



„Sicher ist sicher“ Der Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen. Folge 6: „Peer Review in der Medizin – Eine Chance für die Patientensicherheit“

Transkript zu Folge 6: „Peer Review in der Medizin – Eine Chance für die Patientensicherheit“

Teil 1: "Grundlagen und Historie"

Sabine Kipp (SK):

Herzlich willkommen zu „Sicher ist sicher“, dem Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen, in dem wir über Wissenswertes, Aktuelles, Ungewöhnliches und Bewegendes zu Patientensicherheit berichten. Folge 6: Peer Review in der Medizin – Eine Chance für die Patientensicherheit. Ein Podcast in vier Teilen.

Silke Nahlinger (SN):

Teil 1 – Grundlagen und Historie.

Das Peer Review als qualitätsförderndes Verfahren in der Patientenversorgung gibt es bereits seit vielen Jahren. Verschiedene Institutionen haben das Verfahren als Instrument in der Qualitätssicherung teilweise fest etabliert [1]. Auch einige Landesärztekammern haben gemeinsam mit der Bundesärztekammer und unter anderem mit der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, der DIVI, das Peer-Review-Konzept vor ca. 20 Jahren aufgegriffen [2]. Das intensivmedizinische Peer Review ist seitdem in vielen Kammern ein etabliertes und freiwilliges Angebot zur Förderung der Qualität in der direkten Patientenversorgung. Es wurde stetig weiterentwickelt und auch für andere Fachbereiche gemeinsam mit Kooperationspartnern umgesetzt. Zuletzt wurde im vergangenen Jahr das Peer-Review-Verfahren der Landesärztekammern und dessen grundlegender Leitfaden und Curriculum neu überarbeitet [3].

SK:

In dieser Folge möchten wir den Zuhörenden dieses Verfahren näherbringen, sprechen mit Expertinnen und Experten über die Historie, darüber wie Peer Review in der Welt der Qualitätssicherung einzuordnen ist, welche Potenziale es für die Qualitätsförderung in der Patientenversorgung bereithält und erhalten ein spannenden und wertvollen Einblick durch verschiedene Erfahrungsberichte.

SN:

Mein Name ist Silke Nahlinger, ich arbeite in der Stabsstelle Qualitätssicherung als wissenschaftliche Referentin und stellvertretende Leiterin und betreue das Thema Peer Review schon seit vielen Jahren.

SK:

Mein Name ist Sabine Kipp. Ich bin ebenfalls wissenschaftliche Referentin in der Stabsstelle Qualitätssicherung bei der Landesärztekammer Hessen und beschäftige mich mit den Themen aus dem Bereich Patientensicherheit und Befragungen. Wir führen heute durch die aktuelle Folge.

SN:

Bevor wir starten noch einige organisatorische Hinweise. Für Ärztinnen und Ärzte ist dieser Podcast CME-zertifiziert und für Patientensicherheitsbeauftragte als Fortbildungsmaßnahme



gemäß Paragraph 2 Absatz 5 der Patientensicherheitsverordnung anerkannt. Alle Informationen zu dieser Folge, alle zitierten Quellen und Literaturhinweise verlinken wir auf unserer Website unter www.laekh.de auf der Unterseite für Ärztinnen und Ärzte, Qualitätssicherung, Patientensicherheit.

Beginnen wir mit der grundlegendsten Frage: Was ist ein Peer Review?

SK:

Einige kennen den Begriff Peer Review gegebenenfalls im Zusammenhang mit der Bewertung wissenschaftlicher Texte [1]. Es handelt sich um eine etablierte Qualitätsprüfung durch einen unabhängigen Gutachter oder Wissenschaftler desselben Fachgebiets, einem sogenannten „Peer“. Das ist Englisch und bedeutend auf Deutsch „ebenbürtig, gleichrangig“ [4]. Doch um die Bewertung einer wissenschaftlichen Arbeit soll es in diesem Podcast nicht gehen. Peer Reviews werden auch seit vielen Jahren in medizinischen Bereichen als ein grundsätzlich freiwilliges Instrument zur Förderung von Qualität in der Versorgung und Stärkung der Qualitätskultur in einer Einrichtung genutzt. Kurz gesagt, ein externes Peer-Team besucht das interne Team einer Einrichtung und nimmt eine Fremdbewertung der Gegebenheiten vor Ort auf kollegialer, ebenbürtiger Ebene vor [3].

SN:

Peer Reviews werden von verschiedenen medizinischen Institutionen und Fachrichtungen angeboten. So hat die Initiative Qualitätsmedizin, die IQM, das Verfahren bereits 2009 als Pilotprojekt aufgegriffen [5]. Aus der Initiative der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, der DIVI, erwuchs ab 2010 gemeinsam mit Ärztekammern sowie der Bundesärztekammer, der BÄK, das „Ärztliche Peer Review“ [2, 3]. Nach einer aktuellen Überarbeitung heute das „Peer Review in der Medizin“, zu dem die BÄK einen neuen Leitfaden und Curriculum veröffentlicht hat [3]. Auch der gemeinsame Bundesausschuss, der G-BA, greift in seiner Richtlinie zur datengestützten, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung, der DEQS-Richtlinie, mittlerweile Peer Review als mögliche qualitätsverbessernde Maßnahme im Rahmen der Bewertung von Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen auf [6].

SK:

Wie bereits erwähnt, gibt es mittlerweile verschiedene Institutionen, die das Peer-Review-Verfahren durchführen. In dieser Podcastfolge möchten wir den Fokus hauptsächlich auf die Verfahren legen, die sich an den Prinzipien des Peer Reviews der Landesärztekammern orientieren, dem „Peer Review in der Medizin“, kurz PRiM. Auf die wesentlichen Prinzipien dieses systematischen und lernenden Verfahrens gehen wir kurz ein. Da wäre zum Beispiel die Selbstverpflichtung, die sich unter anderem darauf bezieht, dass alle Beteiligten freiwillig am Peer Review teilnehmen und eine Sanktionsfreiheit besteht. Das Verfahren ist lösungsorientiert und nimmt Potenziale und Umsetzungsmöglichkeiten zur Qualitätssteigerung in den Fokus. Wie auch in der Patientenversorgung sollte eine interprofessionelle Zusammenarbeit gegeben sein, das Prinzip des Teamwork. Ebenso wie das Prinzip des „Critical Friend“. Die Peers nehmen eine, wenn auch fachlich-kritisch gleichzeitig kollegial-wertschätzende Perspektive ein. Schließlich soll im Verfahren das Prinzip der Gegenseitigkeit herrschen. Ebenbürtige Expertinnen und Experten vereinen eine interne und externe Perspektive und lernen voneinander.

Wir werden neben dem intensivmedizinischen Peer Review, welches wir seitens Landesärztekammer Hessen anbieten, auch Verfahren anderer Fachbereiche, die es in Hessen gibt, näher

beleuchten und schauen, welche historischen Wurzeln und Wege die Entwicklung des Verfahrens hat.

Aber zunächst: Wie haben wir uns ein PRIM in der Umsetzung vorzustellen?

SN:

Grundsätzlich gilt zunächst: Eine Einrichtung, Klinik oder Station möchte ein Peer Review bei sich durchführen lassen. Dies kann verschiedene Gründe haben. Zum Beispiel eine Einschätzung des Status quo von externen Kolleginnen und Kollegen einholen, organisatorische Veränderungen von außen betrachten lassen, ein Re-Review durchzuführen, sprich man hat bereits ein Peer Review durchführen lassen und möchte nach zum Beispiel zwei, drei Jahren wieder eins durchführen oder aber auch Auffälligkeiten in den externen QS-Daten im Rahmen einer kollegialen Begehung näher betrachten wollen.

Ein Peer Review in der Medizin beginnt mit einer Selbstbewertung anhand eines standardisierten Erhebungsbogens. Dieser befasst sich vor allem mit der Struktur - und Prozessqualität verschiedener Bereiche der jeweiligen fachlichen Ausrichtung. Zugrundeliegende Qualitätsindikatoren sind durch beteiligte Fachgesellschaften erarbeitet worden, die in den Erhebungsbogen miteinfließen.

Ein Peer-Review-Team, welches aus ebenbürtigen Partnern den Critical Friends und multiprofessionell und/oder interdisziplinär zusammengesetzt sein kann, besucht an einem festgelegten Tag die entsprechende Station oder den entsprechenden Bereich der Einrichtung. Dieser Vor-Ort-Termin, der das Kernelement des Peer Reviews ist, beginnt damit, dass das Peer-Team auf Basis der Selbstbewertung ein kollegiales Gespräch mit den besuchten Kolleginnen und Kollegen führt. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, dass dieses reflektierende Gespräch auf Augenhöhe geführt wird, von Peer zu Peer.

Übrigens spricht man im Rahmen eines PRIM beim Peer-Team auch von den externen Peers und bei dem besuchten Team von den internen Peers.

Im Anschluss des kollegialen Gesprächs kann zum Beispiel eine Begehung der Station bzw. des Bereichs stattfinden, bei der dann Beobachtungen, Befragungen und/oder die Durchsicht von relevanten Unterlagen Bestandteile sein können.

SK:

Die externen Peers erhalten somit einen Gesamtüberblick der besuchten Einrichtung. Können eine sogenannte Fremdbewertung durchführen und Potenziale zur Qualitätsverbesserung identifizieren, welche sie in eigener Runde zunächst besprechen.

Am Ende des Vor-Ort-Besuchs findet ein Abschlussgespräch gemeinsam mit den internen Peers statt, in dem das externe Team ein konstruktives Feedback gibt. Erkannte Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken, eine sogenannte SWOT-Analyse werden hier vermittelt. Best-Practice-Aspekte identifiziert und mögliche Maßnahmenpotenziale zusammen erarbeitet.

Die Ergebnisse werden im Nachgang des Peer-Review-Tages in einem Bericht von den externen Peers verschriftlicht und ca. 2 Wochen später dem besuchten Team übergeben. Den Bericht bespricht das interne Team, leitet davon Maßnahmen ab und setzt diese eigenverantwortlich im Sinne der Selbstverpflichtung um.

Das gesamte Verfahren wird evaluiert und ist somit ein selbstlernendes Verfahren. Grundsätzlich können einzelne Elemente im Ablauf, wie zum Beispiel eine Begehung nach Fachgebiet variieren [1, 3].

Elementar für das Peer Review in der Medizin ist die Wahrung der Vertraulichkeit für alle Beteiligten im gesamten Prozess. Es wirkt nachhaltig durch gegenseitiges Lernen voneinander und folgt einem sehr lösungsorientierten Ansatz. Durch die multiprofessionelle und/oder interdisziplinäre



Ausrichtung und dem Prinzip des Critical Friends ist es ein lebendiges Beispiel für Teamwork in der Welt der Qualitätsförderung und -sicherung [3].

Apropos Welt der Qualitätssicherung. Unsere Gesprächspartner werden dies noch an der ein oder anderen Stelle näher beleuchten. Aber wie ist das Peer Review denn hier eigentlich einzuordnen?

SN:

Ja, im klinischen und Praxisalltag sind diverse QS-Maßnahmen gesetzlich verankert. Die DEQS-Richtlinie des G-BA legt zum Beispiel fest, welche Qualitätsindikatoren zur Versorgungsqualität im Rahmen der externen Qualitätssicherung von Einrichtungen erhoben und dokumentiert werden müssen. Die QM-Richtlinie des G-BA schreibt diverse QM-Maßnahmen vor, wie zum Beispiel die Anwendung von Checklisten, Teambesprechungen, Risikomanagement und Fehlermeldesysteme [6, 7]. Und beispielsweise im Rahmen von verschiedenen Zertifizierungsmaßnahmen müssen bestimmte Soll-Vorgaben erfüllt sein und für diese Überprüfung sind externe Audits ein Muss [8].

Beim PRiM-Verfahren allerdings handelt es sich grundsätzlich um ein freiwilliges Instrument, bei dem die intrinsische Motivation eine große Rolle spielt. Im Gegensatz zu zum Beispiel Audits basiert es nicht auf der Überprüfung von Soll-Vorgaben, vereint aber den Blick von außen mit Ebenbürtigkeit und Gleichstellung der Beteiligten. Im Fokus stehen statt der reinen Abfrage von Qualitätsindikatoren, die Betrachtung von vorhandenen Strukturen, Prozessabläufen und Handlungsrouinen. Tatsächlich ist das PRiM weniger eine Maßnahme der direkten Qualitätssicherung als vielmehr der Qualitätsverbesserung und kann die Qualitätskultur fördern [1, 3].

SK:

Wie bereits erwähnt, bieten wir in der Landesärztekammer Hessen, kurz LÄKH, das Peer-Review-Verfahren in der Intensivmedizin in Hessen in Kooperation mit der DIVI an. Als LÄKH unterstützen wir dieses Verfahren, da es einen wertvollen Beitrag zur Patientensicherheit und Qualitätsentwicklung leistet.

Warum das Peer-Review aus Sicht der Landesärztekammer so bedeutend ist, welche Vorteile es gegenüber der Dokumentation und dem Ausfüllen von Checklisten bietet und weshalb der kollegiale Austausch nachhaltige Verbesserungen bewirken kann, erläutert unser Präsident Herr Dr. Pinkowski im folgenden Interview.

Darüber hinaus gibt er den Zuhörenden eine persönliche Botschaft mit auf den Weg und erklärt, wo sich interessierte Ärztinnen und Ärzte anmelden können, um selbst als Peer tätig werden zu können.

Herr Dr. Pinkowski ist seit 2018 Präsident der Landesärztekammer Hessen. Zudem ist der Facharzt für Anästhesiologie und hat Zusatzweiterbildungen in der speziellen Schmerztherapie, Notfallmedizin und Palliativmedizin. Neben seiner Tätigkeit als Präsident der Landesärztekammer Hessen ist er außerdem in einer Gemeinschaftspraxis bzw. einem regionalen Schmerzzentrum aktiv. Herzlichen willkommen Herr Dr. Pinkowski und vielen Dank, dass Sie sich heute die Zeit nehmen mit mir dieses Interview zu führen.

Dr. med. Edgar Pinkowski (EP):

Ja, gerne.

SK:

Herr Dr. Pinkowski, zuallererst möchte ich ganz gerne von Ihnen wissen, warum sich die Landesärztekammer Hessen für das Peer-Review-Verfahren engagiert?



EP:

Weil es ein freiwilliges Instrument ist. Also, Ärztekammern müssen Peer Review nicht anbieten und Kollegen müssen Peer Review nicht gezwungenermaßen machen, sondern es ist ein ganz freiwilliger Prozess. Das bietet aus unserer Sicht die Möglichkeit zur Steigerung der Patientensicherheit, in dem Prozessoptimierung, Verbesserung von Strukturen, vorrangige Ziele die zur Patientensicherheit beitragen und die wir gerne unterstützen wollen damit. Es bietet weiterhin Möglichkeit zur Steigerung der Mitarbeitersicherheit. Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken werden evident und man kann entsprechend seine Prozesse darauf verbessern bzw. auch umstellen. Und es ist ein berufsgruppenübergreifender kollegialer Austausch auf Augenhöhe und das ist uns sehr wichtig und bietet exzellente Möglichkeiten der Qualitätsverbesserung, die Qualitätskultur proaktiv, Qualitätsführung im Klinik Alltag wird mehr gelebt dadurch.

SK:

Dann vielen Dank erstmal für die einleitenden Worte. Mit der nächsten Frage haben wir etwas in unserem hessischen Ärzteblatt recherchiert und zwar in unserer Artikelserie, Patientensicherheit konnten wir eine Aussage von ihnen finden, die ich jetzt gerade mal zitiere. Sie sagten: „In nahezu allen Aspekten unseres Arbeitsalltags geht es letztendlich direkt oder indirekt um die Verbesserung der Patientensicherheit.“ Welchen Beitrag leistet das Peer-Review-Verfahren für die Patientensicherheit, Herr Dr. Pinkowski?

EP:

Insbesondere die offene Fehlerkultur. Also gemeinsames Lernen, statt Schuldzuweisungen kommt da an oberster Stelle. Die Reflektion von Strukturen und Prozessqualität, das eigene Tun reflektieren. Fragebogen der Selbstbewertung kommen da zum Einsatz. Dies ist der zentrale Ansatz des Peer Reviews. Die systematische Analyse anhand von Fragebögen und Qualitätsindikatoren kommen ebenso zum Einsatz und es werden konkrete Handlungspläne in der Patientenversorgung umgesetzt und evaluiert und entsprechend dann auch verbessert.

SK:

Und was unterscheidet das Peer-Review-Verfahren von anderen Maßnahmen aus Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement?

EP:

In allererster Linie, es ist keine Verpflichtung zur Umsetzung. Also es benötigt intrinsische Motivation aller Beteiligten. Es muss keine Checkliste ausgefüllt werden. Es ist ein individueller Ansatz vor Ort, genau auf die Gegebenheiten der Praxis oder der Klinik. Es ist vor allen Dingen ein Austausch auf Augenhöhe, es ist interprofessionell, es gibt keine Sanktionen, es muss kein Erfüllungsgrad nachgewiesen werden um ein Zertifikat zu erhalten.

SK:

Ja, genau und das ist der große Unterschied zwischen einem Audit und einem Peer-Review-Verfahren. Und wenn wir jetzt noch weitergehen und zuallerletzt an Sie, Herr Dr. Pinkowski, wenn unsere Zuhörerinnen und Zuhörer nach diesem Gespräch eine Botschaft zum Peer Review mitnehmen sollen, welche würden Sie Ihnen mitgeben wollen?

EP:

Ja, Peer Review ist ein Qualitätssicherungsverfahren, das auf die Verbesserung der Behandlungsqualität und die Stärkung der Qualitätskultur in der Patientenversorgung zählt. Ziel ist es, gemeinsam Vorschläge und Maßnahmenempfehlungen zur Stärkung von Qualität und



Patientensicherheit zu erarbeiten. Und da die betroffene Einrichtung daran ja proaktiv auf Augenhöhe mitwirkt, ist aus unserer Sicht der Effekt deutlich größer als durch irgendwelche Zettel ausfüllen, Checklisten ausfüllen und irgendwelche Sanktionen oder Zertifikate.

SK:

Und gibt es denn noch etwas, was Sie sich als Landesärztekammer oder für uns als Landesärztekammer wünschen würden?

EP:

Ja, wir wünschen, dass mehr externe und interne Peers bereit sind das Verfahren mitzutragen und die Grundlagen dafür kann man in unserem Kurs in der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim erlernen, sofern man sie nicht schon hat. Und wir freuen uns über jeden, der freiwillig sagt jawoll das ist mein Ziel, meine Qualität in meiner Einrichtung zu verbessern und ich glaube, wir erreichen damit wesentlich mehr für die Patientensicherheit als mit irgendwelchen anderen QS-Maßnahmen.

SK:

Okay, dann danke ich Ihnen vielmals für das aufschlussreiche und informative Gespräch und wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

EP:

Sehr gerne!

SK:

Ich denke, wir haben einen guten Einblick erhalten, was Peer Review ist und wie es in der QS-QM-Welt einzuordnen ist. Aber springen wir noch einmal zeitlich zurück und schauen uns an, wie sich das Peer-Review-Verfahren in der Medizin überhaupt entwickelt hat.

Als das Projekt Peer Review in der Landesärztekammer Hessen startete waren wir beide noch nicht live dabei. Wir konnten aber viele interessante Gesprächspartnerinnen und -partner im Rahmen dieses Podcast treffen, die mit uns ihre Erfahrungen geteilt haben. Sie waren teilweise von Anfang an bei der Entwicklung des Peer Review in der Bundesärztekammer oder aber auch bei den Verfahren in den einzelnen Fachbereichen dabei. Zunächst werfen wir aber erst einmal einen Blick in die Literatur.

SN:

Eine indirekte erste Erwähnung von ärztlichen Peer Reviews lässt sich tatsächlich bis um 900 n. Ch. zurückverfolgen. Ein definitiver Grundstein für Peer Review in der Medizin wurde 1972 in den USA gelegt. In den 80er Jahren etabliert es sich vor allem in Großbritannien, Dänemark und den Niederlanden [9]. In Deutschland war das Verfahren noch relativ unbekannt und konkrete Umsetzungen starteten in den 2000er Jahren. Zwei Initiativen sind hierbei hervorzuheben. Zum einen, die der Initiative Qualitätsmedizin IQM, die 2009 mit einem Pilotprojekt begann und zum anderen die Aktivitäten im intensivmedizinischen Bereich. 2006 gründeten sich in Baden-Württemberg und in Hamburg intensivmedizinische Netzwerke. 2009 kam Berlin/Brandenburg und nachfolgend auch Thüringen hinzu [2]. Ziel der Netzwerke war es, durch einen regelmäßigen Austausch, evidenzbasiertes Wissen in den klinischen Alltag zu bringen und somit im besten Fall die medizinische Qualität der Intensivversorgung zu steigern. Als ein Werkzeug zur kontinuierlichen Verbesserung der Patientenversorgung hatten die Netzwerke das Verfahren der intensivmedizinischen Peer Reviews entwickelt [10].



SK:

2010 wurde eine Pilotphase zur Verfahrensumsetzung durchgeführt. Der dazugehörige Erhebungsbogen für die Selbst- und Fremdbewertung wurde gemeinsam von der deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, kurz DGAI und der DIVI erarbeitet. Man orientierte sich dabei an einem Fragenkatalog aus klinisch anerkannten Zertifizierungsverfahren und an den intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren, die von der DGAI und der DIVI bereits konsentiert wurden [10].

Auch einige Ärztekammern unterstützen das Verfahren in der Pilotphase. So wurde zum Beispiel die Projektstelle für die intensivmedizinischen Peer Reviews in Hamburg und Baden-Württemberg bei der jeweiligen Landesärztekammer angesiedelt. In Pilotlehrgängen wurden dort Peers nach dem bei der Bundesärztekammer in der Entwicklung befindlichen „Curriculum Ärztliches Peer Review“ geschult [10].

SN:

Weitere Landesärztekammern, auch Hessen, stiegen ein und entwickelten gemeinsam mit der DIVI das Verfahren entsprechend weiter. Schon damals waren der Dialog auf Augenhöhe, Interprofessionalität, Nachhaltigkeit, die Abgrenzung zu klassischen QS-Audits und der Begriff Qualitätskultur wesentliche Kernelemente des Peer Reviews. Dies hat bis heute auch im Rahmen des Peer Reviews in der Medizin Gültigkeit.

SK:

Im Folgenden möchten wir mit unserem Gesprächspartner Herr Dr. Mischo in die Vergangenheit reisen. Als ehemaliger Präsident der Ärztekammer des Saarlandes von 2010 bis 2024 und ehemaliger Vorsitzender der AG „Ärztliches Peer Review“ von 2023 bis 2025 bei der Bundesärztekammer, kann er uns interessante Einblicke in die Entwicklung des Peer Reviews in der Medizin geben. Er war nicht nur aktiv an der jüngsten Überarbeitung des Curriculums beteiligt, sondern bringt auch als ehemaliger Chefarzt langjährige praktische Erfahrung beim Thema Peer Review mit. Dadurch hat er verschiedene Perspektiven zum Verfahren und vermittelt sowohl die Sicht der klinischen Praxis als auch die der konzeptionellen Weiterentwicklung.

Im Interview berichtet er von seinen persönlichen Erfahrungen mit dem Peer Review, erläutert - die historischen Wurzeln des kollegialen Peer-Review-Gedankens, die bis in die Antike zurückgehen und erklärt, welche Bedeutung das Memorandum „Qualitätssicherung“ [11] der Bundesärztekammer heute für das Verfahren hat. Nicht zuletzt teilt er seine persönliche Vision davon, wie sich das Peer Review künftig weiterentwickeln könnte.

Herr Dr. Joseph Mischo ist Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Unfallchirurgie. Er war Vorsitzender des Fachausschusses Orthopädie und Unfallchirurgie für externe Qualitätssicherung im Saarland. Er hatte in der eigenen Klinik das QM-System der DIN-ISO-Norm implementiert und er war Vorsitzender der KTQ-Gesellschafterversammlung und von 2023 bis 2025 Vorsitzender der AG „Novellierung Curriculum Peer Reviews der Bundesärztekammer. Herzlichen Willkommen und vielen Dank, dass Sie heute Zeit haben, Herr Dr. Mischow.

Dr. Joseph Mischo (JM):

Ja, vielen Dank.

SK:

Ich möchte direkt mit der ersten Frage beginnen und meine Frage lautet, was waren die Ursprünge von Peer Review in Deutschland?



JM:

Peer Review gibt es im Grunde seit der Antike von dem Grundgedanken her. Genauer etwa auch seit dem 17. Jahrhundert auch in Europa. Dann in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts zunächst in Amerika und Deutschland war leider relativ spät dran. Deutschland kam erst etwa um 1980 -1990 mit einem Pilotprojekt des Bundesgesundheitsministeriums zu einem kollegialen Audit. Das allerdings ist so überzeugend, dass die Bundesärztekammer sehr schnell deutlich gemacht hat, dass es eine im Grunde Idealform eine sehr effektive Form der Qualitätsverbesserung. Und 2011 hatte die Bundesärztekammer dann ein Curriculum zur Ausbildung von Peers und zum Verfahren des Peer Reviews erarbeitet und veröffentlicht. Dieses Curriculum wurde dann etwas redaktionell verändert 2013 und 2014 und novelliert mit auch Implementierungen neuer Teilaspekte dann auch von unserer Arbeitsgruppe 2023 bis 2025 und Mitte letzten Jahres vom Vorstand der Bundesärztekammer dann abgesegnet.

SK:

Ja, herzlichen Dank. Jetzt haben Sie eben gerade schon was zur Historie gesagt, ohne dass jetzt doppelte zu wollen, aber wie hat sich das denn entwickelt das Ganze, wie entstand das denn?

JM:

Nun im Bereich der ärztlichen Behandlung ist ja immer die Frage gewesen, wie optimiere ich die Behandlung. Also wir stellen bei allen Professionen, das gilt nicht nur für Ärzte, das gilt auch für Pflegekräfte und andere Professionen, die mit den Patienten zu tun haben fest, dass eine extrem hohe Motivation besteht Menschen zu helfen. Und aus dieser Motivation heraus ist die Frage, wie kann ich denn besser werden? Wie kann ich meine Fehler vermeiden, verringern? Wie kann ich effizienter für den Patienten arbeiten? Das ist letztlich der Hintergrund, das ist was wir eine Qualitätskultur nennen. Und das ist das Kernanliegen der Bundesärztekammer Qualitätskultur zu fördern und Peer Review ist dafür ein ideales Instrument.

SK:

Sie haben gerade schon Bundesärztekammer gesagt, weil welche Rolle genau spielte denn die Bundesärztekammer dabei?

JM:

Die Bundesärztekammer hat dieses Verfahren von der Systematik herausgearbeitet und auch klare Anforderungen an die Schulungen von Peers gestellt und erarbeitet. Und man muss allerdings sagen, dass parallel der ein oder andere vielleicht auch vorher auch andere Fachgesellschaften, so zum Beispiel die DIVI, wie die sich eben die Intensivmedizin kümmert, eben auch die Hämotherapeuten ähnliche Verfahren, auch als Peer Review erarbeitet hatten und ebenfalls Leitlinien erarbeitet hatten. Das Verfahren der Bundesärztekammer Peer Review, das ist ein sozusagen grundlegendes allgemeines Verfahren. Das kann man auf alle medizinischen Aspekte anwenden.

SK:

Und was waren die Herausforderungen dabei?

JM:

Die Herausforderungen im Peer-Review-Verfahren an sich liegen darin, dass es ein aufwändiges Verfahren ist. Und das wird im Grunde in unserer Zeit immer schwieriger. Unsere Zeit ist gerade im Gesundheitswesen durchökonomisiert. Es wird für Kliniken, aber auch für Niedergelassene nur



das vergütet, was an Leistung definitiv erbracht wird. Und alles, was so parallel läuft, dazu zählt die Weiterbildung zum Beispiel, dazu zählen die internen Fortbildungen, dazu zählen aber auch

Qualitätssicherungsmaßnahmen, die werden nicht vergütet. Also wir haben eigentlich keine Zeit, der Geschäftsführer ist da dran interessiert, dass wir als Chirurgen, Orthopäden, Unfallchirurgen operative Leistungen erbringen, die kann man abrechnen. Ein Peer-Review-Verfahren erfordert Zeit. Es erfordert Zeit für die interne Analyse. Also ich muss mehr als Leitender Arzt die Frage stellen, wo könnte ich entweder meine Prozesse verbessern, wo habe ich Unsicherheiten, Probleme. Als externer Peer muss ich eine Schulung mitmachen. Das sind immerhin 24 Unterrichtseinheiten, also mit dem Peer-Review-Schulungsverfahren drei Tage. Mindestens. Ich muss mich dann mit den Daten der Klinik, die ich besuchen soll, befassen. Ich muss in der Regel einen Tag, wenn die Klinik weiter entfernt liegt sogar noch mit Übernachtung und Zeit aufbringen dort hinzufahren. Mit den Kollegen zu diskutieren, ich muss ein Abschlussbericht erstellen. Also das ist sehr zeitintensiv, ohne dass das im Vergütungssystem vorgesehen ist. Das ist sehr sehr bedauerlich. Das ist ein großes Problem. Es gibt eine zweite große Herausforderung, die mir persönlich, die ich für noch problematischer halte. Wir haben in unserer Gesellschaft und zum Teil dann auch in bei politisch-verantwortliche auch in Teilen des gemeinsamen Bundesausschusses und das Bundesgesundheitsministeriums eher eine Misstrauenskultur. Das heißt, man ist der Auffassung, man muss alles kontrollieren, damit es richtig gemacht wird. Damit nicht falsch abgerechnet wird, Fehler in der Behandlung können erst dadurch gebessert werden, dass ich kontrolliere, dass alles Mögliche gemacht ist. Es ist bemerkenswert, wenn man sich die Zahlen anschaut. In den zehn Jahren von 2010 bis 2021 sind insgesamt in Deutschland 1600 Peer-Review-Verfahren in Kliniken durchgeführt worden. Vieles außerhalb, etwa nur ein Viertel unter der Organisation von Ärztekammern, aber die Übrigen zum Beispiel von IQM oder Krankenhaus internen Konzernen und Helios kann man hier nennen, von der DIVI und anderen. 1600 Verfahren insgesamt. In den 20 Jahren von 2001 bis 2021 sind aber 65 Millionen Datensätze der externen Qualitätssicherung dokumentiert worden. Das heißt, sie bekommen Bögen, die müssen sie ankreuzen, ist dies erfüllt, ist jenes erfüllt und die gehen dann in eine Auswertung der externen Qualitätssicherung hinein. Dieses Ausfüllen eines Kriterienkataloges bewirkt aber nicht, dass die Qualitätskultur sich bessert. Die Kultur verbessert sich erst durch den Dialog. Ich kann natürlich diese Ergebnisse der externen Datenerhebung intern verbessern, intern nutzen um eine interne Diskussion innerhalb meines Teams zu haben. Und wir haben das in meiner Klinik durchgeführt regelmäßig. Ein bis zweimal im Jahr haben wir uns alle Daten angesehen, welche wo haben wir mehr Komplikationen, wie ist die Entwicklung und warum ist das so? Und in unserem internen kollegialen Dialog haben wir deutliche Verbesserungen erzielen können. Per se führt aber die Erhebung dieser vielen Datensätze nicht zu einer Verbesserung. Das muss auch gar nicht sein, dass die der verantwortliche Arzt ausfüllt, das kann auch vielleicht von der Controlling-Abteilung sein, das können nicht ärztliche Professionen machen, Hauptsache es ist irgendwas angekreuzt, sag ich mal. Während den Peer-Review-Verfahren, kommen Kolleginnen und Kollegen, die die gleiche Leistung erbringen wie ich in meiner Klinik selbst, die also auch die entsprechende Erfahrung mitbringen, die das täglich mitmachen, die mir berichten können, wie ihre Abläufe sind, womit sie gute Erfahrungen haben, womit sie eher weniger gute Erfahrungen haben, die dann mit mir gemeinsam respektvoll auf Augenhöhe diskutieren, okay, was könnte man verbessern, welche Möglichkeiten hätten wir? Das ist Peer Review und das wird mit einem hohen Aufwand, aber sehr effizient zu einer deutlichen Verbesserung der Kultur im Sinne von Qualitätsverbesserungen.



SK:

Vielen Dank, das sind sehr interessante Aspekte, die Sie da genannt haben gerade. Sie hatten vorhin schon gesagt, dass Curriculum der Bundesärztekammer bildet die Grundlage, in welchen Sparten gibt es denn Peer Review?

JM:

Also die wichtigsten sind Intensivmedizin und Hämotherapie. Vom Grundsatz her lässt sich Peer Review aber in allen Bereichen anwenden. Also das ist auch der Vorteil des Curriculums der Bundesärztekammer, dass das nicht jetzt spatenspezifisch ist auf Kardiologie oder Pneumologie oder was auch immer interessant ist, dass die Deutsche Rentenversicherung auch Peer-Review-Verfahren für Begutachtung eingeführt hat, weil sie gesehen hat, dass das ist effektiv. Also die wichtigsten sind ganz sicher die Intensivmedizin, da ist die DIVI ganz vorne und auch die Hämotherapie. Aber wie gesagt, grundsätzlich alle Möglichkeiten.

SK:

Ja, Sie haben es auch gerade schon kurz erwähnt, wo hat es sich etabliert, vielleicht können Sie dazu noch sagen, genau, ne? Sie achten gerade schon.

JM:

Intensivmedizin das ist natürlich auch ein hochsensibler Bereich. Und von der Intensivmedizin haben wir auch einen wichtigen Aspekt gelernt, den wir jetzt bei der Novellierung aufgenommen haben. Das ursprüngliche Curriculum 2011 und dann zweite Version 2013 sprach ja von ärztlichen Peer Review. Das haben wir jetzt in unserer Arbeitsgruppe geändert, wir sprechen von Peer Review in der Medizin, weil ganz deutlich geworden ist, ausgehend von der Intensivmedizin gilt, aber für alle Bereiche, die eine gute Behandlung und Patienten ist ein interprofessionelles Arbeiten. Das heißt wir müssen die Pflege, wir müssen Krankengymnastik, wir müssen Logopädie, wir müssen auch gegebenenfalls Laborleistungen und und und, also viele nicht ärztliche Professionen von Fall zu Fall miteinbinden. Deswegen Peer Review in der Medizin und die sollen dann auch in das Peer-Review-Verfahren, je nach Fahrgestell mit eingebunden werden.

SK:

Wir hatten schon zu Anfang, bevor wir das Interview aufgenommen haben, dass sie wirklich eine Reihe an Expertise mitbringen, deswegen ist die letzte Frage an Sie natürlich sehr interessant, welche persönlichen Erfahrungen haben Sie gemacht?

JM:

Ja genau die Erfahrungen, die ich schon bei den Herausforderungen geschildert hatte. Also ich habe solche kollegialen Dialoge geführt in meiner Eigenschaft als Vorsitzender des Fachausschusses der externen Qualitätssicherung. Das war sehr spannend. Ich kam ja sozusagen in offizieller Mission in eine Klinik, weil deren Ergebnisse nicht zufriedenstellend waren, weil die schriftlichen Ausführungen nicht ausweichend waren und das ließ sich sehr schnell durch einen respektvollen Umgang eine entspannte Atmosphäre erzielen und es ließ sich auch, dadurch dass wir beide, der besuchte Chefarzt/Chefärztin und ich ja die gleiche Expertise hatten, wir jeden Tag das gleiche gemacht haben, im Dialog herauskristalisieren, wo liegen Probleme, wo liegt Verbesserungspotenzial, wie könnte man Dinge anders machen. Und das ist dieses respektvolle Miteinander. Peer Review spricht ganz offiziell, von einem Critical Friend, also ein freundschaftliches, aber kritisches Verhalten ließe sich in allen Kliniken Verbesserungen erzielen. Alle Kliniken, die ich da besucht hatte, waren nach diesem Dialog nicht mehr auffällig. Das sind sehr sehr positive Erfahrungen und wie gesagt die Effizienz vom Peer Review ist eigentlich unbestritten.



Gleichzeitig sehe ich und das ist in der politischen Diskussion auch, dass es extrem schwierig ist, eine Vertrauenskultur aufzubauen. Ich hatte als einer der Vorsitzenden Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer auch mit Spitzenvertretern des G-BA gesprochen zu dieser Frage. Ich hatte im Gremium vom IQTIG mitgearbeitet und man hat gesagt, naja, es ist absolut wichtig, Peer Review ist effizient, aber wir brauchen doch Kontrolle, wir brauchen Fakten, wir brauchen Zahlen. Und es ist ein großes Missverständnis auf politischer Ebene, dass ich nur durch

Erhebung von Zahlen Qualität a) messen kann und b) auch verbessern könnte. Die Bundesärztekammer, was das übrigens sind, zwei Memoranden sind deutlich formuliert. 2020 hat die Bundesärztekammer in einem Memorandum gesagt, die Dokumentationsanforderung haben sich zu einem Selbstzweck entwickelt. Bei dem der Fokus nicht auf dem eigentlichen Ziel der Qualitätsverbesserung, sondern der Kontrolle liegt. Und 2024 hat die Bundesärztekammer in einem weiteren Memorandum einen Paradigmenwechsel gefordert. Weg von der Kontrolle hin zur Förderung einer Qualitätskultur. Und das ist etwas, was den Patienten zugute kommt. Und da sind, sagen wir mal auch politischer Ebene in diversen Gremien große Widerstände, vielleicht auch aus Angst, aus mangelndem Vertrauen, wie auch immer oder vielleicht auch aus mangelndem Wissen und mangelnder Erfahrung. Das ist schade. Aber da arbeiten wir dran.

SK:

Das ist schon fast ein guter Abschluss, aber ich möchte Ihnen gerade noch ganz spontan die Frage stellen, was würden Sie sich für das Peer-Review-Verfahren wünschen in Zukunft?

JM:

Ich würde mir wünschen, dass es stärker als bisher aufgenommen wird in die Vorgaben der externen Qualitätssicherung. Es ist sozusagen eine Vision von mir, dass man von den offiziellen Stellen im G-BA im BMG sagt, eine Klinik, die nachweislich Peer Review macht und jetzt zertifizieren nicht, wir zertifizieren das, es gibt ein Dokument dazu, das ist alles nachweisbar, dass eine solche Klinik sich dem aufwändigen Peer-Review-Verfahren stellt, entlastet wird von den Dokumentationsanforderungen, die rein Kriterien basiert sind. Das wäre eine deutliche Entlastung der Kliniken. Und wenn man das vielleicht auch diesen Aufwand dann noch in die Vorhaltepauschale mithineinnehmen würde für eine Verbesserung, dann würde man wirklich einen Quantensprung der Verbesserung im Sinne verbesserter Patientenversorgung erreichen. Das wäre meine Vision.

SK:

Das lassen wir jetzt gerne einfach so stehen. Herzlichen Dank, Herr Dr. Mischo für dieses aufschlussreiche und offene Interview, das wir geführt haben. Und ich wünsche Ihnen für alles Weitere das Beste.

JM:

Bis dann, danke Ihnen. Gute Zeit.

SK:

Dankeschön.

Ziemlich unmittelbar nachdem die BÄK Ende der 2000er Jahre sich dem Peer-Review-Verfahren widmete, stieg auch die Landesärztekammer Hessen ein. Welche Impulsgeber hier maßgeblich beteiligt waren, welche Schritte gegangen wurden und welcher „Spirit“ damals mit der Entwicklung in der LÄKH einherging, daran lässt uns die ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH, Frau Nina Walter, im Folgenden teilhaben.



SN:

Frau Nina Walter ist seit 2024 ärztliche Geschäftsführerin der Landesärztekammer Hessen und hat vorher seit vielen Jahren die Stabsstelle Qualitätssicherung geleitet und in dieser Funktion die Anfänge von Peer Review in Hessen und der Landesärztekammer Hessen miterlebt und begleitet. Liebe Frau Walter, vielen Dank, dass Sie sich Zeit für uns nehmen.

Nina Walter (NW):

Sehr gerne.

SN:

Frau Walter, wir würden gerne als erstes von Ihnen wissen, wann wurde das erste Peer Review in Hessen eigentlich durchgeführt?

NW:

Also die Anfänge liegen bereits 15 Jahre zurück, 2011 wurde unseres Wissens nach in Langen, dort in der Klinik, das erste ärztliche Peer Review durchgeführt. Und wir kamen ein bisschen später mit ins Spiel. Dazu kommen wir ja gleich sicherlich noch und haben mit Beteiligung der Landesärztekammer dann im Februar 13 ein Peer Review durchgeführt, damals im Klinikum Fulda.

SK:

Ja, Frau Walter, wie kam es denn eigentlich dazu?

NW:

Also wenn man so in die Anfänge der ärztlichen Qualitätssicherung zurückgeht, ohne jetzt die ganze Historie aufrollen zu wollen, dann war die Qualitätssicherung ganz zu Beginn rein in ärztlichen Händen und auch auf ärztliche Initiative hin entstanden. Es hatte ja dann vielfältige Veränderungen gegeben, das wurde gesetzlich aufgegriffen, viele andere kamen mit ins Boot und die ganze Qualitätssicherung hat doch einen erheblichen Umfang angenommen. Das Peer Review war aber dann, ich will fast sagen, ein wiederaufleben des ursprünglichen Gedankens, dass man Qualitätssicherung in der Patientenversorgung in ärztlichen Händen haben wollte. Ausgehend von der Ärzteschaft tatsächlich. Natürlich gab es unterschiedliche QM-Richtlinien, inzwischen Vorgaben der G-BA und auch auf Landesebene, gab es die unterschiedlichsten Verfahren. Aber die Ärzteschaft hat dann doch wieder diesbezüglich zu ihren Anfängen zurückgeblickt und gesagt, nein das wollen wir gerne wieder selber in die Hände nehmen und von Arzt zu Arzt auf Augenhöhe und vor allen Dingen auch freiwillig und mit einem offenen Informationsaustausch, mit einem direkten Feedback im Gespräch in unserer Qualität und damit auch in der Patientenversorgung verbessern. Wir waren deswegen damals sehr froh, jetzt als verfasste Ärzteschaft in der Stabsstelle Qualitätssicherung, dass wir von anästhesiologischen Kollegen angesprochen wurden, namentlich von Professor Greim aus Fulda und Professor Hopf aus Langen, die sich darüber ausgetauscht hatten, die an einer Peer-Review-Schulung teilgenommen hatten, dass die auf uns zugekommen sind und angefragt haben, sich gewünscht haben, dass dieses Verfahren in Hessen sich etablieren mögen würde mit der Unterstützung der Landesärztekammer Hessen. Die beiden haben das also angestoßen, auf den Weg gebracht und letztlich die Kammer mit an Bord geholt. So dass wir dann das natürlich gerne unterstützt haben und auch durch unterschiedlichste Maßnahmen weiter ausgebaut haben. Das würde ich dann gleich noch berichten.



SN:

Das sind wir natürlich sehr gespannt. Ja, wie es dann letztendlich weiterging, wie sich das weiterentwickelt hat. Wollen Sie uns davon ein bisschen erzählen?

NW:

Ja, also die Ursprünge von denen ich eben sprach, die kamen aus der Geburtshilfe, wie eigentlich alle wissen, die sich mit der Thematik befassen. Dieses Verfahren allerdings hat sich in der Intensiv- und Notfallmedizin entwickelt, in der DIVI. Und nicht ganz unerwartet würde ich sagen, weil die Anästhesiologie bekanntermaßen eine Fachrichtung ist, die sich vielfältig mit Vorgaben und Checklisten und so weiter befassen. So das dort 2010 ein Intensivmedizinisches Peer-Review-Verfahren entwickelt worden war. Und da war quasi die Geburtsstunde. Durch diese Initiative kamen auch die beiden genannten Kollegen Professor Greim und Professor Hopf in intensiven Kontakt mit diesem Verfahren. Und konnten sich das eben gut vorstellen, auf Basis dieser Vorgaben, die seit der Entwicklung, dass in ihren Kliniken einerseits umzusetzen, aber eben auch auszuweiten auf ganz Hessen. Wie ich das eben bereits erwähnt habe, haben wir uns auch über sehr gefreut und sehr gerne aufgegriffen. Über diese verschiedenen Kanäle ist der Ansatz, das Verfahren sind diese Bestrebungen dann auch an die Bundesärztekammer herangetragen worden, und im Zusammenspiel zwischen der Bundesebene in Berlin und der Bundesärztekammer und uns auf Landesebene ist dieses Verfahren dann letztlich auch weiterentwickelt worden. Die Bundesärztekammer hat es so weit weiterentwickelt, dass 2013 dann auf Basis dieser Vorarbeiten der Erfahrungen und der gemeinschaftlichen Bestrebungen ein Curriculum Ärztliches Peer Review entwickelt werden konnte. Und ergänzend dazu als Hilfestellung 2014, der entsprechende Leitfragen und das Verfahren dann auch orientiert an diesen beiden Schriftstücken gut durchführen zu können. In den Kliniken und auch tatsächlich später in Praxen.

SK:

Und welche Rolle spielte denn dabei jetzt die Landesärztekammer?

NW:

Also im eigentlichen Verfahren, dass es ursprünglich gab, war die Kammer nicht als zwingendes Element vorgesehen, aber zum einen hat sich natürlich, haben sich die Verfahrensentwickler und die engagierten Kollegen davon eine Unterstützung, aber auch eine Verbreitung versprochen. Sie haben sich natürlich auch gewünscht und das konnten wir dann sehr schnell auch umsetzen, dass wir in unserer Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim unterstützende Kurs- und Fortbildungsangebote entwickeln würden. Wir haben ja in Hessen das Glück, dass wir diese Akademie haben und so konnte die damalige Akademie-Leitung auch relativ schnell in 2012, 13 und 14, entsprechende Qualifizierungsmaßnahmen in Bad Nauheim anbieten um die Peers zu schulen, weniger fachlich inhaltlich, denn das müssen logischerweise Fachkollegen/fachkolleginnen/Fachkollegen sein, sondern im Verfahren, weil das durchaus nicht überall etabliert ist, dass Ärzte Ärzte besuchen in anderen Kliniken, in anderen Bereichen und dort vor Ort sich ein Eindruck zu verschaffen, nach bestimmten Vorgaben, die Dinge zu überprüfen und auch nicht unwichtig und nicht banal entsprechendes Feedback zu geben. Sodass insgesamt atmosphärisch eben ein etwas deutlich anderes ist als ein Audit. Es ist mir immer wichtig zu betonen, weil wir das inzwischen ja vielfältigst kennen, durch die verschiedensten Zertifizierungsmaßnahmen und so weiter, eben begangen zu werden auf Station, Checklisten ausfüllen zu müssen, Vorgaben erfüllen zu müssen, aber dieses Verfahren ist eben ein ganz anderes. Die Kammer hat zusätzlich die Aufgabe übernommen an der Stelle, so ein bisschen Bindeglied-Organisatorin zu sein, das heißt alle Beteiligten zusammenzuführen, Termine zu

organisieren, Dokumente zur Verfügung zu stellen. Also, der die Durchführung des Peer Reviews selbst, das ist das Ende der Strecke, das bedarf aber einer langen Vorbereitung, organisatorischer Art. Und das war damals möglich, dass wir das personell und inhaltlich auch in der Stabstelle, diese Aufgaben zur Verfügung stellen konnten, um dadurch das Verfahren zu unterstützen, auch wenn wir nicht unmittelbar Verfahrensbeteiligte sind, sondern Organisatoren und Verfahrensbeobachter. Sodass wir tatsächlich 8 Peer Reviews in den Jahren des 2016 damit unterstützen konnten. Das mag jetzt nicht besonders viel klingen, der bedürft aber doch einer deutlichen, um an das deutlichen Aufwandes einer großen Organisation, denn es muss ja dann auch ein Bericht geschrieben werden und man darf nicht vergessen, dass es dann große Abteilungen, von Kliniken unterschiedlicher Größe sind und dann ja die Arbeit danach erst richtig los

geht, indem man damit arbeitet, was man dann als Feedback bekommt und jede einzelne Station, die sich auf so ein doch aufwendiges Verfahren einlässt, kann eine große Wirkung erzielen. Es hat sich dann natürlich rumgesprochen, was wir da machen, einfach über informelle Wege, aber natürlich auch durch unsere Fortbildungsangebote in Bad Nauheim, sodass auch andere und weitere Mitspieler auf das Verfahren und auf die Kammer, diesbezüglich aufmerksam wurden und das war dann 2013, die damals Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, GQH, sicherlich auch vielen vertraut mit ihrem Leiter dem Kollegen Misselwitz, heute die LAGQH, die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen und Dr. Misselwitz hatte damals unter anderem natürlich das gesetzliche Verfahren zur Qualitätssicherung Galle, Cholezystektomie unter seinen Fittichen und hatte das Gefühl mit diesen reinen Parametern, die damals zu erheben waren, kommt man nicht mehr so richtig weiter und hatte die Idee entwickelt, man könnte doch auch zu diesem Qualitätsmerkmal ein Peer-Review-Verfahren durchführen. Das haben wir natürlich gerne aufgegriffen, es gab dann auch weitere Fachkollegen, die das gerne mitentwickelt haben, Professor Zielke damals aus Offenbach, sodass es dann möglich war tatsächlich, das darf man dann der Stelle auch mal sagen, mit Unterstützung auch der Krankenkassen, dieses Verfahren in Hessen zu entwickeln und zu etablieren. Sodass wir dann zwei inhaltlich zwar unterschiedliche Verfahren vom Gedanken, aber eben ähnliche Ansätze in Hessen umsetzen konnten. Zumal, dann das Gesetzliche Qualitätssicherungsverfahren Galle ausgesetzt wurde. Und Dr. Misselwitz sehr froh war, dass er über diesem Weg des Peer Reviews, das Verfahren quasi auf einem anderen Weg oder diesen Eingriff auf einem anderen Weg weiter begleiten konnte.

SN:

Gab es damals oder dann im Laufe der Zeit auch noch andere Fachgesellschaften oder Institutionen, die am Peer Review interessiert waren?

NW:

Ja, es hat natürlich auch weitere Kreise gezogen. Wir sind zum einen von den SAPV-Teams in Hessen angesprochen worden, die ja tatsächlich alle gemeinschaftlich organisiert sind. Das hat man ja auch nicht in allen Fachbereichen, solche Gesellschaften beruhen ja häufig auf freiwilliger Mitgliedschaft wie die DIVI oder andere, aber da waren wir in intensiven Austausch mit Frau Hach und den SAPV-Teams in Hessen und haben da, wie wir immer sagen, wenn man aus meinem Fachbereich kommt als Geburtshelfer gedient. Es war zwar auch ein sehr engagiertes Team, aber da konnten wir doch helfen, dass was in so einem speziellen Bereich, wie der Palliativmedizin, dann doch vielleicht ein bisschen anders sein muss, weiterzuentwickeln, Dokumente zu entwickeln, aber diesen Grundansatz der kollegialen, des kollegialen Besuches und der kollegialen Beratung und des kollegialen Feedbacks da auch zu etablieren, auch das will ich auch nicht vergessen an der Stelle, Prof. Gottschalk damals Leiter, des Stadtgesundheitsamtes in



Frankfurt, war auf uns zugekommen mit der Idee, sowas vielleicht für den ÖGD zu machen. Also es gab vielfältige Ansätze, nicht aus allen ist was geworden, aber jeder, der das aufgegriffen hat, der die Idee gut fand, war auf jeden Fall für uns zur Unterstützung weiter dran zu bleiben. Auch wenn wir dann natürlich von der Ressource hier auch an unsere Grenzen gestoßen sind. Man muss es auch sagen, gerade für so ein Verfahren, da sind doch sehr viele Menschen, mehr oder weniger den ganzen Tag gebunden und dann in der Vor- und Nacharbeit, das macht sich alles nicht so nebenbei.

SN:

Jetzt sagten Sie ja auch, dass die Landesärztekammer Hessen sozusagen die Rolle, die praktische Rolle auch Verfahrensbegleiter war. Sind Sie persönlich denn mal bei einem Peer Review mitgegangen?

NW:

Ja, ich bin damals direkt in Fulda mitgegangen. Das erste Mal, das war wirklich sehr spannend, alle waren ein bisschen aufgeregt, weil es für alle irgendwie neu war und das war schon beeindruckend. Also natürlich mal so in andere Kliniken mal reinschnuppern, andere Klinik, anderer Fachbereich, aber durchaus eben sich alles ohne so ein kontrollierendes Auge drauf werfen zu müssen, intensiv aber anschauen zu können, auf offene Ohren zu stoßen, die uns bereitwillig alles damals gezeigt haben, auch fachübergreifend mit den Pflegekräften. Das war ein sehr eindrucksvoller Tag und durchaus auch die Nachbesprechungen, die dann stattgefunden haben und danach hatte ich leider nur noch selten die Gelegenheit, aber hat mir von meiner Mitarbeiterin von Frau Nahlinger dann berichten lassen und dann merkt man dann doch, dass es sich etwas weiterentwickelt auch, dass man Routine gewinnt an der einen Stelle aber durchaus auch durch Feedback zum Verfahren, nicht nur zum Inhalt oder zu den Kliniken, auch sich so ein Verfahren weiterentwickelt und das sehen wir ja immer als große Chance und auch Charme, sei es als Verfahren, wenn es direkt in Ärzte handliegt, dass man das auch sehr schnell weiterentwickeln kann das Verfahren und nicht auf Gesetzgebung warten muss, die häufig ja sehr träge ist.

SK:

Ja, Frau Walter, jetzt haben Sie ja sehr lange Erfahrung darin auf der theoretischen Ebene, als auch auf der praktischen Ebene, deswegen würde uns jetzt natürlich einmal interessieren, was würden Sie allumfassend denn dazu erwähnen wollen, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht, welchen Eindruck haben Sie gewonnen, aufgrund des Peer Reviews?

NW:

Also ich halte es nach wie vor für ein sehr gutes und für das einzige umfängliche ärztliche Qualitätssicherungsverfahren, dass ein hohen Wert hat und einen höheren Stellenwert haben sollte. Es ist nach wie vor nicht unaufwendig, dass da man wirklich nicht verhehlen, gerade in heutigen Zeiten, insofern kann ich auch jeden verstehen, der überlegt, ob er das Durchführen will, die Begegnung auf Augenhöhe der direkte kollegiale Rat, also nicht nur die Beobachtung und das Feedback sondern das eine andere fachliche Gespräch auch in Hinweis, das kann man glaube ich gar nicht hoch genug schätzen. Wer sehr formale und auditierende und zertifizierende Verfahren kennt, erlebt ja leider auch, dass eben beobachtet wird, notiert wird und dann gibt es irgendwann den Bericht und dann muss man gucken, was man drauf macht, draus macht, aber hier findet nicht nur die Beobachtung kollegial statt, sondern man kann sich direkt dann auch austauschen. Man kann voneinander lernen im besten Sinne und alle Auditoren haben das immer auch für sich selber so wahrgenommen. Also nicht nur die, also Auditoren ist



schon der falsche Begriff. Also die Peers, die die besucht wurden, haben das als Bereicherung empfunden, auch wenn sie sich natürlich über ein kritisches Feedback freut man sich jetzt nicht im engeren Sinne, aber wenn es hilfreich ist, freut man sich dennoch das man es bekommt, hat aber auch die, die als Peers zu Besuch waren, haben eigentlich immer gesagt, dass es selber auch was mitgenommen und gelernt haben. Und das ist der eine Kern, das andere ist und so ist das Verfahren im Grunde gedacht, das gelingt nicht immer in der Reinform, es soll ein freiwilliges Verfahren sein. Und eben nicht mit Zwang, was auch heißt, wenn ich jemanden einlade zum Gucken und zum Kommentieren, dann möchte ich nichts verstecken und ich möchte ein ehrliches Feedback. Davon kann man auch nicht immer ausgehen, wenn man in

Zwangsverfahren steckt. Und insofern halte ich nach wie vor diese Freiwilligkeit so weit möglich für einen wichtigen Teil dieses Verfahrens. Aber ich wiederhole mich aber es ist wirklich wichtig und es ist ein Stückchen Dilemma durchaus verständlich, dass das nicht jeder ständig nicht machen kann, weil es einfach so aufwendig ist. Es ist aber und das muss man glaube ich auch immer gegen Kritiker/Kritikerinnen gegenüber erwähnen, ein professionelles Verfahren. Also das ist nicht nur netter Besuch mit Kaffee trinken, sondern das beruht auf Erfahrungen, auf fachlicher Kompetenz, auf methodischer Kompetenz, es wird weiterentwickelt und es hat Substanz. Es ist nicht nur ein netter Besuch. Also das muss man immer auch hervorheben, wenn das eben mit anderen sehr standardisierten Verfahren verglichen wird. Insofern um es noch einmal zusammenzufassen. Ich halte es nach wie vor für ein wichtiges, gutes zentrales Qualitätssicherungsinstrument in Ärztehand, dem ich mehr Zuspruch und mehr Platz und mehr Ressource wünschen würde. Ich verstehe aber natürlich alle, die sagen können wir im Moment nicht leisten. Wir würden oder sind auf jeden Fall als Kammer weiter dabei, sowohl was die Unterstützung aus der Qualitätssicherung herausangeht. Aber natürlich auch unsere Akademie in Bad Nauheim, die das weiter begleitet und aufgreifen, dass eben Ressource knapp ist, wurden auch die Schulungsmaßnahmen schon überarbeitet und verändert, um an jedem Baustein so ein bisschen zu arbeiten, dass man mit bisschen weniger Aufwand und ein bisschen weniger Zeit vielleicht noch ein ähnliches Ergebnis erzielen kann.

SN:

Da haben sie es gerade schon anklingen lassen, dass sich da auch ein bisschen was getan hat, sozusagen, also gerade im letzten Jahr wurde das Peer Review weiterentwickelt und heißt nun nicht mehr Ärztliches Peer Review sondern Peer Review in der Medizin und im Zuge dessen, wurde ja auch das Curriculum und der Leitfaden seitens Bundesärztekammer neu aufgelegt. Wie bewerten Sie denn diese Aktualisierung des Peer Reviews?

NW:

Ich glaube, das war höchste Eisenbahn. Das haben auch alle am Prozess beteiligten so gesehen, die eben die Erfahrungen einerseits gemacht haben oder den, die Bedenken entgegengebracht wurden. Das heißt ganz bewusst ist die Interprofessionalität mit reingekommen, die natürlich insgesamt in der Medizin wichtiger geworden ist, aller Spezialisierung zum Trotz. Auch da ist Teamarbeit über die Berufsgruppen hinweg und über die Hierarchieebenen hinweg ganz wichtig, auch ein ganz wichtiger Ansatz im Peer Review übrigens und das darf nicht unerwähnt bleiben, es geht ja nicht nur ein Arzt dort mit so ein eben auch eine Pflegekraft. Ganz wichtig, das war schon immer so, aber kam durch den Namen eben, wurde das nicht so deutlich. Das hat man jetzt dadurch versucht ein bisschen deutlicher zu machen. Das war sich eben zum Kurs sagte, da wird das auch abgebildet, was insgesamt die aufzuwendende Ressource angeht, in die man das ist nicht leistbar, nicht vor 35 verschiedene Kurse entwickelt hat, sondern das sagt hat methodisch gibt es einen Kern, den kann man ohne Fachbezug können, den alle erlernen

und dann gibt es kleine Spezialitäten, die in einem schneidenden Fachbereich vielleicht anders sind, als in der Psychosomatik oder in einer einzelnen niedergelassenen Praxis. Das kann dann eben modularartig angedockt werden an diese Basisqualifizierung. Die Freiwilligkeit, die Selbstverpflichtung sollte auch nochmal herausgestellt werden, weil und das haben wir an anderen Stellen auch schon öfter erlebt, sobald es etwas von der Ärzteschaft entwickeltes ist, gibt es, auch wenn es gut funktioniert, wird es schnell aufgegriffen, abgewandelt und dann irgendwo zur Verpflichtung gemacht. Das ist manchmal gut, aber nicht immer. Also das Kern Peer Review, das eben auf Freiwilligkeit und Selbstverpflichtung beruht, das wurde da nochmal betont, also insofern finde ich die Aktualisierung es gelungen. Und wie immer nach der Aktualisierung ist vor der Aktualisierung. Jetzt werden neue Erfahrungen gemacht und mal gucken, wann dann es wieder dann notwendig erscheint in die nächste Aktualisierung zu gehen.

SK:

Ja, Frau Walter, eine letzte Frage bitte noch. Und zwar, sagten Sie schon im Rahmen des Interviews gerade, dass Sie sich mehr Ressourcen wünschen würden für das Peer-Review-Verfahren. Gibt es denn noch weiteres?

NW:

Also ich habe ja schon gesagt die Ressource, die Möglichkeit den Wert zu erkennen und da sind wir an einem Dilemma-Punkt, weil wirklich erkennen, was der Wert ist, kann man erst dann, wenn man es erlebt hat. Und das ist natürlich schwierig, das kann man erzählen, man könnte Filmchen drehen, man kann verbal versuchen zu überzeugen, aber eigentlich muss man es erlebt haben und diesen Schritt muss man dann halt irgendwie gehen. Also insofern wäre mein Wunsch, dass jeder der schon mal dabei war, diese Erfahrungen gesammelt hat, dass auch so weitererzählt, dass der ein oder die andere zu dem Team stößt und eine aktive Rolle übernimmt, denn auch das ist aufwendig. Und so eine wachsende, eine wachsende Community entsteht, die das Verfahren trägt, weil ohne die aktiven, die davon überzeugt sind, an dieser Stelle, das Verfahren am Leben halten, weiterentwickeln und einer größeren Verbreitung zu führen.

SN:

Ja, Frau Walter, wir bedanken uns ganz herzlich bei Ihnen für den Blick in die Vergangenheit und den Beginn des Peer Reviews in Hessen und natürlich auch für ihre ärztliche Perspektive und auch persönliche Erfahrung auf das Thema. Vielen Dank.

NW:

Ja, herzlichen Dank für die Möglichkeit, dass auf diese Art nochmal darzustellen und noch mal die Aufforderung an der Stelle der uns zugehört hat heute und das Interesse vielleicht geweckt werden konnte, der kann sich natürlich sehr gerne an die Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer wenden.

SN:

Durch die Initiative von Ärzten aus der direkten Patientenversorgung verfolgte ab Anfang der 2010er Jahre also auch den Landesärztekammer Hessen das Ziel, das Peer-Review-Verfahren zu etablieren, ein Verfahren von Ärzten für Ärzte.

Bereits in unseren einleitenden Worten und Frau Walter erwähnte das ebenfalls noch mal, wurde klar, dass die DIVI eine zentrale Rolle bei der Entwicklung des Peer-Review-Verfahrens in der Intensivmedizin spielte und nach wie vor spielt. Hier möchten wir im Folgenden noch mal näher drauf eingehen.



SK:

Wir freuen uns, mit Herrn Dr. Kumpf, einen ausgewiesenen Experten und langjährigen Wegbegleiter des DIVI-Peer-Review-Verfahrens für dieses Gespräch gewonnen zu haben. Herr Dr. Kumpf ist auch Sprecher der Nationalsteuerungsgruppe der DIVI, er gibt uns einen spannenden Einblick in die Entwicklung des Verfahrens. Von den ersten Pilotprojekten im Jahr 2010 bis hin zu seiner heutigen Bedeutung für die Qualitätssicherung in der Intensivmedizin.

Dabei berichtet er, warum bereits in der Pilotphase die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden vom kollegialen Ansatz des Peer Reviews überzeugt waren und welche Faktoren zu dieser hohen Akzeptanz beigetragen haben.

Außerdem erfahren wir, warum Qualitätsindikatoren [12] für das Peer Review hinaus von Nutzen sein können. Ein weiterer Inhalt des Gesprächs ist die besondere Bedeutung des Critical Friends-Prinzips. Herr Dr. Kumpf erklärt, warum der vertrauensvolle kollegiale Dialog von Bedeutung ist und weshalb sich das Peer Review gerade durch diesen wertschätzenden Austausch grundlegend von einem klassischen Audit unterscheidet.

Herr Dr. Oliver Kumpf ist Sprecher der Sektion Qualität und Ökonomie in der Intensivmedizin der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, kurz DIVI und er ist Facharzt Anästhesiologie und Intensivmedizin an der Berliner Charité. Mit seiner langjährigen Expertise in der klinischen Versorgung und seiner Tätigkeit in der DIVI verfügt er über umfassende Erfahrungen in seinem Fachgebiet. Im heutigen Interview sprechen wir mit ihm über das Peer Review in der Intensivmedizin aus Perspektive der DIVI und dessen Entwicklung. Herzlich Willkommen Herr Dr. Kumpf und vielen Dank, dass Sie heute an dem Interview mit mir teilnehmen.

Dr. Oliver Kumpf (OK):

Vielen Dank für die Einladung.

SK:

Ich möchte direkt mit der ersten Frage anfangen, Herr Dr. Kumpf und ganz einleitend und allgemein, wer ist eigentlich die DIVI?

OK:

Ja die DIVI ist eine, man könnte sagen, übergeordnete Fachgesellschaft, die verschiedene medizinische Disziplinen, die sich mit Intensivmedizin beschäftigt zusammenführt und die gleichzeitig den Anspruch hat vor allem auch interprofessionell zu sein. Das heißt also, es ist keine medizinisch-ärztlich geleitete Fachgesellschaft, sondern dass das, das, das, darüber stehende ist eigentlich das alle beteiligten Professionen ihr Stimmrecht innerhalb der DIVI haben, sodass man eben auch mit einem sehr breiten Portfolio an Themen in der Öffentlichkeit hoffentlich wahrgenommen wird und eben auch verschiedene Dinge, die sich zum Beispiel mit Aspekten der Pflege oder die sich mit Aspekten der therapeutischen Fachberufe beschäftigen auseinander setzt und hier versucht auch politisch zu wirken dahingehend dass diese Bedürfnisse dieser einzelnen Berufsgruppen auch wahrgenommen werden und natürlich geht es auch um Medizin und um die Frage, wie Intensivmedizin in Deutschland organisiert werden soll und wie sie abzu laufen hat. Also gibt es ja rechtlich Stellungnahmen auch die veröffentlicht sind.

SK:

Okay und dann hatten sie ja oder hatte ich eben gerade schon der Einleitung erwähnt, dass sie ja Sprecher der Sektion Qualität und Ökonomie sind. Ich habe eben gerade auch erfahren nicht nur dahingehend Sprecher, aber da kommen wir gleich noch dazu, was sind denn die Aufgaben ihrer Sektion?

OK:

So ein bisschen kann man den Namen, glaube ich schon, im Namen schon verstehen, dass es um die Frage geht, was ist eigentlich gute Intensivmedizin und natürlich ist Intensivmedizin ein recht teures Geschäft innerhalb der Krankenhauslandschaft deswegen ist es sicherlich naheliegend, auch das Thema Ökonomie und wie wird es, wie wird es dann auch sagen wir mal in den Erlösen von Krankenhäusern abgebildet, welche Fragen sich da auftun, damit beschäftigen wir uns. Qualität ist ja ein sehr breit gefasster Begriff, wenn man so will und die Sektion hat einerseits sich auf die Fahnen geschrieben, dass wir versuchen, möglichst Standards für eine Erbringung von Intensivmedizin welchen Strukturen, die stattzufinden hat, dass wir das aufstellen, dass wir auch die Prozessqualität, die so etwas beinhaltet, dass wir das beschreiben und um die auch vielleicht messbar machen und natürlich auch über die Frage diskutieren, was kommt eigentlich am Ende bei der Intensivmedizin raus. Das führt so ein bisschen dazu, was macht eigentlich die DIVI für die Qualität und für die Qualitätssicherung um es ein bisschen präziser zu formulieren. Da gibt es eine Steuerungsgruppe Peer Review. Peer-Review-Verfahren wird ja jetzt gleich sind ausführlicher noch diskutiert und deren Sprecher bin ich ebenfalls, sodass ich ein bisschen Überblick habe über wie sich die Peer Reviews an sich als Verfahren entwickelt worden sind und wie sie sich entwickeln, hoffentlich noch und eben auch über die Frage, wie kann man Qualität in der Intensiv messen und die DIVI hat ja seit ungefähr 15 Jahren Qualitätsindikatoren für die Intensivmedizin publiziert und plant auch in diesem Jahr einen neue Version. Das wäre dann die Version 5.0 sozusagen dann zu veröffentlichen und sie dann eben auch für alle nachvollziehbar zu machen, dass sie jeder, ich sag mal messen kann für sich oder aber idealerweise in einem Peer-Review-Verfahren, zum Beispiel in dem sie ein entscheidender Bestandteil sind.

SK:

Jetzt haben Sie ja eben gerade schon das Thema Entwicklungen angesprochen, laut ihrer Homepage, der DIVI oder laut der Homepage der DIVI sind die Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren und das Peer-Review-Verfahrens unter den Zielen aufgeführt, wie soll dies umgesetzt werden?

OK:

Das Peer-Review-Verfahren an sich ist ein, ist wie soll man sagen ungefähr seit 30 Jahren im Thema innerhalb der Ärzteschaft. Da gibt es verschiedene Beschlüsse von Ärtetagen und im Bereich Intensivmedizin, ist das seit ungefähr 2006/07 ganz grob gesagt entwickelt worden. Das Peer-Review-Verfahren ist so historisch zu verordnen mit Beginn der 2010er Jahre. Da gibt es tatsächlich erste organisierte Anwendungen des Verfahrens und in der Entwicklung hat es sich so dargestellt, dass sich über andere eher Bottom-Up-Ideen aus Netzwerken für Intensivmedizin in verschiedenen Landesärztekammern oder Bezirken, die sich dieses Verfahren weiterentwickelt hat. Die Entwicklungsschritte sind ja, kann man sagen, am Anfang regional gewesen und haben sich dann mit Beginn der 2010er Jahre über die DIVI-Fachgesellschaften und über die Landesärztekammern auch unter mit deutlicher Unterstützung der Bundesärztekammer, dahingehend entwickelt, dass man in einheitliches Verfahren entwickelt hat, mit einheitlichen Fragekomplexen, die im Rahmen eines Peer-Review-Verfahrens beantwortet werden soll und eben auch mit den Qualitätsindikatoren die seit 2010 existieren. Von der Art, wie sich das entwickeln soll, sind wir im Moment, ja, es ist ein bisschen zweischneidig das Verfahren, wenn man es beschreibt, ist ein sehr freiwilliges Verfahren, das heißt es geht immer von denjenigen aus, die besucht werden wollen und diese Freiwilligkeit ist so ein bisschen die Achillesferse des Verfahrens, weil es eben dazu führt, dass man eher nein sagt, wenn die Frage aufgrund, was machen wir den jetzt um Qualitätssicherung zu betreiben, kann man verstehen, die meisten Menschen sind, ich nenne das mal so ein bisschen Audit-müde, weil sie halt für sich immer erkennen, dann kommt wieder jemand vorbei und wir müssen irgendwelche Berichte erstellen und so weiter



und das ist alles sehr mühsam und man sieht den Mehrwert nicht den das Verfahren möglicherweise haben kann. Das ist seit vielen Jahren unser Auftrag, das zu ändern, aber die Pandemie hat da auch ein bisschen in, ein bisschen Salz sozusagen in die Suppe gegeben, weil es dadurch natürlich schwer war, sich gegenseitig zu besuchen und das hat den Verfahren doch sicherlich einiges an Dynamik genommen. So kann man sagen, es ist Peer-Review-Verfahren, der DIVI aufgrund der Freiwilligkeit im Moment eher in Verfahren, dass das nicht so oft leider durchgeführt wird, in Gegensatz zu anderen Verfahren, dies auch noch gibt.

SK:

Sie haben gerade schon die Qualitätsindikatoren angesprochen, welche Rolle spielen die denn bei den Peer-Review-Verfahren?

OK:

Das ist tatsächlich ein wichtiger Bestandteil. Also das Peer-Review-Verfahren, wenn man es so beschreibt, ist eigentlich ein eintägiges, ein eintägiger Besuch, in der, wenn vor allem Intensivfachpflegekräfte und Intensivmediziner, die in hohen großen Erfahrungsschatz haben, in der Intensivmedizin besuchen, eine Station, die sich darum beworben hat, besucht zu werden und im Rahmen des Besuchs werden bettseitig Qualitätsindikatoren erhoben. Es gibt auch Fragen zur Strukturqualität, dass es ein anderes Element, das nennt sich 52 Fragebogen, es beinhaltet zwar ein paar Fragen mehr, aber das sind so ein bisschen die Komplexe, die abgefragt werden, die zur Selbstbewertung und auch später zur Fremdbewertung herangezogen werden. Die Indikatoren sind eigentlich das Instrument um bettseitige Therapieprozesse zu evaluieren. Das ist deren Aufgabe. Die beinhalten, ich sag mal normale Prozesse, die im intensivtherapeutischen Bereich zur Anwendung kommen, sagen wir bei Beatmung/Beatmungsentwöhnung, so was wie Sedierungsmanagement, Ernährung, Infektionsmanagement, Mobilisation, alles Dinge von denen, wir annehmen, dass sie ganz elementar für das Langzeit-Ergebnis von Intensivpatienten Bedeutung haben und die Überprüfung dieser Prozesse, das ist eben Bestandteil der Bettvisitation, die im Rahmen des Peer-Reviews stattfindet.

SK:

Okay und danke. Dann spulen wir gerade noch mal zurück auf 2010, auf das Jahr 2010, der begannen die Pilotphase zur Umsetzung des Peer-Review-Verfahrens, die DIVI war damals, maßgeblich daran beteiligt, warum war das denn so und was können die zu den Anfängen sagen?

OK:

Ich bin kein Historiker und auch kein Medizin-Historiker, ich kann tatsächlich nur, da auch nur berichten zu dem Thema. Sagen wir, in 2010, roundabout dazu gekommen, also schon noch in der relativ frühen Phase. Die ganz frühen Entwicklungsschritte gingen noch über die DGAI, also über die anästhesiologische Fachgesellschaft, die DIVI hat sich ja schon hat sich jetzt vor 50 Jahren gebildet, das gab dann natürlich immer sehr viele Interaktionen, aber wie schon gesagt, das beginnt eigentlich eher als lokales Netzwerk und welche Fachdisziplin sich darin dann wieder gefunden haben, das war dann natürlich nicht mehr nur eines anästhesiologisch, da war es naheliegend eigentlich irgendwann zu sagen, dass die DIVI als Fachgesellschaft mit am besten geeignet ist, das Verfahren auch medizinisch zu repräsentieren, das ist die Aufgabe der DIVI. Die Pilotphase war recht regional, also es gab in Baden-Württemberg Player, es gab in Hessen Player, in Hamburg, in Berlin und in Schleswig-Holstein die ersten Peer Reviews, kann man sagen und daraus hat sich dann so eine Bewegung entwickelt, die sich dann eben auch in dieser nationalen Steuerungsgruppe manifestiert hat. Da gibt's einige Vorgänger, Elke Muhl, als ehemalige Präsidentin der DIVI hat da sicher sehr viel beigetragen zur Weiterentwicklung und ich bin



jetzt seit 2020 an der quasi mit Beginn der Pandemie, das war glaube ich eine der letzten gemeinschaftlichen Sitzungen in Frankfurt, bevor dann alle irgendwie sich dann vereinzelt hat, wurde das beschlossen. Das war so ein bisschen der historische Weg, die die Anzahl der Peer Reviews, die im DIVI-Verfahren durchgeführt werden sind gering, das ist aber auch wie gesagt immer ein bisschen in der Natur des Verfahrens zu sehen gewesen, dass eben kein Tracer hat, wie zum Beispiel jetzt das IQM-Verfahren. Das ist initiative Qualität in der Medizin, dass eben, man nimmt zwar freiwillig am Verfahren teil, aber wenn ein Tracer ausgelistet wird, dann wird man eben besucht und das ist dann quasi Bestandteil ist, dass man an der Tracer-Messung mit

dran teilnimmt und dadurch ist es dann nicht mehr ganz so freiwillig, wenn man das ganz ernst nimmt. Die Pilotphase hat eben damals auch gezeigt, dass die meisten Teilnehmenden wenn sozusagen das über sie ergangen ist, dann auch begeistert waren, weil da tatsächlich das sich doch viel stärker so anfühlt, dass man sich mal austauschen kann und dass man feststellt, es geht gar nicht so sehr um irgendwelche Mindestanforderungen zu erfüllen, sondern dieses jetzt bei einem sagen wir mal reinen Audit stattfinden würde, sondern das man eben in der Lage ist, auch Probleme zu identifizieren, die eben im täglichen Doing existieren und weniger vielleicht auf irgendeinem Merkzettel sich manifestiert haben, weil man einfach in der direkten Interaktion mit den Kollegen/Kolleginnen vor Ort ist und quasi auch, ich nenne das immer so ein bisschen sublime Sachen wahrnimmt, die vielleicht gar nicht so sehr in irgendwelchen Ergebnispräsentationen zu sehen sind.

SK:

Und können Sie noch was dazu sagen, wie die ersten Peer Reviews gestartet sind und wie sie damals umgesetzt wurden?

OK:

Ich glaube tatsächlich kann sagen, die ersten Peer Reviews liefen ungefähr so ab wie die heute immer noch ablaufen. Also man kann natürlich bestimmte Elemente des Verfahrens, also den Besuch, die vorherige Auseinandersetzung mit der Selbstbewertung und auch die Mittagspause, das kann man natürlich ein bisschen variieren, aber die Kernelemente sind eigentlich immer die gleichen und das Prinzip ist eigentlich seit dem Start, man trifft sich, also ganz am Anfang steht eine Selbstbewertung. Das ist eigentlich ein wichtiger Schritt, das darf man nicht unterschätzen. Ich kriege einen Katalog mit Fragen und muss mich plötzlich mit meinen eigenen Strukturen und Prozessen auseinandersetzen. Also man muss sich reflektieren, das ist immer so mein erster Impuls zu sagen, diese Reflektion setzt eigentlich den Prozess des Peer Reviews in Gang. Dann kommt dieser Besuch wie beschrieben. Man setzt sich mit der Selbstbewertung auseinander, schaut ob das realistisch ist, was in Besuchsbewertung steht, macht den Besuch auf der Station mit der Prüfung der Indikatoren. Und dann geht eigentlich das Peer Review in seine entscheidende Phase, weil dann kommt dieser kollegiale Dialog auf Augenhöhe. So ist das Element benannt, in der dann tatsächlich die ganzen Punkte, die sich gezeigt haben. Das kann Best Practice genauso sein wie Dinge, die einfach nicht gut laufen, wo man schon das Gefühl hat der Prozess ist verbesserungsfähig, dass man das adressiert und anspricht und sich dann darauf einigt, was in diesem Peer-Review-Bericht, der dann tatsächlich am Ende herauskommen soll, steht. Und auch ein wichtiges Element, das auch von Anfang an mit drin steht, ist eine sogenannte SWOT-Analyse, also Stärken, Schwächen, Risiken und Chancen-Bewertung, in der man so kurz und auch mittelfristig und auch langfristige Entwicklungsmöglichkeiten aufzeigt, die ganz entscheidend sind, um jetzt auch kurz und mittelfristig Maßnahmen zu definieren, die man dann vielleicht für sich selbst anstrebt.



SK:

Dann bleiben wir so ein bisschen in der Historie, wie entstand die Idee Peer-Review-Verfahren in der Intensivmedizin zu etablieren?

OK:

Das ist natürlich, also wenn man es genau betrachtet, ist es ja sowieso schwierig Qualität in der Medizin per se zu messen. Jetzt muss man sich ja vorstellen, Intensivmedizin ist ein hochinteraktiver, sehr komplexer Behandlungsprozess. Und es ist sehr unwahrscheinlich, dass man mit einer oder zwei sagen wir mal Ergebniskennzahlen, wenn jetzt in der externen Qualitätssicherung ableitet, gute Qualität nachhalten kann oder nachvollziehen und dann letztlich auch nur durch sagen wir durch Aufrechterhaltung eines bestimmten Wertes quasi beweisen oder belegen kann. Also, macht es total viel Sinn in Vor-Ort-Besuchen sich das ganzheitlich anzusehen. Das ist eigentlich die Idee dahinter. Wenn man eben sagt, es macht überhaupt keinen Sinn Sterblichkeitsdaten zu überwachen. Das kann natürlich intern sinnvoll sein, einfach um zu schauen, ob man da sein, üblichen Standard beibehält der muss ja auch nicht gut sein. Das ist ja noch mal ein anderes Thema, aber es macht viel mehr Sinn quasi zu schauen, wie ich sag mal, läuft der Laden so platt kann man das vielleicht nennen. Und das ist, glaube ich, die effizienteste Art und Weise, wie man Qualität überwachen/Qualitätssicherung in dem Bereich durchführen kann. Und das ist auch der Grund, was wir in komplexen Bereichen eigentlich ganzheitlichere Überwachung brauchen. Also, das ist, glaube ich, die Philosophie dahinter.

SK:

Und können Sie auch sagen, wer daran beteiligt war, also welche Berufsgruppen, man spricht ja immer von Interdisziplinär, Multidisziplinär und auch, warum eigentlich die Intensivstation?

OK:

Intensivstation ist nicht nur hochkomplex, sie ist auch ein bisschen gefährlicher, als viele andere Bereiche im Krankenhaus muss man sagen, eben wegen der vielen invasiven komplexen Prozeduren, die da ständig durchgeführt werden. Das ist das eine. Da bot es sich quasi auch an. Und man glaube jeder, der Intensivmedizin macht, weiß es gibt immer irgendwelche Schwächen in irgendwelchen Bereichen etwas, was man vielleicht nicht so gut kann. Da hinzukommen, dass man die reflektiert und vielleicht auch einen Ratschlag, wie man das besser machen kann, das ist eigentlich das Ziel. Die Beteiligten, das ist glaube ich noch mal entscheidend und unterscheidet sich auch von dadurch von anderen Qualitätssicherungsverfahren, weil es so grundsätzlich Interprofessionell gedacht ist. Weil Ärzte und Ärztinnen und Ärzte auf der Intensivstation haben eine andere Wahrnehmung vielleicht auch eine andere Perspektive zu der Art, wie sie behandeln, was sie behandeln versus Pflegende haben ihre eigene Perspektive was sie behandeln, wie sie behandeln. Und die voneinander abzukoppeln und sozusagen die Perspektiven mehr oder weniger getrennt zu betrachten und die werden getrennt auch die Qualität zu überwachen oder zu evaluieren besser gesagt, das ist total sinnlos. Deswegen war es von Anfang an klar, das geht nur auf diesem Wege, dass man interprofessionell arbeitet. Interdisziplinär liegt ebenfalls nahe. Es ist total sinnvoll, wenn auch mal ein Internist, ein internistischer Intensivmediziner oder Intensivmedizinerinnen auf einer operativen Intensivstation Peer Review macht. Das ist einfach, weil die Perspektive anders ist und das ist immer wertvoll, einen anderen Blickwinkel mal für die eigene Arbeit zu erleben.

SK:

Okay, wenn wir jetzt von 2010 zu heute betrachten das Peer Review betrachten, wie hat sich das Peer Review weiterentwickelt und wo steht das heute?



OK:

Weiterentwickelt, das habe ich ja schon gesagt, das ist schon relativ konstant, was wir die über viele Jahre gemacht haben, ist versucht, vor allem die, die sagen wir quälenden Sitzungselemente zu verkürzen. Also dadurch, dass man zum Beispiel diesen Fragen-Katalog am Anfang immer wieder überarbeitet hat und gesagt hat, müssen wir das jetzt fragen, es ist eh gesetzliche Vorschrift, macht es eigentlich keinen Sinn jetzt hier für eine spezielle Struktur eine Abfrage zu starten, dahingehend wurde entwickelt. Natürlich haben wir versucht, das Verfahren attraktiver zu machen. Also die Menge der Peer Reviews zu steigern durch Schulungen etc. von Peers und

auch immer wieder Werbung zu machen durch Artikelveröffentlichungen diesbezüglich. Die Grenze ist eigentlich, die der Willen der Menschen sich quasi aufzuraffen das Verfahren mal durchzuführen. Die Vorteile liegen auf der Hand, das kann ich gleich nochmal sagen. Es hat sich immer so entwickelt, dass die Kosten zum Beispiel im Vergleich zu einem externen Audit verschwindend klein sind, weil man tatsächlich nur falls der Review von etwas weiter herkommt mal Kost und Logis auslegen muss seitens des Krankenhauses. Was man kriegt, ist eine gute Kommunikationsberatung, man krieg einen guten Einblick in die eigenen Prozesse und paar gute Ratschläge und vielleicht nimmt auch jemanden, paar tolle Ideen einfach mal mit und man verbreitet seine eigene tolle Idee ohne Aufwand. Das ist ja auch vielleicht gar nicht so schlecht. Was sich immer weiterentwickelt hat, sind die DIVI Qualitätsindikatoren, das hatte ich ja schon erwähnt. Wir sind in der 5. quasi in der 5. Version jetzt in diesem Jahr werden wir die publizieren. Das heißt, das war immer ein Motor auch das Peer Review für die Änderung der Qualitätsindikatoren, weil man natürlich im Rahmen der Peer Reviews die Prozesse wahrnimmt und man sich dann in der Steuerungsgruppe-Sitzung, austauscht darüber wo sind denn im Moment die Haken, wo kann man feststellen, sind Prozesse nicht 100 % nicht gut oder sind Verbesserungspotenziale, wie man das so schön sagt sichtbar, wie können wir die versuchen in den Indikatoren auch widerzuspiegeln. Heute steht es, wie gesagt, mitbedingt durch die Pandemie und die große Schwierigkeit sich nicht gegenseitig besuchen zu können, ein bisschen, ich sag nicht wieder am Startpunkt, aber es gab doch dahingehend einen gewissen Rückwärts-Trend, einfach dadurch, dass die Zahlen sich nicht wesentlich steigern. Wir sehen gewissen Aufruck. Also ich habe natürlich mehr über Blick über das Land Berlin. Da sehen wir schon eine gewisse Ausweitung gelegentlich wieder der Verfahren, also wir sind jetzt von einem sehr niedrig einstelligen Betrag auf einen mittleren einstelligen Betrag im letzten Jahr gestiegen, was sicherlich sehr gut ist. Es gibt leider noch immer einige Blindspots in der Republik. Ganz klar, es gibt einige Bundesländer in denen sich die Landesärztekammer sich zum Beispiel für das Verfahren nicht erwärmen können. Dar hoffen wir stark, dass zum Beispiel die Bundesärztekammer, da gibt es das Dezernat 3, dass die versuchen, sagen wir mal, auch immer wiederkehrenden Austausch versuchen, dafür auch ein bisschen Werbung zu machen. Und wenn von der Bundesärztekammer spricht, die Bundesärztekammer hat ein neues Curriculum publiziert, das Verfahren explizit auch vom ärztlichen Peer Review, ich sag mal, erweitert hin zum Peer Review in der Medizin, somit auch die Interprofessionalität so ein bisschen festgeschrieben, was sich ein guter Entwicklungsschritt auch für das Verfahren ist. Und ich hoffe, dass daraus sich so eine gewisse Dynamik auch wieder ableiten lässt für eine Verbreitung des Verfahrens. Weil ich genuin glaube, dass es eine der effizientesten Möglichkeiten, wie heißt es im Curriculum so schön auch für die Qualitätskultur in einer Einrichtung, einen starken Impuls zu setzen, weil ich glaube, das ist eine der wirklichen Stärken des Verfahrens. Dadurch dass man in einem fairen Austausch über Defizite, über Potenziale spricht, einfach viel mehr bewegt, als wenn man sagt, du, du, das hat nicht gut geklappt, oder hier machst du nur Unsinn, das ist glaube ich, die deutlich effizientere Möglichkeit, solche Qualitätsverbesserungen anzustoßen.



SK:

Das ist quasi der Critical Friend?

OK:

Das ist quasi der neue, so steht es tatsächlich in dem neuen Curriculum der Bundesärztekammer drin und ich glaube, das ist auch so eine sehr gute und intelligente Beschreibung. Also ich habe viele Schulungen für Peers auch gemacht mit einem Kommunikationstrainer zusammen. Und das ist immer wieder eine, eine, eine, eine wirklich gute Erfahrung zu sehen, wie sich die, die, die sich die Teilnehmer an den Schulungen in diesen Rollenspielen für viele Menschen so ein bisschen Fremdscham auch beinhalten können, wie die sich da öffnen und sehen können, Ah, durch gute interne Kommunikationsskills kann man tatsächlich sich auch, kann man beitragen dazu, dass jemand, den man besucht, sich verbessern kann, einfach nur durch die Tatsache, dass man weiß, wie man mit denen reden muss. Und das ist glaube ich auch eine Stärke, die vor allem, die ausgebildeten Peers für sich selber nutzen können, auch außerhalb von dem Peer Review, ganz klar.

SK:

Mhm. Dann abschließend die Frage, was würden Sie sich für das Peer-Review-Verfahren wünschen?

OK:

Ja, das ist jetzt jetzt der wundeste Punkt, wenn man so will, wir haben tatsächlich ja immer wieder das Thema, das die Verbreitung und die Freiwilligkeit ein großes Erschwernis sind und das Verfahren wirklich in den, in so einer Art, ja, in so ein Selbstläufer zu transzendieren, will ich mal sagen, das macht leider, dass die, wie ich schon gesagt, dass die Freiwilligkeit zur Achilles-Ferse. Ja, wir haben verschiedene Ideen gehabt, wie man versuchen kann, dass das Peer-Review-Verfahren, ich sag mal nicht mandatorisch zu machen, aber das man das sozusagen als, als, ich sag mal, Baustein für bestimmte, ich sag mal, Weiterbildungsermächtigungen, war einmal Thema, dann ist natürlich ein schwieriges Problem, ist uns auch bewusst. Natürlich könnte man sich vorstellen, dass auch in der Zukunft politisch, die Intensivmedizin weiter in den Fokus rückt und dass man eben sagt, externe Qualitätssicherung muss das beinhalten, was sind geeignete Möglichkeiten, externe Qualitätssicherung zumindest, dass man sich damit beschäftigt, nachzuhalten und da kann es natürlich sein, dass ein irgendwie geartetes Peer-Review-Verfahren, zum Beispiel, eine Rolle spielen kann. Ich finde das durchaus wünschenswert, weil ich glaube, das profitieren einfach vor allem die Stationen davon. Das ist so ein Tag, an dem man sich mal ein bisschen mit sich selbst beschäftigen muss oder vorher und ein bisschen nachher, aber das ist es auf jeden Fall wert. Und mein Wunsch wäre natürlich das alle sich freiwillig dran beteiligen, das ist gar keine Frage, aber wenn man sich ein kleines bisschen stupst, könnte das fänd ich auch nicht schlecht ehrlich gesagt. Und was ich mir auch wünschen würde, ist, dass die Möglichkeit, zum Beispiel auch die Qualitätsindikatoren anders zu nutzen, also aus eigenständiger Kraft zum Beispiel aus elektronischen Patienteninformationssystemen Daten zu gewinnen, die man selber für sich nutzen kann, dass das auch für vielleicht als Trigger genutzt werden kann, würde man natürlich wieder in so eine Tracer Richtung kommen, aber das wäre glaube ich, trotzdem keine schlechte Möglichkeit, das Verfahren weiter zu verbreiten.

SK:

Oder Sie sagten mal bei einer Visite oder so, dass man sich auch die Qualitätsindikatoren nutzen oder für die tägliche Visite.



OK:

Zum Beispiel, also auch das kann man machen, das kann man tatsächlich mit Strichlisten machen. Also da muss man sich jetzt gar nicht so sehr mit irgendwelchen elektronischen Daten, einer Datenerfassung beschäftigen, das kann man tatsächlich einmal im Monat machen, das ist jetzt nicht sehr kompliziert. Wir machen in unserer Klinik das seit Jahrzehnten, weil wir halt seit Jahrzehnten PDMS-Systeme haben und es immer daran gelegen ist, zumindest Teile dieser Indikatoren zu überprüfen, aber es ist jetzt auch kein Hexenwerk, wenn man ganz ehrlich ist. Die Indikatoren sind manchmal ein bisschen sperrig, weil sie auch eher ganzheitlich Fragen stellen, also, ist das gut dokumentiert und ist das richtige Anti-Infektivum rechtzeitig gegeben worden. Das ist was, was sie elektronisch wahnsinnig schlecht messen können, es geht, aber es ist schwierig. Mit einer Strichliste, wenn sie das einmal angeschaut haben können, sie das für sich schon reflektieren und entscheiden ob das gut oder mittelgut war.

SK:

Okay, dann vielen Dank, dass sie sich die Zeit genommen haben und alle unsere oder meine und Fragen beantwortet haben.

OK:

Sehr sehr gerne.

SK:

Ja, dann würde ich sagen, bis bald oder?

OK:

Ja, ich hoffe auch. Ja, danke. Ein neuer Podcast mit den neuen Indikatoren.

SK:

Die kommen mit Sicherheit. Dankeschön, Herr Dr. Kumpf.

Sicher ist sicher - der Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen. Peer Review in der Medizin – Eine Chance für die Patientensicherheit. Ein Podcast in vier Teilen.

SN:

Der Podcast wird in Teil 2: Weiterentwicklung des Verfahrens fortgesetzt.

Teil 2: "Weiterentwicklung des Verfahrens"

SK:

Sicher ist sicher - der Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen. Peer Review in der Medizin – Eine Chance für die Patientensicherheit. Ein Podcast in vier Teilen.

SN:

Teil 2: Weiterentwicklung des Verfahrens.

SK:

Wir haben nun einiges über die Grundbausteine und Entwicklungsursprünge des Peer Reviews erfahren. Aber wie schon gesagt, ist das Peer Review ein lernendes Verfahren und somit schritt die Weiterentwicklung kontinuierlich voran.



SN:

Bereits seit den Anfängen begannen die Landesärztekammern damit, sich regelmäßig untereinander auszutauschen. So wurde seitens Bundesärztekammer 2012 ein solches Austauschtreffen ins Leben gerufen. Hier trafen sich alle interessierten Kammern und behandelten gemeinsam das Thema Peer Review. Man tauschte sich zu der Umsetzung des Verfahrens in den einzelnen Kammern aus und vor allem auch, welche Verfahren in welchen Fachgebieten entwickelt, umgesetzt oder geplant wurden. Daraus entstanden beispielsweise auch Kooperationen sowie auch der Austausch von Peers über Kammergrenzen hinweg.

Auch die Evaluation des Peer Review war schon immer und ist auch weiterhin ein wichtiger Bestandteil der Weiterentwicklung des Verfahrens. In der Regel beantworten die besuchten

Einrichtungen Fragebögen unmittelbar und 6 Monate nach dem Peer-Review-Tag. Von Interesse ist zum einen, wie die Umsetzung des Peer Reviews empfunden wurde und nach 6 Monaten, ob gemeinsam erarbeitete Verbesserungsvorschläge zur Umsetzung gekommen sind. Die Ergebnisse wurden in den 2010er Jahren auf der BÄK-Ebene anonym zusammengetragen und konnten zeigen, dass die Personen, die an einem Peer Review teilgenommen haben, sehr zufrieden waren, konstruktive Ergebnisse für sich mitnehmen und umsetzen konnten. Das Verfahren stieß und stößt bei denen, die bereits aktiv daran beteiligt waren, grundsätzlich auf großen Zuspruch.

SK:

Gegen Ende der 2010er-Jahre ging die Nachfrage nach der Umsetzung an Peer-Review-Verfahren in einigen Kammern zurück. Spätestens die Corona-Pandemie machte den Vor-Ort-Besuchen einen Strich durch die Rechnung – und alternative Umsetzungen waren so gut wie unmöglich. Doch nach Corona war die Zeit für eine Reaktivierung. Der Leitfadens und das Curriculum aus dem Jahr 2013 sollten überarbeitet werden. Die Aktualisierung startete mit einer Arbeitsgruppe im März 2023 und mündete im vergangenen Jahr, also 2025, in überarbeiteten Dokumenten und einem teilweise „Neustart“ des Peer Review der Landesärztekammern.

SN:

Neben der bei der Bundesärztekammer etablierten Gruppe aus Kolleginnen und Kollegen der Landesärztekammern, die sich mit dem Peer Review in der Medizin befassen, gibt es inhaltlich übergeordnet die Ständige Kommission Qualitätssicherung bei der Bundesärztekammer. Hier sind alle Ärztekammern vertreten. Sie befasst sich mit den verschiedenen Aspekten und Themen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Den Vorsitz hier haben Frau Dr. Susanne Johna und Herr Dr. Hans-Jörg Bittrich inne.

Herr Dr. Bittrich hat mit uns über die Bedeutung von Peer Review aus Sicht der BÄK gesprochen. Er gibt uns einen greifbaren Eindruck von den wichtigsten Elementen beim Peer Review in der Medizin, betont die Bedeutung der Qualitätskultur und teilt mit uns auch seine persönlichen Erfahrungen.

Herr Dr. Hans-Jörg Bittrich ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin. Neben seiner Tätigkeit als leitender Oberarzt im Klinikum Erfurt, ist er seit 2023 Präsident der Landesärztekammer Thüringen und somit auch im Vorstand der Bundesärztekammer vertreten. Außerdem ist er neben Frau Dr. Susanne Johna Vorsitzender des Ausschusses Qualitätssicherung und Patientensicherheit, sowie der ständigen Konferenz Qualitätssicherung der Bundesärztekammer.

Lieber Herr Dr. Bittrich, herzlich willkommen und herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für uns nehmen.



Dr. Hans-Jörg Bitttrich (HJB):

Aber gerne.

SN:

Welche Rolle spielt das Peer-Review-Verfahren für die Bundesärztekammer?

HJB:

In der Ärzteschaft sind ja schon seit über 25 Jahren immer wieder neue Verfahren zur Qualitätssicherung entwickelt worden. Das hat damit zu tun, dass die sozusagen eine intrinsische Motivation bei Ärzten gibt, möglichst gute Behandlungsqualität abzuliefern. Diesen auf diesen Weg ist auch das Peer Review entstanden und das zeichnet sich aber durch große Besonderheiten aus, die bisher nicht vom gesetzgeberischen Qualitätssicherungsverfahren übernommen worden sind. Ich möchte kurz auf diese Besonderheiten eingehen, die zeigen dann zugleich, warum das für die Bundesärztekammer auch so wichtig ist. Die Ziele sind kurz formuliert, die Versorgungsqualität zu steigern. Das ist ein Ziel, das stimmt auch mit anderen gesetzgeberischen Qualitätssicherungsverfahren überein. Ein weiteres Ziel ist es, die Qualitätskultur in der Organisationseinheit zu stärken. Das ist wiederum ein großer Unterschied zu allen anderen Verfahren. Hier wird also keine Qualität, kein Qualitätsbericht erstellt, keine Hochglanzbroschüre erstellt als Qualitätsbericht, sondern es wird nach Verbesserungspotenzial gesucht und gemeinsam nach Regeln gesucht dieses Verbesserungspotenzial aufzuheben. Das heißt, das ist ein aktiver Prozess der Qualitätsverbesserung und nicht nur ein beschreibender Prozess. Und drittens, dass ist ein Anliegen der Bundesärztekammer. Wir wollen natürlich mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln die Patientensicherheit stärken. Und womit stärkt man die am besten, wenn man in den Strukturen pro Einrichtung mit offenen Augen als interner Peer und als externer Peer durchläuft und die Stellen herausucht an denen die Patientensicherheit vielleicht noch nicht vollständig da ist.

SN:

Und sehen Sie Vorteile beim Peer Review im Vergleich zu anderen klassischen Instrumenten der Qualitätssicherung bzw. der Qualitätsförderung, wie jetzt zum Beispiel klassische Audits?

HJB:

Ja, also bisherige Qualitätssicherungsverfahren sind so aufgebaut, dass sie messen, dokumentieren, teilweise auch kontrollieren. Also wenn Sie die Audits ansprechen, die kontrollieren ja auch Strukturqualitätsvorgang zum Beispiel, die es besteht aber ein großes Missverhältnis, zwischen Dokumentationsaufwand und dem Nutzen dieser Qualitätsverbesserungsmaßnahmen. Die Frage ist ja natürlich wissen wir, dass, wenn sie gewisse Strukturqualitätskriterien auch erfüllen, dass sie dann auch die Chance haben Qualität abzuliefern. Die Frage ist nur der menschliche Faktor geht in den Strukturqualitätsdingen eigentlich nur als Personalzahlen mit ein. Beim Peer Review ist es so, dass wir der Meinung sind, dass Messen, Dokumentieren und Kontrollieren alleine nicht reicht, sondern wir möchten, die dieses ärztliche Selbstverständnis gute Qualität zu liefern und die ich würde mal sagen, intrinsische Motivation der Pflegenden zu nutzen und zu fördern. Das stellt zugleich eine Besonderheit dar, unsere qualitätsverbessernden Maßnahmen im Peer Review beziehen sich ja nicht ausschließlich auf einen Behandlungsfall auf dem ganz viele Qualitätssicherungssysteme bisher abzielen, sondern es bezieht sich auf die Struktureinheit und auf die da vorherrschenden Handlungsrouninen. Es wird also ein umfassendes, eine umfassende Charakterisierung der Organisationseinheit und ihre, wie die Leute dort handeln vorgenommen. Und das betrifft eben nicht nur die Ärzte, sondern alle anderen Mitarbeiter dieser Organisationseinheit genauso. Und damit wird letztendlich die Qualitätskultur in dieser Einheit auch gestärkt. Die Qualitätskultur ist in unseren Augen sehr wichtig. Wir wissen, dass also in



Struktureinheiten in denen eine hohe Aufmerksamkeit, eine hohe Wachsamkeit besteht für gute Versorgungsqualität, dass da auch die Patienten gut aufgehoben und sicher sind. Und durch das Peer-Review-Verfahren wird, werden diese Qualitätskultur also aktiv ermöglicht und gefördert und auch gemeinsam umgesetzt. Auch dieser gemeinsamen Umsetzung, also gemeinsam bedeutet nicht nur zwischen Kontrolleuren und wir nennen die interne Peers auf den Stationen, sondern eben auch gemeinsam in dem Team der Station mit all denen die da beteiligt sind.

SN:

Vielleicht darf ich eine Frage nochmal kurz einschieben zu dem Begriff Qualitätskultur. Sie haben den ja gerade nochmal ein bisschen erläutert, aber kann man da vielleicht nochmal ein bisschen kurz näher drauf eingehen, was genau bedeutet Qualitätskultur für eine Einrichtung?

HJB:

Für die Einrichtung selber sehen wir immer, dass am nach einem gewissen Zeitraum, das ist häufig am Jahresende Qualitätsziele abgefragt werden. Und dann häufig als Hochglanzbroschüre ein Bericht erstellt wird, wie gut die einzelnen Organisationseinheiten sind. Also es gibt dann in der Regel Berichte von Krankenhäusern oder von Krankenhausgesellschaften oder von Ländern. Diese Berichte sind so eine Art Rechenschaftslegung. Die sagen jetzt noch nichts darüber aus, wie es denn in den einzelnen Organisationseinheiten wirklich aussieht. Und das ist das, was wir mit der Qualitätskultur meinen, es geht darum, dass ja Ärzte, Pflegende, aber auch alle anderen, die auf der Station mitarbeiten, diese innere Einstellung haben, dass sie in ihrer Arbeit gute Ergebnisse erbringen wollen. Also hohe Versorgungsqualität abliefern wollen. Und das betrifft sowohl die Strukturen als auch die Prozesse und als auch die Ergebnisse. Und diese Qualitätskultur, die wird in diesen Hochglanzbroschüren quasi nicht erfasst, sondern die kann nur auf dieser unteren Organisationsebene entstehen, wenn man dort zeigt, erst mal wir wollen gute Qualität liefern. Und zweitens wie ist das möglich, dass wir gute Qualität liefern und das gehört natürlich dazu auch zu sagen oder zu reevaluieren, haben wir gute Qualität auch geliefert. Ja, der Begriff der Qualitätskultur ist schon ein sehr entscheidender in meinen Augen, weil wir wissen, dass in solchen Struktureinheiten auf denen man besonders sorgsam mit allen Dingen, die Patientenversorgung angehen, umgeht. Also nach all den Dingen vorausschauend guckt, die passieren können, der Patient besonders sicher ist und deshalb bestehen wir ja sehr auf Förderung der Qualitätskultur. Man muss dazu sagen, dass wenn wir Prozesse der Qualitätssicherung des Gesetzgebers sehen, dann haben diese häufig, sehen diese häufig Sanktionsmöglichkeiten vor. Und Sanktionsmöglichkeiten ist etwas, was den diesen Prozess der Qualitätskultur, die ja auch zukünftig Qualität bringen soll eigentlich zerstört. Und das ist was, was wir nicht wollen. Wir wollen das in dem Bereich, wo der Patient versorgt wird, eine gute Einstellung zur Schaffung guter Versorgungsqualität herrscht.

SN:

Ja, und das, was sie sagen, ist ja im Prinzip auch schon, dazu passt glaube ich die nächste Frage ganz gut, wenn man es nochmal so ein bisschen ja allgemeiner drauf schaut, was ergibt sich daraus, welche Bedeutung oder welche Chance hat das Peer Review für die Patientensicherheit?

HJB:

Eine ganz entscheidende Meinung meiner Meinung nach, vielleicht kann ich in dem Zusammenhang mal kurz diesen Prozess des Peer Reviews erwähnen.



SN:

Gerne.

HJB:

Weil der auf die, weil der uns zeigt, wie er auf die Erbringung der Qualität und auf die Patientensicherheit wirkt. Also. Wir nennen das interne Peers. Das sind also Mitarbeitende der Station. In der Regel ein Arzt, eine Schwester und ein/eine aus einem Bereich der Versorgung etc. Die gucken sich nach einer Anleitung, dem sogenannten Selbstbewertungsbogen, ihre eigene Station an und finden zwei Dinge erst mal. Finden sie oh unsere Station entspricht ja komplett unseren Vorstellungen von guter Qualität. Das kommt übrigens ganz selten vor. Sondern sie finden anhand des Selbstbewertungsbogens schon, hmm das hier sind ja schon Dinge, die machen wir ja doch ein bisschen anders und guck mal das fehlt bei uns. Also dieser interne Prozess der Selbstbewertung ist schon der erste Punkt, wo eventuelle Klippen, die bei der Patientenversorgung

wichtig sind schon mal gefunden und damit auch zukünftig beseitigt werden können. Dazu kommt, wir nennen das die externen Peers. Also die externen Peers sind wieder Ärzte und Pflegenden aus dem gleichen Bereich aus einer gleich gearteten Station, die die gleiche Arbeit quasi machen, die aber durch eine Schulung eine Peer-Review-Schulung geschult sind und jetzt mit ihrem Blick von ihrer eigenen Station, quasi aus Extern, nochmal über die Station schauen, dort beobachten, dort die Kolleginnen und Kollegen befragen und auch Unterlagen sichten und damit eine sogenannte Fremdbewertung vornehmen. Und bei der Fremdbewertung ist es wieder so, dass Dinge auftauchen, wo man aufmerkt, wo man schluckt und wo man feststellt, oh das machen wir ja in unserem Haus ganz anders, guck mal wie die das hier machen und oh das würde ich sagen das fehlt, das ist nicht okay. Und dann treffen die sich alle zusammen, also die Internen und die Externen und dann sprechen die miteinander. Und das ist, das ist eigentlich der, der eigentliche Höhepunkt dieses ganzen Verfahrens, weil die internen sind froh, dass sie was gefunden haben, was sie verbessern wollen und die internen sagen, aha, wenn sie etwas neues hören, was ihnen im Haus noch nie eine Rolle gespielt hat. Und bei den Externen ist das übrigens genauso, denn die Externen nehmen das auch mit nach Hause und sagen passt mal auf, da in dieser Klinik C, da habe ich gesehen wie die das machen, lasst uns das mal in Zukunft auch so machen. Und dieser, diese kommunikative Validierung, das ist der eigentliche Höhepunkt dieses, dieses Peer-Review-Verfahrens. Und das auch wenn die Beurteilung der Station nach dem Selbstbewertungsbogen ein bisschen aufwendig ist und man da ein bisschen, also man braucht da ein bisschen Zeit für, man hat da ein bisschen Sorgen und man sagt sich, muss ich das jetzt machen. Dann ist spätestens in dem Augenblick, wo beide Peer-Gruppen miteinander sprechen, ein wirklich, ein Erlebnis für beide beteiligten Seiten, wo beide sagen, oh das war jetzt gut, dass wir das gemacht haben. Und daraus entsteht so der Schwung, die aufgedeckten Dinge, die zu verbessern sind auch wirklich zu verbessern.

SN:

Vielen Dank. Und mal einen kurzen Blick auf die Aktualisierung des Curriculums und des Leitfadens. Ursprünglich hieß das Verfahren ja ärztliches Peer Review. Durch die Aktualisierung durch die Arbeitsgruppe in der Bundesärztekammer ist der Name ja geändert worden in Peer Review in der Medizin. Was bedeutet das aus Ihrer Sicht für das Verfahren?

HJB:

Ja, also das ärztliche Peer Review ist natürlich schon sehr alt. Und wir haben ja häufig diese Peer-Review-Verfahren im auf Intensivstationen durchgeführt. Also in Bereichen und auch in der Anästhesie durchgeführt, zum Beispiel in Bereichen, wo es schon eine sehr enge



Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Pflegenden gab. Und eigentlich wissen wir schon seit langer Zeit, dass es nicht nur, also das nicht nur die Ärzte isoliert eine Qualität im Krankenhaus sichern, sondern das immer ein Team beteiligt ist. Und dieses Team besteht nicht mal nur aus Ärzten und Pflegenden, sondern zum Team gehören heute auch ganz viele andere, Physiotherapeuten, Psychotherapeuten etc. Ich möchte jetzt da keine Aufzählung machen, da vergess ich da nur einen, die Aufzählung wird möglicherweise sehr lang. Und deshalb wurde es Zeit, dieses Peer Review von begrifflich von diesen Ärzten zu trennen, sondern Peer Review in der Medizin zu nennen. Und hier ist diese Besonderheit, dass wir wirklich Wert legen auf die Potenziale und die Umsetzungsmöglichkeiten in der Organisationseinheit. Und zu dieser Organisationseinheit gehören natürlich alle die dazu beitragen, also alle die da arbeiten. Deshalb Peer Review in der Medizin, das ist im Prinzip so eine Art ganzheitliches Vorgehen, könnte man so sagen, ja. Es wurde also Zeit, dass sich auch der Name vom Peer Review, vom ärztlichen Peer Review in Peer Review in der Medizin geändert hat.

SN:

Haben Sie eigentlich persönliche Erfahrungen mit Peer Review als Arzt?

HJB:

Wir haben in Thüringen hier Peer Review gemacht in der Intensivtherapie, in der Anästhesie. Und ich bin ja Neonatologe und Intensivmediziner. Wir haben auch in der Neonatologie hier in Thüringen zwischen sogenannten Level-1 Perinatal-Zentren, Peer-Review-Verfahren durchgeführt. Und davon möchte ich vielleicht kurz berichten, weil das sehr interessant war.

SN:

Sehr gerne.

HJB:

Man wird so, wenn man also in der Klinik, in der fremden Klinik, sag ich mal, ankommt, wird man so ein bisschen angesehen, als ob jetzt kommt da ein externer Kontrolleur. Aber man ist gar kein externer Kontrolleur, sondern man ist eigentlich eine Kollegin oder ein Kollege aus einer anderen Klinik, der genau den gleichen Arbeitsbereich hat. Und dieses, diese Externen, die gucken sich dann die Selbstbewertungsbögen und in dem Krankenhaus auch die Abläufe an. Und schon in den Selbstbewertungsbögen ist es so, dass so Dinge drinstehen, die eigentlich schon völlig veraltet und überholt sind. Und dann treten immer so die Fragen auf, warum ist denn das so und sie können es vielleicht schon vermuten, die typische Antwort ist, dass naja das machen wir schon immer so. Also ich möchte vielleicht mal ein einfaches Beispiel wählen, das vielleicht jeder verstehen kann. Die Beatmungszeiten sind relativ lang und in der Selbstbewertung war schon oft aufgefallen, dass eine Trennung von der invasiven Beatmung nur erfolgte, wenn der Chefarzt persönlich anwesend war. Und das war da so, das war so gelebte Kultur, will ich mal sagen. Und diesen Punkt muss man natürlich hinterfragen, weil die externen Peers sind der Meinung, bei invasiven Beatmungszeiten muss man kurz halten und dazu muss halt die Struktureinheit auch in der Lage sein und dazu ist sie nicht in der Lage, wenn sie sich auf eine einzelne Person konzentriert, die anwesend sein muss, sondern es müssen mehrere sein, die das überwachen und führen können. Und diese Ressource muss man auch schaffen und dann werden die Beatmungszeiten auch heruntergehen, die invasiven Beatmungszeiten. So, so war das Beispiel. Und worauf ich aber hinaus wollte, ist, dass sich hinterher, nach diesem Gespräch zwischen den Internen und den Externen und in dem Krankenhaus, in dem wir waren, da wars sogar so, dass sich an dem Gespräch freiwillig, also es gab eine Beteiligungswut sozusagen, es haben sich alle, die Zeit hatten, wollten unbedingt zuhören und sich beteiligen. Und das nach dem Gespräch

sich die Mitarbeitenden da sogar bedankt haben. Weil alle gesehen haben, dass ein Fortschritt in die Zukunft geschaffen wurde und alle sofort bereit waren das auch umzusetzen. Diese persönlichen Erfahrungen habe ich noch gemacht, in der Zeitraum, wo wir ärztliches Peer Review gemacht haben. Im ärztlichen Peer Review hat man die Reevaluation noch den Struktureinheiten selber überlassen. Heutzutage würden wir ja da als externe Peers noch ein zweites Mal und das angucken. Also entweder hinfahren oder eine Videokonferenz und würden danach einem Zeit, nachdem ein Zeitraum vergangen ist, uns nochmal angucken, ob denn auch die Umsetzung geklappt hat von dem was wir bei unserem Gespräch während des Peer-Review-Verfahrens festgestellt haben.

SN:

Ja, vielen vielen Dank für das sehr greifbare Beispiel auch. Als letzte Frage sozusagen, haben Sie einen, wenn Sie so in die Zukunft blicken sozusagen, haben Sie einen Wunsch für das Peer-Review-Verfahren?

HJB:

Ja, wir haben, ich habe einen ganz großen Wunsch und der ist ganz schwer zu erfüllen. Wir brauchen Zeit für Peer Review in der Medizin. Peer Review in der Medizin ist zeitintensiv und aufwendig. Die Kammern unterstützen schon mit allen Mitteln solche Peer-Review-Verfahren, aber es muss der Selbstbewertungsbogen ausgefüllt werden, das ist wirklich Arbeit, die dauert schätzungsweise mindestens einen Tag. Es müssen die externen Peers geschult werden, das dauert auch einen Tag. Es muss ein Vor-Ort-Besuch ermöglicht werden und die externen Peers mit den internen zusammen müssen sich die gesamte Station und alle Bereiche anschauen, das können sie auch mit einem Tag rechnen. Und es muss diese, dieses Gespräch geben. Diese Kommunikation, wo darüber gesprochen wird, wie macht ihr das, wie machen wir das, was haben wir Gutes gefunden, was ist verbesserungswürdig. Dafür müssen sie auch nochmal Zeit rechnen. Zum Schluss gibt es noch die Evaluation, vielleicht ein halbes oder dreiviertel Jahr später. Die kann man zwar vielleicht online machen, aber auch das kostet nochmal Zeit. Also Peer Review ist sehr zeitintensiv. Also personell aufwendig. Und wir leben in einer Zeit, wo die Arbeitskraft, eine immer knappere Ressource wird, wo unsere Arbeitsdichte immer mehr komprimiert wird. Und wir finden ehrlich gesagt, immer weniger Zeit Peer Review auch durchzuführen. Und das ist sehr schade. Und also was ich mir wünsche wäre, dass die Träger der Krankenhäuser Zeit miteinander planen in ihr Personalbudget für Peer Review und das geht nur, wenn nicht die Personaldecke schon unterschritten ist. Und dann denke ich auch, wird es gelingen, die Peer Reviews in der Medizin wieder etwas häufiger durchzuführen. Das ist nämlich leider eine Beobachtung, dass es so in den letzten Jahren etwas abgenommen haben. Und der zweite Wunsch dafür ist, neben der Zeit, man braucht natürlich eine, ich sage mal eine Unterstützung von oben. Also von den Vorgesetzten, von der ärztlichen Leitung und der pflegerischen Leitung, aber eben auch von der Geschäftsführung, weil Peer Review erzeugt natürlich auch einen gewissen Kostenaufwand. Die, die externen Peers müssen anreisen und brauchen Zeit, um das durchzuführen. Und das geht nur, wenn wir die entsprechende Unterstützung von der Führung eines Krankenhauses auch haben, das wäre mein zweiter Wunsch. Und dann ist natürlich die Konsequenz aus beiden Wünschen ist, dass mehr Peer Reviews in der Medizin durchgeführt werden. Das wäre der allergrößte Wunsch.

SN:

Wir drücken die Daumen, dass diese in Erfüllung gehen und vielleicht sind ja auch ein paar Zuhörende dabei, die ja lauschen und motiviert und inspiriert werden. Vielen herzlichen Dank Herr



Dr. Bittrich für Ihre Zeit und Ihre Perspektive auf das Peer Review.

HJB:

Ja, das war mir eine Freude und meinen Wunsch geben Sie bitte in aller Ohren weiter. Ich tu meinen Teil auch dazu und wenn wir alle gemeinsam was dafür tun, dann wird's auch so, dass Peer Review in der Medizin uns weiterhin voranbringt. Und uns dazu ertüchtigt gute Qualität bei der Patientenversorgung abzuliefern und eben auch den Patienten in jeder Situation sicher zu betreuen.

SN:

Also, ich würde sagen, wir konnten einen guten und auch greifbaren Eindruck davon erhalten, welche Bedeutung das Peer Review für die BÄK hat und warum sie sich bereits seit mindestens 16 Jahren diesem Thema widmet.

Wir blicken kurz zurück auf das Gespräch mit Herrn Dr. Mischo, von dem wir bereits einiges zu den Anfängen von Peer Review und der Weiterentwicklung hören durften. Im Rahmen der in diesem Gespräch erwähnten Arbeitsgruppe bei der BÄK, deren Vorsitz Herr Dr. Mischo hatte, wurde die Weiterentwicklung auch durch Frau Sonja Barth sehr aktiv mitgestaltet. Sie ist Referentin im Dezernat 3 „Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit“ der Bundesärztekammer und betreute die Arbeitsgruppe, die sich mit der Aktualisierung des Leitfadens und Curriculums befasste. In einem interessanten Gespräch erläutert sie uns, wie es zu der Aktualisierung kam und welche alten und neuen Elemente dabei bedacht wurden, eine neue Gewichtung erhalten haben oder neu integriert wurden. Sie zeigt uns auf, welche Bedeutung das Peer Review für die Qualitätskultur in einer Einrichtung haben kann und auch, welche wissenschaftlichen Aspekte zum Thema Patientensicherheit mit dem Verfahren verknüpft sind.

Frau Sonja Barth ist Referentin im Dezernat 3, Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung und Patientensicherheit der Bundesärztekammer und betreut dort das Thema Peer Review in der Medizin, sowie den damit verknüpften Erfahrungsaustausch zwischen den Landesärztekammern. Ihre Schwerpunktthemen sind außerdem Patientensicherheit und ärztliche Führungskompetenz. Sonja Barth befasst sich seit vielen Jahren mit diesen Themenkomplexen, die enge Bezüge zueinander aufweisen. Sie ist Diplomsoziologin sowie als Integrale Business Coach und Coach für Transformationsprozesse in Organisationen ausgebildet. Liebe Frau Barth, herzlichen Dank, dass Sie sich heute Zeit für uns nehmen.

Sonja Barth (SB):

Ja, hallo. Vielen Dank, ich freue mich sehr.

SN:

Frau Barth, wie kam es zur Aktualisierung des Curriculums und des Leitfadens des ärztlichen Peer Reviews?

SB:

Also das Verfahren ärztliches Peer Review gibt es ja schon eine ganze Zeit. Der Leitfaden und das Curriculum, das dem Verfahren zu Grunde liegt, wurde 2013 und 2014 veröffentlicht. Und sozusagen nach 10 Jahren war es an der Zeit zu gucken, wie hat sich das Verfahren entwickelt, hat sich das Verfahren bewährt, was sagen diejenigen, die Erfahrungen in der Durchführung des Verfahrens haben, müssen wir das Verfahren weiterentwickeln oder was ist zu tun. Deshalb kam es zu dieser Aktualisierung. Dem Vorstand der Bundesärztekammer war sehr daran gelegen tatsächlich nochmal hinzugucken und zu fragen, welchen Mehrwert konkret bringt uns

Ärztinnen und Ärzten das Peer Review? Das alles natürlich vor dem Hintergrund, dass die Medizin sich weiterentwickelt hat. Die Rahmenbedingungen in der Medizin haben sich enorm weiterentwickelt. Und natürlich auch die Qualitätssicherung, also die Anforderungen in der Qualitätssicherung. Wenn man sich vor Augen führt, dass allein vom IQTIG, Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen, jährlich ungefähr 13 Millionen Datensätze verarbeitet werden. Diese Datensätze müssen ja in den Kliniken erfasst werden, das heißt der Aufwand der Qualitätssicherung ist enorm gestiegen. Und da stellt sich dann doch die Frage, was kann zusätzlich vom Peer Review möglicherweise geleistet werden? Lohnt es sich Peer Reviews durchzuführen oder nicht? Das war sozusagen der Impuls, warum man hingeguckt hat und das Peer Review nochmal in die Hand genommen hat.

SN:

Und jetzt ist ja quasi nach der Aktualisierung, so ist die Grundmethode, sag ich mal, vom Peer Review gleichgeblieben. Aber welche neuen Aspekte und Schwerpunkte und Prinzipien sind denn mit dem Peer Review in der Medizin verknüpft? Gibt es da ja bestimmte wichtige neue Aspekte, die sie da hervorheben können?

SB:

Ja, also, vielleicht kann man sagen, also die Ärztekammern, die sich da eingebracht haben in den Aktualisierungsprozess und auch Ärztinnen und Ärzte, die die Bundesärztekammer befragt hat nach dem Mehrwert von Peer Review, da war ganz klar die Aussage, Peer Review setzt in der Praxis an. Peer Review setzt wie kein anderes Verfahren in der Praxis an und hat den Fokus darauf Qualität zu entwickeln und die Beteiligten in den Krankenhäusern zu unterstützen dabei bessere Qualität zu liefern. Das heißt, wir haben geguckt, wie können wir das Verfahren möglichst straff beschreiben, sodass dieser Mehrwert möglichst gut erreicht werden kann. Vielleicht kennen Sie den Vorwurf, Peer Review wird auch immer wieder oder wurde zumindest immer wieder der Vorwurf gemacht, dass es sich dabei um anekdotische Evidenz handelt. Anekdotische Evidenz meint, sozusagen je nachdem welcher Peer da beteiligt ist, kommt ein anderes Ergebnis raus. Das heißt, uns war ganz wichtig, dass wir methodisch auch nochmal nachlegen oder klarer ziehen, wie ist so ein Peer-Review-Verfahren umzusetzen. Das heißt, wir haben die qualitative Methodik, auf der das Verfahren basiert, nochmal konkreter beschrieben. Haben beschrieben, dass es hierbei um eine kollegiale und kommunikative Validierung geht. Das heißt, es gibt einen beschriebenen, klaren Prozess des methodischen Vorgehens, wie das, was beim Peer Review wahrgenommen und festgestellt wird, genau zustande kommt. Das heißt, es geht uns darum wirklich nochmal dar zu legen, nein Peer Review ist keine Methode bei der wir es mit anekdotischer Evidenz zu tun haben, sondern das ist tatsächlich ein klar nachvollziehbares Gegenstands angemessenes Verfahren. Sie haben gefragt nach den neuen Aspekten, was war uns wichtig. Also zum einen kann man sagen, was auch eigentlich ein sehr fröhliches Moment ist, wir haben ein Peer-Review-Logo, also das ärztliche Peer Review heißt ja im aktualisierten Verfahren jetzt Peer Review in der Medizin. Und wir wollten, dass diejenigen, die Peer Reviews durchführen, dieses auch sichtbar machen können. Das heißt, wir haben ein Peer Review in der Medizin-Logo, abgekürzt PRIM-Logo, dass wenn die Phasen des Peer Reviews durchlaufen sind und das Verfahren abgeschlossen ist, dass die Teams in den Häusern damit auch werben können. Das heißt, sie können sich ihr Peer-Review-Logo auf die Homepage setzen, einen Aushang machen, wie auch immer und damit zeigen, wir gehören zur PRIM-Community, sage ich es mal. Das habe ich jetzt eben schon gesagt, wir haben ein Logo und wir haben den Titel verändert. Uns war wichtig zu sagen, nein Peer Review ist nichts, was Ärztinnen und Ärzte allein umsetzen, Ärztinnen und Ärzte machen auch nicht alleine Medizin, sondern es ist immer auch ein Team-Geschehen und so ist es auch beim Peer Review. Beim Peer Review ist es ganz wichtig, dass

unterschiedliche Perspektiven von Berufen, von Beteiligten in das Verfahren miteinfließen. Deshalb heißt das Verfahren jetzt Peer Review in der Medizin, abgekürzt PRiM. Das sind sozusagen eher die äußerlichen Dinge, dass wir die Methoden nochmal klar beschrieben und begründet haben, habe ich auch schon gesagt. Vielleicht inhaltlich mit das Wichtigste, ist, dass Peer Review in der alten Version auf drei Phasen eigentlich in der Durchführung fokussiert hat. Das heißt, Peer Review bestand aus einer ersten Phase der Selbstbewertung. Das heißt Teams gucken sich an, wo stehen wir anhand bestimmter Kriterien und Qualitätsindikatoren. Reflektieren, das ist ein sehr wichtiger Einstiegsprozess. Dann kommt das externe Peer-Team vor Ort ins Haus, hat diese Bewertungen der Teams und macht sich anhand dieser Bewertungen ein eigenes Bild. Das heißt, das ist die zweite Phase des Peer Reviews, die sogenannte Fremdbewertung. In der dritten Phase gibt es dann eine Rückmeldung der externen Peer-Teams an die internen Peer-Teams und jetzt neu haben wir verbindlich festgelegt, dass auch die Phase der Umsetzung, der Maßnahmenempfehlungen, die ja immer Ergebnis eines Peer Reviews sind, dass auch diese Phase der Umsetzung verbindlich zum PRiM-Zyklus gehört. Und daran anknüpfend, abschließend auch eine Phase der Evaluation gehört ganz verbindlich zum PRiM-Verfahren. Also das Verfahren endet nicht nach Phase 3, Rückmeldung ins Haus, auf Wiedersehen, sondern die Arbeit fängt dann nicht erst an, aber die Arbeit geht dann definitiv weiter, indem sich die Teams in den Häusern mit den Maßnahmenempfehlungen befassen und schauen was macht wirklich Sinn, was können wir umsetzen, wie können wir es umsetzen, wen müssen wir einbeziehen. Und bei der letzten Phase, bei der Evaluation, das ist auch ein Reflektionsprozess, da geht es sehr stark auch darum nochmal zu gucken, was hilft uns eigentlich bei der Umsetzung von Maßnahmen. Also was sind förderliche und hinderliche Faktoren, wenn wir Verbesserungen auf den Weg bringen. Das ist auch nochmal, eine neue Dimension in diesem Peer-Review-Verfahren, dass man es auch prozessbezogen und organisationsbezogen sieht, wie kriegen wir insgesamt Qualität vorangebracht und was hilft uns in Organisationen? Das heißt diese fünf Phasen sind jetzt verbindlich für PRiM festgelegt und vorher waren es eben drei Phasen. Und auch erst nach Abschluss dieser fünf Phasen, gibt es die Möglichkeit, dass die Ärztekammer den betreffenden Teams das Logo verleiht.

SN:

Sie sagten, dass jetzt beim Peer Review in der Medizin die Phasen Umsetzung und Evaluation jetzt auch verpflichtend quasi dazu gehören. Was bedeutet das genau für die besuchte Einrichtung?

SB:

Also die besuchte Einrichtung erklärt sich ja freiwillig dazu bereit ein Peer Review durchzuführen. Das heißt die Entscheidung, ob ein Peer Review stattfindet oder nicht trifft allein, zumindest so ist es im Leitfaden der Bundesärztekammer definiert, trifft allein das Team, bei dem dann auch Peer Review in der Einrichtung stattfindet. Und das Peer Review, das PRiM-Verfahren endet nicht mit Erhalt des Berichts der externen Peers, sondern es endet erst wenn eine Phase der Umsetzung angeschlossen hat. Und diese Phase der Umsetzung bedeutet die externen Peers sind nicht mehr vor Ort und dieses Behandlungsteam, was sich für Peer Review entschieden hat, überlegt, prüft und macht sich Gedanken welche Maßnahmenempfehlungen haben wir jetzt aus dem Peer-Review-Verfahren gewonnen und welche Maßnahmen machen tatsächlich in unserer Praxis wie Sinn? Das heißt, das ist, wir nennen es Freiwilligkeit oder besser Selbstverpflichtung als zentrales Prinzip des Peer Reviews. Das heißt sie verpflichten sich mit den Maßnahmen auseinanderzusetzen und zu prüfen welche Maßnahmen sind für uns zielführend. Das heißt es geht nicht darum, dass wenn beim Peer Review fünf Maßnahmenempfehlungen ausgesprochen werden, dass fünf Maßnahmenempfehlungen umzusetzen sind, sondern das

Behandlungsteam selbst muss prüfen und überlegen, welche Maßnahmen sind tatsächlich für uns zielführend und wie setzen wir sie um? Das heißt es geht nicht um eine Kontrolle, Ziel erreicht, nicht erreicht, fünf Maßnahmenempfehlungen sind ausgesprochen worden, fünf müssen umgesetzt werden, sondern es geht immer um das Praxis-angemessene Vorgehen für das Team, dass das Peer-Review angefordert hat und durchführt. Das heißt es geht um die Selbstverpflichtung. Das bedeutet, man kann auch wirklich nicht sagen, nach dem Bericht, so Arbeit ist erledigt, sondern die Befassung mit den Maßnahmen ist elementar und so ist auch die Evaluation zu verstehen. In der Evaluation wird nicht überprüft, 5 von 5 Maßnahmenempfehlungen sind umgesetzt, sondern in der Evaluation kommt zur Sprache, wie ist es uns gelungen uns mit den Maßnahmen auseinanderzusetzen und wie ist es gelungen Verbesserungen auf den Weg zu bringen. Also es ist ein qualitativer Blick darauf und kein Kontroll-Überprüfungs-Zielerreichungs-Blick.

SN:

Ja, vielen Dank die Erläuterung des neuen Peer Reviews sozusagen. Und in dem neuen Leitfaden ist auch erwähnt, dass das Peer Review als qualitätsförderndes Verfahren die Qualitätskultur in einer Einrichtung verbessern kann. Was bedeutet Qualitätskultur aus Ihrer Sicht?

SB:

Ja, Qualitätskultur ist bestimmt ein ganz spannender Begriff, weil er möglicherweise erst mal so klingt, wie wenn man das nicht richtig greifen kann. Und tatsächlich muss man sagen so etwas wie eine Organisationskultur, Qualitätskultur, Patientensicherheitskultur, das ist quasi der Nährboden in Organisationen auf dem gehandelt wird. Also eine Qualitätskultur bedeutet, da geht es darum wie wird im täglichen Miteinander mit Fragen zur Stärkung, Entwicklung und Verbesserung von Qualität umgegangen. Das heißt, das ist die tägliche Praxis, die erlebt wird, wie mit Qualitätsverbesserungsanstrengungen umgegangen wird. Das kann man so in aller Kürze zusammenfassen, das ist, dass ist sozusagen das Band was alles verbindet und das ist auch die tägliche Erfahrungswelt.

SN:

Und wenn man jetzt das Peer Review mit anderen Verfahren oder klassischen Verfahren der Qualitätssicherung bzw. -verbesserung zusammen sieht, welchen Mehrwert hat das PRiM für die Patientensicherheit?

SB:

Wir waren gerade bei der Qualitätskultur und Sie sagen jetzt gerade auch noch Patientensicherheit. Das PRiM-Verfahren adressiert wie kein anderes Qualitätssicherungsverfahren die Qualitätskultur, weil es beim PRiM-Verfahren eben nicht um eine punktuelle Überprüfung geht, sondern beim PRiM-Verfahren, dabei handelt es sich um einen Prozess. Das heißt Kolleginnen und Kollegen kommen in das Haus, es findet ein kollegialer Dialog statt, es werden Dinge angesprochen, es ist ein geschützter Raum, es wird nachgefragt, die externen Kollegen bringen ihre Erfahrungen ein, ihre Expertise ein. Das heißt, das ist ein dialogischer Prozess und eine Praxis sozusagen und nicht ein punktueller Überprüfungsprozess. Das ist ein ganz großer Unterschied wie zu anderen Verfahren. Das es tatsächlich ein Miteinander auf Augenhöhe ist, der auf Qualitätsverbesserung fokussiert und in Bezug auf die Patientensicherheit, das hängt alles sozusagen miteinander zusammen. In der Patientensicherheitsforschung ist ganz klar nachgewiesen, dass Organisationen, die die Expertise und den Dialog nach vorne stellen und nicht Status und Überprüfung, dass die besser sind in der Art und Weise wie sie Patientensicherheitshindernisse bewältigen. Wenn man sich den kollegialen Dialog anguckt, das ist ein grundsätzliches, ein zentrales

Moment im Peer-Review-Verfahren. Der kollegiale Dialog ist letztendlich ein Instrument um die psychologische Sicherheit in Organisationen zu stärken. Psychologische Sicherheit ist auch wieder so ein Stichwort aus der Patientensicherheitsforschung. Damit ist gemeint, das ist eine Kultur, ein Miteinander in dem sich alle Teammitglieder so sicher fühlen, dass sie Fragen, Unsicherheiten, keine Ahnung, neue Aspekte, kritische Aspekte ansprechen können und diese Themen auch besprochen werden können. Das ist sozusagen die psychologische Sicherheit und Peer Review sichert allein von dem wie es methodisch aufgesetzt ist genau diese Aspekte. Vielleicht noch ein letztes zum Thema Patientensicherheit. Mit Peer Review wird es auch ermöglicht positive Dinge zu entdecken. Also in der Patientensicherheitsforschung heißt es Safety-II. Das heißt es geht nicht nur darum, dass externe Kollegen reinkommen, externe Peers und sagen, das und das und das läuft hier möglicherweise nicht optimal, sondern es geht genauso darum zu entdecken, wo läuft denn hier was sehr gut, wo sind denn hier Lösungen gefunden, die möglicherweise andernorts auch hilfreich sein können, wo sind hier Aspekte, die besonders gut gelöst sind. Das ist mit Safety-II gemeint und PRiM ist das einzige Verfahren, dass eben nicht einen einseitigen Blick auf Defizite und auf das, was zu verbessern ist, richtet, sondern tatsächlich auf den Entwicklungsgedanken in beide Richtungen, positiv und auch, wie können wir das Gute, was es zu entdecken gibt weiter nutzen und ausfahren.

SN:

Sehen Sie denn eine mögliche Verknüpfung von PRiM, ja zur externen gesetzlich festgelegten Qualitätssicherung des G-BA?

SB:

Naja, Peer Review als Verfahren ist ja in der DEQS-Richtlinie schon benannt, § 17, da ist benannt, wenn es Qualitätsdefizite gibt, kann man auch als eine mögliche Maßnahme der Bereinigung ein Peer-Review-Verfahren durchführen. Das ist gut, dass es das gibt. Allerdings ist das so wie wir, so wie die Bundesärztekammer Peer Review versteht und PRiM-Verfahren versteht natürlich etwas sehr verkürztes, weil wir nicht Peer Review verstehen als Korrekturmaßnahme, sondern tatsächlich als Qualitätsstärkungsmaßnahme. Und diesen Aspekt, das Peer Review über so ein Korrekturmoment hinausgeht und tatsächlich etwas ist, was die Qualitätskultur insgesamt stärkt, was in die Zukunft gerichtet ist, was Entwicklungspotenziale aufzeigt. Dieses Moment ist in der externen Qualitätssicherung im Moment natürlich noch nicht vorgesehen, aber wir würden uns schon wünschen, dass so ein freiwilliges Verfahren, dass im konkreten Fall deutlich mehr Mehrwert hat als lediglich eine Überprüfung eines Status quo, dass das auch in der gesetzlichen Qualitätssicherung nochmal eine andere Anerkennung kriegt. Das heißt diejenigen, die sich für Peer Review engagieren und das Verfahren durchführen, das ist kein Verfahren, was wie man so schön sagt quick and dirty zu machen ist. Diejenigen die sich dafür einsetzen, die sollten eigentlich auch im Rahmen der externen Qualitätssicherung eine Anerkennung dafür kriegen. So zumindest ist der Ansatz der Bundesärztekammer, dass das eigentlich zu einer Entlastung führen müsste.

SN:

Das ist ja sicherlich schon ein Teil einer möglichen Antwort der Frage, die ich jetzt gleich stelle. Das PRiM ist jetzt erst neu entwickelt worden sozusagen, aber gibt es weitere Aspekte wo sie sagen würden, das hat auch noch Potenzial für, wie das Verfahren sich noch weiterentwickeln könnte?



SB:

Also das ist, glaube ich, etwas was man aus dem Verfahren heraus betrachten muss. Also die Evaluation oder ja die wie wir jetzt die Evaluation konzipiert haben, ist so angelegt, dass diejenigen, die PRiM durchführen, sowohl als interne Behandlungsteams als auch als externe Peers, dass die Hinweise geben im Rahmen der Evaluation, was läuft gut, was läuft nicht so gut, wo muss man das Verfahren möglicherweise nachschärfen, wo muss man es abspecken, wo muss man nochmal genauer hingucken. Also das ist ein Prozess, den ich jetzt noch nicht benennen wollen würde. Wir haben den Leitfaden letztes Jahr veröffentlicht und die Verfahren werden jetzt umgesetzt, von daher würde ich da ehrlich gesagt die Stimme denjenigen lassen, die konkrete Erfahrungen mit den Verfahren machen.

SN:

Und jetzt sind Sie aber dennoch ja sehr nah dran am PRiM. So als letzte Frage, haben Sie einen Wunsch, wenn Sie auf die Zukunft des PRiMs blicken?

SB:

Ob ich einen Wunsch hab weiß ich gar nicht, aber ich hätte, ich hätte sozusagen das Anliegen, dass PRiM tatsächlich Flügel bekommt. Also ich hätte das Anliegen, dass Ärztinnen und Ärzte und Behandlungsteams tatsächlich die Zeit und die Ressourcen eingeräumt werden, dass sie sich diesem Verfahren widmen können, weil das wirklich kein formales, von außen vorgegebenes Verfahren ist, sondern das ist tatsächlich ein Verfahren, was an der ureigenen intrinsischen Motivation der Beteiligten ansetzt. Und dass diese intrinsische Motivation in dieser, dieser doch sehr stressbeladenen Gesundheitsversorgung, dass diese intrinsische Motivation ihren Platz hat und auch gestärkt wird. Ich glaube dafür ist PRiM schon ein Verfahren und das würde ich mir wünschen, dass sozusagen dieses ureigenärztliche medizinische in den Krankenversorgungsprozessen wieder mehr Raum bekommt. Und sozusagen die reine Kontroll-Logik etwas abgelöst wird durch ureigenärztliche Verfahren.

SN:

Das wünschen wir uns mit. Ich danke Ihnen vielmals für Ihre Gedanken und Ihre Sicht und für Ihre Zeit für das Gespräch.

SB:

Ja, ich danke Ihnen. Vielen Dank.

SK:

Sicher ist sicher, der Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen. Peer Review in der Medizin, eine Chance für die Patientensicherheit. Ein Podcast in vier Teilen.

SN:

Der Podcast wird in Teil 3: Hessische Verfahren - Intensivmedizin fortgesetzt.

Teil 3: "Hessische Verfahren - Intensivmedizin"

SK:

Sicher ist sicher - der Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen. Peer Review in der Medizin – Eine Chance für die Patientensicherheit. Ein Podcast in vier Teilen.



SN:

Teil 3: Hessische Verfahren – Intensivmedizin

SK:

Die Landesärztekammer Hessen setzt nach wie vor auf die Umsetzung der intensivmedizinischen Peer Reviews. Sie entwickelt das Verfahren weiter und orientiert sich dabei an den aktualisierten Vorgaben des Leitfadens. Das neue Curriculum spielt vor allem bei der Umsetzung des Qualifikationskurses eine Rolle. In Hessen wird der Kurs „Peer Review in der Medizin“ von der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH angeboten. Der Kurs umfasst die Qualifikation zum externen Peer für alle Verfahren, die in Hessen auf Basis des Leitfadens angeboten werden. Aktuell gibt es drei Peer-Review Verfahren:

Erstens, das intensivmedizinische Verfahren

Zweitens, das der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen – kurz LAGQH, welches den Bereich der Cholezystektomie umfasst

und drittens das Verfahren des Fachverbandes für die Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung.

SN:

Zunächst bleiben wir aber bei dem intensivmedizinischen Verfahren. Hier bieten wir als LÄKH (auf Basis der DIVI-Dokumente) die Organisation für Einrichtungen an, die sich besuchen lassen möchten. Ein jahrelanger Wegbegleiter und Unterstützer war hier Herr Professor Greim aus dem Klinikum Fulda. Seitdem dieser 2023 in den wohlverdienten Ruhestand gegangen ist, sind wir sehr froh über die Unterstützung durch Herrn Professor Mutlak vom Klinikum Offenbach, der neben seiner Tätigkeit als Kursleiter des Peer Review-Qualifikationskurses uns außerdem mit Rat und Tat zur Seite steht und das Verfahren mit vorantreibt. Wir freuen uns, dass auch er sich Zeit genommen hat, mit uns über das Verfahren zu sprechen. Sehr anschaulich und praxisnah vermittelt er die Vorteile des Peer Reviews Intensivmedizin sowohl für die besuchte Einrichtung als auch für die Peers selbst. Auch konnte er uns einen anschaulichen Einblick in das Kurskonzept der Qualifizierung zum Peer geben.

Herr Prof. Dr. Haitham Mutlak ist seit Oktober 2019 Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am Sana Klinikum Offenbach. Bei der Landesärztekammer ist er Prüfer bei den Facharztprüfungen, Leiter des Kurses Peer Review in der Medizin und in der Planung und Umsetzung der Peer Reviews Intensivmedizin in Zusammenarbeit mit der Stabstelle Qualitätssicherung aktiv. Außerdem war er bereits als Peer in mehreren Peer-Reviews dabei und hat auch ein Peer-Review aus seiner Station durchführen lassen. Lieber Herr Professor Mutlak, vielen Dank, dass Sie sich heute Zeit für uns nehmen.

Prof. Dr. med. Haitham Mutlak:

Sehr gerne. Freut mich, dass ich dabei sein darf.

SN:

Wir freuen uns, dass Sie dabei sind. Herr Professor Mutlak, was macht das Peer-Review als qualitätssicherungsfördernde Maßnahme aus Ihrer Sicht so besonders?

HM:

Also Peer-Review selbst ist aus meiner Sicht das Besondere, dass Sie eine kollegiale Perspektive haben, der Grundlage im Endeffekt, die Zusammenarbeit der verschiedenen Perspektiven auf

einer Intensivstation ganz schön beschreibt. Und im Unterschied zu den anderen Maßnahmen der Qualitätssicherung, die eher auf einer Abfrage von Kennzahlen beruht oder einfach SOPs abfragen, ist das etwas, wo das gelebte klinische Bild beziehungsweise die gelebte klinische Perspektive der verschiedenen Berufsgruppen ineinander greift und man im Endeffekt auf der Basis von Qualitätsmerkmalen das Prozedere einer Intensivstation beschreiben kann. Vielleicht kann ich da mal ein Beispiel geben.

SN:

Gerne.

HM:

Jetzt nehmen wir mal zum Beispiel eine M&M-Konferenz. Oder quasi so ein CIRS oder Critical Incident Reporting System. Das sind ja so auch Maßnahmen der Qualitätssicherung, wo halt Einzelfälle oder einzelne Ereignisse im Endeffekt nochmal erarbeitet werden, wo man im Endeffekt schaut, wo hat das Problem gelegen und aus diesen einzelnen, in Anführungsstrichen, Fehlern in der Kausalkette Maßnahmen ableitet. Beim Peer Review hingegen ist es so, dass man nicht den gesamten Prozess von der Aufnahme über die Therapie bis hin zur Entlassung auf Ebene der verschiedenen Berufsgruppen anschaut und mit Fachkollegen, die im Endeffekt tagtäglich die Patienten behandeln, im kollegialen Dialog im Endeffekt eine Bewertung auf Augenhöhe abgibt. Und da geht es halt eben weniger um die Kontrolle von oben, sondern unter dem fachlichen Dialog unter Gleichrangigen, die die klinische Realität aus der eigenen Erfahrung kennen. Ein anderes Beispiel könnte zum Beispiel sein, so ein klassisches DIN ISO Zertifikat oder ein DIN ISO Audit, wo einfach nur aus dem klassischen Qualitätsmanagement primär Konformität von definierten Prozessen oder Dokumentationsanforderungen im Endeffekt abgefragt werden. Und das ist im Endeffekt eher die Frage, wird das System eingehalten, so wie es beschrieben wurde. Das heißt, es ist etwas, was doch sehr starr sich an einem Katalog entlang orientiert. Und beim Pure Review setzt es genau anders herum. Es geht jetzt nicht um das starre Abfragen von einzelnen Zahlen und Kennzahlen, sondern eben, wie gesagt, um den gesamtintensivmedizinischen Kontext. Und wir haben da im Endeffekt viel mehr Möglichkeiten, die gelebte Realität auf der Intensivstation zu prüfen, klingt jetzt vielleicht so ein bisschen: im fachlichen Dialog zu bewerten. So könnte man es vielleicht besser bezeichnen.

SN:

Ja, vielen Dank. Ich glaube, das war eine sehr gute Beschreibung für die Einordnung des Peer Reviews in die mehreren Maßnahmen, die es so gibt. Und jetzt so aus der praktischen Perspektive sozusagen heraus, da haben Sie ja sowohl schon die Perspektive des Peers als auch des Besuchten wahrgenommen. Welchen Mehrwert haben Sie da so aus dieser praktischen Erfahrung heraus oder welchen sehen Sie da, welchen Mehrwert sowohl als Peer und dann aber vielleicht auch als Besucher?

HM:

Ja. Vielleicht nochmal ganz kurz eine kleine Ergänzung zu dem Thema davor, weil mir das eben nochmal eingefallen ist.



SN:

Gerne.

HM:

Man kann es eigentlich zusammenfassen auf relativ einfache Ebene, was das Peer Review so besonders ausmacht im Vergleich zum QS. Beim Audit wird gefragt, ist der Prozess eingehalten worden? Beim Peer Review fragt man sich im Endeffekt, war die Entscheidung medizinisch nachvollziehbar? Und natürlich ergänzen sich beide Verfahren miteinander. Aber wie gesagt, hier ist es mehr der Ablauf und bei dem anderen ist es der Prozess. Gut, jetzt aber nochmal zurück zur Frage, wie ich das Verfahren als Peer oder als Besucher, was ich ja tatsächlich beides jetzt mehrfach miterlebt habe. Ich war sowohl Besucher an der Uniklinik in Frankfurt als auch Besucher hier am Sana Klinikum in Offenbach und wir planen auch schon das nächste Peer Review auf unserer Intensivstation, weil wir das eben eine jetzt schon vor drei, vier Jahren das letzte Mal hatten. Und ich finde, das ist eine ganz, ganz wichtige Frage, weil es eben einen Mehrwert für beide Seiten darstellt. Und zwar... wenn man das jetzt als Peer, als Besucher quasi nochmal so beschreibt, dann ist es so, dass man eigentlich so einen Blick über den Tellerrand hinweg bekommt. Das heißt, wir kommen in eine fremde Abteilung hinein. Wir sehen, sagen wir mal, eine gleiche medizinische Einheit, also sprich die Intensivstation, die vielleicht strukturell ein bisschen anders aufgebaut ist, wo andere Lösungswege, andere Prozesse für ähnliche Probleme vorliegen. Und quasi das ist etwas, man nimmt immer etwas für sich selbst und für seine eigene Klinik und für den eigenen klinischen Alltag mit. Das heißt, man lernt dazu, man tauscht sich aus, denn die Probleme, die wir in der Intensivmedizin haben, sind, wenn man mal ganz ehrlich ist, im Großen und Ganzen ähnlich. Das heißt also, Sie sehen eine Prozessbeschreibung und eine gelebte Prozessrealität aus einer anderen Perspektive und können daraus auch für ihren eigenen Betrieb einiges mitnehmen. Das heißt also, man schärft sich selbst, weil man ja selbst auch betriebsblind wird. Wenn man in seinem eigenen Bereich die ganze Zeit arbeitet, sind bestimmte Dinge einfach so, weil sie so sind. Und das ist eben eine gute Überleitung, um sozusagen den Benefit und den Mehrwert des Besuchten nochmal zu beschreiben. Das heißt also, ich habe jemanden, wenn ich besucht werde, der kommt von außen völlig, sage ich mal, ohne Wissen über meine Prozesse kommt zu mir auf die Station und diese Außenperspektive kann einem nochmal eine gewisse Betriebsblindheit vor Augen halten, weil man eben meint, dass quasi die Prozesse so, wie sie sich über die Jahre hinweg im klinischen Alltag etabliert haben, einfach der bestmögliche Weg sind, vielleicht aber doch von außen nochmal eine neue Perspektive oder Muster oder vielleicht Schwachstellen aufgeweckt werden, die ich selber gar nicht mehr wahrnehme. Das heißt also, da ist eben der Vorteil, dass man vielleicht auch bestimmte Dinge hingewiesen wird, die die Qualität der gesamten Behandlung nochmal verbessern kann. Und das Entscheidende ist, dass diese Gespräche, und das ist das, was ich als Besucher auch erlebt habe, eben nicht im Kontrollmodus erfolgen, sondern warum hast du das nicht so gemacht, sondern im kollegialen Dialog auf Augenhöhe und dadurch hat man auch einen großen Vorteil, weil wenn man nicht direkt angeklagt wird, verfallen sie auch nicht in so eine Art Verteidigungsreflex. Das heißt, man fängt an, sich über die Themen wirklich weit auszutauschen, teilweise auch sehr, sehr detailliert und dadurch kriegt man doch nochmal einen Blick für die oder kriegt eine ehrliche, fachliche Rückmeldung über Prozesse, die bei mir auf der Station vielleicht nicht ganz so optimal laufen, ohne dass das gleich mit irgendwelchen Sanktionen zusammenhängt. Das heißt, ich sehe es schon so, beide Seiten profitieren durch

Erkenntnisgewinn, durch kollegialen Dialog, durch Transfer von Wissen sowohl von der einen, also von der Peer-Seite zum Besuchten und auch umgekehrt, sodass im Endeffekt eigentlich ein Doppelnutzen besteht, eine Win-Win-Situation, sowohl für den Peer als auch für den Besuchten.

SN:

Ja, sehr gut. Und wir hören ja raus, Sie haben wirklich schon viele Erfahrungen jetzt mit Peer Reviews in der Intensivmedizin gemacht. Haben Sie denn, ohne jetzt natürlich jemanden outen zu wollen, haben Sie Beispiele, welche Maßnahmen zum Beispiel oder Learnings konkret aus den Peer Reviews, an denen Sie teilgenommen haben, so hervorgegangen sind? Dass man sich da ein bisschen was darunter besser vorstellen kann, sozusagen.

HM:

Ja, da kann man... Könnte man jetzt stundenlange Ausführungen darüber haben, aber im Endeffekt ist das so, dass zum Beispiel Ihnen auffällt beim Besuch einer Station, dass quasi die Interprofessionalität zwar auf dem Papier steht, dass man gemeinsam interprofessionelle Visiten durchführt, quasi in der Begehung beziehungsweise im kollegialen Dialog auch mit den Mitarbeitern am Bett durchführt, mit sowohl Pflege als auch Ärzte stellt man fest, dass das zwar auf dem Papier da steht, aber diese interprofessionelle Visite in der Form so gar nicht wirklich durchgeführt wird, sodass man da zum Beispiel auch nochmal Hinweise geben kann, wirklich einen strukturierten Ablauf einer interprofessionellen Visite zu etablieren. Ein anderes Beispiel kann sein, dass man sagt, man stellt fest, da gibt es überhaupt keine richtigen Teambesprechungen, keine regelmäßigen Teammeetings, in denen man im kleinen Kreis betreibt, die Probleme, die im Ablauf oder im Alltag entstehen, nochmal zu besprechen und eben aus diesen Teamgesprächen heraus Transparenz in das gesamte Team hineinbringt. Also spricht die Etablierung zum Beispiel von regelmäßigen Teambesprechungen auf Leitungsebene mit Transfer der Kommunikation in das gesamte Team. Denn Veränderung bedeutet auch viel Kommunikation und das ist etwas, was wir da in den Peers immer wieder erleben, dass das häufig im Alltag auch zu kurz kommt, weil man eben meint, dass man dafür vielleicht gar keine Zeit hätte. Eine andere Sache ist zum Beispiel Abfrage von Struktur- und Prozessqualität, dass man einfach sich nochmal zurücknimmt und sagt, ich möchte gerne im regelmäßigen Turnus bestimmte Qualitätsindikatoren abfragen. Wie viel Prozent der Patienten sind lungenprotektiv beatmet, habe ich auch wirklich die Erfassung von Delir regelmäßig und redundant quasi erfasst. Das sind ganz, ganz viele Themen, die wir tatsächlich aus diesem, wie Sie eben beschrieben haben, als Learning da mitnehmen, dass eben zwar vieles bekannt ist, aber doch nicht unbedingt direkt gelebt wird und durch die Hinweise im Peer Review solche Sachen wieder fest etabliert werden können. Andere Dinge, die auch immer wieder Thema sind, ist, dass durch die Durchführung eines Peer Reviews bestimmte, sagen wir mal, strukturelle Merkmale oder Probleme, die bestehen, im Sinne eines Peer Berichtes oder mithilfe des Peer Berichtes dann quasi besser umgesetzt werden können bei anderen Entscheidungsträgern. Also spricht zum Beispiel digitale Dokumentationen. Ausstattung der Mitarbeiter mit elektronischen Instrumenten zur Durchführung von digitaler Prämedikation oder aber strukturell zum Beispiel Einführung von Visitenkorridoren oder Optimierung von Besuchszeiten. Das sind alles Themen, die ich sowohl auf der einen Seite als Peer, aber auch auf der anderen Seite als Besucher wahrgenommen habe und wo man auch sagen kann, ja, das sind konkrete, sagen wir mal, Themen beziehungsweise Verbesserungsvorschläge, die entweder kurzfristig oder mittelfristig durch die Investitionskommission zum Beispiel freigegebene Mittel, die dazu



geführt haben, denke ich, die Qualität auf der Intensivstation oder die Qualität der Arbeit auf der Intensivstation zu verbessern.

SN:

Vielen Dank für den praktischen Einblick. Ich glaube, der macht das auch noch mal wirklich greifbarer. Jetzt würde ich einmal kurz noch so auf den organisatorischen Aspekt sozusagen vom Peer Review Verfahren eingehen wollen. So eine Entwicklung eines Peer-Review-Verfahrens braucht ja auch immer quasi den fachlichen Background. Es ist so, dass die Landesärztekammer den organisatorischen Rahmen entwickelt und das Verfahren in seinen Prozessschritten mit sozusagen. Aber ganz wichtig, ein großer wichtiger Punkt beim Peer-Review-Verfahren ist ja der fachliche Aspekt. Welche Rolle spielt denn da zum Beispiel die DIVI beim intensivmedizinischen Verfahren?

HM:

Ja, das ist tatsächlich nochmal sehr relevant, beziehungsweise es ist schon, sagen wir mal, historisch eigentlich schon fast gewachsen, die wie Landesärztekammern, wenn man sich quasi nochmal die Historie vom Peer Review in der Intensivmedizin anschaut, dann hat das ja 2006, 2007, 2008 im Endeffekt angefangen und ist dann im Endeffekt über die Landesärztekammern hineingetragen worden in die Intensivmedizin, beziehungsweise Arbeitsgruppen auf Landesebene hineingetragen. Am Ende aller Tage muss man aber sagen, dass mittlerweile die Rollenverteilung relativ eindeutig ist und man kann sagen, dass das auch historisch gewachsen ist, dass die DIVI irgendwann die fachliche Schirmherrschaft über das Verfahren, zumindest fachlich gesehen, übernommen hat. Durch die Etablierung von zehn Qualitätsindikatoren in der Intensivmedizin ist im Endeffekt die fachliche Grundlage für die Durchführung des Peer-Review-Prozesses am Patientenbett sozusagen etabliert worden. Und die DIVI hat die Schirmherrschaft im Endeffekt über dieses Verfahren übernommen und liefert den fachlich inhaltlichen Unterbau. Und wenn man jetzt mal ganz konkret hineingeht, dann gibt es eine nationale Steuerungsgruppe Peer Review in der DIVI, die dann quasi mittlerweile fast 30-köpfig ist. Das ist interprofessionell. Das ist auf der einen Seite auf Landesebene durch verschiedene Intensivmediziner. In dem Fall für Hessen bin ich das. Und in diesem interprofessionellen Autorenteam werden auch die Qualitätsindikatoren weiterentwickelt. Das heißt, aktuelle Entwicklungen in der Forschung, in der klinischen Forschung werden da berücksichtigt und werden natürlich im strukturierten Dialog besprochen, konsentiert, verabschiedet und überarbeitet. Das heißt, wir haben Wir haben im Prinzip, die DIVI liefert das Was, die fachlichen Kriterien, an denen die Qualität bemessen werden kann. Und die Landesärztekammer liefert das Wie, würde ich sagen, also den organisatorischen Rahmen zur Durchführung des Ganzen. Und quasi insofern ist die DIVI schon für unsere Intensivmedizin extrem wichtig. Und jetzt stehen ja auch gerade wieder die Überarbeitung der Qualitätsindikatoren in ich weiß gar nicht wievielten Fassung an. Das heißt auch da werden wir in Kürze wieder neue Qualitätsindikatoren etablieren bzw. weiterentwickeln oder zusammenfassen.

SN:

In einem Interview zum Thema Peer Review im vergangenen Jahr im Hessischen Ärzteblatt haben Sie einen schönen Satz gesagt in Bezug auf gelebte Qualitätssicherung bzw. Qualitätskultur. Und zwar sagten Sie, Papier ist geduldig, entscheidend sind die realen Abläufe und

Erfahrungen in der jeweiligen Einrichtung. Wollen Sie da nochmal ein bisschen konkreter eingehen, wie genau zeigt sich das beim Peer-Review-Verfahren?

HM:

Ja, also ich stehe auch weiterhin zu dem, was ich damals gesagt habe, denn wenn Sie jetzt Audit haben und Sie werden bestimmte Kataloge abgefragt, in denen Sie tatsächlich durch das Vorhalten von Dienstplänen oder das Vorhalten von SOPs oder das Vorhalten von ja, von Verfahrensanweisungen von mir aus auf dem Papier sagen, das haben wir alles in der Strukturqualität soweit erfüllt, dann heißt das aber noch nicht, dass das im alltäglichen Prozess tatsächlich umgesetzt ist. Wir können mal, also ich erlebe das regelmäßig auch auf meiner Station, dass wir sagen, da haben wir eine SOP für, aber die SOP hat eigentlich keiner wirklich gelesen. Wenn Sie dann in einige Abteilungen gucken, dann gibt es pro Abteilung 800 bis 1000 SOPs. Das ist ja eigentlich ein absoluter Wahnsinn, ein Irrsinn. Das kann man sich eigentlich alles gar nicht mehr merken. Ich kann Ihnen konkrete Beispiele geben. Völlig klar, Qualitätsindikator, Messung der Sedierung, RASS Score, Delir-Score-Erfassung, mit jedem Intensivmediziner geläufig sein und wenn man dann tatsächlich im Alltag ans Patientenbett geht, stellt man fest, in 50 bis 60 Prozent ist die Dokumentation nur erfolgt. Oder lungenprotektive Beatmung ist auf dem Papier, quasi steht das da in der SOP. Wenn man sich dann einfach mal in die Beatmungsmodi hineingeht und schaut, wie sind die Patienten eigentlich beatmet, dann sind zum Teil dann auch hochinvasiv beatmet. Das ist das eine, was Sie messen können. Und das andere, was wir aber auch immer wieder erleben, ist ein klassisches Beispiel: interprofessionelle Visite. Das heißt, die interprofessionelle Visite findet relativ häufig dann als Kurvenvisite gar nicht am Bett statt, so wie es eigentlich sein soll. Und das erfahren Sie nicht auf dem Papier. Das erfahren Sie nur, wenn Sie wirklich hineingehen, nicht nur mit den Leitern der Station sprechen, in dem sozusagen kollegialen Dialog, sondern eben auch in diesem praktischen Aspekt des Peer Reviews bei der Begehung auf der Station mit vielen verschiedenen Mitarbeitern sprechen, interprofessionelle Themen austauschen. Das ist ja auch der Vorteil, dass es ja nicht ein reines ärztliches Peer Review ist, sondern Peer Review allgemein. Sprich, wir haben Pflegekräfte, die mit dabei sind. Das heißt, wir erfahren über ganz, ganz viele Kanäle quasi wirklich die gelebte Realität. Und das ist das, was ich meine. Papier ist geduldig. Aber wenn Sie wirklich, und das finde ich das Schöne an unserem Peer Review, im Dialog mit den Mitarbeitern auf fachlicher Ebene, im kollegialen Dialog sich austauschen, stellen Sie häufig fest, dass das die Umsetzung eben im Alltag leider doch nicht zu 100 Prozent funktioniert. Es gibt diverse Gründe dafür, das ist auch gar kein Vorwurf, aber man muss sich doch überlegen, immer wieder selber ermahnen, diese Themen wirklich auch entsprechend regelmäßig so umzusetzen. Und ich glaube, was da ganz, ganz wichtig ist, ist, dass im Endeffekt die Führungskräfte das vorliegen. Dass die immer wieder gebetsmühlenartig diese Themen wiederholen, die Leute animieren, das auch entsprechend so durchzuführen.

SN:

Ja, da sagen sie was Wahres, denke ich. Jetzt würde ich den Blick gerne nochmal auf den Kurs richten. Um eben Peer zu werden, muss man unter anderem ja den Kurs Peer Review in der Medizin besuchen. Sie sind Kursleiter dieses Kurses in Hessen, der von der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung angeboten wird. Was erwartet denn die Teilnehmenden in diesem Kurs?



HM:

Ja, Gott sei Dank machen wir beide ja den Kurs zusammen. Und ich bin auch wirklich stolz darauf, dass wir es jetzt endlich geschafft haben, im letzten Jahr wieder diesen Kurs stattfinden zu lassen. Das ist wirklich... Wirklich schwierig mittlerweile, die Leute frei zu bekommen dafür, aber ich glaube, es ist ein ganz, ganz spannender Kurs und der setzt sich im Endeffekt aus zwei Modulen zusammen. Das eine ist ein sogenanntes Online-Vorbereitungsmodul, in dem die Teilnehmenden sich theoretische Grundlagen selbstständig und zeitlich flexibel erarbeiten können, die konzeptionellen Grundlagen des Peer Reviews, quasi die verschiedenen Verfahrensarten in der Qualitätssicherung nochmal näher gebracht werden und die methodische Einordnung im Vergleich zu den anderen Verfahren, das ist die theoretische Grundlage, auf der wir dann eine gemeinsame Wissensbasis schaffen, die wir im Präsenzteil dann ausbauen können. Und dieser Präsenzteil ist dann gar nicht mehr so theorielastig. Das ist mir nochmal ganz wichtig, nicht, dass die Leute alle denken, oh Gott, da brauche ich noch etwas. nur ein Theorie-Teil und dann mache ich zwei Tage Präsenzveranstaltungen, wo mir auch alles durchexerziert wird. Nein, da legen wir wirklich den Schwerpunkt auf Kommunikation, wir vertiefen dort in den verschiedenen Aspekten des Peer-Reviews, weil wir das mittlerweile zusammen mit der SAPV machen, also sprich mit der Palliativmedizin oder jetzt auch mit dem Modul Gallenblase. Das heißt, dann legen wir nochmal Themenschwerpunkte auf die praktische Durchführung der entsprechenden Module, wo dann die Referenten beziehungsweise die Kursleiter durch entsprechende praktische Erfahrungen aus ihrem Alltag das Theoretische vom Online-Modul mit dem Praktischen verknüpfen, konkrete Handlungsanleitungen geben. Und wir trainieren viel Kommunikation. Denn es ist wirklich schwierig, oder es ist herausfordernd, nicht nur schwierig, es ist herausfordernd, ja, wie soll ich sagen, Themen zu vermitteln, die vielleicht in einem Bereich nicht optimal laufen. Und dafür haben wir Kommunikationsexperten, die wir engagiert haben, die dann auch Kommunikationstraining mit Rollenspielen mit den Kollegen durchführen, dass man einfach mal sich in diese Situation hineinversetzen kann, wie es ist, wenn sie ihrem Gegenüber in, sagen wir mal, im kollegialen Dialog wertschätzend bestimmte Punkte näher bringen wollen, die vielleicht beim Peer Review aufgefallen sind. Und deshalb ist das wirklich ein schöner Kurs. Das macht wirklich Spaß, weil sie viel lachen, weil sie viel miteinander sprechen, weil sie nochmal Tipps in die Hand bekommen und das im Endeffekt nicht von oben herab, sondern wir leben von der Interaktion in diesem Kurs. Und mit dem Ziel natürlich, dass wenn dieser Kurs abgeschlossen ist, die Kollegen dann auch die Schulungspeers noch durchführen, damit wir dann einfach in Hessen in Zukunft genug ausgebildete Peers haben, um dieses doch tolle Verfahren Peer Review weiter in die Breite tragen zu können. Also praktisch und theoretisch gemischt. Ein toller Kurs, kann ich wirklich nur wärmstens empfehlen.

SN:

Das macht Lust drauf, würde ich sagen, für die Zuhörenden. Kann ich, wo Sie die Atmosphäre auch beschreiben, absolut bestätigen. War ja auch schon dabei. Wenn Sie so in die Zukunft blicken, haben Sie für den Kurs irgendwie noch Wünsche oder wie sich das alles so weiterentwickeln könnte, Ideen? Oder auch fürs Peer-Review an sich zum Beispiel?

HM:

Also ich möchte zum einen natürlich erstmal betonen, dass ich sehr, sehr in der glücklichen Situation bin, mit der Landesärztekammer Hessen und mit Ihnen zusammen diese Kurse durchführen



zu können. Das ist wirklich sehr, sehr gut aufgestellt, weil die Organisation perfekt ist, das Engagement hoch ist, die Räumlichkeiten gestellt werden. Also ich glaube, wir haben da schon eine sehr, sehr starke Grundlage, auf der wir sozusagen aufbauen. Und das Ganze ist ja auch durch meinen Vorgänger, den Professor Greim und Ihnen schon wirklich sehr, sehr schön aufgebaut. und diese Zusammenarbeit zwischen der Fachlichkeit und der organisatorischen Einheit, die läuft wirklich sehr, sehr gut. Da habe ich eigentlich kaum Wünsche, muss ich ehrlicherweise sagen, was man da noch weiter optimieren könnte. Ich glaube, was ich mir für das Peer-Review wünsche, ist einfach mehr Anerkennung, mehr Öffentlichkeit, weil das Ganze doch etwas ist, was wirklich hilft, sich gegenseitig mit Wissen zu befruchten, sage ich jetzt mal so ein bisschen, weil es eben hilft, Fehlerquellen oder beziehungsweise Schwachstellen im kollegialen Dialog und wertschätzend miteinander auszutauschen und weil eben beide Seiten davon profitieren. Das heißt, Wir brauchen einfach mehr Peers. Wir brauchen mehr Verfahren. Wohl wissend, dass wir natürlich auch mit anderen Peer-Rübe-Verfahren konkurrieren. Also wie zum Beispiel dem IQM, das aber quasi jetzt im Kurs sicherlich auch nochmal ein ganz großes Thema darstellt, wo wir die Unterschiede zwischen diesen beiden Peer-Review-Verfahren auch nochmal detailliert darstellen. Also ich wünsche mir mehr Aufmerksamkeit, mehr Akzeptanz, mehr Anmeldung, sage ich ganz klar. Von Seiten der Intensivmedizin, da haben wir sicherlich noch Nachholbedarf. Ich würde mich da wirklich freuen, wenn sich da mehr Intensivmediziner für interessieren würden und auch an diesem Kurs teilnehmen würden, weil eben dieser Dialog auf Augenhöhe nicht als Kontrollinstrument von außen, sondern als, sage ich mal, gegenseitige Begutachtung etwas sehr, sehr Wertvolles ist, womit sie auch die Qualität auf ihrer Intensivstation deutlich verbessern können. Wir werden häufig gefragt, was habe ich denn davon, wenn ich diese Peer Review durchgeführt habe? Und das eine ist natürlich, dass sie eben durch den wertschätzenden kollegialen Dialog nochmal quasi Schwachstellen aufgezeigt bekommen oder Verbesserungspotenziale aufgezeigt bekommen haben. Das andere, was aber immer wieder gewünscht ist, ist irgendeine Art von Zertifikat, dass man sich diesem Verfahren unterzogen hat. Das ist sicherlich etwas, was ich mir wünschen würde, dass das irgendwann von Seiten der Bundesärztekammer dann auch mal irgendeine Art von Zertifikat gibt, weil gegenwärtig haben wir nicht wirklich was, was wir den Leuten danach in die Hand geben können, außer dass man sich auf die Homepage vielleicht schreibt, dass man sich solchen Sachen, solchen da man Qualitätssicherungsmaßnahmen unterzieht, ohne dass wir dafür irgendein Zertifikat haben. Vor allen Dingen würde ich mir aber wünschen für die Zukunft, dass gerade wir Mediziner offener sind und die Scheu ablegen, uns extern, sag ich mal, begutachten zu lassen. Denn das ist auch etwas, was ich ganz, ganz häufig erlebe, gerade wenn wir Leute ansprechen oder wenn wir Kliniken ansprechen und sagen, Mensch, ist das nicht mal was ein Peer-Review durchzuführen, dann wird häufig gesagt, ich bin noch gar nicht so weit. Und das ist etwas, was ich noch mal ganz, ganz klar betonen möchte. Man ist nie so weit. Und der beste Zeitpunkt, ein Peer-Review durchführen zu lassen, ist, wenn man noch nicht so weit ist, weil man eben dadurch den Blick von außen bekommt auf möglicherweise Themen, Schwerpunkte oder Prozesse im interdisziplinären, interprofessionellen Dialog vorzunehmen im Alltag, wo man dann auch mal aufgezeigt bekommt, wo man sich verbessern kann. Das heißt also, wir haben große, große, ja manchmal förmlich Angst, würde ich sogar sagen, uns von außen begutachten zu lassen und auf Fehler hingewiesen zu werden. Und ich glaube, das ist etwas, was man mit diesem Verfahren, wo man diese Zweifel oder diese Sorge eigentlich aus der Welt schaffen kann, wenn man sich dem



Ganzen stellt, weil auch im Endeffekt keine Sanktionierung zu erwarten ist. Also da wünsche ich mir einfach noch mehr Offenheit in unserer medizinischen Welt für dieses Thema.

SN:

Sie haben schon viele gute Botschaften für die Zuhörenden ausgesprochen, finde ich. Aber so als abschließende, zusammenfassende letzte Frage. Haben Sie noch eine Take-Home-Message sozusagen für die zuhörenden Kolleginnen und Kollegen, was Sie gerne noch sagen möchten?

HM:

Die Take-Home-Message heißt einfach anmelden. Keine Scheu haben vom Peer-Review-Verfahren. Gerade vom Austausch, vom fachlichen Austausch, Ich würde sogar noch einen Schritt weiter gehen und sagen, vom fachlichen Austausch auf Augenhöhe profitiert man so stark. Das ist so, wie wenn Sie auf einen Kongress gehen und sich dort fachlich austauschen in der Besprechung, in der Diskussion. Und das ist etwas, was man sich stellen, dem man sich stellen sollte und dem man sich auch mit viel Spaß und Freude stellen kann, weil eben ausgewiesene Experten einen ganzen Tag sich Zeit nehmen, um mit Ihnen zusammen Prozesse durchzuführen. Struktur- und Prozessqualität in der Intensivmedizin zu begutachten, auf Augenhöhe im fachlichen Austausch. Das heißt, meine Take-Home-Message zum Kurs anmelden oder aber, wenn nicht, die Vorgesetzten ansprechen und sagen, Mensch, lasst uns doch mal ein Peer-Review bei uns auf der Intensivstation durchführen. Wir kommen gerne vorbei und führen das bei Ihnen durch.

SN:

Super, da schließen wir uns an. Und ich danke Ihnen ganz herzlich für das Gespräch und für den super interessanten Einblick.

HM:

Gerne. Vielen Dank nochmal, dass ich dabei sein durfte.

SK:

Professor Mutlak hat sehr anschaulich die Chancen, die ein Peer Review sowohl für die Patientensicherheit als auch für einen selbst bereit hält erläutert. Es ist eine verständliche Hürde, sich von Kolleginnen und Kollegen sozusagen auf die Finger schauen zu lassen. Aber dass darin ein definitiver Mehrwert liegt und die Angst davor im Grunde unberechtigt ist, haben uns zwei weitere erfahrene Peers aus dem intensivmedizinischen Bereich aufgezeigt.

SN:

Als erstes berichtet uns Herr Professor Welte von seinen Erfahrungen sowohl als ärztlicher externer Peer als auch als Besucher. Aus der Perspektive eines Peers erläutert er sehr anschaulich die verschiedenen Phasen des Peer Reviews Intensivmedizin, gibt persönliche Einblicke in seine Sicht auf das Verfahren – auch aus der Sicht des Besuchten – und teilt mit uns konkrete Beispiele, welche Aspekte und Potentiale bei einem Peer Review identifiziert werden können.

Herr Professor Martin Welte war viele Jahre Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Klinikum Darmstadt. Nahezu seit Beginn der intensivmedizinischen Peer Reviews in Hessen hat er diese als Peer auch begleitet und hat die Landesärztekammer Hessen bei



der Weiterentwicklung unterstützt. Die von ihm geleitete Intensivstation hat er ebenfalls mit zwei Peer Reviews besuchen lassen und wir können mit ihm somit über beide Perspektiven, einmal die des Peers und einmal die des Besuchten sprechen.

Lieber Herr Professor Welte, vielen Dank, dass Sie sich Zeit für uns nehmen.

Prof. Dr. med. Martin Welte:

Mache ich gerne.

SN:

Sie haben quasi bereits zu Beginn, als die Peer Reviews in Deutschland sozusagen starteten, auch direkt sozusagen die Fortbildung zum Peer absolviert. Können Sie sich noch an die Anfänge des intensivmedizinischen Peer Reviews so insgesamt erinnern? Und wie war das für Sie? Wie haben Sie das empfunden, erlebt?

MW:

Wenn ich mich recht erinnere, ist ungefähr 2011, 2012 die Landesärztekammer Hessen auf mich zugekommen, ob ich Interesse hätte, an einem Peer Review für die Intensivmedizin teilzunehmen. Ich konnte mir zum damaligen Zeitpunkt wirklich nicht so richtig vorstellen, um was es geht, habe aber dann schnell erfahren, dass ich da nicht einfach jetzt irgendwo hinfahre und nach Gutdünken, nach meinem Verständnis mir eine Station anschau, sondern dass es dazu einer gewissen Ausbildung bedarf. Ich habe die dann in Berlin an der Landesärztekammer dort absolviert, weil Hessen das zu diesem Zeitpunkt noch nicht, kam dann bald dazu, anbieten konnte. Und ich kann mich noch erinnern, dass ich zunächst überrascht war, dass es überhaupt nicht um irgendwelche fachlichen Dinge ging, sondern es ging darum, um den Prozess des Peer Reviews. Es ging um den Prozess und die Art, wie man den durchführt. Ein ganz zentrales Thema dabei war, wie kommuniziere ich auf der Intensivstation mit den dortigen Kolleginnen, Kollegen, Pflegekräften? Wie ist der Ton? Das ist auf jeden Fall eben nicht im Sinne einer Begutachtung abläuft oder auch im Sinne einer Zertifizierung, die ja zu diesem Zeitpunkt auch bundesweit langsam populär wurde, zum Beispiel nach DIN ISO, sondern dass der zentrale Punkt eben der kollegiale Dialog war. Und ich kann mich gut erinnern, dass wir in diesem Kurs zweitägig in Berlin damals eben vor allem kommunikatives Verhalten geübt haben, nicht nur verbal, sondern auch die nonverbale Kommunikation. Wir haben über Kommunikationstechniken gesprochen, gelernt. Wir haben sehr viel dort in Kleingruppenübungen veranstaltet. Und es wurde dann völlig klar, dass ein Peer Review sich deutlich von einer Zertifizierung unterscheidet, dass der Kernpunkt eben der kollegiale Dialog die Beratung ist. Und das hat sich dann in den Reviews, Peer Reviews, die ich zusammen mit Kollegen durchgeführt habe, auch in der Tat so herausgestellt. Im Beispiel, es wurde, wenn es eine Schwachstelle gab, nicht auf irgendeinem Formblatt dann gezeichnet, nicht erfüllt oder sowas, sondern es wurde angesprochen, dass man sagt, naja, in diesem Punkt sehe ich Verbesserungspotenzial. Wieso machen Sie das hier so und nicht anders? Also es war in der Tat ein wirklicher Dialog auf Augenhöhe. Und das ist der große Unterschied eben zur Zertifizierung. Und genau das wurde damals in Berlin uns letztlich systematisch beigebracht. Das waren damals Kollegen aus verschiedensten Kliniken da, das heißt, verschiedensten Versorgungsleveln. Das waren auch nicht nur, so wie ich, Leute, die letztlich aus der Anästhesie in die Intensivmedizin kamen, sondern es waren eben Pflegekräfte aus der Intensivmedizin, es waren andere Ärzte anderer Fachrichtungen. Das war schon ein auch sehr befruchtender Dialog bei diesem Meeting, da hat man schon was mitgenommen.



SN:

Und dann sind Sie ja quasi auch in die Umsetzung, in die Peer Reviews in Hessen mitgestartet als Peer. Wie haben Sie das so aus der Peer Perspektive sozusagen empfunden? Also auch was so die verschiedenen Phasen dann betrifft, die Vorbereitung des Review Tags, der Review Tag an sich und ja, das, was dann noch so danach kommt. Wie war das?

MW:

Da muss ich vielleicht ein bisschen ausholen, weil die ersten Peer-Reviews macht man nicht als der Peer, sondern man ist sozusagen ein Schulungs-Peer. Das heißt, wir hatten einen erfahrenen Peer-Reviewer. Das erste Mal, als ich dabei war, war der auch nicht aus Hessen, weil Hessen das damals ja wirklich eingeführt hat. Das war ein Kollege aus Baden-Württemberg, wo das Ganze schon etwas eher eingeführt worden war. Und dieser Kollege hat dann mit uns zusammen auf einer Intensivstation eines Maximalversorgers ein Peer Review gemacht. Da muss man dazu sagen, Peer Reviews laufen immer im Team. Es ist nie ein Peer dort, sondern es sind immer mehrere und zwar aus verschiedenen Berufsgruppen. Wir hatten immer eine Intensivmedizinerin dabei. Wir hatten immer eine erfahrene Intensivpflegekraft dabei in so einer Klinik. Und wir hatten immer eine erfahrene Begleitung aus der Landesärztekammer dabei. Das heißt, das Team mussten mindestens drei sein. Meistens waren wir mehr, weil eben, so wie auch ich beim ersten Mal, ein Schulungspier dabei war, der sich das Ganze erstmal anschaute. Der hat nicht nur an dem Review vor Ort teilgenommen, sondern man hat die gesamten Unterlagen vorher zugesendet bekommen. Zu dem Prozess, vielleicht kann ich das kurz erläutern, wenn eine Klinik sich anmeldet für ein Peer-Review, wird es Wahrscheinlich an der Landesärztekammer erst mal geprüft. Damit habe ich als Peer dann erst mal nichts zu tun. Und wenn dann entschieden wird, dass diese Klinik, diese Station für eine Peer Review in Frage kommt, dann erhalten wir die vor Ort tätigen, die das Peer-Review beantragt haben, Unterlagen. Das ist im Wesentlichen eine umfangreiche Selbstauskunftsmappe, wo Sie Ihre Station beschreiben. Es geht an mit letztlich baulichen Maßnahmen, Struktur der Station, Behandlungsprozesse, wie sie niedergelegt sind, SOPs, welche Ausstattung da ist, bis zu wie die Besetzung ist, wie die Qualifikation der dort tätigen Ärzte, aber auch Pflegekräfte ist. Also kurzum, wenn man das bekommt, und ich habe das ja mit unserer Station zweimal gemacht, dann ist man einige Zeit beschäftigt, sich wirklich erst mal Gedanken über seine eigene Station zu machen und die in dieses Peer-Vorbereitungsmanual, nenne ich es jetzt mal, einträgt. Wenn das abgeschlossen ist, wird das dann an die Peers, die den Besuch vor Ort machen werden, versendet. Das heißt, wenn ich als Peer auf eine Station komme, habe ich Vorinformationen. Ich muss mich hinsetzen, muss mir schon einige Stunden Zeit nehmen, diese Unterlagen durchsehen, mir genau anschauen, wie haben die sich selbst beschrieben, wie sind die ihrer Meinung nach aufgestellt. Ich kann mir in diesen Unterlagen schon vorab, bevor ich dort bin, zum Beispiel sagen, da sehe ich einen Schwachpunkt oder dazu habe ich noch Fragen, das ist unklar. Und auf diese Weise bereite ich das Ganze vor. Das ist sehr sinnvoll, das so zu tun, weil es macht in meinen Augen, und ich denke, das ist auch richtig so, keinen Sinn, einfach unvorbereitet auf irgendeine Station zu kommen und zu sagen, na, wie macht ihr das denn da? Sondern man muss schon ein bisschen wissen, um was es sich da handelt. Es gibt ja verschiedene Arten der Intensivstation, interdisziplinäre zum Beispiel, rein operative, rein konservative, neurologische und so weiter und so fort. Also da muss man schon vorbereitet sein und diese Unterlagen muss man auch sehr sorgfältig A ausfüllen und B als Peer natürlich auch studieren. Wenn man das gemacht hat, dann wird über die Landesärztekammer ein Termin gesucht, zu



dem möglichst alle können. Natürlich die Station, die besucht werden soll, aber auch die Peers. Und wie gesagt, oft ist ein Schulungsspiel dabei, was ich für sehr, sehr sinnvoll halte. Vor Ort trifft man sich dann und begeht letztlich die Station. In fast allen Fällen läuft es so ab, dass es eine Begrüßung gibt, wo erstmal logischerweise sich die Anwesenden gegenseitig vorstellen und klarstellen, welche Aufgaben sie in dem Peer-Prozess haben oder welche Aufgaben sie auf der Station ausüben, also die Besuchten, was sie machen. Wenn diese Vorstellungsrunde vorbei ist, die meistens schon in einer wirklich entspannten Atmosphäre stattfindet. Von vornherein ist klar, hier geht es eben nicht, das muss man wirklich betonen, um ein Zertifikat, ein Stempel. Es geht auch um nichts, was man jetzt bezahlen muss und wo man hinterher bei der, zum Beispiel bei den Kostenträgern irgendwas rausholen kann. Sondern es geht um eine kollegiale Beratung mit dem Ziel, sein eigenes Tun zu überprüfen, seine Selbsteinschätzung kritisch zu hinterfragen, Schwachpunkte, die man identifiziert, dann möglichst in nachbereitenden Maßnahmen anzugehen, auszumerzen, wenn man das so sagen soll. Und ein zentraler Punkt des Ganzen ist natürlich die Qualität, aber auch die Sicherheit der Patientenversorgung, die dabei im Mittelpunkt steht. Und nach dieser Begrüßung wird dann tatsächlich das vorbereitete Papier, in dem die Station sich selbst eingeschätzt hat, durchgegangen. Punkt für Punkt. Deshalb komme ich nochmal darauf zurück, ist es äußerst sinnvoll, dass der Peer sich vorher die Zeit nimmt, das genau zu studieren, weil jetzt kommt der Zeitpunkt, wo er sagen kann, das verstehe ich nicht oder wieso ist das oder erläutern Sie mir doch mal bitte, warum das bei Ihnen so geregelt ist. Das ist sicherlich diese Art des Dialogs, der jetzt noch nicht auf der Station, nicht am Patientenbett stattfindet, sondern in einem möglichst ruhigen Raum, wo die Gruppe eben aus der zu besuchten Station und das Review-Team zusammensitzen, besprochen wird. Je nachdem, wie viel da zu besprechen ist, kann das auch eine Zeit lang dauern. Das ist meistens nicht in einer halben Stunde erledigt, auch wenn das vorbereitet ist. Wenn man da durch ist, dann kommt es zu dem, was für mich als Peer natürlich immer eigentlich das Interessanteste war, nämlich zur Begehung der Station. Das ist dann teilweise etwas unterschiedlich, weil die Art der Begehung überlässt man in aller Regel denjenigen, die von den Peers besucht werden. Also die müssen sich was überlegen. Wie wollen sie ihre Station, den Peer-Team zeigen? Häufig ist es so, dass dann zum Beispiel der pflegerische Peer mit der Pflegedienstleitung der Station zusammen durch die Station geht und anhand der vorbereiteten Selbstauskunft einige Dinge tatsächlich auch punktuell überprüft, nachschaut, ob es wirklich so ist und sich auch zum Beispiel Dinge zeigen lässt, wo er meint, da ist irgendwas unklar. Umgekehrt, die ärztlichen Peers gehen meistens mit dem Leiter der Station durch die Station. Da ist vielleicht ganz wichtig, in der Regel hat ja eine Klinik einen Chefarzt oder einen Direktor und mehrere Oberärzte. Und klassischerweise ist einer der Oberärztinnen oder Oberärzte für die Leitung der Intensivstation zuständig. Und das Begehen der Intensivstation im Peer-Review-Prozess findet in aller Regel eben nicht mit dem jeweiligen Chefarzt oder Chefärztin oder Klinikdirektor oder Direktorin statt. Die ziehen sich in dem Moment zurück. Sondern man macht die Peer-Begehung zusammen mit den Leuten, die tatsächlich auf der Station die Verantwortung zumindest tragen, die dort auch wirklich die Acting People sind. Und das geht ähnlich wie im pflegerischen Prozess. Man geht durch die Station durch, man hat seinen vorbereiteten Katalog, man lässt sich tatsächlich das alles vor Ort zeigen, überprüft es auch, guckt auch mal nach, wie ist zum Beispiel... Eure Hygiene aufgestellt? Gibt es einen Hygienereport? Wie ist bei euch der Verbrauch zum Beispiel an Desinfektionsmitteln, was heute so gerne gibt. Also es geht schon ins Detail rein. Ich persönlich habe bei den Peer-Reviews, die ich gemacht habe, immer haben wollen, es wurde auch immer gemacht, dass eine Visite



stattfindet, zusammen mit dem Peer-Team. Das ist äußerst lehrreich. Wie ist das vorbereitet? Wie führen die die Visiten durch? Ist das systematisiert? Gibt es Rückmeldungen? Wie wird dokumentiert? Und so weiter und so fort. Dieser Prozess ist natürlich jetzt muss ich ganz ehrlich zugeben, nicht nur für die, die besucht werden, interessant, sondern ich als Peer habe da unheimlich viel gelernt dabei. Denn ich sehe andere Intensivstationen. Ich weiß, dass wir selbst machen und man kann das wirklich spiegeln. Und für mich, das möchte ich offen zugeben, ein wirklicher Ansporn ist, auch mitzumachen, dass ich selber dabei sehr, sehr viel lerne. Ich habe mehrere Intensivstationen besucht und war teilweise dann auch sehr, sehr beeindruckt, wie andere die grundsätzlich erst mal gleichen Aufgaben vielleicht ganz anders lösen, als man das selbst bei sich auf der Intensivstation geregelt hat. Außerdem geht schon hervor, dass dieser Prozess zum Teil, dieser Teil des Peer Reviews meine ich, zum Teil sehr, sehr lange dauert. Weil man muss, man kommt auch ins Gespräch miteinander, man kommt von einem aufs andere, fragt nach, prüft nach, es fallen einem Sachen auf, die im vorbereiteten Selbstauskunftsreport überhaupt nicht vorgekommen sind. Und auf diese Weise kann sich das sehr, sehr in die Länge ziehen, so dass irgendeiner auf die Uhr gucken muss dabei. Auch das muss man ehrlich sagen, denn sonst verbringt man viele Stunden dort und es wird immer interessanter. Aber es kommt dann auch nicht mehr auf den präzisen Punkt, wo man eigentlich hinkommen will. Das ist bestimmt etwas, was man als Peer am Anfang unterschätzt. Und je mehr Erfahrung man hat, desto mehr weiß man, okay, hier muss ich jetzt einen Punkt setzen, jetzt langts. Nach diesen Begehungen ist dann in aller Regel eine kurze Pause, nach der man sich dann wieder trifft und gemeinsam wiederum schon mal vorab ungefähr bespricht, was man bei der Begehung vor Ort und bei der Besprechung des vorherigen Selbstauskunfts-bogens tatsächlich herausgefunden hat, wo man vielleicht Diskrepanzen gefunden hat. Man fragt nochmal nach, man macht sich sehr viele Notizen, was notwendig ist, weil man ja hinterher einen Peer-Review-Report schreibt, der an die Klinik zurückgeht, wo man wiederum nach einer ganz bestimmten Vorgehensweise, was war besonders gut, Was ist verbesserungswürdig? Wo sind kritische Punkte und wo sind Chancen? Das kennen die meisten, diese vier Punkte, wie man bestimmte Probleme angeht. Und das muss man in diesem Gespräch, das zum Abschluss stattfindet, wirklich sehr, sehr gut und sorgfältig vorbereiten. Denn machen wir uns nichts vor, wenn Sie ein paar Tage später zu Hause an Ihrem Schreibtisch sitzen, fällt einem sonst vieles nicht mehr ein, was man eigentlich in den Report rein gehen sollte. Dieser abschließende Report, der als Ergebnis des Peer Reviews dann an die besuchte Station geht, wird verfasst vom Leiter des Peer Reviews. Aber, so habe ich es immer gehalten, und ich denke, die allermeisten machen es so, es wird dann an die anderen, die als Peers dabei waren, rausgeschickt. Die machen ihre kritischen Angaben dazu, schauen sich das Ganze an, gucken, ob sie das auch so mittragen, ob sie Ergänzungen haben, ob sie bestimmte Punkte ganz anders sehen. Und dann wird ein finaler Peer Review Report verfasst. denen man dann, weil das Ganze ja über die Landesärztekammer läuft, zunächst an die Landesärztekammer zurückschickt und von dort aus wird der zurückgespiegelt an die Station, die man untersucht hat. Das waren jetzt viele Worte, aber es beschreibt eigentlich den Prozess vom Anfang bis zum Abschluss, zum vorläufigen Abschluss. Es gibt dann noch mal Wesentlich später eine Rückfrage an die besuchte Klinik. Was habt ihr daraus gemacht? Was habt ihr umgesetzt? Oder habt euch das sinnvoll geholfen? Oder hat es euch nur bestätigt, dass ihr sowieso alles gut macht?



SN:

Ja, vielen Dank. Das war ein super Einblick und sehr greifbarer Einblick in die verschiedenen Phasen von Peer Review und wie das auch wirklich abläuft und wie Sie das als Peer auch empfunden haben. Und Sie haben es ja eigentlich auch schon gesagt, so ein Prinzip des Peer Reviews ist ja auch so das gegenseitige Lernen. Das können Sie bestätigen.

MW:

Absolut, absolut. Es lernt nicht nur die Besuchte Station, es lernt auch das Peer Team. Das ist ganz klar.

SN:

Und aus der Perspektive des Besuchten, möchten Sie uns da auch nochmal einen Einblick gewähren? Was konnten Sie da aus der Perspektive für sich mitnehmen oder wie haben Sie es als Besucher empfunden?

MW:

Also zum einen habe ich es als Besucher sehr, sehr angenehm empfunden. Ich kann mich an unseren ersten Peer Review im Klinikum Darmstadt erinnern. Das war eine sehr entspannte Atmosphäre. Da kam jetzt nicht irgendein Beratungsunternehmen oder sonst jemand, was jeder, der in der Klinik länger war, ja kennt, sondern es kamen Kollegen. Ich selber war und bin immer schon in unserer Community sehr, sehr gut vernetzt, sodass ich die Kollegen, die da kamen, auch persönlich kannte, was natürlich häufig der Fall ist und was aus meiner Sicht kein Nachteil sein muss. Das muss ich eigentlich gut kennen schon. Bei uns war sehr, sehr erhellend die Vorbereitung auf das Peer Review. Und zwar, weil der Katalog der Selbstauskunft fragt viele, viele Punkte ab, von denen man weiß, die sind irgendwie geregelt. Es funktioniert ja jeden Tag, aber man hat nie genau geguckt, wie ist es eigentlich geregelt? Wer trägt eigentlich die Verantwortung? Wie viele von irgendwas bis dazu haben wir eigentlich? Wir setzen das immer ein, aber haben wir davon drei oder sieben? Ich weiß es gar nicht. Es geht bis dahin, wie sind eigentlich eure Dienstpläne? Wie macht ihr Stunden, Überstunden? Fallen die an? Welche Pausenmöglichkeiten gibt es? Also in diesem Bereich ist bei uns einiges wirklich aufgefallen. Und diese Vorbereitungszeit auf das Peer Review habe ich als sehr, sehr gut dahingehend empfunden, dass wir mal systematisch ganz verschiedene Aspekte unserer eigenen Station durchleuchten mussten. Es ist zum Beispiel aufgefallen damals, dass wir keine Sterbestatistik hatten. Wir wussten, dass immer wieder bei uns Leute sterben, um es mal ganz plakativ zu sagen. Aber wie war die Mortalitätsrate? Oder ein anderer Punkt damals, Wiederaufnahme nach Verlegung von Intensivstationen. Klar kommt es vor und wir wussten auch alle, dass die, die wieder aufgenommen werden, ein bestimmtes höheres Risiko tragen. Aber wie hoch war das denn? war uns nicht klar. Solche Dinge haben wir nach dem ersten Peer-Review dann natürlich versucht einzuführen. Also haben auch uns mit unserem Patientenmanagement in Verbindung gesetzt und haben gesagt, wir fahren hier eigentlich ohne Rückspiegel zum Teil. Wir müssen schon mal sowas wieder kriegen. Da war ein Peer-Review ein Anlass dazu. Und Das war beim ersten Besuch wahrscheinlich der größte Schritt, dass wir schon bei dem Selbstauskunftsbogen unsere Schwachstellen entdeckt haben. Der Besuch selber verlief sehr, sehr angenehm. Es gab Fragen, es gab auch, und das ist vielleicht für so ein Team ganz wichtig, sehr viel Bestätigung. Dass die Peers schon vor Ort haben durchblicken lassen, finde ich toll, wie das hier macht. Das ist für so ein Team, gerade so ein interprofessionelles Team, unglaublich wichtig, dass es auch mal eine Bestärkung gibt und

nicht nur, dass einer mit der Lupe hinkommt und kritisch schaut, was man denn hier eigentlich macht, sondern die Tatsache, dass jemand auch mal bei so einem Besuch sagt, das macht ihr gut. Da können wir was als Peers davon lernen. Das habe ich als sehr, sehr angenommen empfunden. Und die Nachbesprechung vor Ort, da haben wir dann einiges, was den Peers aufgefallen war, nochmal wirklich erläutern können und sagen, naja, das habt ihr vielleicht ein bisschen falsch aufgefasst oder ja, da habt ihr recht, da sind wir zu unpräzise. Also das hat schon sehr, sehr viel gebracht. Der hinterher dann uns zugeschickte Report, muss ich an der Stelle sagen, war aus meiner Sicht schon gar nicht mehr das Entscheidende. Das Entscheidende war die Vorbereitung und der Dialog während des Besuchs mit denen, die uns besucht haben, wo man wirklich auf Augenhöhe und ohne, dass einer dem anderen überlegen war, es war keine hochnotpeinliche Befragung, sondern es war wirklich ein Dialog. Und wir haben daraus schon auch direkt, nachdem das Peer-Team wieder gegangen war, gesagt, also das, das und das waren ganz klare Punkte, da müssen wir rangehen. In dem Fall habe ich damals auch Leute aus dem Intensiv-Team direkt beauftragt und gesagt, bitte dazu mal einen Vorschlag erarbeiten, wie wir das in Zukunft anders machen können.

SN:

Ja, vielen Dank. Sehr spannend für den persönlichen Einblick, wie es für Sie war. Und Sie haben ja auch schon das ein oder andere Beispiel sozusagen benannt, was damals bei Ihnen sozusagen rausgekommen ist. Haben Sie, wenn Sie jetzt auf die anderen Peer Reviews, bei denen Sie als Peer dabei waren, noch so ein paar konkrete Beispiele für uns, was so für Maßnahmen, Potenziale oder so sich aus Peer Reviews konkret ergeben können für so eine Station?

MW:

Da muss ich jetzt eins mal vorweg schicken. Ich glaube, dass bei den Stationen, die sich zum Peer-Review-Prozess melden, das ist ja eine freiwillige Anmeldung, von vornherein ein Selektions-Bias drin ist. Weil es melden sich, und das finde ich jetzt nicht schlimm, das sage ich gleich dazu, es melden sich die an, die in der Sache aktiv sind, Und die auch glauben, dass sie eine gute Station haben. Es wird sich keiner anmelden, wo die Intensivstation so nebenbei von einem gemacht wird, der sonst eigentlich was ganz anderes macht. Also alle Stationen, die ich besucht hatte, auch wenn sie in großen Kliniken für Anästhesie und Intensivmedizin waren, das waren die allermeisten natürlich, die ich besucht habe. hatten natürlich ein permanentes Intensivteam, das diese Station von vornherein auch ganz professionell strukturiert hat. Wir haben nirgends eine Station gefunden, die letztlich, ich nenne es jetzt so, nebenbei betrieben wurde. Insofern waren die, wenn man das so nennen will, Schwachstellen auf den Stationen in keinem Fall irgendeiner Weise bedrohlich aus unserer Sicht. Die waren schon alle sehr, sehr gut, teilweise exzellent aufgestellt, sodass ich als Peer eigentlich mehr gelernt habe, als wahrscheinlich diese Stationen davon mitgenommen haben. Und bei einer der Stationen, die ich besucht habe, weiß ich, sie haben das Peer Review in der Tat vorangestellt, weil sie eine Zertifizierung über die Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin angestrebt haben. Da haben sie gesagt, da ist doch wunderbar, wir machen vorher ein Peer Review, die zeigen uns dann, wo wir noch ein paar Verbesserungsmöglichkeiten haben. Also das Niveau der Stationen, die wir besucht haben, war hoch. Infolge waren natürlich auch Verbesserungsmöglichkeiten eher im Detail und nicht im Groben. Und das ist ja auch gut so, wenn man an die Patientenversorgung denkt, dass das Niveau da erreicht ist. Es war ein Beispiel, wir haben immer bei uns zum Beispiel

Probleme gehabt, Visiten zu einem bestimmten Zeitplan mit bestimmter auch dann anwesender Besetzung aus Oberarzt, Schichtdienstärztin oder Ärztin und Pflege durchzuführen. Da erinnere ich mich an eine Station, die dieses Problem einfach, was für uns ein Problem war, exzellent gelöst hatten, wo die Visiten wesentlich systematischer durchgeführt wurden und besser vorbereitet waren als bei uns. Und da habe ich dann zum Beispiel gefragt: Wie macht ihr das? Wie schafft ihr es bei dem hohen Grad der Fremdbestimmung, die solche Stationen häufig haben? Wir haben einen Termin in der Radiologie und die Radiologen vergeben für eine CT-Untersuchung einen Termin, ohne Rücksicht darauf, wie unser Stationsablauf ist, sodass wir ständig im Ablauf zerschossen werden. Und das hatte diese Station zum Beispiel exzellent geregelt über Absprachen. Da gab es dann ganz feste Zeiten, in denen eben außer der Visite nichts anderes stattfinden durfte. Das war wirklich ein exzellentes Beispiel, wie man etwas sehr, sehr, sehr gut machen kann. Sonst, mir fällt jetzt ehrlich gesagt bei Fremden gar nicht mehr so viel ein. Das waren Details. Auf einer Station war überhaupt keine Regelung für End-of-Life-Situationen. Das lief dort über einen Intensivmediziner, ein exzellenter Kollege, der das aus seinem Erfahrungsschatz heraus machte. Aber es gab keine Niederlegung, wie sind solche End-of-Life-Sachen anzugehen. Wer ist dabei? Wie werden die Gespräche geführt? Wie wird es dokumentiert? Und so weiter und so fort. Das war in dem Fall eine Anregung, wo die dann gesagt haben, und ich kann mich jetzt gar nicht erinnern, ob sie es umgesetzt haben, ja, da müssen wir das letztlich entpersonalisieren. Es kann nicht sein, dass einer aus seiner Erfahrung das immer kann, das muss immer gehen. Und dazu müssen wir bestimmte Regeln einführen. Das war ein Beispiel, an das ich mich gut erinnern kann. Dann war oft ein Thema Besuchsregelung für Angehörige. Da gibt es ja die beiden Positionen letztlich immer rund um die Uhr die Station offen oder wir brauchen Kernpflegezeiten, wo wir einfach unter uns sein können. Da gibt es keine Besuchszeiten. Das wurde öfters mal diskutiert. Da kamen dann auch Dinge hinein, wofür die besuchte Station eigentlich nicht viel machen kann. Das sind bauliche Umstände. Wir haben Stationen gesehen, wo eben die Angehörigen Wartezimmer letztlich Bänke auf dem Flur waren. Da haben wir angeregt natürlich dann zu sagen, naja, könnt ihr mal mit eurer Bauabteilung schauen, ob man nicht irgendwas machen kann, dass für diese Menschen, die ja immer Schwerkranke besuchen, die verunsichert sind, die von Ängsten geplagt sind, dass die nicht auf einem Flur sind, wo vielleicht dann auch noch vom OP die Betten rein und raus geschoben werden. Das sind schon Sachen, die man in so einem Peer-Review anspricht, auch wenn man weiß, dass man diese Dinge wahrscheinlich nicht auf die leichte Art regeln kann. Umgekehrt gibt es natürlich auch Sachen, die man tatsächlich vor Ort ganz leicht regeln kann. Wir haben in einer Station exzellent gesehen, aufgrund der Einrichtung der Station letztlich Richtung Delir-Propylaxe gearbeitet wurde. Also die hatten gegenüber des Patientenbettes, ist heute ein alter Hut, wir haben es inzwischen auch umgesetzt, aber damals war es das eben nicht noch so, die hatten gegenüber des Patientenbettes eine riesige Uhr und in großen Lettern den Wochentag, sodass der Patient, sofern er nicht ohne Brille gar nichts gesehen hätte, immer wusste, welcher Tag ist heute, welche Jahreszeit und wie viel Uhr es ist. Solche Dinge haben wir natürlich auch angeregt bzw. in unserem allerersten Peer Review auch selber dabei gelernt. Das ging dann bis dahin, dass man Lichtkonzepte für Stationen entwickelt. Wir selber haben jetzt so einen Projektor zum Beispiel, der verschiedene Bilder, sei es Himmel, sei es Baumkronen, so an die Decke der Intensivzimmer projizieren kann, um den Patienten eben nicht immer den Anblick einer kalkweißen Wand im Neonlicht zu geben. Das sind so detaillierte Dinge, die man in der Tat bei so Peer Reviews



ansprechen kann. Und Sie sehen schon daraus, das sind wirklich jetzt Dinge, die im Detail liegen. Und das spricht dafür, wie gut eben die Stationen waren, die wir besucht haben.

SN:

Ja, vielen Dank. Und jetzt nochmal quasi unabhängig von Ihren Erfahrungen, was denken Sie oder wo sehen Sie Potenzial durch das Verfahren Peer Review für die Patientensicherheit beziehungsweise für das Peer Review als qualitätsfördernde Maßnahme?

MW:

Ich denke, der entscheidende Punkt ist, dass die Intensivmediziner und Medizinerinnen, die ein Peer Review machen wollen, ganz bewusst mit Kollegen auf gleichem Niveau nach Verbesserungsmöglichkeiten für die Behandlung ihrer Patienten, aber auch für die Abläufe auf ihren Stationen suchen. Und wenn man Prozesse und auch Abläufe verbessert, ist es meines Erachtens eigentlich immer zum Nutzen des Patienten. Also Peer Review ist schon patientenzentriert. Peer Review hat natürlich jetzt keinen Einfluss, ich hatte es am Anfang schon gesagt, auf irgendwelche Zertifizierungen, irgendwelche großen Plakate, die man an die Wand hängen kann. Also der Vorteil des Peer Reviews für das Pfllegeteam und das Intensivteam, diese Augenhöhe und nicht sanktionierende Möglichkeiten, ist umgekehrt in vielen Krankenhäusern insofern ein Nachteil, weil die Verantwortlichen in der Geschäftsführung zum Beispiel häufig fragen, was bringt mir das tatsächlich? Obwohl ich selbst, und das will ich wirklich unterstreichen, das Verfahren für äußerst wertvoll halte und letztlich glaube ich, dass es den vor Ort, Arbeitenden, Pflegekräften und Ärzten mehr bringt als irgendeine Zertifizierung, wo bestimmte Punkte einfach abgehakt werden müssen.

SN:

Gibt es etwas, was Sie sich für das Peer-Review-Verfahren wünschen? Für die Zukunft, Weiterentwicklung vielleicht?

MW:

Das ist schwierig. Zum einen müsste es irgendwo populärer dahingehend werden, dass mehr Intensivstationen davon wissen und den Wert des Ganzen erkennen. Das ist sicher, ich glaube, dass sehr viele gar nicht wissen, dass es sowas gibt. Das muss man klar sagen. Und das Zweite ist, es ist leider so, wenn es in irgendeiner Form außer dem kollegialen Profit, den man davon hat, etwas gäbe, was das Verfahren aus Sicht auch derer, die es bezahlen, lohnender machen wird, hätten wir einen großen Vorteil davon. Denn es ist, nochmal, es ist ein Verfahren auf Freiwilligkeit und dadurch kommt es, dass eben Leute sich dafür interessieren und anmelden, die von sich erstens von der Sache überzeugt sind und die zweitens sagen, ich bin gut und ich will es auch zeigen.

SN:

Lieber Herr Professor Welte, herzlichen Dank für das Gespräch.

MW:

Ich danke Ihnen. War wirklich schön. Dankeschön.

SN:

Wir danken.



SK:

Hier wird nochmal gut deutlich, was die Durchführung eines Peer Reviews genau bedeutet und vielleicht kann der ein oder andere Zuhörende sich nun ein besseres Bild davon machen.

Wie an zahlreichen Stellen erwähnt wurde, spielt die Interprofessionalität eine große und wichtige Rolle beim Peer Review. Als nächstes berichtet uns Herr Dohle von seinen Erfahrungen als pflegerischer Peer in der Intensivmedizin und Teilnehmer eines Peer-Qualifikationskurses nach dem Curriculum der Bundesärztekammer. Er berichtet, wie er überhaupt zum Peer Review gekommen ist und erläutert seinen Einstieg ins Verfahren sowie die Bedeutung für die Patientensicherheit.

SK:

Herr Marco Dohle ist stellvertretender Pflegedirektor an der Kerkhoff Klinik in Bad Nauheim und war viele Jahre als leitender Fachpfleger auf der Intensivstation tätig. Das Peer Review ITS hat er bereits oft als Peer begleitet. Und herzlich willkommen, Herr Marco Dohle. Und vielen Dank, dass Sie uns heute bei dem Interview begleiten.

Marco Dohle:

Hallo und vielen Dank, dass ich dabei sein darf. Freut mich. Ja, ist echt spannend.

SK:

Ich möchte Ihnen direkt die erste Frage stellen. Welche Rolle haben Sie im Rahmen eines Peer Reviews eingenommen?

MD:

Ich habe jetzt, wenn ich mal kurz nachdenke, dreimal die Rolle des Peers übernommen. Das war jetzt auf die letzten zwei Jahre, zweieinhalb, drei Jahre ungefähr waren es. Also dreimal konnte ich das jetzt machen in verschiedenen Kliniken.

SN:

Und können Sie sich noch an die Anfänge sozusagen erinnern, die Fortbildung? Wie war das so für Sie? Waren Sie so abgelaufen? Welchen Eindruck hatten Sie? Wie fing das alles so für Sie an?

MD:

Erstmal fing das so an, dass der damalige leitende Oberarzt der Intensivstation davon mir erzählt hat, Und ich erst mal gar nichts damit anfangen konnte. Ich musste mich dann erst mal belesen, was das bedeutet und wie das Ganze abläuft. Und ich fand das sehr spannend als Konzept und sehr spannend, einfach mal eine andere Rolle einzunehmen als die der Stationsleitung und immer nur auf seinem Schulhof sozusagen ist. Und dann die Fortbildung fand ich sehr schön, war sehr gut organisiert, gute Dozenten dort. Ich kann mich noch an Kommunikation sehr gut erinnern. Hat mir persönlich sehr viel Spaß gemacht und hat mich auch weitergebracht. Und man hat schon innerhalb der Fortbildung, hat man im Grunde so einen Austausch gehabt mit anderen Kliniken, weil natürlich auch überall herkamen dann Ärzte und Pflegekräfte, die im Grunde daran teilgenommen haben. Das fand ich sehr, sehr spannend. Also waren sehr spannende Tage auf jeden Fall. Und ja, dann kam die Anfrage für das erste Peer Review. Und Ja, war so ein bisschen natürlich Aufregung, wie ist das jetzt, in eine andere Klinik zu gehen und mit jemandem zu reden über die Intensivstation dort, über die Sachen, die dort ablaufen und einen Austausch. War so ein bisschen aufregend, muss man sagen, am Anfang, weil

man auch selber nicht wusste, wie reagieren die anderen darauf? Haben die wirklich Lust darauf? Wollen die das? Ja, ja. Ich kenne es ja von mir aus, dann hat einer eine gute Idee und schlägt das vor und sagt, ja, wir machen das mal, aber dann weiß man erst mal gar nicht, was kommt auf einen zu. Es gab Kliniken, die kannten das schon. Es gab aber auch Kliniken, die das erste Mal gemacht haben, die auch davon gelesen haben oder selber bei der Fortbildung waren, die das schon kennen. Aber es war sehr spannend am Anfang, fand ich, so ein bisschen da reinzukommen in die ganze Sache, wie läuft das Ganze ab und das muss man sagen, wurde aber immer sehr gut begleitet, also dass jede Nachfrage, die ich dann auch zu euch hatte oder die dann auch kamen, die wurden abgeholt. Also es war dann auch relativ entspannt, muss man sagen. Es war nicht so wie so ein Audit, es war nicht so diese Anspannung, sondern es war wirklich kollegial. Das fand ich halt am Anfang sehr schön, hat es mir sehr einfach gemacht.

SK:

Und jetzt greife ich das direkt auf, was Sie so sagen. Sie haben gerade kurz ein bisschen angedeutet über das Peer Review. Wie war das denn so für Sie, den Tag, als das Peer Review tatsächlich stattgefunden hat?

MD:

Ja, wie gesagt, morgens erst mal hinkommen, es ankommen, erst mal zurechtfinden, weil wir waren ja auch in Einrichtungen gewesen, die viel größer sind als die Klinik, wo ich arbeite. Da muss man sich erst mal zurechtfinden. Aber es hat auch immer gut geklappt. Und es ging erst mal um Ankommen, kurzer Smalltalk und dann aber auch ganz klar gesagt, okay, was wollen wir heute sehen? Was wollen wir uns anschauen? Wie läuft der Tag ab? Es war sehr strukturiert und es war sehr auf Augenhöhe. Also es war wirklich nicht wie ein Audit. Das muss man auch echt sagen. Wenn man schon Audits durchgemacht hat oder so, das läuft anders ab. Und weil man sitzt gegenüber jemandem, der von einer Intensivstation kommt und man selber von einer Intensivstation kommt, Es ist sehr kollegial. Es ist sehr niederschwellig auch. Und Was natürlich auch immer gut ist, ist im Grunde die Vorbereitung, die im Grunde die Klinik trifft, die Intensivstation trifft, die im Grunde ausfüllt, die Fragen, den Fragenkatalog ausfüllt. Und da haben wir halt die Möglichkeit, da so ein bisschen dran lang zu hangeln, aber auch vor Ort gehen, uns praktisch das anschauen und auch in das Gespräch gehen mit den Mitarbeitern dort. Und ich fand das sehr spannend. Immer spannende Tage sind das. Also mache ich immer echt gerne.

SN:

Das klingt sehr gut. Ja. Und können Sie sich vielleicht sogar bei einem Peer-Review, was Sie begleitet haben, daran erinnern, welche Maßnahmen so abgeleitet wurden am Ende des Tages sozusagen? Fällt Ihnen da ein Beispiel ein?

MD:

Ob mir ein Beispiel einfällt, es gibt ja positive Sachen, die abgeleitet werden. Es gibt dann aber auch Sachen, okay, wir haben jetzt hier was sehr Negatives, müssen wir es ableiten. Ja. Wo ich jetzt explizit drüber nachdenke, also wir hatten eine Klinik, die haben wir besucht, eine Intensivstation, die sehr viel chirurgische, orthopädische Sachen haben. Und da ist dann auch gefallen, dass das, was im Grunde dort am Patienten liegt, aus unserer Sicht nicht optimal versorgt wird, was von Seiten Physiotherapie kommt. Physiotherapie ist ja oft eine Randnotiz, aber es ist ein unglaublich wichtiger Baustein, vor allem wenn man Patienten auf der Intensivstation liegen hat, die chirurgisch-orthopädischer Natur sind, macht das unglaublich wichtigen Baustein aus. Und

das war so eine Maßnahme, da hat man direkt gesagt, hier, da müsst ihr nacharbeiten. Das schickt nicht eine halbe Stelle für so viele Betten, sondern im Grunde brauchen wir da mehr Manpower, um im Grunde da eine gute Versorgung herzustellen. Das war so eine Maßnahme, die jetzt nicht unbedingt die Pflege und den Arzt betrifft, aber es ist ein wichtiger Baustein. Das ist, was mir so gerade spontan einfällt.

SK:

Ja, und damit greifen Sie im Prinzip schon der nächsten Frage fast vor, außer Sie können es noch weiter ergänzen, denn es wäre ja jetzt genau, welchen Einfluss hat das Peer-Review-Verfahren aus Sicht der Patientensicherheit? Sie haben es gerade kurz benannt, was die Physiotherapie betrifft. Gibt es denn noch etwas anderes dazu, also Beispiele, die Sie nennen können?

MD:

Erst mal prinzipiell zur Patientensicherheit. Es ist so, dass... dass Feedback unglaublich wichtig ist in der Klinik. Dass wir lernen, Feedback geben, dass wir lernen, Feedback anzunehmen, uns Gedanken machen. Und das fördert immer die Patientensicherheit. Beim Peer Review hat es halt das Besondere noch, dass im Grunde Menschen kommen aus anderen Kliniken und ein Feedback geben. Die haben manchmal eine ganz andere Sicht auf die Dinge als jemand, der immer in der gleichen Klinik arbeitet. Der wird auch immer die gleiche Suppe kochen. Außer er bekommt irgendwann Feedback. Und gerade ein Feedback von außen, von Kollegen und Kolleginnen, die schon sehr viel Berufserfahrung hat, bringt einen auf jeden Fall weiter. Das ist ein wichtiger Punkt. Wir hatten auch ein Beispiel. Dort war... ein sehr, sehr starker Personalmangel auf der Intensivstation. Und es ist relativ einfach. Klar, Feedback ist, ihr müsst mehr Personal einstellen. Das reicht nicht dafür. Oder ihr müsst die Betten reduzieren, weil einfach da die Patientensicherheit eine gewisse Gefahr hinläuft, was man nicht komplett abdecken kann über den kompletten Tag. Und da muss man einfach was machen. Also da kann man nicht nur zugehen, sondern muss im Grunde handeln. Aber ich glaube, das Feedback ist, egal in welcher Form, ob das jetzt durch das Peer Review kommt oder auch von intern, ist ein ganz wichtiger Schlüssel für Patientensicherheit.

SN:

Genau, also im Prinzip klang das ja hier und da jetzt auch durch, welche Vorteile eine besuchte Einrichtung im Prinzip hat. Aber fallen Ihnen so aus Peersicht ja noch andere Dinge ein, welches Potenzial das Peer Review so für die besuchten Einrichtungen bereithält?

MD:

Also Potenziale oder das Positive daran ist, dass erstmal A, der erste Schritt, die Klinik, die Intensivstation, sich Gedanken machen muss anhand des Fragenkatalogs. Ich finde den Fragenkatalog auch wirklich super. Wo stehen wir gerade? Was ist gerade der Ist-Zustand? Weil das macht man oft im Alltag nicht. Im Alltag tut man die Patienten abarbeiten, die man hat. Man pflegt, man macht Diagnosen etc. Allein dieser Fragenkatalog sorgt dafür, dass man einmal kurz innehält und sagt, okay, wo stehen wir eigentlich? Wie viel VK haben wir? Wie machen wir das mit Infekten hier? Wie ist unsere Dokumentation? Ich glaube, allein da fängt das schon an. Und die Fragen sind in dem Sinne auch gut gestellt, was man... wirklich dann so einen transparenten Eindruck bekommt, wie diese Klinik funktioniert. Und wir sind ja da vor Ort und stellen ja noch mehr Fragen, die dann auch dort ankern. Aber ich glaube, das ist so der erste Schritt. Der zweite Schritt ist, dass man das auf Augenhöhe macht, sondern dass da Mitarbeiter vor einem



oder Kollegen und Kolleginnen vor einem, die auch aus diversen Einrichtungen kommen und man sagt, Und man bekommt ja auch Feedback und auch die Kollegen dort haben ja im Grunde Erfahrungen gesammelt und können die auch weitergeben, können auch teilen. Und das macht es halt so spannend. Also man wird nicht nur als Klinik, die im Grunde besucht wird, daraus lernen, sondern auch derjenige, der da hinkommt, lernt was und nimmt was mit oder gibt was. Das macht es auf jeden Fall sehr spannend. Aber ich glaube, dass das ein großes Potenzial hat, gerade auf Intensivstationen das weiter auszubauen.

SK:

Vielen Dank erstmal bis dahin und eine allerletzte Frage, die wir Ihnen ganz gerne stellen wollen. Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich für das Peer Review-Verfahren wünschen?

MD:

Das Verfahren als solches würde ich gar nicht ändern, was aber sehr gut wäre, wenn das ein zweites Mal passiert, dass wir nach einem Jahr wieder in die Klinik gehen, am besten mit dem gleichen Team und schauen, was passiert. Dass das weitergeht, dass das nicht einmalig ist. Ich kenne Kliniken, die haben das mal gemacht, aber dann irgendwie zehn Jahre später. Nein, sondern dass man sich sagt, okay, als Klinik, wir machen das regelmäßig, ein Jahr oder zwei Jahre. Es sind ja auch viele Sachen, die dann umgesetzt werden. Das dauert ja auch, viele Sachen dauern auch bis sie umgesetzt werden. Dass man auch mal sieht, wie es weitergeht. Das ist so das Spannende und dann geht man vielleicht einen Weg und kann vielleicht noch unterstützen, dann noch ein Feedback geben und sagt, hier, ihr habt seit dem Weg schon gegangen, ihr müsst nur noch 10% machen und dann habt ihr es sozusagen gut gemacht. Also das wäre so meine Empfehlung. Ich würde mir wünschen, dass dann, wenn man sich entscheidet, ein Peer Review zu machen, dass man sich auch direkt entscheidet, okay, ich mache nach so einer gewissen Zeit noch eins.

SK:

Okay, vielen lieben Dank, das nehmen wir mit. Und ja, danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben und dass Sie uns vor allen Dingen Einblick gegeben haben in Ihrer Position als Peer auf Intensivstation. Herzlichen Dank an Sie, Herr Dohle.

MD:

Gerne, gerne.

SK:

Sicher ist sicher, der Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen. Peer Review in der Medizin, eine Chance für die Patientensicherheit. Ein Podcast in vier Teilen.

SN:

Der Podcast wird in Teil 4: Hessische Verfahren – LAGQH und SAPV fortgesetzt.

Teil 4: "Hessische Verfahren - LAGQH und SAPV"

SK:

Sicher ist sicher - der Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen. Peer Review in der Medizin – Eine Chance für die Patientensicherheit. Ein Podcast in vier Teilen.



SN:

Teil 4: Hessische Verfahren - LAGQH und SAPV

SN:

Wie wir bereits erwähnten, gibt es auch weitere Verfahren, die in Hessen durchgeführt werden. Da ist zum einen das Verfahren der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen – der LAGQH. Sie ist für die administrative Betreuung und technisch-organisatorische Durchführung bei der Umsetzung der externen Qualitätssicherungsmaßnahmen zuständig – basierend auf der DeQS-Richtlinie [6, 13]. Im Rahmen der daraus resultierenden QS-Verfahren hat die Vorgängerinstitution der LAGQH, die GQH, in Zusammenarbeit mit dem Fachausschuss und der LÄKH ein Peer-Review-Verfahren für den Bereich der Cholezystektomie entwickelt – auch als Peer Review „Galle“ bezeichnet. Heute bietet die LAGQH dieses seit einigen Jahren als qualitätsfördernde Maßnahme bei Hinweisen zu qualitativen Auffälligkeiten im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens an.

Wie das Verfahren entwickelt und etabliert wurde und welche Elemente im Gegensatz, aber auch ähnlich dem Peer Review in der Intensivmedizin beinhaltet sind, erläutert uns Herr Dr. Misselwitz.

SN:

Herr Dr. Björn Misselwitz ist Arzt und auch Gesundheitswissenschaftler und trat 1997 als ärztlicher Mitarbeiter in die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen der GQH ein und übernahm 2001 deren Leitung. Mit der vollständigen Überführung der GQH in die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen der LAGQH im Jahr 2022 führt Herr Dr. Misselwitz seine Tätigkeit als Leiter der Organisation bis heute fort.

Lieber Herr Dr. Misselwitz, herzlichen Dank, dass Sie sich Zeit für uns nehmen, um über das Peer Review Galle mit uns zu sprechen.

Dr. med. Björn Misselwitz:

Ja, sehr gerne.

SN:

Wir starten mit der ersten Frage: Seit wann gibt es das Peer Review Galle, und wie hat sich das Ganze entwickelt?

BM:

Ja, tatsächlich ist das eine ganz interessante Geschichte, weil damals, 2012, hatten wir ja schon viele Jahre auch das Verfahren Cholezystektomie, also quasi die Qualitätssicherung der Gallenblasenentfernungen, als bundesweites QS-Verfahren. Und unser damaliger Fachausschuss hat sich ganz intensiv eigentlich auch mit dem Thema beschäftigt und hat so ein bisschen gemerkt: Irgendwie, da hakt etwas, die Datenqualität ist nicht so perfekt. Damals haben wir einen strukturierten Dialog durchgeführt bei auffälligen Ergebnissen, haben die Kliniken angeschrieben, und irgendwie kam die Rückmeldung, die haben sich geärgert, es hat sich irgendwie... man kam nicht so voran mit den schriftlichen Rückmeldungen. Und wie gesagt, Datenqualität war nicht gut, die Auffälligkeiten haben sich wiederholt, und da ist so eine gewisse Unzufriedenheit ausgegangen daraus, beziehungsweise eine Unzufriedenheit ist entstanden. Und dann haben sich so die aktiven Mitglieder mal überlegt: Wie können wir da eigentlich

weiter vorgehen und eigentlich quasi in dem Rahmen auch diese Qualitätssicherung weiterentwickeln? Und da ist die Idee entstanden, dass man - und das hat sich dann an einer Klinik so ein bisschen, ja, mehr oder weniger, ausgemacht - dass man überlegt hat: Ja, wie können wir die Klinik eigentlich begehen? Und wir können hier im Rahmen eines quasi so einer Begehung uns erst mal vor Ort das anschauen und auch die Dokumentation anschauen, aber auch gleichzeitig die Behandlungsqualität uns überlegen oder uns anschauen und mit den Kollegen sprechen. Und ich habe mir da auch das Protokoll noch mal angeschaut dieser ersten Begehung. Die war dann damals rein ärztlich, quasi. Zwei Mitglieder des Fachausschusses haben sich da getroffen in der Klinik, und das war, als ich das Protokoll angeschaut habe, habe ich richtig gemerkt: Ja, da wächst was draus, also aus diesem damaligen, aus dieser damaligen Begehung. Und daraus kam dann die Idee bei dem Fachausschuss auf: Lass uns doch da mehr draus machen, nämlich: Versuchen wir doch da, das irgendwie in so einem Regelbetrieb durchzuführen. Das heißt einfach: regelmäßig Begehungen durchführen und regelmäßig diese Gespräche mit den Kliniken eigentlich halten. Und dann kam auch mehr oder weniger die Idee auf, beziehungsweise hat man eigentlich dann gemerkt: Ja, es gibt doch auch ein Verfahren in der Bundesärztekammer, das ärztliche Peer Review damals, das auch so einen gewissen ähnlichen Ansatz hier hat. Und da wurde dann gleich überlegt: Lass uns das doch mal vielleicht so gemeinsam zusammenfassen, dass wir einerseits unsere Begehung in der Qualitätssicherung, aber auch diese Idee des ärztlichen Peer Reviews zusammenführen. Und der Fachausschuss hat sich damals - und hier muss ich einen Namen besonders nennen, das war Herr Professor Andreas Zielke, der sich da sehr engagiert hat in dem Bereich - die haben dann ein Konzept entwickelt, quasi mit den Bestandteilen des ärztlichen Peer Reviews aus dem Curriculum und mit quasi fachspezifischen Ideen, die aus der Qualitätssicherung der Cholezystektomie heraus gewonnen wurden. Und dieses Konzept tatsächlich, das wurde dann mehr oder weniger 2013 entwickelt und auch unserem Lenkungsausschuss vorgestellt, weil natürlich ging es da schon eigentlich um die Finanzierung des Ganzen. Also sprich, das war schon auch von vornherein immer auch ein wichtiger Punkt, dass so ein Verfahren auch finanziert werden muss in der Form, dass zumindest die Peers hier auch entsprechend vergütet werden und auch, dass die Schulung übernommen wird für das Peer Review. Also sprich, dass letztendlich auch die Kollegen, die ärztlichen, die da Interesse haben, ja, nach dem Curriculum der Ärztekammer geschult wurden. Und man hat das dann kombiniert, wir haben uns damals mit der Landesärztekammer Hessen auch zusammengesetzt und überlegt: Können wir da was gemeinsam machen, ein Schulungskonzept entwickeln, das auch die Bestandteile der Kommunikation dieses Peer Reviews, aber auch die Bestandteile des Fachspezifischen zusammenbringt. Und dieses Konzept wurde dann auch tatsächlich so umgesetzt, und 2014 wurden dann die ersten Schulungen auch durchgeführt und auch gleichzeitig schon die ersten beiden Peer Reviews in dem Bereich. Wie gesagt, die Finanzierung von dem Lenkungsgremium, die bis heute auch existiert, jetzt auch im Rahmen der LAGQH, das war einer der Meilensteine, dass das Verfahren auch überhaupt in der Form da begonnen wurde und bis heute auch nach wie vor durchgeführt wird. Jetzt muss ich gleich weitermachen, weil die Fragen, wie das dann sich entwickelt hat, oder vielleicht wollen Sie auch zwischendurch mich mal unterbrechen, Frau Nahlinger, weil letztendlich: Ich könnte jetzt eine Stunde weiterreden, weil das ist ja schon ein Erfolgsmodell gewesen. Und ich habe das damals, meine Kollegin hat das begonnen von der GQH damals, und ich war selber richtig baff, wie dann unsere Fachausschussmitglieder, welche Eigendynamik sich da entwickelt hat und wie die mehr oder weniger innerhalb von einem Jahr ein tolles

Konzept entwickelt haben. So ein bisschen als Grundlage war auch das DIVI-Verfahren, also das heißt, man hat sich da viel abgeschaut von dem DIVI-Verfahren, was ja da eigentlich immer, denke ich mal, auch die Mutter aller Peer Reviews ist, kann man ja nach wie vor so sagen, und hat da viele Aspekte draus genommen, hat aber das noch ein bisschen erweitert mit so spezifischen Dingen. Zum Beispiel einer der Punkte, oder zwei, genau, zwei Punkte kann man hier auch erwähnen, die etwas besonders bei unserem Peer Review sind, nämlich einmal die OP-Begehung. Also sprich, ein Bestandteil des Peer Reviews ist auch, dass die Chirurgen, die daran teilnehmen, dass die wirklich eine Cholezystektomie, also eine Gallenblasenentfernung, hier auch mehr oder weniger beiwohnen, und zwar von der Einschleusung der Patienten bis Ausschleusung der Patienten. Das ist natürlich das Schöne auch bei den, weil das ja primär heutzutage laparoskopisch durchgeführt wird, die Gallenblasenentfernungen, dass man dann auch sehr gut quasi nicht nur im Vorfeld, wie ist im Prinzip die Einleitung, wie ist auch die, wie ist es in dem OP-Gebiet, wie ist die Kommunikation zwischen OP-Personal, OP-Schwestern, Operateuren. Aber man kann natürlich auch der Operation, die kann man gut zuschauen, weil sie ja immer eine Optik haben, wo sie dann auch parallel sich den Eingriff anschauen können. Man kann also auch tatsächlich auch, ja, das Chirurgische bewerten oder diskutieren und sich anschauen und auch danach dann die Ausleitung. Und wie gesagt, das war eigentlich schon ein besonderer Punkt in diesem Peer Review. Der zweite Punkt, den ich zu erwähnen habe, ist natürlich auch das Thema, dass wir, das hatte ich am Anfang erwähnt, weil ja die Dokumentation ja immer auch ein Problem war: Wird überhaupt richtig in der Qualitätssicherung dokumentiert? Dass man auch dem einen Fokus gewidmet hat und dass wir quasi auch, das hat sich dann so, ja, ganz gutgetan, dass, während die Chirurgen im OP waren, haben dann Mitarbeiter der Geschäftsstelle sich dann die Akten so ein bisschen angeschaut und geschaut: Ist denn die Dokumentation auch so in der Form? Man hat sich das anhand von quasi gezielten, aber auch zufällig ausgewählten Akten hat man dann die Qualitätssicherungsdokumentation angeschaut und hat auch die betrachtet und geschaut, ob es hier halt auch wirklich sich die gleichen oder ob es hier Unterschiede gibt.

SN:

Genau. Können Sie uns einmal so einen Ablauf sozusagen erläutern? Also wie kommt überhaupt die Einrichtung dazu, gereviewt zu werden, sozusagen? Wo ist da der Startpunkt und wie sind dann so die Abläufe? Also Sie sagten ja schon, es ist ähnlich auch dem DIVI-Verfahren sozusagen, aber wie Sie ja andererseits auch schon sagten, es hat auch wirklich sehr interessante Besonderheiten, das Galle-Verfahren. Könnten Sie uns da einmal so einen Ablauf von Anfang, Auslöser bis Ende Bericht sozusagen erläutern?

BM:

Also tatsächlich der Auslöser, das ist ja schon mal ein ganz wichtiger Punkt, weil der dadurch, dass wir ja quasi hier aus der Qualitätssicherung kommen, ist es ja immer die Frage, inwieweit das Ganze als obligates oder als freiwilliges Verfahren zu sehen ist. Und wir haben das von, deswegen ist es gut, dass Sie es auch erwähnen, wir haben, natürlich haben wir einerseits auffällige Leistungserbringer, die auffällig sind in Qualitätsindikatoren, aber wir haben immer auch gesagt, wir wollen auch Häusern das anbieten auf freiwilliger Basis. Also genau, freiwilliger Basis heißt, sie können sich selber melden für ein Peer Review. Freiwillig muss es immer sein, das heißt also, das ist auch bei den Kliniken, das ist jetzt auch ein ganz guter quasi mehr oder weniger

Blick, wie wir es jetzt durchführen, weil Peer Review selber ist ja auch Bestandteil der DEQS-Richtlinie, also der Richtlinie für die einrichtungsübergreifende datengestützte Qualitätssicherung. Und das war für uns immer wichtig, dass es eigentlich immer nur als freiwilliges Verfahren gilt, das wir den Kliniken anbieten. Also sowohl Kliniken, die auffällige Ergebnisse haben, aber auch Kliniken, die jetzt von sich aus auf uns zukommen und sagen, sie möchten so ein Peer-Review-Verfahren durchführen. Was wir auch gemacht haben, wir haben zum Teil auch Kliniken gesagt, die jetzt bei dem QSR-Verfahren der AOK auffällig sind, wo wir gesagt haben, da können wir eigentlich auch mal speziell nachfragen, aber das ist jetzt in den letzten Jahren eher weniger geworden. Wie ist der Ablauf? Der Ablauf, Sie haben es schon ganz gut gesagt, orientiert sich schon sehr an das DIVI-Verfahren. Das heißt, wir haben im Prinzip auch hier das Thema der Selbstauskunft. Das heißt, die Klinik füllt im Vorfeld einen Selbstauskunftsbogen aus, der sowohl Strukturabfragen beinhaltet, aber auch spezifische Fragen zum Gallenblaseneingriff, Indikationsstellung zu den Prozessen und den Abläufen vor Indikationsstellung im stationären Verlauf, aber auch quasi bis zur Entlassung. Dann werden auch in dem Selbstauskunftsbogen Dinge zur Qualitätssicherung abgefragt, Dokumentation, aber auch beispielsweise: Wie gehe ich mit den Berichten um der LAGQH oder auch mit den Stellungnahmeverfahren? Was wir auch in den letzten Jahren mit aufgenommen haben, sind solche Aspekte wie auch Patientensicherheitsfragen, die hier immer auch beim Selbstauskunftsbogen auch quer mehr oder weniger den Kliniken gestellt werden. Das ist auch das, wie dann nachher, wenn wir dann die Kliniken vor Ort besuchen, das auch erst mal eine gewisse Zeit einnimmt, dass quasi der Selbstauskunftsbogen noch mal gemeinsam besprochen wird mit den Peers. Das nimmt immer auch ganz schön viel Zeit in Anspruch, weil man dann halt noch mal auf die Fragen genau eingeht und sich gegebenenfalls auch Dokumente zeigen lässt, hier mit abgefragt in dem Bogen. Und dann, nachdem quasi, also ja klar, standardmäßig Eröffnungsrunde mit Vorstellung, das kennen wir ja auch, und dann die quasi intensive Befassung mit dem Selbstauskunftsbogen. Wenn das dann vollbracht ist, dann teilen sich die Gruppen auf, dann gehen die Chirurgen in den OP und schauen sich dann eine Gallenblasenentfernung an. Natürlich muss ich nicht erwähnen, dass die Patienten vorher ihr Einverständnis hier abgeben und informiert werden darüber und dass der Datenschutz entsprechend auch gewährleistet ist. Und parallel schauen sich dann Mitarbeiter der LAGQH dann entsprechend ausgewählte Akten an. Das läuft dann in der Zeit immer so ein bis zwei Stunden. Dann trifft man sich wieder und die Chirurgen und auch die Mitarbeiter der LAG, die schauen sich noch mal gemeinsam spezielle Fälle aus den Akten an, die auch komplikativ waren, und bewerten dann noch mal die entsprechenden, ja, Situationen. Danach werden dann wieder quasi, also gibt es dann noch mal so eine Phase, wo sich dann die, man sich noch mal Gedanken macht. Da wird dann im Prinzip noch mal so eine Art Fremdbewertung durchgeführt, also ohne jetzt, dass die Klinik ja dabei ist. Dann werden die Ergebnisse der Selbstbewertung oder des Vormittags und auch der OP und des Aktenstudiums werden noch mal zusammengefasst und gemeinsam im Prinzip bewertet. Und dann kommt eigentlich das, ja, letztendlich das zentrale Thema, dass noch mal die Mitarbeiter dann der Klinik hier einbezogen werden. Und was ich übrigens erwähnen möchte, dass es nicht nur Ärztinnen und Ärzte sind, also auch Chefarzt, Oberärzte, sondern auch zum Teil OP-Personal oder auch Verwaltung, von der Verwaltung, Qualitätsmanagement und auch gegebenenfalls auch von der Geschäftsführung, wenn das gewünscht ist. Das ist, glaube ich, auch ein Punkt, der muss zumindest einmal hier erwähnt werden. Und bei dem Abschlussgespräch, da werden dann im Prinzip die, ja, die ganzen Erkenntnisse aus dem Vormittag und aus dem OP und aus den

Akten, dem Aktenstudium gemeinsam besprochen. Man hat dann eine ganz klare Struktur auch mit so einer sogenannten SWOT-Analyse, wo wir dann im Prinzip erst mal mit Selbst- und Fremdbewertungen die entsprechend aufarbeiten. Da haben wir so ein Spinnendiagramm, was das ganz schön auch grafisch darstellt, wird dann auch präsentiert über einen Beamer. Und dann bei der SWOT-Analyse halt mit Schwächen, Stärken, Chancen und Risiken kennt man ja dieses Verfahren. Und das ist dann auch der Kern, wo man dann gemeinsam auch natürlich, und das ist auch immer wichtig, auch dann nicht immer nur kritische Dinge bespricht, sondern halt auch mal Dinge schaut, die einem auch auffallen, die gut in der Klinik laufen, die auch, ja, vielleicht sogar mit Best-Practice-Beispielen ganz gut hier dargestellt werden können, aber auch positiven Aspekten, die hier im Rahmen, ja, des Tages so hervorkommen, die herausgefunden wurden. Und dann hat man natürlich auch die kritischen Punkte, die man hier anspricht. Und letztendlich entsteht dann aus dieser SWOT-Analyse so eine Zielvereinbarung, die mit der Klinik geschlossen wird. Ich sage es mal ganz vorsichtig, weil das ist auch immer alles wieder auf freiwilliger Ebene, also eine Art Selbstverpflichtung der Klinik, die wir dann gemeinsam mit so einer Zielvereinbarung darstellen, dann auch am besten natürlich mit verantwortlichen Personen und mit auch bestimmten Terminen, die hier entsprechend festgelegt werden. Also so ist der grobe Tagesablauf. Und das Ganze geht schon auch dann, ja, fängt dann morgens eigentlich um neun an und geht bis 16 Uhr, also man hat schon den ganzen Tag zu tun, was vielleicht auch manchmal ein Punkt ist, warum Kliniken da erst mal ein bisschen abgeschreckt sind, weil sie halt doch den ganzen Tag dann auch damit beschäftigt sind. Aber gut, ich denke, da profitieren letztendlich auch alle davon, sowohl die Peers als auch die Kliniken, wenn man sich dann einen ganzen Tag hier auch die Zeit nimmt.

SN:

Haben Sie jetzt aus den, ja, jahrelangen Erfahrungen mit den Peer Reviews, ja, und zahlreiche, wie viele sind es insgesamt?

BM:

Genau, habe ich jetzt tatsächlich noch mal rausgefunden. Wir haben also 36 Peer Reviews mittlerweile durchgeführt in den Jahren. Es gab natürlich eine Phase jetzt unter Corona, da haben wir da nicht so viel gemacht, aber es ist jetzt wieder mehr oder weniger ins Laufen gekommen. Und interessant ist auch Folgendes dabei, dass ja auch in der Richtlinie, die ich vorhin erwähnt habe, in der vom Gemeinsamen Bundesausschuss, dass da ja auch der Begriff Peer Review auf einmal genannt ist als eine der entsprechenden Maßnahmen, die durchgeführt werden kann bei Leistungserbringern. Und das war natürlich für uns noch mal eine Motivation zu sagen, ja, super, wir haben hier was Gutes, was wir quasi, was entwickelt ist, was auch seit Jahren, wo wir viel Erfahrung auch haben. Und genau da können wir jetzt wieder ansetzen und können das auch hier einsetzen. Natürlich auch da immer wieder der Punkt: Kann man eine Maßnahme, die in der Richtlinie steht, dann auch wirklich so als freiwilliges Verfahren auch anbieten? Aber das geht. Wir haben jetzt mittlerweile auch die Erfahrung gemacht, jetzt seit letzten Jahren, wir bieten das den Kliniken an, auch als Maßnahme, wenn sie auffällig bewertet wurden. Und dann können die Kliniken halt auch sagen, nee, sie haben da kein Interesse, dann gibt es andere Möglichkeiten von Maßnahmen. Also es ist eigentlich ein Angebot, was wir als LAGQH den Kliniken geben, das durchzuführen.

SN:

Sie sind ja jetzt schon quasi auf die Richtlinie vom GBA eingegangen und dass da das Peer Review ja auch mittlerweile erwähnt wird. Deswegen würde ich die Frage einfach mal gerade vorgeifen, wie sich denn so ganz grundsätzlich die externe Qualitätssicherung und das Peer Review miteinander verknüpfen lassen. Also Sie machen das ja im Prinzip schon, aber wo sehen Sie da noch so die weiteren Chancen, dass das zukünftig eben auch, da es jetzt in der Richtlinie auch mit drin ist, miteinander zu verknüpfen?

BM:

Also genau, das ist natürlich so ein gewisses, also sagen wir mal, das ist so ein bisschen kritisch, weil natürlich in so einem Richtlinien-, sagen wir mal, -Paket ist ja immer die Frage, wie obligat können Sie so was durchführen oder wie verpflichtend ist so was durchzuführen. Und wir haben aber tatsächlich, wir sehen da eine große Chance, dass das doch eigentlich ganz gut klappt. Und man muss mal so rum sagen, wir haben ja im Rahmen der Richtlinie ein sogenanntes Stellungnahmeverfahren bei auffälligen Qualitätsindikatoren, wo wir dann auch auf die Kliniken zugehen. Und primär ist es ein schriftliches Stellungnahmeverfahren, was wir hier durchführen. Und so ein Stellungnahmeverfahren wird dann quasi mit einer Bewertung, schließt es ab, so ein Verfahren. Und wenn jetzt eine Klinik auffällig bewertet ist oder wird von unserer Fachkommission, dann ist es so, dass die Fachkommission dann auch sagt, hier würden wir ein Peer Review empfehlen bei der Klinik. Und damit kommen wir in diesen Charakter rein. Ja, wir bieten den Kliniken so ein Peer Review an in der Cholezystektomie für die Gallenblasenentfernung. Und tatsächlich haben es in den letzten Jahren auch einige Kliniken auch dieses Angebot angenommen und haben sich dann da, ja, entsprechend gemeldet und wir haben das dann auch da hier durchführen können. Wichtig ist vor allen Dingen dabei immer eins, was wir den Kliniken auch sagen müssen: Das Peer Review ist dann hier nicht mehr da, um die Stellungnahmeverfahren quasi hier zu wiederholen, sondern wir haben ein Stellungnahmeverfahren, das ist abgeschlossen, es liegt eine Bewertung vor und auf Grundlage der Bewertung wird dann ein Peer Review angeboten. Was wir natürlich auch machen, wir bieten auch anderen Häusern Peer Reviews an, die nicht auffällig sind, aber das wird jetzt natürlich, ja, weniger angenommen. Ich hatte ja vorhin schon ein Beispiel genannt, gerade im Rahmen von dem AOK-Verfahren QSR ist es auch teilweise für uns eine Möglichkeit, dass wir Häusern, die jetzt zum Beispiel nur ein Bäumchen haben, sagen, hier könnt ihr mal ein Peer Review machen, dann könnt ihr mal schauen, liegt wirklich ein Problem vor oder nur bei der AOK mit ihrem Bäumchen. Was, denke ich, auch zu erwähnen ist, ist, dass wir natürlich auch im, und das ist, glaube ich, haben wir in den letzten Jahren auch gut gemerkt, dass natürlich im Rahmen eines Peer Reviews dann auch diese Aspekte der Qualitätssicherung sehr gut auch mit den Häusern auch noch mal besprochen werden können. Wir können uns die Dokumentation anschauen. Vielleicht muss ich dazu erwähnen, dass ja bei der Gallenblasenentfernung das QS-Verfahren sich so ein bisschen gewandelt hat. Es ist ja von einem QS-datenbasierten Verfahren in so ein Routinedatenbasiertes Verfahren gegangen. Das heißt also, das Verfahren selber, da ist jetzt im Prinzip so, dass die Kodierung von OPS und ICD-Codes, dass die hier eine große Bedeutung spielt. Und daher ist auch das Bestandteil des Peer Reviews, dass wir uns schauen, ob eventuell hier Kodier-Probleme eine Rolle spielen bei auffälligen Ergebnissen. Das kann also auch da sehr gut diskutiert werden und besprochen werden. Was wir auch machen im Peer Review, ist, dass wir zum Beispiel die Berichte noch mal gemeinsam mit den Kollegen durchgehen, die ja die Kritik erstellt, die

Ergebnisberichte, und dass wir da noch mal auch gewisse Hinweise geben, wie sie die zu lesen haben, wie sind die Indikatoren zu verstehen. Also auch da haben wir das Peer Review mittlerweile so als ganz gute Option sehen oder sehen wir dieses Peer Review als gute Option, so ein bisschen diese, sagen wir mal, Methodik und auch dieses QS-Verfahren etwas näher zu bringen in den Kliniken und damit auch, ja, vielleicht sogar ein bisschen die Akzeptanz zu dem Verfahren zu erhöhen. Also das würde ich hier, glaube ich, ja, kann man ganz gut hierzu sagen.

SN:

Genau, also jetzt haben Sie ja schon mal so ein paar Dinge auch erläutert, was so dabei rauskommen kann, sozusagen, oder worauf man da besonders auch, ja, Rückschlüsse ziehen kann. Oder haben Sie noch ein paar Beispiele so aus Ihrer Erfahrung heraus, was es so für Maßnahmen, Vorschläge oder Verbesserungspotenziale beim Peer Review so rauskommen, ohne natürlich jetzt jemanden zu outen. Aber gibt es da irgendwie, ja, noch Dinge oder auch mal Best-Practice-Dinge, die da so rausgekommen sind bei einem Peer Review? Haben Sie da Beispiele für uns?

BM:

Ja, tatsächlich so ein paar Beispiele. Also was vielleicht immer so ein, das hat sich in den letzten Jahren auch so ein bisschen herauskristallisiert, was immer so ein Thema ist bei den Peer Reviews, ist so diese interdisziplinäre Zusammenarbeit in den Kliniken und vor allen Dingen hier zwischen Internisten und Chirurgen. Das kann jeder, denke ich mir, ja, bis Viszeralchirurg auch bestätigen, wenn es zum Beispiel um die akute Galle geht oder auch um die im Prinzip Nachbehandlung von Gallensteinen, die jetzt nicht im Rahmen der Operation aus dem Gallengang entfernt werden können. Dann ist ja wichtig, die Zusammenarbeit mit den Internisten, dass das funktioniert. Und da haben wir ganz häufig tatsächlich angeregt, gemeinsam mit den Internisten SOPs für beispielsweise die akute Galle zu entwickeln oder auch Verfahren bei, ja, mehr oder weniger, wenn der Gallenstein nicht entfernt werden kann, gegebenenfalls sogar über Kooperationsvereinbarungen, wenn jetzt die Kliniken gar nicht über diese entsprechenden Strukturen verfügen für solche Dinge. Also das war so ein Punkt, der ja tatsächlich häufiger vorkam. Was auch immer für uns wichtig war, ist, dass wir darauf geachtet haben, dass Schulung und Fortbildung, dass da einfach dann eine, ja, sagen wir mal, auch regelmäßig, ja, daran gedacht wird mit Maßnahmen, weil wir immer auch gemerkt haben, dass da oft Defizite tatsächlich vorlagen diesbezüglich. Und da gab es dann halt auch Anregungen, inwieweit man hier, ja, die Kliniken weiterbringt. Manchmal sind es auch ganz andere oder einfache Dinge, wo man im Prinzip auch die Aktenführung und Dokumentation zum Beispiel zur Indikationsstellung fokussiert. Dann sieht man einfach, dass gewisse Dinge einfach nicht nachvollziehbar sind. Und wenn es da so Dinge sind, dass man anregt, ihr müsst zumindest irgendwie auch die entsprechende Bildgebung hier dokumentiert haben in der Akte oder Anregung, inwieweit zum Beispiel bei Gallenblaseneingriffen auch die, man hat ja da permanent eine Kamera mitlaufen, dass man wenigstens auch die entscheidenden Bilder auch ablegt in der Dokumentation. Manchmal sogar die Anregung, dass man die Filme auch beibehält, zum Beispiel auch aus Schulungszwecken oder dass man gegebenenfalls im Nachgang noch mal so einen Eingriff sich anschauen kann. Also das sind solche Dinge, die mir jetzt spontan einfallen. Man müsste jetzt noch mal genauer die ganzen SWOT-Analysen anschauen, da ist wirklich vieles eigentlich dann auch enthalten. Aber ich denke, der Schwerpunkt ist eigentlich schon, dass man gerade

solche SOPs gemeinsam noch mal überarbeitet oder noch mal anregt, um hier die Abläufe zu optimieren.

SN:

Ja, das sind ja ganz konkrete Dinge tatsächlich, die die Einrichtungen da mitnehmen können, sozusagen. Und was kriegen Sie so für Rückmeldungen von den besuchten Einrichtungen oder auch von den Peers, wo Sie so sagen würden, das sind besonders positive Aspekte an dem Peer Review, sozusagen, für die, die es dann auch betrifft oder aber vielleicht auch Nachteile beziehungsweise nicht Nachteile, sondern eher vielleicht Hindernisse, auch bezogen auf die, die das vielleicht ablehnen, so eins machen zu wollen?

BM:

Was wir primär, also grundsätzlich durchführen, ist ja eine Evaluation, wo wir ja dann quasi erst immer direkt nach dem Peer Review oder auch sechs Monate später noch mal so einen Bogen schicken. Da sind eigentlich die Meldungen immer sehr, Rückmeldungen oder immer sehr positiv auch, auch zum Teil, was die Ziele angehen, die wir vereinbart haben. Und man muss ganz klar sagen, dass natürlich unter dem aktuellen Druck auch, der gesundheitspolitisch da ist, mit Leistungsgruppen und sowas, dass natürlich das einen anderen Aspekt gewonnen hat. Man hat manchmal den Eindruck, dass ja auch Kliniken sich natürlich was davon versprechen, von so einem Peer Review, dass sie eventuell hier sich auch besser positionieren können im Rahmen der jetzt Einteilung von Leistungsgruppen oder insgesamt auch. Und dass natürlich da auch vielleicht ein gewisser Druck aus der Verwaltung kommt. Das würde ich jetzt eher so als kritischen Aspekt sehen, weil natürlich dann eventuell auch so ein Peer Review, ja, eine andere Dynamik annimmt, wenn dann der Geschäftsführer da daneben sitzt. Das Positive daran ist eigentlich immer, dass man, und das ist ja auch dann, sagen wir mal, die Bedeutung, dass die Peers so geschult sind, dass quasi dieses auf Augenhöhe, dass man Verständnis zeigen kann, weil die Peers, gerade die Chirurgen, die da sind, natürlich selbst die Erfahrung haben in ihren Kliniken mit Hürden, die sie umgehen müssen oder mit auch, ja, quasi auch Problemen, die sie selber tagtäglich erleben, dass sie das Verständnis aufbringen können und dann entsprechend auch damit so eine, sagen wir mal, ein Vertrauensverhältnis zustande kommt. Und das wird eigentlich immer sehr positiv, sowohl von Peers als auch von den teilnehmenden Kliniken berichtet. Und manchmal ist es dann mehr oder manchmal weniger, dass dann auch so eine offene Diskussion dann entsteht. Und ich habe auch nicht selten erlebt, dass die Peers selber auch Dinge mitgenommen haben, die jetzt ganz gut in der Klinik gelaufen sind, wo sie gesagt haben, also das ist eigentlich eine tolle Sache, können wir bei uns eigentlich auch mal einführen und damit auch selbst davon profitiert haben. Letztendlich ist es so, dass natürlich immer wieder die Frage ist, inwieweit auch dann die Klinik, wenn es einen freiwilligen Aspekt hat, auch bereit ist, gewisse Dinge auch durchzuführen. Das hatte ich auch gemerkt, dass tatsächlich die hier, die Kliniken, als wir diese Abschlussgespräche hatten, dass die eigentlich sehr, sagen wir mal, nachdem vorher so eine Skepsis war, man sieht es ja dann, wenn man so eine Selbst- und Fremdbewertung sieht und dann die Fremdbewertung hat doch ein bisschen Abweichung von der Selbsteinschätzung. Also Kliniken schätzen sich in vielen Punkten, sagen wir mal, anders oder besser ein, je nachdem der Fremdbewertung, dass dann natürlich erstmal, man muss dann erstmal so eine gewisse, sagen wir mal, Skepsis spürt man dann, ob das Ganze wirklich gut ist, aber dann, wenn das Gespräch dann so eine Dynamik aufnimmt, dann kommt man auch

ganz schnell, dass man am Schluss, an einem Abschlussgespräch eigentlich eine Offenheit erlebt und dann auch sieht, dass gerade wenn man so gemeinsame Ziele hier bespricht, die vereinbart werden, dass die dann auch hier eigentlich angenommen werden und auch positiv angenommen werden und nicht irgendwie als Kritik gesehen werden. Und das ist vielleicht auch der Punkt, den auch, das ja auch, glaube ich, immer wichtig ist, zu erwähnen ist, wo sich das Peer Review gegenüber so einem Audit absetzt, wo wir dann nicht irgendwie klare Standards haben, die hier erfüllt werden müssen, sondern wo man im Prinzip gemeinsam solche Dinge erarbeitet und ja quasi auch positive Aspekte ja von beiden Seiten mitgenommen werden.

SN:

Und nun die Abschlussfrage, Herr Dr. Misselwitz. Was wünschen Sie sich für das Peer Review in Zukunft? Sei es Weiterentwicklung oder Verbesserung oder ja wie, was stellen Sie sich vor? Was wünschen Sie sich?

BM:

Ja, also einerseits ist es natürlich so, nachdem ja auch die Bundesärztekammer ihr Curriculum so ein bisschen quasi ausgeweitet hat und mehr als jetzt Peer Review in der Medizin auch den Fokus auf das Ärztliche so ein bisschen mehr oder weniger genommen hat, ist es auch für uns, denke ich, mir nochmal ein Hinweis gewesen, dass inwieweit wir auch unser Peer Review ein bisschen ausdehnen können und noch mehr diese Interdisziplinarität da einbauen können. Aber einerseits natürlich auch nicht nur auf die Ärzte bezogen. Was wir jetzt schon machen, ist, dass wir das QM sehr mit einbeziehen, Qualitätsmanagement. Wir finden viele Aspekte der Patientensicherheit haben wir mit aufgenommen. Gegebenenfalls könnte man halt auch überlegen, ob man noch mehr Pflegepersonal mit einbezieht. Das wäre ein Punkt. Aber auch gerade so die beispielsweise die beteiligten Abteilungen Anästhesie, Innere, die hier vielleicht auch noch mit dabei sein könnte. Was bei uns natürlich wünschenswert ist, dass wir auch andere Verfahren, Peer Reviews, entwickeln, wie jetzt für die Gallenblasenentfernung. Das erfordert natürlich ein großes Engagement von Personen. Da brauchen Sie halt Protagonisten, die sich hier einsetzen. Aber man könnte sich das gut vorstellen. Also ich habe Wir haben ja neben der Viszeralchirurgie oder Gallenblasen-Entfernung viele andere Themen, die da gut auch sich eignen würden für Peer Review-Verfahren, die wir hier sehr gut ansetzen könnten. Das wäre ein großer Wunsch, den ich auch hätte. Natürlich ist auch das ein Punkt, das hatte ich am Anfang ja erwähnt, dass eine gewisse Finanzierung auch vorliegt. Wir haben jetzt das große Glück in Hessen, dass tatsächlich das von unseren Kostenträgern übernommen wird. Zumindest die Peers auch hier vergütet werden. Und das ist natürlich ein Punkt, der schon, sagen wir mal, eine Bedeutung hat. Einerseits ist es auch eine Wertschätzung gegenüber den Peers und natürlich ist es dann auch leichter, Peers zu gewinnen, wenn sie hier entsprechend vergütet werden. Unabhängig davon suchen wir natürlich immer Peers. Das ist deswegen auch ein großer Wunsch, dass wir wieder hier Schulungen beziehungsweise das Schulungen durchgeführt werden, beziehungsweise dann auch sich Teilnehmer finden, die bereit sind, so eine Schulung durchzuführen. Das ist ja auch ein Punkt, der, glaube ich, immer wichtig ist. Und dass sich natürlich auch Kliniken mehr oder weniger von sich aus mehr bereit erklären, bei solchen Peer Review Verfahren teilzunehmen und vielleicht auch erkennen, dass sie eigentlich nur davon profitieren können. Also letztendlich ist es so, dass wenn man in so eine Klinik geht und auch so ein Verfahren

durchführt, man findet natürlich immer was. Das ist klar. Keine Klinik ist perfekt. Man hat immer irgendwelche Dinge, wo man sagen kann, hier gibt es noch Punkte, wo man sich optimieren kann oder wo man mehr oder weniger noch Prozesse oder Strukturen noch verbessern kann. Aber letztendlich habe ich in keinem einzigen Peer Review irgendwie festgestellt, dass die Kliniken selber nicht auch oder auch die Peers, dass sie nicht voneinander profitiert haben. Deswegen ist so dieses, sagen wir mal, die Frage, inwieweit man die Kliniken oder auch die Abteilungen noch mehr hier vielleicht informieren kann, dass sie eigentlich von sowas profitieren und dass sie auch freiwillig an so einem Verfahren teilnehmen. Und das würde ich mir sehr wünschen, dass wir da vielleicht auch gerne über die Ärztekammer noch ein bisschen mehr Werbung machen, vielleicht sogar über diesen Podcast oder was auch immer.

SN:

Ja, eben. Vielleicht können wir hiermit auch unter den Zuhörenden ein paar motivieren, zu Recht, für das Verfahren. Ich bedanke mich ganz herzlich bei Ihnen für das sehr informative und interessante Gespräch. Herzlichen Dank.

BM:

Ja, gerne.

SK:

Wie Dr. Misselwitz erwähnt: das Verfahren lebt von der Motivation aller Beteiligten, ohne Muss etwas verändern und verbessern zu wollen. Dies zeigt sich, wenn wir auf die bisherigen Gespräche zurückblicken, sowohl bei der Entwicklung der Verfahren als auch bei der eigentlichen Durchführung. Das Verfahren blickt durch und durch positiv auf die Fehlerkultur im Gesundheitswesen oder besser gesagt „Sicherheitskultur“. Das wird im folgenden Gespräch nochmal deutlich, in dem uns Herr Professor Hellinger als erfahrener Peer, Besucher und auch Fachexperte des „Galle“-Peer Reviews an seinen Erfahrungen teilhaben lässt.

Herr Professor Hellinger ist Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie und Klinikdirektor der Allgemeinviszeral-, Endokrinen- und Onkologischen Chirurgie am Klinikum Fulda. Die Klinik von Herrn Prof. Hellinger wurde im Rahmen eines Peer Reviews von einem Peer-Team besucht. Er und sein Team nahmen am Peer-Review-Verfahren Cholezystektomie teil. Herzlich willkommen, Herr Professor Hellinger, und vielen lieben Dank, dass Sie sich heute die Zeit nehmen, mit mir dieses Interview zu führen.

Professor Dr. med. Achim Hellinger (AH):

Ja, sehr gerne. Vielen Dank.

SK:

Ich möchte Ihnen direkt die erste Frage stellen und die lautet: Welche Rolle haben Sie bisher im Rahmen eines Peer Reviews eingenommen?

AH:

Ja, also ich habe drei Rollen eingenommen. Zunächst mal war ich bei der Entwicklung des Peer Reviews Cholezystektomie hier in Hessen im Rahmen der Qualitätssicherung Cholezystektomie mitbeteiligt. Und ja, da bin ich so ein Stück weit eigentlich zufällig hingekommen durch einen Kollegen, der diese Idee geboren hatte. Und die Idee war dann geboren. Wir haben uns



Gedanken dazu gemacht, haben gesagt, okay, das muss natürlich wirklich fundiert laufen und nicht zuletzt auch von der Landesärztekammer Hessen, aber natürlich auch von der Bundesärztekammer gibt es ja das Angebot einer Peer-Review-Ausbildung. Und wir haben dann gesagt, okay, das machen wir jetzt erstmal, um wirklich auch die entsprechende Vorbereitung für diese Themen zu haben. Es war dann damals so, dass das Peer Review Intensivmedizin etabliert wurde und wir daraus natürlich schon viele Informationen bekommen konnten. Ja, und das war dann die dritte Rolle, dass ich dann auch gesagt habe, okay, ich mache nicht nur diese Ausbildung, sondern ich mache auch mal so ein Peer Review mit. Ich bin sozusagen mit meinem Team mit der Klinik besucht worden von einem Expertengremium und allein durch diesen Besuch war mir klar, dass diese Idee nicht einfach nur eine Idee bleiben sollte, sondern dass wir jetzt bezogen auf Hessen an dieser Idee weiterarbeiten sollten, die wirklich auch in die Realität umsetzen sollten. Also es war ja am Ende dann eine Kooperation mit der, heute sagen wir, Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung, mit dem Team um Herrn Misselwitz und natürlich mit der Landesärztekammer Hessen, mit der das Ganze dann in Progress gekommen ist und eigentlich auch heute schon fast in einer perfekten Struktur für jeden abrufbar ist.

SK:

Wie haben Sie denn die Vorbereitung darauf empfunden? Sie haben ja sicherlich mit der Landesärztekammer gesprochen. Es mussten aber auch intern sicherlich Absprachen getroffen werden. Wie war das denn? Wie haben Sie das empfunden?

AH:

Ja, also sehr, sehr positiv. Das ist natürlich jetzt sehr allgemein. Man muss wissen, dass der erste Schritt, den man machen muss, ist ja eine Vorbereitung dieses Peer Reviews. Und das macht man mit einem sogenannten Selbstbewertungsbogen. Und dieser Selbstbewertungsbogen, der hat jetzt am Ende fünf Perspektiven, wo verschiedene Qualitäten abgefragt werden. Also das heißt, eigentlich macht man sowas wie eine Selbstreflexion oder mit einem Akronym SWOT-Analyse, also Stärken, Schwächen und so weiter. Und das heißt, allein dadurch, dass man diesen Selbstbewertungsbogen ausfüllt mit seinem Team, fallen einem schon verschiedene kleinste Aspekte auf, wo man sagt, da könnte eine kleine Unschärfe sein oder da haben wir vielleicht gar keine Verfahrensanweisung oder Standard Operative Procedure, also Verfahrensanweisung. Und das heißt, man sieht dann schon, wo können vielleicht kleine Lücken bestehen. Man kann auch natürlich positiv sehen. Deswegen spreche ich immer nicht gerne von Fehlerkultur, ich spreche lieber von Sicherheitskultur, weil wir so vieles gut machen. Aber eben dieses kleine Stückchen, was zur Perfektion fehlt, da wissen wir ja alle, dass das besonders viel und intensive Arbeit benötigt. Aber natürlich vorerst, man braucht eine Erkenntnis. Und dafür ist das Peer Review also richtig gut geeignet, wir sind im Alltag viel unterwegs. Wir haben unglaublich viele Dinge, die wir parallel im Multitasking entwickeln. Und dann kommt dann irgendwann mal, wenn man so ein ganz klein bisschen Ruhezeit hat, bringt man die Dinge zu Papier. Aber hier ist auch einfach auch für mich nochmal die Aufforderung gewesen, haben wir eigentlich in den Prozessen, die wir haben, in der Philosophie, die wir haben und so weiter, haben wir da genügend Schärfe? Also, Entschuldigung, ich fasse nochmal zusammen sehr, sehr positive Erfahrungen allein schon in dieser ersten Phase, nämlich der Selbstbewertung.

SK:

Jetzt haben Sie jetzt so ein bisschen was über die Vorbereitung erzählt. Wie haben Sie denn das Peer Review an sich empfunden?



AH:

Ja, also jeder kann das ja nachlesen. Da wird der Begriff auf Augenhöhe beschrieben. Und da kann ich nur sagen, die Fachexperten, so nannten sich damals die Peers, weil das war, wie gesagt, im Prinzip auch noch so ein Stück weit in der Etablierung von dem, was wir jetzt hier in Hessen für das Thema Cholezystektomie machen, da waren wirklich Fachexperten da, wo man auch wusste, das sind gestandene Viszeralchirurgen, Gastroenterologen. Also auch hier diese Interdisziplinarität ist ein ganz wichtiger Aspekt. Und das heißt, wir haben da wirklich einen kollegialen Austausch gehabt. Und ich will es vielleicht so zusammenfassen, es ist natürlich schwierig, aus der Perspektive der Peers persönlich zu berichten, aber ich glaube, dass wir alle voneinander profitiert haben. Das ist ja eigentlich fast so wie auf einem Kongress. Man nimmt dort Wissen mit, aber hier ist es auch so, dass man selber viel Wissen einbringt und das Ganze zusammengetragen, daraus wird dann ein Schuh. Also sehr, sehr auf Augenhöhe, sehr kollegial und immer auch faktenbezogen und lösungsorientiert, wenn man so will.

SK:

Dann kann ich gleich die nächste Frage im Zuge dessen stellen, weil Sie es gerade schon so schön angerissen haben. Welche Maßnahmen konnten denn daraus abgeleitet werden in den Klinikalltag?

AH:

Ja, also wir haben mehrere Maßnahmen sogar abgeleitet. Vielleicht will ich eine besonders herausheben. Und wir haben unter anderem auch Cholezystektomie, haben uns ja auch genau überlegt, welchen Zielparameter, welche Diagnose, welche Behandlungs- oder welche Krankenhausbilder nehmen wir denn da? Hier jetzt eine operative Prozedur. Und Cholezystektomie ist ein schönes Beispiel, was eigentlich alle, das machen ja alle Kliniken, sind nicht nur zehn Kliniken von ungefähr 130 Kliniken in Hessen, sondern es sind eben alle Kliniken. Und das heißt, wir können dieses Verfahren auf alle Kliniken anwenden. Das Verfahren selber ist so gut strukturiert, dass wir so viele Informationen bekommen über das, was in einem Krankenhaus passiert, bezogen auf eine Trigger-Diagnose. Und wir können vor allem, und das ist das, was ich jetzt herausstellen will als Maßnahme, das war ja Ihre Frage, dieses Thema Interdisziplinarität auch sehr gut beantworten. Also, wir haben ja die Situation beim Gallensteinleiden, dass wir häufig eine Cholezystolithiasis haben, aber auch seltener eine gleichzeitige Choledocholithiasis, da haben wir das Konzept des therapeutischen Splittings. Und dieses therapeutische Splitting, das hängt nun davon ab, wie Interdisziplinarität, aber auch Interprofessionalität in so einem Krankenhaus funktionieren. Und dann bekommt man plötzlich den Fokus und man schaut nach und sagt, mein Gott, wie viele Stunden hat das denn benötigt beispielsweise. Also wir sind da schon sehr gut gewesen, weil wir eine gute Kooperation haben in unserem Haus. Aber wie immer, es gibt immer Verbesserungspotenziale. Und das war eigentlich für mich nochmal so ein ganz wesentlicher Punkt. Allein auch aus dem Grunde, weil der ist aus einer einzigen Position auch schwer zu beeinflussen. Aber wenn man jetzt dieses Ergebnis zusammengetragen hat und man setzt sich wiederum interdisziplinär zusammen, wir haben eine sogenannte viszeralmedizinische Konferenz, die einmal in der Woche stattfindet, da besprechen wir auch solche strukturellen Dinge und da haben wir jetzt mal die Informationen gehabt. Und erst wenn man die Informationen hat, also die Daten, dann kann man natürlich auch erst Maßnahmen entwickeln und das war in diesem Fall bei uns im Rahmen dieses Peer Reviews dann auch der Fall.

SK:

Und würden Sie das Peer-Review-Verfahren auch wiederholen?

AH:

Ja, das ist eine sehr gute Frage. Also das Peer Review ist ja im Prinzip, wie ich vorhin schon mal angedeutet habe, wir haben fünf Qualitäten, die wir untersuchen, also von Prozessqualität bis zu Ergebnisqualität. Und der Mechanismus, oder genauer gesagt, die Methodik des Peer Reviews ist ja, dass wir sogenannte Surrogate, also Proxy-Parameter ausgewählt haben in diesem Verfahren. Und die wiederum betrachten ganze Gesamtabläufe. Und die wiederum wie so ein Mosaik, was hinterher aus einzelnen Steinen ein Bild ergibt, setzt sich dann das Gesamtbild darin, zum Beispiel der Qualitätspolitik oder, ich sage jetzt mal, der Umsetzung evidenzbasierter Daten in dem klinischen Alltag beispielsweise, jetzt mal als ganz hohe Bedeutung aus meiner Sicht. Also das heißt, wie aktuell ist eine Mannschaft informiert und wie schaffen sie das, diese Informationen, diesen Import von Wissen in die Abteilung zu bringen, in das Krankenhaus zu bringen und damit dann eben Abläufe auch entsprechend positiv beeinflussen zu können. Und da könnte man ja jetzt sagen, okay, wenn da einmal ein Peer Review stattgefunden hat, dann ist das ja alles gut. Aber es ist eben immer so, dass wir Generationenwechsel haben, also verschiedene Situationen, die zu neuen Voraussetzungen führen. Im Übrigen aus meiner Sicht auch jetzt gerade, gesundheitspolitisch, also Dinge, die wir selber ja gar nicht beeinflussen können. Ich sage jetzt mal, ohne dass ich das weiter ausführe, dass ich da teilweise wirklich schockiert bin, was da von uns verlangt wird, aber trotzdem ist es unsere Aufgabe, die bestmöglich umzusetzen. Und deswegen glaube ich, dass ein Peer Review, was in einem beispielsweise neuen gesundheitspolitischen Rahmen stattfindet, wiederum einen sehr positiven Eintrag haben kann in diese Umsetzung. Und dann ist vielleicht auch noch so dieses geflügelte Wort voneinander lernen, einfach, das kann man natürlich auch anders machen, aber eben ein Peer Review ist etwas, was eine externe Validierung, eine externe Beurteilung mit sich bringt. Und ich glaube, der Blick von außen, der ja ungefärbt ist, ich selber bin subjektiv, könnte dazu neigen, dass ich sage, ist doch alles gut. Aber nein, das möchte ich nicht machen, sondern ich möchte von außen hören, dass alles gut ist. Dann kann auch ich sagen, ja, es ist alles gut.

SK:

Ja, das haben Sie schön gesagt. Welches Potenzial, würden Sie denn sagen, steckt in einem Peer Review?

AH:

Ja, eben ein enormes. Also sagen wir, es kann ja auch sein, dass ein Peer Review endet damit, dass die externen Fachexperten sagen, Junge oder Mädchen oder an das Team, ihr macht das einfach richtig gut. Ja. Wir haben hier Kleinigkeiten und so weiter. Es ist eben ja anders als normales Auditieren im Rahmen einer Zertifizierung, sondern es ist wirklich eine sehr dezidierte Analyse von Abläufen, von Kooperationen, von Kommunikationen, von dem Wissensmanagement und, und, und. Also Bereiche, die in Zertifizierungen vielleicht, wenn überhaupt, nur andeutungsweise erfasst werden. Und deswegen ist das aus meiner Sicht eben ein sehr wertvolles Instrument. Und was ich ja auch ganz gut finde, ich meine, das ist jetzt mal mit den Zertifizierungen vom IQ-TIC anders, weil das ja so ein Stück weit ergebnisorientiert eingesetzt wird. Ursprünglich ist ja eigentlich die Idee, dass man sagt, ja, ein Peer Review ist ein ganz freiwilliges Instrument und das finde ich aus dem Grunde bedeutsam, weil man selber ja entscheiden kann, okay, ich setze mich eben mit dieser Expertise auseinander. Und wenn man das freiwillig macht, dann ist das ja auch schon ein wiederum Surrogatparameter dafür, dass man auch bereit ist, Veränderungen einzuleiten. Das ist die Grundlage. Also wenn man Veränderungen gar nicht machen möchte, wenn man nicht das Verlangen hat, festzustellen, dass Selbstreflexion eines der wichtigsten Qualitäten und Tugenden insbesondere auch in der Medizin ist, weil es geht ja um unsere Patienten und letztendlich um das Thema Patientensicherheit. Wir wollen möglichst



gute Arbeit machen. Wir wollen möglichst gute Ergebnisse haben. Und wir wollen, dass unsere Patienten nicht in einem Risikoprofil landen, wo man selber vielleicht eben mit der Information von außen das Ganze auf ein Minimum oder vielleicht sogar nahezu eliminieren kann.

SK:

Ja, Herr Professor Hellinger, dann möchte ich Ihnen ganz gerne noch eine abschließend letzte Frage stellen. Was wünschen Sie sich denn für das Peer Review?

AH:

Ja, also ich wünsche mir für das Peer Review, dass es mehr freiwillige Nutzer gibt. Also es ist so, dass das ist es natürlich ein Aufwand, aber dieser Aufwand, der zahlt sich und das möchte ich in diesem Podcast vielleicht mitgeben, der zahlt sich einfach aus. Und es geht ja nicht darum, dass man sozusagen negative Kritik befürchten muss oder sozusagen. Es ist ja eben ein kollegialer Austausch. Und wenn es gelingt, dass diese Teams, das ist auch eine Atmosphäre im Übrigen, die man schaffen muss, und das fällt in den Verantwortungsbereich meiner Ansicht nach der Peers, dass die es schaffen, schon bei der Eröffnungsveranstaltung für diese Teams, Kommunikation auf Augenhöhe und auch für das vertrauliche Umfeld. Sagen wir mal, das ist, da liegt ja alles in Datenschutzkriterien etc. man redet darüber nicht, sondern es ist ein abgeschlossenes Verfahren. Und das heißt, deswegen habe ich mich auch vorhin so geäußert. Man muss da nicht irgendwie mit Sorge umgehen. Man muss auch nicht in Sorge jetzt bezogen auf die geschäftsführende Klinikleitung eingehen, die ja auch in das Verfahren mit involviert sein kann in bestimmten Phasen des Peer Reviews. Also ich wünsche mir, dass die Offenheit besteht, dass der Wunsch zur Selbstreflexion in der Kombination mit einer externen Validierung sich sozusagen ausbreitet. Ich weiß, wir haben alle wenig Zeit. Wir haben unsere Leistungen, die wir erbringen müssen und für die wir auch uns rechtfertigen müssen. Wir müssen Mitarbeiter weiterbilden. Aber auch das, wenn ich nur allein diesen Bereich nehme, ich glaube, da können wir alle voneinander lernen. Und das ist ja unsere Zukunft. Unsere Mitarbeiter sind die Zukunft, die Weiterbildung, die diese Mitarbeiter bekommen, qualifizieren sie in der Zukunft und sichern auch unseren medizinischen Standort. Also das ist so mein Wunsch. Mehr Akzeptanz des Verfahrens, ist zumindest mein subjektiver Eindruck. Und es nicht eben als ein böswilliges, schädigendes Instrument sehen, sondern ganz im Gegenteil. Es soll unterstützend sein, es soll eine Hilfestellung sein und dazu führen, dass wir alle samt hier in Hessen einfach in einem guten Struktur- und Prozessumfeld unsere medizinische Qualität an die Patienten geben können.

SK:

Ja, Sie haben es eben gerade schon gesagt gehabt, Zeit ist Mangelware. Deshalb ganz herzlichen Dank nochmal explizit für Ihre Zeit, die Sie sich genommen haben, um dieses Interview mit mir zu führen. Und ja, ich wünsche Ihnen und Ihrer Klinik weiterhin gutes Gelingen und alles Gute für die Zukunft. Besten Dank.

AH:

Ich bedanke mich sehr und ich wünsche einen schönen Tag. Vielen Dank für die Möglichkeit, dass ich mich zu dem Thema äußern durfte.

SK:

Danke Ihnen.



AH:

Tschüss.

SK:

Dass das Peer Review insbesondere in komplexen Versorgungsbereichen einen Mehrwert leistet, zeigt sich auch im Verfahren des Fachverbands Spezielle ambulante Palliativversorgung Hessen. Federführend hierfür ist Frau Michaela Hach, Geschäftsführerin des Fachverbands. Sie hat das QS-System für den SAPV in Hessen entwickelt und wurde dafür sogar 2018 mit dem Anerkennungs- und Förderpreis für Praxisinitiativen und -projekte in der Palliativversorgung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ausgezeichnet. Der „lebendige Teil“ des QS-Systems, wie Frau Hach sagt, ist das Peer Review-Verfahren. Der Fachverband SAPV in Hessen hat die Idee des Peer Reviews aufgegriffen, da unter anderem das Prinzip der guten Qualität durch kollegialen Dialog auf Augenhöhe und des voneinander Lernens Überzeugungen sind, die der Fachverband SAPV schon immer unterstreicht [14]. In unserem Gespräch erläutert sie, wie das Verfahren entwickelt wurde und warum das Verfahren einen großen Mehrwert liefert.

SK:

Frau Michaela Hach ist Pflegeexpertin für Palliativ Care, zertifizierte Case-Managerin sowie Referentin, Dozentin und Autorin. Sie ist Vorsitzende des Bundesverbandes der Bundesarbeitsgemeinschaft SAPV und Geschäftsführerin des Fachverbandes Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Hessen e.V., kurz SAPV.

Herzlich Willkommen Frau Hach.

MH (Michaela Hach):

Ja, vielen Dank für die Einladung.

SK:

Herzlichen Dank, dass Sie daran teilnehmen und mitwirken.

Frau Hach, ich würde ganz gerne direkt mit der ersten Frage beginnen, und die lautet wie folgt: Seit wann gibt es das Peer Review SAPV und wie hat es sich entwickelt?

MH:

Die Idee des Peer-Review-Verfahrens kommt ja ursprünglich nicht aus der SAPV. Die methodische Grundlage des Peer Review in der Medizin, dass die Bundesärztekammer entwickelt hat, ist die Grundlage, an der wir uns sehr orientiert bzw. auch angelehnt haben. Dahinter steckt ein Gedanke, der speziell auch mich und unseren ganzen Verband bis heute überzeugt: Gute Qualität entsteht nicht nur durch Richtlinien und Kennzahlen, sondern vor allem dadurch, dass erfahrene Kolleginnen und Kollegen miteinander ins Gespräch kommen und voneinander lernen. Genau diesen Gedanken haben wir als Verband SAPV Hessen aufgegriffen und auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung übertragen. Denn gerade unsere Arbeit ist unglaublich komplex und aufwendig und auch radikal patientenorientiert. Wir begleiten Menschen in ihren letzten Lebensphasen, in hochbelasteten Situationen, und arbeiten dabei in multiprofessionellen Teams.

Vieles, was gute Palliativversorgung ausmacht, lässt sich eben nicht in einer Statistik oder durch Standards abbilden. Deshalb war es für uns konsequent, ein Verfahren im Rahmen des QMs zu entwickeln, das genau diese Aspekte sichtbar macht und aufgreift. Das Peer Review hat sich aus unserer Sicht zu einem wichtigen Instrument entwickelt, weil es Qualität nicht kontrolliert,



sondern gemeinsam weiterentwickelt. Und das ist so ein Grundgedanke, den wir von Anfang an in der SAPV in Hessen auch geprägt haben und im Miteinander entwickelt haben.

SK:

Okay, dann erstmal herzlichen Dank für den Einblick, den Einführenden. Wie läuft denn das Peer-Review-Verfahren SAPV bei Ihnen in ab?

MH:

Also, wichtig, oder was mir am Peer Review-Verfahren besonders gefällt, ist die offene und wertschätzende Atmosphäre. Also nicht dieses Kontrollieren, davor haben ja auch viele Leistungserbringer oder auch Teams, die eine gewisse Sorge und Angst. Natürlich gibt es einen klaren Ablauf: Das Team bereitet sich vor, stellt Themen zusammen und Fallbeispiele, und reflektiert die eigenen Arbeitsabläufe zuvor. Anschließend besucht ein interprofessionelles und multiprofessionell zusammengesetztes Peer-Team die Einrichtung. Und dann passiert eigentlich das Wichtigste: Man kommt miteinander ins Gespräch. Es wird gemeinsam auf konkrete Versorgungssituationen geschaut, man diskutiert die Entscheidungen, Prozesse und Abläufe, spricht über Herausforderungen, aber auch über Dinge, die besonders gut gelingen. Ich empfinde die Rolle des Peers immer als die Rolle eines kritischen Freundes, also eine sehr freundschaftliche Basis. Es geht nicht darum, Fehler zu finden oder jemanden zu bewerten oder auch das Gefühl, abzuwertend zu sein. Vielmehr stellen die Peers Fragen, geben Impulse und teilen auch ihre eigenen Erfahrungen. Und deswegen ist es so eine gegenseitig befruchtende Möglichkeit, wo alle Beteiligten auch etwas davon haben. Häufig entstehen gerade aus diesen Gesprächen gemeinsame neue Ideen oder auch einzelne neue Ideen, die man anschließend im eigenen Team, auch in den Teams der Peers zum Beispiel, umsetzen kann. Und am Ende erhält das Team eine strukturierte Rückmeldung mit Stärken und Entwicklungsmöglichkeiten. Aber auch diese Rückmeldung versteht sich nicht als Bewertung, sondern als Angebot zur Weiterentwicklung. Und das Peer Review-Verfahren, also verfahrenseigner, ist der Fachverband SAPV, der im Prinzip auch diese Peers zusammenstellt, in enger Abstimmung mit der Landesärztekammer Hessen. Da sind wir auch in einer engen Abstimmung und auch im engen Austausch. Und was wir sehr begrüßen, ist auch, dass der Austausch institutionell übergreifend, würde ich es jetzt mal beschreiben, auch weiterentwickelt wird, indem wir zum Beispiel die Qualifikationen der Peers zusammen auch mit den Kollegen aus der Intensivmedizin machen, wo wir auch noch mal weiter den Horizont erweitern können und hier auch voneinander über die eigenen Versorgungsgrenzen hinaus praktisch auch noch weiter erweitern können. Und ja, noch mal viele Aspekte, die auch im Miteinander, weil wir ja auch Berührungen zur Intensivmedizin und zu anderen Schnittstellen haben, dadurch einfach noch mal für alle voneinander profitieren können.

SK:

Ja dann herzlichen Dank, Sie haben eben gerade schon erwähnt gehabt, dass die Berufsgruppen beteiligt multiprofessionell und interdisziplinär sind. Welche sind das denn im Detail? Welche Berufsgruppen sind denn da beteiligt?

MH:

Also erst mal möchte ich betonen: Das Peer Review spielt genau das wieder, was SAPV eigentlich ausmacht, und das ist die Interdisziplinarität und Multiprofessionalität. Deswegen sind Ärzte und Ärztinnen genauso beteiligt wie Pflegefachpersonen oder auch psychosoziale Fachpersonen, die wir seit diesem Jahr auch mit in die Qualifizierungsmaßnahmen reinnehmen. Wir haben erst mal mit den Ärztinnen und Ärzten und Pflegefachpersonen begonnen, weil in der SAPV erst mal geregelt ist, dass es eine ärztlich-pflegerische Tätigkeit ist. Bei den Kinderteams sind die psychosozialen Fachpersonen mit integriert. Bei den Erwachsenen haben wir das leider noch nicht

erreicht, aber viele Teams haben über drittmittelfinanziert auch psychosoziale Fachpersonen mit im Team. Und ich halte das für einen ganz entscheidenden Punkt, diese Multiprofessionalität und auch die Peers dementsprechend zu qualifizieren und mit in die Peer Group zu nehmen. Weil gute Palliativversorgung entsteht nie aus der Sicht einer einzelnen Berufsgruppe. Erst wenn verschiedene Perspektiven zusammenkommen, entsteht ein vollständiges Bild der Versorgung und Behandlungs- sowie Unterstützungsmöglichkeiten und Bedarfe für die individuelle Patientensituation und auch die Situation der Angehörigen.

SK:

Welche Rolle spielt das Peer-Review im gesamten Qualitätssicherungssystem der SAPV?

MH:

Also für mich ist das Peer Review eigentlich die lebendige Seite der Qualitätssicherung. Wir haben ein QM-System, wofür wir auch von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin schon ausgezeichnet wurden, für die ambulante Qualitätssicherung. Und wir brauchen selbstverständlich Qualitätsindikatoren, Dokumentationen und auch Kennzahlen. Sie zeigen uns, was wir leisten. Und ein solches System haben wir über alle Teams, über den Fachverband SAPV, bereits seit 2010 etabliert. Also zum Beginn schon der SAPV-Versorgung, was bundesweit einmalig ist. Aber das Peer Review beantwortet noch zusätzlich eine andere Frage: Also, wie gelingt gute Versorgung tatsächlich im Alltag? Wie können wir patientenzentriert eine qualitativ hochwertige Versorgung sichern und auch weiterentwickeln? Was braucht es in einem Team, um dies gewährleisten zu können? Das sind Fragen, die wir auch im Peer Review-Verfahren mit aufgreifen. Und gerade in der Palliativversorgung spielen Kommunikation, Zusammenarbeit, Haltung und ethische Entscheidungen eine enorme Rolle, und das kann man kaum in Zahlen ausdrücken. Deswegen ergänzt das Peer Review-Verfahren die klassischen Instrumente der Qualitätssicherung hervorragend. Es bringt die Menschen miteinander ins Gespräch, regt zur Reflexion ein und stärkt eine Kultur des gemeinsamen Lernens. Und genau das macht für mich den eigentlichen Wert dieses Verfahrens aus.

SK:

Ja. Und Sie haben zu Anfang schon gesagt, dass Sie sich am Curriculum der Bundesärztekammer dabei orientieren. Welche Grundlagen, also Qualitätssicherungsindikatoren, werden genutzt?

MH:

Also zunächst, ja, möchte ich erwähnen: Natürlich basiert dieses Peer Review-Verfahren auf den klaren fachlichen Grundlagen. Und dazu gehört in der SAPV der SAPV-Rahmenvertrag nach § 132d SGB V, der ja einen Qualitätsrahmen abbildet. Das Qualitätshandbuch, das wir in der SAPV in Hessen entwickelt haben, und das Manual des Fachverbandes SAPV Hessen und die Methodik des Peer Reviews der Bundesärztekammer. Im Review werden die Kernprozesse betrachtet. Unter anderem geht es da um die Behandlung des komplexen Symptomgeschehens, die Kommunikation mit Patienten, Patienten und Angehörigen, mit beteiligten Versorgungspartnern von anderen Versorgungssettings, ethische Entscheidungsprozesse, das Notfallmanagement, die Zusammenarbeit im und im gemeinsamen Behandlungsplanung des multiprofessionellen Teams und der Organisation der Versorgung.

Wichtig ist mir aber zu betonen: Die Qualitätsindikatoren sind keine Checkliste, die einfach abgearbeitet wird. Sie dient viel mehr als eine Gesprächsgrundlage. Entscheidend ist immer der gemeinsame fachliche Austausch darüber, wie gute und qualitätsgesicherte Versorgung gelingen kann. Grundlagen sind auch die Datenerhebung des einzelnen Teams, die wir auch über

den Fachverband steuern. Das heißt, wir haben eine Gesamtauswertung: Wie ist die SAPV Hessen aufgestellt? Welche Qualitätsindikatoren, an denen man sich orientieren kann? Das sind so Symptomindikatoren, aber auch Strukturindikationen und Prozessindikatoren, die aber als Diskussionsgrundlage dafür dienen, um regionale Besonderheiten auch noch mal identifizieren zu können und gemeinsam diskutieren zu können im Peer Review-Verfahren.

Weil, wenn ich zum Beispiel in einer Region bin, wo ich kein stationäres Hospiz als Unterstützung zur Verfügung habe, es weit und breit keine Palliativstationen gibt, brauche ich vielleicht andere Unterstützungsprozesse oder habe auch andere Indikatoren, was zum Beispiel eine Krankenhauseinweisung betrifft, als in einer Region, wo ich viel mehr Verfügbarkeit habe von Strukturen, die da einfach auch mehr Unterstützungsmanagement bieten können. Und das ist ja kein Fehler des Teams, sondern es beantwortet ja dann auch die Fragestellung: Was ist in dieser Region anders? Und was kann man zum Beispiel auch aus diesen regionalen Unterschieden auch lernen? Und diese kritischen Punkte haben wir, glaube ich, in Hessen gut aufgegriffen. Und deswegen haben wir gut eingeübt, das auch nicht in einer Kritik zu verfassen, sondern in so einem Selbstlearning-Effekt. Und das sind wichtige Qualitätsindikatoren, die durchaus viele Variablen darstellen und auch abbilden.

SK:

Ja, Sie haben es jetzt schon im Interview teilweise erwähnt, welchen Mehrwert das Peer Review für die SAPV hat, einzelne Aspekte aufgeführt, wie eben gerade gesagt, Selbstlearning als auch Reflexion. Aber vielleicht können Sie es trotzdem noch mal umfassend ergänzen, welchen Mehrwert denn für die SAPV dafür entsteht, dadurch, dass Sie das Peer Review durchführen.

MH:

Ja, also der größte Gewinn, den sehe ich darin, dass wir voneinander und miteinander lernen. Und das ist eine Basis, die wir im Gesundheitswesen irgendwie häufig nicht abgebildet sehen, weil man immer gleich so in dieser Perspektive ist: Man übt Kritik oder man wird kritisiert. Das ist auch so eine Hemmschwelle. Ich bin ja auch Bundesvorsitzende, da sehe ich das auch in anderen Regionen, hier aufeinander zuzugehen. Und ich glaube, das ist der größte Gewinn, dass wir da im Prinzip eine andere Haltung auch entwickeln können und diesen kritischen Freund hier in den Vordergrund stellen können. Und jedes SAPV-Team, jeder einzelne Mitarbeiter in dem Team entwickelt im Lauf der Jahre ja eigene Erfahrungen und auch sehr kreative Lösungen für schwierige Situationen oder auch Rahmenbedingungen. Wir wissen, im Gesundheitswesen verändern sich die Rahmenbedingungen, und wir wissen nicht, ob es eigentlich besser wird. Im Moment stehen ja die Zeichen nicht so positiv dem gegenüber.

Und deswegen brauchen wir ja auch den gemeinsamen Dialog. Und das ist eine Haltung, die speziell auch ich und unser Verband hier in Hessen immer wieder auch mit eingebracht hat. Und im normalen Alltag bekommt man davon aber häufig gar nichts mit. Und im Arbeitsalltag entwickeln sich auch unbemerkt unter Umständen blinde Flecken, die einfach sich so entwickeln, weil die Rahmenbedingungen vielleicht so sind und man gar nicht so die Gelegenheit bekommt oder im Arbeitsalltag verschwindet das mal, sich selbst wieder reflektieren zu können. Oder man reflektiert sich und sieht diese blinden Flecken nicht. Und dieses Peer Review-Verfahren schafft genau diesen Raum für diesen Austausch, also gemeinsam sich diese Prozesse anzuschauen. Und ich erlebe schon immer wieder, dass auch die Vorbereitung zum Beispiel auf so ein Peer Review-Verfahren im eigenen Team schon viele Gespräche anstößt. Also die Vorab-Analyse, plötzlich hinterfragt man Routinen, diskutiert Abläufe und entdeckt selbst schon Verbesserungspotenzial, ohne vielleicht schon auch eine Lösung dafür parat zu haben, die vorher gar nicht bewusst waren.

Und darum geht es letztlich, nicht darum, besser zu sein als der andere, sondern gemeinsam besser zu werden oder auch Unterschiede zu verstehen, die in den Rahmenbedingungen in dieser Region andere Lösungen zum Beispiel abverlangt oder andere Qualitätsindikatoren vielleicht auch noch mal hervorhebt, als das in einer anderen Region ist. Und davon profitieren aber am Ende des Tages unsere Patienten und Patientinnen und ihre Angehörigen.

SK:

Und dann zu guter Letzt noch die Frage, Frau Hach: Was wünschen Sie sich für das Peer Review-Verfahren?

MH:

Also ich wünsche mir das Peer Review in Zukunft selbstverständlich zum Qualitätsverständnis aller SAPV-Teams in Deutschland gehört. Nicht, weil es vorgeschrieben wird, sondern weil die Teams selbst erleben, wie hilfreich dieser kollegiale Austausch ist und was es ihnen für einen Mehrwert einfach auch bringt für das einzelne Team. Außerdem wünsche ich mir, dass wir mehr ausgebildete Peer Reviewer gewinnen können und die Erkenntnisse aus den Reviews stärker für die Weiterentwicklung der SAPV nutzbar wird, sowohl fachlich, aber auch wissenschaftlich. Und vielleicht, und das ist mein wichtigster Wunsch, dass wir die Grundhaltung des Peer Reviews-Verfahrens bewahren und auch verinnerlichen. Also nicht immer gleich in diese Abwehrhaltung gehen, sondern wirklich in den konstruktiven Austausch gehen und hier diesen Mehrwert erkennbar machen. Also Vertrauen statt Kontrolle und Neugier statt Bewertung.

Und ich wünsche mir die Überzeugung, dass Qualität vor allem dort entsteht, wo Menschen bereit sind, offen darüber miteinander zu sprechen und voneinander zu lernen. Und ich glaube, das ist der eigentliche Geist des Peer Reviews. Und das macht dieses Verfahren für mich so wertvoll und so interessant.

SK:

Vielen lieben Dank für die letzte Aussage, und das nehmen wir gerne so mit. Und ich bedanke mich bei Ihnen ganz herzlich, dass Sie das Interview mit uns heute geführt haben und wünsche Ihnen und dem Verband auf jeden Fall alles Gute für das weitere Vorgehen, für diese wertvolle Tätigkeit, die Sie da machen.

MH:

Ich danke Ihnen. Und ja, ich freue mich auf den weiteren Austausch und hoffentlich gewinnen wir viele Neugierige, die sich auch ebenfalls für dieses Verfahren begeistern können. Vielen Dank.

SK:

Das hoffen wir auch. Ja, herzlichen Dank.

SN:

Insbesondere in den Gesprächen mit den Expertinnen und Experten, die Peer Review bereits als Peer und/oder Besuchte praktisch erfahren haben, wurde eines deutlich: das Verfahren vereint und befördert Aspekte, die in der „üblichen“ Qualitätssicherung teilweise vermisst werden: eine offene Fehler- bzw. Sicherheitskultur, ein kollegiales voneinander Lernen über Institutions-, Berufsgruppen-, und Disziplinengrenzen hinaus sowie die Ermöglichung eines kollegialen Feedbacks.

Was ebenfalls in den verschiedenen Gesprächen anklang: Peer Review scheint einen besonderen „Geist“ mit sich zu bringen. In allen Bereichen - sei es das Peer Review selbst, die



Zusammenarbeit der Landesärztekammern, die Umsetzung der Qualifikationskurse oder auch die Kooperation aller Beteiligten – bestimmte Prinzipien tauchen immer wieder auf: Teamwork, Vertraulichkeit, Offenheit und Lösungsorientierung.

SK:

Das Peer Review-Verfahren in der Medizin mit seiner Umsetzung in verschiedenen Fachbereichen durch engagierte Institutionen in Hessen blickt auf eine langjährige Entwicklung und Durchführung zurück. Durch die zahlreichen Akteure in diesem Bereich konnten wir einen guten Einblick erhalten, was das Peer Review ausmacht, welches Potential es für die eigene klinische Arbeit, die Qualitätsförderung und damit eng verknüpft die Patientensicherheit hat. Mit dem Verfahren ist ein gewisser praktischer Aufwand verbunden, es hat jedoch einen niedrighschwelligem Zugang und bietet für jeden einzelnen Beteiligten – so die Erfahrungen – einen Mehrwert und ein Learning für das eigene Tun.

Gegenseitiges Lernen – das trifft auf die Peer-Teams und Besuchten zu, aber auch auf die Entwickler und Zuständigen der einzelnen Verfahren. Wir als Landesärztekammer sind Organisatorin oder Kooperationspartnerin der Verfahren in Hessen und möchten uns an dieser Stelle bei allen Wegbegleiterinnen und Wegbegleitern, Kooperationspartnern und allen Akteuren, die das Verfahren in ihren Bereichen vorantreiben herzlich für die langjährige Zusammenarbeit bedanken.

SN:

Und wir freuen uns, wenn wir ggf. den ein oder anderen Zuhörenden im großen Peer Review-Team begrüßen dürfen.

Sollten Sie an der Qualifikation zum externen Peer interessiert sein, so bietet die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH den Kurs an. Schauen Sie gern auf den Seiten der Akademie unter www.laekh.de vorbei.

Wenn Sie ein Peer Review in Ihrer Einrichtung durchführen lassen wollen, melden Sie sich. Insbesondere sind meine Kollegin Frau Felizia Lehr und ich in der Stabsstelle die Ansprechpartnerinnen für dieses Thema. Wir freuen uns über Ihr Interesse und eine Kontaktaufnahme. Schauen Sie dazu gern auf der Website der Stabsstelle Qualitätssicherung unter www.laekh.de vorbei oder kontaktieren Sie uns direkt unter gs@laekh.de.

Für weitere Auskünfte oder Anmeldungen zum Verfahren Cholezystektomie der LAGQH schauen Sie gerne auf der Website unter: www.lagqh.de vorbei. Und für weitere Informationen und Kontaktaufnahme zum Verfahren des Fachverbands SAPV finden Sie weiteres unter: www.fachverband-sapv.de.

Grundsätzliches zum Peer Review in der Medizin gibt es auf der Website der Bundesärztekammer unter www.bundesaerztekammer.de.

SK:

Allen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern, die ihre Zeit, Sichtweise und Expertise mit eingebracht und mit uns geteilt haben danken wir herzlich.

Wir würden uns freuen, wenn Sie diese Folge weiterempfehlen und auch bei der nächsten Folge des Podcasts „Sicher ist sicher“ wieder mit dabei sind.



Wünsche, Anregungen und Feedback nehmen wir natürlich gerne unter qs@laekh.de entgegen. Und wir danken Ihnen sehr fürs Zuhören.

SN:

„Sicher ist sicher“ ist eine Produktion der Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit externen Expertinnen und Experten. Die Redaktion hatte die Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen. Die Musik ist Inspirational Piano Corporate, Short Version von Mad-vei Yezipov. Das Titelbild des Podcast ist von Karamba Production. Beides über stockadobe.com.



Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CIRS	Critical Incident Reporting System
DEQS-Richtlinie	Richtlinie zur datengestützten, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DGAI	Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin
DIVI	Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GQH	Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IQM	Initiative Qualitätsmedizin
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LAGQH	Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen
LÄKH	Landesärztekammer Hessen
PRiM	Peer Review in der Medizin
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
QSR	Qualitätssicherung mit Routinedaten
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
SWOT Analyse	Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Risiken)

Literaturverzeichnis

- [1] Instrumente der kollegialen Qualitätsförderung. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 26 | 28. Juni 2013 <https://api.aerzteblatt.de/pdf/110/26/a1310.pdf> (Zugriff: 24.08.2026)
- [2] INTENSIVMEDIZINISCHE PEER REVIEWS Qualitätsinitiative für Ärzte und Patienten. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 107 | Heft 41 | 15. Oktober 2010 <https://api.aerzteblatt.de/pdf/107/41/a1976.pdf> (Zugriff: 24.08.2026)
- [3] Leitfaden der Bundesärztekammer. Anlage zum Curriculum PRiM - Peer Review in der Medizin Gemäß dem Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 25.05.2025 2. Auflage 2025. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Qualitaets-sicherung/Peer_Review-Leitfaden_2025.pdf (Zugriff: 24.08.2026)
- [4] Peer Review-Verfahren. Bewertung einer wissenschaftlichen Arbeit <https://www.ub.hu-berlin.de/de/bibliotheksglossar/peer-review-verfahren> (Zugriff: 24.08.2026)
- [5] Initiative Qualitätsmedizin. Das IQM Peer Review <https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethodik/peer-review> (Zugriff: 24.08.2026)
- [6] Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – DeQS-RL. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-4097/DeQS-RL_2025-12-18_iK-2026-01-01.pdf (Zugriff: 24.08.2026)
- [7] Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3427/QM-RL_2024-01-18_iK-2024-04-20.pdf (Zugriff: 24.08.2026)
- [8] QTIG — Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Übersicht der Kriterien für Herausgeber von Zertifikaten https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/Bundes-Klinik-Atlas/Tabelle_Card_Kriterien.pdf (Zugriff: 24.08.2026)
- [9] I. Chop, M. Eberlein-Gonska. Übersichtsartikel zum Peer Review Verfahren und seine Einordnung in der Medizin. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 106, 547-552 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Peer_Review_Uebersichtsartikel.pdf (Zugriff: 24.08.2026)
- [10] Abgucken erwünscht – neue Qualitätskultur auf Intensivstationen. Deutsches Ärzteblatt | Jg. 110 | Heft 43 | 25. Oktober 2013 https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/Peer_Review.pdf (Zugriff: 24.08.2026)
- [11] Bundesärztekammer. Memorandum 2024 „Qualitätssicherung aus ärztlicher Sicht – Zeit zu handeln“ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Qualitaets-sicherung/2024-04-11_12_10VS-BAEK_Memorandum_QS_Anlage_2024-04-12_Web.pdf (Zugriff: 24.08.2026)



[12] Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Peer Review Qualitätsindikatoren Intensivmedizin 4. Revidierte Auflage 2024. <https://www.divi.de/component/edocman/gesamtausgabe-divi-qi-version-4-1-fin-pdf/download?Itemid=0>

[13] Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen. Aufgaben der LAGQH. <https://www.lagqh.de/about/aufgaben> (Zugriff: 24.08.2026)

[14] Fachverband SAPV. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Hessen. Qualitätssicherung. <https://www.fachverband-sapv.de/qualit%C3%A4t-forschung/> (Zugriff: 24.08.2026)

Weiterführende Links:

Peer Review in der Medizin (BÄK):

<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/peer-review>

Leitfaden: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Qualitaetssicherung/Peer_Review-Leitfaden_2025.pdf

Curriculum: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/AusFort-Weiterbildung/Fortbildung/BAEK-Curricula/BAEK-Curriculum_Peer_Review_in_der_Medizin_PRiM_.pdf

Peer Review Intensivmedizin

LÄKH: <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaetssicherung/peer-review>

DIVI: <https://www.divi.de/service/peer-review>

Peer Review „Galle“

<https://www.lagqh.de/qs-instrumente/peer-review-verfahren>

Peer Review SAPV

<https://www.fachverband-sapv.de/qualit%C3%A4t-forschung/>

Artikel Hessisches Ärzteblatt zum Peer Review

https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2025/10_2025/Patientensicherheit_Teil_25.pdf

https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2022/09_2022/Patientensicherheit_Teil_18.pdf

CME-Fragen zum Podcast „Sicher ist sicher“ – Der Patientensicherheitspodcast der Landesärztekammer Hessen. "

Folge 6: „Peer Review in der Medizin – Eine Chance für die Patientensicherheit“

1. Welche Peer Review-Verfahren gibt es derzeit in Hessen?

- a) Hysterektomie
- b) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- c) Spezialisierte fachärztliche Versorgung
- d) Cholezystektomie
- e) Intensivmedizin

- 1) a)
- 2) a), c) & e)
- 3) c) , d) & e)
- 4) b), d) & e)
- 5) b) & e)

2. Was ist kein Element eines Peer Reviews in der Medizin?

- 1) Selbstbewertung
- 2) Fremdbewertung
- 3) Audit
- 4) Begehung
- 5) SWOT-Analyse

3. Welche Aussagen zum Peer Review-Verfahren treffen zu?

Das Peer Review-Verfahren...

- a) ...ist ein freiwilliges Instrument der Qualitätsförderung.
- b) ...ist ein verpflichtendes Element der gesetzlichen Qualitätssicherung.
- c) ...ist eine Form eines Audits.
- d) ...wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelt.
- e) ...beinhaltet immer eine Selbst- und Fremdbewertung.

- 1) b) & c)
- 2) b) & d)
- 3) c), d) & e)
- 4) a) & c)
- 5) a) & e)

4. Welche Aussage zum Peer Review-Verfahren trifft nicht zu?

- a) Einer der Ursprünge des Peer Review-Verfahrens kam aus der Intensivmedizin.
 - b) Die Bundesärztekammer organisiert Peer Reviews in der Intensivmedizin.
 - c) Die Umsetzung von Maßnahmen, die in einem Peer Review festgelegt werden, sind verpflichtend umzusetzen.
 - d) Evaluationen sind ein fester Bestandteil von Peer Review-Verfahren.
 - e) Peers, die an einem Peer Review teilnehmen, müssen zwingend einen Qualifikationskurs absolviert haben.
- 1) a), b) & c)
 - 2) b) & c)
 - 3) b), d) & e)
 - 4) c) & e)
 - 5) Keine der Aussagen trifft zu.

5. Welche Institution war nicht bei den Anfängen des Peer Reviews in Deutschland involviert?

- 1) Bundesärztekammer (BÄK)
- 2) Landesärztekammern (LÄK)
- 3) Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- 4) Initiative Qualitätsmedizin (IQM)
- 5) Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv und Notfallmedizin (DIVI)

6. Welches Element gehört nicht zum Peer Review Intensivmedizin?

- 1) Sanktionierung
- 2) Begehung der Station
- 3) Kollegialer Dialog
- 4) SWOT-Analyse
- 5) Evaluation

7. Was trifft auf das Peer Review der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) zur Cholezystektomie nicht zu?

- a) Neben einer beobachtenden OP-Teilnahme findet auch eine Akteneinsicht statt.
 - b) Neben einer Stationsbegehung findet eine Akteneinsicht statt.
 - c) Neben einer beobachtenden OP-Teilnahme findet auch eine Begehung der Station statt.
 - d) Im Rahmen des Peer Review wird eine SWOT-Analyse durchgeführt.
 - e) Im Rahmen des Peer Review werden konkrete mögliche Maßnahmen besprochen.
- 1) a) & c)
 - 2) b) & c)
 - 3) a) & d)
 - 4) d) & e)
 - 5) a) & e)



8. Welches Prinzip gehört nicht zum Peer Review in der Medizin?

- 1) Risikobasierter Ansatz
- 2) Selbstverpflichtung
- 3) Teamwork
- 4) Lösungsorientierung
- 5) Systematisches und lernendes Verfahren

9. Welche Aussage zum Peer Review in der Medizin trifft zu?

- 1) Re-Reviews sind nach einer bestimmten Zeit verpflichtend.
- 2) Die zuständige Landesärztekammer überprüft die Maßnahmenumsetzung in der besuchten Einrichtung nach einer bestimmten Zeit.
- 3) Die Fremdbewertung erfolgt nach der Selbstbewertung.
- 4) Ein Audit ist elementarer Bestandteil des Peer Review-Verfahrens.
- 5) Die Selbstbewertung wird am Tag des Peer Review-Tages gemeinsam mit den externen Peers erarbeitet.

10. Welche Aussage zum Peer Review-Kurs gemäß Curriculum der BÄK trifft nicht zu?

- 1) An den Peer Review-Kurs muss sich ein Schulungs-Review anschließen.
- 2) Die Kursinhalte beziehen sich zum Großteil auf fachliche Aspekte des Verfahrens.
- 3) Die Kursinhalte beziehen sich zum Großteil auf kommunikative Aspekte des Verfahrens.
- 4) Der Kurs steht einer multiprofessionellen Zielgruppe offen.
- 5) Der Kurs ist universell und kann auf diverse Fachausrichtungen ausgerichtet werden.