

Bundesärztekammer

Curriculum Ärztliches Peer Review

Herausgeber:
Bundesärztekammer





BUNDESÄRZTEKAMMER

Texte und Materialien
zur Fort- und Weiterbildung

Curriculum Ärztliches Peer Review

2. Auflage 2013

Curriculum Ärztliches Peer Review – 2013

Herausgeber:
Bundesärztekammer



**Texte und Materialien der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung**

Bundesärztekammer

Curriculum Ärztliches Peer Review

Mit den in diesem Werk
verwandten Personen- und
Berufsbezeichnungen sind,
auch wenn sie nur in einer
Form auftreten, gleichwertig
beide Geschlechter gemeint.

Texte und Materialien der Bundesärztekammer
zur Fortbildung und Weiterbildung

Band 30:

Curriculum Ärztliches Peer Review

Herausgeber:

Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

Impressum

Schriftleitung

Dr. Oliver Boy	Bundesärztekammer
Dr. Jochen Bredehöft	Ärztekammer Westfalen-Lippe
Dr. Sven Bungard	Institut für Qualität und Patientensicherheit, BQS gGmbH, Düsseldorf
Ines Chop	Bundesärztekammer
PD Dr. Maria Eberlein-Gonska	Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden
Dr. Erich Fellmann	Ärztekammer Berlin
Dr. Regina Klakow-Franck	Gemeinsamer Bundesausschuss
Dr. Wolfgang Krahwinkel	HELIOS Krankenhaus Leisnig
Dr. Christine Kuch	medcoaching, Köln
Dr. Oda Rink	Initiative Qualitätsmedizin, Berlin

Unter Mitwirkung von

Dr. Jürgen Adomeit	Ärztekammer Westfalen-Lippe
Dr. Matthias Albrecht	Ev. Krankenhaus Hubertus Krankenhausbetriebs gGmbH
Elisabeth Borg	Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL
Fani Bouzinou	Bundesärztekammer
Rosemarie Bistrup	Bundesärztekammer
Manfred Brüggemann	Bundesärztekammer
Dr. Hans-Joachim Bücker-Nott	Ärztekammer Westfalen-Lippe
Dr. Matthias Felsenstein	Landesärztekammer Baden-Württemberg
Dr. Hans-Georg Huber	Ärztekammer Nordrhein
Dr. Günther Jonitz	Ärztekammer Berlin
Dr. Annemarie Jungbluth	Ärztekammer Hamburg
Dr. Carsten Leffmann	Ärztekammer Schleswig-Holstein
Dr. Susanne Macher-Heidrich	Ärztekammer Nordrhein
Jessica Märker	Bundesärztekammer
Dr. Justina Rozeboom	Bundesärztekammer
Prof. Dr. Johann Wilhelm Weidringer	Bayerische Landesärztekammer

Urheberrecht – Copyright

© Bundesärztekammer, 2013

Herausgeber

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern), Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin

Schriftenreihe

Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung

Band 30, 2. Auflage

ISSN – Print 0945-1951

ISSN – Internet 2195-3694

Wichtiger Hinweis:

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urhebergesetzes der BRD zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urhebergesetzes.

Inhalt

Vorwort	9
1 Einleitung	11
1.1 Hintergrund.....	11
1.2 Zielsetzung des Curriculums.....	13
1.3 Vorgehensweise bei der Entwicklung des Curriculums	14
2 Theoretische Einführung	15
2.1 Definition von Peer Review	15
2.2 Abgrenzung zu verwandten Verfahren	16
2.3 Peer-Review-Team	17
2.4 Ablauf von Peer Reviews	19
2.5 Nutzen der Peer-Review-Methodik für die Qualitätssicherung und -förderung.....	20
2.6 Kritische Erfolgsfaktoren für die Implementierung	21
3 Qualifizierungskonzept	23
3.1 Zielgruppen des Qualifizierungskonzepts	23
3.2 Inhaltliche und didaktische Qualitätsziele	23
3.3 Gliederung des Qualifizierungskonzepts	24
3.4 Kompetenzprofil eines Peers	26
3.5 Allgemeine Seminarmerkmale	27
3.6 Qualifizierungsmodule	30
Modul 1:	
Peer Review im Kontext von Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Evaluation...	30
Modul 2:	
Aufgaben und Rolle/Haltung des Peers	30
Modul 3:	
Datenerhebung, -interpretation und -bewertung.....	31
Modul 4:	
Design und Planung eines Peer Reviews	31
Modul 5:	
Feedback und Berichte.....	32
Modul 6:	
Personale Kompetenzen (Selbst- und Sozialkompetenz)	32
3.7 Musterseminar.....	33

4 Anhang	37
4.1 Verfahrensbeschreibung der Peer-Review-Verfahren von IQM und in der Intensivmedizin.....	37
4.1.1 IQM- und HELIOS-Peer-Reviews (Stand: Oktober 2012).....	37
4.1.2 Peer-Review-Verfahren in der Intensivmedizin (DIVI)(Stand: Oktober 2012)	38
4.2 Glossar	40
4.3 Tool-Box	56
4.3.1 Checkliste Qualitätskriterien Peer-Review-Verfahren	56
4.3.2 Ablauf des kollegialen Dialogs.....	59
4.3.3 Grundlegende Regeln für Peers	61
4.3.4 Muster einer Vertraulichkeitserklärung für Peers.....	63
4.3.5 Muster einer Einwilligungserklärung für Patienten	66
4.4 Ansprechpartner	67
4.5 Literaturangaben	71

Vorwort

Nach der Zusatz-Weiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“, den Curricula „Ärztliche Führung“ und „Evidenzbasierte Medizin“ sowie dem Fortbildungskonzept „Patientensicherheit“ stellt die Bundesärztekammer mit dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ einen weiteren Baustein zur Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung bereit.

Das Peer-Review-Verfahren als unbürokratisches, flexibles und auf den kollegialen Austausch fokussiertes Instrument zur Förderung von Qualität und Sicherheit in der Patientenversorgung findet im deutschen Gesundheitswesen zunehmend Anwendung und Akzeptanz, insbesondere seitens der Ärzteschaft.

Das ist besonders vor dem Hintergrund zu sehen, dass der bürokratische Aufwand für die Einhaltung der Qualitätssicherungs-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sehr hoch ist, dessen konkreter Nutzen jedoch für die tägliche Arbeit im Krankenhaus oder in der eigenen Praxis kaum mehr nachvollzogen werden kann.

Peer-Review-Verfahren in der Medizin hingegen sind freiwillig und wurden von Ärzten für Ärzte entwickelt. Die initialen Impulse für die Einführung von freiwilligen Peer Reviews im Krankenhaus gingen von der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) sowie der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Notfall- und Intensivmedizin und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten (DGAI/DIVI/BDA) aus.

Das Peer-Review-Verfahren ist quasi die Rückkehr zur „Ur-Methode“ ärztlicher Qualitätssicherung: Zum offenen Informationsaustausch mit Fachkollegen aus anderen Einrichtungen auf gleicher Augenhöhe und zum voneinander Lernen auf systematischer Basis.

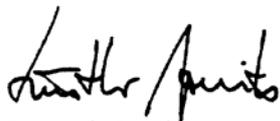
Mit dem von der Bundesärztekammer verabschiedeten Curriculum wurde ein Fortbildungskonzept geschaffen, mit dem sich interessierte Ärztinnen und Ärzte für Qualitätsförderungsverfahren, die auf kollegialem Dialog und interdisziplinärem Austausch basieren (z. B. Qualitätszirkel, Morbiditäts- und Mortalitäts- oder Tumorkonferenzen), qualifizieren können.

Im Mittelpunkt jedes Peer-Review-Verfahrens steht der direkte Austausch von Expertenwissen – zum Beispiel von Chefarzt zu Chefarzt – über konkrete Qualitätsprobleme der klinischen Versorgungspraxis. Hierin liegt das große Potenzial für die Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung, aber auch die Schwierigkeit der Umsetzung. Nicht jeder Arzt beherrscht die Kunst des kollegialen Dialogs und der konstruktiven Kritik. Deshalb hebt das Fortbildungskonzept nicht nur auf die Vermittlung von theoretischem Wissen über Peer-Review-Verfahren in der Medizin ab, sondern sieht intensives Training im Umgang mit Konflikten, Kritik und Widerstand sowie lösungsorientierte Gesprächsführung vor.

Um die derzeitigen Lücken zwischen externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement, das heißt der Erhebung und Auswertung von Qualitätsdaten, dem Feedback der Ergebnisse und der Ableitung von konkreten Verbesserungsmaßnahmen bei Qualitätsdefiziten

zu schließen, müssen die Insider der Patientenversorgung, die Ärztinnen und Ärzte gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen, wieder zu Treibern der Qualitätsentwicklung werden. Das von Ärzten für Ärzte freiwillig entwickelte Verfahren bietet die Chance, Qualitätssicherung bei gleichzeitigem Wissenstransfer wieder stärker an die tägliche ärztliche Praxis zu koppeln. Mit der Initiative zur Förderung von Peer Reviews in der Medizin setzt die Ärzteschaft hierbei einen deutlich anderen Akzent.

Die Förderung der Kompetenzen der Ärztinnen und Ärzte auch im Hinblick auf die Übernahme gemeinsamer Verantwortung ist ein Schlüssel für eine bessere Patientenversorgung. Das Curriculum „Ärztliches Peer Review“ vermittelt die dazu nötigen Grundlagen.



Dr. med. Günther Jonitz



Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Nach dem Curriculum „Ärztliches Qualitätsmanagement“, dem Curriculum „Ärztliche Führung“ und dem Fortbildungskonzept „Patientensicherheit“ stellt die Bundesärztekammer mit dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ einen weiteren Baustein zur Qualitätssicherung und -entwicklung der Patientenversorgung zur Verfügung

Zur historischen Entwicklung von Peer Review:

Der Theologe und Herausgeber der seit 1655 in London erscheinenden *Philosophical Transactions*, Henry Oldenburg, soll einer der ersten gewesen sein, der die Begutachtung der Qualität eingereicherter Aufsätze zu naturwissenschaftlichen Themen an andere Wissenschaftler, die zum jeweiligen Thema als fachkompetent galten, delegierte. Dieses Verfahren wurde später von anderen wissenschaftlichen Zeitschriften übernommen (Rockwood 2007).

In der Medizin ist die Begutachtung durch Peers (engl. für Ebenbürtiger, Gleichgestellter, Gleichrangiger) nicht nur im Wissenschaftsbetrieb, sondern insbesondere auch in der Qualitätssicherung unverzichtbar. Eine Qualitätsbeurteilung mit reliablen und validen Aussagen über ärztliche Kernprozesse in Klinik und Praxis ist aufgrund der Komplexität der Medizin und der damit einhergehenden ärztlichen Spezialisierung ohne eine Einbeziehung der jeweiligen ärztlichen Fachexpertise überhaupt nicht möglich. Als freier Beruf mit einer Tätigkeit in hochspezialisierten Expertenorganisationen verfügt der Arztberuf außerdem über eine nicht nur sachlich-fachlich begründete, sondern auch berufsrechtlich verankerte Hoheit über die eigenen professionellen Standards. Die Einbeziehung fachlich Ebenbürtiger und professionell Gleichrangiger, wie es zum Kernelement des Peer-Review-Verfahrens gehört, stellt deshalb geradezu einen „Türöffner“ bzw. eine Grundvoraussetzung für die Akzeptanz jeglichen Qualitätssicherungsverfahrens in der ärztlichen Versorgung dar.

Als formale Bestandteile von Qualitätssicherungsverfahren in der Medizin wurden Peer Reviews in den USA bereits zu Anfang des 20. Jahrhunderts von Codman (konsequente Messung, Dokumentation, Bewertung, Veröffentlichung und Vergleich von chirurgischen Outcomes; 1917) und Ponton (Concept of Medical Audit; 1927) entwickelt. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden Peer-Review-Verfahren im Zuge des „hospital standardization program“ durch das American College of Surgeons, der Einführung der Akkreditierung von Krankenhäusern durch die Joint Commission (1951) und der Gründung von Medicare Peer Review Organization (MPRO) vor allem mit dem Ziel der Qualitätskontrolle etabliert.

Seit den 80er-Jahren wurde das Peer-Review-Verfahren zu einem Instrument zur Verbesserung der medizinisch-pflegerischen Behandlungsqualität weiterentwickelt und etablierte sich dabei vor allem in Großbritannien, Dänemark, den Niederlanden und den USA (z. B. Entwicklung von Visitation 1989, Integration von „clinical audits“ in das „White Paper“ der UK-Regierung 1997, National Cancer Peer Review Programme 2008 in UK, Shaw 2000).

Die Erfolgchancen dieses Instruments wurden auch in Deutschland in einem vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projekt „Qualitätsverbesserung durch Einführung von klinischen Audits“ von 1998 bis 2001 geprüft. An diesem Projekt, dessen Audit-Verfahren sich am niederländischen Vorbild (Peer-Review-Methode „*Visitatie*“) des Centraal Begeleidings-Orgaan (CBO) orientierte, nahmen zwölf Krankenhäuser teil. Sie unterzogen sich klinischen Audits, hier definiert als „eine von Kollegen des gleichen Fachgebietes ausgeführte, standardisierte Untersuchung einer Abteilung, bei der die Umstände betrachtet werden, unter denen die medizinisch-pflegerische Behandlung stattfindet, mit dem Ziel, die Behandlungsqualität zu verbessern“ (Definition von Blum et al., 2002).

Seit den 90er Jahren ist in Deutschland zu beobachten, dass Elemente des Peer-Review-Verfahrens integriert werden bei der Entwicklung von Qualitätssicherungs- bzw. Qualitätsmanagementverfahren: z. B. KTQ-Visitation, der Strukturierte Dialog in der externen stationären Qualitätssicherung nach § 137 SGB V, QEP-, EPA-Visitationen, Peer-Review-Verfahren bei Pathologen (Sächsische Landesärztekammer, Richtlinie 2012), bzw. als Teil des Qualitätsmanagementsystems im HELIOS Konzern (HELIOS Kliniken Gruppe 2000–2007).

Ein deutlicher Impuls zur Etablierung von Peer Reviews zur Qualitätssicherung und -entwicklung ging ab 2008 vor allem von träger- und einrichtungsübergreifenden Projekten wie der Initiative Qualitätsmedizin (IQM) und dem Peer-Review-Verfahren in der Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Notfall- und Intensivmedizin und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (DGAI/DIVI/BDA) aus. Im Peer-Review-Verfahren nach IQM werden statistisch auffällige Ergebnisse eines indikatorgestützten Benchmarkverfahrens im Rahmen eines Besuchs von Fachkollegen anhand der Krankenakten analysiert. Im Peer-Review-Verfahren in der Intensivmedizin wird die Einhaltung intensivmedizinischer Behandlungsstandards anhand eines Erhebungsbogens zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und anhand einer bettseitigen Evaluation überprüft (siehe Kapitel 4.1). In beiden Projekten erfolgt quasi eine Rückbesinnung auf die „Ur-Methode“ ärztlicher Qualitätssicherung: den Dialog mit Fachkollegen über mögliche Qualitätsdefizite und Verbesserungsmaßnahmen.

Der Fokus der Öffentlichkeit lag gegenüber den letzten Jahren auf anderen Aspekten der Qualitätssicherung: Die Forderung der Öffentlichkeit nach mehr Transparenz („*public disclosure*“) und Qualitätsdarlegung nach außen führte zur Veröffentlichung von Qualitätsergebnissen, zur Entwicklung von Krankenhaus- und Arztbewertungsportalen, zur Etablierung von Zertifizierungsverfahren etc. Der sogenannte Qualitätswettbewerb ist in vollem Gange. Offensichtlich besteht aber auch heute, mehr als zehn Jahre nach verpflichtender Einführung von externer vergleichender Qualitätssicherung und einrichtungsinternem Qualitätsmanagement, in Krankenhäusern und Arztpraxen noch oft genug ein Nebeneinander dieser beiden Säulen von Qualitätskultur. Zusätzlich wird an der indikatorgestützten extern vergleichenden Qualitätssicherung der hohe Dokumentationsaufwand sowie das unzureichende Feedback kritisiert. Das hausinterne Qualitätsmanagementsystem oder die Zertifizierung werden nicht selten als Fremdkörper bzw. als nicht nutzbringend für die Patientenversorgung wahrgenommen.

Vor diesem Hintergrund kann der Einsatz von Peer-Review-Verfahren entscheidend dazu beitragen, die Lücke zwischen externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement zu schließen. Die sogenannten Prozesseigner der medizinischen Versorgung werden von „Betroffenen zu Beteiligten“ und „aktiven Treibern der Qualitätssicherung und -entwicklung“ gemacht.

Gleichzeitig ermöglicht der offene Informationsaustausch zwischen Experten auf Augenhöhe einen gegenseitigen effektiven Wissenstransfer und verknüpft somit die Qualitätsförderung mit dem Konzept des lebenslangen Lernens.

1.2 Zielsetzung des Curriculums

Ausgehend vom wachsenden Interesse am Peer-Review-Verfahren als Erfolg versprechende freiwillige Methode, die ärztliche Qualitätsförderung und Fortbildung miteinander verknüpft und vor dem Hintergrund der hierzu schon existierenden verschiedenen Peer-Review-Initiativen besteht die Zielsetzung des Curriculums der Bundesärztekammer darin,

- ▶ die Etablierung qualitativ hochwertiger Peer-Review-Verfahren im deutschen Gesundheitswesen zu fördern
 - durch eine **theoretische Einführung** in Grundprinzipien und Erfolgsfaktoren von Peer-Review-Verfahren (siehe Kapitel 2)
 - sowie durch Bereitstellung eines **Qualifizierungskonzepts** für zukünftige Peers (siehe Kapitel 3), da dies den kritischsten Erfolgsfaktor für die Implementierung von Peer-Review-Verfahren darstellt.

Mit der Förderung von Peer Reviews – als ein Beispiel dafür, dass Ärzte sich gemeinsam mit anderen Gesundheitsberufen selbst um eine hohe Qualität ihrer Arbeit bemühen – möchte die Bundesärztekammer einen Impuls zur Förderung und Kultivierung

- ▶ der professionellen Autonomie
- ▶ der (Selbst-)Reflexion
- ▶ der ärztlichen Kollegialität und Diskursfähigkeit
- ▶ des voneinander Lernens
- ▶ des Konzepts des lebenslangen Lernens

setzen.

Die Bundesärztekammer stellt ein Konzept zur Verfügung, das als Grundgerüst für Peer-Qualifizierungen dient. Die Anwendbarkeit des Curriculums ist offen gehalten, das heißt es ist für verschiedene Peer-Review-Verfahren oder andere Qualitätssicherungsverfahren, die auf kollegialem Dialog bzw. interdisziplinärem Austausch basieren (z. B. Qualitätszirkel oder Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen) anwendbar.

1.3 Vorgehensweise bei der Entwicklung des Curriculums

Der Bedarf nach einer strukturierten Vorgehensweise bei der Durchführung von Peer Reviews sowie nach einem Qualifizierungskonzept für Peers wurde bereits zu Beginn der anlaufenden Peer-Review-Projekte erkennbar, deren Pilotphasen in den Jahren 2009 und 2010 durch Experten der Bundesärztekammer und Landesärztekammern begleitet und evaluiert wurden. Der Ausschuss Qualitätssicherung der Bundesärztekammer beschloss daraufhin in seiner Sitzung im Dezember 2009 die Entwicklung eines entsprechenden Curriculums „Ärztliches Peer Review“ und beauftragte damit eine Arbeitsgruppe, die sich aus ärztlichen und nichtärztlichen Experten verschiedener Disziplinen und mit vielfältigem Erfahrungshintergrund, wie z. B. mit den BQS-, KTQ-, IQM- und anderen Qualitätssicherungsverfahren, Qualitätsmanagement sowie Kommunikation und Didaktik, zusammensetzte.

Eingeflossen sind in dieses Curriculum die Ergebnisse der Evaluation von 15 Pilot-Peer-Reviews der Initiative Qualitätsmedizin aus den Jahren 2009 und 2010 und der drei Pretest-Lehrgänge für zukünftige Peers im Verfahren der Intensivmedizin aus dem Jahr 2010 in Kooperation mit den Landesärztekammern Baden-Württemberg und Hamburg.

Die Evaluationsergebnisse, die vor allem auf eine Analyse des Qualifizierungsbedarfs zukünftiger Peers fokussierten, verdeutlichten die Notwendigkeit, mit diesem Curriculum eine Einführung in Peer-Review-Verfahren als Qualitätssicherungsmethode (siehe Kapitel 2) sowie ein Qualifizierungskonzept für zukünftige Peers (siehe Kapitel 3) bereitzustellen.

2 Theoretische Einführung

2.1 Definition von Peer Review

Da im internationalen Kontext und in der Literatur die Termini physician peer review, clinical audit, medical peer review, medical audit, klinisches Audit, Audit und Visitation weitgehend als Synonyme verwendet werden, bedarf es zunächst der Klarstellung, was im Folgenden unter Peer Review als Qualitätsentwicklungsverfahren verstanden wird.

Anlehnend an die allgemeine Peer-Review-Definition von Grol (1994)

„Peer review is defined as a continuous, systematic, and critical reflection by a number of care providers, on their own and colleagues' performance, using structured procedures, with the aim of achieving continuous improvement of the quality of care.“

wird ein Ärztliches Peer Review als Qualitätsentwicklungsverfahren folgendermaßen definiert:

„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“.

Ein Peer-Review-Verfahren läuft typischerweise in drei Phasen ab (Phase 1: Selbstbewertung, Phase 2: Fremdbewertung und kollegialer Dialog im Rahmen eines Vor-Ort-Besuchs, Phase 3: Bericht), wobei der Schwerpunkt auf dem Besuch eines externen Expertenteams – den sogenannten Peers – in der medizinischen Einrichtung liegt (siehe Abbildung 1). Auf Grundlage der in Selbst- und Fremdbewertung systematisch erhobenen Daten werden im anschließenden kollegialen Dialog gemeinsam Verbesserungspotentiale identifiziert. Anschließend wird reflektiert, welche Qualitätsziele erreichbar sind und welche konkreten Maßnahmen dafür umgesetzt werden müssen. Dabei können beide Seiten voneinander lernen.

Die sich aus dem Peer Review ergebenden Maßnahmen werden von der besuchten Einrichtung in das interne Qualitätsmanagementsystem integriert und im Sinne des PDCA-Zyklus (**P**lan, **D**o, **C**heck, **A**ct) umgesetzt.

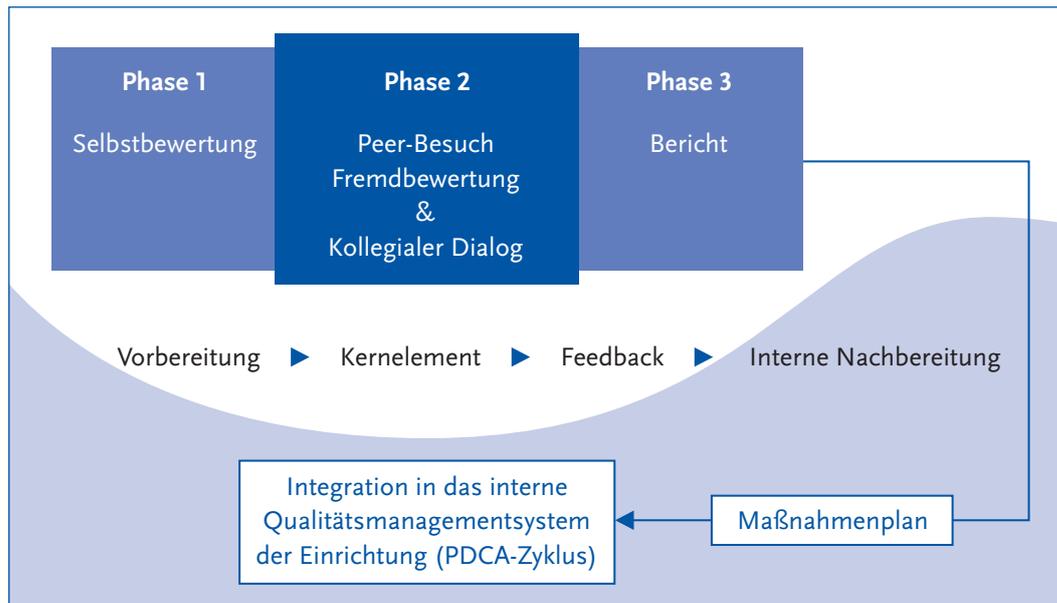


Abbildung 1: Phasen eines Peer Reviews

Aufgreifkriterien (Tracer) für die Durchführung eines Peer Reviews bzw. Inhalte des kollegialen Dialogs können sein:

- ▶ Auffälligkeiten bei ermittelten Qualitäts- und Sicherheitskennzahlen/-indikatoren
- ▶ Auffälligkeiten bei retrospektiver Aktenanalyse und Bewertung von Patientenakten
- ▶ Auffälligkeiten bei bettseitiger Analyse von Patientenbehandlungen
- ▶ Bewertung der Einhaltung von Behandlungsstandards bestimmter Krankheitsbilder und der interdisziplinären bzw. interprofessionellen Zusammenarbeit
- ▶ Konkrete klinische Prozesse/Ergebnisse einer Behandlung
- ▶ Konkrete Strukturen

Dabei werden stets berücksichtigt:

- ▶ Der gesamte Behandlungsprozess
- ▶ Alle drei Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität), wobei der Hauptfokus auf den Behandlungsprozessen liegt
- ▶ Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementdaten

2.2 Abgrenzung zu verwandten Verfahren

Im Unterschied zu Zertifizierungsverfahren, die formal betrachtet ähnlich strukturiert sind (Selbstbewertung, Fremdbewertung einschließlich Visitation, externe Audits oder Ähnlichem.), bei denen jedoch die Konformitätsüberprüfung einer Norm und anschließende Qualitätsdarlegung, z. B. durch ein Zertifikat im Mittelpunkt stehen, liegt die Perspektive beim Peer-Review-Verfahren weniger auf dem Kontroll- als vor allem auf dem Entwicklungsparadigma: Die besuchte

Einrichtung möchte in ihrem Bemühen um Qualitätsentwicklung von „ebenbürtigen“ Peers unterstützt werden. Der kollegiale Dialog auf Augenhöhe fördert dabei den „Wissenstransfer zwischen Experten und soll ‚Geburtshelfer‘ von Ideen und deren Realisierung“ (Ehrlich 1995) sein. Der Auditor fragt, hört und bewertet überwiegend Konformitäten und kommentiert in begrenztem Umfang im Feedback-Report. Peers nehmen eher die Rolle eines Begleiters, Beraters bzw. Coaches im Sinne des Modells der kollegialen Beratung bzw. Intervision ein. Beim Peer Review werden Ideen, Ansätze und Konzepte zur Qualitätsverbesserung von Anfang an gemeinsam von allen Beteiligten erarbeitet. Zurückgreifen kann man dabei ggf. auf Beispiele von Good (bzw. Best) Practice. Die Ergebnisse des Peer Reviews sind dadurch sehr praxisnah und auf die Gegebenheiten in der Gesundheitseinrichtung vor Ort angepasst.

Auch andere Peer-Review-Verfahren im Gesundheitswesen wie

- ▶ das Qualitätssicherungsverfahren der Rehabilitationsträger (Reha-Qualitätssicherung der deutschen Rentenversicherung, wo die strukturierte Überprüfung der Entlassungsberichte durch benannte Peers als Peer-Review-Verfahren bezeichnet wird
- ▶ die Visitationen im Zuge von Zertifizierungen nach der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ), proCum Cert, Joint Commission International (JCI) im Krankenhausbereich bzw. KTQ, Qualität und Entwicklung in Praxen (QEP), Europäisches Praxisassessment (EPA) und Qualitätszirkel im ambulanten Bereich
- ▶ der nur schriftlich durchgeführte Anteil des „Strukturierten Dialogs“ (siehe Glossar) im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

werden in diesem Curriculum nicht als Peer Reviews im oben genannten Sinne angesehen (Sens, 2007).

Ebenfalls abzugrenzen sind die im akademisch-wissenschaftlichen Bereich praktizierten Peer Reviews, das heißt Verfahren zur Beurteilung von wissenschaftlichen Artikeln in Fachzeitschriften, wobei die Peers eine Gutachterrolle einnehmen.

2.3 Peer-Review-Team

Begriff Peer

Der Begriff „Peer“ (engl. für Ebenbürtiger; Gleichgestellter, Gleichrangiger) wird heute allgemein im Kontext der externen Begutachtung und externen Evaluation gebraucht. Dabei ist der Peer eine unabhängige, mit der Person aus der begutachteten Einrichtung gleichgestellte Person. Er verfügt über spezifische, professionelle Expertise im zu evaluierenden Qualitätsbereich, das heißt im gleichen oder angrenzenden Fachgebiet. Der Peer bringt „Insiderwissen“ über den Gegenstand der Evaluierung in den Prozess ein und verbindet dieses mit der externen Perspektive (Gutknecht-Gmeiner, 2005). Er ist sozusagen ein „externer Insider“ und nimmt die Rolle eines „critical friend“ und kollegialen Beraters ein. Per definitionem wird auch die Person aus der begutachteten Einrichtung als „Peer“ bezeichnet, die allerdings im Peer Review eine andere Rolle ein-

nimmt. Durch das Prinzip der Gegenseitigkeit lernen die Peers beide Rollen des Reviews kennen. Das heißt dass jede Organisation, die sich einem Peer Review unterziehen möchte, ihrerseits Peers zur Verfügung stellen muss und jede Organisation, die Peers stellt, muss sich auch einem Review unterziehen: Sie können einerseits als Peers in der Rolle als Reviewer beim Besuch von anderen Einrichtungen auftreten (Rolle A), andererseits kann auch ihre eigene Einrichtung von anderen Peers besucht werden (Rolle B). In beiden Fällen lernt man von den Erfahrungen der Kollegen.

Anmerkung:

Im weiteren Sprachgebrauch wird aus Lesbarkeitsgründen weitestgehend der Begriff „Peer“ für beide Rollen eines Peers verwendet:

Rolle A: Peer als Besucher (synonym mit Reviewer, Gutachter, Evaluator, Berater, Coach)

Rolle B: Peer als Besuchter (synonym mit Gereviewter, Begutachteter, Evaluierter)

Der Erfolg von Peer Reviews hängt entscheidend von der Fach- und Führungskompetenz der Peers, – insbesondere in ihrer Rolle als Reviewer – ab, denn nur vor dem Hintergrund seiner eigenen Berufserfahrung und der Erfahrung im Umgang mit Führungsverantwortung kann ein Peer wesentliche und spezifische Verbesserungspotenziale aufdecken und Problemlösungen aufzeigen.

Weitere wichtige Erfolgsfaktoren von Peer Reviews sind die sozialen, das heißt insbesondere die kommunikativen Kompetenzen des Peers: Er muss in der Lage sein ein vertrauensvolles, positives Arbeitsklima herzustellen, ein konstruktives Feedback zu geben, zu beraten und auf Lösungen hinzusteuern.

Die Akzeptanz eines Peer Reviews hängt darüber hinaus von der Grundhaltung der beteiligten Peers in der besuchten Einrichtung zum Verfahren ab. Auch sie sollten das angewandte Verfahren gut kennen und sich auf den Besuch vorbereiten. Zur Stärkung der Verbindlichkeit der Regeln von Peer Reviews hat sich die Etablierung eines sogenannten „Ehrenkodex“ für Peers bewährt.

Je nach Gestaltungsform des Peer-Review-Verfahrens wird der Begriff des Peers einerseits „puristisch“ ausgelegt, das heißt Peers sind nur Fachkollegen gleichen Ranges (z. B. Chef- oder Oberärzte). Andererseits kann man im erweiterten Sinne unter Peers auch weitere Mitglieder des Peer-Review-Teams verstehen, die aufgrund ihrer Expertise und/oder ihres institutionellen Hintergrunds etwas beitragen können (z. B. Experten für nichtärztliche oder nichtmedizinische Aspekte der Patientenversorgung).

Zusammensetzung des Peer-Review-Teams

Die Zusammensetzung der Peer-Review-Teams ist stark von den Regeln des konkreten Verfahrens abhängig. Generell sei bemerkt, dass es nicht die ideale, sondern nur eine für das jeweilige Verfahren passende Teamzusammensetzung gibt. Die Zusammensetzung des Peer-Review-Teams ist aber ein erfolgsrelevanter Faktor. Grundsätzlich sollten das Auswahlverfahren für die Peers in

der Rolle als Reviewer und die Qualifikationsanforderungen (z. B. absolvierte Peer-Qualifizierung) in den Regeln des konkreten Verfahrens fixiert sein.

In der Regel besteht ein Team aus zwei bis vier Personen, von denen eine Person die Rolle des Teamleiters innehat. Er achtet unter anderem darauf, dass die Verfahrensvorgaben eingehalten werden und steuert das Gespräch.

Beispiele für rein ärztliche Peer-Review-Teams finden sich bei den Peer-Review-Verfahren von HELIOS und IQM, die in der Regel aus drei bis vier Chefärzten der wesentlich an der Behandlung beteiligten Fachgebiete bestehen. Beim Peer-Review-Verfahren in der Intensivmedizin besteht das Team aus zwei Intensivmedizinern in Leitungsfunktion und einer intensivmedizinischen Fachpflegekraft (siehe Kapitel 4.1).

2.4 Ablauf von Peer Reviews

Da der Ablauf von den Regeln des konkret angewandten Verfahrens abhängt, können hier nur einige allgemeine Hinweise zum Ablauf eines Peer Reviews gegeben werden. Zwei konkrete Beispiele (IQM und Peer-Review-Verfahren in der Intensivmedizin) befinden sich im Anhang (siehe Kapitel 4.1).

Phase 1: Selbstbewertung (Vorbereitung)

Die Einrichtung, insbesondere die Unternehmensführung und alle betroffenen Fachabteilungen, werden über das bevorstehende Peer Review adäquat informiert. Die Einrichtung, die sich dem Peer Review unterzieht, führt mit einem standardisierten Verfahren eine Selbstbewertung durch, deren Ergebnisse dem Peer-Review-Team vor/zum Beginn des Vor-Ort-Besuchs zur Verfügung gestellt werden.

Vom Peer-Review-Team wird gemeinsam mit der Einrichtung ein Ablaufplan inklusive der Ansprechpartner für den Vor-Ort-Besuch abgestimmt.

Phase 2: Peer-Besuch (Kernelement)

Er ist das Kernelement des Peer Reviews und dauert ca. einen Tag. Entsprechend einem vom jeweiligen Verfahren festgelegten standardisierten Ablauf erfolgt der Besuch vor Ort durch ein angemessen zusammengesetztes Peer-Review-Team.

Nach dem Eingangsgespräch nimmt das Peer-Review-Team eine Fremdbewertung (adäquat zur Datenerhebung der Selbstbewertung), ggf. verbunden mit einer Begehung der Einrichtung und der Befragung von Mitarbeitern, vor.

Im anschließenden kollegialen Dialog werden zunächst die Ergebnisse der Fremdbewertung seitens des Peer-Review-Teams den entsprechenden Kollegen der beteiligten Fachabteilungen

mündlich mitgeteilt. Gemeinsam wird das Ergebnis beraten. Für identifizierte Verbesserungspotenziale stimmt man Qualitätsziele ab und leitet entsprechende Maßnahmen ab.

Im Abschlussgespräch, das idealerweise mit Geschäftsführung, Verwaltungsleitung, ärztlichem Direktor, der Pflegedienstleitung und den betroffenen Fachabteilungen gemeinsam durchgeführt wird, gibt das Peer-Review-Team ein zusammenfassendes mündliches Feedback der Fremdbewertung und des kollegialen Dialogs einschließlich der mit den Beteiligten erarbeiteten Handlungsempfehlungen.

Phase 3: Bericht (Feedback/interne Nachbereitung)

Die Einrichtung erhält als schriftliches Feedback zeitnah einen Abschlussbericht (Protokoll), der die Ergebnisse und Handlungsempfehlungen zusammenfasst. Aufbauend darauf entwickelt die Einrichtung – im Sinne eines wohlverstandenen Qualitätsmanagements – einen internen Maßnahmenplan zur kontinuierlichen Implementierung der Verbesserungsmaßnahmen.

2.5 Nutzen der Peer-Review-Methodik für die Qualitätssicherung und -förderung

Wie viele Verfahren der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements zielt das Peer Review auf die Identifizierung von Verbesserungspotenzial, die Ableitung von Qualitätszielen und eines Maßnahmenplans sowie die Umsetzung und Sicherung der entsprechenden Maßnahmen.

Besondere Vorteile der Peer-Review-Methodik für die Zwecke der Qualitätssicherung und -entwicklung bestehen in folgenden Aspekten:

- ▶ Konkretes Feedback auf die selbst erzielte Versorgungsqualität durch Fachkollegen
- ▶ Akzeptanz des Verfahrens und Förderung von Kritik- und Veränderungsbereitschaft durch Gewährleistung fachlicher Ebenbürtigkeit und kollegialer Fairness
- ▶ Beratung über Verbesserungsmaßnahmen, die – in Analogie zum PDCA-Zyklus im Qualitätsmanagement – als „Act“ dem „Check“ folgen sollten (siehe Abbildung 2)
- ▶ Verknüpfung von Qualitätskontrolle und Qualitätsförderung (interne/externe Bewertung) mit Wissenstransfer
- ▶ Einleitung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses/Qualitätsentwicklung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements aufgrund der adäquaten Beteiligung der Betroffenen, das heißt auf gleicher Augenhöhe und unter Wertschätzung ihres Insiderwissens
- ▶ Flexibles, leicht adaptierbares Verfahren, das in existierende Strategien und Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsförderung integriert werden kann



Abbildung 2: Peer Review im PDCA-Zyklus

Auf übergeordneter Ebene leistet der Einsatz von Peer-Review-Verfahren einen Beitrag zur Förderung von:

- ▶ Interdisziplinärer Kooperation und Kommunikation
- ▶ Selbstbestimmter Qualitätsförderung und -entwicklung durch die ärztliche Profession (z. B. neue oder verbesserte Behandlungsstandards)
- ▶ Individueller Lernbereitschaft und Kompetenzentwicklung
- ▶ Selbstkritischer, verbesserungsorientierter Fehlerkultur
- ▶ Effektivem, bedarfsgerechtem Wissenstransfer und Anwendung im Alltag
- ▶ (inter-)organisationalem Lernen
- ▶ Gemeinsamer Verantwortlichkeit (berufs- und hierarchieübergreifend)
- ▶ Dem Zusammenwachsen der Organisation
- ▶ Dem Vertrauen der Öffentlichkeit durch Transparenz

2.6 Kritische Erfolgsfaktoren für die Implementierung

Die Evaluationsergebnisse der IQM-Pilot-Peer-Reviews und erste Erfahrungen der Krankenhäuser bei der Etablierung von Peer-Review-Verfahren, z. B. in der Intensivmedizin, lassen auf folgende grundlegenden kritischen Erfolgsfaktoren für Anwendbarkeit, Akzeptanz und Nutzen dieses Verfahrens schließen:

a) Güte und Präzision des Peer-Review-Verfahrens:

- ▶ Bottom-up-Ansatz, das heißt die inhaltliche Entwicklung dieser Verfahren durch klinisch tätige Fachexperten
- ▶ Systematische und strukturierte Bewertungsverfahren
- ▶ Unabhängige multidisziplinäre externe Peer-Review-Teams
- ▶ Freiwillige Teilnahme am Verfahren
- ▶ No-Blame-Ansatz und Sanktionsfreiheit für die Teilnehmer

- ▶ Bekenntnis der Teilnehmer zum Prinzip der Gegenseitigkeit: Voneinander lernen und Kennenlernen bzw. Austausch von Good (bzw. Best) Practice
- ▶ Periodisch wiederkehrende Reviews
- ▶ Regelungen zur Nichtzulassung bzw. Disqualifizierung von Peers

b) Kompetenz der Peers:

- ▶ „Ebenbürtige“ Fachkompetenz, Erfahrung und Position
- ▶ Methodische und personale Evaluator-Kompetenzen

Um diese Kompetenzen zu gewährleisten sind hochwertige Konzepte zur Auswahl und Qualifizierung von Peers erforderlich.

Genauere Qualitätsanforderungen an ein Peer-Review-Verfahren sind in einer Checkliste im Anhang (siehe Kapitel 4.3.1) zusammengestellt.

3 Qualifizierungskonzept

3.1 Zielgruppen des Qualifizierungskonzepts

Als Grundlage für die Fortbildung und das Training adressiert das Konzept in erster Linie Ärzte, die als Peers in einem Peer Review tätig werden sollen.

Es ist jedoch auch für weitere Berufsgruppen, z. B. Pflegekräfte, oder als multiprofessionelle Fortbildung anwendbar.

Verfahrensentwicklern, Anwendern und Interessierten (z. B. Krankenhausleitung, Qualitätsmanagementbeauftragte, Fachgesellschaften) kann es als Einführung in das Thema und als Leitfaden dienen.

3.2 Inhaltliche und didaktische Qualitätsziele

Das Qualifizierungskonzept berücksichtigt mit seiner Ausrichtung am sogenannten Kompetenzmodell (Wissen, Fertigkeiten, Selbst- und Sozialkompetenz) und mit seiner Orientierung der Qualifizierungsprozesse an Lernergebnissen die Kernelemente der nationalen Initiative eines Deutschen Qualifikationsrahmens für lebenslanges Lernen (DQR, 2011)¹.

Kommunikative Fertigkeiten werden dabei hauptsächlich der Sozialkompetenz zugeordnet.

Der Fokus des Qualifizierungskonzepts liegt darauf, die Teilnehmenden auf die eigenständige Durchführung von Peer Reviews vorzubereiten. Daraus ergibt sich eine starke Praxisorientierung, die sich sowohl in der Auswahl der Qualifikationsinhalte als auch in der Didaktik widerspiegelt.

Im Vordergrund steht das Erreichen folgender unmittelbarer Handlungskompetenzen:

- ▶ Einnehmen einer adäquaten Haltung
- ▶ Planen und Organisieren eines Peer Reviews
- ▶ Daten erheben, interpretieren und bewerten
- ▶ Mündliches Feedback geben und beraten
- ▶ Bericht erstellen

¹ Im Oktober 2006 haben sich das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und die Kultusministerkonferenz (KMK) darauf verständigt, gemeinsam einen Deutschen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR) zu entwickeln. Mit dem DQR wird erstmals eine umfassende, bildungsbereichsübergreifende Matrix zur Einordnung von Qualifikationen vorgelegt, die die Orientierung im deutschen Bildungssystem wesentlich erleichtert. Dazu beschreibt der DQR auf acht Niveaustufen fachliche und personale Kompetenzen, an denen sich die Einordnung der Qualifikationen orientiert, die in der allgemeinen, der Hochschulbildung und der beruflichen Bildung erworben werden. Ausgangspunkt für diese Entscheidung ist die Empfehlung des Europäischen Parlaments und des Rates zur Einrichtung des Europäischen Qualifikationsrahmens (EQR), die am 23. April 2008 in Kraft trat.

3.3 Gliederung des Qualifizierungskonzepts

Das Qualifizierungskonzept gliedert sich in

- ▶ sechs Module mit eigenen Qualifikationsschwerpunkten, die insgesamt 16 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten umfassen,
- ▶ zwei Trainings-Reviews, deren Umfang 16 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten entspricht.

Das Qualifizierungskonzept zeichnet die Phasen des Peer Review nach, das heißt die Vorbereitung der Peer Reviews (Phase 1), die Durchführung des Peer-Besuchs (Phase 2) sowie die Berichterstellung (Phase 3). Die Ausgestaltung aller Module soll sich dabei jeweils an dem Verfahren orientieren, an dem der zukünftige Peer teilnehmen möchte (z. B. IQM). Die Qualifikationsinhalte sollen entsprechend der Verfahrensvorgaben konkretisiert werden (z. B. Vermittlung der konkreten Art und Weise der Datenerhebung des Verfahrens durch Evaluationsbogen, Aktenanalyse usw.).

Das Modul 6 (Personale Kompetenzen) wird nicht als eigenständiges Modul vermittelt, sondern ist als Querschnittsmodul integriert.

Qualifizierungskonzept

Modul	Vermittlungsform	Phase ²	Unterrichtseinheiten (UE) = 45 Minuten
1. Peer Review im Kontext von Qualitätssicherung, -management und Evaluation, angewandtes Verfahren	Theorie (Training)	Hintergrundwissen	3 UE
2. Aufgaben und Rolle/Haltung des Peers	Theorie/Training	Phasen 1–3	2 UE
3. Datenerhebung, interpretation und -bewertung	Theorie/Training Vorbereitung	Phase 2	3 UE
4. Design und Planung eines Peer Reviews	Theorie/Training Vorbereitung	Phase 1	2 UE
5. Feedback und Berichte	Theorie/Training	Phasen 2–3	2 UE
6. Personale Kompetenzen <ul style="list-style-type: none"> ▶ Selbstmanagement ▶ Lösungsorientierte Gesprächsführung ▶ Umgang mit Konflikten, Kritik und Widerstand 	Training	Phasen 1–3	4 UE (Querschnittsmodul)
Zwei Trainings-Reviews	Praxisanwendung (probeweise Teilnahme an zwei Peer Reviews gemeinsam mit erfahrenem Peer)		16 UE

² Entsprechend den Ablaufphasen des Peer Reviews, siehe Kapitel 2.4

3.4 Kompetenzprofil eines Peers

Unabhängig vom konkreten Peer-Review-Verfahren lassen sich – orientiert am Kompetenzmodell des Deutschen Qualifikationsrahmens (DQR 2011) – grundsätzlich folgende Eigenschaften eines „guten Peers“, vor allem in seiner Rolle als Reviewer, beschreiben:

Kompetenzkategorie ³	Ein guter Peer...
Wissen	<ul style="list-style-type: none">▶ verfügt über eine langjährige professionelle Expertise und Erfahrung in den zu evaluierenden Qualitätsbereichen▶ ist seit mehreren Jahren leitend klinisch/praktisch tätig▶ hat Erfahrungen in den Bereichen Qualitätssicherung und Qualitätsförderung▶ kennt die gängigen Modelle des Qualitätsmanagements und die Grundprinzipien der Evaluation▶ kennt Ziel, Gegenstand, Ablauf und Varianten von Peer Reviews▶ kennt die Rollen und Aufgaben der beteiligten Peers
Fertigkeiten	<ul style="list-style-type: none">▶ kann Prozesse patientenorientiert analysieren▶ wendet die Grundprinzipien von Organisationsentwicklung an▶ kann qualitative Daten erheben, interpretieren und bewerten▶ hält die Regeln des jeweiligen Peer-Review-Verfahrens ein
Sozialkompetenz	<ul style="list-style-type: none">▶ kooperiert mit den Mitgliedern des Peer-Review-Teams▶ beherrscht Gesprächstechniken wie die lösungsorientierte und beratende Gesprächsführung▶ erfragt aktiv den Standpunkt anderer▶ zeigt Respekt für den Standpunkt anderer▶ stellt kurz, verständlich und präzise mündlich und schriftlich seine Einschätzung dar▶ äußert Kritik angemessen und nimmt Kritik an▶ geht angemessen mit Widerstand um▶ geht lösungsorientiert mit Konflikten um
Selbstkompetenz	<ul style="list-style-type: none">▶ reflektiert etwaige Interessenskonflikte mit konstruktiven Konsequenzen▶ nimmt die Haltung eines Peers als empathischer „critical friend“ und kollegialer Berater ein▶ reflektiert eigene und fremde Erfahrungen kritisch▶ fokussiert auf mögliche Lösungsansätze (das heißt nicht auf Probleme)▶ arbeitet gründlich▶ verhält sich fair und verantwortungsbewusst

³ Entsprechend dem Kompetenzmodell des DQR 2011^[8]

3.5 Allgemeine Seminarmerkmale

Für ein Seminar, das das in Kapitel 3.3 beschriebene Qualifizierungskonzept umsetzt, werden folgende Merkmale empfohlen:

Seminaranbieter

- ▶ Landesärztekammern
- ▶ Fortbildungsakademien
- ▶ Aus- und Weiterbildungsstätten im Gesundheitswesen

Seminardauer und -gestaltung

Der Gesamtumfang zur vollständigen Umsetzung des Qualifizierungskonzepts beträgt 32 Unterrichtseinheiten (UE) à 45 Minuten (1 UE). Es wird folgende Verteilung der Unterrichtseinheiten empfohlen:

- ▶ Maximal 4 UE in Form des Selbststudiums, dazu könnte z. B. für das Seminar eine Online-Lernplattform mit integriertem Test eingerichtet werden.
- ▶ Mindestens 12 UE sollten in Form einer interaktiven Präsenzveranstaltung abgedeckt werden. Diese sollte vor allem interaktiv gestaltet sein mit Kleingruppenarbeit, Rollenspielen, Reflexion und Trainingssequenzen.
- ▶ Probeweise Teilnahme an zwei Peer Reviews, die gemeinsam mit erfahrenen Peers durchgeführt werden, mit einem Gesamtumfang von 16 UE.

Seminarabschluss

- ▶ *Teilnahmebescheinigung*
Die Teilnehmenden erhalten eine Teilnahmebescheinigung nach Abschluss des Seminars.
 - *Continuing Medical Education (CME)*
Eine Anerkennung der Fortbildung, einschließlich der zwei Trainingsreviews mit ca. 36 CME-Punkten durch die Landesärztekammern, wird empfohlen.
- ▶ *Praxisanwendung für die Absolventen*
Um eine minimale Anwendungspraxis des Erlernten sicherzustellen wird empfohlen, innerhalb von drei Jahren nach Abschluss des Seminars mindestens an drei Peer Reviews als Reviewer teilgenommen zu haben. Darüber hinaus wird die Teilnahme an Peer-Review-Erfahrungsaustauschen empfohlen (z. B. zweimal in drei Jahren), sofern diese im konkreten Verfahren angeboten werden. Können diese Mindestanforderungen der praktischen Anwendung im benannten Zeitraum nicht erfüllt werden, so wird nahegelegt, vor einer erneuten Mitwirkung in Peer-Review-Teams das Seminar als Auffrischung zu wiederholen.

Anzahl der Seminarteilnehmenden

Um den Workshop-Charakter der Präsenzveranstaltung mit interaktiver Gruppenarbeit einhalten zu können, ist die Teilnehmendenzahl eines Seminars auf ca. 12 bis 16 Personen je Lehrendem begrenzt.

Qualifikationen und Kompetenzen der Lehrenden

- ▶ Expertise in Qualitätssicherung, -förderung und -management
- ▶ Expertise in Peer Review und anderen Evaluationsverfahren
- ▶ Expertise im angewandten Peer-Review-Verfahren/ggf. Unterstützung durch erfahrene Peers mit Kompetenz im angewandten Verfahren
- ▶ Expertise in Organisationsentwicklung, Change Management, Wissenstransfer
- ▶ Kenntnisse und Erfahrungen im Gesundheitswesen
- ▶ Didaktische Kompetenzen, insbesondere Expertise in der interaktiven Erwachsenenbildung (Einsatz von Kleingruppenarbeit, Rollenspielen, etc.)
- ▶ Erfahrungen in der Vermittlung von Kompetenzen in folgenden Bereichen:
 - Lösungsorientierte Gesprächsführung (im Sinne des Solution Focus)
 - Kollegiale Beratung, Moderation
 - Lösungsorientierter Umgang mit Konflikten
 - Zeit- und Selbstmanagement
 - Teambildung und Teamentwicklung

Zielgruppe

Primäradressaten des Seminars sind Ärzte in leitender Funktion. Nach Adaptation ist das Seminar auch anwendbar auf weitere Berufsgruppen, z. B. Pflegekräfte, oder als multiprofessionelle Fortbildung durchführbar.

Voraussetzungen der Teilnehmenden

- ▶ Langjährige professionelle Expertise und Erfahrung in den zu evaluierenden Qualitätsbereichen (Facharztstatus bei Ärzten)
- ▶ Mehrjährige leitende klinisch/praktische Tätigkeit
- ▶ Erfahrungen in den Bereichen Qualitätssicherung und Qualitätsförderung

Weitere Eingangsvoraussetzungen können von dem jeweiligen Peer-Review-Verfahren vorgegeben werden, bei dem der Absolvent nach dem Seminar teilnehmen möchte.

Didaktische Merkmale

Das Seminar soll praxisnah angelegt sein und auf die Umsetzung relevanten Wissens und die Förderung von Handlungskompetenz fokussieren. Die Vermittlung von Wissen sollte in ausgewogener Kombination von Präsenzveranstaltungen, Selbststudium (z. B. E-Learning), Reflexionseinheiten und anderen Lernformen angeboten werden.

Es wird empfohlen, während der Präsenzveranstaltungen nur kurze theoretische Einführungsphasen, gefolgt von interaktiven und praxisorientierten Lernformen, einzusetzen, bei denen Fähigkeiten und Fertigkeiten trainiert werden. Der Einsatz von Frontalvorträgen sollte vermieden werden. In den Trainingssequenzen sollen wesentliche Phasen eines Peer Reviews, wie Anfangssituation, Datenerhebung und kollegialer Dialog prototypisch erprobt werden. Es wird empfohlen, den Teilnehmenden innerhalb oder auch außerhalb des Seminars die Möglichkeit zu geben, sich auszutauschen und im Sinne eines gegenseitigen Coachings die Erfahrungen zu reflektieren.

Weitere Beispiele für didaktische Methoden und Hinweise zur Umsetzung der Module sind im Musterseminar (siehe Kapitel 3.7) angeführt.

In den Trainings-Reviews soll gewährleistet sein, dass der Lernende seine erworbenen Kompetenzen so breit wie möglich anwenden kann und ein qualifiziertes Feedback erhält.

Beurteilung des Seminars: Evaluation und Verbesserung

Für die Evaluation und Verbesserung des Seminars sollte jeweils das Feedback der Teilnehmenden, Lehrenden, eventuell des Seminaranbieters eingeholt werden.

Überprüfung des Seminars

Jeder Seminaranbieter sollte zunächst einen Pilotdurchgang durchführen und im zweiten Durchgang das Seminar entsprechend der Evaluationsergebnisse adaptieren.

Generell sind laufende Verbesserungsmaßnahmen für die Qualifizierung festzulegen.

3.6 Qualifizierungsmodule

Modul 1:

Peer Review im Kontext von Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement und Evaluation

(3 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten)

Kompetenzziele

Die Teilnehmenden kennen einschlägige Modelle von Evaluation und Qualitätsmanagement und können das Instrument des Peer Review von anderen Qualitätssicherungs-, Qualitätsförderungs- und Qualitätsmanagementverfahren abgrenzen. Sie sind in der Lage, Ziele, Definitionen und Gegenstand des Peer Reviews zu benennen. Sie können die Regeln des zur Anwendung kommenden Peer-Review-Verfahrens darstellen.

Inhalte

- ▶ Ziele und Methoden von Qualitätssicherung, -förderung und -management
- ▶ Evaluation: Definition, Standards, gängige Modelle
- ▶ Peer Review: Ziel, Definitionen „Peer Review“, „Peer“, Beteiligte, Gegenstand, Ablauf, Organisation
- ▶ Bedeutung von Peer Reviews, auch in Abgrenzung von bzw. im Zusammenspiel mit anderen Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagementverfahren
- ▶ Regelwerk des angewandten Peer-Review-Verfahrens

Modul 2:

Aufgaben und Rolle/Haltung des Peers

(2 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten)

Kompetenzziele

Die Teilnehmenden kennen die Aufgaben sowie die Rolle und Haltung des Peers. Sie wissen, welche Einstellungen und Haltungen für ein gelungenes Peer Review Voraussetzung sind. Sie übertragen das ideale Rollenbild des guten Peers in konkrete Verhaltensweisen und kennen ihre individuellen Entwicklungsoptionen.

Inhalte

- ▶ Erfolgsfaktoren und Risiken von Peer Reviews
- ▶ Rolle der Peers als externe Evaluatoren und kollegiale Berater
- ▶ Aufgaben der Peers in einem Peer Review
- ▶ Einstellungen und Haltungen

Modul 3: **Datenerhebung, -interpretation und -bewertung**

(3 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten)

Kompetenzziele

Die Teilnehmenden kennen die Grundlagen der qualitativen Datenerhebung, -interpretation und -bewertung. Ihnen sind die Gütekriterien einer Messung bekannt. Sie wissen, was sie selbst zu einer hohen Datenqualität beitragen können.

Inhalte

- ▶ Überblick über relevante statistische Methoden der Datenerhebung (Unterscheidung von quantitativen und qualitativen Methoden), z. B. Beobachtungen, Interviews, Verwendung vorhandener Daten
- ▶ Gütekriterien der Messung (Objektivität, Reliabilität, Validität)
- ▶ Detaillierte Informationen zu den Erhebungsmethoden, die im konkreten Peer-Review-Verfahren angewandt werden (z. B. Kriterien der Aktenanalyse, Erhebung von Daten mittels Erhebungsbogen bzw. bittseitiger Evaluation)
- ▶ Bewertung der Daten nach Stärken und Verbesserungspotenzialen
- ▶ Erstellen von Interviewleitfäden, Interviewtechniken für die Fremdbewertung
- ▶ Integration des Prozesses der Datenerhebung, -interpretation und -bewertung in das Peer Review vor Ort

Modul 4: **Design und Planung eines Peer Reviews**

(2 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten)

Kompetenzziele

Die Teilnehmenden setzen das angewandte Peer-Review-Verfahren in Trainingssequenzen um, das heißt sie strukturieren beispielhaft und planen ein Peer Review vor Ort, von der Terminvereinbarung bis zum Bericht.

Inhalte

Vorbereitung des Peer Reviews vor Ort, entsprechend dem Design des angewandten Verfahrens, unter Berücksichtigung folgender Qualitätsstandards:

- ▶ Bestimmen von Betroffenen und Beteiligten
- ▶ Festlegen von Verantwortlichkeiten und Rollenverteilung
- ▶ Entwerfen eines realistischen Ablaufplans unter Berücksichtigung von Zeitmanagementaspekten
- ▶ Planen einer effektiven Kommunikationsstruktur

Modul 5: Feedback und Berichte

(2 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten)

Kompetenzziele

Die Teilnehmenden kennen das Ziel des Feedback-Gesprächs (kollegialer Dialog) und können einen möglichen Ablauf gestalten. Sie wissen, welche Inhalte in welcher Form konkret dabei angesprochen werden, so dass das Feedback der Situation angemessen und lösungsorientiert ist.

Die Teilnehmenden kennen die Methoden der Berichterstellung des angewandten Verfahrens, den entsprechenden Zeitplan und die Verantwortlichkeiten.

Inhalte

- ▶ Ziele und Inhalte des Feedback-Gesprächs, Prinzipien der kommunikativen Validierung
- ▶ Angemessenes, lösungsorientiertes Feedback
- ▶ Regeln der Berichterstellung
- ▶ Qualitative Vorgaben zur Berichterstellung, wie z. B. Verständlichkeit, um Akzeptanz zu erreichen

Modul 6: Personale Kompetenzen (Selbst- und Sozialkompetenz)

(Querschnittsmodul 180 Minuten, entspricht 4 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten)

Kompetenzziele

Die Teilnehmenden sind in der Lage, die Rolle und Einstellung des Peers angemessen einzunehmen (siehe Abschnitt 3.4 Kompetenzprofil eines Peers).

Sie beherrschen die Grundprinzipien der lösungsorientierten Kommunikation mit dem Ziel, einen möglichst reibungslosen und zeitgerechten Gesprächsablauf zu erreichen und zu einer förderlichen Gesprächsatmosphäre beizutragen.

Inhalte

Die Inhalte sind nach Möglichkeit in die Module 1 bis 5 zu integrieren.

- ▶ Komplexität und Mehrdeutigkeit von Kommunikation, bezogen auf Peer Reviews
- ▶ Reflexion des eigenen kommunikativen Verhaltens
- ▶ Lösungsorientierte und beratende Gesprächsführung (versus problemorientiert)
- ▶ Methoden der lösungsorientierten Gesprächsführung und Konfliktbearbeitung
- ▶ Möglichkeiten des konstruktiven Umgangs mit Widerstand

3.7 Musterseminar

Modul	Kompetenzziele	Methode	Dauer in Min.
		Selbststudium inklusive Lernerfolgskontrolle	180 Min. = 4 UE
1	Die Teilnehmenden kennen einschlägige Modelle von Evaluation und Qualitätsmanagement und verorten Peer Review in Abgrenzung zu anderen Qualitätssicherungs-, Qualitätsförderungs- und Qualitätsmanagementverfahren. Sie verstehen Ziele, Definition, Gegenstand und Ablauf von Peer Reviews.	E-Learning	60
1	Die Teilnehmenden verstehen die Regeln des zur Anwendung kommenden Peer-Review-Verfahrens.	E-Learning	30
2	Die Teilnehmenden verstehen die Rolle und Aufgaben eines Peers.	E-Learning	30
3	Die Teilnehmenden haben einen Überblick über die relevanten Methoden der Datenerhebung. Sie können qualitative von quantitativen Methoden abgrenzen. Sie kennen die im angewandten Verfahren verwandten Methoden im Detail.	E-Learning	60
		Interaktive Präsenzveranstaltung	540 Min. = 12 UE
6	Die Teilnehmenden lernen sich kennen und formulieren ihre persönlichen Lernziele.	Vorstellungsrunde, gegenseitige Interviews oder Ähnliches mit Nennung der individuellen Erwartungen	15
6	Die Teilnehmenden kennen und akzeptieren den geplanten Ablauf des Seminars.	Abgleich der individuellen Erwartungen mit dem vorgeschlagenen Ablauf	5
1	Die Teilnehmenden können die Begriffsdefinitionen von Peer und Peer Review benennen und ein Peer Review von einem Audit abgrenzen. Sie können die Zielsetzungen und Regeln des angewandten Peer-Review-Verfahrens darstellen und es in Qualitätssicherungs-, Qualitätsförderungs- und Qualitätsmanagementverfahren einordnen.	Reflexion und Brainstorming im Plenum, Input, Diskussion	30

Modul	Kompetenzziele	Methode	Dauer in Min.
		Interaktive Präsenzveranstaltung	
1	Die Teilnehmenden erörtern Chancen und Risiken, die mit Peer Reviews verbunden sind.	Gruppenarbeit und Diskussion im Plenum	15
2	Die Teilnehmenden setzen sich mit den Rollen eines Peers auseinander und können ein ideales Rollenbild in konkrete Verhaltensweisen übertragen. Sie kennen individuelle Entwicklungsoptionen.	Sammlung im Plenum, Gruppenarbeit (Wahl positiv besetzter Rollen und Formulierung konkreter Verhaltensweisen, die mit diesen Rollen verknüpft sind), Ergebnisdiskussion und Reflexion im Plenum	30
2	Die Teilnehmenden reflektieren die Erwartungen, die die direkt und indirekt am Peer Review Beteiligten (Peers, teilnehmende Kollegen, Geschäftsführung, etc.) haben und kennen Möglichkeiten, mit sich widersprechenden Erwartungen konstruktiv umzugehen.	Gruppenarbeit und Diskussion im Plenum	30
3	Die Teilnehmenden können die Grundlagen der qualitativen Datenerhebung, -auswertung und -interpretation wiedergeben und die Gütekriterien einer Messung definieren. Sie wissen, was sie selbst zu einer hohen Datenqualität beitragen können.	Sowohl Input als auch gemeinsames Erarbeiten der Inhalte mit den Teilnehmenden, individuelle Reflexion der Teilnehmenden.	30
3	Die Teilnehmenden können das konkrete Verfahren vermitteln, in dessen Rahmen die Peer Reviews durchgeführt werden.	Fragerunde, Gruppendiskussion und Input	15
3	Die Teilnehmenden sehen sich in der Lage, das Verfahren (zunächst mit Unterstützung, siehe Abschnitt Praxis) umzusetzen.	Übung zur Erfassung der Indikatoren (Erhebungsmethoden und -vorgehen)	30
4	Die Teilnehmenden kennen einen möglichen Ablauf eines Peer Reviews vor Ort.	Reflexion und Brainstorming im Plenum, Input, Diskussion	15
4	Die Teilnehmenden sind in der Lage, ein Peer Review zu strukturieren (Ablauf, Kommunikation, Rollenverteilung etc.).	Reflexion und Brainstorming im Plenum, Input, Diskussion	15

Modul	Kompetenzziele	Methode	Dauer in Min.
		Interaktive Präsenzveranstaltung	
4	Die Teilnehmenden können beispielhaft ein Peer Review vor Ort planen und unter Zeitmanagementaspekten optimieren.	Gruppenarbeit und Vorstellung der Ergebnisse im Plenum	30
4 und 6	Die Teilnehmenden können die Anfangssituation eines Peer Reviews gestalten. Sie setzen sich mit Grundzügen der persönlichen Kommunikation (Mehrdeutigkeit, Komplexität) auseinander und reflektieren Unterschiede in der eigenen nonverbalen Kommunikation. Die Teilnehmenden kennen die Grundzüge der lösungsorientierten Gesprächsführung und können diese von einer problemorientierten Gesprächsführung unterscheiden.	Input, Brainstorming, Reflexion im Plenum, Rollenspiel zur nonverbalen Kommunikation	60
5 und 6	Die Teilnehmenden kennen Ziele und Inhalte des Feedback-Gesprächs und können einen möglichen Ablauf handhaben. Sie reflektieren mögliche Schwierigkeiten in der Gesprächsführung während des kollegialen Dialogs und können passende Lösungsansätze entwickeln.	Gruppenarbeit und Reflexion im Plenum	60
5 und 6	Die Teilnehmenden kennen Methoden zur Vermittlung kritischer Sachverhalte ohne Abwertung der Beteiligten, sondern mit Wertschätzung derselben. Die Teilnehmenden können lösungsorientierte Methoden anwenden (z. B. Skalierung), die ihnen auch in kritischen Gesprächssituationen hilfreich sein können.	Input und ggf. Rollenspiel mit Reflexion im Plenum	60
6	Schwierige Gesprächssituationen: Die Teilnehmenden kennen lösungsorientierte Methoden der Konfliktbearbeitung und haben erste Erfahrungen in der Umsetzung. Die Teilnehmenden kennen Möglichkeiten, mit Widerstand gegenüber dem Peer Review umzugehen	Input und Übung mit Reflexion im Plenum	70
5	Die Teilnehmenden kennen die Methoden der Berichtslegung im ausgewählten Verfahren.	Input und Diskussion im Plenum	30

Modul	Kompetenzziele	Methode	Dauer in Min.
		2 Trainings-Reviews	720 Min. = 16 UE
	Die Teilnehmenden wenden ihre Kompetenzen in der Praxis an und erhalten Feedback zu Verbesserungspotenzialen von erfahrenen Peers.	Transfer/Praxiserfahrung: gemeinsame Peer Reviews mit erfahrenem Peer	720
		Gesamtumfang	1 440 Min. = 32 UE

Freiwillige Nachbereitung		
Buddy-Gruppen	Die Teilnehmenden tauschen sich anhand eines vorgegebenen Verfahrens der kollegialen Beratung aus und beraten sich gegenseitig.	Kleingruppen (drei Personen), die sich selbst organisiert treffen.
Nachbereitungsmodul	Die Teilnehmenden des Seminars tauschen unter professioneller Leitung ihre Erfahrungen nach den Trainings-Reviews aus und bearbeiten aufgetretene Probleme.	Teilnehmende des Seminars mit Lehrendem, interaktive Präsenzveranstaltung
Online-Forum	Die Teilnehmenden tauschen ihre Erfahrungen aus.	Elektronische Kommunikation

4 Anhang

4.1 Verfahrensbeschreibung der Peer-Review-Verfahren von IQM und in der Intensivmedizin

Nachfolgend werden beispielhaft einzelne bereits etablierte Peer-Review-Verfahren vorgestellt. Anhand der konkreten Beispiele sollen Peer-Review-Verfahren und die im Kapitel 2 aufgeführten theoretischen Überlegungen in praktizierter Umsetzung veranschaulicht werden. Die Entwicklung anderer Peer-Review-Verfahren auf der Basis der aufgeführten Methodik ist davon unbenommen.

4.1.1 IQM- und HELIOS-Peer-Reviews (Stand: Oktober 2012)

Peer-Review-Verfahren mittels retrospektiver Analyse von Patientenakten wurden von der Klinikette HELIOS Kliniken GmbH im Jahre 2000 eingeführt. Aufgreifkriterium war im ersten Pilotprojekt die Krankenhaussterblichkeit bei Herzinfarkt, Herzinsuffizienz und Pneumonie der HELIOS-Kliniken, die mit den Daten des statistischen Bundesamtes verglichen wurden. Im Verlauf wurden Sterblichkeitsraten und andere Kennzahlen zu weiteren Krankheits- und Eingriffskategorien analysiert (Krahwinkel et al., 2011). Im Jahr 2008 wurde die trägerübergreifende Initiative Qualitätsmedizin (IQM) gegründet, der gegenwärtig 221 Krankenhäuser hauptsächlich in Deutschland sowie Österreich und der Schweiz angehören und die das Peer-Review-Verfahren in Anlehnung an den HELIOS-Konzern anwenden und weiterentwickeln. Die Mitglieder von IQM erklären sich bereit, folgende Grundprinzipien einzuhalten:

- ▶ **Qualitäts-/Risikomanagement auf Basis von Routinedaten**
- ▶ **Transparenz der Ergebnisse durch deren Veröffentlichung**
- ▶ **Aktives Qualitätsmanagement durch Peer-Review-Verfahren**

Mittels Routinedaten (Entlassungsdatensatz nach § 301 SGB V) werden anonymisiert Ergebnisqualitätsparameter in den IQM- und HELIOS-Kliniken (HELIOS Kliniken Gruppe, 2000–2007, Krahwinkel et al., 2011) ausgewertet, wie z. B. Patientensterblichkeit bei Hauptdiagnose Herzinsuffizienz in Krankenhäusern.

Die Parameter werden mit den veröffentlichten Ergebnissen des Statistischen Bundesamtes unter Berücksichtigung einer alters- und geschlechtsspezifischen Risikoadjustierung verglichen und veröffentlicht. Bei negativen Abweichungen wird nach einem strukturierten Verfahren ein Peer Review in dem Krankenhaus vor Ort durch externe chefärztliche Kollegen durchgeführt. Die Verfahrensregeln des Peer Review, wie z. B. die Auswahl der Einrichtungen, Fälle und Peers, der Datenschutz, die Qualifizierung der Peers, sind in den IQM-Grundsätzen schriftlich festgehalten und bindend.

In dem Peer Review wird eine extern ermittelte Stichprobe von Patienten des auffälligen Ergebnisqualitätsparameters mittels retrospektiver Aktenanalyse untersucht. Ziel ist es, ein Verbesserungspotenzial in den Behandlungsprozessen zu finden. Maßstab ist die optimale individualisierte Patientenbehandlung auf der Basis etablierten medizinischen Fachwissens. Jede Patientenakte wird bewertet und einer der drei Kategorien „Verbesserungspotenzial“, „Fehlkodierung“ oder „adäquate Behandlung“ zugeordnet. Die Ergebnisse werden mit den Eigenanalysen des Krankenhauses verglichen und das Verbesserungspotenzial wird mit den ärztlichen Kollegen des Krankenhauses ausführlich diskutiert und besprochen. Es wird ein Katalog von erreichbaren und nachhaltigen Verbesserungsmaßnahmen mit festem Umsetzungszeitplan vor Ort festgelegt. Im Nachgang erfolgt ein schriftliches Ergebnisprotokoll. Für die Umsetzung ist die Krankenhausleitung vor Ort zuständig. Die Ergebnisqualitätsparameter werden fortlaufend weiter gemessen. Dieses Verfahren wird seit zwölf Jahren im HELIOS Konzern (HELIOS Kliniken Gruppe 2000–2007) und seit 2009 in der IQM-Gruppe eingesetzt (Krahwinkel et al., 2011).

4.1.2 Peer-Review-Verfahren in der Intensivmedizin (DIVI) (Stand: Oktober 2012)

Das Peer-Review-Verfahren in der Intensivmedizin ist eine Initiative von verschiedenen Institutionen, Fachgesellschaften, vor allem DGAI und BDA unter dem Dach der DIVI sowie den Ärztekammern. Ziel der multiprofessionellen und interdisziplinären Initiative ist es, möglichst rasch eine einheitliche Vorgehensweise bei intensivmedizinischen Krankheitsbildern auf evidenzbasierter Grundlage in die einzelnen Abteilungen einzuführen.

Zu diesem Zweck haben sich seit Ende 2006 in Deutschland regionale intensivmedizinische Netzwerke gebildet, um sich gegenseitig zu unterstützen und bei der Entwicklung von gemeinsamen leitliniengerechten Therapiestandards zu helfen. Dadurch soll die Qualität in allen Abteilungen noch weiter zu verbessert werden. Der fachliche Austausch auf Augenhöhe zwischen den verschiedenen Akteuren soll durch das Peer-Review-Verfahren gefördert werden.

Seit 2010 werden in den Bundesländern Baden-Württemberg, Hamburg, Berlin, Brandenburg und Schleswig-Holstein die intensivmedizinischen Peer Reviews in Kooperation mit der jeweiligen Landesärztekammer durchgeführt, Initiativen in weiteren Bundesländern sind in Vorbereitung.

Verfahrensablauf:

Die Intensiveinrichtung eines Krankenhauses fordert freiwillig, nach Absprache mit der eigenen Geschäftsleitung, ein **intensivmedizinisches Peer Review** bei einem koordinierenden Arzt der jeweiligen Landesärztekammer bzw. beim hierfür benannten Kollegen aus dem intensivmedizinischen Netzwerk an und benennt selbst die Ansprechpartner der Intensivstation. Der Koordinator der Peer Reviews wählt aus einem dafür ausgebildeten Kreis von Peers zwei ärztliche Kollegen mit Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ und eine Fachpflegekraft für Intensivmedizin aus, die jeweils aus unterschiedlichen Krankenhäusern kommen.

Zunächst wird dem Leiter der anfordernden Intensiveinrichtung ein standardisierter Fragenkatalog zugesandt, der Fragen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Station beinhaltet.

tet. Es werden keinerlei personenbezogene Daten erhoben. Die Verantwortlichen der Station führen anhand des Fragebogens zunächst eine Selbstbewertung durch. Dieser Fragebogen wird ausschließlich in der anfordernden Intensiveinrichtung aufbewahrt und kann im sich anschließenden Peer Review mit der Fremdbewertung verglichen werden.

Anschließend wird ein Vor-Ort-Besuch des Peer-Review-Teams mit der Abteilung vereinbart. Dieser untergliedert sich in drei Teile:

1. **Fremdbewertung:** Die Peers arbeiten gemeinsam mit den verantwortlichen Ärzten und Pflegekräften der besuchten Intensiveinheit den gleichen Fragebogen durch, der zuvor Grundlage der Selbstbewertung war, und evaluieren nun aus ihrer Perspektive den Erreichungsgrad der Fragen. **(Dauer ca. 3 Stunden)**
2. **Bettseitige Begehung und Fremdbewertung:** Anschließend wird die Station gemeinsam besichtigt. Hierbei wird bettseitig evaluiert und in nicht personenbeziehbarer Form dokumentiert, inwieweit die zuvor besprochenen Prozesse im Alltag umgesetzt werden. An jedem Behandlungsbett werden Prozessindikatoren gemeinsam durchgesprochen. Die Reviewer lassen sich hierbei von den Ärzten und Pflegekräften bettseitig erläutern, wie die Prozesse konkret umgesetzt wurden und dokumentiert sind. Dabei lassen sich die Peers auf Nachfrage Auszüge aus der Kurvendokumentation zeigen, es werden z. B. Eingaben von Zielwerten bei der Behandlung oder die Verfahren des Monitorings und die Umsetzung von Therapiestandards verfolgt. **(Dauer ca. 2–3 Stunden)**
3. **Abschlussgespräch:** Hierbei gibt das Peer-Review-Team Feedback zu den Ergebnissen seiner Fremdbewertung in Form der SWOT-Systematik: Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken der Station. Die besuchte Abteilung hat im Anschluss Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen. Gemeinsam werden aus den identifizierten Verbesserungspotentialen Qualitätsziele abgestimmt und Maßnahmen abgeleitet. Alle Äußerungen sind vertraulich und von der gegenseitigen Bereitschaft getragen, voneinander lernen zu wollen. **(Dauer ca. 1–1,5 Stunden)**

Das Ergebnis des Peer Reviews wird vom Peer-Review-Team in einem schriftlichen Abschlussbericht festgehalten und dem Leiter der besuchten Abteilung zur Verfügung gestellt. Weitere Informationen sind unter www.nequi.de abrufbar.

4.2 Glossar

Ärztliches Peer Review

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.

Audit

Aus dem Englischen stammender Begriff, dem im Deutschen „Revision“ oder „Überprüfung“ entspricht. Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditnachweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit Auditkriterien erfüllt sind. Interne Audits, manchmal auch „Erstparteien-Audits“ genannt, werden von oder im Namen der Organisation selbst für interne Zwecke durchgeführt und können die Grundlage für die eigene Konformitätserklärung der Organisation bilden. Externe Audits schließen ein, was allgemein „Zweit-“ oder „Drittparteien-Audits“ genannt wird. Zweitparteien-Audits werden von Parteien, die ein Interesse an der Organisation haben, wie z. B. Kunden oder von Personen im Namen dieser Parteien durchgeführt. Drittparteien-Audits werden von externen Organisationen durchgeführt. Solche Organisationen bieten die Zertifizierung oder Registrierung der Konformität mit Anforderungen, wie z. B. denen der DIN EN ISO 9001 und DIN EN ISO 14001. Wenn das Qualitäts- und Umweltmanagementsystem zusammen auditiert werden, wird dieses „kombiniertes Audit“ genannt. Wenn zwei oder mehr auditierende Organisationen zusammen eine auditierte Organisation auditieren, wird dies „gemeinschaftliches Audit“ genannt (DIN EN ISO 9000:2000^[6]).

Im Rahmen eines Audits kommt dem (leitenden) Auditor, der für die Auditierung eines Qualitätsmanagementsystems qualifiziert ist und einem Ehrenkodex unterliegt, die Rolle eines Zeugen für einen Tatsachenbeweis zu. Er muss dafür unvoreingenommen und unabhängig sein, nach Plan vorgehen und vollständig und wahrheitsgemäß berichten („systematisch“). Sein Werkzeug ist eine Fragen- bzw. Checkliste mit expliziten Auditkriterien. Der Auditor prüft beispielsweise ob der Prozess der Leistungserbringung, wie im Qualitätsmanagement-Handbuch der zu auditierenden Organisation festgelegt, erbracht wird. Interne Audits dienen dazu, sich regelmäßig von der Wirksamkeit des eigenen Qualitätsmanagementsystems zu überzeugen (internes Audit). Ein Unternehmen auditiert z. B. die Fähigkeit seines Lieferanten (externes Audit); im Rahmen eines Produktaudits wird z. B. systematisch überprüft, ob das Produkt den Anforderungen genügt. Beim Systemaudit hingegen wird ein System auf Konformität geprüft, das heißt auf Übereinstimmung mit den in der Norm aufgestellten Anforderungen an ein Qualitäts- oder Umweltmanagementsystem. DIN EN ISO 10011 stellt eine Anleitung für das Auditieren bereit.

Audits dürfen nicht mit „In-Prozess-Kontrollen“ oder „Überwachungen“ als Teil der Qualitätslenkung verwechselt werden. Wie bei der Produktherstellung sind auch bei medizinischen Behandlungen „Zwischenprüfungen“ nötig (z. B. Temperaturmessung zum Ausschluss einer Infektion, Kontrolle der Vollständigkeit von Befunden vor folgenreichen Entscheidungen, Chefarztvisite). Diese Maßnahmen sind keine Audits. Sie dienen der Überwachung des Behandlungsprozesses im Sinne der Qualitätslenkung.

Audits im hier verstandenen Sinne sind nicht zu verwechseln mit „Clinical Audits“, die dem Konzept des „Peer Review“ zuzuordnen sind ^[15].

Benchmarking

Ein Verfahren zum Vergleich eines Angebotes mit den besten anderen (benchmarks = Höhenmarken) nach einem festgelegten Vergleichsschema. Verglichen werden Prozesse, Systeme, Produkte und/oder Dienstleistungen bezüglich der Kriterien Kosten, Qualität, Zeit, Kundenorientierung, Zufriedenheit etc. Die im Benchmarking verwendeten Kennzahlen können sich im Gesundheitswesen auf Struktur- (z. B. Ressourceneinsatz für die Erfüllung vergleichbarer Aufgaben), Prozess- (z. B. OP-Wechselzeiten) oder Ergebnisqualität (z. B. Komplikationsraten) beziehen ^[15].

Ergebnisqualität (outcome quality)

Veränderungen des Gesundheitszustandes eines Patienten bzw. einer Bevölkerungsgruppe als Ergebnis bestimmbarer therapeutischer oder diagnostischer Maßnahmen bzw. Interventionen in die Versorgungsabläufe ^[1].

Evaluation

Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (z. B. Auswirkungen auf die Patientenversorgung, das Wohlbefinden von Patient und Arzt, das ärztliche Selbstverständnis etc.) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien ^[1]. Konkrete Zielsetzungen können dabei die Gewinnung von Ergebnissen, die Ausübung von Kontrolle, die Schaffung von Transparenz als Basis für einen Dialog bzw. die Dokumentation des Erfolges (Legitimation) sein (modifiziert nach Stockmann ^[16]).

Evaluationen sollen vier grundlegende Eigenschaften aufweisen:
Nützlichkeit – Durchführbarkeit – Fairness – Genauigkeit ^[5].

Evidenzbasierte Medizin (EbM)

Evidenzbasierte Medizin ist der gewissenhafte, ausdrückliche und angemessene Gebrauch der gegenwärtig besten vorhandenen Daten aus der Gesundheitsforschung, um bei Behandlung und Versorgung von konkreten Patienten Entscheidungen zu treffen. EbM beinhaltet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus klinischer Forschung und der Präferenz des Patienten (modifiziert nach D. Sackett ^{[13], [14]}).

Die Umsetzung erfolgt in einem mehrstufigen Prozess ^[1]:

- ▶ Ableitung einer relevanten, beantwortbaren Frage aus dem klinischen Fall
- ▶ Planung und Durchführung einer Recherche der klinischen Literatur
- ▶ Kritische Bewertung der recherchierten Literatur (Evidenz) bezüglich Validität/Brauchbarkeit
- ▶ Anwendung der ausgewählten und bewerteten Evidenz beim individuellen Fall
- ▶ Bewertung der eigenen Leistung

Externe Qualitätssicherung

Verfahren der systematischen, standardisierten Datenerhebung und -auswertung, bezogen auf ganze Fachgebiete oder Diagnosegruppen. Beispiele: Perinatalogie, Neonatologie, Chirurgie, Herzchirurgie, Nierenersatztherapie. Ähnliche Verfahren werden praktiziert für die Laboratoriumsmedizin und die Radiologie^[1].

Formative Evaluation

Eine formative Evaluation ist eine entwicklungsorientierte, begleitende Evaluation, die dazu dient, den Evaluationsgegenstand zu verbessern (zu „formen“). Dies kann z. B. ein Qualitätsbereich, eine Fachabteilung, die gesamte Einrichtung oder ein Projekt sein.

Der Hauptzweck einer formativen Evaluation ist, zur Verbesserung und zu nachhaltiger Entwicklung beizutragen (wohingegen eine summative Evaluation auf Qualitätssicherung und Kontrolle abzielt).

Beim ärztlichen Peer Review richten sich die Ergebnisse der formativen Evaluation hauptsächlich an die Fachabteilungen bzw. Gesundheitseinrichtungen, die diese zur internen Qualitätsverbesserung heranzieht (modifiziert nach M. Gutknecht-Gmeiner^[11]).

Feedback

Die Rückmeldung über das eigene Handeln und seine Ergebnisse als Prozess in einem Regelkreis. Es hat deutlichen Einfluss auf das Verhalten und ist eines der elementaren und effizienten Mittel zur Verhaltensänderung^[1].

Fremdbewertung

Die Fremdbewertung einer Organisation ist die Validierung der ► *Selbstbewertung* durch eine dritte Partei^[15].

Indikator

Siehe ► *Qualitätsindikator*.

Interne Qualitätssicherung

Siehe ► *Qualitätssicherung*.

Kommunikative Validierung

Die kommunikative Validierung ist ein Gütekriterium in der qualitativen Sozialforschung. Es wird angewandt, um die Validität von Ergebnissen zu erhöhen: Feedback zu Forschungs- bzw. Untersuchungsergebnissen wird dabei systematisch von verschiedenen Gruppen, von Betroffenen und

Beteiligten eingeholt, um die erhobenen Daten und deren Interpretation zu überprüfen und ggf. zu korrigieren. Eine kommunikative Validierung kann jederzeit im Peer-Review-Prozess durchgeführt werden, zumeist jedoch beim kollegialen Dialog, das heißt die Ergebnisse der Fremdbewertung durch die Reviewer werden den Personen, die sich dem Peer Review unterziehen, vorgestellt und jene haben Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen (modifiziert nach M. Gutknecht-Gmeiner^[11]).

Kollegiale Beratung

Kollegiale Beratung beschreibt ein Format personenbezogener Beratung, bei dem im Gruppenmodus wechselseitig berufsbezogene Fälle der Teilnehmenden systematisch und ergebnisorientiert aufgearbeitet werden^[17]. Die kollegiale Beratung bietet die Möglichkeit, „just-in-time“-Wissen anzueignen, um für sich die für eine aktuelle Fragestellung nötige Kompetenz kurzfristig „einzuprobieren“ und grenzt sich damit positiv von der bekannten Problematik des „Lernens auf Vorrat“ ab^[12]. Bezogen auf ärztliche Peer Reviews werden Elemente der Methode der kollegialen Beratung in der Phase 2 des Reviews „Fremdbewertung & ► *kollegialer Dialog*“ (siehe Abbildung 1) angewendet.

Kollegialer Dialog

Der kollegiale Dialog ist das Kernelement ärztlicher Peer Reviews. In ihm sind die Methoden der ► *kommunikativen Validierung* (der Fremdbewertung) und der ► *kollegialen Beratung* miteinander kombiniert. Die begutachtete Einrichtung erhält vom Peer-Review-Team ein Feedback zu identifizierten Stärken und Verbesserungspotenzialen und kann dazu Stellung nehmen. Anschließend beraten die Peers gemeinsam über Lösungen für identifizierte Verbesserungspotenziale.

Konformität

„Erfüllung einer Anforderung“ (DIN EN ISO 9000:2000)

Konformität bezeichnet einen Zustand der dadurch charakterisiert ist, dass Qualitätsmerkmale mit den Anforderungen übereinstimmen. Dies wird durch Prüfungen und Verifizierungen nachgewiesen. Im Rahmen einer Zertifizierung eines Qualitätsmanagementsystems wird z. B. geprüft, ob alle Anforderungen gemäß DIN EN ISO 9001:2000 erfüllt sind; ansonsten darf keine Konformität mit dieser Norm bestätigt werden. Bezüglich der „Produktkonformität“, das heißt die Erfüllung aller Anforderungen an ein Produkt bzw. einer Dienstleistung, ist es Aufgabe der obersten Leitung, dies entsprechend sicherzustellen und aufrechtzuerhalten. Dazu gehören unter anderem die Qualifizierung der Mitarbeiter sowie die Aufstellung von Investitions-, Wartungs- und Instandhaltungsplänen. Ebenso ist die Arbeitsumgebung zum Erreichen der Produktkonformität festzulegen (in der Praxis z. B. Sicherstellung adäquater Bedingungen für das ambulante Operieren). Zur Sicherstellung der Konformität dienen die ständigen Mess- und Überwachungsmaßnahmen, im Gesundheitswesen z. B. durch Soll-Ist-Vergleiche, eine Einheit mit vorgegebenen Referenzwerten oder -bereichen (Vergleich mit einer qualitativen Vorgabe) oder durch Vergleich mit empirisch ermittelten Daten aus allen Einheiten (Vergleich mit einer statistischen Vorgabe)^[1].

Kriterium

Kennzeichen, unterscheidendes Merkmal

Kriterien für die Bewertung der Leistungserbringung bei einzelnen Versorgungsaspekten sind solche Eigenschaften, deren Erfüllung typischerweise bei einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung erwartet wird^[10].

Leitlinien

Ärztliche Leitlinien sind systematisch entwickelte Hilfen zur Entscheidungsfindung für Ärzte und Patienten über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (ggf. unter Berücksichtigung von Patienten) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar. Sie sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen. Methodische Instrumente sind zum Beispiel Konsensuskonferenzen, Therapiestudien und Metaanalysen. Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Sie werden regelmäßig auf ihre Gültigkeit hin überprüft und ggf. fortgeschrieben (siehe ► *Richtlinien*).

Leitlinien werden in einem formalisierten und strukturierten Vorgehen entwickelt, für das man in Deutschland die folgende Klassifizierung verwendet:

Stufe 1 = repräsentative Expertengruppe, Verabschiedung durch die dazu legitimierte Institution, z. B. die wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaft;

Stufe 2 = formale Konsensfindung (auf der Basis von Stufe 1) als nominaler Gruppenprozess, Konsensus- oder Delphikonferenz;

Stufe 3 = systematische Entwicklung (auf der Basis von Stufe 2) mit fünf zusätzlichen Komponenten Logik, Konsensus, evidenzbasierte Medizin, Entscheidungsanalyse, Outcome-Analyse^[1].

Messgröße, klinische (Clinical Measures)

Der international gebräuchliche Begriff „klinische Messgröße“ dient als Oberbegriff zu den im deutschen Sprachraum verwendeten Begriffen „Kriterien“, „Indikatoren“ und „Referenzbereichen“. Anhand von klinischen Messgrößen lassen sich Versorgungsaspekte (z. B. Strukturen, Prozesse und Ergebnisse) im Rahmen des Qualitätsmanagements bewerten^[10].

Norm

Vielfältig verwandter Begriff mit unterschiedlichen Inhalten. Der Inhalt richtet sich auch nach dem Kontext des Begriffes. Im rechtlichen Bereich meint er etwas anderes als zum Beispiel bei der Erarbeitung von Regeln für die Industrie und Dienstleistungen. Nach der Definition des DIN ist

eine Norm ein Dokument, das mit Konsens erstellt und von einer anerkannten Stelle angenommen wurde und das für die allgemeine und wiederkehrende Anwendung Regeln, Leitlinien und Merkmale für Tätigkeiten oder deren Ergebnisse festlegt, wobei ein optimaler Ordnungsgrad in einem gegebenen Zusammenhang angestrebt wird. Normen sollen auf den gesicherten Ergebnissen von Wissenschaft, Technik und Erfahrungen basieren und auf die Förderung optimaler Vorteile für die Gesellschaft abzielen (DIN 66066, Teil 3).

Eine andere Bedeutung hat der Begriff „Norm“ z. B. im Bereich der Labormedizin. Hier bedeutet Norm die übliche Ausprägung (die Prüfgröße) eines Kriteriums. Meistens ist sie ein statistischer Mittelwert, der selbst wenig über die Qualität aussagt (z. B. der pH-Wert von Körperflüssigkeiten)^[1].

Peer

Der Begriff „Peer“ (engl. für Ebenbürtiger; Gleichgestellter, Gleichrangiger) wird heute allgemein im Kontext der externen Begutachtung und externen Evaluation gebraucht. Dabei ist der Peer in der Rolle als Gutachter (Reviewer) eine unabhängige, mit der Person aus der begutachteten Einrichtung gleichgestellte Person. Er verfügt über spezifische, professionelle Expertise im zu evaluierenden Qualitätsbereich, das heißt im gleichen oder angrenzenden Fachgebiet. Der Peer bringt „Insiderwissen“ über den Gegenstand der Evaluierung in den Prozess ein und verbindet dieses mit der externen Perspektive. Er ist sozusagen ein „externer Insider“ und nimmt die Rolle eines „critical friend“ und kollegialen Beraters ein. Per definitionem wird auch die Person aus der begutachteten Einrichtung als „Peer“ bezeichnet, die allerdings im Peer Review eine andere Rolle einnimmt (modifiziert nach M. Gutknecht-Gmeiner^[11]).

Peer Review

Peer Review ist definiert als eine kontinuierliche, systematische und kritische Reflexion durch mehrere Angehörige einer Berufsgruppe über die eigene Leistungsfähigkeit sowie die der Kollegen – unter Verwendung eines strukturierten Prozesses und mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung^[15]. Peer Review ist eine formative (das heißt entwicklungsorientierte) externe Evaluationsform, mit dem Ziel die zu evaluierende Einrichtung in ihrer Bemühung um Qualitätssicherung und -entwicklung zu unterstützen (modifiziert nach M. Gutknecht-Gmeiner^[11]).

Peer-Review-Bericht

Der Peer-Review-Bericht ist die schriftliche Dokumentation des Peer Reviews. Er wird von den Peers erstellt. Für gewöhnlich verfasst/verfassen der/die Leiter des Peer-Review-Teams den Bericht auf Basis der Notizen, die die Peers während des Besuchs gemacht haben, internen Diskussionen zwischen den Peers und den Ergebnissen des kollegialen Dialoges. Alle Peers leisten einen Beitrag zum Bericht und tragen als Team gemeinsam die Verantwortung dafür (modifiziert nach M. Gutknecht-Gmeiner^[11]).

Prozessqualität

Ein Aspekt der Qualität der medizinischen Versorgung, der alle medizinischen Aktivitäten unter Einbeziehung der interpersonellen und interaktionalen Aspekte umfasst. Hierzu gehören Art und Weise der Diagnostik und Therapie, z. B. der Medikamentenverordnung, aber auch der Gesprächsführung, der Anamneseerhebung, Rechtzeitigkeit, Angemessenheit usw. Beeinflusst wird der Behandlungsprozess unter anderem durch die Persönlichkeit und Einstellung von Arzt und Patient und die Wechselwirkung zwischen beiden, aber auch durch gesellschaftliche und ethische Gesichtspunkte^[1].

Qualität

„Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt“. Die Benennung Qualität kann zusammen mit Adjektiven wie schlecht, gut oder ausgezeichnet verwendet werden. Inhärent bedeutet im Gegensatz zu zugeordnet „einer Einheit innewohnend“, insbesondere als ständiges Merkmal (DIN EN ISO 9000:2000).

In zahlreichen Literaturstellen wurde oder wird Qualität noch anders definiert, z. B. „Qualität ist das Erreichte im Verhältnis zum Machbaren, bezogen auf die Menge des Gewünschten“, als „fitness for use“, „fitness for purpose“, „customer satisfaction“ oder „conformance to the requirements“ (DIN EN ISO 8402:1995). Diese Begriffsbestimmungen kommen der aktuellen DIN ISO-Definition recht nahe, indem sie die (tatsächlich vorhandene) Ausprägung der Erfüllung von Anforderungen beschreiben: Sie implizieren gleichzeitig bestimmte Formen, Richtungen oder Grade dieser Ausprägung. In der Definition von Donabedian „Quality of care is the extent to which actual care is in conformity with preset criteria for good care“ wurde bereits vor fast 40 Jahren Qualität als Grad („extent“) der Konformität definiert, die zwischen der tatsächlichen Behandlung („actual care“) und den Anforderungen („preset criteria for good care“) besteht. Damit entspricht diese Definition hinsichtlich ihrer Aktualität der DIN EN ISO 9000:2000^[6].

Qualitätsindikator

Qualitätsindikatoren sind Maße, deren Ausprägung eine Unterscheidung zwischen guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen soll. Qualitätsindikatoren sind Hilfsgrößen, die die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abbilden. Man könnte sie auch als qualitätsbezogene Kennzahlen bezeichnen. Einzelne Indikatoren beleuchten immer nur Teilaspekte der Qualität. Es ist daher sinnvoll, Zusammenstellungen mehrerer Indikatoren zur Beurteilung eines Versorgungsaspektes bzw. Kriteriums in Form von **Indikatorenprofilen** vorzunehmen.

Indikatoren sind unter anderem dazu geeignet, die Qualität von Führungs-, Kontroll- und Managementtätigkeiten sowie von klinischen und unterstützenden Tätigkeiten zu überwachen und zu bewerten, die patientenseitige Versorgungsergebnisse beeinflussen.

Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter bzw. schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu verwendet man definierte Ausprägungen des Indikators, den sogenannten Refe-

renzwert oder Referenzbereich. Der Referenzbereich ist definiert als das Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als „unauffällig“ definiert wird. Ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, dessen Unter- und Obergrenze zusammenfallen. Referenzbereiche bzw. -werte müssen im Rahmen der Qualitätsanforderung festgelegt werden. Diese Festlegung kann entweder empirisch (statistisch) oder normativ (Expertenkonsens) erfolgen. Qualitätsindikatoren sind struktur-, prozess- und/oder ergebnisbezogen. Darüber hinaus müssen Qualitätsindikatoren – je nach Anwendung – den Anforderungen der Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität genügen^[1].

Qualitätskontrolle

Fortlaufende Überwachung der Qualität von in Masse produzierten Gütern und erbrachten Dienstleistungen, z. B. die im Eichgesetz sowie in den Richtlinien der Bundesärztekammer und ihren Ausführungsbestimmungen geregelte Qualitätskontrolle im medizinischen Laboratorium (Richtigkeitskontrolle, Präzisionskontrolle, Ringversuche)^[4]. Der englische Begriff „**to control**“ bedeutet „**steuern**“, „betätigen“, „regeln“, „regulieren“. Davon leitet sich der streng im betriebswirtschaftlichen Sinne zu interpretierende Begriff „Controlling“ bzw. „quality control“ ab. Er ist nicht gleichbedeutend mit dem deutschen Begriff „Kontrolle“. Kontrolle umfasst lediglich den Soll-Ist-Vergleich und ggf. die anschließende Abweichungsanalyse^[15].

Qualitätsmanagement

„Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität. Leiten und Lenken bezüglich Qualität umfassen üblicherweise das Festlegen der ► *Qualitätspolitik* und der ► *Qualitätsziele*, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die ► *Qualitätssicherung* und die ► *Qualitätsverbesserung*“ (DIN EN ISO 9000:2000).

Qualitätsmanagement umfasst alle Aspekte im Rahmen der Unternehmensführung, die im Zusammenhang stehen mit der von der obersten Leitungsebene formulierten, grundlegenden Einstellung sowie den Absichten, Zielsetzungen und Maßnahmen in Bezug auf die Erreichung und Verbesserung von Qualität. Dabei sind vielfältige Einflussmöglichkeiten zu berücksichtigen, insbesondere Aspekte der Wirtschaftlichkeit, der Gesetzgebung, der Arbeitssicherheit, des Gesundheitsschutzes und der Umwelt. Hinzu kommen die Wünsche und Anforderungen der Kunden. Die Unternehmensleitung trägt eine nicht delegierbare Verantwortung für das Qualitätsmanagement und muss darüber hinaus auch aktiv für die konsequente Umsetzung auf allen Hierarchieebenen sorgen. Diese Philosophie mit der durchgängigen Einbeziehung aller für den Erfolg der Organisation wesentlichen Aspekte formuliert auch die Einleitung der Norm DIN EN ISO 9000:2005 in Form von acht Grundsätzen^[7]:

1. Grundsatz: Kundenorientierung

„Organisationen hängen von ihren Kunden ab und sollten daher gegenwärtige und zukünftige Erfordernisse der Kunden verstehen, deren Anforderungen erfüllen und danach streben, deren Erwartungen zu übertreffen.“

2. Grundsatz: Führung

„Führungskräfte schaffen die Übereinstimmung von Zweck und Ausrichtung der Organisation. Sie sollten das interne Umfeld schaffen und erhalten, in dem sich Personen voll und ganz für die Erreichung der Ziele der Organisation einsetzen können.“

3. Grundsatz: Einbeziehung der Personen

„Auf allen Ebenen machen Personen das Wesen einer Organisation aus, und ihre vollständige Einbeziehung ermöglicht, ihre Fähigkeiten zum Nutzen der Organisation einzusetzen.“

4. Grundsatz: Prozessorientierter Ansatz

„Ein erwünschtes Ergebnis lässt sich effizienter erreichen, wenn Tätigkeiten und dazugehörige Ressourcen als Prozess gelenkt werden.“

5. Grundsatz: Systemorientierter Ansatz

„Erkennen, Verstehen, Leiten und Lenken von miteinander in Wechselbeziehung stehenden Prozessen als System tragen zur Wirksamkeit und Effizienz der Organisation zum Erreichen der Ziele bei.“

6. Grundsatz: Ständige Verbesserung

„Wiederkehrende Tätigkeiten zur Erhöhung der Eignung, Anforderungen zu erfüllen.“

7. Grundsatz: Sachbezogener Ansatz zur Entscheidungsfindung

„Wirksame Entscheidungen beruhen auf der Analyse von Daten und Informationen.“

8. Grundsatz: Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen

„Eine Organisation und ihre Lieferanten sind voneinander abhängig. Beziehungen zum gegenseitigen Nutzen erhöhen die Wertschöpfung beider Seiten.“

Qualitätsmanagement-Handbuch (quality manual)

„Dokument, in dem das Qualitätsmanagement-System einer Organisation festgelegt ist. Qualitätsmanagement-Handbuch können hinsichtlich Detaillierung und Format an die Größe und Komplexität einer einzelnen Organisation angepasst sein“ (DIN EN ISO 9000:2000). Somit legt die Organisation im Qualitätsmanagement-Handbuch fest, für welche Bereiche ihr Qualitätsmanagement-System gelten soll und welche Zuständigkeiten bzw. Verantwortlichkeiten gegeben sind. Ferner wird beschrieben, welche Verfahren und Prozeduren für die Leistungserbringung im Einzelnen anzuwenden sind, und wie die Wechselwirkungen bzw. Schnittstellen der Prozesse definiert sind. Des Weiteren ist das Verfahren zur Aktualisierung und Verwaltung des Qualitätsmanagement-Handbuchs sowie zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems festzulegen. Das Qualitätsmanagement-Handbuch muss entsprechend der Norm den Ist-Zustand der Organisation beschreiben und dient als Grundlage für Audits und Zertifizierung^[15].

Qualitätsmanagement-System

Zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderliche Organisationsstruktur, Verfahren, Prozesse und Mittel (aus DIN EN ISO 8402:08.95). Bei der Gestaltung ihrer Qualitätsmanagement-Systeme sind die Organisationen grundsätzlich frei. Weit verbreitet sind jedoch Qualitätsmanagement-Systeme, die anhand internationaler Normen, insbesondere aus der ISO-9000-Familie, aufgebaut werden. Diese Normen sehen unter anderem vor, dass das Qualitätsmanagement-System in den Qualitätsmanagement-Dokumenten beschrieben wird, welche zumindest aus dem Qualitätsmanagement-Handbuch bestehen, in der Regel aber zusätzlich auch aus mitgeltenden Unterlagen^[1].

Qualitätsplanung

„Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Festlegen der Qualitätsziele und der notwendigen Ausführungsprozesse sowie der zugehörigen Ressourcen zur Erfüllung der Qualitätsziele gerichtet ist“ (DIN EN ISO 9000:2000).

Qualitätspolitik

„Übergeordnete Absichten und Ausrichtung einer Organisation zur Qualität, wie sie von der obersten Leitung formell ausgedrückt wurden“ (DIN EN ISO 9000:2000).

Qualitätssicherung (quality assurance)

„Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden“ (DIN EN ISO 9000:2000).

In der aktuellen Terminologie der Normenreihe wird Qualitätssicherung – gemäß der wörtlichen Übersetzung – als „Qualitätszusicherung“ verstanden (in der Vorläuferversion DIN EN ISO 8402:1995 wurde hierfür der Begriff „Qualitätsmanagement-Darlegung“ gebraucht). Hierunter sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Kunden und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen schaffen, dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt – sprich: eine exzellente Qualität erreicht. In diesem Sinne kann Qualitätssicherung z. B. in Form von Qualitätsdarlegungen bzw. Qualitätsnachweisen erfolgen (Qualitätsberichte, Zertifizierung gemäß DIN EN ISO 9001:2000, Zertifizierung gemäß KTQ, Qualitätspreise etc.).

In der Gesundheitsversorgung in Deutschland spielte der Begriff „Qualitätssicherung“ bisher eine zentrale Rolle für verschiedenste Aktivitäten. Es wurde traditionell zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. „Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen“ umfassten durchaus Aspekte der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements. Unter „externer Qualitätssicherung“ wurden (und werden) insbesondere Qualitätssicherungsmaßnahmen mit externen Vergleichen verstanden. Einige der bekanntesten Verfahren – z. B. in der Perinatalogie und Neonatologie als Vollerhebungen, in der Chirurgie nach der ► *Tracer-Methodik* mit bestimmten Eingriffen – beruhen auf diesem methodischen Konzept, nämlich standardisiert

qualitätsrelevante Daten zu dokumentieren (als Qualitätsaufzeichnungen im Sinne der DIN EN ISO 9001:2000), diese als Qualitätsindikatoren einrichtungsübergreifend statistisch auszuwerten und damit der einzelnen Einrichtung ein Instrument der Qualitätsbewertung an die Hand zu geben, so dass aus der retrospektiven Analyse ggf. künftige Handlungsänderungen abgeleitet werden können. Im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung (§§ 135 ff. SGB V) zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung haben Maßnahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung einen zentralen Stellenwert erhalten, z. B. im Kontext mit neuen Vergütungsformen als Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. Nicht nur im Gesetzestext (SGB V und XI), auch sonst wird im Gesundheitswesen häufig der Begriff „Qualitätssicherung“ noch im traditionellen Wortsinn verwendet, obwohl dieser nach aktueller Definition eine gänzlich andere Bedeutung hat^[15].

Qualitätsüberwachung

Ständige Überwachung und Verifizierung des Zustandes einer Einheit sowie Analyse von Aufzeichnungen um sicherzustellen, dass festgelegte Qualitätsforderungen erfüllt werden. Qualitätsüberwachung kann durch den Kunden oder in seinem Auftrag durchgeführt werden. Qualitätsüberwachung kann Beobachtungs- und Überwachungstätigkeiten bedeuten, die der Verschlechterung oder Beeinträchtigung einer Einheit (z. B. eines Prozesses) im Laufe der Zeit vorbeugen können. „Ständige“ kann entweder dauernd oder häufig bedeuten^[1].

Qualitätsverbesserung

Teil des Qualitätsmanagements, der auf die Erhöhung der Fähigkeit zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen gerichtet ist. Die Anforderungen können jeden beliebigen Aspekt betreffen, wie Wirksamkeit, Effizienz oder Rückverfolgbarkeit (DIN EN ISO 9000:2000).

Qualitätsziele

„Etwas bezüglich Qualität Angestrebtes oder zu Erreichendes. Qualitätsziele beruhen im Allgemeinen auf der Qualitätspolitik der Organisation. Qualitätsziele werden im Allgemeinen für die zutreffenden Funktionsbereiche und Ebenen in der Organisation festgelegt“ (DIN EN ISO 9000:2000).

Qualitätsziele operationalisieren die Qualitätspolitik für die einzelnen Fachabteilungen, Funktionsbereiche und Ebenen der Organisation. Sie spezifizieren diejenigen Aspekte, die von strategischer Bedeutung hinsichtlich Qualität sind und präzisieren unmittelbar den gewünschten Zielerreichungsgrad in dieser Organisation. Sie machen den Qualitätsanspruch nachvollziehbar, transparent und beziehen die Mitarbeiter aktiv in die Umsetzung ein. Damit dienen Qualitätsziele zur Orientierung innerhalb der Organisation. Die Festlegung der ggf. unterschiedlich akzentuierten Qualitätsziele erfolgt im Rahmen der Qualitätsplanung, die kontinuierliche Überwachung in Bezug auf den Zielerreichungsgrad durch die Qualitätslenkung.

Qualitätsziele sollten bestimmten Grundanforderungen genügen, z. B. der SMART-Regel: **S**pezifisch, **M**essbar, **A**ktionsorientiert, **R**ealistisch, **T**erminierbar.

Typische Qualitätsziele in Einrichtungen des Gesundheitswesens sind Vorgaben bezüglich der Patienten-, Einweiser-, und Mitarbeiterzufriedenheit, der Rate komplikationsloser Verläufe, der Zahl an Beschwerden, der Zahl ungeplanter stationärer Wiederaufnahmen sowie weitere Prozesskennzahlen bzw. Qualitätsindikatoren mit den ihnen zugeordneten Referenzbereichen^[15].

Qualitätszirkel

Ärztliche Qualitätszirkel sind auf freiwilliger Initiative gegründete Foren (Kleingruppen) für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch, der problembezogen, systematisch und zielgerichtet ist und der in gleichberechtigter Diskussion der Teilnehmer eine gegenseitige Supervision zum Ziel hat.

In der Organisation Krankenhaus wird der Begriff „Qualitätszirkel“ nicht nur auf berufsgruppenspezifische (Ärzte, Pflegenden), sondern insbesondere auch auf berufsgruppen- und abteilungsübergreifende Gruppen angewendet. Hiervor wird im Allgemeinen der Begriff „Qualitätsteam“ bzw. „Projektgruppe“ abgegrenzt.

Während ein Qualitätszirkel in identischer Zusammensetzung und festgelegten Zeitintervallen regelmäßig, aber mit wechselnden Themenschwerpunkten arbeitet, erhält ein Qualitätsteam zur Bearbeitung eines Qualitätsproblems einen definierten Arbeitsauftrag mit entsprechenden Ressourcen und arbeitet zeitlich begrenzt. Sowohl Qualitätszirkel wie Qualitätsteams sollten bei ihrer Arbeit sehr systematisch, streng themenzentriert, zielbezogen und in definiertem zeitlichem Rahmen vorgehen. Die Ergebnisse werden dabei protokolliert und zumeist einer beauftragenden Organisationseinheit (z. B. Krankenhausleitung, Leitlinien-Kommission etc.) zur Beschlussfassung vorgestellt^[15].

Reliabilität

Zuverlässigkeit. Gütekriterium, das die Messgenauigkeit eines Verfahrens angibt. Im Hinblick auf menschliche Messungen wird auch von Objektivität bzw. Interbeobachterübereinstimmung gesprochen. Der eng verwandte Begriff der „reproducibility“ wird im engeren Sinne für die Wiederholungsstabilität eines technischen Messvorganges verwendet.

Psycho- und Soziometrie bestehen zu einem überwiegenden Teil aus Reliabilitäts- und Validitätstests. Diese werden dann exakter, nach dem jeweils verwandten Bestimmungsverfahren, bezeichnet (z. B. Splithalf-Reliabilität)^[1].

Richtlinie

Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht^[1].

Selbstbewertung (synonym zu Selbstevaluation)

Selbstbewertung kann einen Gesamtüberblick über die Leistung der Organisation und den Reifegrad des Qualitätsmanagementsystems bereitstellen. Diese Methode wird häufig genutzt, um Stärken und Verbesserungspotenziale in der Organisation zu erkennen und entsprechende Maßnahmen umzusetzen. Die Selbstbewertung erfolgt nach einem Katalog vorgegebener Bewertungskriterien und hat eine Punktzahl als Ergebnis^[15].

Standard

Eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsforderungen. Die Verwendung des Begriffs „Standard“ ist, wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, sehr vielschichtig. Von der seinerzeit von Donabedian publizierten Definition zur Unterscheidung zwischen statistischen („empirischen“) und qualitativen („normativen“) Standards (siehe unten) würde man nach aktuellem Diskussionsstand noch die Formulierung des qualitativen Standards akzeptieren, der auf die heute gebräuchlichen Begriffe „Richtlinie“ bzw. „Leitlinie“ hinweist^[1].

Standard, qualitativer

Die Wertigkeit und damit die Verbindlichkeit eines Standards entsprechen dem einer Richtlinie. Die im deutschen Sprachgebrauch innerhalb einer Berufsgruppe oder Einrichtung konsentierten Regelungen, die zum Teil als „Standard“ bezeichnet werden (z. B. „Pflegestandard“, „Hygiestandard“ etc.), entsprechen entweder Richtlinien oder Leitlinien.

Im angelsächsischen Sprachraum existieren ebenfalls unterschiedliche Bedeutungen des Begriffs „Standard“. Während Eddy et al.^[9] „Standard“ (siehe oben) als Normsetzung primär auf qualitativer Ebene betrachten und damit dem nahe kommen was im deutschen Sprachraum z. B. Richtlinien oder Leitlinien sind gibt es eine ältere Definition, z. B. bei Donabedian: „A standard is a precise, quantitative specification of the state of a criterion that will constitute quality of a given degree“ bzw. „A standard is taken to mean a precise, quantitative statement for goodness in any criterion“^[8].

Die American Medical Association (AMA) wiederum liefert eine ähnliche Interpretation: „Standards are professionally developed expressions of the range of acceptable variation from a norm or criterion“^[2]. Hierbei handelt es sich um Definitionen, die ausschließlich die quantitative Sicht umfassen.

Die zugehörige Norm oder Qualitätsforderung, das heißt qualitative Vorgabe (z. B. Richtlinie, Leitlinie bzw. das, was Eddy et al.^[9] als „Standard“ definieren) wird vorausgesetzt. Diese Definition von Standard entspricht damit dem deutschen Begriff „Referenzbereich“ bzw. „Referenzwert“^[1].

Strukturierter Dialog (ehemaliges BQS-Verfahren, 2009 vom AQUA-Institut übernommen)

Gemeinsam mit den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung hat das BQS-Institut unter dem Namen „Strukturierter Dialog“ ein Stufenschema zur Einleitung und Überprüfung von Verbesserungsmaßnahmen entwickelt.

Ein auffälliges Ergebnis bei einem Qualitätsindikator erfordert weitere Analysen und Maßnahmen. Zunächst muss geprüft werden, ob die Auffälligkeit auf ein echtes Qualitätsproblem zurückzuführen ist, oder ob z. B. Besonderheiten im behandelten Patientenkollektiv eine Rolle spielen.

Wenn ein Qualitätsproblem vorliegt, muss ein Konzept erarbeitet werden, welche Verbesserungsmaßnahmen erforderlich sind und wie diese am effektivsten umgesetzt werden können. Die erforderlichen Schritte sind in ein strukturiertes Peer-Review-Verfahren integriert. So werden im ersten Schritt aufwandsarm strukturierte Stellungnahmen eingeholt, bei Bedarf werden jedoch auch Visitationen anhand klarer Kriterien durchgeführt. Bei der Durchführung des Strukturierten Dialogs können verschiedene Methoden eingesetzt werden:

An rechnerisch auffällige Krankenhäuser können Hinweise verschickt werden. Das Krankenhaus wird darin aufgefordert, die Ursachen für das auffällige Ergebnis zu analysieren und gegebenenfalls erforderliche Maßnahmen einzuleiten.

In den meisten Fällen werden auffällige Krankenhäuser um eine schriftliche Stellungnahme darüber gebeten, welcher Grund für die Auffälligkeit festgestellt wurde und welche Maßnahmen ggf. bereits erfolgt sind. Die Fachexperten in den Fach- und Arbeitsgruppen der Geschäftsstellen analysieren die anonymisierten Stellungnahmen und bewerten, ob die Analysen und Maßnahmen des Krankenhauses sachgerecht und ausreichend sind.

In besonderen Fällen können auch persönliche Gespräche zwischen Vertretern der auffälligen Krankenhäuser und den Fachgruppen vereinbart werden.

Eine weitere Möglichkeit des Strukturierten Dialogs ist das Gespräch zwischen dem Krankenhaus und den neutralen Fachexperten vor Ort bei einer Begehung, um auch Strukturen und Abläufe direkt begutachten zu können. Diese Visitationen erfolgen auf der Grundlage eines strukturierten Kriterienkatalogs, nach dem sowohl generelle wie auch fachgebietsspezifische Struktur- und Prozessmerkmale evaluiert werden. Verbesserungsmaßnahmen können zielgerichtet und kurzfristig eingeleitet werden^[3].

Strukturqualität

Ein Aspekt der Qualität der medizinischen Versorgung, der bestimmt wird durch die Rahmenbedingungen im Einzelfall und durch die politischen und ökonomischen Faktoren, unter denen ärztliche Tätigkeit stattfindet (z. B. technische Ausstattung der Praxis, Zugangsmöglichkeiten für Patienten, Fähigkeiten des Praxispersonals, Genauigkeit der Datendokumentation, Ausbildungsstand des Arztes)^[1].

Total Quality Management

Siehe ► *umfassendes Qualitätsmanagement*.

Tracer-Methode (Tracer synonym mit Aufgreifkriterium)

Tracer- oder Qualitätsmerkmale sind in der Regel spezifische Gesundheitsprobleme oder Diagnosen, die eine Beurteilung der Stärken und Schwächen der jeweilig durchgeführten Versorgungsmaßnahme erlauben. Für einige medizinische Bereiche, in denen sich Tracer gut herleiten lassen, wurde eine Methode zur tracerbasierten Qualitätssicherung entwickelt.

Mit Tracer-Methoden werden auch Qualitätsverfahren in der medizinischen Qualitätssicherung bezeichnet, bei denen von den Ergebnissen exemplarisch ausgewählter Krankheitsbilder auf andere erbrachte Leistungen geschlossen wird (pars pro toto-Ansatz). Tracer-Methoden werden oft in den operativen Disziplinen eingesetzt. Tracer müssen bestimmte Anforderungen erfüllen. So müssen sie beispielsweise leicht diagnostizierbar und gut definierbar sein, hinlänglich bekannt sein und in einer hinreichenden Frequenz auftreten^[1].

Umfassendes Qualitätsmanagement

„Auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt. Der Ausdruck „alle ihre Mitglieder“ bezeichnet jegliches Personal in allen Stellen und allen Hierarchieebenen der Organisationsstruktur. Wesentlich für den Erfolg dieser Methode ist, dass die oberste Leitung überzeugend und nachhaltig führt und dass alle Mitglieder der Organisation ausgebildet und geschult sind. Der Begriff „Qualität“ bezieht sich beim umfassenden Qualitätsmanagement auf das Erreichen aller geschäftlichen Ziele. Der Begriff „Nutzen für die Gesellschaft“ bedeutet Erfüllung der an die Organisation gestellten Forderungen der Gesellschaft. Total quality management (TQM) oder Teile davon werden gelegentlich auch ‚total quality‘, ‚CWQC‘ (company-wide quality control), ‚TQC‘ (total quality control) usw. genannt“ (DIN EN ISO 8402:1995, Nr. 3.729).

Validität

Gültigkeit. Grad der Genauigkeit, mit dem ein Testverfahren das misst, was es messen soll. Die Validität ist das wichtigste, jedoch auch das am schwierigsten zu bestimmende Gütekriterium (siehe auch ► *Reliabilität*). Nach der Bestimmungsmethode werden verschiedene Gültigkeiten voneinander unterschieden (z. B. Konstruktvalidität, Augenscheinvalidität etc.)^[1].

Zertifizierung

„Maßnahme durch einen unparteiischen Dritten, die aufzeigt, dass angemessenes Vertrauen besteht, dass ein ordnungsgemäß bezeichnetes Erzeugnis, Verfahren oder eine ordnungsgemäß bezeichnete Dienstleistung in Übereinstimmung mit einer bestimmten Norm oder einem

bestimmten anderen normativen Dokument ist“ (DIN EN 45013:1990). Der Begriff „Zertifizierung“ ist in der aktuellen Fassung der DIN EN ISO 9000:2000 zu Grundlagen und Begriffen nicht definiert. Im Sprachgebrauch wird darunter der Nachweis der Konformität durch ein Audit und die offizielle Bestätigung durch eine akkreditierte Stelle verstanden. Damit entspricht der Begriff „Zertifizierung“ inhaltlich dem Audit: „Audits dienen der Ermittlung, inwieweit die Qualitätsmanagement-Anforderungen erfüllt sind, um die Wirksamkeit des Qualitätsmanagement-Systems zu bewerten und Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen“^[15].

Das Glossar wurde unter Berücksichtigung von folgenden Literaturquellen erstellt:

- [1] *Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Kompendium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung (Auf der Grundlage des Curriculums Ärztliches Qualitätsmanagement von BÄK, KBV, AWMF). 3. überarbeitete und erweiterte Auflage 2009.*
- [2] *American Medical Association. PSROs and Norms of Care A Report by the Task Force on Guidelines of Care: American Medical Association Advisory Committee on PSRO. JAMA 1974; 229: 166–171.*
- [3] *BQS-Institut. „Strukturierter Dialog“ – Wie wird der Strukturierte Dialog durchgeführt? Available from: <http://www.bqs-institut.de/innovationen/strukturierter-dialog/strukturierter-dialog-durchfuehrung/170-strukturierter-dialog-wie.html> (Last visited: 2012 SEP 05); 2011.*
- [4] *Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Curriculum Qualitätsmanagement / Ärztliche Qualitätssicherung 2. Auflage. 2000.*
- [5] *DeGEval – Gesellschaft für Evaluation. Standards für Evaluation – Auszug aus: DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e. V. (2008) (Hg.): Standards für Evaluation, 4. unveränderte Auflage. Mainz: 10–13. Available from: http://www.archive-de.com/de/d/degeval.de/2012-06-12_50207_11/Standards_f%C3%BCr_Evaluation/ (Last visited: 2012 SEP 05); 2008.*
- [6] *DIN Deutsches Institut für Normung e. V. DIN EN ISO 9000:2000-12 Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2000); Dreisprachige Fassung EN ISO 9000:2000. Beuth Verlag GmbH; 2000.*
- [7] *DIN Deutsches Institut für Normung e. V. DIN EN ISO 9000:2005-12 Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2005); Dreisprachige Fassung EN ISO 9000:2005. Berlin: Beuth Verlag GmbH; 2005.*
- [8] *Donabedian A. Criteria and Standards for Quality Assessments and Monitoring. Quality Review Bulletin 1986; 12: 99–108.*
- [9] *Eddy DM. Performance measurement: problems and solutions. Health Affairs 1998; 17(4): 7–25.*
- [10] *Geraedts M, Selbmann H-K, Ollenschläger G. Beurteilung der methodischen Qualität klinischer Messgrößen. ZaeFQ 2002; 96: 91–6.*
- [11] *Gutknecht-Gmeiner M, öibf – Österreichisches Institut für Berufsbildungsforschung. Europäisches Peer Review Handbuch für die berufliche Erstausbildung – Leonardo da Vinci-Projekt (AT/04/C/F/TH-82000). Available from: <http://www.peer-review-education.net/calimero/tools/proxy.php?id=12385> (Last visited: 2012 SEP 05); 2007.*
- [12] *Lippmann ED. Intervention: Kollegiales Coaching professionell gestalten. Springer; 2009.*
- [13] *Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312 (7023): 71–2.*
- [14] *Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg WMC, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 2 ed. Edingburgh: 2000.*
- [15] *Sens B, Fischer B, Bastek A, Eckardt J, Kaczmarek D, Paschen U, et al. Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements – 3. Auflage. GMS Med Inform Biom Epidemiol 2007; 3 (1): Doc05.*
- [16] *Stockmann R, Meyer W, Caspari A. Evaluation: Eine Einführung. Verlag Barbara Budrich – UTB; 2009.*
- [17] *Tietze K-O. Wirkprozesse und personenbezogene Wirkungen von kollegialer Beratung. 1. Auflage ed. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010.*

4.3 Tool-Box

4.3.1 Checkliste Qualitätskriterien Peer-Review-Verfahren

1. Peer-Review-Verfahren:

Ziele, Grundsätze und Regeln

- ▶ sind klar definiert,
- ▶ sind allen bekannt und werden akzeptiert,
- ▶ werden von allen eingehalten.
- ▶ Das Verfahren ist ein lernendes Verfahren, das heißt regelmäßig einzuholendes Feedback von den Beteiligten wird in die Entwicklung des Verfahrens kontinuierlich eingearbeitet.

Verantwortlichkeiten

- ▶ Es existiert eine verantwortlich benannte zentrale Stelle (z. B. Peer-Review-Ausschuss).
- ▶ Die Rollen und Verantwortlichkeiten dieser Stelle sind klar definiert.
- ▶ Es sind regelmäßige Treffen dieser Stelle festgelegt.
- ▶ Das Verfahren ist klar in die Struktur der Organisation bzw. Institution eingeordnet.

Fixierung von Verfahrensgrundsätzen (Manual)

Es existieren einheitliche Regelungen, inklusive Verantwortlichkeiten,

- ▶ zu Zeitpunkt der Reviews und Auswahl der Bereiche, die sich einem Review unterziehen,
- ▶ zur Festlegung von Standards und Regeln zum Ablauf und zur Dokumentation der Reviews,
- ▶ zur Planung, Durchführung und Finanzierung von Peer Reviews,
- ▶ zur Diskussion und Aufarbeitung der Ergebnisse,
- ▶ zu regelmäßigen Erfahrungsaustauschen der Peers,
- ▶ zu den Rechten und Pflichten der Peers (ggf. Ehrenkodex).

Es existiert ein Qualitätssicherungsverfahren der Reviews (Evaluation der Reviews, Auswahl, Training, Bewertung und ggf. Ausschluss von Peers).

2. Planung, Durchführung, Nachbereitung von Peer Reviews

Formell:

- ▶ Ziel, Gegenstand und Thema des Peer Reviews sind klar definiert, werden von allen akzeptiert und der Ablauf wird gewährleistet.
- ▶ Das Peer Review erfolgt transparent und nach standardisierter, fairer Vorgehensweise und in allen Fällen gleich (Reliabilität).
- ▶ Zeitvorgaben werden eingehalten.
- ▶ Das Peer Review wird nach einem standardisierten Verfahren dokumentiert.
- ▶ Es werden gemeinsam relevante, erreichbare, nachhaltige Qualitätsziele festgelegt.
- ▶ Aus den Qualitätszielen werden gemeinsam Vorschläge für Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet und dokumentiert.

Inhaltlich:

- ▶ Das Peer-Review-Team ist angemessen zusammengesetzt.
- ▶ Die Peers sind frei von Interessenskonflikten.
- ▶ Alle Fakten und Ergebnisse werden absolut vertraulich behandelt.
- ▶ Erwartungen sind klar formuliert.
- ▶ Es wird die Einsicht geteilt, dass Fehlerquellen und Verbesserungspotenziale vorhanden sind.
- ▶ Der kollegiale Dialog ist getragen vom Prinzip der Gegenseitigkeit – „voneinander Lernen“ – und findet mit einer offenen, kritischen und wertschätzenden Diskussionskultur statt (No-Blame-Ansatz).
- ▶ Der gesamte Behandlungspfad wird berücksichtigt unter Einbeziehung der klinischen und Verfahrensabläufe (keine strittigen medizinischen Behandlungskonzepte!).
- ▶ Dabei werden alle drei Qualitätsdimensionen (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) berücksichtigt, wobei der Hauptfokus auf den Behandlungsprozessen liegt.
- ▶ Fragen, Antworten und Empfehlungen sollten durch externe Perspektive belegbar sein (Leitlinien, aktuelle Literatur usw.).
- ▶ Die gemeinsame Verantwortlichkeit – berufsgruppen- und hierarchieübergreifend – wird deutlich.

3. Kompetenzen des Peer-Review-Teams

(siehe Kapitel 3.4)

Ein guter Peer ist – formell

- ▶ ein „true peer“ – „like specialist“ – „externer Insider“.
- ▶ erfahren in Qualitätssicherung, -förderung, -management, Evaluation.
- ▶ unabhängig, unparteiisch, frei von Interessenskonflikten.
- ▶ sich seiner Rolle im Peer-Review-Team bewusst und füllt diese aus.

Ein guter Peer ist – inhaltlich

- ▶ ein „critical friend“, „coach“, Begleiter, Berater.
- ▶ fachlich akzeptiert.
- ▶ vom Verfahren überzeugt.

Ein guter Peer ist – persönliche Kompetenzen

- ▶ authentisch.
- ▶ wertschätzend.
- ▶ lösungsorientiert.
- ▶ kooperativ.
- ▶ kollegial.
- ▶ motivierend.

Ein guter Peer – bezüglich Gesprächsführung:

- ▶ definiert Begriffe klar, seine Fragen und Antworten sind präzise, sachlich, logisch.
- ▶ beherrscht professionelle Gesprächstechniken (Fragetechniken, aktives Zuhören, lösungsorientierte Gesprächsführung, Umgang mit Widerstand und Konflikten).

4.3.2 Ablauf des kollegialen Dialogs

Im Folgenden sind die wichtigsten Phasen eines möglichen Ablaufs des kollegialen Dialogs beschrieben:

1. Plattform schaffen (Gesprächseröffnung)

- ▶ Vertrauensatmosphäre herstellen
- ▶ Ziel des kollegialen Dialogs beschreiben: Feedback geben, gemeinsam Verbesserungsmöglichkeiten identifizieren, Qualitätsziele festlegen und daraus Maßnahmen ableiten
- ▶ Form des kollegialen Dialogs beschreiben: Diskussion auf Augenhöhe, voneinander Lernen
- ▶ Ablauf vorstellen

2. Für jeden Bewertungsbereich bzw. -fall finden folgende Schritte statt:

Ergebnisse der Fremdbewertung vorstellen (Feedback)

- ▶ Wertschätzung der identifizierten Stärken
- ▶ Vorstellung der identifizierten Verbesserungspotenziale

Diskussion der Ergebnisse der Fremdbewertung (kommunikative Validierung)

Die Einrichtung erhält die Möglichkeit, Stellung zu den Evaluationsergebnissen zu nehmen, z. B. um Ursachen, Besonderheiten und zwischenzeitlich eingeleitete Maßnahmen vorzustellen. Die Peers haben die Möglichkeit, bei Unklarheiten nachzufragen.

Gemeinsames Erarbeiten von Lösungen – kollegiale Beratung

Die kollegiale Beratung ermöglicht es, konkrete Probleme und Fälle mit Hilfe des Peer-Review-Teams systematisch zu reflektieren sowie Ziele und Lösungsoptionen für den Berufsalltag zu entwickeln, die sich an den zur Verfügung stehenden Ressourcen orientieren.

3. Festlegen von Qualitätszielen und Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen

Die gemeinsam erarbeiteten Ziele werden schriftlich festgehalten. Aus ihnen werden gemeinsam Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet, die – optimalerweise einschließlich Fristen und Verantwortlichkeiten – ebenfalls schriftlich niedergelegt werden.

4. Zusammenfassung des Diskussionsergebnisses

Das Peer-Review-Team fasst das endgültige Ergebnis des Peer Reviews schriftlich zusammen.

5. Feedback der Personen, die sich dem Peer Review unterzogen haben

Das Peer-Review-Team bittet die Beteiligten, ein kurzes mündliches Feedback zum stattgefundenen Peer Review zu geben.

6. Abschluss

Das Peer-Review-Team gibt einen Ausblick auf die noch folgenden Schritte:

- ▶ Die Peers erhalten ein Feedback durch die Einrichtung.
- ▶ Die Einrichtung erhält den schriftlichen Bericht/Protokoll des Peer Reviews.

4.3.3 Grundlegende Regeln für Peers

Allgemeine Regeln für den Peer Besuch

- ▶ Die Peers halten die konkreten Verfahrensregeln ein.
- ▶ Die Peers halten sich an den vereinbarten Zeitplan.
- ▶ Die Peers behandeln ihnen anvertraute Informationen und Rückmeldungen vertraulich.
- ▶ Die Peers arbeiten als Team und unterstützen sich gegenseitig in ihren Aufgaben.
- ▶ Die Peers sind auf unvorhersehbare Vorkommnisse vorbereitet.
- ▶ Die Peers lassen sich nicht instrumentalisieren.

Empfehlungen für die Kommunikation während des kollegialen Dialogs

Grundlegende Haltung der Peers:

- ▶ Nehmen Sie ein neugieriges, offenes und wohlwollendes Verhalten ein, das von Verständnis, Respekt und Wertschätzung geprägt ist.
- ▶ Nehmen Sie keine voreiligen oder pauschalen Interpretationen oder Bewertungen vor.

Gesprächseröffnung

Bereiten Sie die Anfangssituation des kollegialen Dialogs gut vor (Einstiegssätze) und schaffen Sie eine vertrauensvolle Atmosphäre:

- ▶ Stellen Sie sich mit Namen, beruflichem Hintergrund und Ihrer Rolle im Team (Leiter oder Mitglied) vor.
- ▶ Stellen Sie das Ziel, Ablauf und Regeln des kollegialen Dialogs vor.
- ▶ Geben Sie der Einrichtung Gelegenheit, Fragen dazu zu stellen.

Gesprächsverlauf

- ▶ Lassen Sie andere ausreden.
- ▶ Hören Sie aktiv zu und zeigen Sie Interesse.
- ▶ Sprechen Sie kurz und mit prägnanten, klaren Formulierungen.
- ▶ Stellen Sie kurze Fragen und nur eine Frage auf einmal.
- ▶ Bei Unklarheiten oder zu allgemeinen Aussagen:
 - Fragen Sie nach (und stellen Sie keine Hypothesen auf)!
- ▶ Zeigen Sie Wertschätzung (z. B. Verständnis für schwierige Situationen, beim Feedback zuerst Stärken hervorheben!)
- ▶ Benennen Sie klar identifizierte Verbesserungspotentiale.
- ▶ Unterbinden Sie Schuldzuweisungen und Personalisierungen.

- ▶ Bei identifizierten problematischen Sachverhalten oder gefundenen Fehlern:
 - Lassen Sie das bisherige Vorgehen beschreiben, z. B. Wie machen Sie das? Wie gehen Sie dabei vor? (Stellen Sie keine auf Bewertung abzielende Fragen, z. B. „Warum machen Sie das?“)
 - Erfragen Sie an einzelnen Stellen alternative Vorgehensweisen oder bieten Sie diese an.
 - Erfragen Sie Lösungsvorschläge. Dazu eignen sich folgende Fragen:
 - Was müsste wer anders machen, damit für Sie ein besseres Ergebnis herauskommt?
 - Was soll in Zukunft anders sein? Wie soll die Zukunft genau aussehen?
 - Was können Sie selbst dazu tun bzw. was eventuell nicht mehr tun?
 - Woran würden Sie merken, dass Sie Ihr Ziel erreicht haben?
 - Bieten Sie konkrete Lösungen auf Basis der Vorschläge an.
 - Sorgen Sie für die (schriftliche) Sicherung der Ergebnisse des kollegialen Dialogs.

4.3.4 Muster einer Vertraulichkeitserklärung für Peers

Vertraulichkeitserklärung*

Der/die Unterzeichnende

Vorname, Name

Dienstanschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

(nachfolgend „Informationsnehmer“ genannt)

verpflichtet sich gegenüber der folgenden Einrichtung

Name Krankenhaus/Klinik

Anschrift

(nachfolgend „Klinik“ genannt),

zur Verschwiegenheit nach Maßgabe der nachstehenden Regelungen:

* Diese Vertraulichkeitserklärung wurde von IQM mit Unterstützung der Bundesärztekammer entwickelt und wird seit April 2010 in den IQM-Mitgliedskrankenhäusern eingesetzt.

Präambel

Der Informationsnehmer wird im Rahmen von **[Bezeichnung des Peer-Review-Verfahrens einfügen]**, in der im Rubrum genannten Klinik Peer-Review-Verfahren durchführen bzw. begleiten. Im Hinblick auf die dafür von der Klinik zugänglich gemachten Informationen verpflichtet sich der Informationsnehmer gegenüber der Klinik zur Verschwiegenheit.

§ 1 Vertrauliche Informationen

- (1) Sämtliche von der Klinik zur Verfügung gestellten oder noch zu stellenden Informationen (Dateien und Unterlagen) sind streng vertraulich. Dies gilt in besonderem Maße für Patientendaten, soweit diese dem Informationsnehmer zur Kenntnis gelangen; eine Verbringung von nicht anonymisierten Patientendaten aus der Klinik ist nicht gestattet. Die einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorschriften sind zu beachten.
- (2) Die Informationen gelten dann nicht als vertrauliche Informationen, wenn und sobald sie
 - a) öffentlich zugänglich und/oder bekannt werden (ausgenommen den Fall, dass dies auf einer unmittelbar oder mittelbar durch den Informationsnehmer unter Verstoß gegen die Bedingungen dieser Vertraulichkeitserklärung erfolgten Bekanntgabe beruht) oder
 - b) dem Informationsnehmer nachweislich bereits bekannt waren.

§ 2 Verbot der Weitergabe von vertraulichen Informationen

Die Weitergabe von vertraulichen Informationen, Dateien und Unterlagen im Sinne des § 1 durch den Informationsnehmer ist nicht zulässig. Die Vertraulichkeitsverpflichtungen aus dieser Erklärung finden keine Anwendung, wenn und soweit bestimmte Informationen aufgrund einer gesetzlichen Bestimmung, eines gerichtlichen Urteils oder Beschlusses oder einer behördlichen Verfügung offenzulegen sind.

§ 3 Nutzung von Informationen für eigene Zwecke

Dem Informationsnehmer ist es untersagt, die vertraulichen Informationen für eigene Zwecke oder für Zwecke Dritter zu nutzen.

§ 4 Rückgabe ausgehändigter Dokumente, Löschung von Dateien

Der Informationsnehmer verpflichtet sich vorsorglich für den Fall, dass er im Rahmen des Peer-Review-Verfahrens, gleich aus welchem Grund, Unterlagen und/oder Dateien im Sinne von § 1 Absatz 1 erhalten hat, spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung des jeweiligen Peer-Review-Verfahrens diese Unterlagen vollständig zurückzugeben und erhaltene Dateien zu löschen. Die Rückgabepflicht gilt als erfüllt, wenn die Unterlagen bzw. Dateien vollständig vernichtet wurden und der Informationsnehmer dieses schriftlich bestätigt.

§ 5 Nichtärztliche Informationsnehmer

Soweit es sich bei den vertraulichen Informationen im Sinne von § 1 Absatz 1 um Patientendaten handelt, dürfen diese nur dann von dem Informationsnehmer eingesehen werden, wenn es sich um einen Arzt/eine Ärztin handelt. Handelt es sich bei dem Informationsnehmer um eine Person, die nicht Arzt/Ärztin ist („nichtärztlicher Informationsnehmer“), so ist eine Einsichtnahme in Patientendaten durch diesen nichtärztlichen Informationsnehmer unzulässig. Für diesen Fall bestätigt der nichtärztliche Informationsnehmer mit Unterzeichnung der vorliegenden Erklärung, dass er im Rahmen seiner Peer-Review-Tätigkeit keinen Einblick in die Patientendaten nimmt.

_____, den _____
Ort Datum Informationsnehmer

4.3.5 Muster einer Einwilligungserklärung für Patienten

Einwilligungserklärung*

Das Krankenhaus nimmt an der Qualitätssicherungsmaßnahme **[Bezeichnung der Qualitätssicherungsmaßnahme einfügen]** teil. Bei statistischen Auffälligkeiten im Vergleich zu anderen Krankenhäusern werden Ärzte anderer Krankenhäuser oder Einrichtungen zugezogen und geben Empfehlungen ab zur Steigerung der Qualität und zur Verbesserung der Behandlungsabläufe.

Ich willige ein, dass in der o. g. Qualitätssicherungsmaßnahme Ärzte anderer Krankenhäuser oder Einrichtungen Einblick in meine Behandlungsunterlagen und damit in meine persönlichen Daten nehmen können. Die Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden. Wird die Einwilligung nicht erteilt oder ganz oder teilweise widerrufen, so hat dies keine Auswirkungen auf die Behandlung in diesem Krankenhaus.

Ich willige ein

Ich willige **nicht** ein

Datum, Unterschrift des Patienten

* Diese Patienteneinwilligungserklärung wurde von IQM mit Unterstützung der Bundesärztekammer entwickelt und wird seit April 2010 in den IQM-Mitgliedskrankenhäusern eingesetzt.

4.4 Ansprechpartner

Ansprechpartner zu allgemeinen Fragen zum Curriculum ist primär die Bundesärztekammer. Fragen zur Durchführung der Kurse, insbesondere Termine, sollten direkt an die Landesärztekammern gerichtet werden:

Organisation	Anschrift	Ansprechpartner
Bundesärztekammer	Herbert-Lewin-Platz 1 10623 Berlin	Referentin Dezernat Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung, Patientensicherheit Ines Chop Tel. +49 30 400456-437 Fax +49 30 400456-378 ines.chop@baek.de Dezernentin Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung Dr. Justina Rozeboom Tel. +49 30 400456-410 Fax +49 30 400456-429 cme@baek.de
Landesärztekammer Baden-Württemberg	Jahnstraße 40 70597 Stuttgart	Abteilungsleiter Fortbildung und Qualitätssicherung Matthias Felsenstein Tel. +49 711 76989-46 Fax +49 711 76989-50 matthias.felsenstein@laek-bw.de
Bayerische Landesärztekammer	Mühlbaurstraße 16 81677 München	Referatsleiter Fortbildung / Qualitätsmanagement Prof. Dr. Johann Wilhelm Weidringer Tel. +49 89 4147-233 Fax +49 89 4147-831 j.w.weidringer@blaek.de Abteilungsleiterin Qualitätsmanagement Andrea Klünspies-Lutz Tel. +49 89 4147-288 Fax +49 89 4147-831 a.lutz@blaek.de
Ärzttekammer Berlin	Friedrichstraße 16 10969 Berlin	Leiter Abteilung 2 Fortbildung / Qualitätssicherung Dr. Henning Schaefer Tel. +49 30 40806-1200 Fax +49 30 40806-551299 H.Schaefer@aekb.de

Organisation	Anschrift	Ansprechpartner
Landesärztekammer Brandenburg	Dreifertstraße 12 03044 Cottbus Akademie für ärztliche Fortbildung	Leiter Fortbildung und Qualitätssicherung Dr. Wolf Schmidt Tel. +49 355 78010-31 Fax +49 355 78010-1144 fb-qs@laekb.de Leiterin Doris Piesker Tel. +49 355 78010-24 Fax +49 355 78010-1144 akademie@laekb.de
Ärztekammer Bremen	Akademie für Fort- und Weiterbildung Schwachhauser Heerstraße 30 28209 Bremen	Leitung Dr. Susanne Hepe Tel. +49 421 3404-260 Fax +49 421 3404-269 fb@aekhb.de
Ärztekammer Hamburg	Fortbildungsakademie Lerchenfeld 14 22081 Hamburg	Leiterin Dr. Annemarie Jungbluth Tel. +49 40 202299-301 Fax +49 40 202299-430 akademie@aekhh.de
Landesärztekammer Hessen	Im Vogelsgesang 3 60488 Frankfurt am Main Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung Carl-Oelemann-Weg 7 61231 Bad Nauheim	Leiterin Stabsstelle Qualitätssicherung Nina Walter Tel. +49 69 97672-195 Fax +49 69 97672-177 qs@laekh.de Geschäftsführerin Sigrid Blehle Tel. +49 6032 782-222 Fax +49 6032 782-250 akademie@laekh.de
Ärztekammer Mecklenburg- Vorpommern	August-Bebel-Straße 9a 18055 Rostock	Komm. Leiterin Referat Qualitätssicherung Ulrike Büttner Tel. +49 381 49280-21 Fax +49 381 49280-20 qualitaet@aek-mv.de Leiterin Referat Fortbildung Christine Mertink Tel. +49 381 49280-41 Fax +49 381 49280-40 fortbildung@aek-mv.de

Organisation	Anschrift	Ansprechpartner
Ärztchammer Niedersachsen	<p>Akademie für ärztliche Fortbildung Berliner Allee 20 30175 Hannover</p> <p>Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen</p>	<p>Leiter Wolfgang Heine Tel. +49 511 380-2490 Fax +49 511 380-2499 wolfgang.heine@aekn.de</p> <p>Geschäftsführerin Dr. Brigitte Sens Tel. +49 511 380-2560 Fax +49 511 380-2118 brigitte.sens@aekn.de</p>
Ärztchammer Nordrhein	<p>Geschäftsstelle Qualitätssicherung Nordrhein-Westfalen Regionalvertretung Nordrhein Tersteegenstraße 9 40474 Düsseldorf</p> <p>Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung</p>	<p>Leiter Dr. Hans-Georg Huber M. san. Tel. +49 211 4302-2700 Fax +49 211 4302-2709 hghuber@aekno.de</p> <p>Geschäftsführer Dr. Peter Lösche Tel. +49 211 4302-2800 Fax +49 211 4302-2809 akademie@aekno.de</p>
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz	<p>Akademie für ärztliche Fortbildung Deutschhausplatz 3 55116 Mainz</p>	<p>Verwaltungsleiterin Elisabeth Seltmann Tel. +49 6131 28438-11 Fax +49 6131 28438-10 info@arztkolleg.de</p>
Ärztchammer des Saarlandes	<p>Haus der Ärzte Faktoreistraße 4 66111 Saarbrücken</p>	<p>Leiterin Fortbildung Tanja Bauer Tel. +49 681 4003-344 Fax +49 681 4003-370 tanja.bauer@aeksaar.de</p>
Sächsische Landesärztekammer	<p>Schützenhöhe 16 01099 Dresden</p>	<p>Leiterin Referat Fortbildung Astrid Böhm Tel. +49 351 8267-329 Fax +49 351 8267-322 fortbildungskurse@slaek.de</p> <p>Komm. Ärztliche Geschäftsführerin Dr. Birgit Gäbler Tel. +49 351 8267-311 Fax +49 351 8267-312 sekraegf@slaek.de</p>

Organisation	Anschrift	Ansprechpartner
Ärzttekammer Sachsen-Anhalt	Doctor-Eisenbart-Ring 2 39120 Magdeburg Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung	Ärztliche Leiterin Qualitätssicherung Dr. Manuela Wolf Tel. +49 391 6054-7950 Fax +49 391 6054-7951 pgs-quali@aeksa.de Abteilungsleiter Fortbildung Peter Jonzeck Tel. +49 391 6054-7700 Fax +49 391 6054-7750 akademie@aeksa.de
Ärzttekammer Schleswig-Holstein	Bismarckallee 8–12 23795 Bad Segeberg Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung Esmarchstraße 4–6 23795 Bad Segeberg	Ärztliche Referentin Dr. Uta Kunze Tel. +49 4551 803-165 Fax +49 4551 803-231 qs@aeksh.org Geschäftsführerin Helga Pecnik Tel. +49 4551 803-146 Fax +49 4551 803-194 akademie@aeksh.org
Landesärztekammer Thüringen	Im Semmicht 33 07751 Jena Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung	Abteilungsleiterin der Beratungsstelle Ursula Liebeskind Tel. +49 3641 614-102 Fax +49 3641 614-107 beratungsstelle@laek-thueringen.de Geschäftsführerin Dr. Caterina Dittrich Tel. +49 3641 614-142 Fax +49 3641 614-149 akademie@laek-thueringen.de
Ärzttekammer Westfalen-Lippe	Gartenstraße 210–214 48147 Münster Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL	Leiter Ressort Qualitätssicherung Dr. Jochen Bredehöft Tel. +49 251 929-2600 Fax +49 251 929-2649 jochen.bredehoeft@aekwl.de Leiterin Elisabeth Borg Tel. +49 251 929-2200 Fax +49 251 929-2249 akademie@aekwl.de

4.5 Literaturangaben

- Blum K, Hanel E, Mündermann-Hahn A, Storm T, Thoma E. Leitfaden Klinische Audits – Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit -. Band 143 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit ed. Baden-Baden: Nomos; 2002.
- Codman EA. *A Study in Hospital Efficiency*. Boston, MA: T Todd Company; 1917.
- Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (DQR). Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) am 22. März 2011 Available from: <http://www.deutscherqualifikationsrahmen.de/de?t=/documentManager/sfdoc.file.supply@fileID=1347453494007> (Last visited: 2012 NOV 05); 2012.
- Ehrlich K. Auf dem Weg zu einem neuen Konzept wissenschaftlicher Begleitung. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis* 1995; 24(1): 32–7.
- Grol R. Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide. *Qual Health Care* 1994; 3 (3): 147–52.
- Gutknecht-Gmeiner M, öibf – Österreichisches Institut für Berufsbildungsforschung. *Europäisches Peer Review Handbuch für die berufliche Erstausbildung – Leonardo da Vinci-Projekt (AT/04/C/F/TH-82000)*. Available from: <http://www.peer-review-education.net/calimero/tools/proxy.php?id=12385> (Last visited: 2012 SEP 05); 2007.
- Helios Kliniken Gruppe. Ergebnisqualität sicher messen und aktiv verbessern – Erfahrungen Medizinische Jahresberichte 2000 – 2007 der HELIOS Kliniken Gruppe. Available from: <http://www.helios-kliniken.de> (Last visited: 2012 OCT 11); 2007.
- Krahwinkel W, Rink O, Liebetrau M, Günther M, Schuler E, Kuhlen R. 10 Jahre Peer Review – Verbesserung der medizinischen Behandlung durch Qualitätsindikatoren aus Routinedaten. *Dtsch med Wochenschr* 2011; 136 (41): 2083–8.
- Ponton T. Gauging efficiency of hospital and its staff. *Modern Hospital* 1928; 31 (Aug): 64–8.
- Rockwood IE. Peer review: more interesting than you think. *Choice* 2007; 44 (9): 1436.
- Sächsische Landesärztekammer. Richtlinie „Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ – Peer Review Verfahren Pathologie – Vom 1. Februar 2006 (in der Fassung des Vorstandsbeschlusses vom 7. März 2012). Available from: http://www.slaek.de/36quali/90_ressourcen/rilie_peer_Review.pdf (Last visited: 2013 JAN).
- Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union Countries. *Int J Qual Health Care* 2000; 12 (3): 169–75.

