



Peer Review in der Medizin

(PRiM)

LEITFADEN der Bundesärztekammer

**Gemäß dem Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer
in seiner Sitzung am 25.05.2025**

*Vorläufiges Layout
Stand 07/2025*

Inhalt

1. Vorwort	3
2. Einführung.....	5
3. Grundlagen.....	7
3.1. Prinzipien des Verfahrens	10
Selbstverpflichtung.....	10
Lösungsorientierung.....	10
Teamwork	11
Critical Friend	11
Gegenseitigkeit	12
Systematisches und lernendes Verfahren.....	12
4. Praktische Durchführung	12
Struktur und Systematik.....	13
Übersicht zum Ablauf.....	14
5. ANHANG zum Leitfaden	21
5.1. Übersichten zur praktischen Umsetzung.....	21
5.2. Abkürzungsverzeichnis	27
5.3. Literatur.....	28

1. Vorwort

„Peer Review in der Medizin“ (PRiM) ist die kritische Reflexion des Handelns in der Patientenversorgung mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Qualitätskultur zu stärken.

Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts in den USA entwickelt, wurden Peer Review-Verfahren in der Medizin unter anderem vom American College of Surgeons und der Joint Commission (1951) zunächst vor allem zur Qualitätskontrolle eingesetzt.¹ Die Weiterentwicklung mit dem Fokus auf die Verbesserung der Versorgungsqualität setzte in den 1980er Jahren ein und hatte zur Folge, dass Peer Reviews beispielsweise auch in Großbritannien, Dänemark und in den Niederlanden Verbreitung fanden.

In Deutschland wurden seit den 1990er Jahren Elemente von Peer Review in unterschiedlichen Verfahren der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements (QS/QM) aufgegriffen und kamen initial etwa in der Pathologie zum Einsatz.² Wichtige Impulse wurden ab 2008 in der Intensivmedizin, aber auch durch träger- und einrichtungsübergreifende Aktivitäten gesetzt.³

[BÄK-Curriculum Ärztliches Peer Review (2013)]

In den zurückliegenden Jahren hat sich das Peer Review-Verfahren in Deutschland stetig weiterentwickelt und wird in unterschiedlichen Versorgungskontexten durchgeführt. Der vorliegende Leitfaden trägt dieser Fortentwicklung Rechnung.

Ärztinnen und Ärzte, Pflege- und Gesundheitsfachkräfte sind durch den herrschenden Personalmangel bei gleichzeitig steigenden Anforderungen und einer enormen Arbeitsverdichtung in der Patientenversorgung zunehmend belastet. Hinzu kommt, dass gesetzliche Vorgaben zur Qualitätssicherung vermehrt als Missverhältnis von Dokumentationsaufwand versus Nutzen erlebt werden. Deshalb sind mehr denn je QS-Verfahren gefragt, die in der Versorgungspraxis selbst ansetzen und Ärztinnen und Ärzte, Pflege- und Gesundheitsfachkräfte in ihrem Handeln für Patientinnen und Patienten

¹ Vgl. Chop, Eberlein-Gonska (2012); ZEFQ Schwerpunktheft Peer Review (2012)

² Eberlein-Gonska et al. (2013)

³ Aktiv waren bzw. sind vor allen Dingen die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Notfall- und Intensivmedizin (DIVI) gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA), als auch die Initiative Qualitätsmedizin (IQM).

tatsächlich unterstützen. Denn nicht allein durch Messen, Dokumentieren und Kontrollieren kann der Prozess der Qualitätsverbesserung vorangetrieben werden. Vielmehr sind Maßnahmen vor allem dann wirksam, wenn sie im Einklang mit dem professionellen, ärztlichen Selbstverständnis und der intrinsischen Motivation der Pflege- und Gesundheitsfachberufe stehen, für die bestmögliche Qualität und Patientensicherheit zu sorgen. Mit PRiM steht so ein Verfahren zur Verfügung: Auf der Basis einer fachlich-kollegialen Beratung („kollegialer Dialog“) werden Handlungsrouinen vor Ort in den Blick genommen, um praxisnah Maßnahmen zur Optimierung von Abläufen etc. zu generieren. PRiM zielt nicht nur auf die Qualitätsverbesserung, sondern stärkt auch die Qualitätskultur.

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist es deshalb notwendig und an der Zeit, dass der Beitrag von PRiM als zielführendes, auf der Selbstverpflichtung der Beteiligten beruhendes QS/QM-Verfahren auch im Kontext der gesetzlich vorgegebenen QS eine entsprechende Anerkennung erfährt. Es sollten positive Anreize für die Stärkung von Qualität und Qualitätskultur in der Patientenversorgung gesetzt werden – etwa indem Ärztinnen und Ärzte, Pflege- und Gesundheitsfachkräfte und ihre Einrichtungen, die sich im Rahmen von PRiM engagieren, anteilig von gesetzlich verpflichtenden QS-Maßnahmen entlastet werden.

Hinweise zum vorliegenden Leitfaden:

In die Aktualisierung des Verfahrens „Peer Review in der Medizin“ (PRiM) sind sowohl die Erfahrungen der Ärztekammern und ihrer PRiM-Kooperationspartner aus den zurückliegenden Jahren als auch Überlegungen zum Reformbedarf der gesetzlich verpflichtenden QS eingeflossen. Bei der Aktualisierung wurde besonderer Wert auf die Stärkung der Systematik und Verbindlichkeit des Verfahrens gelegt. Betont wird zudem die berufsgruppenübergreifende Herangehensweise, die auch mit dem neu gewählten Titel „Peer Review in der Medizin“ (PRiM, zuvor „*Ärztliches Peer Review*“) zum Ausdruck kommt.

Der Leitfaden richtet sich an alle, die sich für die Durchführung von PRiM interessieren – entweder um sich selbst fachlich-kollegial beraten zu lassen oder um Behandlungsteams in anderen Einrichtungen bei der Qualitätsentwicklung aktiv zu unterstützen.

2. Einführung

„Peer Review in der Medizin“ (PRiM) ist ein Verfahren der Ärztekammern bzw. in Kooperation mit ihnen. Es zielt darauf ab, sowohl die Behandlungsqualität als auch die Qualitätskultur zu stärken. Im Zentrum steht die Qualitätsanalyse und -entwicklung, d. h. die Auseinandersetzung mit Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Patientenversorgung, um konkrete Maßnahmenempfehlungen für den Behandlungskontext vor Ort abzuleiten.

***„Peer Review in der Medizin“
ist die systematische
und auf einem fachlich-kollegialen Dialog basierende
Reflexion des Handelns in der Patientenversorgung
mit dem Ziel, die Qualität und die Qualitätskultur
und damit die Patientensicherheit zu stärken.***

PRiM ist durch fachliche Expertise und versorgungspraktisches Know-how, (Selbst-) Reflexion, qualitative Datenerhebung und die Beratung im kollegialen Dialog geprägt. Denn „Messen allein ist nicht genug“.⁴ Die Etablierung von in die Zukunft gerichteten Maßnahmen der Qualitätsverbesserung erfordert vielmehr ein Vorgehen, das

- sich mit den Handlungsrouinen, wie sie jeweils lokal umgesetzt werden, befasst,
- auf Fachlichkeit und Erfahrung gründet, nicht auf Hierarchie oder formalen Zuständigkeiten und
- offen und unvoreingenommen für (bislang unentdeckte) Risiko- und Verbesserungspotenziale in den besuchten Einrichtungen ist.

Damit schließt PRiM nahtlos an Erkenntnisse etwa aus der Patientensicherheitsforschung an die aufzeigen, dass es sogenannten „Hochzuverlässigen Organisationen“ („High Reliability Organizations“, HRO) besonders gut gelingt, Risiken und Fehlerereignisse zu minimieren⁵:

⁴ Grüning (2022)

⁵ Weick, Sutcliffe (2016)

Branchenübergreifend zeichnen sich „Hochzuverlässige Organisationen“ („High Reliability Organizations“/HRO) durch die Fähigkeit aus, Risiken möglichst frühzeitig zu erkennen und (gravierende) Schadensereignisse abzuwenden, obwohl sie mit komplexen Anforderungen konfrontiert sind. Charakteristisch für HRO sind die Grundsätze:

- *Expertise: Im Vordergrund stehen das fachliche Wissen und Können, das die Beteiligten einbringen – unabhängig von ihrem beruflichen Status.*
- *Handlungsrealität: Maßstab für Analysen etc. ist das Handeln, wie es im Alltag tatsächlich umgesetzt wird, nicht wie es eigentlich geplant ist bzw. hätte stattfinden sollen.*
- *Wachsamkeit: Auch Prozessabweichungen die (zunächst) eher unbedeutend erscheinen, werden aufmerksam beobachtet.*
- *Analyse: Vereinfachende Erklärungen werden vermieden zugunsten von differenzierten Betrachtungen und Analysen.*
- *Flexibilität: Schnelles Reaktions- und Anpassungsvermögen an neue Situationen und aktuelle Herausforderungen sind zentral.*

Mit PRiM werden diese Merkmale, die HRO kennzeichnen, gestärkt. Es adressiert mit seinem prozessorientierten Vorgehen und der Haltung von Peers als „Critical Friends“ (siehe untenstehend) zudem die „psychologische Sicherheit“:

Arbeitszusammenhänge, in denen Unsicherheiten in einer angstfreien Atmosphäre offen angesprochen und Hinweise auf (potenziell) fehlerhafte Prozesse wertschätzend aufgegriffen werden können, sind durch psychologische Sicherheit geprägt. Im Vordergrund steht der Prozess der Klärung anstelle einer (vorschnellen) Be-/Verurteilung. „Bei psychologischer Sicherheit geht es um Aufrichtigkeit und die Bereitschaft, sich in produktive Konflikte zu begeben, damit man von verschiedenen Sichtweisen lernen kann.“⁶

Denn PRiM zielt gerade nicht auf eine defizitorientierte Überprüfung und Sanktion, sondern auf eine fachlich fundierte, zukunftsgerichtete Qualitätsentwicklung.

Mittels der methodisch-qualitativen Vorgehensweise – dem kollegialen Dialog sowie der „kollegialen und kommunikativen Validierung“ – werden von den Beteiligten stets die Schwächen *und* die Stärken in den Blick genommen und erörtert. So können Handlungsbedarf, Potenziale und auch „Best-Practices“ identifiziert bzw. exploriert werden. Dadurch gelingt es mit PRiM – wie mit kaum einem anderen QS-Verfahren – die

⁶ Edmondson (2020)

Qualitätskultur insgesamt und Lern- und Reflexionsprozesse auf der individuellen sowie der teambasierten, kollektiven Ebene zu adressieren.

***Unter „Qualitätskultur“
verstehen wir die gemeinsame Grundhaltung,
mit der die stetige Verbesserung
von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen
in der täglichen Patientenversorgung
aktiv ermöglicht, gefördert und gemeinsam umgesetzt wird.***

Die Qualitätskultur, also die gemeinschaftliche, konstruktive Befassung mit Fragen der Qualität und Sicherheit ist eine zentrale Voraussetzung dafür, dass Verbesserungen auch aktiv und stetig „gelebt“ werden. Zugleich kann weder die (Qualitäts-)Kultur noch PRiM angeordnet werden. Vielmehr beruht das Verfahren auf der selbstbestimmten Entscheidung von Behandlungsteams für ein PRiM-Verfahren im eigenen Arbeitskontext.

3. Grundlagen

Kennzeichnend für PRiM ist, dass es sich um ein *Peer*-Verfahren handelt und nicht um eine externe Aufsicht oder Kontrolle. Der auf Fachlichkeit basierende, vertrauensvolle Peer-to-Peer-Austausch ist vom gemeinsamen Interesse an der Förderung von Qualität und einem „Voneinander-Lernen“ geprägt. Der Begriff „Peer“, verstanden als „(fachlich) gleichrangig/ebenbürtig“, ist wörtlich zu nehmen: Peers sind stets Ärztinnen und Ärzte und Pflege- und Gesundheitsfachkräfte, die selbst in der Patientenversorgung tätig sind bzw. über umfassende Erfahrung in der Patientenbehandlung verfügen. Zu unterscheiden sind „interne“ und „externe“ Peers:

Interne (anfordernde) Peers

PRiM-Verfahren werden von Ärztinnen und Ärzten und ihren Behandlungsteams, die einen Bedarf an kollegialer Beratung zu Fragen der Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit sehen, selbstbestimmt für den eigenen Arbeitsbereich angefordert.

Externe (geschulte) Peers

In die Durchführung von PRiM bringen sich gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer geschulte, externe Peers mit der Haltung von „Critical Friends“ ein.

Sie sind keine hauptamtlichen „Qualitätsprüfer“, sondern Kolleginnen und Kollegen, die in anderen Krankenhäusern, Praxen etc. tätig sind. Sie kommen von außen – „extern“ – und stellen sich in den Dienst der jeweils besuchten Einrichtungen.⁷

PRiM ist sowohl auf die fachliche Expertise, Berufserfahrung, die methodische Peer-Review-Kompetenz und die Haltung seitens der externen Peers, als auch auf das Verständnis und Commitment zum Verfahren seitens der internen Peers bzw. aller Beteiligten angewiesen. Der Erfolg von PRiM ist von diesem Zusammenspiel abhängig.

Die **Qualitätsanalyse** („Review“) und kollegiale Beratung wird von den externen Peers anhand einer nachvollziehbaren Systematik durchgeführt. Sie erfolgt jeweils bezogen auf ausgewählte Fragestellungen, medizinische Fachgebiete, Therapien oder Versorgungskontexte. Basis ist stets das aktuell verfügbare, beste medizinisch-wissenschaftliche Wissen und der aktuelle Stand an Erkenntnissen zur Versorgungspraxis. Anhand von Standards, Leitlinien und Qualitätsindikatoren werden für die jeweiligen Versorgungsbereiche **Kriterien-/Bewertungskataloge** erstellt, die sowohl der strukturierten *Selbstbewertung* durch die internen Peers als auch der *Fremdbewertung* durch die externen Peers dienen. Die Konzeption dieser strukturierten Bewertungskataloge kann beispielsweise durch eine für das betreffende Fachgebiet zuständige medizinische Fachgesellschaft erfolgen.

Der Prozess ist darüber hinaus durch **qualitative Methoden** geprägt. Ein wesentlicher Unterschied zur rein quantitativen Datenerhebung bzw. zum „Messen“ ist, dass der Fokus nicht auf einer Kontrolle und Bewertung von Messergebnissen liegt, sondern darauf, Zusammenhänge nachzuvollziehen und (neue) qualitätsrelevante Erkenntnisse zu explorieren. Korrespondierend zu den für quantitative Methoden geltenden Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität können für den qualitativen Datenerhebungsprozess im PRiM-Verfahren insbesondere die Kriterien Gegenstandsangemessenheit, Transparenz und intersubjektive Nachvollziehbarkeit geltend gemacht werden.⁸

⁷ Vgl. auch Kuch (2024)

⁸ Vgl. Lamnek (1995); Steinke (1999 und 2000)

Qualitatives Vorgehen im PRiM:

Gegenstandsangemessen:

Die externen Peers sind erfahrene Fachexpertinnen und -experten etc. und selbst in den jeweils betreffenden Fachgebieten tätig.

Transparent:

Der gesamte PRiM-Prozess folgt einer nachvollziehbaren Systematik.

Intersubjektiv nachvollziehbar:

Die individuellen Erkenntnisse der externen Peers werden sowohl im externen Peer-Team als auch mit den internen Peers validiert.

Das methodische Vorgehen ist zudem durch **Reflexivität und Offenheit** gekennzeichnet.⁹ So werden die Einschätzungen der internen und externen Peer-Teams *kollegial und kommunikativ validiert*:

- * In einer ersten Phase reflektieren die internen Peers ihre eigene Handlungspraxis **(Selbstbewertung)**.
- * Anhand der Auskünfte der Selbstbewertung nehmen die geschulten, externen Peers mittels Beobachtungen, Befragungen und Sichtung von Unterlagen etc. die aus ihrer Sicht (zusätzlich) relevanten Daten, Informationen und Vorgänge in den Blick und ordnen diese bezogen auf ihre Potenziale zur Qualitätsverbesserung ein. Diese Einordnung wird einer *kollegialen Validierung* unterzogen, d. h. die externen Peers reflektieren unter sich/in ihrem Team die jeweils wahrgenommenen Eindrücke und Bewertungen, um zu intersubjektiv nachvollziehbaren Schlussfolgerungen zu gelangen (**Fremdbewertung**). Die Ergebnisse werden unter anderem in Form einer SWOT-Analyse abgebildet.¹⁰
- * Schließlich wird die vom externen Peer-Team *kollegial validierte* Fremdbewertung mit den internen Peers *kommunikativ validiert*: mittels des auf Augenhöhe geführten kollegialen Dialoges werden Selbstbewertung und Fremdbewertung einer gemeinsamen Erörterung und Reflexion unterzogen, unterschiedliche

⁹ Schiek (2024:16)

¹⁰ Anhand von SWOT-Analysen werden stets Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken in den Blick genommen. SWOT: **S**trengths, **W**eaknesses, **O**pportunities, **T**hreats.

Einschätzungen diskutiert, um schließlich Qualitätsziele und Handlungsempfehlungen für die betreffende Einrichtung zu konsentieren.

3.1. Prinzipien des Verfahrens

Entscheidend für den Erfolg von PRiM ist zum einen die Wahrung der Vertraulichkeit in allen Phasen und bezogen auf alle Beteiligten. Zum anderen ist es notwendig, dass die nachfolgend beschriebenen grundlegenden Prinzipien von PRiM eingehalten werden. Hierbei handelt es sich um Kernmerkmale, die bei der Durchführung für alle PRiM-Verfahren zwingend gelten – unabhängig davon, durch wen und in welchem fachlich-organisatorischen Kontext ein Verfahren initiiert bzw. angefordert, betreut oder umgesetzt wird.

Selbstverpflichtung

Das Prinzip der Selbstverpflichtung bezieht sich auf den gesamten Prozess und alle an PRiM aktiv Beteiligten. Die treibende Kraft ist die Motivation von internen und externen Peers. Sie bringen sich aus Überzeugung und auf freiwilliger Basis für die Verbesserung ihrer Handlungspraxis ein. PRiM werden selbstbestimmt angefordert, sie können nicht angeordnet oder Sanktionen aus ihnen abgeleitet werden. Die internen Peers bestimmen, wer in ihren Einrichtungen in ihr PRiM-Verfahren einbezogen und informiert werden soll. Die jeweiligen Schwerpunkte der Peer Review-Verfahren und Vor-Ort-Besuche werden von den in einem Verfahren beteiligten internen und externen Peers konsentiert.

Lösungsorientierung

Mit PRiM wird eine auf Entwicklung und in die Zukunft gerichtete Perspektive eingenommen. Auf der Basis der Erkenntnisse der evidenzbasierten Medizin beschränkt sich PRiM nicht darauf zu überprüfen, inwiefern (Mindest-)Standards und Normen eingehalten werden, sondern weitet bei der Analyse den Blick auf das Generieren von (besseren) Lösungen. Es geht darum, Potenziale und Umsetzungsmöglichkeiten zur Qualitätssteigerung im ausgewählten Setting zu identifizieren. Mit einer Grundhaltung der Offenheit nehmen die externen Peers die konkreten Gegebenheiten vor Ort in Augenschein. Dabei geht es sowohl um Schwachpunkte und Risiken als auch um Stärken und Chancen, die sich im untersuchten Setting aufzeigen lassen. Denn gelernt werden kann und soll nicht nur aus Defiziten, sondern gerade auch aus Verfahrensweisen, die sich

als besonders geeignet erwiesen haben.¹¹ Nur auf der Basis einer ganzheitlichen Analyse, werden die lokalen Wirkzusammenhänge erkennbar und zielführende Maßnahmenvorschläge möglich.

Teamwork

Patientenversorgung bedeutet immer auch interprofessionelles Zusammenarbeiten. Korrespondierend dazu ist PRiM berufsgruppenübergreifend zu gestalten. Dies betrifft die externen Peer-Teams, die die Vor-Ort-Besuche durchführen, als auch die internen Peer-Teams, die PRiM für sich anfordern. Erst durch den offenen Austausch unterschiedlich geprägter (Berufsgruppen-) Perspektiven und Erfahrungen wird es möglich, dass sich Sichtweisen erweitern und die betreffenden Zusammenhänge leichter erschließen lassen.

Critical Friend

Wesentlich für PRiM ist zudem, dass sich die externen Peers konsequent als „Critical Friends“ verstehen. Dies bedeutet, dass sie den internen Peers als fachlich „Ebenbürtige“ ihre externe Expertise zur Verfügung stellen und nicht etwa mit einer Top-Down-Haltung als Kontrolleure auftreten. Als geschulte Peers beherrschen sie die für PRiM relevanten Methoden der Datenerhebung und -validierung. Ihr Blick ist ergebnisoffen ausgerichtet, um auch bis dahin unerkannte, eventuell neue Ansätze zur Förderung der Behandlungsqualität identifizieren zu können.

Die Haltung der externen Peers ist fachlich-kritisch und zugleich kollegial-wertschätzend. Dieses Spannungsfeld – prüfend und zugleich konstruktiv-fördernd im Sinne der Qualitätsentwicklung zu agieren – zeichnet den „kritischen Freund“ aus. Dabei reflektieren externe Peers ihre eigene Haltung und Wahrnehmung. Sie setzen sich mit potenziellen Interessenskonflikten bzw. Einflussfaktoren auf ihre Wahrnehmung und ihr Handeln (Eigeninteressen, Präferenzen, Konkurrenz, Sympathie etc.) auseinander und stellen sich in diesem Sinne unvoreingenommen/„neutral“ in den Dienst des durchzuführenden PRiM-Verfahrens.

¹¹ Vgl. „Safety-II-Ansatz“ von Hollnagel (2014); Mühlbradt et al. (2024)

Gegenseitigkeit

Die Peers begegnen sich als ebenbürtige Expertinnen und Experten in ihrem Fachgebiet, aber mit internem und externem Blick. Dies ermöglicht sowohl fachliche „Tiefe“ in der Auseinandersetzung als auch ein gegenseitiges Lernen – interprofessionell und bezogen auf die externen und internen Teams. Denn auch wenn PRiM darauf abzielt, Empfehlungen für die besuchte Einrichtung zu konsentieren, können und sollen auch die externen Peers vom Wissens- und Erfahrungsaustausch für ihre jeweils eigene Handlungspraxis profitieren. Zudem sollen identifizierte „Best-Practices“ nach Möglichkeit auch über den Kreis der direkt am PRiM-Verfahren Beteiligten hinaus Verbreitung finden.

Systematisches und lernendes Verfahren

Für die Durchführung gilt ein verbindlicher Ablauf, der sich in die fünf Phasen gliedert:

I- Selbstbewertung

II- Fremdbewertung/Kollegialer Dialog

III- Ergebnis-Feedback (Bericht)

IV- Umsetzung

V- Evaluation

Die für alle Phasen nachvollziehbare Systematik stellt sicher, dass insbesondere die methodischen Anforderungen der *Transparenz und Intersubjektivität* erfüllt werden.

In der abschließenden Phase der Evaluation wird das Augenmerk nicht nur darauf gelegt welche Wirkungen mit PRiM aus Sicht der Beteiligten erzielt werden können, sondern auch auf Fragen zur Durchführung und Weiterentwicklung des PRiM-Verfahrens selbst („lernendes Verfahren“).

4. Praktische Durchführung

Entsprechend dem Prinzip der Selbstverpflichtung ist die Bereitschaft zur aktiven Befassung mit Qualitätsfragen ausschlaggebend für PRiM. In diesem Sinne gibt es keinen falschen Zeitpunkt – zu früh, zu spät etc. – für PRiM. (Interne) Behandlungsteams, die allgemein oder bezogen auf eine ausgewählte Fragestellung daran interessiert sind, ihre Handlungspraxis weiterzuentwickeln und sich mit externen Peer-Teams zu

Qualitätspotenzialen in ihrer eigenen Einrichtung zu beraten, fragen PRiM-Verfahren an. Sie wenden sich dazu an ihre zuständige Ärztekammer oder an die jeweiligen PRiM-Kooperationspartner.

Ärztekammern, die PRiM anbieten,¹² begleiten die Durchführung organisatorisch und kooperieren dabei bedarfs- bzw. fachgebietsbezogen mit geeigneten Partnern. Grundlage für eine Kooperation etwa einer Fachgesellschaft mit einer Ärztekammer ist, dass diese als PRiM-Kooperationspartner darlegen, dass das mit ihnen durchgeführte (fach-) spezifische Verfahren auf der Basis des vorliegenden Leitfadens und unter Beachtung der oben genannten PRiM-Prinzipien erfolgt.

Die Partner geben bzgl. ihrer Kooperation mit der zuständigen Ärztekammer im Vorfeld der PRiM-Verfahren eine entsprechende Selbst-/Kooperationserklärung ab.

Die für alle externen Peers obligatorische Fortbildung gemäß dem BÄK-Curriculum kann bei Bedarf durch zusätzliche Inhalte und Schulungsmodule, die sich auf spezifische Verfahren, Fachgebiete, Therapiebereiche etc. beziehen, ergänzt werden.

Struktur und Systematik

Die Durchführung von PRiM gliedert sich in fünf Phasen, die im Sinne des PDCA-Zyklus¹³ aufeinander aufbauen. Kritischer Erfolgsfaktor für alle Phasen ist die Wahrung der Vertraulichkeit und die Realisierung der beschriebenen, grundlegenden Prinzipien für PRiM-Verfahren.



¹² Nicht alle 17 Ärztekammern führen aktiv PRiM durch. [Hinweis auf BÄK-Internetseite, die entsprechende Verknüpfungen bereithält, wird ergänzt.]

¹³ Deming (1982), PDCA-Zyklus: Plan-Do-Check-Act

Übersicht zum Ablauf

Phasen	Fokus
I – PLAN	<u>Selbstbewertung:</u> Die Behandlungsteams, die ein PRiM für ihre Einrichtungen anfordern, setzen sich systematisch mit ihren Vorgehensweisen und Fragen zur Behandlungsqualität auseinander.
II – DO	<u>Fremdbewertung:</u> Ausgehend von den Informationen aus der Selbstbewertung besuchen die externen Peer-Teams die Einrichtungen. Sie machen sich anhand von Beobachtungen, Befragungen, Durchsicht von relevanten Unterlagen ein Bild von den Gegebenheiten vor Ort und fassen dieses mittels einer SWOT-Analyse zusammen. Die Fremdbewertung wird im externen Peer-Team kollegial validiert. Im anschließenden kollegialen Dialog reflektieren die internen und externen Peer-Teams gemeinsam die Erkenntnisse der Fremdbewertung, klären Fragen, loten Qualitätspotenziale und mögliche Ziele aus (kommunikative Validierung). Anschließend werden geeignete Maßnahmenempfehlungen zur Verbesserung der Qualität konsentiert.
III – CHECK	<u>Ergebnis-Feedback:</u> Die externen Peers stellen den internen Peers ihren schriftlichen Bericht zum Vor-Ort-Besuch und den konsentierten Maßnahmenempfehlungen zeitnah zur Verfügung. Dieser Bericht dient den internen Peers als Basis für ihre Überlegungen und Abstimmung zum weiteren Vorgehen in ihren Einrichtungen.
IV – ACT	<u>Umsetzung:</u> Die internen Peers klären den Handlungsbedarf/-möglichkeiten in ihren Einrichtungen. Sie koppeln die PRiM-Ergebnisse an entsprechende Ansprechpartner bzw. Interessierte einrichtungsintern zurück, initiieren den Prozess zur Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen und setzen (ausgewählte) Empfehlungen um.
V – CHECK	<u>Evaluation:</u> Die Evaluation adressiert drei Ebenen: a) <u>Qualitätskultur:</u> Erkenntnisse zur Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen – d. h. die Identifikation von fördernden und hemmenden Faktoren in der Umsetzung. b) <u>Qualitätsverbesserung:</u> Verbesserungspotenziale und „Best Practices“, die durch PRiM identifiziert oder erzielt werden konnten. c) <u>Lernendes Verfahren:</u> Aspekte, die bezogen auf die Durchführung von PRiM optimiert werden können/sollen. Wenn Erkenntnisse aus Evaluationen auch einrichtungsübergreifend zur Verfügung gestellt werden, dann erfolgt dies <u>ausschließlich</u> mit Zustimmung der besuchten Einrichtung und in anonymisierter Form.
Die zuständigen Ärztekammern stellen den besuchten Einrichtungen nach Abschluss der Phase V (Eingang der Evaluation bei der Ärztekammer) eine PRiM-Bescheinigung („Urkunde“) aus.	

Die für die Durchführung von PRiM jeweils notwendigen Dokumente, Vereinbarungsformulare etc. stellen die zuständigen Ärztekammern bzw. ihre PRiM-Kooperationspartner zur Verfügung.¹⁴

Die Phasen gestalten sich in der praktischen Umsetzung wie folgt:

Phase I – Selbstbewertung

Auslöser/Beweggründe für interne Peers ein PRiM durchzuführen, können beispielsweise sein

- * **Status quo evaluieren** („Wo stehen wir?“)
- * **Wunsch nach Weiterentwicklung**, neuen Lösungsansätzen durch fachlich-kollegialen Austausch auf Augenhöhe („Wo wollen wir hin?“)
- * **„Auffälligkeiten“**, d. h. ein konkreter Handlungsbedarf in Bezug auf die Qualität wird gesehen
- * **„Umbrüche“/„Change“** in der eigenen Einrichtung wie z. B. Leitungswechsel, Umstrukturierung/Zusammenlegung von Abteilungen, Neubau, Umzug etc.
- * **PRiM als integrale Methode im einrichtungseigenen QM-System.**

Bei Interesse an einem PRiM-Verfahren wenden sich Einrichtungen an ihre Ärztekammern oder die jeweiligen PRiM-Kooperationspartner. Die Ärztekammern, die PRiM anbieten, informieren und beraten die Anfragenden. In Zusammenarbeit mit den jeweiligen PRiM-Kooperationspartnern wird die Durchführung der Verfahren koordiniert, begleitet und die notwendigen PRiM-Dokumente werden zur Verfügung gestellt.

Der Fokus in dieser Einstiegsphase liegt auf den vorbereitenden Aktivitäten zum Vor-Ort-Besuch (Phase II). Von den internen Peers sind organisatorische Fragen, wie etwa das Einverständnis zur Durchführung von PRiM, Terminoptionen, Kostenübernahme (Reisekosten etc.), Zuständigkeiten/Ansprechpartner, Datenschutz etc. in ihren Einrichtungen zu klären.

Inhaltlich steht der Prozess der **Selbstbewertung** im Fokus. Anhand eines strukturierten Selbstbewertungsbogens erfolgt eine vertiefende Reflexion der internen Peers mit den in der Selbstbewertung vorgegebenen Fragen, Qualitätsindikatoren etc. sowie den Stärken

¹⁴ Siehe Liste im Anhang

und Schwächen im eigenen Versorgungskontext. Auch klären die internen Peers welche Erwartungen und Anliegen sie mit dem PRiM-Verfahren verbinden. Interne und externe Peers stimmen sich hierzu miteinander ab.

Das externe Peer-Team besteht aus Kolleginnen/Kollegen, die eine vergleichbare Expertise im betreffenden Fachgebiet wie die internen Peers aufweisen. Die Teams können interprofessionell und auch multidisziplinär zusammengesetzt sein. Inwiefern externe Peers in ihrem eigenen Arbeitskontext für die Durchführung von PRiM freigestellt bzw. welche Regelungen/Vereinbarungen getroffen werden können, ist von diesen vorab zu klären. Die Selbstbewertung der internen Peers dient dem externen Peer-Team als Basis für die Vorbereitung und Durchführung der Phase II.

Die externen Peer-Teams werden von den zuständigen Ärztekammern oder deren PRiM-Kooperationspartnern aus den von ihnen geführten Peer-Pools zusammengestellt und organisatorisch betreut.

Schulungs-Peers, d. h. Ärztinnen und Ärzte sowie Pflege- und Gesundheitsfachkräfte, die an einem PRiM im Rahmen ihrer Fortbildung zum Peer gemäß BÄK-Curriculum teilnehmen („Schulungs-PRiM“), können die externen Peer-Teams ergänzen.

Mit dem Fokus auf Aspekte, die die (organisatorische) Durchführung von PRiM betreffen („lernendes Verfahren“), kann die zuständige Ärztekammer als Beobachtende den Vor-Ort-Besuch (Phase II) begleiten.

Phase II – Fremdbewertung

Der Vor-Ort-Besuch bildet das Kernstück von PRiM. Der Erfolg hängt wesentlich von der Kompetenz der externen Peers ab, die PRiM-Prinzipien und die methodisch qualitative Vorgehensweise - hier insbesondere den kollegialen Dialog- im Zusammenspiel mit den internen Peers adäquat zu realisieren.

Eine umsichtige inhaltliche und organisatorische Vorbereitung des Vor-Ort-Termins hilft, den Ablauf möglichst fokussiert, dem zeitlichen Rahmen (ein Tag) entsprechend und angepasst an das jeweilige Setting zu gestalten. Die externen Peers konsentieren für ihr Team eine entsprechende Aufgabenverteilung (Sprecherfunktion/Leitung, Moderation, Übernahme von unterschiedlichen Rollen und Beobachtungspunkten, Protokollführung, Berichterstellung etc.), um die Durchführung optimal zu organisieren.

Der Vor-Ort-Besuch beginnt in der Regel mit einer Vorstellungsrunde. Die externen und internen Peers, die besuchte Einrichtung (Strukturen, aktuelle Gegebenheiten etc.) und

weitere Beteiligte stellen sich vor. Ein Austausch zum Ziel, den Prinzipien von PRiM, den Auftrag bzw. den Anliegen der internen Peers sowie zum geplanten Vorgehen/Tagesablauf kann hier stattfinden. Die internen Peers legen fest, wer zur Begrüßungs- und Abschlussrunde eventuell zusätzlich zum internen Peer-Team einzuladen ist.

Im Anschluss an die Vorstellungsrunde findet die **Fremdbewertung**, also die konkrete Einsichtnahme der externen Peers statt: sie nehmen die Infrastruktur, Ausstattung und praktischen Abläufe in den Blick und machen sich – ausgehend von den Angaben der Selbstbewertung – ein eigenes Bild. Die internen Peers begleiten dabei und stehen für Erläuterungen und Auskünfte zur Verfügung. Die Einschätzungen der externen Peers werden dann *kollegial validiert*: Hierzu zieht sich das externe Peer-Team zurück, um die individuellen Beobachtungen und Bewertungen gemeinsam zu reflektieren. Die externen Peers befassen sich dabei strukturiert mit den von ihnen wahrgenommenen Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken, stimmen sich ab und nehmen gegebenenfalls eine Priorisierung zu den mit den internen Peers zu besprechenden Themen vor.

Diese Fremdbewertung wird anhand des *kollegialen Dialoges* mit den internen Peers erörtert, d. h. *kommunikativ validiert*: auf der Basis ihrer fachlichen Expertise und versorgungspraktischen Erfahrung tauschen sich die internen und externen Peer-Teams zu den relevanten Themen, Beobachtungen und Erkenntnissen aus, Informationen und Eindrücke werden verifiziert bzw. auf den Punkt gebracht, übereinstimmende oder abweichende Einschätzungen in der Selbst- und Fremdbewertung werden thematisiert. Der Fokus liegt auf der Erörterung von Qualitätspotenzialen bzw. der SWOT-Analyse. Es werden Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten benannt, sowie praktikable Maßnahmen und Lösungswege – angepasst an das jeweilige Setting – abgeleitet und konsentiert.

Abschluss des Vor-Ort-Besuches

Abschließend fassen die externen Peers den Ablauf und die wesentlichen Ergebnisse des Vor-Ort-Besuches zusammen. Dieses Resümee richtet sich an die internen Peers und ggf. an von ihnen eingeladene weitere Ansprechpersonen der besuchten Einrichtung (Geschäftsführung, Qualitätsmanagementbeauftragte etc.) und bildet die Grundlage für den zu erstellenden PRiM-Bericht.

Phase III – Ergebnis-Feedback

Die externen Peers geben über die Ergebnisse des Vor-Ort-Besuches schriftlich mit einem PRiM-Bericht Auskunft. Im Format einer SWOT-Analyse wird zu den im kollegialen Dialog konsentierten Maßnahmenempfehlungen berichtet. Der Bericht, der in der Regel innerhalb von zwei Wochen vorliegt, richtet sich an die beteiligten internen Peers. Auf der Grundlage dieses Ergebnis-Feedbacks/Berichtes beraten die internen Peers über das weitere Vorgehen zur Initiierung und Umsetzung von (ausgewählten) Maßnahmen in ihrer Einrichtung.

In diesen Prozess der einrichtungsinternen Nachbereitung sind weder die externen Peers noch die Ärztekammern oder (fachlichen) PRiM-Kooperationspartner involviert. Auch wer und in welcher Form über die Ergebnisse und die Schlussfolgerungen des PRiM informiert und mit wem weitere Schritte in der eigenen Einrichtung abgestimmt, organisiert und umgesetzt werden, verantworten die internen Peers. Diese Selbstverpflichtung/Selbstbestimmtheit ist neben der Vertraulichkeit einer der wesentlichen Anker für die Stärkung der Qualitätskultur durch PRiM.

Phase IV – Umsetzung

Die internen Peer-Teams informieren die relevanten Ansprechpersonen und Interessierte in ihren Einrichtungen über die Ergebnisse von PRiM-Verfahren in geeigneter Weise. Sie stimmen sich im Prozess der Umsetzung der von ihnen ausgewählten Maßnahmenempfehlungen mit den jeweils Verantwortlichen und Betroffenen zeitgerecht ab und kooperieren mit den Beteiligten.

Für diese Phase der einrichtungsinternen Umsetzung sind die internen Peers zuständig.

Phase V – Evaluation

Die Evaluation, die von den Ärztekammern durchgeführt wird, fokussiert die Qualitätsentwicklung und -förderung, nicht die externe Kontrolle. Es werden drei Dimensionen adressiert:

- a) Qualitätskultur: Erkenntnisse zur Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen – d. h. die Identifikation von fördernden und hemmenden Faktoren in der Umsetzung.
- b) Qualitätsverbesserung: (Prozess-)Verbesserungen/umgesetzte Maßnahmen und ggf. „Best Practices“, die durch PRiM erzielt bzw. identifiziert werden konnten sowie

- c) Lernendes Verfahren: Aspekte, die bei der Durchführung von PRiM-Verfahren optimiert werden können/sollen.

Erläuterung zu den Dimensionen der Evaluation:

- a) Qualitätskultur: Hierzu erfolgt eine Befragung der internen Peers nach ca. sechs Monaten nach dem Vor-Ort-Besuch durch die zuständige Ärztekammer. Entsprechend der Zielsetzung von PRiM, die Behandlungsqualität und die Qualitätskultur zu stärken, sollen mit der Evaluation **fördernde und hemmende Faktoren** für die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen in der Praxis evaluiert werden. Denn die Qualität der Versorgung ist zum einen von der individuellen Handlungskompetenz von Ärztinnen und Ärzten, Pflege- und Gesundheitsfachkräften sowie dem adäquaten Einbezug von Patientinnen und Patienten abhängig. Zum anderen sind es aber vor allem die **organisationsbedingten Rahmenbedingungen**, die die Strukturen, Prozesse und Umgangsweisen prägen und damit Handlungsweisen und -veränderungen ermöglichen oder behindern.
- b) Qualitätsverbesserung: Zugleich sollen die internen Peers Auskunft darüber geben, inwiefern nach ihrer Einschätzung konkrete Verbesserungsprozesse und Maßnahmen auf den Weg gebracht werden konnten. Auch die externen Peers sind aufgefordert zu berichten, welche Anregungen sie aus den Vor-Ort-Besuchen ggf. für ihre eigene Handlungspraxis nutzen können bzw. inwiefern diese auch für andere Einrichtungen interessant sein könnten („Best Practice“). Denn PRiM ist darauf angelegt, Erkenntnisse – unter Beachtung von Datenschutz und Vertraulichkeitsprinzipien – möglichst über den lokalen Bereich hinaus zur Verfügung zu stellen. Hierzu tauschen sich die Ärztekammern, ihre PRiM-Kooperationspartner und interne und externe Peers bei Bedarf und anlassbezogen aus.
- c) Lernendes Verfahren: Schließlich soll PRiM selbst als „lernendes Verfahren“ praktiziert werden. D. h. die Erfahrungen bei der Organisation und Umsetzung des Verfahrens sollen für die Weiterentwicklung von PRiM genutzt werden. Hierzu reflektieren zum einen die externen Peers ihr eigenes Handeln, die Kooperation und Rollenteilung in ihrem Team, Besonderheiten beim Vor-Ort-Besuch etc. Bei Bedarf tauschen sie sich dazu mit ihrer Ärztekammer aus. Zum anderen werden die

internen Peer-Teams von ihrer Ärztekammer zu ihrem Erleben in der Durchführung des Verfahrens befragt.

Nach Abschluss der Phase V erhält die Einrichtung von der zuständigen Ärztekammer eine Bescheinigung über die Durchführung des PRiM-Verfahrens. Zudem wird der Einrichtung das PRiM-Logo zur Verfügung gestellt. Die Nutzungsrechte für das verfahrenseigene Logo werden begrenzt auf drei Jahre gewährt.

5. ANHANG zum Leitfaden

5.1. Übersichten zur praktischen Umsetzung

- Beteiligte
- Kurzdarstellung PRiM-Zyklus
- Liste relevanter (Muster-)Dokumente

Beteiligte

In die Umsetzung von PRiM können sich unterschiedliche Beteiligte einbringen:

Peer:

Interne Peers: (Behandlungs-)Teams aus medizinischen Einrichtungen (Kliniken, MVZ, Arztpraxen, Institute etc.), die in ihrem eigenen Arbeitsbereich ein Peer-Review-Verfahren durchführen lassen möchten, sind als interne Peer aktiv.

Externe Peers: Als externe Peers bringen sich **Ärztinnen und Ärzte, Pflege- und Gesundheitsfachkräfte ein, die gemäß dem BÄK-Curriculum geschult sind.** Grundlegend ist ihre fachliche, methodische Kompetenz und berufliche Erfahrung sowie ihre Grundhaltung als „Critical Friend“.

Externe Peer-Teams umfassen in der Regel drei bis fünf Peers. Die Zusammensetzung (mono-/multiprofessionell und/oder interdisziplinär) richtet sich nach den Erfordernissen des jeweiligen Settings. Es hat sich bewährt, dass Peer-Teams für sich eine klare Aufgabenzuordnung bzw. Rollenverteilung konsentieren. Fragen zur Teamleitung/zentralen Ansprechperson, vorbereitende Gespräche, Moderation, Protokollführung, Berichterstellung, aktiven Einbezug von Schulungs-Peer etc. sind vorab zu klären.

Kooperationspartner

Ärzttekammern, die PRiM anbieten, sind für die internen und externen Peers die zentralen Ansprechpartner. Sie organisieren, koordinieren und begleiten den gesamten Verfahrensprozess inklusive der entsprechenden Informationsmaterialien und erforderlichen PRiM-Dokumente und stellen die externen Peer-Teams zusammen.

Die Vor-Ort-Besuche in den Einrichtungen können zudem durch die Ärztekammern begleitet werden. Sie sind dabei nicht in inhaltliche Fragestellungen und Themen involviert und üben keine Aufsichts- oder Kontrollfunktion aus. Das Augenmerk der Ärztekammern liegt vielmehr auf praktischen Aspekten bei der Durchführung, die unter anderem für die Weiterentwicklung des Verfahrens wichtig sein können. Um die Organisation von PRiM zu unterstützen und das Verfahren zu befördern, können die Ärztekammern auch bundeslandübergreifend miteinander kooperieren.

Hinweis:

Die Ärztekammern sind für die Anerkennung der verpflichtenden Peer-Fortbildungen gemäß dem BÄK-Curriculum zuständig.

Zudem ist die Teilnahme an einem PRiM-Verfahren (Vor-Ort-Besuch) als Fortbildungsmaßnahme für den Erwerb von Fortbildungspunkten anerkennungsfähig.

Für PRiM-Verfahren, die nicht von den Ärztekammern angeboten werden, ist vor Durchführung der Maßnahme hierzu ein Antrag auf Anerkennung bei der zuständigen Ärztekammer zu stellen. Die Vorgaben der (Muster-)Fortbildungsordnung sind zu berücksichtigen.

(Fachliche) PRiM-Kooperationspartner:

Als Kooperationspartner der Ärztekammern können sich medizinische Fachgesellschaften, Berufsverbände, Klinikverbünde etc. engagieren. In der Regel fokussieren diese PRiM-Kooperationspartner die inhaltlich-fachliche Qualitätsentwicklung und Stärkung der Qualitätskultur in einem ausgewählten (Fach-) Bereich. Dementsprechend definieren sie die für ihren Kontext relevanten Bewertungskriterien (Selbstbewertungs-/Fremdbewertungsbogen) auf der Basis von Qualitätsindikatoren, Standards, Leitlinien etc., die im Rahmen der jeweils (fach-) spezifischen PRiM zum Einsatz kommen sollen.

Gegenüber den zuständigen Ärztekammern legen die PRiM-Kooperationspartner vorab dar, dass das in Zusammenarbeit mit ihnen durchgeführte Verfahren auf dem Leitfaden der Bundesärztekammer basiert und die Prinzipien und die Systematik von PRiM eingehalten werden (Selbsterklärung).

Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer ist für das Curriculum und gemeinsam mit den Ärztekammern für die Konzeption und Weiterentwicklung des PRiM-Verfahrens zuständig. Hierzu dient unter anderem ein kontinuierlicher Austausch zu den Erkenntnissen und Erfahrungen und die Förderung des bundesweiten Wissenstransfers.

Kurzdarstellung PRiM-Zyklus

Phase I:

	To-Do/Aufgaben	Zuständigkeit
I.1	<i>Bewerbung des Verfahrens/Information Grundlagen/Gesamtorganisation/Dokumente</i>	<i>Ärzttekammer in Abstimmung mit PRiM-Kooperationspartnern</i>
I.2	<i>Auslöser/Entscheidung für PRiM/Zieldefinition</i>	<i>Einrichtung, interne Peer</i>
I.3	<i>Koordination/Formalitäten</i>	<i>Ärzttekammer/ggf. PRiM-Kooperationspartner, externe Peers</i>
I.4	<i>Interne organisatorische Abstimmung</i>	<i>Einrichtung, interne Peers</i>
I.5	<i>„Peer-Pool“, Zusammenstellung von externen Peer-Teams</i>	<i>Ärzttekammer/ggf. PRiM-Kooperationspartner</i>
I.6	<i>Selbstbewertung</i>	<i>Einrichtung, interne Peers</i>
I.7	<i>Organisation/Vorbereitung Besuch</i>	<i>Ärzttekammer/ggf. PRiM-Kooperationspartner, externe Peers</i>
I.8	<i>Interne Vorbereitung Besuch</i>	<i>Einrichtung, interne Peers</i>
I.9	<i>Vorgespräche mit der Einrichtung/ Team-Rollen/Aufgaben</i>	<i>Ärzttekammer/ggf. PRiM-Kooperationspartner, externe Peers</i>

Phase II:

	To-Do / Aufgaben	Zuständigkeit
II.1	<i>Vor-Ort-Besuch – Vorstellungsrunde</i>	<i>Interne/externe Peers und ggf. weitere Ansprechpersonen</i>
II.2	<i>Einsichtnahme/Fremdbewertung</i>	<i>Externe Peers</i>
II.3	<i>Kollegiale Validierung im externen Peer Team</i>	<i>Externe Peers</i>
II.4	<i>Kollegialer Dialog/Kommunikative Validierung</i>	<i>Interne/externe Peers</i>
II.5	<i>Abschlussgespräch</i>	<i>Interne/externe Peers und ggf. weitere Ansprechpersonen</i>

Phase III:

	To-Do/Aufgaben	Zuständigkeit
III.1	<i>Ergebnis-Feedback: Bericht zu den Ergebnissen und konsentierten Maßnahmenempfehlungen/SWOT-Analyse</i>	<i>Externe Peers</i>
III.2	<i>Reflexion und Schlussfolgerungen zum weiteren Vorgehen</i>	<i>Interne Peers, Einrichtung</i>

Phase IV:

	To-Do/Aufgaben	Zuständigkeit
IV.1	<i>Umsetzung (ausgewählter) Maßnahmen/Handlungsempfehlungen in der Einrichtung</i>	<i>Interne Peers</i>

Phase V:

	To-Do/Aufgaben	Zuständigkeit
<i>Evaluation</i>		
V.1	<i><u>Lernendes Verfahren:</u> Befragung zum Erleben von PRiM</i>	<i>Interne Peers, Ärztekammer/ggf. PRiM-Kooperationspartner</i>
V.2	<i><u>Qualitätskultur:</u> Befragung zu hemmenden und fördernden Faktoren für die Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen (ca. sechs Monate nach dem Vor-Ort-Besuch)</i>	<i>Interne Peers, Ärztekammer/ggf. PRiM-Kooperationspartner</i>
V.3	<i><u>Qualitätsverbesserung:</u> Befragung zu umgesetzten Maßnahmen einrichtungsintern und „Best Practices“ (ca. sechs Monate nach dem Vor-Ort-Besuch)</i>	<i>Interne Peers, Ärztekammer/ggf. PRiM-Kooperationspartner</i>
V.4	<i><u>Lernendes Verfahren:</u> Reflexion zum eigenen (methodischen) Handeln als Peer und „Lessons Learned“ bzgl. eigener Handlungsweisen, Verbesserungspotenziale, „Best Practices“ etc</i>	<i>Externe Peers, Ärztekammer/ggf. PRiM-Kooperationspartner</i>
V.5	<i>Erkenntnisse/Best Practices in geeigneter Weise/optional über den lokalen Kontext hinaus verfügbar machen</i>	<i>Interne/externe Peers, Ärztekammer/PRiM-Kooperationspartner Einrichtung</i>
V.6	<i>Erfahrungsaustausch auf Bundesebene zur Durchführung des Verfahrens und zum Erkenntnisgewinn durch PRiM</i>	<i>Bundesärztekammer</i>

Liste relevanter (Muster-)Dokumente

Die für die Durchführung von Verfahren jeweils notwendigen Dokumente stellen die zuständigen Ärztekammern bzw. ihre PRiM-Kooperationspartner zur Verfügung.

Exemplarische Liste relevanter Dokumente und Informationsmaterialien, die im Rahmen von PRiM zum Einsatz kommen können:

Grundlegend für PRiM-Verfahren, die von Kooperationspartnern (Fachgesellschaften etc.) gemeinsam mit den Ärztekammern durchgeführt werden, ist eine entsprechende Selbstverpflichtung zu den PRiM-Prinzipien. Diese Selbsterklärung/Kooperationserklärung muss im Vorfeld der jeweiligen Verfahren bei der jeweils zuständigen Ärztekammer vorgelegt werden.

Phase I

- **Einverständniserklärung:** Zur Vorbereitung eines PRiM ist das Einverständnis der jeweiligen Geschäftsführung/Leitung einer Einrichtung einzuholen.
- **Information zum externen Peer-Team** (Fachlichkeit, Neutralität etc.) inkl. Einverständniserklärung seitens der internen Peers
- **Informationen zur besuchten Einrichtung**
- **Vertraulichkeitserklärung/Datenschutz** etc. (alle fünf PRiM-Phasen)
- **Kostenformulare** (Reisekosten, Aufwandsentschädigung etc.)
- **Selbst-/Fremdbewertungs-Bogen** (verfahrensspezifisch)
- **Ablaufplan PRiM-Besuch vor Ort**

Phase II

- **Selbst-/Fremdbewertungs-Bogen** (verfahrensspezifisch)
- **SWOT-Analyse und Protokoll**
- **Teilnahmebescheinigung der zuständigen Ärztekammer für interne und externe Peers**

Phase III und IV

- **Bericht** (Vorlage)

Phase V

- **Evaluation**
- **PRiM-Bescheinigung/„Urkunde“** von der zuständigen Ärztekammer für die besuchte Einrichtung nach Abschluss des Verfahrens.
- **Nutzungsrechte PRiM-Logo/Werbung** (Befristung auf drei Jahre; ausschließlich für die Organisationseinheit, die ein PRiM durchgeführt hat, nicht für eine Organisation/Einrichtung insgesamt).

5.2. Abkürzungsverzeichnis

BDA	Berufsverband Deutscher Anästhesisten e. V.
BÄK	Bundesärztekammer
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
DGAI	Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V.
DIVI	Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V.
HRO	High Reliability Organizations (Hochzuverlässige Organisationen)
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
IQM	Initiative Qualitätsmedizin e. V.
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PRiM	Peer Review in der Medizin
QS	Qualitätssicherung
QM	Qualitätsmanagement
SWOT	Strengths (Stärken) Weaknesses (Schwächen) Opportunities (Chancen) Threats (Risiken)
UE	Unterrichtseinheiten

5.3. Literatur

- Bundesärztekammer (2013): Curriculum Ärztliches Peer Review. Texte und Materialien zur Fort- und Weiterbildung. 2. Auflage.
- Bundesärztekammer (2014): Leitfaden Ärztliches Peer Review. Texte und Materialien zur Fortbildung und Weiterbildung. 1. Auflage.
- Chop, I./Eberlein-Gonska, M. (2012): Übersichtsartikel zum Peer Review Verfahren und seine Einordnung in der Medizin. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) 106, S. 547-552.
- Deming, W. E. (1982): Out of Crisis. Massachusetts Institute of Technology.
- Eberlein-Gonska, M./Baretton, G./Habeck, J. O. (2013): Peer-Review-Verfahren in der Pathologie. Zehn Jahre Erfahrungen im Freistaat Sachsen. In: Ärzteblatt Sachsen 3/2013, S. 91-98. Vgl. <https://www.slaek.de/de/arzt/qalitaetssicherung/60qspathologie.php>
- Edmondson, A. C. (2020): Die angstfreie Organisation. Wie Sie psychologische Sicherheit am Arbeitsplatz für mehr Entwicklung, Lernen und Innovation schaffen. Vahlen, S. 14.
- Grüning, T. (2022): Messen allein ist nicht genug. Zur Weiterentwicklung der gesetzlichen datengestützten Qualitätssicherung. In: Das Krankenhaus 10/2022, S. 894-898.
- Hollnagel, E. (2014): Safety-I and Safety-II. The Past and Future of Safety Management. Ashgate.
- Kuch, C. (2024): Peer Review. Ein praktisches Handbuch. Solution Focused Minds – medcoaching (Eigenverlag).
- Kühl, S./Strodtholz, P./Taffertshofer, A. (2009): Qualitative und quantitative Methoden der Organisationsforschung – ein Überblick. In: Kühl, S./Strodtholz, P./Taffertshofer, A.: Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und qualitative Methoden. VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13-27.
- Lamnek, S. (1995): Zentrale Prinzipien qualitativer Sozialforschung. Kap. 2.2 in Qualitative Sozialforschung. Band 1, Methodologie. Beltz, S. 21-30.
- Mühlbradt, T./Schröder, S./Speer, T. (2024): Safety-II: Neue Wege zur Patientensicherheit. Strategien, Methoden und praktische Erfahrungen. Springer Gabler/ FOM-Edition.
- Schiek, D. (2024): Methoden der qualitativen Sozialforschung. Utb, S. 16.
- Steinke, I. (1999): Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. Juventa.
- Steinke, I. (2000): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick et al: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch, Kap. 4.7, S. 319-331.
- Weick, K. E./Sutcliffe, Kathleen M. (2016): Das Unerwartete managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen. Schäffer-Poeschel, 3. Auflage.
- Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) (2012): Schwerpunkttheft Peer Review Verfahren. ZEFQ 106 (2012)8, S. 543-616. Elsevier.

Die Neuauflage des Leitfadens Peer Review in der Medizin (PRiM) wurde von einer vom Vorstand der Bundesärztekammer eingesetzten Arbeitsgruppe erarbeitet.

Unter der Leitung von San.-Rat. Dr. med. Josef Mischo (Ärztekammer des Saarlandes) haben mitgewirkt: Anette Henninger (Landesärztekammer Baden-Württemberg), Katharina Wentrup (Ärztekammer Berlin), Ulrich Schwille (Landesärztekammer Brandenburg), Dr. med. Marlene Lessel (Bayerische Landesärztekammer), Dr. med. Annemarie Jungbluth, M. med. (Ärztekammer Hamburg), Silke Nahlinger (Landesärztekammer Hessen), Silvia Berlage (Ärztekammer Niedersachsen), Dr. med. Susanne Macher-Heidrich (Ärztekammer Nordrhein), Prof. Dr. med. Maria Eberlein-Gonska (Sächsische Landesärztekammer).

Für Hinweise bei der Weiterentwicklung des Verfahrens (Curriculum und Leitfaden) danken wir unter anderem den Institutionen DIVI, IQTIG, IQM.

Impressum

Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

<https://www.bundesaerztekammer.de>

Kontakt: dezernat3@baek.de