

Vorbereitung auf ein Peer Review – Aus Sicht einer Klinik

Jan Richter

7.1 Das Peer Review aus Sicht einer Klinik

Als Krankenhaus der Spezialversorgung in einem öffentlich-rechtlichen Klinikverbund ist das BG Klinikum Bergmannstrost seit Gründung der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) von Anfang an von der Methode überzeugt, durch standardisiert durchgeführte Peer Reviews die fortlaufende Verbesserung der Versorgungsqualität in unserem Klinikum zu befördern. Inzwischen konnte das BG Klinikum Bergmannstrost bereits mehrfach von Peer Reviews profitieren. Wesentliche Erfolgsfaktoren für die Akzeptanz waren dabei:

- der interprofessionelle und interdisziplinäre Ansatz,
- die konstruktiv-kritische Analyse der Behandlungsfälle durch die Peerteams anhand einheitlicher Kriterien sowie
- der Kollegiale Dialog zwischen Peers und Behandler-Team auf Augenhöhe ohne „erhobenen Zeigefinger“.

Durch die klare Einordnung der Peer Reviews als weiteres Werkzeug im Instrumentenkoffer des Qualitätsmanagementsystems gelang es sehr schnell, von einer Diskussion über die Sinnhaftigkeit der Nutzung von Routineabrechnungsdaten für Qualitätssicherungszwecke zu einer Diskussion über Verbesserungspotenziale und deren Lösung im Sinne der bestmöglichen Patientenversorgung überzuleiten. Nicht weniger wichtig für die Akzeptanz des Peer Review Verfahrens als Kernelement der IQM Methodik ist jedoch auch die kontinuierliche Weiterentwicklung des Verfahrens selbst, zuletzt als „Lessons Learned“ aus der IMPRESS Studie 2020 (Schmitt et al. 2022).

7.2 Die Vorbereitung auf ein Review

Die Rollen

Die Vorbereitung auf ein Peer Review in der Klinik beginnt nicht erst mit der Verabschiedung der für das Jahr geplanten Peer Reviews durch den Fachausschuss Peer Review. Vielmehr ist

eine fortlaufende interne Analyse der erhobenen Routinedaten – in der Zusammenschau mit anderen Kennzahlen der Qualitätssicherung – originäre Aufgabe des Qualitätsmanagements in der Klinik. Mit Qualitätsmanagement ist hier jedoch nicht die „QM-Abteilung“ gemeint, sondern alle Tätigkeiten und Maßnahmen, die auf die fortlaufende Verbesserung der Behandlungsqualität ausgerichtet sind. Nur so ist es möglich, schon frühzeitig Anzeichen für Fehlentwicklungen zu erkennen, die beispielsweise auch mit einem Peer Review genauer analysiert werden können. Ob es sich dabei um ein externes Peer Review durch IQM Peers aus anderen Krankenhäusern handelt oder um interne Peer Reviews durch eigene ausgebildete Peers oder Peers aus anderen Kliniken des eigenen Klinikverbundes ist dabei zunächst nicht entscheidend. Unbestritten ist die Analyse durch und der Dialog mit Kolleg:innen aus anderen Krankenhäusern sowohl emotional als auch inhaltlich eine vollkommen andere Situation.

Es hat sich bewährt, dass die interne Analyse der verschiedenen Qualitätssicherungsdaten, so auch der für IQM genutzten G-IQI Indikatoren, durch die für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung zuständige Abteilung analysiert und zusammen den jeweiligen Fachabteilungen bewertet werden (s. Kap. I.2). Grundlage sind hierbei sowohl die Halbjahres-Auswertungen, die von IQM bereitgestellt werden als auch am Markt erhältliche Software-Tools, die kürzere Auswertungszeiträume ermöglichen. Hierfür ist eine enge Abstimmung zwischen der datenversendenden Abteilung und der QM/QS-Abteilung notwendig.

Diese verschiedenen Rollen werden auch durch die Ansprechpartner:innen für IQM definiert. Aus jedem IQM Mitgliedskrankenhaus werden daher für die Fachausschüsse Peer Review, Transparenz und Indikatoren sowie für den Datenversand und Ergebnisempfang entsprechende Personen benannt, die das Bindeglied zwischen IQM und den Beteiligten im eigenen Krankenhaus darstellen. Entscheidend ist hierbei, dass die benannten Personen, so-

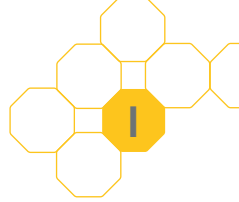
fern nicht identisch, sich eng abstimmen und austauschen und mit den Chefärzt:innen der Fachabteilungen und pflegerischen Leitungen kommunizieren. In der Regel ist diese Kommunikation bereits im Qualitätsmanagementsystem verankert.



Eine klare Klärung der Rollen und Verantwortlichkeiten ermöglicht eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung auf Basis von erhobenen Daten.

Die Fallliste

Aktuell verabschiedet der Fachausschuss Peer Review einmal jährlich die im Folgejahr durchzuführenden IQM Peer Reviews. Aufgrund dieses Beschlusses erhalten das Mitgliedskrankenhaus und die Teamleitung des eingesetzten Peerteams die pseudonymisierte Fallliste. Einzig das Krankenhaus kann diese Liste de-pseudonymisieren und so die Patient:innen identifizieren, deren Fallakten im Rahmen des vorgesehenen Peer Reviews analysiert werden sollen. Die De-Pseudonymisierung ist sehr einfach und erfolgt über eine bei der Datenübertragung automatisiert erzeugte Mapping-Liste. Durch die De-Pseudonymisierung können die Fachabteilungen und damit die Ansprechpersonen des Behandlungsteams für den Kollegialen Dialog festgestellt werden. In der Regel ist dies die Chefärztin oder der Chefarzt der Fachabteilung, in der typischerweise die Fälle der entsprechenden Indikatorengruppe behandelt werden. Aus den Routinedaten, welche für IQM genutzt werden, wird der Fall der entlassenden Fachabteilung zugeordnet, obwohl oft mehrere Fachabteilungen an der Behandlung der Patient:innen beteiligt sind. Diese Informationen sind über alle Mitgliedskrankenhäuser aber nicht in gleicher Güte dokumentiert. Die für den Fachausschuss (FA) Peer Review benannte Ansprechperson im Krankenhaus sollte daher intern abstim-



men, welche Chefärztin oder Chefarzt für die Teamleitung und die peerteamverantwortliche Ansprechperson für das geplante Peer Review ist. In den chirurgischen Indikatorengruppen ist dies in der Regel die Leitung der operierenden Fachabteilung, bei der Beatmung analog der intensivmedizinischen Fachabteilung. Sind mehrere Intensivstationen involviert, werden dem Peerteam beide ärztliche Leitungen als Ansprechpersonen genannt. Bei interprofessionellen Peer Reviews ist zudem die Pflegedirektion unverzichtbar.

Es hat sich als sehr hilfreich erwiesen, wenn diese Koordination zwischen den Fachabteilungen eng durch die QM/QS-Abteilung und die Ansprechperson FA Peer Review begleitet wird. Gerade hier sitzt in den Krankenhäusern die meiste Erfahrung mit der Organisation externer Begehungen, z. B. Zertifizierungsaudits.



Die De-Pseudonymisierung der Fallliste sollte sehr zeitnah nach Übersendung erfolgen, um so die interne Koordination zwischen Fachabteilungen und die Benennung einer Ansprechperson für das Peerteam schnell zu ermöglichen. Die Checkliste Klinik/Spital und der Gesprächsleitfaden im Mitgliederbereich unterstützen die Organisation.

Die Terminfindung

Aus der Erfahrung der Peer Reviews im BG Klinikum Bergmannstrost war die Terminfindung die größte Herausforderung. Gerade die unterschiedlichen Ferienzeiten der einzelnen Bundesländer und die je Fachgebiet unterschiedlichen Kongresszeiten sind oft limitierende Faktoren. Entscheidend für ein erfolgreiches Peer Review ist vor allem, dass zu dem Termin die Chefärztin oder der Chefarzt der besuchten Fachabteilung und vor allem auch Vertretung der Krankenhausleitung, also Ärztliche Direktion, Pflegedirektion sowie Geschäftsführung/

Kaufmännische Direktion verfügbar sind. Wesentlich für die Umsetzung der Maßnahmen aus den im Peer Review festgestellten Verbesserungspotenzialen sind die Verantwortungsübernahme durch die Ärztliche Leitung sowie die Unterstützung der Krankenhausleitung. Für einen erfolgreichen Kollegialen Dialog sollten die anderen an der Patientenbehandlung beteiligten Fachabteilungen an dem Peer Review Termin kompetente leitende fachärztliche und pflegerische Ansprechpartner für den kollegialen Dialog mit dem Peerteam fest einplanen. Auch hier ist zu berücksichtigen, dass bei interprofessionellen Peer Reviews die Pflegedienstleitung ebenfalls zwingend anwesend sein muss.

Nach De-Pseudonymisierung der Fallaktennummern, übersendet die Ansprechperson FA Peer Review der Klinik die Namen der verantwortlichen Ärztlichen Leitungen an die IQM Geschäftsstelle. Zur Terminfindung nimmt die Teamleitung Kontakt zur verantwortlichen ärztlichen Leitung auf. Aus den vorgenannten Gründen werden der Qualitätsmanagementbeauftragte bzw. die Mitarbeitenden der QM/QS-Abteilung im BG Klinikum Bergmannstrost von Anfang an in die Organisation der Peer Reviews einbezogen und in jeglichen Schriftwechsel und Abstimmungstermine aufgenommen. Bereits zu diesem Zeitpunkt sollte geklärt werden, welche technischen Voraussetzungen in der Klinik gegeben sind, um es dem Peerteam zu ermöglichen, effektiv die Akten zu analysieren. Hierbei sind Themen wie Zugänge zur elektronischen Patientenakte, zu radiologischen Befunden und Bildern sowie die Anzahl der PC-Arbeitsplätze zu klären. Je Peer wird bei einer elektronischen Patientenakte ein PC benötigt.

Im Vorfeld hat es sich als sehr hilfreich erwiesen, wenn die Ansprechperson FA Peer Review und aus dem Krankenhaus benannte Peers im Vorfeld der ersten Kontaktaufnahme mit der Teamleitung den Chefarztkolleg:innen, die noch keine Vorerfahrung mit Peer Reviews haben, die Hintergründe erläutern und so bereits Unsicherheiten oder Vorurteile abbauen.

Ein weiterer empfehlenswerter Weg ist, nach dem ersten durchgeführten Peer Review über die Erfahrungen und Ergebnisse in geeigneten internen Gremien zu berichten.



Die Terminfindung ist oft eine Herausforderung. Im Vorfeld der Kontaktaufnahme mit der Teamleitung sollten daher ca. fünf Terminvorschläge intern mit den verpflichtend und optional teilnehmenden Personen bereits abgestimmt werden. Für eine optimale technisch-organisatorische Vorbereitung sollte der QMB eng eingebunden werden.

Die Selbstbewertung

Die in der Fallliste aufgeführten Patientenakten müssen zur Vorbereitung des Peer Review durch die Klinik bewertet werden. Hierzu stellt IQM entsprechende Bewertungsbögen mit Analysekriterien zur Verfügung. Im Zuge der Weiterentwicklung des IQM Peer Review Verfahrens wurde hier von den IQM Mitgliedern neben zusätzlichen spezifischen Checklisten zu Fragestellungen der Intensivmedizin, Sepsis oder Dekubitus auch ein Wissenspool aufgebaut, welcher Ergebnisse vergangener Peer Reviews, in Form von Ergebnishandouts und der sog. Indikatorenbezogenen Wissensdarstellung (INWIDA) aufbereitet, beinhaltet. Diese Materialien sind im Mitgliederbereich der IQM Website verfügbar. Aus der Erfahrung unserer Peer Reviews ist bereits hier eine interprofessionelle Zusammenarbeit zu empfehlen. Gerade Themen an Schnittstellen innerhalb eines Behandlungsaufenthaltes ist neben der ärztlichen oft auch die pflegerische Perspektive in der Selbstbewertung einzubeziehen. Ausgebildete interne Pflegepeers unterstützen hierbei das Verfahren besonders.

Nicht unbedeutend ist die Vorbereitung der Akten entsprechend der Datenschutzbestimmungen der Länder. Hier sollten die Chefärztin

oder Chefarzt und die QMB frühzeitig mit dem Datenschutzbeauftragten Kontakt aufnehmen. Die Durchführung der Peer Review unterliegt komplett den jeweils geltenden Datenschutzbestimmungen für qualitätssichernde Maßnahmen der jeweiligen Landesdatenschutzbestimmungen und kann mit der Information und Aufklärung ergänzend bei Krankenhausaufnahme mit einem datenschutzrechtlichen Einverständnis für die Qualitätssichernden Maßnahmen eingeholt werden.

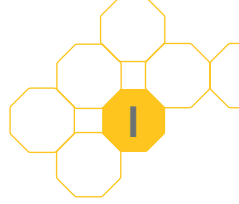


Die Selbstbewertung erfolgt anhand der von IQM zur Verfügung gestellten Analysekriterien. Hilfreich ist der Wissenspool aus vergangenen Peer Reviews seit Bestehen der Initiative Qualitätsmedizin. Ausgebildete pflegerische und ärztliche Peers können bei der möglichst interprofessionell durchgeführten Selbstbewertung unterstützen.

7.3 Der Tag des Peer Reviews

Der Ablauf für den Tag des Peer Review wurde im Vorfeld zwischen Teamleitung, Chefärztin oder Chefarzt und QMB abgestimmt und den Beteiligten in Form einer Agenda zur Kenntnis gegeben. Das Eröffnungsgespräch dient neben der Begrüßung und der Vorstellungsrunde insbesondere der kurzen Besprechung zur Zielstellung des Peer Review und gemeinsamer verbindlicher Abstimmung des Zeitplans am Peer Review Tag. Alle Beteiligten unterzeichnen gemeinsam die Vertraulichkeitserklärung für das nachfolgende Peer Review. Für technische Unterstützung sollten IT, QMB und eine medizinisch-pflegerische Ansprechperson auf Abruf verfügbar sein.

Nach dem Eröffnungsgespräch folgt die Aktenanalyse des Peerteams, die der Identifikation möglicher Verbesserungspotenziale und spezifischer Stärken dient. Hierzu stehen alle



vorbereiteten Fallakten und die pseudonymisierte Fallliste zur Verfügung. Ebenfalls sollten alle elektronischen Befunde und Bildgebung niederschwellig zugänglich sein. Die Dauer der Aktenanalyse beträgt ca. 3 Stunden und sollte in geeigneten ruhigen Räumlichkeiten ermöglicht werden.

Das Kernstück des Peer Review ist der Kollegiale Dialog zwischen Behandlungsteam und Peerteam. Im Mittelpunkt steht dabei vor allem die Rückmeldung der gefundenen Verbesserungspotenziale und Stärken und das gemeinsame Erarbeiten von Lösungsansätzen. Der Fokus liegt dabei auf dem gegenseitigen Lernen. Peerteam und Behandlungsteam tauschen sich inhaltlich anhand definierter Kategorien aus:

- Diagnostik
- Therapie/Intervention
- interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Kommunikation/Dokumentation
- Leitlinien/SOPs

Insbesondere steht dabei die gemeinsame Suche nach Lösungsansätzen für identifizierte Verbesserungspotenziale im Fokus. Am BG Klinikum Bergmannstrost war es nicht selten, dass dabei die Selbstbewertung schon dazu geführt hat, dass bereits Lösungsansätze für Verbesserungspotenziale vor dem Peer Review initiiert wurden. Insgesamt waren die Kollegialen Gespräche von hoher Wertschätzung und gegenseitigem Lernen geprägt. Die identifizierten Verbesserungspotenziale und Lösungsansätze werden gemeinsam diskutiert und bewertet. Das Ergebnis der Aktenanalyse und des Kollegialen Dialoges wird im Anschluss zusammen mit dem Behandlungsteam gegenüber der Krankenhausleitung zusammengefasst und sind so Grundlage für einen internen Maßnahmenplan im Nachgang zum Peer Review.



Der Kollegiale Dialog dient dem gegenseitigen Lernen zwischen Peerteam und Behandlungsteam. Erkannte Verbesserungspotenziale

werden gemeinsam besprochen und Lösungsansätze abgeleitet. Die Ergebnisse des Peer Reviews fließen in die Maßnahmenpläne zur fortlaufenden Verbesserung der Behandlungsqualität und werden von der Krankenhausleitung unterstützt.

Ein Protokoll wird in der Regel 14 Tage nach dem Peer Review Termin durch das Peerteam über die IQM Geschäftsstelle zur Verfügung gestellt. Das Protokoll fasst standardisiert die aggregierten Ergebnisse aus dem Kollegialen Dialog bzw. dem Abschlussgespräch zusammen. Insbesondere werden die Stärken und Verbesserungspotenziale bewertet und geeignete Lösungsvorschläge, die auch vor Ort diskutiert wurden, dargestellt.

7.4 Die Nachbereitung des Peer Reviews

Im Rahmen der Weiterentwicklung des IQM Peer Review Verfahrens wurde ein Leitfaden zur Umsetzung von Maßnahmen nach einem Peer Review entwickelt, welcher die Planung und Priorisierung in der Klinik unterstützen soll. Um systematisch geplant und ressourcenorientiert vorgehen zu können, empfiehlt sich eine Kategorisierung hinsichtlich Zeit, Ressourcen und organisatorischem Aufwand. Hierzu wurde ein Ampelsystem entwickelt (s. Abb. 1).

Es empfiehlt sich, gerade bei Maßnahmen der Kategorien 2 und 3, diese ebenso in den zentralen Qualitätsentwicklungsplan der Klinik aufzunehmen wie Erkenntnisse aus den anderen QM-Instrumenten und -Methoden, z.B. Audits, Begehungen, Fallkonferenzen oder der externen vergleichenden Qualitätssicherung. Hier sind die organisatorischen Verantwortlichkeiten oft bereits beim Qualitätsmanagement etabliert und die Krankenhausleitung durch das Regelberichtswesen und das Qualitätsgremium der Klinik bereits systematisch eingebunden.

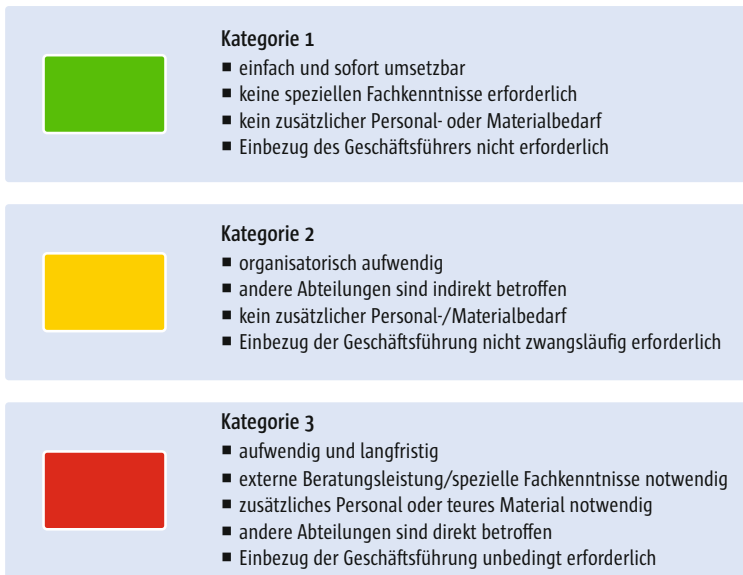


Abb. 1 Ampelsystem zur Einteilung von Maßnahmen (IQM 2021)



Der Maßnahmenplan sollte in den Qualitätsentwicklungsplan der Klinik integriert werden. Die Verantwortlichkeiten, der Ressourcenaufwand und verbindliche Zeitfenster sind dabei festzulegen. Der IQM Leitfaden zur Umsetzung von Maßnahmen nach einem Peer Review kann hier unterstützen.

7.5 Fazit

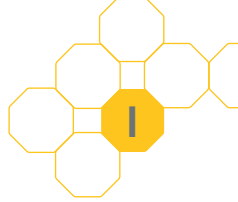
Das Peer Review Verfahren ist hervorragend geeignet, um eine fortlaufende Verbesserung der Behandlungsqualität zu ermöglichen. Auf der

Basis von geeigneten Aufgreifkriterien aus Qualitätsdaten, im Falle von IQM die G-IQI-Ergebnisse, werden die Kern- bzw. Wertschöpfungsprozesse interprofessionell durch ausgebildete Peers gemeinsam mit dem Behandlungsteam analysiert und hinsichtlich der Verbesserungspotenziale und daraus abzuleitenden Lösungsansätzen bewertet. Im Mittelpunkt steht dabei der wertschätzende Dialog auf Augenhöhe und das Lernen voneinander.

Begleitet wird das Verfahren durch eine zielgerichtete Weiterentwicklung der Qualitätsmanagementmethoden sowie begleitende Forschung und weiterführende Projekte. Die Weiterentwicklung des Peer Review Verfahrens nach der IMPRESS Studie zeigt, dass auch die Qualitätsverbesserung der IQM Methodik funktioniert. Insbesondere die Interprofessionalität, der Aufbau einer breiten Wissensbasis begleitet durch eine kontinuierliche Fortbildung, die Entwicklung von Checklisten und Leitfäden sowie die deutlich stärkere Einbeziehung der Qualitätsmanagementbeauftragten. Verschränkung mit anderen Qualitätsmanagement-Instrumenten sind dabei hervorzuheben.

Literatur

- IQM Leitfaden – Umsetzung von Maßnahmen nach einem IQM Peer Review vom 24.02.2021
- Schmitt J, Roessler M, Scriba P, Walter F, Grählert X, Eberlein-Gonska M, Kuhlen R, Schoffer O (2022) Effect of clinical peer review on mortality in patients ventilated for more than 24 hours: a cluster randomised controlled trial. *BMJ Quality & Safety* 2022(0), S. 1–9. DOI: 10.1136/bmjqs2021013864



Jan Richter, Dipl.-Pflege- und Gesundheitswiss.

Jan Richter verantwortet seit 2006 in Führungsposition das Qualitäts- und Risikomanagement am Berufsgenossenschaftlichen (BG) Klinikum Bergmannstrost in Halle (Saale). Zuvor studierte er während seiner Tätigkeit als examinierter Krankenpfleger am Universitätsklinikum Halle berufsbegleitend Pflege- und Gesundheitsmanagement am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität (MLU) Halle-Wittenberg. Herr Richter ist ausgebildeter Qualitätsmanager nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer, zertifizierter DGQ®/EOQ®-Qualitätsmanager und Excellence-Assessor(EFQM).

Er ist seit 2010 Lehrbeauftragter für Qualitäts-, Risiko- und Prozessmanagement am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften der MLU Halle im Bachelor- sowie im Masterstudiengang.

Seit 2000 engagiert sich Herr Richter aktiv in der Weiterentwicklung der Gesetzlichen Qualitätssicherung nach § 135a ff. SGB V und arbeitete in verschiedenen Arbeitsgruppen beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und in Fachgruppen bei der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH sowie beim AQUA-Institut mit.

Seit 2009 vertritt Herr Richter das BG Klinikum Halle in den Fachausschüssen Peer Review, Indikatoren sowie Transparenz bei der Initiative Qualitätsmedizin e.V. (IQM) und wirkt so aktiv an der Weiterentwicklung der IQM Qualitätsmethodik mit. Seit 2017 ist er Mitglied der Lenkungsgruppe im Fachausschuss Transparenz der IQM.

Jan Richter ist Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG) und Leiter des Regionalkreises Halle in der Deutschen Gesellschaft für Qualität e.V. (DGQ).

