl zugrundeliegenden Kriterien werden für die IQM Mitglieder transparent auf der IQM Website veröffentlicht und können auch für die vergangenen Jahre abgerufen werden (IQM 2022).

12.2 Fallselektion für Peer Reviews

Ähnlich wie die Auswahl der Krankenhäuser, erfolgt die Fallauswahl für IQM Peer Reviews nach vorher festgelegten Kriterien, die ebenfalls innerhalb der Lenkungsgruppe Peer Review festgelegt werden. In der Regel werden 16 Fälle, die nach Alter (z.B. die 16 jüngsten Patient:innen), Behandlungsdauer (z.B. 16 Patient:innen mit längster Verweildauer) oder durchgeführter Prozedur (z.B. 16 operierte Patient:innen, die länger als 24 Stunden beatmet wurden) selektiert werden. Des Weiteren wird

| Gesamtüberblick | | Musterkrankenhaus A | | | | |
|-----------------|---|---------------------|--------|-------|--------|--------|
| QI Set | Indikatoren | SMR / Ratio | Rate | EW | Zähler | Nenner |
| GIQI54 | A - Erkrankungen des Herzens | | | | | |
| GIQI54 | 01 - Herzinfarkt | | | | | |
| GIQI54 | 01.1 - Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufget | 1,33 | 10,55% | 7,92% | 27 | 256 |

Abb. 2 Auszug aus dem 3M Online Reporting (3M 2022)

festgelegt, ob Fälle aus dem Zähler (in der Regel verstorbene Patient:innen), Nenner (überlebende Patient:innen) oder sowohl als auch in der Fallselektion berücksichtigt werden. Das hängt im Wesentlichen vom Fokus der Fragestellung ab. Um die stationäre Versorgung von Herzinfarkt-Patient:innen im Musterkrankenhaus A (s. Abb. 2) zu beurteilen, könnten die 16 jüngsten, verstorbenen Patient:innen mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt für die Aktenanalyse selektiert werden.

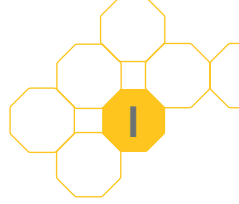
Leider gibt es auch relevante Informationen, die nicht im § 21-Datensatz enthalten sind, wie z.B. Laborwerte, Patientenverfügungen oder das Vorhandensein einer Erkrankung zum Zeitpunkt der Aufnahme. Diese können somit weder für die Spezifikation des Indikators noch für die Fallauswahl berücksichtigt werden. Die dadurch bedingte Limitation der Methodik wird zugunsten der einfachen Verfügbarkeit und des geringen Mehraufwandes für die Bereitstellung der Daten akzeptiert und entsprechend berücksichtigt. Grundsätzlich wird der gesamte Behandlungsprozess von Aufnahme bis Entlassung hinsichtlich der Stärken und Verbesserungspotenziale durch ein multidisziplinäres und interprofessionelles Peerteam betrachtet. Die retrospektiven Fallanalysen ermöglicht es interdisziplinäre Schnittstellen oder abteilungsübergreifende Behandlungsprozesse (z.B. von palliativversorgten Patient:innen) zu durchleuchten und Verbesserungsmaßnahmen einzuleiten.

12.3 Zusammenstellung der Peerteams

IQM Peer Reviews werden von einem multidisziplinären und interprofessionellen Team aus leitenden Ärzt:innen und Pflegefachkräften, den sogenannten IQM Peers, durchgeführt. Die Zusammenstellung dieser Teams obliegt, analog zur Auswahl des zu besuchenden Krankenhauses und Fragestellung, der Lenkungsgruppe Peer Review. Alle IQM Peers sind nach dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer fortgebildet (Bundesärztekammer 2013). Derzeit stehen rund 300 einsatzbereite IQM Peers aus Deutschland und der Schweiz zur Verfügung (s. Kap. I.8). Ein Peerteam wird abhängig von der Fragestellung und Größe des zu besuchenden Krankenhauses, aus vier bis sieben Peers zusammengestellt. Dabei werden, neben einer Teamleitung, weitere Peers mit entsprechender Fachexpertise für die Fragestellung sowie korrespondierenden Fachrichtungen zugeteilt. Daneben werden weitere Faktoren bei der Peerteam-Zusammenstellung berücksichtigt:

- Erfahrung mit Peer Reviews
- Größe des zu besuchenden und des entsendenden Krankenhauses
- Entfernung und Erreichbarkeit des zu besuchenden Krankenhauses
- max. zwei Einsätze pro Jahr

Um am Beispiel des Musterkrankenhauses A zu bleiben, würde für ein Peer Review zur Sterblichkeit bei Herzinfarkt neben einer Teamleitung, die die Fortbildung für erfah-



rene Peers und Teamleiter:innen absolviert hat, mindestens ein Peer mit kardiologischer Fachexpertise eingeteilt. Da bei der Behandlung des Herzinfarkts regelhaft zur intensivmedizinischen Versorgung kommt, wird immer ein Peer mit intensivmedizinischer Fachexpertise berücksichtigt (DGK 2018). Je nach Größe des besuchten Krankenhauses und selektierter Fälle werden weitere Fachrichtungen (z.B. Pneumologie, Herzchirurgie oder Geriatrie) eingeteilt.

Neben der Multidisziplinarität des Peerteams, sind Erfahrungen der Peers mit Peer Reviews und geografische Entfernung zum besuchten Krankenhaus wichtige Faktoren. Zum einen wird so sichergestellt, dass das zu besuchende Krankenhaus in einer angemessenen Zeit erreichbar ist und zum anderen die direkte Wettbewerbssituation vermieden. Sowohl das besuchte Krankenhaus als auch ein Mitglied des Peerteams kann einen Peer-Einsatz ablehnen, z.B. aufgrund ehemals bestehenden Arbeitsverhältnisses. Jegliche Befangenheit sollte IQM mitgeteilt werden und führt zum Austausch des Peers (IQM 2021).

12.4 Peer Reviews im Rück- und Ausblick

Seit Gründung der Initiative Qualitätsmedizin wurden in 1.208 Peer Reviews über 19.700 Akten analysiert zu einer Vielzahl von Aufgreifkriterien und Fragestellungen in unterschiedlichen Fachgebieten. Insgesamt wurden 455 Krankenhäuser in Deutschland und der Schweiz besucht und Behandlungsabläufe analysiert. Wie Abbildung 3 zu entnehmen ist, wurden 27% aller IQM Peer Reviews bis 2019 zu intensivmedizinischen Aufgreifkriterien (z.B. Sepsis, Beatmung über 24 Stunden, etc.) und weitere 28% zu internistischen Fragestellungen (z.B. Herzinfarkt, Pneumonie etc.) durchgeführt. Rund 94% aller IQM Peer Reviews wurde über die statistische Auffälligkeit ausgelöst. Freiwillige und Pilot Peer Reviews machten einen Anteil von etwa 6% der IQM Peer Reviews aus. Hervorzuheben ist, dass die Intensivmediziner:innen die Möglichkeit ein freiwilliges Peer Review anzumelden, bisher am häufigsten (2%) wahrgenommen haben. Und im Fachbereich der Orthopädie die meisten Pilot Peer Reviews (1%) durchgeführt wurden.

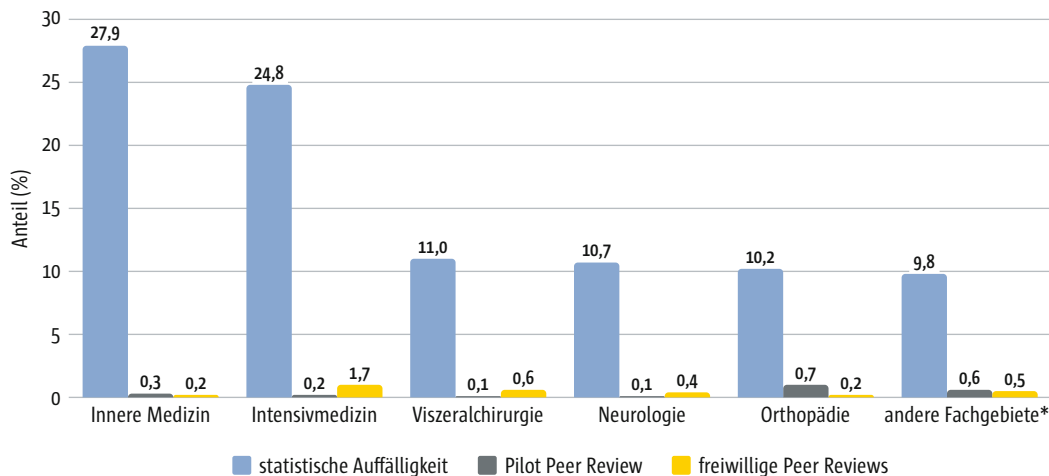


Abb. 3 IQM Peer Reviews 2009–2019 nach Fachgebiet und Begründung der Auswahl (%) n = 1.208; * Urologie, Gynäkologie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Dekubitus

Die Erfahrung der letzten 10 Jahre hat gezeigt, dass das IQM Auswahlverfahren sich eignet, um Krankenhäuser mit auffälligen Ergebnissen zu identifizieren, geeignete Fallakten zu selektieren und ein fachlich passendes Peerteam zusammenzustellen.

Das IQM Peer Review Verfahren wird stetig weiterentwickelt und damit auch das Auswahlverfahren für IQM Peer Reviews. Neben neuen Kooperationen mit Fachgesellschaften zu Pilotfragestellungen, gibt das Feedback der Anwendenden (Peers und besuchte Krankenhäuser) zur Eignung der Auswahlkriterien und Treffsicherheit der ausgewählten Fälle wichtige Weiterentwicklungsimpulse, die zur Verbesserung des Verfahrens führen.

Literatur

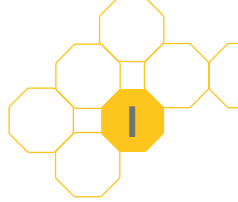
- 3M (2022) Datenservice Portal. URL: <https://3mhisdataservices.com/> (abgerufen am 14.03.2023)
- Bundesärztekammer (2013) Curriculum Ärztliches Peer Review. 2. Aufl. Bd. 30. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrAerztlPeerReview2013.pdf (abgerufen am 17.02.2022)

- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) (2018) ESC Pocket Guidelines. Therapie des akuten Herzinfarktes bei Patienten mit ST-Streckenhebung (STEMI). Version 2017. Grünwald Kurzfassung der „ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation“. European Heart Journal. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehx637>
- IQM Initiative Qualitätsmedizin e.V. (2021) Ehrenkodex und Verhaltensregeln für IQM Peers. Version 4.2 vom 09.11.2021. URL: <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/loginbereich/dashboard/peer-review-fortbildung> (abgerufen am 17.02.2022)
- IQM Initiative Qualitätsmedizin e.V. (2022) Peer Review. Auswahl und Ergebnisse. URL: <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/loginbereich/dashboard/peer-review-auswahl-und-ergebnisse> (abgerufen am 17.02.2022)
- Nimptsch U, Mansky T (2022) G-IQI – German Inpatient Indicators Version 5.4. Bundesreferenzwerte für das Auswertungsjahr 2020. Working Papers in Health Services Research Vol. 6. Universitätsverlag der Technischen Universität Berlin. DOI: 10.14279/depositonce-15869



Natalia Kelsch, M.Sc.

Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin am Universitätsklinikum Tübingen. Studium des Gesundheits- und Pflegemanagement und Management und Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt Forschung und Qualitätsentwicklung an der Alice Salomon Hochschule Berlin. 2016–2021 Referentin Peer Review und seit 2021 Leitung des Referat Peer Review des IQM Initiative Qualitätsmedizin e.V.



PD Dr. med. Jan-Peter Braun

Jan-Peter Braun studierte von 1985 bis 1992 Medizin in Kiel und machte daran anschließend die Facharztausbildung am Krankenhaus Stade und der Charité Berlin zum Anästhesisten und Intensivmediziner, die er 1997 abschloss.

Von 2000 bis 2006 war er Oberarzt in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Charité Berlin und von 2006 bis 2009 Ärztlicher Direktor der Ev. Diakonissenanstalt zu Flensburg. Darauf folgend war er bis 2014 als leitender Oberarzt in der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin der Charité Berlin tätig sowie bis 2020 als Dozent im Studiengang Hospitalmanagement der Universität Kiel.

Von 2014 bis 2016 war er außerdem Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Klinikum Hildesheim und ist seit 2016 Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Martin Luther Krankenhaus Berlin.

Jan-Peter Braun ist seit 2009 als Gründungsmitglied in der Steuerungsgruppe der DIVI für Intensivmedizinische Qualitätsindikatoren und Peer Review aktiv und seit 2016 in der Lenkungsgruppe für Peer Review der IQM.

