

Qualität verbessern

Weiterentwicklung IQM Peer Review

5. QMR-Kongress am 10.5.2022

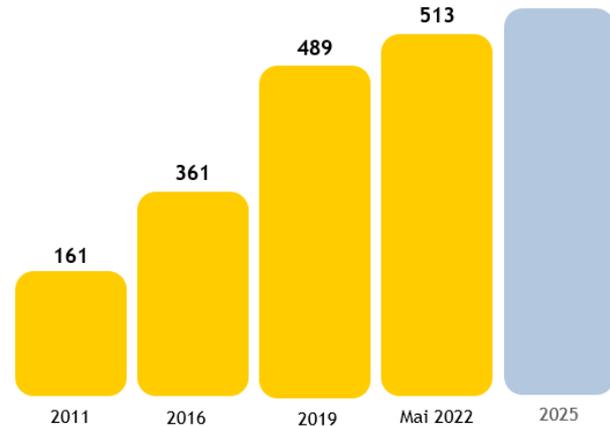
Dr. Susanne Eberl
Leiterin Qualitätsvergleiche
Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement
Sana Kliniken AG
Ismaning

Die Initiative Qualitätsmedizin e.V.



- Gründung 2008 durch 15 Krankenhausträger
- IQM ist offen für alle
- Freiwillige Teilnahme
- Mitglieder sind Träger von Akutkliniken
- DRG-Fälle als Voraussetzung
- Ziel: Verbesserung medizinischer Versorgungsqualität intensivieren und transparent gestalten

IQM Mitgliedskrankenhäuser



IQM Peer Review

- eine Chance für alle Mitgliedskliniken



Multidisziplinär
Interprofessionell
Trägerübergreifend
über Ländergrenzen hinweg

Trägergruppe	Krankenhäuser
freigemeinnützig	88
öffentlich-rechtlich	204
privat	163
universitär	17
International (Schweiz)	45
SUMME	518

Weiterentwicklung des IQM Peer Reviews

Neue Zieldefinition mit Fokus auf die Wirksamkeit

- Ein IQM Peer Review ist wirksam, wenn sich Behandlungsabläufe und Behandlungsergebnisse verbessern.
- Nach einem IQM Peer Review verbessert sich die gemessene Ergebnisqualität und es werden Zielwerte erreicht.
- Alle Beteiligten (Peerteam und besuchtes Mitgliedskrankenhaus) halten sich an das Prozedere und das Verbesserungspotential mündet in einen Maßnahmenplan, der durch das besuchte Krankenhaus umgesetzt wird.



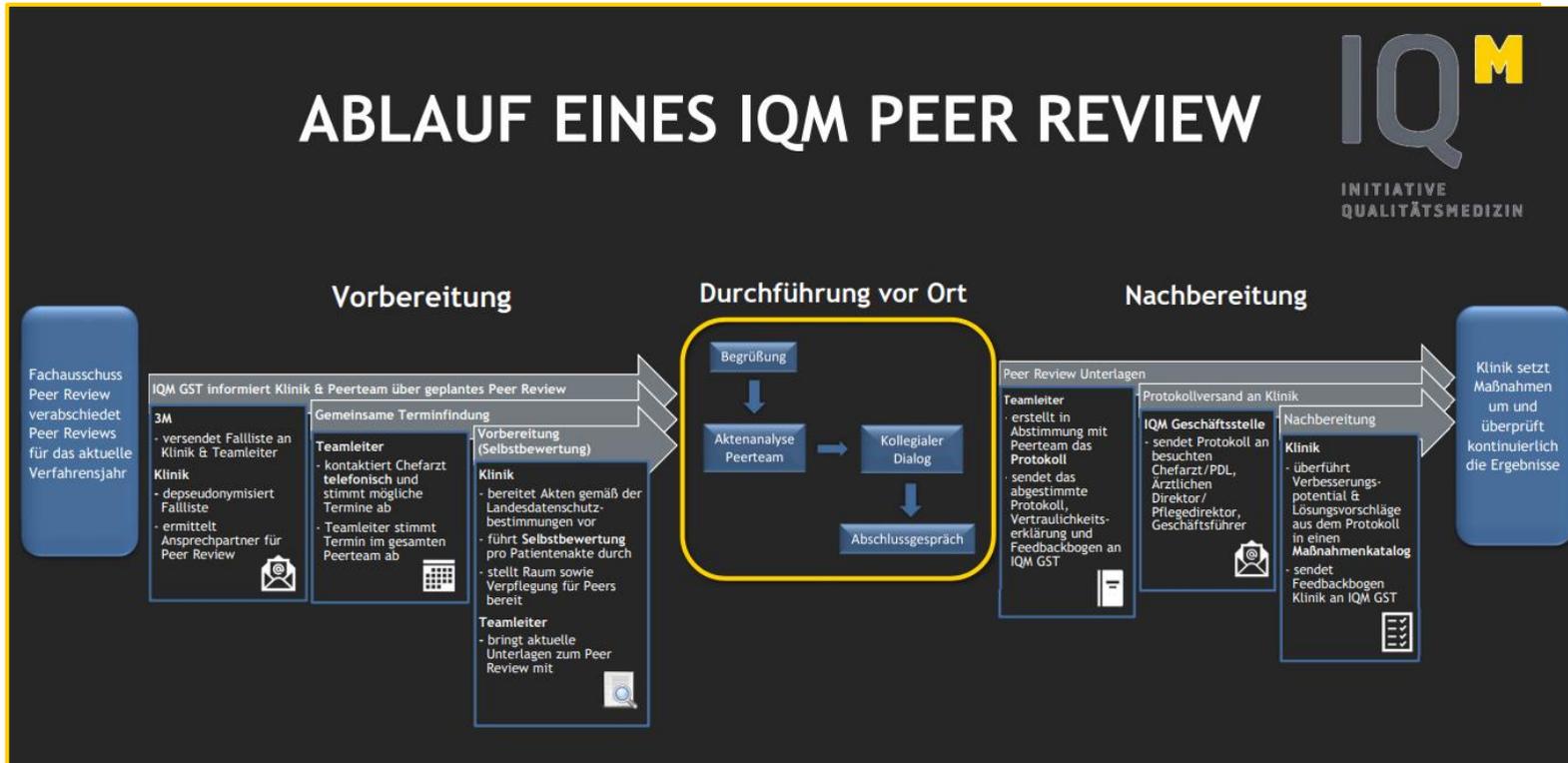
Was sind die Erfolgsfaktoren für ein wirksames Peer Review?



- Besuchte Krankenhäuser, die über das Verfahren bestens informiert sind und sich so optimal vorbereiten können
- gut vorbereitete Peerteams
- Teamleitungen, die durch das Peer Review vor Ort führen und ihre Schwerpunkte auf Moderation und Lösungsorientierung legen
- Gut strukturierte Peer Reviews, die durch entsprechende indikationsspezifische Checklisten unterstützt werden
- Peer Review Protokolle, die relevantes Optimierungspotential und konkrete Lösungsvorschläge enthalten und eine nützliche Basis für Maßnahmenpläne sind
- Verantwortliche Personen in den Krankenhäusern, die diese Maßnahmenpläne mit den Beteiligten entwickeln und nachdrücklich dafür sorgen, dass sie auch umgesetzt werden

Bildung von Arbeitsgruppen

AG Vorbereitung Klinik, AG Fortbildung, AG Checklisten



Vorbereitung auf ein Peer Review

Vorbereitung der besuchten Klinik auf ein Peer Review optimieren



- intensive Kommunikation über Ziele und Ablauf von Peer Reviews durch Webinare oder Tutorials für besuchte Krankenhäuser und Peerteams; erstmalige Durchführung in 2022 geplant
- persönliche Beratung
- stärkere Einbindung des QMB der Krankenhäuser in Vorbereitung und Durchführung des Peer Review, z.B. durch Teilnahme am Erst- und Abschlussgespräch
- Entwicklung und Anwendung neuer Instrumente



Gesprächsleitfaden „Erste Kontaktaufnahme mit der besuchten Klinik“

Vorbereitung und Strukturierung des Erstgesprächs zwischen Teamleitung und besuchter Klinik

IQM Gesprächsleitfaden: Erste Kontaktaufnahme mit der besuchten Klinik

1. Definition und Zielsetzung

Der Gesprächsleitfaden „Erste Kontaktaufnahme mit besuchter Klinik“ ist eine Unterstützung der Teamleitung zur Vorbereitung auf das Erstgespräch mit dem besuchten Chefarzt/der besuchten Chefarztin (bCA/bCÄ) und ggf. Pflegedienstleitung (PDL). Ziel ist es, das Erstgespräch zwischen besuchter Klinik und der Teamleitung inhaltlich zu strukturieren und auf das Gespräch vorzubereiten.

2. Kontaktaufbau und Vorstellung

Das Erstgespräch erfolgt persönlich im Rahmen einer Telefon- oder Webkonferenz. Es dient gegenseitigen Kennenlernen, dazu offene Fragen zu klären und ggf. auf Vorbehalte einzugehen und zu klären.

Am Erstgespräch sollen folgende Personen aus der besuchten Klinik teilnehmen:

- Besucher Chefarzt / besuchte Chefarztin (unverzichtbar)
- Pflegedienstleitung (empfohlen & bei interprofessionellen Peer Reviews unverzichtbar)
- Qualitätsmanagementbeauftragter (empfohlen)

Die Teilnahme des QMB am Erstgespräch ist wichtig für die Vorbereitung und Durchführung des Peer Review, da der QMB in der Regel das Peer Review im Haus organisiert.

3. Inhalte klären

Es ist hilfreich, sich vorab über das Krankenhaus sowie den bCA/die bCÄ und ggf. die PDL zu informieren (Größe des Hauses, Abteilungen, Organisation, Strukturen, etc.).

Folgende Themen sollten angesprochen werden:

- **Ziel und Gegenstand des Peer Review:** Sprechen Sie an, dass Peer Reviews auf die Verbesserung der Behandlungsqualität durch Identifikation von Verbesserungspotenzialen abzielen. Im kollegialen Dialog werden Lösungsansätze und Verbesserungsmaßnahmen diskutiert. Kontrolle oder Sanktionen gehören explizit nicht zu einem Peer Review.
- **Fragestellung des Peer Review:** Machen Sie sich vertraut damit, warum das Peer Review der Klinik stattfindet und wie das Auswahlkriterium lautet. Das Vorstehen des Auftragskriteriums, der Fragestellung und der Fallauswahl ist ein wesentlicher Faktor für die Akzeptanz auf Seiten der besuchten Klinik und damit für eine erfolgreiche Durchführung des Peer Review. Ausführlich erklärende Dokumente finden Sie im Mitgliederbereich der Website im Bereich „Peer Review - Auswahl und Ergebnisse“.
- **Erwartungshaltung:** Erfragen Sie die Erwartungen der besuchten Klinik an das Peer Review und das Peerteam. Laden Sie den besuchten Chefarzt/besuchte Chefarztin und ggf. Pflegedienstleitung dazu ein, eigenen Fragestellungen einzubringen. Grenzen Sie sich gegenüber unrealistischen Erwartungen ab.
- **Selbstbewertung:** Weisen Sie auf die Bedeutung der Selbstbewertung hin. Diese soll möglichst vom gesamten Behandlungsteam durchgeführt und ausgefüllt werden. Verweisen Sie auf die vorhandenen Dokumente.

4. Organisatorisches klären

Folgende organisatorische Punkte sollten gemeinsam besprochen werden:

Für detailliertere Schritte siehe [Checkliste Teamleitung](#).

- **Vorbereitung der Akten:** übersichtlich sortiert, vollständig, pro Akte ein Selbstbewertungsbogen. Falls elektronisch: pro Peer 1 IT-Arbeitsplatz, pro Akte ein ausgedruckte Rumpfakte mit den wichtigsten Dokumenten, 1 IT-Mitarbeiter:in sollte zur Unterstützung zur Verfügung stehen.
- **Gemeinsame Terminfindung:** Kommunizieren Sie in der Telefon-/Webkonferenz 3-5 Termine für das Peer Review, die Sie selbst auch ermöglichen können. Die besuchte Klinik sollte die Termine prüfen und Ihnen die möglichen Termine zurückmelden.
- **Grober Ablauf des Peer Review Tages:** Sprechen Sie den groben Ablauf des Peer Review an. Die detaillierte Abstimmung des Ablaufs kann zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.
- **Anwesenheit:** Die Anwesenheit der Geschäftsführung, der ärztlichen Direktion und ggf. der Pflegedirektion ist zur Begrüßung und zum Abschlussgespräch notwendig. Die Teilnahme des bCA/des bCÄ, ggf. PDL und Oberärzte/-innen ist während des gesamten Peer Review erforderlich.
- **Beantragung der Fortbildungspunkte:** Die besuchte Klinik muss Fortbildungspunkte bei der jeweils zuständigen Landesärztekammer beantragen. Achtung: unterschiedliche Fristen je nach Bundesland, bis zu 6 Wochen!
- **Raum & Verpflegung:** Weisen Sie darauf hin, dass für das Peerteam ein separater ruhiger Raum für die Aktenanalyse sowie leichte Verpflegung zur Verfügung stehen sollte.
- **Reisekosten:** Die besuchte Klinik übernimmt die Reisekosten der Peers. Erfragen Sie, ob die besuchte Klinik Reisekostenrichtlinien hat. Diese sollten dem Peerteam rechtzeitig kommuniziert werden.

5. Auf Reaktion und Fragen eingehen

Besonders wenn der bCA/die bCÄ oder PDL keine Vorerfahrung mit Peer Reviews hat, wird er/sie viele Fragen haben und ggf. eine distanzierte Haltung einnehmen. Das Erstgespräch ist der ideale Rahmen, um Fragen zu beantworten und Unsicherheiten sowie Vorurteile abzubauen.

Es kommt selten vor, dass der bCA/die bCÄ oder PDL nicht auf E-Mails und Anrufe reagiert und sich nicht zurückmeldet. In diesem Fall bitten wir Sie die IQM GST zu informieren um das weitere Vorgehen abzustimmen.

6. Abschluss

Fassen Sie die wichtigsten Punkte zusammen und stimmen Sie das weitere Vorgehen mit der besuchten Klinik ab. Insbesondere wor was bis wann tut und wann die nächste Kommunikation erfolgt.

Mitgeltende Dokumente:

- [Checkliste Teamleitung](#)

Aktenanalyse und Selbstbewertung in der Vorbereitung

Anwendung des neuen Bewertungsbogens mit Analysekriterien optimieren

Bewertungsbogen & Checkliste Analysekriterien	Version	gültig ab	Verantwortlich	Seite	
	1.2	09.11.2020	LG Peer Review	1 2	

BEWERTUNGSBOGEN MIT ANALYSEKRITERIEN ZUM IQM PEER REVIEW

Anhand der Analysekriterien jeden Fall einordnen!

Peer Review Nummer: _____

Fall Nr. (der pseudonymisierten Fallliste): _____ / Alter: _____

Bewertung durch: _____

Gesamtbewertung des Falls entsprechend der Aktenanalyse:

		sicher	vermutet	nein
1.	Verbesserungspotenzial erkennbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kodierung falsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Stärken erkennbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Verbesserungspotential und/oder Stärken festgestellt wurden, bitte stichwortartige Angaben:

Falls verstorben, Todesursache: _____

	ja	nein	nicht zutreffend
Therapiezieländerung (End-Of-Life-Decision) festgelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiezieländerung nachvollziehbar dokumentiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die angehängten Analysekriterien können als Hilfestellung bei der Aktenanalyse herangezogen werden, um letztlich die Gesamtbeurteilung abzuleiten.

Bitte verwenden Sie dieses Dokument lediglich zur Hilfestellung bei der Aktenanalyse und vernichten Sie es nach erfolgtem Peer Review.

Aktenanalyse und Selbstbewertung in der Vorbereitung

Anwendung des neuen Bewertungsbogens mit Analysekriterien optimieren

ANALYSEKRITERIEN (mit Beispielen)	Bemerkungen:
<p>Diagnostik und Behandlung adäquat und zeitgerecht? Zum Beispiel: Diagnostische Maßnahmen, präoperativ/intraoperativ (S/N)/ postoperativ, konservative Therapie/Interventionen</p> <p>Pflegeanamnese, Einschätzung ATLs, Pflegeberatung</p> <p>Pflegeassessments: Dekubitus, Sturz, Delir, Barthel Index (Selbsthilfedefizit/Unterstützungsbedarf), Schmerz, Mangelernährung, etc.</p> <p>Verbandwechsel, Lagerungen, Mobilisation, Dekubitusmaßnahmen, Prophylaxen etc.</p> <p>Maßnahmen bei unruhigen oder deliranten Patient:innen (Medikamente, freiheitsentziehende Maßnahme, Bewegungseinschränkung): Wer verordnet, dokumentiert, etc.</p> <p>Schmerz- und Dysphagiemanagement, etc.</p>	
<p>Behandlungsprozess zielführend und zeitnah kritisch hinterfragt? Zum Beispiel: Arbeitsdiagnosen, zeitnahe Problemerkennung/ -lösung, Präventive Maßnahmen</p>	
<p>Indikation zur OP/ Intervention/ Intensivtherapie inhaltlich angemessen und rechtzeitig? Zum Beispiel: Schnittstellenprobleme, Komplikationsmanagement, Management Risikopatient:innen</p>	
<p>Wurden Behandlungsleitlinien/ Expertenstandards/ Standards berücksichtigt? Zum Beispiel: Einhaltung oder begründete Abweichung, Vorhandensein und Umsetzung sinnvoller Therapie und Expertenstandards</p>	

ANALYSEKRITERIEN (mit Beispielen)	Bemerkungen:
<p>Kontrollen der Behandlungsverläufe erfolgt? Zum Beispiel: Kontrollen durch behandelnde Ärzte und Ärztinnen der Abteilung, ärztliche und pflegerische Übergaben, OA/OÄ-/ CA/CÄ-/ interprofessionelle Visiten, Konsiliarärzte und -ärztinnen, Kooperation Pflege/ therapeutische Teams, Evaluation, Verantwortlichkeiten</p>	
<p>Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit reibungslos? Zum Beispiel: Prä-/postoperativ, prä-/postinterventionell, Intensivmedizin/ Konsiliardienste</p> <p>Auf Anforderungen der Pflege / Ärzte und Ärztinnen zeitnah reagiert? Wundtherapie, Wundberichte, Mobilisation, Bewegungspläne, Lagerung ärztlich angeordnet? Checklisten, Medikationsplan, Dokumentation von mündlichen Anordnungen, Kommunikation innerhalb und zwischen den Behandlungsteams</p>	
<p>Dokumentation umfassend und schlüssig? Zum Beispiel: Aufklärung zur OP/ Intervention, OP-Sicherheits-Checkliste, Behandlungsverlauf, Therapieentscheidungen, OP-Bericht und Verlegungsberichte, Konsile, Therapiebegrenzungen, zeitnahe Kommunikation mit den Angehörigen</p> <p>Arztbrief inhaltlich logisch, z.B. Pflegeüberleitung und Entlassungsberichte inhaltlich abgestimmt?</p> <p>Pflegeplan/-verordnung, Pflegeprozess, Pflegeverlaufsbericht</p> <p>Anordnungen zeitnah und nachvollziehbar durchgeführt?</p>	

INWIDA-Ergebnisse in der Vorbereitung nutzen

Indikatorenbezogene Wissensdarstellung (INWIDA) ^

Beatmung

COPD

Dekubitus

Herzinfarkt

Hirninfrakt

Oberschenkelfraktur

Pneumonie

Prostata TUR

INWIDA - Ergebnisse IQM Peer Reviews zur Sterblichkeit bei Schenkelhalsfraktur

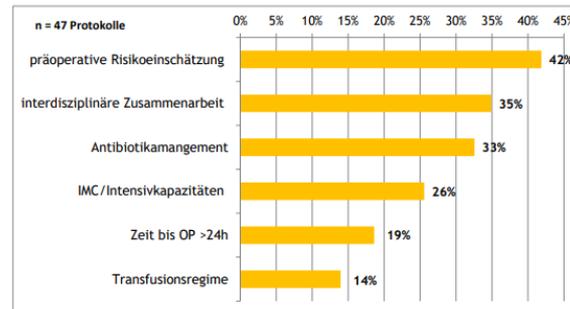
In den Jahren 2010 bis 2018 wurden 47 IQM Peer Reviews zur Sterblichkeit bei Schenkelhalsfraktur durchgeführt. Im Rahmen dieser Reviews wurden 752 Patientenakten entsprechend der IQM Analyse Kriterien bewertet.

Im Folgenden werden die Ergebnisse dargestellt, die auf den Protokollen dieser IQM Peer Reviews beruhen. Hierbei bildet ein Protokoll das aggregierte Ergebnis aus ca. 16 analysierten Patientenakten des jeweiligen Peer Reviews ab.

Die Protokoll Daten liegen als qualitative Daten vor. Es wurden daher Kategorien gebildet und die Nennungen gezählt. Die Ergebniszusammenfassung orientiert sich an den folgenden Fragen:

- Welches sind die 5 bis 6 Top- Verbesserungspotentiale, die bei der Aktenanalyse identifiziert wurden?
- Welche 3 bis 5 relevanten Lösungsvorschläge bzw. Maßnahmen pro Verbesserungspotential wurden mit der besuchten Klinik erarbeitet?

Die meistgenannten Verbesserungspotentiale in Peer Reviews zur Sterblichkeit bei Schenkelhalsfraktur



Zu diesen Top-Verbesserungspotentialen wurden die folgenden Lösungsvorschläge entwickelt:

➤ Präoperative Abklärung des OP-Risikos verbessern

- Präoperative Abklärung des OP-Risikos (v.a. kardiovaskulär und Begleiterkrankungen) und Berücksichtigung bei Indikation und Zeitpunkt der OP
- Erstkontakt des Anästhesisten schon in der Notaufnahme, damit dort genaue Anamnese und korrekte Einschätzung nach der ASA-Klassifikation erfolgt
- Strukturierung des Aufnahmeprozesses mit Formblatt

➤ Interdisziplinäre Zusammenarbeit optimieren

- Zeitnahe konsiliarische Mitbetreuung durch Internisten/Geriater, Einbezug in die Therapieplanung (prä- und postoperativ)
- Festlegen eines Algorithmus bei Meinungsunterschieden hinsichtlich der OP-Fähigkeit zwischen Chirurgie/Anästhesie
- Enge Einbindung der Pflege durch Festlegung von Standards bei Auftreten von Schluckstörungen (Nahrungskarenz, Schluckdiagnostik, Logopädie)
- Gemeinsame Wundvisiten mit Pflege und Ärzten
- Schriftliche Übergabeprotokolle zwischen Intensivstation und Normalstation
- Erarbeitung eines interdisziplinären Konzeptes für die Zusammenarbeit, vor allem in Bezug auf die internistische Abteilung sowohl für den stationären Behandlungsverlauf als auch für den Zeitraum der stationären Aufnahme / Notfalleinweisung

➤ Infektionsmanagement und Antibiotikatherapie optimieren

- Erarbeitung und Umsetzung von Behandlungsstandards, Schulung von ärztlichen Mitarbeitern im Antibiotic Stewardship
- Konzept zur Fokussuche erarbeiten und umsetzen (Sepsis Kriterien, Schulung des ärztlichen Personals)
- standardisierte postoperative Laborkontrollen zur frühzeitigen Erfassung von Entzündungen durchführen
- Wöchentlich mikrobiologische Visiten durchführen

<https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/loginbereich/dashboard/peer-review-auswahl-und-ergebnisse>

Entwicklung eines Maßnahmenplans zur Umsetzung der Lösungsvorschläge aus Peer Reviews

IQM Protokoll und Vorlage Maßnahmenplan

IQM Peer Review Protokoll und Vorlage Maßnahmenplan

Peer Review Nummer	
Datum des Peer Review	
Tracer / Fragestellung	
Anzahl analysierter Akten	
Peerteam	
Während des Abschlussgespräch anwesend	
Leitende Ärzteschaft (CÄ/OÄ) / leitende Pflegekräfte	
Ärztliche Direktion (ÄD) / Pflegedirektion	
Geschäftsführung (GF) / Verwaltungsleitung (VWL)	
Weitere Anwesende	
Besonderheiten und Stärken der Klinik	
1. Diagnostik	
1.1 Gibt es Hinweise darauf, dass nicht Krankheitsbild durchgeführt wurde?	
Beschreibung des Verbesserungspotenzials	
1.2 Gibt es Hinweise darauf, dass Arbeit abgesichert wurden?	
Beschreibung des Verbesserungspotenzials	

1.3 Gibt es Hinweise darauf, dass diagnostische Maßnahmen nicht rechtzeitig durchgeführt wurden?	
Beschreibung des Verbesserungspotenzials	
2. Therapie / Intervention	
2.1 Gibt es Hinweise darauf, dass nicht durchgeführt wurden? Berücksichtigen Sie auch die Dokumentation?	
Beschreibung des Verbesserungspotenzials	
2.2 Gibt es Hinweise darauf, dass die Dokumentation nicht vollständig gestellt wurde?	
Beschreibung des Verbesserungspotenzials	
2.3 Gibt es Hinweise darauf, dass die Dokumentation nicht vollständig wurden? Berücksichtigen Sie auch die Dokumentation?	
Beschreibung des Verbesserungspotenzials	
Nur von der besuchten Klinik auszufüllen:	
Abgeleitete Maßnahmen	Verantwortlich

3. Interdisziplinäre Zusammenarbeit	
3.1 Gibt es Hinweise darauf, dass die Kommunikation / Abstimmung (ärztlicher Dienst / Pflegedienst / Funktionsdienst) und / oder die Zusammenarbeit mit anderen Abteilungen / Diensten nicht ausreichend war?	
Beschreibung des Verbesserungspotenzials	Lösung
3.2 Gibt es Hinweise darauf, dass Konsile nicht rechtzeitig durchgeführt wurden?	
Beschreibung des Verbesserungspotenzials	Lösung
4. Dokumentation	
4.1 Gibt es Hinweise darauf, dass die Dokumentation des Krankheitsbildes / der Intervention / der Ergebnisse unzureichend war?	
Beschreibung des Verbesserungspotenzials	Lösung
Nur von der besuchten Klinik auszufüllen:	
Abgeleitete Maßnahmen	Verantwortlich

5. Leitlinien / SOPs	
5.1 Gibt es Hinweise darauf, dass relevante Leitlinien oder Expertenstandards nicht oder unzureichend berücksichtigt wurden?	
Beschreibung des Verbesserungspotenzials	Lösungsansätze
5.2 Existieren für dieses Krankheitsbild klinische Leitlinien / SOPs, die in der Praxis berücksichtigt wurden?	
Beschreibung des Verbesserungspotenzials	Lösung
5.3 Gibt es für dieses Krankheitsbild klinische Leitlinien / SOPs, die erstellt werden müssen?	
<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, nämlich:	
•	
•	
•	
Nur von der besuchten Klinik auszufüllen:	
Abgeleitete Maßnahmen	Verantwortlich
6. Weitere Aspekte	
6.1 Gibt es weitere noch nicht berücksichtigte Aspekte, die auf das Behandlungsergebnis haben könnten?	
Beschreibung des Verbesserungspotenzials	Lösung
Nur von der besuchten Klinik auszufüllen:	
Abgeleitete Maßnahmen	Verantwortlich

Wie wahrscheinlich ist es, dass durch die Umsetzung der Lösungsvorschläge das Behandlungsergebnis beeinflusst wird?
<input type="checkbox"/> sehr wahrscheinlich <input type="checkbox"/> eher wahrscheinlich <input type="checkbox"/> eher unwahrscheinlich <input type="checkbox"/> unwahrscheinlich
<input type="checkbox"/> nicht beurteilbar

Spezifische Fragestellungen des Peer Review (falls vorhanden)	Erläuterungen

Anmerkungen / Sonstiges

Das Peer Review Protokoll wurde mit allen Teammitgliedern abgestimmt und entspricht den Inhalten des Abschlussgesprächs.
 gez. Teamleitung im Namen des Peerteam.

Bitte senden Sie das Protokoll innerhalb von zwei Wochen nach dem Peer Review im Wordformat (docx) an die IQM Geschäftsstelle. Vielen Dank!

Leitfaden „Umsetzung von Maßnahmen nach einem IQM Peer Review“



- Im Peer Review besprochene Verbesserungspotenziale und Lösungsansätze sind im Protokoll festgehalten
- Besprechung der Ergebnisse mit den PR-Beteiligten
- Überführung der Ergebnisse in konkrete Maßnahmen
- Dokumentation in einem Maßnahmenplan mit Verantwortlichkeiten und Fristen
- Benennung eines organisatorischen Verantwortlichen, z.B. QMB
- Einbeziehung relevanter Mitarbeiter:innen und Treffen alle 4-6 Wochen
- Nachhalten der Umsetzung von Maßnahmen und Bewertung/ggf. Projekt-Evaluation
- IQM empfiehlt zudem ein internes Evaluationsgespräch etwa 1-2 Monate nach Abschluss des Projektes

Kategorisierung von Maßnahmen



Kategorie 1

- einfach und sofort umsetzbar
- keine speziellen Fachkenntnisse erforderlich
- kein zusätzlicher Personal- oder Materialbedarf
- Einbezug des Geschäftsführers nicht erforderlich



Kategorie 2

- organisatorisch aufwendig
- andere Abteilungen sind indirekt betroffen
- kein zusätzlicher Personal-/Materialbedarf
- Einbezug der Geschäftsführung nicht zwangsläufig erforderlich



Kategorie 3

- aufwendig und langfristig
- externe Beratungsleistung/spezielle Fachkenntnisse notwendig
- zusätzliches Personal oder teures Material notwendig
- andere Abteilungen sind direkt betroffen
- Einbezug der Geschäftsführung unbedingt erforderlich

Checkliste zur Umsetzung von Maßnahmen nach einem Peer Review

IQM Leitfaden	Version	gültig ab	Verantwortlich	Seite	IQM
Umsetzung von Maßnahmen nach einem IQM Peer Review	1.1	24.02.2021	LG PR	3 3	

Checkliste zur Umsetzung von Maßnahmen nach einem IQM Peer Review

Bevor Sie mit der Umsetzung der Maßnahme(n) starten, stellen Sie sich folgende Fragen:

Was ist das Ziel der Maßnahme(n)? Woran kann der Erfolg gemessen werden?

- Ziele definiert
- Maßnahmenplan erstellt
- Milestones definiert
- Prioritäten festgelegt
- Evaluationskonzept integriert

Wer ist für die Umsetzung der geplanten Maßnahme(n) (haupt-)verantwortlich? Wer hat Einfluss auf die erfolgreiche Umsetzung der geplanten Maßnahme(n) und muss daher eingebunden werden?

- alle notwendigen Personen wurden informiert/einbezogen
- Zuständigkeiten für Maßnahmenumsetzung festgelegt

Welche Ressourcen brauchen Sie für die erfolgreiche Umsetzung? Wie viel Zeit/Stunden möchten Sie für die Umsetzung veranschlagen?

- Zeitplan festgelegt
- regelmäßige Treffen mit allen Beteiligten vereinbart
- Ressourcen definiert

Wie fördert man die erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen? Welche Instrumente setzt man ein?

- Kommunikationsplan erstellt

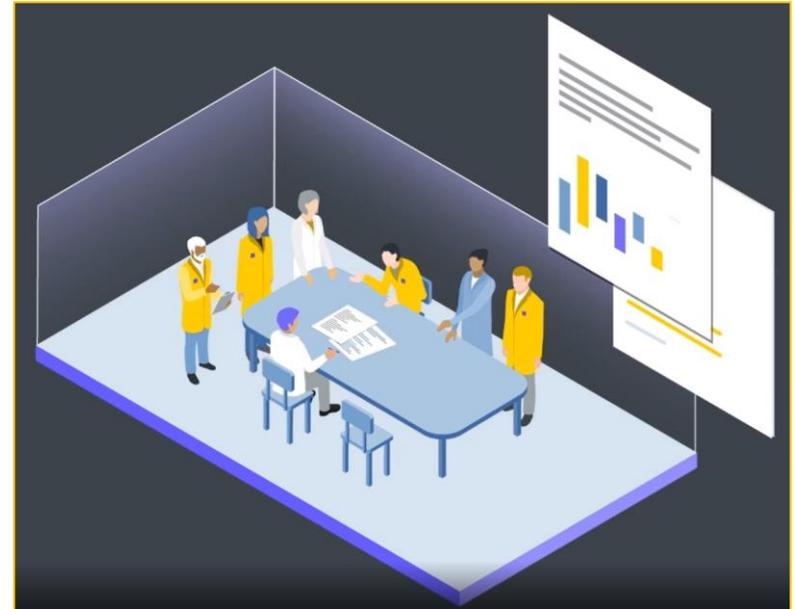


Die neue Rolle der Teamleitung

Führung und Moderation im Peer Review fördern – die neue Rolle der Teamleitung

Bisherige Aufgaben der Teamleitung

- führt Vorgespräch mit der Klinik
- informiert Peerteam zur Fragestellung
- kümmert sich um die Dokumente
- ist Fachexpert:in und analysiert Akten
- moderiert die Gespräche
- schreibt Protokoll und stimmt es ab
- Strukturierung, Vorbereitung und Moderation von Peer Reviews
- ist Bindeglied zwischen Peerteam und besuchter Klinik



Die neue Rolle der Teamleitung

Neues Qualifizierungsangebot



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

Interprofessionelle Online-Schulung für Peers aus den IQM Mitgliedskliniken, die nach dem „Curriculum Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer geschult sind und bereits Erfahrungen mit IQM Peer Reviews haben.

HINTERGRUND DES SCHULUNGSANGEBOTES

Im Jahr 2020 hat die Initiative Qualitätsmedizin e.V. im Rahmen der Weiterentwicklung des IQM Peer Review Verfahrens die Zieldefinition für IQM Peer Reviews konkretisiert. Dadurch wird ein stärkerer Fokus auf die Wirksamkeit von Peers Reviews gelegt. Ein IQM Peer Review bildet die Grundlage für die anschließende Entwicklung eines Maßnahmenplans zur Umsetzung von Lösungsvorschlägen durch die Klinik. Das heißt:

- Ein IQM Peer Review ist wirksam, wenn sich Behandlungsabläufe und Behandlungsergebnisse verbessern.
- Nach einem IQM Peer Review verbessert sich die gemessene Ergebnisqualität und es werden Zielwerte erreicht.
- Alle Beteiligten (Peerteam und besuchtes Mitgliedskrankenhaus) halten sich an das Prozedere und das Verbesserungspotential mündet in einen Maßnahmenplan, der durch das besuchte Krankenhaus umgesetzt wird.

Ein wesentlicher Faktor für die Zielerreichung ist die Güte der Durchführung des Peer Review durch die Peers. Hier wird der Bedarf gesehen, die Rolle der Teamleitung zu modifizieren und intensivieren zu schulen, um eine stärkere Ausrichtung an den konkretisierten Zielen des Verfahrens zu realisieren. Erfahrene IQM Peers und Teamleiter:innen sollen im Rahmen eines neuen Qualifizierungsangebots geschult werden, um die neue Rolle der Teamleitung zu vermitteln. Diese sieht vor, dass die Teamleitung während des Peer Review in erster Linie die Führung und Moderation des Peer Review übernimmt. Die Teamleitung ist zukünftig nicht länger zeitgleich der Fachexperte / die Fachexpertin für die Fragestellung des Peer Review und kann damit weitestgehend von der Aktenanalyse entbunden werden, um seiner Führungsaufgabe nachzukommen.

Darüber hinaus ist die Fortbildung für erfahrene Peers und Teamleiter:innen vorgesehen, um den Umgang mit aktualisierten Instrumenten/Dokumenten für das Peer Review zu schulen und eine möglichst einheitliche Zielausrichtung und Schwerpunktsetzung in der Durchführung der IQM Peer Reviews zu erreichen.

ZIELE und INHALTE

Ziel der Fortbildung ist die Vermittlung von relevantem Wissen und die Förderung von Handlungskompetenzen für die Teamleitung innerhalb eines IQM Peer Review durch ärztliche und pflegerische Peers der IQM Mitgliedskrankenhäuser. Dazu gehören:

- Kenntnis der konkretisierten Zieldefinition von IQM Peer Reviews
- Wissensvermittlung zum Rollen- und Aufgabenprofil einer IQM Teamleitung

1. Selbststudium im E-Learning-Format (2 Unterrichtseinheiten à 45 min inkl. Lernerfolgskontrolle)

ca. 1,5-stündiges Selbststudium inkl. Lernerfolgskontrolle. Als Voraussetzung für die Teilnahme am Live-Webinar. Inhalte:

- Rolle und Aufgaben der Teamleitung
- Kommunikation mit Peerteam und besuchter Klinik zur Vorbereitung des Peer Review
- Fallselektion für IQM Peer Reviews
- Neue Instrumente und Dokumente für die Durchführung von Peer Reviews
- Protokollerstellung: Formulieren von Verbesserungspotentialen und Lösungsansätzen
- Umsetzung von Maßnahmen im eigenen Haus

Termin: Selbststudium und Lernerfolgskontrolle müssen vor Teilnahme am Webinar zur Fortbildung für erfahrene Peers und Teamleiter erfolgen.

2. Präsenzveranstaltung (2x 3 Stunden Live-Webinar, 8 Unterrichtseinheiten à 45 min)

Live-Webinar über 2 x 3 Stunden an 2 Tagen

Kleingruppenarbeit, Rollenspiele, Reflexionseinheiten

- Fokus liegt auf Gesprächsführung in unterschiedlichen Phasen des Reviews:
 - ❖ Das Erstgespräch mit dem Peerteam
 - ❖ Eröffnungsgespräch, Kollegialer Dialog, Abschlussgespräch
 - ❖ Abschlussgespräch im Peerteam
- Üben des Verfassens, Formulierens und Kommunizierens von Verbesserungspotenzialen
- Personale Kompetenzen für die relevanten Situationen im Peer Review:
 - ❖ Moderation und Führung
 - ❖ Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen (Konflikten, Widerstand)

21 online Fortbildungen mit 154 Peers sind bereits erfolgt Stand Ende April 2022

Neue Checklisten und Strukturierungshilfen für Intensivmedizinische Peer Reviews

Checkliste Strukturqualität im Vorfeld des Peer Review

Beatmungs-Peer-Review Strukturqualität orientiert an den Empfehlungen der DIVI (Durch besuchte Klinik vor Peer Review auszufüllen)

Versorgungsstufe des Krankenhauses

Maximalversorger Universitätsklinik Grund- und Regelversorger Fachklinik
 Anderes _____

Größe der Station

Bettenanzahl _____ Beatmungsplätze _____
davon
ICU _____
IMCU _____

Organisation und Leitung der Station: Ärztlich _____ Pflegerisch _____

Besetzung
Arzt/Ärztin F___ S___ N___
Pflege F___ S___ N___

Wochenende
Arzt/Ärztin F___ S___ N___
Pflege F___ S___ N___

Welche Fachabteilungen sind vorhanden?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Herzkatheterlabor vorhanden? ja nein Anzahl OP Säle _____

Qualitätsindikator		
I	SOP/Dokumentationsvorlage zur Visite zur Übergabe	<input type="checkbox"/> nachweislich erfüllt <input type="checkbox"/> teilweise erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt
II	SOP/Dokumentationsvorlage Sedierung, Analgesie, Delir	<input type="checkbox"/> nachweislich erfüllt <input type="checkbox"/> teilweise erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt
III	SOP/Beatmungsprotokoll zur Patientenadaptierten Beatmung	<input type="checkbox"/> nachweislich erfüllt <input type="checkbox"/> teilweise erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt

IV	SOP/Protokoll zum Beatmungswearing	<input type="checkbox"/> nachweislich erfüllt <input type="checkbox"/> teilweise erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt
V	SOP/Dokumentationsvorlage zu Infektionsprävention	<input type="checkbox"/> nachweislich erfüllt <input type="checkbox"/> teilweise erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt
VI	SOP/ABS/Kennzahlen/Dokumentationsvorlage zum Infektionsmanagement	<input type="checkbox"/> nachweislich erfüllt <input type="checkbox"/> teilweise erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt
VII	SOP/Protokoll zur Ernährungstherapie	<input type="checkbox"/> nachweislich erfüllt <input type="checkbox"/> teilweise erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt
VIII	SOP/Dokumentationsvorlage zu Patienten-/Angehörigengesprächen	<input type="checkbox"/> nachweislich erfüllt <input type="checkbox"/> teilweise erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt
IX	SOP/Protokoll zur Mobilisation	<input type="checkbox"/> nachweislich erfüllt <input type="checkbox"/> teilweise erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt
X	Präsenz eines/r Arztes/Ärztin mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin in der Kernarbeitszeit auf der Intensivstation	<input type="checkbox"/> nachweislich erfüllt <input type="checkbox"/> teilweise erfüllt <input type="checkbox"/> nicht erfüllt

Bemerkungen:

Bewertungsbogen und Patientencheckliste



BEWERTUNGSBOGEN UND PATIENTENCHECKLISTE FÜR INTENSIVMEDIZINISCHE REVIEWS

Anhand der Analysekriterien jeden Fall einordnen!

Peer Review Nummer: _____

Fall Nr. (der pseudonymisierten Fallliste): _____ /Alter: _____

Bewertung durch: _____

Aufnahmemodus	<input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> ungeplant
Übernahme von	<input type="checkbox"/> Rettungsstelle <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Normalstation <input type="checkbox"/> Funktionsbereich <input type="checkbox"/> anderes Krankenhaus <input type="checkbox"/> Rettungsdienst direkt
End-of-Life-Decision (EOLD)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja: <input type="checkbox"/> bei Aufnahme <input type="checkbox"/> im Behandlungsverlauf
Maßnahmen indikationsgerecht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zeitlicher Verlauf der durchgeführten Maßnahmen adäquat	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Notwendige Maßnahmen nicht durchgeführt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, welche:
Todesursache	

DIVI Qualitätsindikatoren	
I.	Tägliche multiprofessionelle und interdisziplinäre klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen täglich dokumentiert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bemerkungen:
II.	Management von Sedierung, Analgesie und Delir in jeder Schicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bemerkungen:
III.	Patientenadaptierte Beatmung in jeder Schicht nachweisbar <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bemerkungen:

IV.	Frühzeitige Entwöhnung von einer invasiven Beatmung (Weaning) täglich dokumentiert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bemerkungen:
V.	Überwachung der Maßnahmen der Infektionsprävention. Prophylaxen täglich dokumentiert	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bemerkungen:
VI.	Maßnahmen zum Infektionsmanagement. ABx Therapie transparent im Verlauf dokumentiert (Grund für Antinfektiva, Erreger, Dauer der Therapie, Steuerung der ABx)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bemerkungen:
VII.	Frühe enterale Ernährung. Rechtzeitige Ernährungstherapie nachvollziehbar	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bemerkungen:
VIII.	Dokumentation einer strukturierten Patienten- und Angehörigenkommunikation. Mindestens einmal pro Woche protokolliertes Gespräch	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bemerkungen:
IX.	Frühmobilisation. Tägliche Mobilisation nachweisbar (Anordnung, Begründung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Bemerkungen:

	sicher	vermutet	nein
1. Verbesserungspotenzial erkennbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kodierung falsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stärken erkennbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

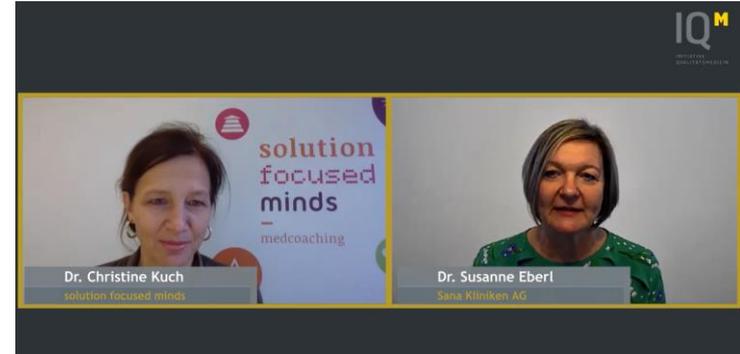
Falls Verbesserungspotenzial und/oder Stärken festgestellt wurden, bitte stichwortartige Angaben:

IQM Videos Peer Review

- Schritt für Schritt zur bestmöglichen Behandlungsqualität



<https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=1803&token=25f98c748c011d57ff0728015d0d4a2cb296d694>



<https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=1804&token=cff80a41e5bf865bfcf08da5ffab08e0c49a9f0b>



<https://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/>

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. med. Susanne Eberl

susanne.eberl@sana.de

+49 (0) 89 678204 219

+49 (0) 160 92029439

Sana Kliniken AG

Oskar-Messter-Str. 24

85737 Ismaning

