

## Anleitung zur Erstellung des Peer-Review-Berichts

### 1. Allgemeines:

Der Peer-Review-Bericht wird vom Teamleiter auf der Basis der am Review-Tag erhobenen Informationen und besprochenen Qualitätsziele, Lösungsoptionen und Maßnahmen verfasst. Der Bericht darf nicht von den Inhalten des kollegialen Dialogs abweichen.

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

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

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

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

### 2. Hinweise zur Erstellung der SWOT-Analyse

Prämissen:

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

Fokus: Prozesse, kurzfristig änderbare Strukturprobleme

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

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

*Stärken und Chancen* repräsentieren eher positive Zustände und Tendenzen

*Schwächen und Risiken* entsprechen eher negativen Zuständen und Tendenzen

In der SWOT-Analyse sollten verbalisiert werden:

- a) Die 10 aktuellen, konsentierten Qualitätsindikatoren der DIVI.
- b) Die folgenden Themen:
  1. **Personal** (z.B. Besetzung, Einarbeitung, pflegerische und ärztliche Präsenz)
  2. **Reporting** (z.B. Management- und Qualitätsdaten)
  3. **SOPs/Standards** (z.B. Existenz von SOPs, Standards und Checklisten und deren Umsetzung)

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

inhaltlich berücksichtigt werden. Selbstverständlich können viele weitere Themen angesprochen und andere Schwerpunkte gesetzt werden

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

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

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

### **4. Formulierungsbeispiele**

#### **Zusammenfassung der Strukturdaten**

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

#### **SWOT-Analyse**

##### *Stärken*

„Es gibt einen Bettenkoordinator, der die Bettenplanung anhand eines OP-Wochenplanes vornehmen kann und die Ressourcen so nach einem Anreizsystem steuern kann. Die

Ressourcen können dadurch effizient genutzt werden. Es existiert eine Statistik über die 48-Stunden Rückübernahme-Quote. Dieser Qualitätsindikator wird sehr hoch bewertet. Die Prozesse des Infektionsmanagement, der mikrobiologischen Diagnostik und Therapie sind auf der Station vorbildlich und beispielgebend umgesetzt. Die Standards sind außergewöhnlich! Lungenprotektion wird auf der Station effizient umgesetzt. Die Oberkörper-Hochlagerung von beatmeten Patienten wird in hohem Umfang umgesetzt. Der ärztliche Bereich ist außergewöhnlich gut organisiert. Übergaben sind kurz und effizient, die ärztliche Dokumentation ist sehr gut. SOPs und deren Änderungen werden gut kommuniziert. Es gibt klare Visitenstrukturen mit anderen Disziplinen. Pflegerische Standards und die Mitarbeiterereinbarung sind gut ausgearbeitet. Die Ausstattung der Station wird allen Anforderungen gerecht.“

### *Schwächen*

„Die Umsetzung der pflegerischen Expertenstandards Schmerz, Sturz, und Dekubitus sind anhand der pflegerischen Dokumentation nicht eindeutig nachvollziehbar. Das Pflege/Patient-Verhältnis wird nicht anhand eines validierten Scoreverfahrens bemessen. Die VK-Zahl der Pflege erscheint auf den ersten Blick für die Intensivstation eines Maximalversorgers niedrig zu sein. Eine objektive Bewertung der Pflegeressource sollte anhand von Daten, z.B. TISS 28 Daten, vorgenommen werden. Eine Evaluation von TISS 28 oder eines anderen Leistungserfassungs- Assessments (IMPULS, LEP,) durch die Pflege wird der Station empfohlen.

Es existiert im Krankenhaus noch kein CIRS.

Fehler- und Risk-Management werden in Eigeninitiative von der Station bzw. durch Initiative des Oberarztes und des Chefarztes gelebt. Eine entsprechende Struktur für ein Fehlermanagement wird empfohlen.

Es existiert keine Mortalitätsstatistik. Es wird empfohlen, dies im Rahmen einer Kerndatenerhebung zu reportieren.

Der Reanimationsdienst für das Krankenhaus scheint im Prozess nicht einfach und optimal eingerichtet. An einer klaren Struktur wird gearbeitet.

Das Monitoring von Analgosedierung ist auf der Station nicht vollständig etabliert. Dies sollte nach den Vorgaben der S3-Leitlinie umgesetzt werden.“

### *Chancen*

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

### *Risiken*

„Es existiert keine bedarfsadaptierte Zuteilung von pflegerischen Ressourcen. Die Darstellung des Pflegebedarfes erfolgt nicht über eine Pflegeplanung und wird somit nicht ausreichend begründet. Die pflegerische Ressource der Station ist nicht nachvollziehbar bemessen. Zielvereinbarungen und Personalmanagement im pflegerischen Bereich

scheinen nicht etabliert. Die Personalentwicklung in diesem Personalsegment sollte überdacht werden.

Langfristig sollte der gute Zustand der Intensivmedizin in Anbetracht einer großen Interdisziplinarität durch eine Geschäftsordnung gesichert werden. Bei guten Kommunikationswegen kann das Fehlen einer Geschäftsordnung im Alltag nicht als Mangel empfunden werden, Geschäftsordnungen werden im Rahmen der Peer Review Checkliste empfohlen, um nachhaltig Strukturen und Prozesse zu sichern. Belegmanagement inklusive Aufnahme- und Entlasskriterien ist ein zentraler Bestandteil solcher Geschäftsordnungen.“

### *Abschließende Bewertung einschließlich festgelegter Qualitätsziele, Lösungsoptionen und Maßnahmen*

„Es handelt sich um eine hervorragend organisierte und strukturierte Station. Medizinische und pflegerische Standards greifen ineinander und sind auf hohem Niveau umgesetzt. Der hohe Erreichungsgrad der Checkliste belegt den guten Eindruck von der Station, den die Reviewer einstimmig gewonnen haben.

Zur besseren Daten-Generierung wird der Station ein PDMS angeraten, da dies die tägliche Dokumentation, die Datenakquise und einen Qualitätsreport deutlich vereinfachen würde. TISS 28 sollte durch die Pflege erhoben werden.“