

Peer Review – ein Instrument der Qualitätsförderung mit vielen Gesichtern

Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen
Bundesausschusses am 24.11.2022

Dr. Susanne Eberl
Bereichsleitung
Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement
Sana Kliniken AG
Ismaning



Sana Kliniken AG

Ein Kurzüberblick der wesentlichen Fakten zur Sana



Größter unabhängiger
Klinik-/ Gesundheits-
dienstleister in
Deutschland mit einem
Umsatz von EUR 3 Mrd.



Über 120
medizinische
Einrichtungen
(Kliniken, MVZ und
Sanitätshäuser)




36.000 Mitarbeiter
versorgen jährlich
2 Millionen
Patienten



Peer Review Initiativen in Deutschland



 **Gemeinsamer Bundesausschuss**

Richtlinie

des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung

(DeQS-RL)

in der Fassung vom 19. Juli 2018
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 18.12.2018 B3)
in Kraft getreten am 1. Januar 2019

zuletzt geändert am 16. September 2021
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 21.12.2021 B1)
in Kraft getreten am 1. Januar 2022

§ 17 Bewertung der Auffälligkeiten und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen

(3) ¹Auf Basis der Bewertung der Ergebnisse nach dem Stellungnahmeverfahren beschließt die zuständige Stelle nach Absatz 1 Satz 1 über die Notwendigkeit zur Einleitung geeigneter Maßnahmen und legt unter Beteiligung der in Absatz 1 Satz 3 und 4 jeweils genannten Organisationen und Fachkommissionen Art, Inhalt und Umfang der Maßnahmen fest. ²Primär soll durch die in Absatz 1 Satz 3 bzw. Satz 4 genannte zuständige Stelle eine auf Beseitigung von verbleibenden Zweifeln gerichtete Vereinbarung mit den betreffenden Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern abgeschlossen werden, es sei denn es bestehen Belege für schwerwiegende einzelne Missstände. ³Als Inhalt einer Vereinbarung kommen beispielsweise in Betracht (Maßnahmenstufe 1):

- a) Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien
- b) Teilnahme am Qualitätszirkel
- c) Implementierung von Behandlungspfaden
- d) Durchführung von Audits
-
- f) Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien.

Peer Review

Definition



„Ärztliches Peer Review ist definiert als kritische (Selbst-) Reflexion des ärztlichen Handelns im Dialog mit Fachkollegen – unter Verwendung eines strukturierten Verfahrens mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung.

(BÄK 2014)

Aufgreifkriterien



- 558 Qualitätsindikatoren aus unterschiedlichen Quellen
- Themenbezogene, prioritätengeleitete Ergebnisübersicht über medizinische Qualität
 - Benchmarking
 - Steuerung
 - Transparenz
- werden von den Kernteams der medizinischen Fachgruppen festgelegt
- gelten als Auslöser für ein Peer Review
 - ❖ Komplikationen
 - ❖ Todesfälle
 - ❖ Sentinel Events

Ablauf eines Peer Reviews





Ausbildung zum Peer

- Chefärzte und Pflegedirektoren
- Zusätzlich: Oberärzte und Pflege-Stationsleitungen aus ITS und ZNA
- Augenhöhe: ist jenen „gleichgestellt“, deren Patientenakten analysiert werden

Ablauf des Seminars

- zweitägig
- Workshop mit Kommunikationselementen
- praktische Umsetzungsbeispiele
- ~ 100 ausgebildete Peers bei Sana

Teamleitung

- Erfahrener Peer
- Erstkontakt mit der Klinik
- Intensivierung von Moderation und Führung, Entlastung als Fachexperte und Aktenanalytiker
- Vorbereitung des kollegialen Dialogs
- Klares Festlegen von Verbesserungspotentialen und Erarbeiten von Lösungsansätzen mit dem KH
- Dokumentation

5 Formen des Peer Reviews



Onsite Peer Review

- Ausgelöst bei Auffälligkeit in Aufgreifkriterien
- Stichprobenauswahl von bis zu 20 zu analysierenden Patientenakten
- Selbst- und Fremdbewertung basierend auf Analysekriterien
- Hypothesen führen zu Verbesserungspotenzialen
- **Besonderheit: Begehung der Organisationseinheiten**
- Kollegialer Dialog der Chefärzte
- Gemeinsames Festlegung von Qualitätszielen und Maßnahmen

Der Klassiker



Fall-/Aktenanalysekriterien

Aufnahme

- Lagen bei Aufnahme alle verfügbaren Informationen vor?
- Erfolgte eine persönliche Übergabe?
- Wurden die Informationen vollständig weitergegeben?

Diagnostik

- Welche diagnostischen Maßnahmen wurden eingeleitet?
- Waren diese zeitnah und adäquat?

Behandlung

- Wurde frühzeitig eine Arbeitsdiagnose formuliert?
- Wurde diese bei Vorliegen neuer Informationen kritisch hinterfragt?
- Gab es erkennbare und sinnvolle Therapiestandards?
- Wurden Leitlinien eingehalten?
- War die Abweichung von Leitlinien begründet und nachvollziehbar?
- Wurden Probleme und Komplikationen rechtzeitig erkannt und zeitnah adäquat behandelt?
- Erfolgte die Behandlung auf Intensivstation rechtzeitig?
- Erfolgte die Kontrolle der Behandlungsverläufe durch Stationsärzte, Oberärzte, Chefärzte?
- Wurden rechtzeitig konsiliarische Stellungnahmen eingeholt?

Entlassung

- Wurde der Patient über das weitere Vorgehen informiert?
- Wurde die nachbehandelnde Einrichtung zeitnah und adäquat informiert?

Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit

- Erfolgten strukturierte Übergaben?
- War die Kommunikation und Zusammenarbeit vor, während und nach der Operation oder Intervention zielführend?
- War die Zusammenarbeit von Ärzten mit Pflege und therapeutischen Teams zielführend?

Dokumentation

- War die Dokumentation umfassend und schlüssig insbesondere mit Blick auf
 - Aufklärung für Operation und Intervention
 - Behandlungsverlauf
 - Therapieentscheidungen
 - Therapiebegrenzungen
 - OP-Bericht / Verlegungsbericht / Entlassungsbericht

Offsite Peer Review

Das Peer
Review für
wenige Fälle



- Bei Einrichtungen mit wenigen auffälligen Fällen in den Aufgreifkriterien
- Vom Haftpflichtversicherer gemeldete Schadensmeldungen
- Dem Onsite Peer Review analoges Verfahren
- **Kein Vor-Ort Besuch der Peers**
- **Kollegialer Dialog wird zeitlich verknüpft z.B. mit den regelmäßig stattfindenden Fachgruppensitzungen**
- Vorteil:
Ressourcenorientierte Analyse geringer Fallzahlen, die im Onsite Peer Review keine Berücksichtigung finden.

Peer Review-Verfahren für die Zentrale Notaufnahme

Die Kombination aus PR und Checklisten-Audit



- Verknüpfung von Aufgreifkriterien und Begehung

Aufgreifkriterium

24-h-Todesfälle nach Aufnahme in der ZNA

Stichprobe: 15 letzten Fälle des Vorjahres

Verteilung:

- 10 konservativ behandelte Fälle, davon höchstens 2 in der Notaufnahme verstorben (= 8 mit Weiterverlegung auf Station)
- 5 operativ behandelte Fälle

- Kriterienkatalog als Begehungscheckliste
 - Begehung überprüft die Konformität einzelner Patientenbehandlungen mit den Festlegungen der Klinik
 - Flächendeckende Einführung ab 2018
- > An den Rahmenbedingungen der ZNA ausgerichtetes Verfahren

Strukturkriterien G-BA	
Allgemeines	Die Anforderungen sind an allen Standorten zu erfüllen
	Die Notfallversorgung findet ganz überwiegend in einer Zentralen Notaufnahme statt.
	Die ZNA ist räumlich abgegrenzt.
	Die ZNA ist barrierefrei.
	Die ZNA ist eine fachübergreifende Einheit.
	Die ZNA wird von einem organisatorisch und fachlich unabhängigen Facharzt geleitet.
	Zur Versorgung von ambulanten Notfällen besteht eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung.
Fachpersonal	Vorhaltung von Fachabteilungen entsprechend der Stufeneinteilung G-BA.
	Fachkompetenz des leitenden ärztlichen Personals besteht entsprechend G-BA.
	Fachkompetenz des leitenden pflegerischen Personals besteht entsprechend G-BA.
	Regelmäßige fachspezifische Fortbildungen des Personals werden durchgeführt.

Arztbriefsichtung

Offsite
Fachgruppen
Peer Review



Checkliste Herniotomie mit Darmresektion

ITEM	JA	NEIN	NICHT RELEVANT
1	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Analyse von Todesfällen nach Operationen mit geringem Risiko durch externe Peers

Operative Eingriffe der Viszeral- und Gefäßchirurgie

Sichtung von Arztbriefen, OP-Berichten, Selbstbewertungen

Festgelegte Analysekriterien

Analyse und Bewertung erfolgt durch das Kernteam der Fachgruppen

Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse in der Fachgruppe

Ziel: Klärung der Auffälligkeit
Auswahl von Fachabteilungen für Onsite Peer Reviews

Peer Review Bericht und Abschluss

Einrichtung: [redacted] Abteilung: [redacted]

Datum des Peer Reviews: [redacted]

Anzahl der analysierten Fälle: [redacted] Todesfall bei Herzinfarkt GIQ11.1

Übereinstimmung in der Bewertung:
 ja [redacted]

Die Selbstbewertung wurde von der Abt. für Innere Medizin gewissenhaft ausgefüllt und im Sinne einer Analyse in Bezug auf Verbesserungspotenziale beurteilt.

Erkanntes Verbesserungspotenzial:

- Aufnahme
- Diagnostik
- Behandlung
- Entlassung
- Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Dokumentation

Zusammenfassung des Verbesserungsbedarfs:
Wesentlicher Verbesserungsbedarf wurde in den Themenbereichen Dokumentation, inadäquate Kodierung und Diagnostik erkannt.

Abgeleitete Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung:

1. Dokumentation

- a) Optimierung der Visitedokumentation i.S. der therapierelevanten Entscheidungen: 4 wöchige Überwachung der Dokumentation dokumentierender
- b) Juristische Fortbildung zum Dokumentationsgesetz und Neuerungen (Beweislastumkehr)
- c) Aufnahme einer Plausibilitätskontrolle in Zusammenarbeit mit dem

Verantwortlicher:
 Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin, PDL

Umsetzung bis:
 Zu a) sofort, b) innerhalb von 3 Monaten, zu c): Beginn im ersten Quart

- ist die Niederschrift der Ergebnisse des kollegialen Dialogs
- ist im Konsens mit dem Chefarzt abgestimmt
- Verbesserungspotenziale, Ziele und Maßnahmen werden dokumentiert
- Verantwortliche und Zeitfenster werden vereinbart

sana.zamm

Zentrales Audit- und Maßnahmenmanagement

Zentrales Audit- und Maßnahmenmanagement

Start

- Zentrale Kontrollaktivitäten
- Benutzerverwaltung
- Follow-Up
- Vorbereitung Fallanalyse
- Jahr Follow-up

Startseite ZAMM

Herzlich Willkommen

Schnellstart

Alle Audits

Neues Audit

Follow-up

Benutzerverwaltung

Handbücher ZAMM



Email susanne.eberl@sana.de
Tel. +49 89 678204 219
Mobil +49 160 92029439

Vielen Dank!

Dr. med. Susanne Eberl
Bereichsleitung
Qualitätsmanagement und klinisches
Risikomanagement
Sana Kliniken AG

