



Foto: Fotolia/WavebreakmediaMicro

QUALITÄTSSICHERUNG

Peer Review in der Intensivmedizin

Ein aktueller Erfahrungsbericht aus dem Blickwinkel der Universitätskliniken Freiburg und Tübingen

Alexander Hötzel, Stefan Utzolino, Johannes Kalbhenn, Reimer Riessen, Michael Schlotterer, Helene Anna Häberle

Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Freiburg: Prof. Dr. med. Hötzel, Dr. med. Kalbhenn

Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Universitätsklinikum Freiburg: Prof. Dr. med. Utzolino

Dept. für Innere Medizin, Universitätsklinikum Tübingen: Prof. Dr. med. Riessen

Universitätsklinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum Tübingen: Schlotterer (stellvertretende Pflegedienstleitung und Stationseitung), PD Dr. med. Häberle

Die Qualität spielt bei der medizinischen Versorgung intensivmedizinischer Patienten seit jeher die entscheidende Rolle (1). In den letzten Jahren stiegen die Anforderungen an die wünschenswerte Versorgungsqualität kontinuierlich an. So gilt es heute, im Rahmen der alltäglichen Versorgung dieser oft sehr heterogenen Patientengruppe zum Beispiel Leitlinien verschiedener Organisationen zu verbinden und zu implementieren (2). Zudem müssen bei der ständig erforderlichen Einführung neuer medizintechnischer Verfahren die Vorgaben des Medizinproduktegesetz erfüllt werden und nicht zuletzt

auch ökonomische Aspekte adäquat adressiert werden. Wer diese Anforderungen nicht erfüllt oder ihre Umsetzung nicht nachweisen kann, läuft langfristig Gefahr, aus der Versorgung gedrängt zu werden (3).

Zusätzlich zu diesen Anforderungen steigt die Arbeitsverdichtung stetig an. Die Ausbildung neuer Mitarbeiter, das Controlling der Leistungen, die Dokumentation, das Qualitätsmanagement, die Aktualisierung der gesetzlichen Qualitätsmaßstäbe und viele andere Aspekte nehmen in steigendem Maße Arbeitszeit in Anspruch. Oftmals bleibt hier wenig Zeit und Kraft, die eigene Qualität zu hinterfragen,

neue Standards zu erarbeiten, Veränderungsprozesse durchzuführen und regelhaft den Ist- mit dem Soll-Zustand zu vergleichen (4).

Um dem Patienten die beste eigene, prozessuale und strukturelle Qualität zukommen zu lassen, erscheint es deshalb notwendig, ein schnelles und effektives Instrument zu nutzen, das die eigenen Stärken und Schwächen erkennen und unmittelbar Lösungen vor Ort erarbeiten kann. Das Peer Review erscheint hierfür als ein hervorragendes Werkzeug, innerhalb kürzester Zeit den aktuellen Ist-Zustand zu erfassen, Optimierungsbedarf zu ermitteln und den Weg zu einem

möglichen Soll-Zustand gleich mit zu erarbeiten (5). Peer bedeutet partnerschaftlicher Kollege, der auf gleicher Augenhöhe mit den Visitierten kommuniziert. Durch die Zusammensetzung des Review-Teams aus erfahrenen, geschulten Intensivmedizinem und -pflegekräften aus unterschiedlichen Kliniken und Versorgungstypen multipliziert sich die Erfahrung bei der Visitation vor Ort. Es lässt somit eine Vielfalt an Ideen und Verbesserungsvorschlägen erwarten. Als die wesentlichsten Voraussetzungen für dieses Verfahren gilt, dass

- man an einem kollegialen Austausch festhält, in dem Vorschläge erarbeitet werden, die aber nicht als Vorschriften zu werten sind,
- das Besprochene bei den Beteiligten bleibt und nicht nach außen getragen wird,
- es der Lernwilligkeit aller Beteiligten bedarf.

Der Lerngewinn beim Peer Review ist enorm. Erfahrungsgemäß gilt dies gleichermaßen für die Visitierten als auch für die Peers (5–7).

Die Vorbereitung

Das Peer-Review-Programm spielt mit offenen Karten: Die zu begutachtenden Themenkomplexe werden sehr detailliert in Form eines Katalogs rechtzeitig zur Verfügung gestellt oder sind auch unabhängig davon online abrufbar (www.divi.de/qualitaetssicherung/peer-review/erste-schritte.html). Die betroffene

Station hat somit Zeit, das Peer Review vorzubereiten und entsprechend der benötigten Zeit den Termin der Visitation mit der Landesärztekammer zu planen. Bei diesem Vorbereitungsprozess ergeben sich zahlreiche Möglichkeiten, eigene Prozesse zu hinterfragen und gegebenenfalls zu optimieren. Die sogenannte Selbstbewertung anhand des vorgegebenen Kriterienkataloges ist Einstieg und Grundvoraussetzung für ein erfolgreiches Peer Review. Die gemeinsame Vorbereitung durch Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten und gegebenenfalls Psychologen, Geistliche, Ethikberater et cetera ermöglicht ein oft im Alltagsgeschehen vermisstes „Miteinander“.

Die Zusammenkunft

Der Besuchstag war sicherlich der Höhepunkt des Verfahrens und verbreitete zumindest unter den Visitierten eine Art „freudige und betriebsame Unruhe“. Nach einem gemeinsamen Empfang wurden zunächst seitens der Peers die Eckpunkte des Peer-Review-Verfahrens dargelegt und die vertrauliche Behandlung des Verfahrens erklärt. In diesem Zusammenhang händigte der Vertreter der Landesärztekammer den beteiligten Peers die Verschwiegenheitserklärung aus, die nachfolgend unterschrieben an die visitierte Station übergeben wurde. Die Visitierten (ärztliche und pflegerische Stationsleitung) erklärten im Folgenden allgemeine Strukturen der Klinik und der Station, wo-

bei bereits einige der im Katalog aufgeführten Punkte gezielt angesprochen wurden. Zudem sollten die Visitierten ihre Erwartungen an das Verfahren verbalisieren und ihre Offenheit und Kritikfähigkeit ausdrücklich betonen. Die Atmosphäre war bei allen vier visitierten Stationen freundlich, entspannt und sachlich, entsprach somit ganz unseren Erwartungen.

Die Stationsbegehung

Im Anschluss erfolgte ein Besuch der Station. Bereits während des ersten orientierenden Rundgangs gab es viele Fragen und Anmerkungen, die unmittelbar diskutiert wurden. Im Nachgang wäre ein Mitarbeiter sinnvoll, der fleißig mit-schreibt, denn viel des Angesprochenen kam im nachmittäglichen Feedback nicht mehr zum Tragen. Dieser orientierende Rundgang war sehr wertvoll, zumal den Peers die Möglichkeit gegeben werden sollte, sich in Struktur und Prozesse einzufinden. Je nach Visitenzeiten erfolgte nach dem Rundgang die Teilnahme an der Visite oder an der Stationsarbeit mit Einzelgesprächen.

Die Visite

Eine Teilnahme der Peers an der Stationsvisite erscheint vor dem Hintergrund der enormen Bedeutung korrekter Informationsübergabe und Behandlungsplanung essenziell. Es besteht hierbei die Möglichkeit einer exemplarischen Visite an zwei Patientenbetten mit zwei „für die Station charakteristischen“ Patienten. Dies bietet den Vorteil, dass man zeitlich unbeschränkt diskutieren kann, gleichzeitig Qualitätskriterien erhoben und Spezifika des Patientenkollektivs beleuchtet werden können. Nachteilig ist die eher künstliche Darstellung, bei der eine deutlich höhere Aufmerksamkeit durch die Beteiligten zu spüren ist – denn man möchte sich schließlich trotz aller Offenheit gut präsentieren. Die andere Option ist die passive Teilnahme der Peers an der üblichen Visite ohne Diskussion und ohne Kommentare. Vorteil hiervon ist die Authentizität. Der Zeitdruck sowie die Menge an visitierten Patienten und Informationen treten bei dieser Form

KONTINUIERLICHER VERBESSERUNGSPROZESS

Das intensivmedizinische Peer-Review-Verfahren hat sich in Deutschland als eine überaus effektive und effiziente Methode etabliert, um intensivmedizinischen Experten fach- und professionsübergreifend die Gelegenheit zu geben, Wissen und Erfahrungen auszutauschen, Verbesserungspotenziale aufzuspüren und die Patientensicherheit in der Intensivmedizin zu erhöhen.

Mit der Entwicklung und Verabschiedung eines „Curriculum Ärztliches Peer Review“ sowie dem „Leitfaden Ärztliches Peer Review“ hat die Bundesärztekammer eine wesentliche Voraussetzung für die breitflächige Anwendung im Bereich der ärztlichen Qualitätssicherung geschaffen. Ärztli-

ches Peer Review soll medizinische Einrichtungen unterstützen, die Patientenversorgung differenziert zu analysieren, systematisch zu bewerten und kontinuierlich und nachhaltig weiterzuentwickeln.

Beim Peer Review liegt der primäre Impetus weniger in einer externen Kontrolle, sondern vielmehr in der multiprofessionellen Weiterentwicklung von Qualität. Der professionelle Eigenantrieb und der pflegerische und ärztliche Erfahrungsaustausch mit Blick auf den gesamten klinischen Versorgungsprozess sind hier entscheidende Elemente. Die zentrale Frage lautet: Was lernen wir und was kann zukünftig besser gemacht werden?

viel stärker in den Vordergrund. Nachteilig bei diesem Verfahren ist, dass es kaum Gelegenheit gibt für eingehendere Diskussionen am Bett.

Die Mitarbeiter aller visitierten Stationen waren sich einig, dass die Gespräche im Rahmen der Visite vor Ort viele Hinweise boten, die nachhaltig zur Verbesserung im Ablauf führten. Im Folgenden soll dies an einem Beispiel erläutert werden: Als die Peers in einer Klinik die Visite begleiteten, wurde neben der Umsetzung der einzelnen Qualitätsmerk-

enden Besprechung der Beobachtungen wurden mit den Peers Lösungsvorschläge wie zum Beispiel die Etablierung eines Visitenwagens mit mehreren Monitoren, bessere Kommunikation und aktives Einbinden des Pflegepersonals erarbeitet. Bei anderen Intensivstationen gab es beispielsweise als Verbesserungsvorschläge durch die Peers: eine bessere Dokumentation von Angehörigengesprächen, eine bessere Umsetzung der Delir-Score-Erhebung, die Durchführung von Ethikvisiten und/

die Beobachtungen auf der Station im Detail. Hier wurde im Gegensatz zu den klassischen Zertifizierungsverfahren zeitnah deutlich, dass es sich um einen kollegialen Austausch auf Augenhöhe handelte. Besserwisserei, Pedanterie oder Vorwürfe seitens der Peers waren und sind Fremdworte. Die Peers kennen intensivmedizinische Abläufe und die damit verbundenen Probleme. Sie stellen spezifische Fragen, ohne dass dabei das Gefühl der Prüfung aufkommt, sondern vielmehr ein beidseitiger Erfahrungsaustausch stattfindet.

Am Ende des Peer Reviews erfolgte ein mündliches Feedback im Sinne einer SWOT-Analyse (Strengths, Weaknesses, Opportunities und Threats). Hierbei ging es im Wesentlichen darum, Optimierungspotenziale aufzeigen. Das Feedback blieb aber immer konstruktiv, fair und beinhaltete viele praxisrelevante und realistische Umsetzungsvorschläge.

Lernen aus Sicht der Peers

Das kollegiale Gespräch auf Augenhöhe bedingt selbstverständlich auch die Lernbereitschaft der Peers. Zum einen müssen spezielle Strukturen oder kaum änderbare Abläufe in der Zielklinik in die Kritik mit einfließen, zum anderen besitzt eine jede Station viele Eigenheiten, die der Besucher als Anregung für die eigene Abteilung oder Klinik aufnimmt. In unseren Reviews kam seitens der Peers oftmals die Frage: „Hier besteht eine mögliche Schwachstelle, die haben wir auch, wie gehen Sie damit um?“ Diese Verhaltensweise der Peers zeigt nochmals deutlich, dass es sich im Gegensatz zu Begutachtungen oder Zertifizierungen primär um einen Erfahrungsaustausch handelt. Wahre Begeisterung bei den Peers lösten bei unseren Reviews beispielsweise aus: ein engagiertes Einarbeitungskonzept, eine mobile Airwaytasche für den klinikinternen Notfalleinsatz bei schwierigem Atemweg, ein WIKI-basiertes Intranet für alle intensivmedizinischen SOP, die baulichen Rahmenbedingungen, das Ausfüllen der intensivmedizinischen Auf-



Foto: Fotolia/stock 1

Gespräche vor Ort im Rahmen der Visite führten nachhaltig zu einer Verbesserung im Ablauf.

male der Gesamtablauf der Schichtübergabe am Bett beobachtet. Das Intensivteam vor Ort wurde zwar im Vorfeld über das Peer Review informiert, aber diesbezüglich waren keine spezielle Vorkehrungen getroffen worden (etwa Besetzung der Station durch besonders erfahrene Mitarbeiter, konkrete Anweisungen et cetera), um eine möglichst realistische Situation sicherzustellen. Dementsprechend war den Peers aufgefallen, dass das Ärzteteam Befunde am Computer beurteilte, während die weiteren Beteiligten, insbesondere die Pflegekräfte, keine freie Sicht auf den Monitor hatten und sich dadurch nicht in dem Ausmaß an der Diskussion beteiligen konnten, wie es wünschenswert wäre. Bei der anschlie-

oder geistliche Unterstützung, gemeinsame Visiten mit Pharmazeuten, Mikrobiologen, Infektiologen, Radiologen, aber auch durchaus mit Kollegen anderer Intensivstationen, et cetera. Selbstverständlich fanden sich bei der Begleitung unserer Visiten auch viele positive Eindrücke, die dann durch die Peers verstärkt und oftmals als ‚best practice‘ beschrieben wurden. Hierbei handelt es sich um Prozesse, die unter Umständen Vorbildcharakter für andere Intensivstationen haben könnten.

Das Feedback

Nach dem Stationsbesuch besprachen die Peers mit der ärztlichen und pflegerischen Stationsleitung die Selbsteinschätzungsliste und

nahme bereits im OP, ein roter Notfallknopf auf Station mit entsprechender Alarmierungskette für den separaten Anästhesiedienst und vieles mehr. Als visitierte Station lässt man sich in die Karten schauen. Hier gilt es nicht nur, eigene Mängel zu beleuchten, sondern auch auf die Punkte hinzuweisen, auf die man vielleicht ein bisschen stolz ist und die den Peers ein Anreiz zur eigenen „kontinuierlichen Verbesserung“ sein könnte.

Lernen beim Nacharbeiten

Misstände, die vielleicht schon seit langem bekannt sind, deren Beseitigung aber seitens des Krankenhaussträgers beziehungsweise der Verwaltung als weniger dringlich angesehen werden, sollten nach unserer Erfahrung klar artikuliert werden. Die nachfolgende

Das Feedback blieb immer konstruktiv, fair und beinhaltete viele praxisrelevante und realistische Umsetzungsvorschläge.

Darlegung im Review-Bericht und die Einschätzung der Peers, ob hierbei Risiken oder gar Gefährdungspotenziale vorliegen, helfen nicht selten, das entsprechende Anliegen nochmals mit Nachdruck mit den Vorgesetzten oder dem Management zu erörtern. In diesem Fall kann der Review-Bericht durchaus als eine Art „Rückendeckung“ für eine bessere Umsetzung und deren Finanzierung dienen.

Der Bericht sollte nach Erhalt im intensivmedizinischen Team Punkt für Punkt diskutiert werden. Nach der eigenen Erfahrung erscheint es wichtig, zeitgleich Aufgabenpakete zu schnüren, um die Umsetzung unmittelbar anzuschließen. Hierbei gilt es nicht nur, die Verbesserungsvorschläge zu überdenken, sondern auch die positiven Aspekte und die Best-Practice-Beispiele weiter zu fördern.

Umsetzung

Das Feedback durch die Peers wurde in allen beteiligten Kliniken durch die jeweiligen Teams sehr offen aufgenommen. Ausschlaggebend waren die kollegiale Art der

Peers und die fachlich fundierte Rückmeldung durch neutrale, externe Beobachter. Im Nachgang profitierte auch die Teamarbeit durch die Erarbeitung eigener Lösungsvorschläge enorm. Viele der Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge konnten direkt umgesetzt werden oder sind – bei größeren finanziellen Investitionen – in konkreter Planung. Als Beispiele sind der Einsatz eines Therapeutischen Drug-Monitorings für Antibiotika, Visitenwagen mit mehreren Monitoren, strukturierte Dokumentation der Angehörigengespräche, Rund-um-die-Uhr-Einsatzbereitschaft fachpsychologischer Hilfe für Patienten und Angehörige, bauliche Erweiterungsoptionen, Nachverfolgbarkeit der benutzten Bronchoskope und vieles mehr zu nennen.

Peer Review selbst noch in der Nachbearbeitung konnte hierfür eine Lösung gefunden werden.

Der Kontakt zu den Peers bleibt nachhaltig bestehen und dient zusammen mit anderen visitierten Kliniken einer Netzwerkbildung. Zahlreiche Ärzte wie auch Pflegekräfte nutzen die entstandenen Kontakte, um neue Ideen und Erfahrungen auszutauschen. Diese Möglichkeit wird sowohl von den Visitierten als auch von den Peers regelhaft genutzt und beschränkt sich zwischenzeitlich nicht nur auf die unmittelbare Umsetzung konkreter Verbesserungsvorschläge, sondern erstreckt sich auch auf neue und im Peer Review nicht beleuchtete Themen.

Nach Absolvierung des Peer Review inklusive Vor- und Nachbearbeitung sind die visitierten Ärzte und Pflegekräfte einhellig der Auffassung, dass jede Intensivstation von einem Peer Review profitieren kann. Der Gewinn und Mehrwert eines Peer Reviews in der Intensivmedizin liegt nicht primär in der Überprüfung von Qualitätsindikatoren, sondern vielmehr im kollegialen Erfahrungsaustausch, den vor Ort gemeinsam erarbeiteten und realisierbaren Verbesserungsvorschlägen, dem Blick über den Tellerrand und dem aus dem Review-Prozess resultierenden Netzwerk.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2016; 113 (16): 756-9

Anschrift für die Verfasser

Prof. Dr. med. Alexander Hötzel
Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin
Hugstetter Str. 55
79106 Freiburg

Dank an die Peers Dr. med. Monica Bürle, Dr. med. Ralph Berroth, Prof. Dr. med. Wolfgang Krüger, Prof. Dr. med. Karl Träger, Dr. med. Michael Trick, Prof. Dr. med. Alexander Brinkmann (Leiter der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung Intensivmedizin bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg). Dank auch an die Vertreter der Pflege, Tabea Kallweit, Rolf Dubb B.Sc., Arnold Kaltwasser B.Sc., sowie an Matthias Felsenstein, für die Unterstützung durch die Landesärztekammer.

Mittlerweile wurde auch auf der operativen Intensivstation 13 IOPI des Universitätsklinikums Heidelberg erfolgreich ein Review durchgeführt.

@ Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit1616
oder über QR-Code.



LITERATURVERZEICHNIS HEFT 16/2016 ZU:

QUALITÄTSSICHERUNG

Peer Review in der Intensivmedizin

Ein aktueller Erfahrungsbericht aus dem Blickwinkel der Universitätskliniken Freiburg und Tübingen

LITERATUR

1. Brinkmann A, Braun JP, Riessen R, Dubb R, Kaltwasser A, Bingold TM (2015) Qualitätssicherungskonzepte in der Intensivmedizin. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 110:575–583
2. Semlitsch T, Blank WA, Kopp IB, Siering U, Siebenhofer A (2015) Evaluating Guidelines: A Review of Key Quality Criteria. *Dtsch Arztebl Int* 112:471–478
3. Osterloh F (2015) Krankenhausreform: Wie grundlegend wird der Umbau? *Dtsch Arztebl* 112:A-845-A-846
4. Kotter JP (2013) *Leading Chance: Wie Sie Ihr Unternehmen in acht Schritten erfolgreich verändern*. Verlag Franz Vahlen, München
5. Braun JP, Bloos F, Geldner G, Kastrup M, Kuhlen R, Markewitz A, Martin J, Mende H, Quintel M, Steinmeier-Bauer K, Waydhas C, Spies C (2010) Intensivmedizinische Peer Reviews: Pragmatischer Weg ins Qualitätsmanagement. *Anästhesiologie & Intensivmedizin* 11:S823-S829
6. Kumpf O, Bloos F, Bause H, Brinkmann A, Deja M, Marx G, Kaltwasser A, Dubb R, Muhl E, Greim CA, Weiler N, Chop I, Jonitz G, Schaefer H, Felsenstein M, Liebeskind U, Leffmann C, Jungbluth A, Waydhas C, Pronovost P, Spies C, Braun JP (2014) Voluntary peer review as innovative tool for quality improvement in the intensive care unit--a retrospective descriptive cohort study in German intensive care units. *Ger Med Sci* 12:Doc17
7. Martin J, Braun JP (2014) Qualitätsmanagement in der Intensivmedizin. *Anaesthesist* 63:163–172