

Das Peer Review Verfahren

Die standardisierte Vorgehensweise der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding am Vorbild der Initiative Qualitätsmedizin zur Bearbeitung der Austrian Inpatient Quality Indicators

Version 1.0

Margarita Amon, Fabiola Fuchs



Landeskliniken-Holding 

Herzlichen Dank an:

Den Verein Initiative Qualitätsmedizin, im Besonderen Dr. Oda Rink und Prof. Dr. Gisbert Knichwitz

Thomas Stadtfeld, team·s

Mag.^a (FH) Barbara Preining

Alle Peers der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding

Das Peer Review Verfahren

Die standardisierte Vorgehensweise der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding am Vorbild der Initiative Qualitätsmedizin zur Bearbeitung der Austrian Inpatient Quality Indicators

Version 1.0

St. Pölten, Mai 2011

Margarita Amon

Fabiola Fuchs

Abteilung Strategische Qualitätsentwicklung
Niederösterreichische Landeskliniken-Holding
Stattersdorfer Hauptstraße 6C, 3100 St. Pölten

ISBN 978-3-902505-22-4

Vertrieb/Publisher:

Edition Donau-Universität Krems

Donau-Universität Krems, 2011

Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30

A-3500 Krems

www.donau-uni.ac.at

Mit freundlicher Genehmigung des Vereins Initiative Qualitätsmedizin.

Vorwort

Seit 2008 vereint die Niederösterreichische Landeskliniken-Holding 27 Spitäler unter einem Dach. Sie ist damit der größte Klinikbetreiber in Österreich. Im Bereich der Qualitätsarbeit setzte die NÖ Landeskliniken-Holding mit der Veröffentlichung der „Austrian Inpatient Quality Indicators“ neue Maßstäbe und schaffte somit auch die Voraussetzungen, sich international mit Gesundheitsdienstleistern vergleichen zu können.

Das ist für uns wichtig, um zu wissen, wo wir stehen. Es ist aber genauso wichtig für unsere Patientinnen und Patienten, die damit in Zukunft eine Transparenz über die Qualität in der medizinischen Versorgung erhalten.

Das Peer Review Verfahren stellt eine Weiterführung der Qualitätsarbeit dar. Anhand dieses Verfahrens wird es möglich Verbesserungspotential zu orten und interne Prozesse in den Landeskliniken laufend zu evaluieren und positiv zu beeinflussen.

Denn wir setzen alle Kraft dahinter, in Niederösterreich die beste Versorgung zu garantieren – für unsere Patientinnen und Patienten.

St. Pölten, 02. Mai 2011

Erwin Pröll

Wolfgang Sobotka

Dr. Erwin Pröll

Landeshauptmann

Mag. Wolfgang Sobotka

Landeshauptmann-Stellvertreter

Vorwort

Die Qualität im Gesundheitsbereich steht nicht nur im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses, sondern ist für jeden Gesundheitsdienstleistungsanbieter ein Maßstab der erfolgreichen Betriebsführung. Für die NÖ Landeskliniken-Holding ist die medizinische Ergebnisqualität Brennpunkt der Bemühungen.

Mit der Veröffentlichung der „Austrian Inpatient Quality Indicators“ wurde im Juli 2010 durch die NÖ Landeskliniken-Holding für Niederösterreich und letztlich für die gesamte österreichische Krankenhauslandschaft eine neue Dimension der Qualitätsarbeit eröffnet. Die Analyse und die kompetente Interpretation der beschriebenen Indikatoren anhand von Routinedaten sind somit der erste Schritt, man kann sogar sagen der Startschuss, für ein strukturiertes und umfassendes Arbeiten an den medizinischen Behandlungsprozessen mit der Möglichkeit, sich auch international mit Deutschland und der Schweiz zu vergleichen.

Das nunmehr vorliegende Handbuch zum Peer Review Verfahren ist die Fortsetzung dieser Bemühungen. Mit diesem Werk wird die Standardisierung des Peer Review Verfahrens sichergestellt, wodurch zum Ersten Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Review-Prozesses sichergestellt werden, zum Zweiten das von einander Lernen im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses unterstützt wird und zum Dritten der internationale Erfahrungsaustausch durch die Einbindung der Expertise von IQM-VertreterInnen gefördert wird. Peers, alle an den Reviews beteiligten ÄrztInnen und Krankenhausbetreiber tragen im Peer Review Verfahren eine hohe Verantwortung bezüglich fachlicher und sozialer Kompetenz. Dieses Handbuch dient der Unterstützung und Hilfestellung in der Ausübung dieser Verantwortung.

St. Pölten, 29.04.2011

Robert Griessner

Helmut Krenn

Dr. Robert Griessner

Medizinischer Geschäftsführer

Niederösterreichische Landeskliniken-Holding, St. Pölten

Dipl. KH-BW Helmut Krenn

Kaufmännischer Geschäftsführer

Niederösterreichische Landeskliniken-Holding, St. Pölten

Vorwort

Die Reflexion der eigenen Ergebnisqualität ist eine ureigene ärztliche Aufgabe. Im Qualitätsmanagementsystem von IQM wird die Entwicklung von Kennzahlen zur Ergebnisdarstellung und deren konsequente Veröffentlichung mit der kollegialen Diskussion von Fällen kombiniert. Mit dem Peer Review Verfahren wird die Lücke zwischen externem Qualitätsvergleich und internem Qualitätsmanagement geschlossen, es wird möglich einen kontinuierlichen internen Verbesserungsprozess in den Institutionen zu fördern.

Der Kerngedanke ist eine retrospektive, konstruktiv kritische Bewertung ausgesuchter Fälle durch Fachkollegen auf gleicher Augenhöhe. Um eine Atmosphäre der Offenheit und Akzeptanz zu erzeugen, muss neben der fachlichen Souveränität auch eine ausgesprochene kommunikative und soziale Kompetenz bei den Peers vorausgesetzt werden. Zusätzlich muss der Peer vom Verfahren überzeugt sein und die Verfahrensregeln beherrschen und einhalten.

Dieses Handbuch soll mit dem Peer Review Verfahren vertraut machen und vermittelt das notwendige Handwerkszeug. Zusätzlich soll in den Kursen aber besonders die Kommunikation im Mittelpunkt stehen, wie auch praktische Übungen zur Aktenanalyse.

Das Verfahren wird im Fachausschuss Peer Review bei IQM ständig verfeinert und weiterentwickelt. Sie sind herzlich eingeladen, sich an dieser Diskussion zu beteiligen.

Berlin, 11.04.2011

Oda Rink

Dr. med. Oda Rink

Leiterin Fachausschuss Peer Review

Initiative Qualitätsmedizin

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	6
1 Qualitätsstrategie der NÖ Landeskliniken-Holding.....	7
1.1 Medizinische Qualität	8
1.2 Riskmanagement und Patientensicherheit.....	10
1.3 Zufriedenheitsbefragung	10
2 Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)	11
2.1 Überblick	11
2.2 Inhalte	12
3 Peer Review Verfahren	15
3.1 Begriffsklärung	15
3.2 Entwicklung des Peer Review Verfahrens	16
4 Initiative Qualitätsmedizin (IQM).....	19
5 Peer Reviews in der NÖ Landeskliniken-Holding.....	21
5.1 Einordnung im System des Qualitätsmanagements.....	22
5.2 Aspekte des Datenschutzes.....	23
5.3 Ziele, Vorteile und Nutzen des Verfahrens.....	24
6 Peer Review Themen	26
6.1 Steuerungsgruppe.....	26
6.2 Auswahl der Peer Review Themen	27
7 Ablauf der Peer Review Verfahren.....	29
7.1 Phase 1: Selbstbewertung	29
7.2 Phase 2: Fremdbewertung.....	31
7.3 Phase 3: Bericht.....	33
7.4 Rechte und Pflichten der Abteilung	34
8 Wer ist Peer	37
8.1 Kompetenzen eines Peers	37
8.2 Rechte und Pflichten des Review Teams.....	38
9 Qualitätskriterien und Erfolgsfaktoren.....	40
9.1 Verfahrensregeln.....	40
9.2 Verantwortlichkeiten.....	40
9.3 Organisation der Reviews	41
9.4 Kompetenzen der Peers	42
9.5 Erfolgsfaktoren für die Implementierung	42

10 Peer Schulung	43
Abkürzungsverzeichnis	45
Literaturverzeichnis	46
Anhang	50

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Säulen im Qualitätsmanagement der NÖLKH.....	8
Abbildung 2: Medizinische Gremien der NÖLKH	9
Abbildung 3: A-IQI 35 medizinische Bereiche	12
Abbildung 4: Peer Review Ergebnisse HELIOS.....	13
Abbildung 5: Einordnung im Qualitätsmanagement	22
Abbildung 6: Peer Review Improvement.....	24
Abbildung 7: Umgekehrter Eisbergeffekt.....	24
Abbildung 8: Ablauf der Ergebnisbearbeitung	26
Abbildung 9: Ergebnisdarstellung.....	27
Abbildung 10: Phasen des Peer Reviews	29
Abbildung 11: Analysekriterien	30
Abbildung 12: Auszug Bewertungsbogen	31
Abbildung 13: Auswertung nach Kategorien	33
Abbildung 14: Zusammenfassung Analysekriterien	34
Abbildung 15: Krankengeschichtensortierung.....	35
Abbildung 16: Inhalte Peer Schulung	43

1 Qualitätsstrategie der NÖ Landeskliniken-Holding

“Health care is changing. There is a need for Quality Management to ensure people are getting appropriate care. There is a need for unbiased, impartial opinions.” (1)

Qualitätsmanagement ist schon lange mehr keine Frage von Image oder Werbung. Jeder Gesundheitsdienstleister ist aus ethischen und finanziellen Gründen verpflichtet, die Leistungserbringung aus qualitativer Sicht zu analysieren und wenn nötig Verbesserungsmaßnahmen zu ergreifen. Jegliche Vernachlässigung diesbezüglich geht auf Kosten der PatientInnen – menschlich und finanziell – denn, die Tatsache wird sehr oft vergessen, dass die Folgen im Gesundheitswesen – wiederum menschlich und finanziell – die Bevölkerung trägt.

In Österreich sind die Hauptaugenmerke bezüglich Qualitätsmanagement im stationären Bereich seit Jahren Struktur- und Prozessqualität. Die wenigsten Leistungserbringer setzen sich mit den Hard Facts, d.h. den Ergebnissen des Kerngeschäfts auseinander. Dem Druck sich auch bundesweit mit der Königsklasse des Qualitätsmanagements, der Ergebnisqualitätsmessung, zu beschäftigen wird 2011 nachgegeben. Die Niederösterreichische Landeskliniken-Holding setzte sich sehr für ein einheitliches Instrument zur Messung von Ergebnisqualität auf Basis von Routinedaten auf Bundesebene ein. Dabei hat die Publikation des Systems das in Niederösterreich zur Anwendung kommt, Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI), eine entscheidende Rolle gespielt. (veröffentlicht als 2)

Durch den Beschluss der Bundesgesundheitskommission am 1. April 2011 werden die Ergebnisqualitätsmessung auf Basis von Routinedaten in Form der A-IQI sowie der Einsatz von Peer Review Verfahren im stationären Krankenhausbereich bundesweit zur Anwendung kommen.

Für die intramurale Gesundheitsversorgung der niederösterreichischen Bevölkerung gelten folgende Grundpfeiler:

- Qualität wird zum Leit- und Steuerungskriterium
- 2 Versorgungsstufen – Grundversorgung / Schwerpunktversorgung

Die Qualitätsstrategie der NÖLKH besteht, wie in Abbildung 1 ersichtlich, aus drei Säulen:

- Medizinische Qualität
- Riskmanagement / Patientensicherheit
- Zufriedenheitsbefragung

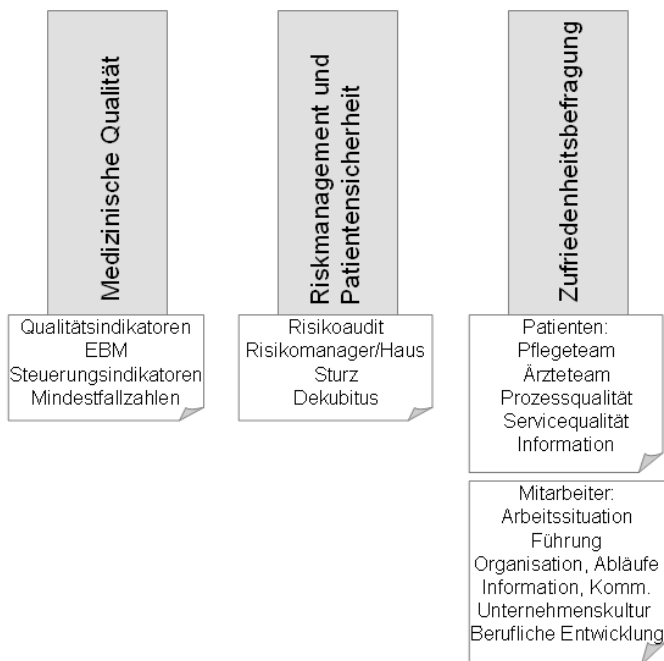


Abbildung 1: Säulen im Qualitätsmanagement der NÖLKH

1.1 Medizinische Qualität

Unter dem Begriff Medizinische Qualität versteht die NÖLKH die Anwendung der Qualitätsindikatoren (A-IQI) und Steuerungsindikatoren, Evidence Based Medicine sowie die Erfüllung von Mindestfallzahlen die in den Versorgungsauftrag einfließen.

Seit 2009 erfolgt eine quartalsmäßige strukturierte Ergebnisqualitätsmessung. Die Bearbeitung der Ergebnisse erfolgt in den Medizinischen Gremien sowie in der Steuerungsgruppe Peer Review. Detailinformationen zu den Qualitätsindikatoren sind im Kapitel 2 dargestellt. Zur strategischen Steuerung wurden, wie in Abbildung 2 ersichtlich, folgende Medizinische Gremien als Kommunikations- und Umsetzungs-drehscheibe in Medizin und Pflege installiert: Regionale Medizinische Beiräte auf Ebene der ärztlichen und pflegerischen Direktion sowie Regionalmanagement und die Medizinischen Fachbeiräte auf Ebene der Primärärzteschaft. Bei Bedarf werden Regionale Fachbeiräte, der Beirat Ärztliche Direktoren, der Beirat Pflegedirektoren und der Primärärztevorstand einberufen.

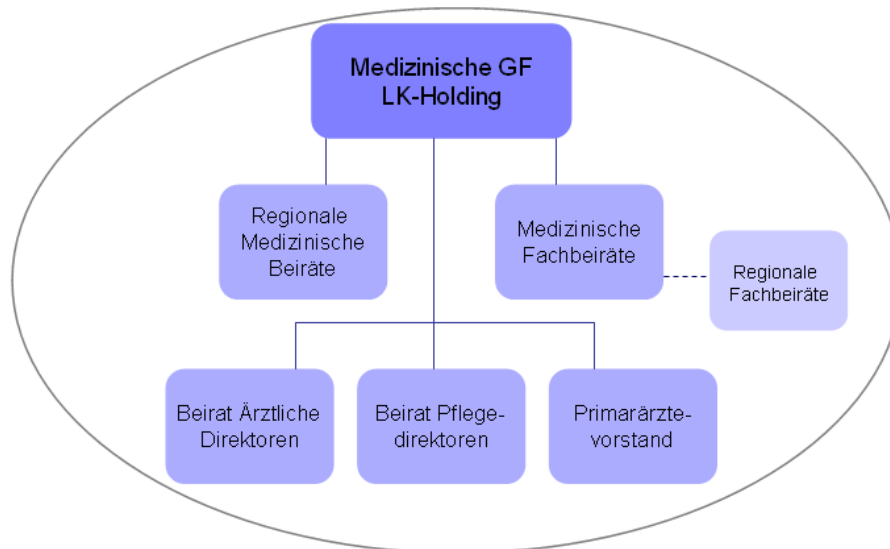


Abbildung 2: Medizinische Gremien der NÖLKH

Nach dem Cochrane Motto „fundierte Entscheidungen brauchen Wissen“ wird das Departement für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie der Donauuniversität Krems in dafür relevante Entscheidungsprozesse einbezogen. Es soll somit eine fundierte Bewertung von Therapien erfolgen und die bestmögliche Behandlung für die PatientInnen gewählt werden.

Um die PatientInnenversorgung effizienter und effektiver zu gestalten, werden medizincontrollingrelevante Daten aufbereitet und in den Medizinischen Gremien dargelegt und diskutiert. Die Steuerungsindikatoren enthalten sowohl qualitative als auch medizinökonomische Aspekte:

- Intensivhäufigkeit
- Verweildauer
- Tagesklinikpotential-Ausschöpfung
- Wiederaufnahmerate

Ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungsplanung ist die Bündelung von Spezialleistungen an Zentren. Welche Leistungen wo verortet sind, wird in den Versorgungsaufträgen festgehalten.

1.2 Riskmanagement und Patientensicherheit

Ein prüfender Blick von außen kann für ein Unternehmen sehr wertvoll sein. Dies passiert in den niederösterreichischen Landeskliniken im Zuge des Riskmanagements. Es startet mit einem Audit, indem externe Experten Arbeitsabläufe im Krankenhaus beobachten, begleiten und die Risikosituation bewerten. Sie geben Empfehlungen ab, wie man unerwünschte Ereignisse in der Patientenbehandlung vermeidet. In jedem Landesklinikum gibt es einen Riskmanager oder eine Riskmanagerin, die für die Umsetzung der Empfehlungen zuständig sind.

Der flächendeckende Ausbau des Risikomanagements bis 2015 soll die PatientInnen- und MitarbeiterInnensicherheit erhöhen, Risiken reduzieren und die Schadenersatzzahlungen sowie die Versicherungsprämien verringern.

Ebenso wird seit 2009 eine umfangreiche Messung der Patientensicherheitsindikatoren Sturz und Dekubitus durchgeführt.

1.3 Zufriedenheitsbefragung

Die seit Jahren bewährte Niederösterreichische Patientenbefragung ermöglicht, vermehrt auf die Anliegen der PatientInnen einzugehen und somit die Zufriedenheit in den Landeskliniken zu steigern. Die Befragung bezieht sich auf das Ärzte- und Pflegeteam, Prozessqualität, Servicequalität und den Umgang mit Informationen. 2010 wurde auch erstmals mit Mitarbeiterbefragungen begonnen, die 2011 flächendeckend Anwendung finden. Der Fragebogen bezieht sich auf die Arbeitssituation, Führung, Organisation und Abläufe, Information und Kommunikation, Unternehmenskultur sowie die Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung. Vereinzelt wurden auch schon Zuweiserbefragungen durchgeführt.

2 Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)

Für ein ergebnisorientiertes kennzahlengestütztes Qualitätsmanagementsystem ist ein valides Verfahren zur Qualitätsmessung Grundvoraussetzung. Um Verbesserungsmaßnahmen gezielt auszuführen, werden Messungen benötigt, die auf etwaige Qualitätsmängel hinweisen. (3) Kontinuierliche Verbesserung im Sinne des PDCA-Kreises, Plan-Do-Check-Act, ist ohne Qualitätsmessung nicht möglich.

2.1 Überblick

Bereits 2008 wurden medizinische Ergebniskennzahlen erarbeitet. Ein Jahr später konnten HELIOS und das Schweizer Bundesamt für Gesundheit als Benchmarkingpartner gewonnen werden und die unter der Ägide von Prof. Dr. Thomas Mansky entwickelten Indikatoren, German Inpatient Quality Indicators, wurden an das österreichische Dokumentations- und Abrechnungssystem angepasst und weitere Kennzahlen vom deutschen System übernommen. (4)

Die notwendigen medizinischen Informationen für die Indikatoren bzgl. Leistungen und Diagnosen werden über das österreichische Abrechnungssystem routinemäßig in jeder Krankenanstalt erfasst (5). Derzeit werden diese Daten in Österreich zum großen Teil für die Spitalsabrechnung und Leistungsplanung (LKF, ÖSG) genutzt und lagen für Qualitätsbetrachtungen brach.

Die Vorteile einer Ergebnisqualitätsmessung auf Basis von Krankenhausroutinedaten liegen klar auf der Hand:

- kein zusätzlicher Dokumentationsaufwand
- effektiv, zeitnah
- vollständige Daten
- kein Melde-Bias
- externe Auswertung möglich
- EDV-technisch reproduzierbar

Die wenigsten Leistungserbringer wissen, wie sich ihre PatientInnenversorgung aus qualitativer Sicht bei bestimmten Behandlungen oder Erkrankungen darstellt. Diese Tatsache ist für andere Branchen, bspw. für die Autoindustrie, undenkbar.

In Österreich liegt der Fokus im Krankenhaussektor auf dem internen Qualitätsmanagement. Das externe Qualitätsmanagement steht erst am Anfang. Gründe dafür sind sicherlich das bisher fehlende einheitliche Instrument zur Qualitätsmessung sowie zur Qualitätsberichterstattung. 2009 wurde von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) die Qualitätsplattform bestehend aus Struktur- und Projektdatenbank entwickelt. Daraus wurde der erste Pilotqualitätsbericht vom Kärntner Gesundheitsfonds in Zusammenarbeit mit der GÖG erstellt. Inhalte sind Strukturdaten (Krankenhausverzeichnis, Ausstattung, Eingliederung Qualitätsmanagement), angewandte Qualitätsmodelle sowie Risikomanagementmodelle. Informationen zu Ergebnis- oder Prozessqualität sind nicht vorgesehen. (veröffentlicht als 6)

2.2 Inhalte

Die A-IQI, deren Inhalte in Abbildung 3 näher dargestellt sind, bilden 35 medizinische Bereiche ab und beinhalten Mortalitätsraten, erwartete Todesfälle wenn dazugehörige Bundesdaten verfügbar sind, Mengeninformationen, Informationen zu Verfahrenstechniken, Intensivhäufigkeiten, Wiederaufnahmeraten, Komplikations- und Re-Eingriffsraten.

▪ Herzinfarkt	▪ Entfernungen der Gebärmutter
▪ Herzinsuffizienz	▪ Brustkrebs
▪ Linksherzkatheter	▪ Eingriffe an der Brust
▪ Schrittmacher	▪ Elektiver Hüftgelenkersatz
▪ Elektrophysiologie	▪ Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese
▪ Operationen am Herzen	▪ Kniegelenkersatz
▪ Schlaganfall	▪ Wechsel einer Kniegelenkendoprothese
▪ Lungenentzündung	▪ Schenkelhalsfraktur
▪ Lungenkrebs	▪ Totalentfernungen der Niere
▪ Entfernung der Gallenblase	▪ Teilentfernungen der Niere
▪ Herniotomien	▪ Entfernung der Prostata
▪ Operationen an Magen, Dick-, Enddarm	▪ Prostatakarzinom
▪ Operationen an der Speiseröhre	▪ Radikaloperation der Prostata
▪ Operationen an der Bauchspeicheldrüse	▪ Beatmung
▪ Aortenoperationen	▪ Sepsis
▪ Operationen an der Arteria carotis	▪ Operationen bei Mandelentzündung
▪ Geburten	▪ Operationen an der Schilddrüse
	▪ Wiederaufnahmen, präoperative VWD

Abbildung 3: A-IQI 35 medizinische Bereiche

Die erfassten Krankheitsbilder bzw. Eingriffe decken etwa 30% aller Krankenhausaufenthalte ab und reichen von Low Risk Eingriffen bis zur Betrachtung von Hochrisikobereichen.

Es sind jene Krankheitsbilder beinhaltet, bei denen die Sterblichkeit durch Qualitätsmaßnahmen beeinflussbar ist. (7):

- Low Risk Eingriffe (z.B. Gallenblasenentfernung, Endoprothetik)
- High Risk Eingriffe (z.B. Darmoperationen, Operationen an der Speiseröhre)
- High Risk Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall)
- High Risk Bereiche (z.B. Beatmung auf der Intensivstation)

Die Zielwerte zu den einzelnen Indikatoren stammen aus verschiedenen Quellen wie wissenschaftlicher Literatur z.B. Birkmeyer Studie (8), Vergleichsdaten aus der deutschen gesetzlichen Qualitätssicherung oder Bundesdaten von Österreich.

Mortalität bei einer bestimmten Erkrankung oder bei einem bestimmten Eingriff ist ein Parameter, der mit Routinedaten sicher messbar ist. Dies trifft auf viele Prozesse und leichte Komplikationen nicht zu. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese indirekt über die Sterblichkeit abgebildet werden.

Die Qualitätsindikatoren erheben keinesfalls den Anspruch wissenschaftliche Studienergebnisse darzustellen. Sie sind dazu da, Auffälligkeiten zu finden und diese im Peer Review Verfahren zu analysieren. (9) Bei der Durchsicht von einzelnen Krankengeschichten auffälliger Bereiche wurde, wie in Abbildung 4 dargestellt, bei den HELIOS Kliniken in 20 bis 60% der Fälle ein Verbesserungspotenzial in Bezug auf Behandlungsverfahren und –abläufe gefunden.

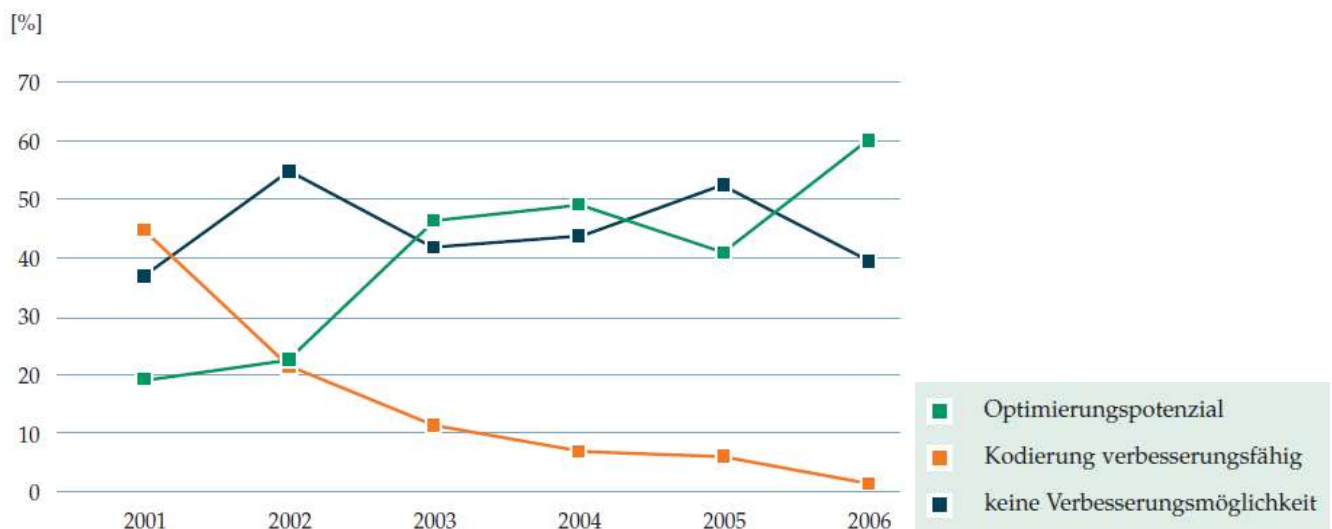


Abbildung 4: Peer Review Ergebnisse HELIOS (10)

Die Initiative Qualitätsmedizin (IQM, siehe Kapitel 3), die ebenfalls mit den German Inpatient Quality Indicators arbeitet, konnte bei den Peer Review Verfahren 2010 in 20 bis 90% der analysierten Fälle Verbesserungspotential orten. Der hohe Prozentsatz an geortetem Verbesserungspotential zeigt die Treffsicherheit der Parameter und auch die richtige Methodik in der Auswahl der Peer Review Themen.

Die Qualitätsmessung schafft Bewusstsein bei allen Beteiligten und zeigt Abweichungen strukturiert auf, der Grund für diese bleibt jedoch unklar. Um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu erreichen, stellt das Peer Review Verfahren einen zentralen Punkt und das Herzstück dieses Qualitätsmanagementsystems dar. Das ist auch der Grund für die Entstehung dieses Handbuches. Nicht nur die Ergebnisqualitätsmessung, sondern auch die nachfolgende Analyse der Ergebnisse im Peer Review Verfahren muss standardisiert und transparent ablaufen, um Akzeptanz bei den Leistungserbringern zu erreichen und somit den Zweck des Verfahrens zu erfüllen – die kontinuierliche Verbesserung.

3 Peer Review Verfahren

Der Begriff Peer Review umfasst grundsätzlich die externe unabhängige Qualitätskontrolle eines wissenschaftlichen Artikels oder eines Unternehmens mit dem Ziel der Qualitätssicherung und –verbesserung.

3.1 Begriffsklärung

In der Wissenschaft wird ein Artikel vor der Veröffentlichung in einem Journal von Fachexperten nach qualitativen Gesichtspunkten begutachtet, ein Peer Review durchgeführt. Diese Art von Qualitätskontrolle geht bis in das 17. Jahrhundert zurück. Henry Oldenburg, der Herausgeber der seit 1655 erscheinenden Zeitschrift *Philosophical Transactions* beauftragte Wissenschaftler zur Qualitätsbeurteilung eingereicherter Aufsätze. Mittlerweile ist diese Art der Qualitätskontrolle in allen anerkannten wissenschaftlichen Zeitschriften Standard. (11)

Das vermutlich erste ärztliche Peer Review wurde im Jahr 854-931 v. Chr. in Syrien von Ishap bin Ali Al Rahwi im Buch *Ehtics of the Physician* dokumentiert. Wenn der Patient geheilt wurde oder verstarb, überprüfte und urteilte ein Rat bestehend aus mehreren Medizinern anhand der ärztlichen Aufzeichnungen, ob die bestehenden Standards eingehalten wurden. Die Entscheidung dieses Gremiums war ausschlaggebend dafür, ob der praktizierende Mediziner aufgrund von falscher Behandlung mit Konsequenzen zu rechnen hatte. (12)

Der Begriff Peer Review Verfahren im ärztlichen Kontext wird synonym mit *clinical peer review*, *medical staff review*, *physician peer review*, *quality of care review* oder *medical audit* verwendet und wird in dieser Arbeit mit den folgenden zwei Definitionen eingegrenzt:

Clinical peer review, is a process by which physicians evaluate each other's performance. (13)

Das Peer Review Verfahren stellt eine kontinuierliche, systematische und kritische Reflexion des ärztlichen Handelns durch mehrere Kollegen über die eigene Performance und die der Kollegen dar. Es läuft transparent nach einem strukturierten,

vorgegebenen Prozess ab, mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung. (14)

3.2 Entwicklung des Peer Review Verfahrens

Die Methode von Peer Review Verfahren zur Qualitätsverbesserung existiert in verschiedenen Formen schon seit langer Zeit. Das erste ärztliche Peer Review geht bis in die Jahre 854-931 v. Chr. zurück. (12) Im Krimkrieg Mitte des 19. Jahrhunderts etablierte Florence Nightingale, die einzige Nicht-ärztliche Vertreterin in dieser Aufzählung, eine strikte Überwachung von Hygienestandards und konnte die Sterblichkeit von Soldaten damit reduzieren. (15)

In den USA leistete E. Amory Codman Anfang des 20. Jahrhunderts mit der Veröffentlichung von Ergebnisqualitätszahlen, der end result idea, Pionierarbeit. Fehler in Diagnostik oder Behandlung wurden bei allen PatientInnen aufgezeichnet und die PatientInnen noch Jahre nach der Krankenhausentlassung weiter verfolgt, um die Ergebnisse zu evaluieren. Die Erkenntnisse wurden im jährlichen Krankenhausbericht veröffentlicht und wissenschaftlich publiziert. (16) Kurze Zeit später im Jahre 1928 veröffentlichte Thomas R. Ponton ein Audit-Modell für Peer Review Verfahren basierend auf der Rechnungslegung der US Industrie. Diese Ideen flossen in die nachfolgenden Arbeiten der Anesthesia Study Commissions (17), von Malcolm T. MacEachern (18) J.J. Butler (19) Paul A. Lembcke (20) und John Williamson ein (21).

Das Peer Review Verfahren war 1920 ein zentraler Teil des Zertifizierungsprogramms, welches vom American College of Surgeons verabschiedet wurde. Dasselbe Programm wurde mit wenigen Modifikationen 1950 von der Joint Commission für die Akkreditierung von Krankenhäusern eingesetzt und ist seit 1965 auch Teil des staatlichen Medicare Programms. (22)

1971 wurde ebenfalls in den USA, um unnötige Behandlungen zu vermeiden und Kosten zu senken, ein experimentelles Review Modell eingesetzt. Ein Jahr später wurde im Social Security Act das erste nationale Qualitätssicherungssystem, professional standards review organization (PRSO), beschlossen. Das staatliche Medicare Peer Review Organization program (PROs) wurde 1982 im Zuge des Tax Equity and Fiscal Responsibility Act verabschiedet, um Qualität voranzutreiben und die Notwendigkeit und Angemessenheit staatlich finanzierter medizinischer Gesundheitsdienstleistungen zu

überprüfen und löste das PRSO ab. Das PROs besteht in den USA in weiterentwickelter Form nach wie vor. (23)

In den USA kommt das ärztliche Peer Review mittlerweile intern und extern über Peer Review Organisationen im Großteil der Krankenhäuser zur Anwendung. (24) Mittlerweile ist das Verfahren so weit etabliert, dass es bereits Studien über die Qualität und Wirksamkeit des Verfahrens gibt.

Ende der 80er Jahre entstand in den Niederlanden ein Peer Review Verfahren, das Visitation Programm, das zentral vom Institut für Qualität in der Gesundheitsversorgung (CBO) gesteuert wird und die Vorreiterrolle in Europa einnahm. (25) In Großbritannien wurde das clinical audit 1989 vom National Health Service durch das White Paper initiiert und 1997 schließlich verankert. 2002 veröffentlichte das National Institut for Health and Clinical Excellence (NICE) die Principles for Best Practice in Clinical Audit. Mittlerweile hat sich das System in England etabliert. (26)

In Deutschland wurde 1991 durch die freiwillige interinstitutionelle Qualitätskontrolle im Fach Pathologie der Grundstein für die spätere „Richtlinie Peer Review Verfahren Pathologie“ gelegt. (27) Der erste Pilotversuch von Krankenhausvisitationen in Deutschland fand 1999 im Rahmen eines Modellprojektes des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) statt. Beraten wurde das BMG durch das CBO und das Deutsche Krankenhausinstitut evaluierte das Vorhaben. Die Ergebnisse flossen 2000 auch in die KTQ-Visitationen ein (25). In den Qualitätsmanagementsystemen Qualität und Entwicklung in Praxen ® (QEP) und Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) ist eine Vor-Ort Begehung durch externe VisitorInnen beinhaltet. In der externen Qualitätssicherung, im BQS-Verfahren mittlerweile AQUA, wird der Strukturierte Dialog zur Analyse auffälliger Qualitätsindikatorenergebnisse bestehend aus Stellungnahme und Visitation vor Ort eingesetzt.

In der HELIOS Kliniken Gruppe kommt das Peer Review Verfahren, bestehend aus Selbst- und Fremdanalyse, auf Basis von Ergebnisqualitätskennzahlen bereits seit 2000 zum Einsatz.

Die Entwicklung von freiwilligen intensivmedizinischen Peer Reviews findet ihren Beginn im Jahr 2006. Diese sind durch die Zusammenarbeit der Deutschen Gesellschaft für

Anästhesiologie und Intensivmedizin, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten entstanden und analysieren Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. (28)

Die 2008 gegründete trägerübergreifende Initiative Qualitätsmedizin ist sicherlich ein Vorzeigeprojekt für den erfolgreichen Einsatz des Peer Review Verfahrens zur Verbesserung der Behandlungsqualität im deutschen Krankenhauswesen. Die Bundesärztekammer hat 2010 die Peer Review Verfahren bei IQM begleitet. Daraus ist im Frühjahr 2011 das Curriculum „Ärztliches Peer Review“ entstanden, um die Etablierung qualitativ hochwertiger Peer Review Verfahren im deutschen Gesundheitswesen zu fördern. (veröffentlicht als 29)

4 Initiative Qualitätsmedizin (IQM)

Der Verein Initiative Qualitätsmedizin wurde im September 2008 ins Leben gerufen. Mit dem Fokus weniger Diskussion und mehr praktische Qualitätsverbesserung über die Trägergruppen hinweg – kommunal, freigemeinnützig-kirchlich, privat, universitär – einigten sich die 7 Gründungsmitglieder (114 Kliniken) in Begleitung der Landesärztekammer Berlin auf die gemeinsame Initiative. (30)

Die mittlerweile insgesamt 132 Krankenhäuser der Initiative Qualitätsmedizin versorgen jährlich rund 2 Mio. PatientInnen stationär. Für Deutschland liegt ihr Anteil an der stationären Versorgung bei über 10%. Bereits zwei Krankenhäuser aus der Schweiz haben sich angeschlossen.

Die Mitglieder verpflichten sich zu drei Grundsätzen (30):

- Messung von Qualität aus Routinedaten
- Transparenz der Qualitätsergebnisse
- Kontinuierliche Verbesserung durch Peer Review

Zusätzlich zum Verfahren der Externen Stationären Qualitätssicherung nach § 137a SGB V nutzen die 132 Kliniken die German Inpatient Quality Indicators zur Messung von Qualität auf Basis von Routinedaten.

Die große Besonderheit von IQM ist der Umgang mit auffälligen Ergebnissen. Die Analyse von Auffälligkeiten im Peer Review Verfahren, erfolgt standardisiert und ist in der Form einzigartig in Deutschland. Es ist das Instrument um nachhaltige Verbesserungspotentiale im Behandlungsprozess zu heben.

Die Peer Review Verfahren beruhen auf drei wesentlichen Grundsätzen (31):

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

Bei den regelmäßigen Informationsveranstaltungen und Anwendertreffen der Initiative Qualitätsmedizin ist spürbar, dass durch das aktive Vorgehen aller Beteiligten Qualitätsmanagement gelebt wird. Dies mag auch dadurch sein, dass es ein System

ausgehend von den Leistungserbringern selbst und keine übergestülpte, verordnete Methode ist. Es ist pragmatisch und nachhaltig und fördert die Entwicklung einer Fehlerkultur.

Durch die Anwendung der Austrian Inpatient Quality Indicators kann sich die Niederösterreichische Landeskliniken-Holding auch mit den Ergebnissen der Initiative Qualitätsmedizin benchmarken. Das Qualitätsverständnis von IQM ist maßgeblich in die Qualitätsstrategie der NÖ Landekliniken-Holding eingeflossen. Das vorliegende Handbuch bildet das standardisierte Peer Review Verfahren in der NÖ Landeskliniken-Holding am Vorbild der Initiative Qualitätsmedizin ab.

5 Peer Reviews in der NÖ Landeskliniken-Holding

Durch den Einsatz der Qualitätsindikatoren und der Einberufung der Medizinischen Gremien wurden die Ergebnisse auf Ebene der Ärztlichen Direktoren und PrimärärztInnen kommuniziert und in den Fachbeiräten diskutiert. In Niederösterreich finden Peer Review Verfahren seit Ende 2009. Es wurden folgende Themen bis Anfang 2011 bearbeitet:

- Revisionen nach Hüft- und Knieendoprothesen
- Herzinfarkt Todesfälle
- Schlaganfall, zerebrale transitorische ischämische Attacke
- Cholezystektomie mit langer Intensivverweildauer
- Kodierqualität Herzinsuffizienz, Pneumonie
- Säuglingssterblichkeit

Mit 2011 wurde die Steuerungsgruppe Peer Review ins Leben gerufen und das Verfahren wird nach dem Vorbild Initiative Qualitätsmedizin standardisiert durchgeführt. Neu ist auch die verpflichtende Peer Review Schulung für alle Peers. Durch den Einsatz des Instrumentes Peer Review möchte die NÖLKH Verbesserungspotentiale aufzeigen und in weiterer Folge heben. Dieser Input erhöht die Patientensicherheit. Nicht zu vergessen ist natürlich auch der finanzielle Aspekt - schlechte Qualität ist teuer. Ein weiterer wichtiger Faktor ist der veränderte Umgang mit Fehlern. Es soll den Aufbau einer Fehlerkultur, das voneinander lernen, im gesamten Klinikenverbund beschleunigen. Zusätzlich soll auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit verbessert werden.

Es gelten folgende Grundsätze für den Einsatz des Peer Review Verfahrens (32):

- Verfahren zur Klärung statistischer Auffälligkeiten (keine Repressalien)
- PrimärärztInnensache (Durchsetzung)
- zentrale Auswahl der Review Themen und der Einzelfälle (Treffsicherheit)
- akzeptierte Analysekriterien (Rating)
- gemeinsame, standardisierte Review Schulungen
- klare Regeln zum Ablauf (Verlässlichkeit)
- Vorgaben zum Protokoll (Lösungsvorschläge)
- Strukturierte Auswertung (Transparenz)
- Befragung der Abteilungen nach den Reviews (Evaluation)

5.1 Einordnung im System des Qualitätsmanagements

Verschiedenste Aufgreifkriterien können Peer Reviews initiieren (33):

- ermittelte Qualitätskennzahlen
- Auffälligkeiten, gezogene Fälle
- retrospektive Aktenanalyse und Bewertung von Behandlungen
- Bewertung von Behandlungsstandards zu bestimmten Krankheitsbildern
- Interdisziplinäre, interprofessionelle Zusammenarbeit
- konkrete klinische Prozesse und Ergebnisse einer Behandlung
- konkrete Strukturen

Das Peer Review Verfahren in der NÖLKH kommt im Zuge der Qualitätsindikatorenergebnisse (A-IQI) in der Säule „Medizinische Qualität“ zur Anwendung. Es kommt dann zum Einsatz, wenn Ergebnisse einzelner Kliniken außerhalb des vorgegebenen Zielbereiches oder deutlich unter dem Durchschnitt liegen. Die Verbesserung der medizinischen Ergebnisqualität setzt die Auseinandersetzung mit kritischen Einzelfällen anhand der Krankengeschichten im Peer Review Verfahren voraus.

Erst wenn Experten bei Auffälligkeiten auf Ebene der Krankengeschichten strukturiert analysieren, kann festgestellt werden, ob wirklich Verbesserungspotential im Behandlungsprozess besteht, die Datenqualität zu verbessern ist oder das Ergebnis aus verschiedensten Gründen „berechtigterweise“ nicht im Zielbereich liegt. Die konkrete Analyse hilft, Schwachstellen zu erkennen und für die Zukunft zu beseitigen. Anfang des Jahres werden anhand der Indikatorenergebnisse von der Steuerungsgruppe die Peer Review Themen für das gesamte Jahr beschlossen. Das Peer Review Verfahren muss bei Auffälligkeiten in den Indikatorenergebnissen nach standardisierten Vorgaben gleich ablaufen.



Abbildung 5: Einordnung im Qualitätsmanagement

Operativ erfolgt die Arbeit mit den Qualitätsindikatoren in drei Schritten:

- Messung
- Interne Transparenz
- Ergebnisbearbeitung

Die Messung wird einmal im Quartal durchgeführt. Die Ergebnisse werden intern transparent auf allen Managementebenen (Geschäftsführung bis PrimarärztInnen) zur Verfügung gestellt. Um die Ergebnisse zukünftig aus Prozesssicht transparenter und effektiver zu kommunizieren, wird es ab Mitte 2011 eine webbasierte Datenbank für die Daten des Medizincontrollings geben. Teile des Indikatorensatzes fließen auch in die Balanced Score Card der NÖLKH ein.

Die Ergebnisbearbeitung erfolgt in den Medizinischen Gremien – Fachbeiräte, Regionale Medizinische Beiräte – sowie in der Steuerungsgruppe Peer Review. In den Fachbeiräten werden die Indikatoren des jeweiligen Gebietes auf Ebene der Primärärzte detailliert besprochen, z.B. alle chirurgischen Kennzahlen im Fachbeirat Chirurgie oder alle neurologisch/internistischen im Fachbeirat Innere Medizin. In den fünf Regionalen Medizinischen Beiräten werden alle vorhandenen Kennzahlen der Kliniken in der betreffenden Region mit den Ärztlichen Direktoren und Regionalmanagements bearbeitet. Die Steuerungsgruppe beschließt am Jahresanfang auf Basis der Indikatorenergebnisse des Vorjahres alle Peer Review Themen. Für 2011 sind 22 Reviews geplant. Nähere Beschreibung dazu befindet sich im Kapitel 7.

5.2 Aspekte des Datenschutzes

Die PatientInnen Daten die im Krankenhaus erhoben werden, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Werden die Daten im Zuge der Qualitätsarbeit wie bspw. dem Peer Review Verfahren an Dritte weitergegeben, kann es zu Rechtsunsicherheiten für alle Beteiligten kommen. Diese Weitergabe kann nur befugt erfolgen und diese Befugnis zur Weitergabe der Patientendaten kann durch die Einwilligung des Patienten bzw. der Patientin erfolgen. Eine weitere Möglichkeit wäre das Schwärzen der betreffenden Krankengeschichten. Dies würde jedoch für jedes Haus das für ein Peer Review ausgewählt wird, einen enormen administrativen Aufwand bedeuten. IQM hat sich für den Weg der Einwilligungserklärung entschieden. Die für NÖ entworfene Einwilligungserklärung soll in den PatientInnenaufnahmeprozess eingebunden werden und befindet sich im Anhang.

5.3 Ziele, Vorteile und Nutzen des Verfahrens

Das Hauptziel im Einsatz des Peer Review Verfahrens ist die Ortung und Umsetzung von Verbesserungspotentialen und somit die kontinuierliche Steigerung der Behandlungsqualität. Das Peer Review Verfahren hat, wie in Abbildung 6 ersichtlich, das Potential die Behandlungsergebnisse im Krankenhaus zu verbessern. (34)

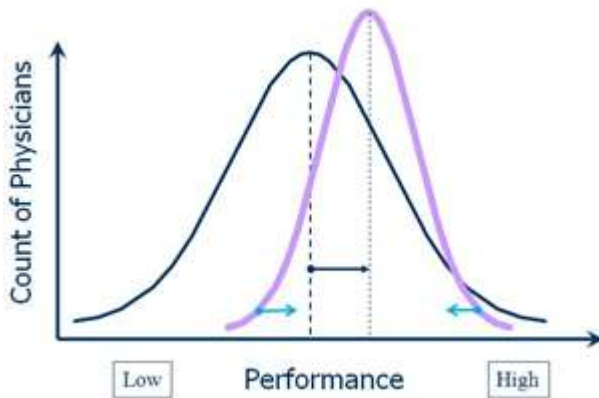


Abbildung 6: Peer Review Improvement (35)

Das zur Anwendung kommende Indikatorensystem A-IQI, misst zum Großen Teil Ergebnisqualität in Form von Sterblichkeit. Durch den Einsatz des Peer Review Verfahrens erfolgt jedoch eine Ergebnisanalyse auf Fall- und somit Prozessebene. Wiederum nur Prozessänderungen ermöglichen, wie in Abbildung 7 dargestellt, Verbesserungen in der Ergebnisqualität.

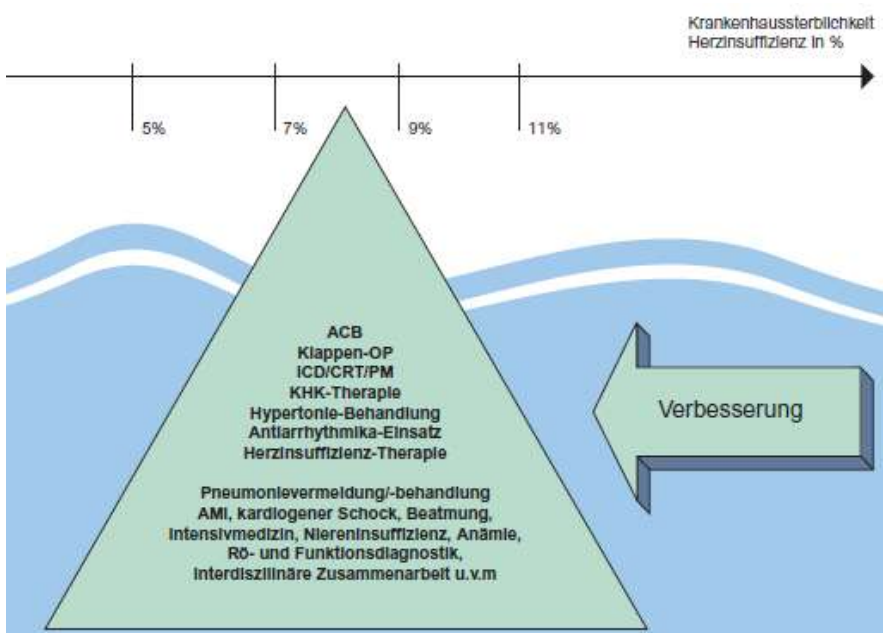


Abbildung 7: Umgekehrter Eisbergeffekt (36)

Der Nutzen für die Leistungserbringer ist die wertvolle Fachexpertendiskussion und der Erfahrungsaustausch mit der Möglichkeit voneinander zu lernen. Der Einsatz soll zur Entwicklung einer Fehlerkultur im Betrieb Krankenhaus beitragen und die individuelle Lernbereitschaft fördern. Durch die fächer- und klinikenübergreifende Zusammenarbeit fördert das Verfahren auch die Zusammenarbeit innerhalb der Ärzteschaft.

Es erfolgt eine interdisziplinäre und fachübergreifende Selbstreflexion und Reflexion des ärztlichen Handelns unter ebenbürtigen Fachkollegen. Diese Vorgehensweise trägt zur Förderung der professionellen Autonomie und Teambildung bei und gibt der Ärzteschaft die Möglichkeit, selbstbestimmte Qualitätsentwicklung zum Wohle der PatientInnen zu betreiben. (37)

Die Prozessanalyse deckt Verbesserungsmöglichkeiten in Bezug auf interne Organisationsstrukturen auf und ermöglicht eine effektivere und effizientere Gestaltung dieser. Nach Abschluss des Peer Reviews im jeweiligen Landeskrankenhaus erhält die Abteilungsleitung Feedback und es liegen praxisrelevante, umsetzbare Verbesserungsmöglichkeiten für den Abteilungsleiter vor. Es ist ein flexibles, leicht adaptierbares Verfahren, das in existierende Strategien und Maßnahmen in das vorhandene Qualitätsmanagement integriert werden kann und verknüpft Qualitätskontrolle und Qualitätsförderung. Die Methode gibt außerdem die Möglichkeiten zu effektivem Wissenstransfer und beschleunigter Veränderung in einem Unternehmen. (38)

6 Peer Review Themen

Zu Jahresbeginn beschließt die Steuerungsgruppe auf Basis der Vorjahresergebnisse die Peer Review Themen sowie die dazugehörigen Reviewer für das gesamte Jahr. In einer Primärärztevollversammlung wird danach transparent kommuniziert, welche Landesklinik zu welchen Qualitätsindikatoren ein Peer Review erhält sowie das dazugehörige Peer Review Team bekanntgegeben. Diese werden bis zum Herbst durchgeführt, Ende des Jahres in der Steuerungsgruppe analysiert und etwaige Ablauf- oder Strukturänderungen im Verfahren selbst für das kommende Jahr festgelegt.

1. Quartal	Messung Steuerungsgruppe
2. Quartal	Peer Review Verfahren
3. Quartal	
4. Quartal	
	Abschlussanalyse Steuerungsgruppe

Abbildung 8: Ablauf der Ergebnisbearbeitung

6.1 Steuerungsgruppe

Die Steuerungsgruppe Peer Review bildet das wichtigste Gremium für die Bearbeitung der Qualitätsindikatoren und beinhaltet zentrale und regionale Entscheidungsträger der NÖLKH sowie Vertreter aus den Landeskliniken: Geschäftsführung, Regionalmanagements, AbteilungsleiterInnen Qualität, Peer Review KoordinatorInnen, drei Ärztliche DirektorInnen, drei Fachbeiratsmitglieder (Primärärzte) aus verschiedenen Fachgebieten.

Die Steuerungsgruppe hat folgende Aufgaben:

- Auswahl der Peer Review Themen
- Planung und Durchführung der Verfahren
- Auswahl der Peers
- Aufarbeitung der Ergebnisse aus den einzelnen Verfahren

- Weiterentwicklung des Verfahrens
- Weiterentwicklung der Peer Review Ausbildung
- Evaluierung des Verfahrens
- Austausch unter den Peers

Die Peer Review Themen sowie die dazugehörigen Abteilungen in den Landeskliniken werden im ersten Quartal zentral von der Steuerungsgruppe festgelegt. Die ausgewählten Abteilungen sind zur Teilnahme verpflichtet.

6.2 Auswahl der Peer Review Themen

Die Qualität der einzelnen Verfahren steht im Vordergrund. Deshalb können nicht alle Auffälligkeiten behandelt werden. Die Glaubwürdigkeit, das Vertrauen und der Nutzen für das eigene Haus sind entscheidend.

Die Grundlage der Auswahl bilden die Ergebnisse der 95 Qualitätskennzahlen. Alle Indikatoren die mit einem Zielbereich versehen sind, werden in den Auswahlpool eingebunden.

Aufgrund der beschränkten Anzahl an Reviews sowie der eingeschränkten Fächer mit Peer Review Ausbildung, gelten für 2011 zusätzlich zu „Kennzahl außerhalb des Zielbereiches“ folgende Auswahlkriterien:

- nur Fächer die in die Schulung eingebunden sind (Anästhesie/Intensivmedizin, Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Orthopädie, Unfallchirurgie)
- statistisch signifikante Abweichung vom Zielbereich, wie in Abbildung 8 ersichtlich (Konfidenzintervall 95%)

Qualitätsindikatoren		Zielbereich	LK 1			LK 2		
			Ergebnis %	Ergebnis absolut	Aufenthalte	Ergebnis %	Ergebnis absolut	Aufenthalte
Erkrankungen des Herzens								
1 Herzinfarkt								
1.1	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, aufgetreten	unter Erwartungswert	8,48%	14	165	24,49%	12	49
	Hauptdiagnose Herzinfarkt (Alter >19), Anteil Todesfälle, erwartet		9,71%			10,85%		

Abbildung 9: Ergebnisdarstellung

Für 2011 wurden aufgrund der oben genannten Auswahlkriterien die Tracer Herzinfarkt, Schlaganfall, Pneumonie, Beatmung, Kolorektale Resektion, Herniotomie, Schenkelhalsfraktur und Hüftendoprothesen-Wechsel festgelegt.

Wie in Abbildung 9 ersichtlich, wird bei der Auswertung der Qualitätsindikatoren eine signifikante Abweichung rot markiert. Wird nun aufgrund der Tracer und der Auswahlkriterien das LK 2 für ein Review ausgewählt, müssen in weiterer Folge die einzelnen dahinterliegenden Fälle selektiert werden. Pro Review werden maximal 20 Fälle analysiert. Für das LK 2 betrifft das Review 12 Fälle (Todesfälle bei Herzinfarkt), welche an einem Tag abzuarbeiten sind. Wären es bspw. 35 Fälle, müsste die Anzahl z.B. durch Einschränkung auf die 20 jüngsten PatientInnen oder Auswahl der Fälle ohne Karzinom reduziert werden. Bei low-risk Eingriffen wie Hüftendoprothese oder Herniotomie gibt es pro Landesklinikum nur sehr wenige Todesfälle. Bei diesen Indikatoren wird es dann sinnvoll sein, das Peer Review nicht vor Ort, sondern zentral mit allen niederösterreichischen Fällen durchzuführen.

Sobald alle Review-Themen, Abteilungen und Teams beschlossen sind, wird das Ergebnis allen PrimärärztInnen in der NÖLKH kommuniziert.

7 Ablauf der Peer Review Verfahren

Jedes Peer Review läuft, wie in Abbildung 10 dargestellt, in den drei Phasen Selbstbewertung, Fremdbewertung und Bericht ab:

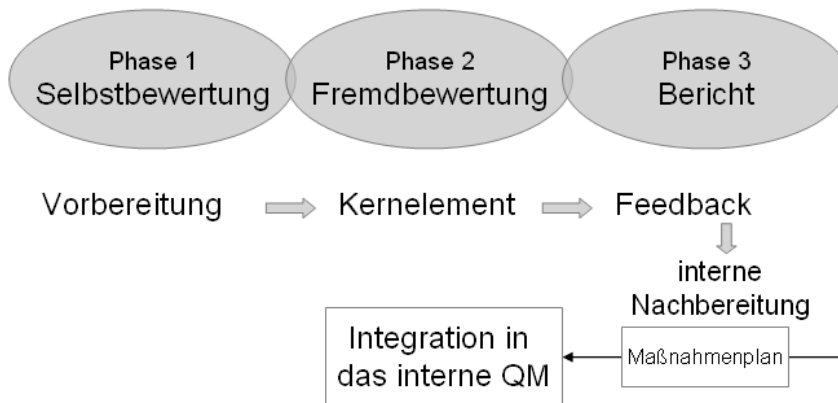


Abbildung 10: Phasen des Peer Reviews (33)

7.1 Phase 1: Selbstbewertung

In der Phase 1 werden die organisatorische Terminabstimmung mit dem betroffenen Haus sowie die Selbstbewertung durchgeführt. Die Einrichtungen, d.h. die Abteilungsleitung, in denen ein Review stattfindet, werden nochmals persönlich vom Teamkoordinator bzw. von der Teamkoordinatorin über den Ablauf und die nächsten Schritte informiert. Ziel der persönlichen Information ist, alle offenen Fragen zu klären und die Aufgaben für die Abteilungsleitung vor Ort zu konkretisieren. Die Information über das Peer Review Verfahren erfolgt zuerst telefonisch. Dabei erfolgt auch die gemeinsame Terminfindung. Danach erhält die Abteilungsleitung noch ein offizielles Schreiben dem die betreffenden Aufnahmezahlen beigelegt sind und aus dem klar hervorgeht welche Aufgaben für zu erledigen sind. Eine Vorlage dazu befindet sich im Anhang. Dies muss zumindest einen Monat vor dem Peer Review vom Teamkoordinator erledigt werden, damit genug Zeit für die Selbstbewertung bleibt.

Etwa eine Woche vor dem definitiven Peer Review Termin nimmt der Koordinator nochmals telefonisch mit der Abteilungsleitung Kontakt auf, um sicherzustellen dass alle Unklarheiten beseitigt sind und der Termin definitiv erfolgen kann.

Wie in Abbildung 11 näher ausgeführt, erfolgt die Selbstbewertung nach standardisierten Analysekriterien. Diese beziehen sich auf die zeitlichen Abläufe in Bezug auf Diagnostik und Behandlung, die Indikationsstellung, die Berücksichtigung von

Leitlinien, interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Dokumentation in der Krankengeschichte.

<p>Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ präoperativ / intraoperativ / postoperativ ■ diagnostische Maßnahmen ■ konservative Therapie / Interventionen <p>Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ existieren Arbeitsdiagnosen ■ Problemerkennung/-lösung zeitnah <p>Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Schnittstellenprobleme ■ Komplikationsmanagement ■ Management Risikopatient <p>Wurden Behandlungsleitlinien / Standards berücksichtigt?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Einhaltung von LL oder begründete Abweichung ■ erkennbare sinnvolle Therapiestandards <p>Kontrollen der Behandlungsverläufe?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ durch behandelnde Ärzte der Abteilung ■ ärztliche Übergaben ■ Oberarzt-/Primararztvisiten ■ Konsiliarärzte ■ Kooperation Pflege/therapeutische Teams <p>Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ präoperativ / postoperativ ■ prä- / postinterventionell ■ Intensivmedizin / Konsiliardienste <p>War die Dokumentation umfassend und schlüssig?</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Aufklärung zur OP/Intervention ■ Behandlungsverlauf ■ Therapieentscheidungen ■ OP-Bericht und Verlegungsberichte ■ Konsile ■ Therapiebegrenzungen ■ Arztbrief inhaltlich logisch
--

Abbildung 11: Analysekriterien (39)

Auf Basis dieser Analysekriterien wird, wie in Abbildung 12 ersichtlich, für jeden Fall ein Bewertungsbogen ausgefüllt und festgehalten, ob Verbesserungsmöglichkeiten in Bezug auf Therapie, Diagnostik bzw. Kodierung erkennbar sind. Der gesamte Bewertungsbogen befindet sich im Anhang. Wird bei Anwendung der Analysekriterien eine Optimierungsmöglichkeit gefunden, ist der Fall in die Kategorie 1 einzuordnen, auch wenn zusätzlich eine Fehlkodierung vorliegt. Die einzelnen Bewertungsbögen werden dem Peer Review Team zur Verfügung gestellt und der Fremdbewertung gegenübergestellt.

Nur eine Bewertung ankreuzen (Kategorie 1 hat Vorrang vor 2):

1. Verbesserungsmöglichkeit in Therapie und/oder Diagnostik erkennbar
 sicher
 vermutet
2. Kodierung falsch (es gilt die Hauptdiagnosedefinition des LKF-Systems, nicht die Todesursache)
 sicher
 vermutet
3. Keine Auffälligkeiten

Abbildung 12: Auszug Bewertungsbogen (39)

Die Abteilungsleitung vor Ort ist auch dafür verantwortlich, bei interdisziplinären Fällen die am Behandlungsprozess beteiligten Kollegen anderer Fachabteilungen des Klinikums in die Selbstanalyse sowie in den Peer Review Termin vor Ort einzubeziehen. In der Vorbereitung sollte im Zuge der persönlichen Kontaktaufnahme mit der Abteilungsleitung die Selbstanalyse nochmals thematisiert werden. Sodass klar hervorgeht, dass sich die Bewertung des Falles nicht auf den eigenen Fachbereich begrenzt, sondern den Zeitraum von der Aufnahme bis zur Entlassung beinhaltet, das heißt interdisziplinär und abteilungsübergreifend.

7.2 Phase 2: Fremdbewertung

Die Phase 2 ist das Kernelement des Verfahrens und besteht aus den zwei Hauptpunkten Fremdbewertung und Abschlussgespräch. Es findet vor Ort im jeweiligen Klinikum statt und dauert in etwa 8 Stunden.

Grundsätzlich gilt folgender Tagesablauf:

Beginn: kurzes Eingangsgespräch zw. Abteilungsleitung und Review Team

09:00 – 13:00 Fremdanalyse

13:00 – 15:00 Abschlussgespräch mit Abteilungsleitung (ev. mit anderen Fächern)

15:00 – 17:00 Abschlussgespräch mit Abteilungsleitung, Regionalmanagement und
Ärztlicher Direktion

Das Peer Review Team besteht aus drei leitenden Fachärzten aus zumindest zwei Fachrichtungen sowie dem Teamkoordinator. Vor Ort wird von allen Reviewern eine Verschwiegenheitsverpflichtung (einmalig pro Reviewer) unterzeichnet. Im

Eingangsgespräch zw. Peer Review Team und PrimärärztIn wird der Tagesablauf nochmals besprochen. Danach führt das Peer Review Team eine Fremdanalyse analog der Selbstanalyse durch.

Es werden der gesamte Behandlungsprozess, alle drei Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) sowie die Qualitätsmanagementdaten im Verfahren berücksichtigt (33). Aufgrund dieses Anspruches besteht das Peer Review Team aus Primärärzten verschiedener Fachrichtungen. Die Fremdanalyse und kritische Fehlersuche in den max. 20 Krankengeschichten erfolgt in vier Stunden. Dabei wird jeder Fall im Team vorgestellt, diskutiert und mit der Selbstbewertung verglichen. Alle schriftlichen Unterlagen die sich auf Einzelfälle beziehen, verbleiben nicht in der Krankengeschichte, sondern werden nach dem Review vernichtet.

Das darauffolgende Abschlussgespräch findet im ersten Schritt in Form des Kollegialen Dialogs mit der Abteilungsleitung bzw. mehreren Abteilungen statt, anschließend werden in NÖ die Ärztliche Direktion und das Regionalmanagement einbezogen.

Der Kollegiale Dialog ist entscheidend für den Erfolg des Verfahrens und beinhaltet folgende Schritte (40):

1. Plattform schaffen (Vorstellung des Review Teams und der einzelnen Rollen, Ziel/Ablauf des Kollegialen Dialogs vorstellen, Gelegenheit für offene Fragen)
2. Gemeinsame Besprechung der Fremdbewertung
 - Ergebnisse der Fremdbewertung vorstellen (identifizierte Stärken, Vorstellung der identifizierten Verbesserungspotentiale)
 - Diskussion der Fremdbewertung (Möglichkeit Stellung zu Ursachen, Besonderheiten zu nehmen oder bereits eingeleitete Maßnahmen vorzustellen)
 - Gemeinsames Erarbeiten von Lösungen (systematisches Reflektieren, Lösungsoptionen für den Berufsalltag)
3. Festlegen von Maßnahmen (Maßnahmenplan, Fristen und Verantwortlichkeiten werden im Protokoll festgehalten)
4. Schriftliche Zusammenfassung des Peer Review Ergebnisses
5. Mündliches Feedback der Personen die sich dem Review unterzogen haben
6. Information durch das Review Team bzgl. Feedbackfragebogen und Protokoll

Anschließend kommen das Regionalmanagement sowie die Ärztliche Direktion zum Abschlussgespräch dazu, um das Peer Review Ergebnis sowie die vereinbarten Handlungsempfehlungen mitzuteilen. Dies ist insofern von Bedeutung, da beide Teilnehmer für die praktische Umsetzung wichtig sind. Zukünftig soll auch das Qualitätsmanagement des Hauses am 2. Teil des Abschlussgespräches teilnehmen.

7.3 Phase 3: Bericht

Höchstens eine Woche nach dem Peer Review Termin erhält das Klinikum sowie das Regionalmanagement und die Geschäftsführung das schriftliche Protokoll mit folgenden Inhalten (Quelle IQM):

- Review Team
- Auswahlparameter der Akten (z.B. Todesfälle bei Herzinfarkt, Alter 45-60)
- Einstufungskriterien (Kategorie 1-3) und Analysekriterien nach denen die Akten untersucht wurden
- Anzahl der untersuchten Akten und tabellarische Auswertung nach den Kategorien 1a,b–3 aus Sicht des Review Teams und aus Sicht der Selbstbewertung

	Kategorie	Review Team	Abteilung
Optimierungspotential	1		
sicher	1a		
vermutet	1b		
Kodierungsfehler	2		
sicher	2a		
vermutet	2b		
Keine Verbesserungen	3		
Summe			

Abbildung 13: Auswertung nach Kategorien (Quelle IQM)

- Darstellung Verbesserungspotential und Übereinstimmung (Review Team, Selbstbewertung) in %
- Darstellen von Fehlerquellen und realistischen Optimierungsmöglichkeiten
- Festlegen von Fristen und Verantwortlichkeiten
- Zusammenfassung der Analysekriterien für alle Fälle insgesamt

	ja	weit- gehend	nicht immer	nein
Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?				
Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?				
Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?				
Behandlungsleitlinien / Standards berücksichtigt?				
Kontrollen der Behandlungsabläufe?				
Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?				
Dokumentation umfassend und schlüssig?				

Abbildung 14: Zusammenfassung Analyse Kriterien (Quelle IQM)

Besonders wichtig ist die Einigung des Review Teams auf konkrete Punkte die verbessert werden können und dazu auch praktische Umsetzungsvorschläge. Einzelfallbeschreibungen sind nicht Teil des Protokolls. Eine Protokollvorlage befindet sich im Anhang.

Die Personen die sich dem Peer Review unterzogen haben, werden gebeten spätestens einen Monat nach dem Review Termin ein schriftliches Feedback zu übermitteln. Dabei werden Bewertungen zu Organisation, Ablauf, Atmosphäre und zu den Ergebnissen des stattgefundenen Peer Review Verfahrens abgegeben. Die Evaluierung soll längerfristig zur Optimierung des Verfahrens und zur Steigerung der Akzeptanz beitragen. Der gesamte Feedbackfragebogen wurde von IQM übernommen und befindet sich im Anhang.

7.4 Rechte und Pflichten der Abteilung

Die BesucherInnen werden so behandelt, wie man selbst bei einem Besuch einer anderen Klinik auch behandelt werden möchte – mit Fairness, Freundlichkeit und Respekt. (41)

Die Abteilungsleitung vor Ort ist für folgende Vorbereitungen verantwortlich (41):

- Unterlagen (Krankengeschichte und Selbstanalysebogen)
- Interne Terminkoordinierung
- Unterbringung und Versorgung
- Ansprechpartner vor Ort

Alle notwendigen Unterlagen sind in gedruckter Form vorzubereiten. Die Krankengeschichte hat alle Unterlagen der durchlaufenen Abteilungen von der

Aufnahme bis zur Entlassung zu enthalten. Weiters muss jegliches Bildmaterial wie bspw. Röntgen, CT oder Sonographie zugänglich sein. Die Sortierung der Krankengeschichte ist wie in Abbildung 15 dargestellt vorzunehmen.

1. Selbst-Review Bogen
2. Aufnahmebericht (z.B. Notfallambulanz)
3. Entlassungsbrief, Transferierungsbericht (auch von der Intensivstation)
4. Obduktionsbericht
5. Statusblatt
6. Operationsbericht
7. Histologischer Befund
8. Anästhesieaufklärung und Anästhesieprotokoll
9. Weitere Reverse
10. Intensivdekurs ärztlich, pflegerisch
11. Pflegedokumentation
12. Fieberkurve
13. Bildgebende Diagnostik
14. Endoskopische Diagnostik
15. Labor
16. Mikrobiologische Befunde
17. EKG
18. Konsiliarbefunde

Abbildung 15: Krankengeschichtensortierung

Jede fehlende Krankengeschichte wird als Fall mit Verbesserungspotential gewertet. Für jeden Fall ist ein Bewertungsbogen auszufüllen und der Krankengeschichte beizulegen. Die Selbstbewertung bezieht sich fächerübergreifend und interdisziplinär auf den gesamten Behandlungszeitraum.

Der Teamkoordinator bzw. Koordinatorin übernimmt die Terminabstimmung zw. Peer Review Team und der Abteilungsleitung vor Ort. Diese wiederum bezieht alle am Behandlungsprozess beteiligten AbteilungsleiterInnen ein und stimmt den Termin klinikenintern ab. Die Terminkoordinierung beinhaltet auch den pünktlichen Beginn des Kollegialen Dialogs. Weiters hat die Abteilung saubere und helle Räume für den Peer Review Tag sowie Verpflegung zur Verfügung zu stellen. Die bereits in der Peer Review Vorbereitung genannten Ansprechpersonen sind ebenso zur Verfügung zu stellen. Dies beinhaltet das Sekretariat für organisatorische und eine ärztliche Ansprechperson für inhaltliche Fragestellungen.

Für die Umsetzung der im Protokoll vereinbarten Verbesserungsvorschläge ist ebenfalls der Abteilungsleiter vor Ort verantwortlich. Die Kontrolle obliegt in NÖ der Kollegialen Führung sowie dem jeweiligen Regionalmanagement. Die Umsetzung kann in einem Folge-Review überprüft werden.

Das Feedback der Abteilung ist sehr wichtig für die Weiterentwicklung des Verfahrens. Am Ende des Reviews wird die Abteilungsleitung gebeten, das Review zu bewerten und den Feedbackfragebogen innerhalb eines Monats an den Peer Review Koordinator per E-Mail oder Post zu übermitteln.

Die Abteilungsleitung kann für den Peer Review Termin folgendes einfordern (41):

- gemeinsame, zeitgerechte Terminabsprache
- Vorabinformation zum Peer Review Verfahren allgemein sowie bzgl. Aufnahmezahlen
- eine Ansprechperson in der NÖLKH
- Verlässlichkeit in Bezug auf Termin, Beginn und Dauer
- Neutralität und Fachkompetenz der Reviewer
- Fachlich kompetente offene kollegiale Diskussion aller Fälle
- Abschlussgespräch mit dem Regionalmanagement sowie der Ärztlichen Direktion
- Vertraulichkeit
- kollegiale, wertschätzende Atmosphäre
- standardisiertes Protokoll innerhalb einer Woche

8 Wer ist Peer

Der Begriff Peer (auch Ebenbürtiger, Gleichgestellter) wird allgemein im Kontext der externen Begutachtung und externen Evaluation gebraucht. Dabei ist der Peer in der Rolle als Gutachter eine unabhängige, mit der Person aus der begutachteten Einrichtung gleichgestellte Person. Er verfügt über spezifische, professionelle Expertise im zu evaluierenden Qualitätsbereich, d.h. im gleichen oder angrenzenden Fachgebiet. Der Reviewer 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. (42)

Das Peer Review Team der Initiative Qualitätsmedizin besteht aus TeamleiterIn und weiteren drei PrimarärztInnen aus verschiedenen Fachgebieten. Die Rolle des Teamleiters, der Teamleiterin nimmt ein erfahrener Peer ein. Er ist einerseits für die organisatorischen Angelegenheiten wie Informationsweitergabe, Terminkoordination, Übermittlung der Aufnahmezahlen oder Protokollerstellung, andererseits für die Moderation und Leitung des Kollegialen Dialogs verantwortlich.

Im ersten Jahr wird es die Funktion TeamleiterIn in der NÖLKH noch nicht geben, da die Peers erst Erfahrung mit dem gesamten Verfahren sammeln werden. Die organisatorischen Aufgaben übernimmt der Teamkoordinator bzw. die Teamkoordinatorin. Die vorgesehenen TeamkoordinatorInnen sind nicht-ärztliche Mitarbeiter des Qualitätsmanagements in der NÖLKH und haben das Verfahren im Konzern mit aufgebaut und sind somit mit den einzelnen Verfahrensregeln vertraut. Komplettiert wird das Review Team durch drei PrimarärztInnen aus zumindest zwei Fachgebieten. Für die Moderation und Leitung des Kollegialen Dialogs ist der Peer zuständig der dem jeweiligen Fachgebiet des Review Themas zugehörig ist z.B. der Neurologe im Review Schlaganfall.

8.1 Kompetenzen eines Peers

„Wer Evaluationen durchführt, soll persönlich glaubwürdig sowie methodisch und fachlich kompetent sein, damit bei den Evaluierungsergebnissen ein Höchstmaß an Glaubwürdigkeit und Akzeptanz erreicht wird.“ (43)

Ein erfolgreicher Reviewer besitzt Fachkompetenz, Durchsetzungsfähigkeit, Wille zur Veränderung, ist überzeugt vom Verfahren selbst und verfügt über eine hohe soziale Kompetenzen. Jeder Reviewer verpflichtet sich zur Teilnahme an einer Schulung. Der kommunikative Aspekt des Peer Reviews ist ein wichtiger Bausteine in der Peer Review Schulung.

Ein guter Peer zeichnet sich durch folgende Eigenschaften aus (44):

formell

- True peer – like specialist – critical friend
- erfahren in Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement, Evaluation
- unabhängig, unparteiisch, frei von Interessenskonflikten
- ist sich seiner Rolle im Review Team bewusst, füllt diese aus

inhaltlich

- fachlich akzeptiert
- vom Verfahren der Qualitätsmessung und Peer Review überzeugt

persönliche Kompetenzen

- authentisch-wertschätzend-lösungsorientiert-kooperativ-kollegial-motivierend

Gesprächsführung

- definiert Begriffe klar – Fragen und Antworten sind präzise, sachlich, logisch
- beherrscht professionelle Gesprächstechniken (Fragetechniken, aktives Zuhören, lösungsorientierte Gesprächsführung, Umgang mit Widerstand und Konflikten)

8.2 Rechte und Pflichten des Review Teams

Die KollegInnen vor Ort werden so behandelt, wie man selbst bei einem Review Verfahren auch behandelt werden möchte – mit kollegialer Freundlichkeit, Fairness und Respekt. (41)

Für die erfolgreiche Abwicklung der Review Verfahren ist die Einhaltung der Verfahrensregeln von entscheidender Bedeutung. Diese sind auch für die Abteilungen offen darzulegen. Für die Durchführung der Reviews gelten folgende Grundregeln (45):

- Die Verfahrensregeln werden eingehalten. (Analysekriterien, Beurteilungsblatt, Protokoll)
- Der Zeitplan wird eingehalten.
- Die Informationen und Rückmeldungen werden vertraulich behandelt.
- Die Arbeit erfolgt im Team und man unterstützt sich gegenseitig.

- Das Team ist auf unvorhersehbare Vorkommnisse vorbereitet.
- Die Peers lassen sich nicht instrumentalisieren.

Der Teamkoordinator bzw. die Teamkoordinatorin (im 2. Jahr voraussichtlich Übernahme durch TeamleiterIn) informiert die Abteilung über das bevorstehende Review und koordiniert den Termin zw. dem Review Team und der Abteilungsleitung. Weiters übernimmt diese die rechtzeitige Übermittlung der Aufnahmezahlen mindestens vier Wochen vor dem Review Termin. Im Peer Review vor Ort ist der Teamkoordinator bzw. die Teamkoordinatorin dafür verantwortlich, dass die Verfahrensregeln eingehalten werden. Weitere organisatorische Aufgaben sind die Protokollabstimmung und die Auswertung der Ergebnisse.

Jeder Reviewer soll das Peer Review Verfahren von beiden Seiten kennenlernen. Deshalb hat sich auch jeder einmal einem Review zu unterziehen. Das Abschlussgespräch trägt wesentlich zur Akzeptanz des Verfahrens bei. Die Reviewer stützen sich auf folgende Kommunikationsregeln, die auch Teil der Schulung sind (45):

- ausreden lassen
- aktives Zuhören
- prägnante, klare Formulierungen
- kurze Fragen, nur eine auf einmal
- bei Unklarheiten nachfragen
- Wertschätzung zeigen
- klar identifizierte Verbesserungspotentiale benennen
- Schuldzuweisungen unterbinden
- bei problematischem Sachverhalten
 - Vorgehen beschreiben lassen
 - Alternative Vorgehensweisen erfragen bzw. anbieten
- Lösungsvorschläge erfragen
 - 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? Was evtl. nicht mehr tun?
 - Woran würden Sie merken, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?
- konkrete Lösungen auf Basis der Vorschläge anbieten
- für die schriftliche Sicherung der Ergebnisse des Kollegialen Dialogs sorgen

9 Qualitätskriterien und Erfolgsfaktoren

Die Qualitätskriterien in Bezug auf das Peer Review Verfahren beziehen sich auf folgende Punkte (46):

- Verfahrensregeln
- Verantwortlichkeiten
- Organisation der Reviews
- Kompetenzen der Peers

9.1 Verfahrensregeln

Ein wichtiger Erfolgsfaktor liegt einerseits in der Standardisierung des Verfahrens und andererseits in der transparenten Abwicklung von der Themenauswahl am Jahresbeginn bis zur Ergebnisbesprechung am Jahresende. Die Grundsätze und Regeln des Peer Review Verfahrens sollen klar definiert, bekannt und akzeptiert sein und von allen beteiligten Personen eingehalten werden. Besonders die Reviewer müssen mit den Verfahrensregeln besonders gut vertraut sein und sich auf den Vor-Ort Termin vorbereiten.

Die Grundsätze des Verfahrens sind allen Beteiligten zu kommunizieren (32):

- Verfahren zur Klärung statistischer Auffälligkeiten (keine Repressalien)
- PrimärärztInnensache (Durchsetzung)
- zentrale Auswahl der Review Themen und der Einzelfälle (Treffsicherheit)
- akzeptierte Analysekriterien (Rating)
- gemeinsame, standardisierte Review Schulungen
- klare Regeln zum Ablauf (Verlässlichkeit)
- Vorgaben zum Protokoll (Lösungsvorschläge)
- Strukturierte Auswertung (Transparenz)
- Befragung der Abteilungen nach den Reviews (Evaluation)

9.2 Verantwortlichkeiten

Die Einrichtung einer zentralen Stelle mit klar definierten Rollen und Aufgaben ist ein entscheidender Faktor für die Akzeptanz des Verfahrens. Es sind regelmäßige Treffen dieser Gruppe festzulegen. Diese zentrale Stelle ist für die Weiterentwicklung und Qualitätssicherung des Verfahrens verantwortlich.

Im gesamten Ablauf des Peer Review Verfahrens sind einheitliche Regeln sowie Verantwortlichkeiten festzulegen (47):

- Themenauswahl, Zeitpunkt der Reviews
- Ablauf und Dokumentation
- Planung und Durchführung
- Diskussion und Aufarbeitung der Ergebnisse
- Erfahrungsaustausch der Reviewer
- Rechte und Pflichten der Reviewer
- Disqualifizierung von Peers

9.3 Organisation der Reviews

Die Planung, Durchführung und Nachbereitung soll transparent, standardisiert und fair erfolgen und in allen Fällen gleich sein. Um Akzeptanz bei den AbteilungsleiterInnen zu schaffen, muss das Verfahren verstanden werden. Dies ist nur durch ausreichend Informationsfluss zu gewährleisten. Weiters sind vereinbarte Zeitvorgaben in der Vorbereitung und Durchführung des Peer Review Termins einzuhalten und die Verbesserungsmaßnahmen mit terminierten, erreichbaren und nachhaltigen Zielen zu versehen. (47)

Der gesamte Peer Review Prozess sollte effektiv aufgesetzt und durch regelmäßige Anpassungen verbessert werden. Weiters ist das Monitieren der Peer Review Outcomes wesentlich. (48)

Inhaltlich sind folgende Qualitätskriterien von Bedeutung (47):

- angemessen zusammengesetztes Peer Review Team
- Peers sind frei von Interessenskonflikten
- Vertraulichkeit bzgl. aller Fakten und Ergebnisse
- klar formulierte Erwartungen
- der gesamte Behandlungspfad wird berücksichtigt
- alle drei Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) werden berücksichtigt mit dem Hauptfokus Behandlungsprozess
- gemeinsame Verantwortlichkeit – berufsgruppen- und hierarchieübergreifend
- vertraulicher, kollegialer und respektvoller Umgang mit offener, kritischer Diskussionskultur
- Einsicht, dass Verbesserungspotential vorhanden ist

- No-blame-Ansatz
- Fragen, Antworten und Empfehlungen müssen durch externe Perspektive belegbar sein (Leitlinien, aktuelle Literatur etc.)
- als Hilfe zur Selbsthilfe – voneinander lernen

9.4 Kompetenzen der Peers

Die Auswahl geeigneter Peers ist sicherlich eines der wichtigsten Erfolgskriterien im Peer Review System. Dabei ist selbstverständlich die fachliche Expertise und Anerkennung im KollegInnenkreis Voraussetzung. Aufgrund der Wichtigkeit des Abschlussgespräches, sind jedoch Soft Skills wie Kommunikation oder Konfliktlösung für ein gelungenes Review entscheidend. Reviewer benötigen Schulungen und Training, um ihrer Aufgabe gerecht werden zu können. Bei der Schulung ist der kommunikative Aspekt in Bezug auf ein konstruktives Abschlussgespräch sehr bedeutsam.

Weiters sollte es eine Plattform für einen regelmäßigen Erfahrungsaustausch der Peers von Seiten der zentralen Peer Review Stelle geben. Jeder Reviewer muss beide Rollen kennenlernen, indem die eigene Abteilung zu einem Verfahren ausgewählt wird und ein Review erhält.

9.5 Erfolgsfaktoren für die Implementierung

Im Zuge der IQM Peer Review Verfahren die von der Bundesärztekammer begleitet und evaluiert wurden, konnten folgende kritische Erfolgsfaktoren für die Anwendbarkeit und Akzeptanz gefunden werden (49):

- Bottom-up Ansatz, inhaltliche Entwicklung durch klinisch tätige Personen
- Freiwilligkeit
- Bekenntnis zur Grundidee des Peer Review Verfahrens
- Glaubwürdigkeit und Vertrauen
- Organisationsreife der Einrichtung, die sich einem Review unterzieht, bzgl. Transparenz, Fehler- und Lernkultur
- Periodisch wiederkehrende Reviews
- Regelungen zur Nichtzulassung und Disqualifizierung von Peers
- Kompetenz der Peers

10 Peer Schulung

Anfang März 2011 fanden mit Unterstützung von IQM die ersten beiden Peer Schulungen in der NÖLKH statt. Es nahmen insgesamt 20 Reviewer aus den Fächern Anästhesie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Unfallchirurgie teil.

Wie in Abbildung 16 ersichtlich, besteht die eintägige Schulung aus drei Modulen:

- Modul 1: Ziele, Beispiele, Erfahrungen
- Modul 2: Design und Planung eines Peer Reviews
- Modul 3: Praktische Übungen

Ziele, Beispiele, Erfahrungen

Einführung Peer Review Verfahren, Methodik und Ziele
Eigene Erfahrungen mit Peer Reviews

Design und Planung eines Peer Reviews

Datenerhebung, Umgang mit den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren
Organisation und Ablauf, Aufgabenverteilung, Rechte und Pflichten
Protokoll, Auswertung, Bewertung der Abteilung
Kollegiale Diskussion der Fälle

Praktische Übungen

Probe-Review
Ergebnisse / Abschlussgespräch
Weitere Vorgehensweise

Abbildung 16: Inhalte Peer Schulung

Im ersten Modul lernen die Teilnehmenden die Grundsätze des Peer Review Verfahrens sowie dessen Nutzen und Ziele kennen. Ein weiterer Teil ist der Erfahrungsbericht von erfahrenen Reviewern, um den Praxisbezug herzustellen und auch die Sicht der zu beurteilenden KollegInnen kennenzulernen.

Das zweite Modul befasst sich mit dem Indikatorensystem auf das sich das Peer Review Verfahren bezieht und auf die Organisation und den Ablauf der einzelnen Reviews. Die Teilnehmenden sollen die Grundlagen der Datenerhebung auf Basis von Routinedaten kennen. Weiters werden sie mit den Aufgaben der Steuerungsgruppe und der

Vorgehensweise in der Peer Review Themenauswahl vertraut gemacht. Weitere Aspekte sind die Aufgaben, Rechte und Pflichten aller Beteiligten, die Organisation der einzelnen Reviews sowie die zu heranziehenden Unterlagen zur Selbst- und Fremdbewertung wie bspw. Analysekriterien oder Bewertungsbogen. Der abschließende Teil im zweiten Modul ist das Abschlussgespräch. Den Teilnehmenden werden das Ziel und die Inhalte des Kollegialen Dialogs dargelegt und Kommunikationsregeln in praktischen Übungen umgesetzt.

Im dritten Modul werden Peer Review Teams zusammengestellt und Probe-Reviews mit Krankengeschichten inklusive des Abschlussgespräches simuliert. Am Ende der Schulung werden den Teilnehmenden die kommenden Schritte in Bezug auf Anzahl der durchzuführenden Reviews, Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zur Terminkoordination etc. dargelegt.

Abkürzungsverzeichnis

EBM	Evidence Based Medicine
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
IQM	Initiative Qualitätsmedizin
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
NÖ	Niederösterreich
NÖLKH	Niederösterreichische Landeskliniken-Holding
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Literaturverzeichnis

- (1) Patient Safety and Quality Healthcare (2009)
<http://www.psqh.com/septemberoctober-2009/246-sepoc09-abqaurp-news.html>
(letzter Zugriff 16.4.2011)
- (2) Fuchs F, Amon M, Nimptsch U, Mansky T (2010) A-IQI – Austrian Inpatient Quality Indicators. Universitätsverlag der TU Berlin, urn:nbn:de:kobv:83-opus-27226
http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2010/2722/pdf/A_IQI_Austrian_Inpatient_Quality_Indicators.pdf
- (3) Kuhlen R, Rink O, Zacher J (2010) Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin: S17
- (4) Fuchs F (2009) Anwendung von Qualitätskennzahlen in den Niederösterreichischen Landeskliniken. Deutsche Medizinische Wochenschrift 134 (S8): S310
- (5) Bundesgesetzblatt II Nr. 589/2003
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/2003_589_2/2003_589_2.pdf (letzter Zugriff 31.01.2011)

Bundesgesetzblatt Nr. 745/1996
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1996_745_0/1996_745_0.pdf (letzter Zugriff 31.01.2011)
- (6) Kärntner Gesundheitsfonds (2009) Qualitätsbericht 2009
http://www.kgf.ktn.gv.at/179105_DE-Dateien-Qualitaetsbericht_2009.pdf (letzter Zugriff 7.3.2011)
- (7) Mansky T, Nimptsch U, Winklmaier C, Vogel K, Hellerhoff F (2011) G-IQI – German Inpatient Quality Indicators Version 3.1. Universitätsverlag der TU Berlin, urn:nbn:de:kobv:83-opus-30042
<http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2011/3004/>: S7
- (8) Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE (2002) Hospital Volume and Surgical Mortality in the United States. N Engl J Med 346 (15): 1128-1137
- (9) Kuhlen R, Rink O, Zacher J (2010) Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin: S30
- (10) HELIOS Kliniken (2007) Medizinische Qualität: Was haben wir erreicht, wo wollen wir hin? Medizinischer Jahresbericht 2006/2007. HELIOS Kliniken GmbH Berlin: S146
http://www.helios-kliniken.de/fileadmin/user_upload/Helios-Kliniken.de/Ueber_HELIOS/Publikationen/HELIOS_MJB_2006_2007_fin1.pdf
(letzter Zugriff 13.3.2011)
- (11) Rockwood IE (2007) Peer review: more interesting than you think. Choice 2007 44 (9): S1436

- (12) Spier R (2002) The history of the peer-review process. *Trends in biotechnologie* 20 (8): S357-358
- (13) Edwards MT (2007-2011) Quality, Safety and Clinical Peer Review. <http://www.qatoqi.com/pr14.htm> (letzter Zugriff 21.4.2011)
- (14) Bundesärztekammer Glossar Qualitätssicherung. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.120.4716> (letzter Zugriff 12.2.2011)
- (15) Attewell A (1998) Florence Nightingale. *PROSPECTS* 28 (1): S153-166
- (16) Codman EA (1920) *A Study in Hospital Efficiency. As Demonstrated by the Case Report of the First Five Years of a Private Hospital.* Boston: Thomas Todd Co., 1918-1920
- (17) Ruth HS (1945) Anesthesia study commissions. *JAMA* 127(8): S514-517
- (18) MacEachern MT (1957) *Hospital Organization and Management Vol. III.* Physicians' Record Co: Chicago
- (19) Butler JJ, Quinlan JW (1958) Internal audit in the department of medicine of a community hospital: Two years' experience. *JAMA* 167(5): S567-572.
- (20) Lembbcke PA (1967) Evolution of the medical audit. *JAMA* 199(8): S111-118.
- (21) Williamson JW (1971) Evaluating quality of patient care: a strategy relating outcome and process assessment. *JAMA* 218(4):564-69
- (22) Griffith JR (1967) Book Review *The Medical Staff in The Modern Hospital* by C. Wesley Eisele. *Medical Care* 5 (6): S425-428
<http://www.jstor.org/pss/3762974> (letzter Zugriff 5.2. 2011)
- (23) Bhatia A, Blackstock S, Nelson R (2000) Evolution of Quality Review Programs for Medicare: Quality Assurance to Quality Improvement. *Health care financing review* 2000 22 (1): S69-74
<https://www.cms.gov/HealthCareFinancingReview/Downloads/00fallpg69.pdf>
(letzter Zugriff 5.3. 2011)
- (24) Edwards MT, Benjamin EM (2009) The Process of Peer Review in U.S. Hospitals. *JCOM* 16 (10): S. 461-467
http://www.turner-white.com/memberfile.php?PubCode=jcom_oct09_peer.pdf
(letzter Zugriff 6.3.2011)
- (25) Ludwig Boltzmann Institut (2003) Integrierte Bewertungsverfahren für Krankenhäuser unter Berücksichtigung von Qualitätsmanagement, Gesundheitsförderung und Umweltmanagement: S11 <http://lbimngs-archiv.lbg.ac.at/berichte/ibk04.pdf> (letzter Zugriff 7.3. 2011)
- (26) NHS Clinical Audit. <http://www.ekclinicalauditservice.nhs.uk/homepage/what-is-clinical-audit/> (letzter Zugriff 12.4.2011)

-
- (27) Kuhlen R, Rink O, Zacher J (2010) Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin: S60
- (28) Braun JP (2010) Intensivmedizinische Peer Reviews: Qualitätsinitiative für Ärzte und Patienten. Deutsches Ärzteblatt 2010 107 (41)
<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=78760> (letzter Zugriff 7.3.2011)
- (29) Bundesärztekammer (2010) Curriculum „Ärztliches Peer Review“. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Curriculum_Aerztliches_Peer_Review.pdf (letzter Zugriff 7.4.2011)
- (30) Kuhlen R, Rink O, Zacher J (2010) Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin: S10
- (31) Kuhlen R, Rink O, Zacher J (2010) Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin: S69
- (32) Kuhlen R, Rink O, Zacher J (2010) Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin: S62
- (33) Bundesärztekammer (2010) Curriculum „Ärztliches Peer Review“. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Curriculum_Aerztliches_Peer_Review.pdf: S14 (letzter Zugriff 7.3.2011)
- (34) Edwards MT (2009) Peer review: a new tool for quality improvement. Physician Exec. 2009 Sep-Oct 35(5):54-59
- (35) Edwards MT (2007-2011) The Peer Review Improvement Opportunity. http://qatoqi.com/wp_opportunity.htm (letzter Zugriff 23.4.2011)
- (36) HELIOS Kliniken (2007) Medizinische Qualität: Was haben wir erreicht, wo wollen wir hin? Medizinischer Jahresbericht 2006/2007. HELIOS Kliniken GmbH Berlin: S93
http://www.helios-kliniken.de/fileadmin/user_upload/Helios-Klinken.de/Ueber_HELIOS/Publikationen/HELIOS_MJB_2006_2007_fin1.pdf
(letzter Zugriff 13.3.2011)
- (37) Chop I (2010) Evaluationsergebnisse der begleiteten Reviews durch die Ärztekammern. Vortrag Initiative Qualitätsmedizin: S4
http://www.initiativequalitaetsmedizin.de/media/media_files/2010/12/Evaluationsergebnisse_Peer_Review_der_BAEK_2010.pdf (letzter Zugriff 21.4.2011)
- (38) Bundesärztekammer (2010) Curriculum „Ärztliches Peer Review“. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Curriculum_Aerztliches_Peer_Review.pdf: S18f (letzter Zugriff 7.4.2011)
- (39) Kuhlen R, Rink O, Zacher J (2010) Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin: S67
- (40) Bundesärztekammer (2010) Curriculum „Ärztliches Peer Review“. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Curriculum_Aerztliches_Peer_Review.pdf: S57f (letzter Zugriff 7.4.2011)

-
- (41) Kuhlen R, Rink O, Zacher J (2010) Jahrbuch Qualitätsmedizin 2010. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin: S66
- (42) Bundesärztekammer (2010) Curriculum „Ärztliches Peer Review“. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Curriculum_Aerztliches_Peer_Review.pdf: S16 (letzter Zugriff 7.4.2011)
- (43) Eberlein-Gonska M (2010) Qualitätsmanagement im (Krankenhaus). Das Peer Review Verfahren. Konzepte und theoretische Grundlagen. Vortrag 4. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit: S1
- (44) Bundesärztekammer (2010) Curriculum „Ärztliches Peer Review“. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Curriculum_Aerztliches_Peer_Review.pdf: S56 (letzter Zugriff 7.4.2011)
- (45) Bundesärztekammer (2010) Curriculum „Ärztliches Peer Review“. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Curriculum_Aerztliches_Peer_Review.pdf: S59f (letzter Zugriff 7.4.2011)
- (46) Bundesärztekammer (2010) Curriculum „Ärztliches Peer Review“. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Curriculum_Aerztliches_Peer_Review.pdf: S54ff (letzter Zugriff 7.4.2011)
- (47) Bundesärztekammer (2010) Curriculum „Ärztliches Peer Review“. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Curriculum_Aerztliches_Peer_Review.pdf: S55 (letzter Zugriff 7.3.2011)
- (48) Freedman S (2007) Best Practices for Enhancing Quality. Patient Safety and Quality Healthcare Jan/Feb 2007: S12-14 <http://psqh.com/janfeb07/peer.html> (letzter Zugriff 14.4. 2011)
- (49) Bundesärztekammer (2010) Curriculum „Ärztliches Peer Review“. http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Curriculum_Aerztliches_Peer_Review.pdf: S19 (letzter Zugriff 7.3.2011)

Anhang

Informationsschreiben über das bevorstehende Review

Verschwiegenheitsverpflichtung Peers

Einwilligungserklärung für Patientinnen und Patienten

Bewertungsbogen

Analysekriterien

Feedbackfragebogen

Protokollvorlage

Informationsschreiben über das bevorstehende Review

An
Landeskrlinikum [Standort]
Leitung der Abteilung [Fach]

Betrifft:

Peer Review Verfahren 2011 – [Qualitätsindikatorthematik z.B. Schlaganfall]

Sehr [geehrter/geehrte Hr. Primarius, Fr. Primaria Nachname],

Wie bereits telefonisch besprochen, ist Ihre Abteilung in diesem Jahr für ein Peer Review Verfahren ausgewählt worden. Das Review Verfahren betrifft Fälle mit [Qualitätsindikatorthematik z.B. Schlaganfall].

In der beigefügten Liste finden Sie die Aufnahmezahlen der betreffenden Krankengeschichten. Im ersten Schritt bitten wir Sie, anhand der Analysekriterien jeden Fall retrospektiv zu analysieren und die Analyse anhand des Bewertungsbogens zu dokumentieren. Es ist in allen Fällen der gesamte Behandlungsverlauf zu bewerten. Daher ersuchen wir Sie, die an der Behandlung beteiligten PrimärärztInnen zu informieren und zum Verfahren hinzuzuziehen.

Wie bereits mit Ihnen vereinbart, findet das Peer Review am [Tag/Monat] von 9-17 Uhr statt. Das Review Team besteht aus den Peer Reviewern [Vorname, Nachname] sowie der Koordinatorin [Vorname, Nachname]. Der Ablauf ist folgendermaßen geplant:

- kurze Begrüßung und Besprechung des Tagesablaufes
- 09-13 Uhr Aktenanalyse des Peer Review Teams
- 13-15 Uhr Abschlussgespräch
- 15-17 Uhr Abschlussgespräch inkl. Regionalmanager, Ärztlicher Direktion

Bitte organisieren Sie einen Besprechungsraum für den Termin. Die Akten sollen dort vollständig und nach Vorgabe sortiert vorliegen. Dazu gehören auch in anderen Abteilungen archivierte Teile der Krankengeschichte wie z.B. Intensivkurven. Es soll der gesamte Krankheitsverlauf einschließlich Verlegungen nachvollziehbar sein.

Am Nachmittag wird ein kollegialer Dialog mit Ihnen und ggf. den anderen am Behandlungsprozess beteiligten Primarii stattfinden, in dem die Fälle diskutiert werden. Danach werden für eine Zusammenfassung der Ergebnisse und Maßnahmen auch die Ärztliche Direktion und das zuständige Regionalmanagement anwesend sein.

Allgemeine Informationen zum Peer Review wie Ablauf, Bewertungsbogen und Analysekriterien oder Krankengeschichtensortierung etc. entnehmen Sie bitte dem Anhang. Etwa eine Woche vor dem Peer Review Termin werden wir noch einmal telefonisch mit Ihnen in Kontakt treten.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen sehr gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
NÖ Landeskliniken - Holding

Abteilung Strategische Qualitätsentwicklung

Kontakt Koordinatorin:

[Name]

[Abteilung]

[Telefonnummer]

[E-Mail Adresse]

Verschwiegenheitsverpflichtung Peers

Verschwiegenheitsverpflichtung

Ich, [Name] verpflichte mich jedermann gegenüber zur Verschwiegenheit aller mir im Rahmen meiner Tätigkeit als Peer Reviewer in der Landeskliniken-Holding zur Kenntnis gelangenden vertraulichen Daten, Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse sowie in Ausübung meiner Tätigkeit gemachten Wahrnehmungen und zur Unterlassung aller Handlungen, die diese Geheimhaltungsverpflichtung verletzen könnten.

Diese Geheimhaltungsverpflichtung beschränkt sich nicht nur auf sämtliche personen- und gesundheitsbezogene Daten der NÖ Landeskliniken-Holding, sondern auch alle mir zur Kenntnis gelangenden, das Land Niederösterreich, die NÖ Landeskliniken oder den NÖ Gesundheits- und Sozialfonds oder mit erwähnten Körperschaften oder Dienststellen in Geschäftsbeziehung stehenden Organisationen betreffende Informationen und umfasst insbesondere auch vertrauliche Daten, Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse der genannten Körperschaften sowie der Landeskliniken.

Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit stützt sich auf die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes 2000, soweit sie nicht bereits in den einschlägigen Berufsordnungen geregelt ist.

Diese Geheimhaltungsverpflichtung besteht ab dem [Datum], während der Mitarbeit an den Peer Review Verfahren der NÖ LKH, der Landeskliniken oder verwandter Institutionen und darüber hinaus auch nach Beendigung der aktiven Mitarbeit in Projekten.

Ein Verstoß gegen diese Verschwiegenheitsverpflichtung ist jedenfalls mit einer verschuldensunabhängigen, nicht dem richterlichen Mäßigungsrecht unterliegenden Mindestvertragsstrafe von EUR 10.000,- pro Einzelfall pönalisiert. Die NÖ Landeskliniken-Holding behält sich jedoch vor einen darüber hinaus gehenden Schaden gesondert geltend zu machen.

.....
[Ort, Datum]

.....
[Name], geboren am [Datum]

Einwilligungserklärung für Patientinnen und Patienten

Peer Review Verfahren

Ihre bestmögliche medizinische Behandlung steht für uns an oberster Stelle!

In allen niederösterreichischen Landeskliniken wird regelmäßig eine Qualitätsmessung durchgeführt. Bei statistisch auffälligen Ergebnissen werden Peer Review Verfahren eingesetzt. Das heißt, Ärzte aus anderen Krankenhäusern sehen sich die betreffenden Krankengeschichten an und geben Empfehlungen zur Steigerung der Qualität ab.

Auf den Datenschutz wird höchstes Augenmerk gelegt. Für die Teilnahme an diesem Projekt ersuchen wir Sie um Ihr Einverständnis.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

PatientIn: Name, Vorname
Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass im Rahmen der oben beschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahme Ärzte aus anderen Krankenanstalten Einblick in meine Krankengeschichte nehmen dürfen.

Wird die Einwilligung nicht erteilt, oder ganz oder teilweise widerrufen, so hat dies keine Auswirkungen auf die Behandlung in diesem Krankenhaus.

- Ich bin einverstanden
- Ich bin nicht einverstanden

Datum, Unterschrift

Bewertungsbogen

Bewertungsbogen
Peer Review Verfahren

Landeskrlinikum _____

AZ _____

Anhand der Analysekrriterien für jede Krankengeschichte ausfüllen

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: männlich weiblich

Reviewer: _____

Nur eine Bewertung ankreuzen (Kategorie 1 hat Vorrang vor 2):

1. Verbesserungsmöglichkeit in Therapie und/oder Diagnostik erkennbar
 sicher
 vermutet

2. Kodierung falsch (es gilt die Hauptdiagnosedefinition des LKF-Systems, nicht die Todesursache)
 sicher
 vermutet

3. Keine Auffälligkeiten

Übereinstimmung des Selbst-Review des Hauses (Kategorie 1, 2, 3):

ja nein

Todesursache: _____

Bei Zutreffen von 1. stichwortartige Angaben zur Art der Verbesserungsmöglichkeiten:

Quelle IQM

Analysekriterien

Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?

- präoperativ / intraoperativ / postoperativ
- diagnostische Maßnahmen
- konservative Therapie / Interventionen

Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?

- existieren Arbeitsdiagnosen
- Problemerkennung/-lösung zeitnah

Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?

- Schnittstellenprobleme
- Komplikationsmanagement
- Management Risikopatient

Wurden Behandlungsleitlinien / Standards berücksichtigt?

- Einhaltung von LL oder begründete Abweichung
- erkennbare sinnvolle Therapiestandards

Kontrollen der Behandlungsverläufe?

- durch behandelnde Ärzte der Abteilung
- ärztliche Übergaben
- Oberarzt-/Primararztvisiten
- Konsiliarärzte
- Kooperation Pflege/therapeutische Teams

Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?

- präoperativ / postoperativ
- prä- / postinterventionell
- Intensivmedizin / Konsiliardienste

War die Dokumentation umfassend und schlüssig?

- Aufklärung zur OP/Intervention
- Behandlungsverlauf
- Therapieentscheidungen
- OP-Bericht und Verlegungsberichte
- Konsile
- Therapiebegrenzungen
- Arztbrief inhaltlich logisch

Feedbackfragebogen



Feedbackfragebogen Peer Review Verfahren

Ziele: Akzeptanzsteigerung durch Kommunikation und Transparenz, Optimierung des Verfahrens

Sehr geehrte KollegInnen,

wir möchten Ihnen die Möglichkeit geben, sich über das abgelaufene Review Verfahren zu äußern. Uns interessiert Ihre Meinung vor allem, da wir ständig an dem Verfahren arbeiten und versuchen, es weiter zu optimieren und auch die Akzeptanz zu steigern. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt an uns zurückschicken würden. Sie können das per Mail oder auch ausgedruckt per Post erledigen. Bitte machen Sie in dem Kästchen ein Zeichen, das am Besten das Verhältnis zwischen ja und nein beschreibt.

Zum Beispiel:

Die Falllisten sind zu spät angekommen und ich hatte nur 1 Woche Zeit um alle Akten durchzuarbeiten.

Lagen die Falllisten rechtzeitig bei Ihnen vor?

eher Ja eher Nein

Dann muss das Zeichen in ein Kästchen, das eher bei Nein liegt.

Wir bitten Sie auch, Ihre Abteilung und die Namen des Review Teams anzugeben.

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung ganz herzlich.

Mit freundlichen Grüßen

Abteilung Strategische Qualitätsentwicklung
Niederösterreichische Landeskliniken-Holding

Abteilung:

Review Team:

Spiegelt das Protokoll die Ergebnisse des Abschlussgespräches wieder?

eher Ja eher Nein

Sind die dargestellten Vorschläge zur Optimierung für Sie umsetzbar?

eher Ja eher Nein

Würden Sie sich weitere Unterstützung bei der Umsetzung von Verbesserungen wünschen?

eher Ja eher Nein

5. Abschließender Kommentar

Bitte Anregungen zur Effizienzsteigerung des Verfahrens oder allgemeine Verbesserungen in Stichworten eintragen.

Quelle: IQM

Protokollvorlage

Protokoll

Peer Review [Landesklinikum, Fachabteilung, Datum]

Review Team: [Namen]

Peer Review Thema: [Qualitätsindikator z.B. Beatmung >24h und verstorben]

Einstufungskriterien (gesamter Behandlungsprozess):

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

Das Optimierungspotential 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] Krankengeschichten nach folgenden Kriterien untersucht:

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

Die Einstufung durch die Reviewer erfolgte in jedem Fall einstimmig. [Anzahl] Krankengeschichten waren vorhanden und von der Abteilung vorbereitet und durchgearbeitet. Die Ergebnisse wurden dann mit dem Primararzt, der Primarärztin der Abteilung [Fach] sowie der Ärztlichen Direktion und dem Regionalmanagement ausführlich diskutiert.

Das Optimierungspotential lag bei [Zahl %].

Vorschläge zur Optimierung wurden dargestellt und aufgenommen.

Als Zeitrahmen wurden [Anzahl] Monate festgelegt.

Ergebnis des Peer Reviews (Anzahl der Fälle pro Kategorie):

	Kategorie	Review Team	Abteilung
Optimierungspotential	1		
sicher	1a		
vermutet	1b		
Kodierungsfehler	2		
sicher	2a		
vermutet	2b		
Keine Verbesserungen	3		
Summe			

Die Übereinstimmung in der Bewertung der einzelnen Fälle betrug [Zahl %].

Die Analyse der Ergebnisse zeigte folgende Fehlerquellen in den [Anzahl] Krankengeschichten mit Verbesserungspotential:

[z.B. 1. Differentialdiagnostik und Differentialtherapie hämodynamischer Störungen

- (aufgefallene Probleme)

-]

Folgende Vorschläge zur Optimierung wurden festgelegt:

[1.

2.]

Diese Vorschläge sollen bis zum [Datum] in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Direktion und dem Regionalmanagement bearbeitet werden.

Zusammenfassung

[z.B. Insgesamt waren in den Krankengeschichten eine an Leitlinien orientierte Diagnostik und Therapie der Fächer erkennbar.

Es war nachvollziehbar, dass es sich bei den Fällen um außerordentlich multimorbide schwerstkranke PatientInnen handelte, deren Krankheitsverlauf schicksalhaft war.]

Zusammenfassung der Analysekriterien für alle Fälle insgesamt:

	ja	weit- gehend	nicht immer	nein
Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht?				
Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt?				
Indikation zur OP / Intervention / Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig?				
Behandlungsleitlinien / Standards berücksichtigt?				
Kontrollen der Behandlungsabläufe?				
Interdisziplinäre Zusammenarbeit reibungslos?				
Dokumentation umfassend und schlüssig?				

Gez.

[Namen der Teammitglieder]

Quelle IQM

Ansprechpartner in der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding:

Für Fragen und weitere Informationen zu den Austrian Inpatient Quality Indicators und zum Peer Review Verfahren stehen wir Ihnen sehr gerne zur Verfügung:

Margarita Amon, BA
Strategische Qualitätsentwicklung
Tel: +43 2742 313 813 – 341
margarita.amon@holding.lknoe.at

Dr. Fabiola Fuchs
Abteilungsleitung Strategische Qualitätsentwicklung
Tel: +43 2742 313 813 – 339
fabiola.fuchs@holding.lknoe.at

Das Peer Review Verfahren kommt dann zum Einsatz, wenn Qualitätsindikatorenergebnisse statistisch signifikant außerhalb des Zielbereiches liegen. Es läuft in den drei Schritten Selbstanalyse, Fremdanalyse und Bericht ab. Das vorliegende Verfahren hat das Potential, Behandlungsergebnisse enorm zu verbessern.

Landeskliniken-Holding 

ISBN