

The peer review process in intensive care medicine – Current status in Germany

Hw. Bause¹ · J. Braun² · J. Martin³ · A. Schleppers⁴

- ¹ ehemals Abteilung Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie, Asklepios Klinik Altona, Hamburg
- ² Klinik für Anästhesiologie m. S. operative Intensivmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- ³ Kliniken des Landkreises Göppingen
- ⁴ Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Nürnberg

Zusammenfassung

Das intensivmedizinische Peer-Review ist ein entwicklungsorientiertes Evaluationsverfahren, das den Erfahrungsaustausch von Intensivstationen und ein professionelles Verständnis von Qualität fördert. Es soll dazu beitragen, evidentes Wissen schneller in den Behandlungsprozess zu bringen und damit die intensivmedizinische und intensivpflegerische Ergebnisqualität zu verbessern. Daraus resultieren eine hohe Zufriedenheit bei den Teilnehmern sowie ein Lerneffekt für alle Beteiligten. Der Erfahrungsaustausch stellt eine gelebte Qualitätssicherung dar. Die fachliche Steuerung und Entwicklung der Qualitätsindikatoren wird in Zukunft von der DIVI, die Organisation und Methodik des Verfahrens durch die jeweiligen Ärztekammern vorgenommen.

Summary

The peer review in intensive care medicine is an evaluation process, which promotes a professional understanding of quality and the exchange of experience in intensive care. It will help integrating evidence based knowledge sooner into the treatment process and thus improving quality of intensive care and intensive nursing care. The process is a learning experience for all involved and is highly satisfying to the participants. The exchange of experience is an essential part of quality control. In the future the further development of quality control indicators will be done by the DIVI. The medical boards will provide organisational support.

Schlüsselwörter

Peer-Review – Intensivmedizin – Qualitätssicherung – Qualitätsindikatoren

Keywords

Peer Review – Intensive Care Medicine – Quality Control – Quality Indicators

Das Peer-Review-Verfahren in der Intensivmedizin

Aktueller Stand in Deutschland

Aus dem Wiss. Arbeitskreis Intensivmedizin der DGAI und dem Forum Qualitätsmanagement und Ökonomie von BDA und DGAI

Intensivmedizin im Lernprozess

Die 24-stündige Versorgung von Patienten in der Intensivmedizin macht die tägliche Präsenz unterschiedlicher Fachdisziplinen in der Intensivmedizin erforderlich. Schnelles, koordiniertes und professionelles Handeln ist deshalb genauso gefragt wie der verantwortungsvolle Umgang mit Grenzbereichen der Medizin. Eine hohe Prozessdichte ist häufig die Folge. Fehler, die sich direkt oder indirekt aus den täglichen Handlungsabläufen ergeben könnten, sind deshalb von besonderer Bedeutung und Tragweite. Sie zu vermeiden, ist generell zentrales Anliegen der Medizin und im besonderen Maße in der Intensivmedizin [6].

Das „Peer-Review“ beschreibt ein Verfahren innerhalb des Qualitätsmanagements (in der Intensivmedizin), bei dem Kollegen andere Kollegen in einer standardisierten Vorgehensweise beurteilen. Es haben sich regional Netzwerke von Intensivmedizinern formiert, die sich gegenseitige Unterstützung bei der Optimierung von Qualitätssicherung in der Intensivmedizin auf die Agenda geschrieben haben. Durch die Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten (BDA) haben sich die Intensivmediziner untereinander abgestimmt und ein einheitliches, evidenzbasiertes Peer-Review-Verfahren entwickelt. Die Landesärztekammern und die Bundesärztekammer (BÄK) haben das

intensivmedizinische Peer-Review-Verfahren als beispielgebend zur unbürokratischen und effizienten Qualitäts sicherung anerkannt und unterstützen das Verfahren, indem sie auf Länderebene die organisatorische „Hoheit“ übernommen haben und Peers und Kliniken gemeinsam mit den Netzwerken in Kontakt bringen. Darüber hinaus werden die Peers nach dem Curriculum der BÄK in den Ländern geschult. Die methodische Hoheit des Verfahrens liegt damit bei der Bundesärztekammer.

Fachlich und inhaltlich wird das Verfahren durch eine nationale Steuerungsgruppe weiterentwickelt, die sich aus Intensivmedizinern aus den Netzwerken zusammensetzt, aus einem pflegerischen Vertreter sowie aus einem ärztlichen Vertreter, der vom DIVI-Präsidium entsendet wird. Die Steuerungsgruppe arbeitet unter dem Dach der DIVI und deren assoziierten Fachgesellschaften. Erstmalig wurde so deutschlandweit eine Kommunikationsplattform der Intensivmedizin im Sinne unserer Patienten und unserer ärztlichen und pflegerischen Teams geschaffen. Dazu begehen (visiter) Kolleginnen und Kollegen aus der Intensivmedizin die Abteilung einer anderen Klinik mit dem Ziel, die medizinisch-pflegerische Behandlung zu betrachten und Ansatzpunkte zur Verbesserung der Behandlungsqualität zu entdecken. Intensivstationen, die ein solches Peer-Review wünschen, können sich an die zuständige Landesärztekammer wenden.

Intensivstationen profitieren von dem Peer-Review-Verfahren, indem sie:

- kritisches, aber freundlich gesinntes Feedback zur Qualität ihrer medizinischen Leistung von FachkollegInnen erhalten,
- eine externe Perspektive kennenlernen,
- sich der Qualität ihrer Leistung verwissern,
- die Stärken ihrer medizinischen Leistung und gute Praxisbeispiele aufzeigen,
- auf blinde Flecken und Schwachstellen aufmerksam gemacht werden,
- Ratschläge und gute „Tipps“ von Peers erhalten,

- sich mit den Peers einem gemeinsamen Lernprozess unterziehen,
- Netzwerke und Kooperationen mit anderen Intensivstationen aufbauen sowie
- einen externen Evaluierungsbericht zur Qualität ihrer Leistung (SWOT-Analyse, s.u.) zu einem „vergleichsweise günstigen Preis“ erhalten.

Worin liegt der Mehrwert eines Netzwerkes?

Um innovative multidisziplinäre Gesundheitsforschung auf höchstem Niveau zu ermöglichen und Forschungsergebnisse schnellstmöglich in die Patientenversorgung zu bringen, haben sich Wissenschaftler, Ärzte und Patientenorganisationen seit 1999 in „Kompetenznetzen in der Medizin“ zusammengeschlossen. Diese Netzwerke schaffen einen organisatorischen Rahmen, durch den herausragende wissenschaftliche Leistungen besser genutzt werden können. Aufgrund der interdisziplinären Zusammenarbeit von Wissenschaftlern, Medizinern und Patientenorganisationen wird die Ent-

wicklung neuer und effizienter Lösungen für dringende Fragen der Patientenversorgung beschleunigt. Als die Überlegungen zu einem Qualitätsmanagement in der Intensivmedizin begannen, waren sich die Beteiligten darüber einig, dass zunächst in den einzelnen Bundesländern Netzwerke gegründet werden mussten, um „Akteure“ für das neue Konzept „Peer-Review in der Intensivmedizin“ zu gewinnen. Hier waren es die Bundesländer Baden-Württemberg, Berlin/Brandenburg und Hamburg, die gemeinsam mit DGAI und BDA als erste Länder aktiv wurden.

Durch die Gründung von Netzwerken in der Intensivmedizin wurde die tragende Säule für die weitere Entwicklung geschaffen. Wir sehen den Mehrwert von Netzwerken darin, die Chance auf weitere, über das Peer-Review-Verfahren hinausgehende Kooperationen zu entwickeln.

Tabelle 1

Modulsystem des Curriculums Peer-Review der BÄK.

Modul	Vermittlungsform	Phase	Unterrichtseinheiten (UE = 45 Minuten)
1. Peer Reviews 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-Review	Theorie/Training Vorbereitung	Phase 1	2 UE
5. Feedback und Berichte	Theorie/Training	Phase 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	Querschnittsmodul 180 Minuten (4 UE)
Zwei Probe-Reviews	Praxisanwendung (probeweise Teilnahme an zwei Peer-Reviews gemeinsam mit erfahrenem Peer)		16 UE

Curriculum Peer-Review der Bundesärztekammer

Konsequenterweise stand am Anfang des Themas „Peer-Review in der Intensivmedizin“ die Implementierung eines Curriculums durch die Bundesärztekammer (BÄK). Das Qualifizierungskonzept der BÄK, nach dem in Berlin, Baden-Württemberg, Hamburg und Schleswig-Holstein bereits mehr als 100 Peers (Ärzte und Pflegekräfte, Stand: Ende 2011) geschult wurden, gliedert sich in sechs Module mit eigenen Qualifikations-schwerpunkten, die insgesamt 16 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten umfassen, außerdem in zwei Probe-Reviews, deren Umfang weiteren 16 Unterrichtseinheiten à 45 Minuten entspricht. Somit besteht das Curriculum aus 32 Stunden (Tab. 1).

Was ist nun Peer-Review in der Intensivmedizin?

Peer-Review ist eine Form der externen Evaluierung mit dem Ziel, die Intensivstation, die sich dem Verfahren unterzieht, in ihren Bemühungen um Qualitätsverbesserungen zu unterstützen.

Ein Peer-Review-Verfahren wird von einer Gruppe externer ExpertInnen (Ärzten und Pflegekräften), sogenannten Peers, durchgeführt, die eingeladen werden, die Qualität der medizinischen Leistung der Intensivstation zu beurteilen.

Peers sind zwar externe Personen, arbeiten aber in einem gleichen Umfeld und verfügen über fachspezifische Expertise und Kenntnisse in dem zu evaluierenden Bereich. Sie sind unabhängig und jenen Personen „gleichgestellt“ (sowohl von der Fachlichkeit als auch der Berufserfahrung), deren Leistung evaluiert wird.

Wer kann und wo kann man das intensivmedizinische Peer-Review-Verfahren anwenden?

Die Zielgruppen für das intensivmedizinische Peer-Review-Verfahren sind Intensivstationen in Deutschland jeglicher Größe und jeglicher Fachrichtung in-

nerhalb der Erwachsenenmedizin, die Erfahrung im Bereich Qualitätsmanagement haben oder erreichen wollen. Als Mindestvoraussetzung für die Beteiligung an einem Peer-Review-Verfahren gilt das Interesse am Lernen wollen.

Ablauf des Peer-Review

Am Review nehmen leitendes ärztliches und pflegerisches Personal der visitierten Intensiveinheit teil. Zwei Intensivmediziner sowie eine Fachpflegekraft aus unterschiedlichen Kliniken und ein ärztliches Mitglied der Ärztekammer visitieren als Reviewer eine Intensivstation. Bei der Auswahl der Reviewer wird darauf Wert gelegt und ist bindend vorgeschrieben, dass sie eine Ausbildung als Peer-Reviewer nach dem Curriculum der Bundesärztekammer (BÄK) erhalten haben. Die Auswahl der Reviewer wird durch die Ärztekammer koordiniert, und zwar zusammen mit den Kliniken, die ein Peer-Review wünschen. Die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) und der Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) haben in der Pilotphase die Peer-Reviews finanziell, personell und durch die Arbeit im wissenschaftlichen Arbeitskreis unterstützt. Inhaltlich wird nach einem standardisierten Peer-Review-Ablauf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität einer Intensivstation systematisch überprüft.

Das Peer-Review-Verfahren umfasst folgende vier Phasen:

1. Das Peer-Review beginnt mit der Vorbereitungsphase. In dieser Phase wird das Peer-Review organisiert, und der Selbstbericht (Self-Assessment) wird von den verantwortlichen Ärzten und Fachpflegekräften anhand des „100-Fragen-Bogens“ vorbereitet. Ein Zeitplan für das Review wird erstellt und Vereinbarungen für den Peer-Besuch werden getroffen.
2. In die zweite Phase fällt das Kernstück des Peer-Review-Verfahrens, der Peer-Besuch. Peers besuchen die Intensivstation und führen eine Evaluierung durch. Diese Evaluierung beinhaltet einen Rundgang über die Station und Interviews mit betroffenen und beteiligten Personengruppen. Die Peers geben am Ende des Peer-Besuchs ein erstes mündliches Feedback und erfragen bei den visitierten Kollegen, ob alle relevanten Aspekte der Intensivstation benannt und thematisiert wurden.
3. Nach dem Peer Besuch arbeiten die Peers einen Rohbericht aus. In weiterer Folge wird der endgültige Peer-Review-Bericht mit einer SWOT-Analyse ergänzt.
4. Die vierte Phase ist für die Verbesserung der intensivmedizinischen Qualität und für die Organisationsentwick-

Tabelle 2

Beispielhafter Auszug aus dem Fragenkatalog.

Wird nach Checkliste der Bettplatz vorbereitet, der Patient aufgenommen und entlassen?	1	2	3	4
Wird nach Checkliste/SOP visitiert, untersucht, Befunde erhoben?	1	2	3	4
Checkliste für Bearbeitung der Patientenakte vor Verlegung bzw. Archivierung?	1	2	3	4
Pflege-SOPs, Pflegeplanungen liegen vor?	1	2	3	4
Visiten durch intensivmedizinisch erfahrenen Facharzt/ Oberarzt sind täglich garantiert	1	2	3	4
Verfahrensanweisungen zum Betreuungsmanagement werden eingehalten	1	2	3	4
Angehörigengespräche werden dokumentiert/Vereinbarungen sind schriftlich fixiert	1	2	3	4
Fixierprotokolle werden geführt/Verfahren über freiheitsentziehende Maßnahmen ist festgelegt	1	2	3	4
Verfahren mit Wertsachen ist geregelt	1	2	3	4
Information und Beratung von Patienten und Angehörigen ist geregelt, Ansprechpartner sind benannt	1	2	3	4
Lagerungstherapien/Mobilisationskonzepte	1	2	3	4

1 = nicht umgesetzt, 2 = Umsetzung in Planung, 3 = teilweise umgesetzt, 4 = regelhaft umgesetzt

lung von entscheidender Bedeutung: Die Ergebnisse und Empfehlungen des Peer-Review-Verfahrens werden in konkrete Ziele übersetzt, Verbesserungen werden geplant und durchgeführt (Maßnahmenplan, Tab. 2).

Selbsteinschätzung vorher

Der ca. 100 Punkte umfassende Fragenkatalog wird vor dem Review den visitierten Kollegen zur Verfügung gestellt. Hilfreich ist, wenn sich die Intensivstation vor der externen Evaluation zuvor intern selbst einschätzt. In welchem Umfang und welcher Form dies geschieht, bleibt der jeweiligen Abteilung überlassen. Nach der gegenseitigen Vorstellung der Peer-Review-Beteiligten werden den visitierten Kollegen Fragen zur Intensivstation gestellt. Orientierend an Fragenkatalogen gängiger Zertifizierungsverfahren sowie an intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren wurde ein Review-Fragenkatalog entwickelt (Tab. 2), der praxisnah alle Qualitätsfelder der Intensivmedizin abfragt. Im Schlussteil des Fragenkatalogs sollen Fragen zum Controlling und Berichtswesen beantwortet werden. Für jede Frage werden je nach Antwort Kategoriepunkte vergeben. Anschließend findet eine gemeinsame Begehung der Station statt, wobei das Maß der Erfüllung der Qualitätsindikatoren anhand der Krankenakte überprüft und die Durchdringung standardisierter Abläufe bei den Mitarbeitern hinterfragt werden, die der Beurteilung des Umsetzungsgrades von Parametern dienten, aber keiner Benotung entsprechen.

Qualitätsindikatoren

Die eigentliche Triebfeder des Qualitätsmanagements liegt darin, die Behandlungsqualität zu verbessern. Die erreichbare Ergebnisqualität hängt von der Struktur- und Prozessqualität ab, das sind die drei zusammengehörenden Dimensionen des Qualitätsmanagements, wie sie Donabedian beschrieben hat [1]. Um dieses IST an Behandlungsqualität aufzuzeigen, werden Qualitätsindikatoren benötigt. Qualitätsindikatoren sind Maße, deren Ausprägung zwischen guter und schlechter Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu unterscheiden hilft.

Dabei wird die Qualität nicht direkt gemessen, sondern die Indikatoren stellen Hilfsgrößen dar, welche die Qualität durch Zahlen indirekt abbilden. Qualitätsindikatoren sollten auf der bestverfügbaren Evidenz basieren bzw. aus der wissenschaftlichen Literatur abgeleitet oder – bei fehlender empirischer Evidenz – im Expertenkonsens gebildet werden. Das bedeutet, dass Qualitätsindikatoren auch hinsichtlich ihrer Evidenz bewertet werden können und müssen [2,7].

Diese Voraussetzungen sind notwendig, um die beteiligten Akteure einer Intensivstation in ihren täglichen Handlungen überhaupt (positiv) beeinflussen zu können [4]. Es gehört zum Selbstverständnis der Pflege, die Funktion des „Anwalts“ für den Patienten zu übernehmen, dies sollte man bei qualitätsverbessernden Maßnahmen produktiv nutzen, indem das Bewusstsein für die Bedeutung der Qualitätsindikatoren vermittelt wird [3]. Wird nicht vermittelt, dass eine bestimmte Maßnahme dem Patienten nützt, gibt es Probleme bei der Implementierung dieser Maßnahme in der klinischen Routine. Die Indikatoren sollten keine zusätzliche Dokumentation erfordern, sondern sich bestenfalls aus der Routinedokumentation erfassen lassen. Es kann schon hilfreich sein, alle oder auch nur einzelne Qualitätsindikatoren zweimal im Jahr für eine Woche zu messen. Zusätzliche Belastungen führen zu Fehlern in der Datenerhebung. Ein elektronisches Patientendatenmanagementsystem (PDMS) wird von einigen Autoren in diesem Kontext als sehr vorteilhaft beschrieben.

Indikatoren haben eine begrenzte Haltbarkeit und müssen nach einer definierten Anwendungszeit hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Gültigkeit reevaluiert werden. Kann man durch einen Qualitätsindikator keinerlei (positive) Entwicklung mehr erreichen, ist die Erhebung dieses Indikators als Zeitverschwendug zu bewerten, und es sollte geprüft werden, ob ein anderer Indikator besser geeignet ist, eine positive Entwicklung zu unterstützen [8]. Hilfestellung zur regelmäßigen Evaluation bietet der PDCA-

Zyklus nach Deming und Shewhart [9]. Das regelmäßige Durchlaufen des Zyklus fördert den angestrebten kontinuierlichen Verbesserungsprozess und hilft dem Team die angestrebten qualitätsverbessernden Maßnahmen schneller und effektiver umzusetzen und zu einer nachhaltigen Qualitätsverbesserung zu führen.

Haupteinsatzmöglichkeiten für Qualitätsindikatoren liegen in der internen und externen Kontrolle der medizinischen Versorgung. Weiterhin dienen sie auch als Werkzeuge für den kontinuierlichen Verbesserungsprozess.

Der Einsatz von Qualitätsindikatoren dient:

- **der Messung des aktuellen Zielerreichungsgrads (Evaluation),**
- **der Beschreibung der Veränderungen des Zielerreichungsgrads über die Zeit (Monitoring),**
- **als Hinweis auf Situationen, die ein Eingreifen erfordern (Alarmsfunktion).**

Entwicklung intensivmedizinischer Qualitätsindikatoren in Deutschland

Der wissenschaftliche Arbeitskreis Intensivmedizin der Deutschen Gesellschaft für Intensivmedizin (DGAI) hat in Zusammenarbeit mit der interdisziplinären Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Intensivmedizin der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) einen Überblick über die Möglichkeiten der Einführung eines Qualitätsmanagements in die Intensivmedizin in Deutschland erarbeitet [4]. Der wissenschaftliche Arbeitskreis hat hierbei entsprechend den oben beschriebenen Erfahrungen das Ziel verfolgt, eine überschaubare Menge von praktisch anwendbaren Qualitätsindikatoren zu entwickeln, für die eine Outcome-Relevanz wissenschaftlich belegt ist. Die Organisation von klinischen Prozessen in der Intensivmedizin sollte eine „Hilfestellung“ bekommen, indem ein Ge-

rüst von Kennzahlen zur Verfügung steht, die als Orientierungshilfe allen prozessbeteiligten Berufsgruppen auf der Intensivstation eingängig sind. Die Entwicklung von intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren in Deutschland ist eng verknüpft mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren durch die spanische Gesellschaft für Intensivmedizin (SEMICYUC). Die spanischen Intensivmediziner haben einen 120 Indikatoren umfassenden Katalog entwickelt und publiziert [5]. Die spanischen Qualitätsindikatoren sind exzellent aufgearbeitet und in einer stringenten Logik präsentiert. So ist jeder Indikator definiert durch die Größenordnung (Effektivität, Risiko, Zufriedenheit, Eignung, Wirksamkeit), eine Begründung, eine mathematische Formel, wie der Indikator bestimmt wird, die Angabe der Population, die er betrifft (z.B. beatmete Patienten, Koronarkranke, septische Patienten, usw.), eine stichwortartige Erklärung der Termini, die Art der Indikators (Prozess, Struktur, Ergebnis), die Datenquelle (z.B. Patientenakte, Dienstplan, OP-Plan, Qualitätsbericht), den anzustrebenden Zielwert und die Literaturangaben als Kommentar.

Nach Übersetzung ins Deutsche hat der wissenschaftliche Arbeitskreis der DGAI die Logik der Aufbereitung und Darstellung der Indikatoren von den spanischen Kollegen übernommen. Die Liste von Qualitätsindikatoren schien jedoch aus oben genannten Gründen nicht auf deut-

sche Verhältnisse übertragbar. Neben klinischen Prozessindikatoren, wie z.B. zielgerichteter Blutzuckertherapie oder lungenprotektiver Beatmung, enthält die spanische Liste auch Indikatoren wie das regelrechte Auswechseln von wärmenden Befeuchtungssystemen bei beatmeten Patienten oder die Indikationsstellung zur Isolation von Patienten mit multiresistenten Keimen. Die letztgenannten Indikatoren sind auf deutschen Intensivstationen über Hygienerichtlinien geregelt und haben mit prozess- bzw. qualitätsverbessernden Maßnahmen durch ein intensivmedizinisches Indikatorensystem nur indirekt zu tun. Bei der Entwicklung von Qualitätsindikatoren ging es nicht darum, Parameter, die bereits durch bestehende Verordnungen, Empfehlungen oder administrative Vorgaben geregelt sind, erneut zu beschreiben. Um Redundanzen zu vermeiden und einen echten Neuwert zu schaffen, wurden in zwei Delphi-Runden durch das Expertengremium zunächst 36 und letztlich 10 Qualitätsindikatoren erarbeitet, die direkten Einfluss auf die alltäglichen Prozesse auf der Intensivstation haben. Alle Indikatoren haben einen direkten Hinweis auf ein verbessertes Patienten-Outcome. Die hierdurch entstandene erste Version der intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren wurde mit einer Gültigkeitsdauer von zwei Jahren von den Expertengremien der DGAI und der DIVI verabschiedet (Tab.

3). Die Diskussion über die wissenschaftliche Evidenz jedes Indikators ist sehr wichtig und belebend, dabei darf jedoch nicht vergessen werden, dass die Existenz jedes Indikators unmittelbar an der wissenschaftlichen Erkenntnislage hängt und jeder Indikator außerdem seine klinische Bedeutung unter Beweis stellen muss. Weitere Indikatoren sind in Bearbeitung, wie beispielsweise ein Indikator über zielgerichtete Kreislauftherapie. Sollte sich ein Indikator als nicht evident herausstellen, sollte er aus der Liste entfernt werden [6]. Es ist überdies sinnlos, an Indikatoren festzuhalten, deren Implementierungsrate bei 100% liegt, weil Qualität in diesem Fall nicht steigerbar ist, d.h. der Indikator verliert damit seinen Zweck als Werkzeug.

Bewertung und Feedback

Im Mittelpunkt des Peer-Review steht die Bewertung, d.h. die professionelle Beurteilung durch die Peers. Dabei ist es erforderlich, Ergebnisse herauszufiltern und zu verdichten, sie auf Zuverlässigkeit und Relevanz zu prüfen, verschiedene Perspektiven und Meinungen im Peer-Team zu diskutieren sowie abschließend gemeinsame Schlussfolgerungen zu ziehen. Alle Bewertungen werden begründet und belegt.

Nach der Begehung findet sich das Review-Team erneut mit dem Leitungsteam der Station zusammen, um Eindrücke und Bewertungen auszutauschen. Als sehr wichtiges Element im Peer-Review-Verfahren wird die am Ende stattfindende Feedback-Sitzung empfunden, bei der die Peers ihre Ergebnisse den VertreterInnen der evaluierten Intensivstation als ersten Eindruck mitteilen. Das ermöglicht auch eine kommunikative Validierung – direkte Rückmeldungen seitens der Einrichtung, einschließlich einer Klärung von Missverständnissen oder irrelevanteren Schlussfolgerungen – und einen Meinungsaustausch zwischen den Peers und den VertreterInnen der evaluierten Einrichtung.

Das Geben und Erhalten von Feedback ist eine schwierige Aufgabe. Einerseits müssen sich die Peers ihrer Verantwor-

Tabelle 3

Qualitätsindikatoren Intensivmedizin für erwachsene Patienten.

I	Oberkörper-Hochlagerung
II	Monitoring von Sedierung, Analgesie und Delir
III	Protective Beatmung
IV	Weaningprotokoll mit Spontanatmungs-Versuch
V	Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie
VI	Therapeutische Hypothermie nach Herzstillstand
VII	Frühe Enterale Ernährung (insbesondere bei SHT)
VIII	Dokumentation von Angehörigengesprächen
IX	Händedesinfektionsmittelverbrauch
X	Leitung durch einen Intensivmediziner mit Zusatzbezeichnung und Gewährleistung der Präsenz eines Arztes mit Facharztstandard über 24 Stunden

tung bewusst sein, der Intensivstation ein nützliches und kritisches Feedback in einer freundlichen und professionellen Art und Weise zu geben. Werden während der mündlichen Feedback-Sitzung am Ende des Peer-Besuchs Bewertungen geäußert, müssen diese gut vorbereitet und mit Sorgfalt formuliert werden, so dass sie nicht beleidigend wirken und zu Konflikten führen, deshalb erfolgt im Rahmen des Curriculums eine Schulung der Peers zu diesem Thema. Die VertreterInnen der Intensivstation sollten andererseits nicht in eine Verteidigungshaltung verfallen oder die Ergebnisse zu widerlegen versuchen, sondern das Feedback als wertvolle Information in ihrem Streben nach Verbesserung und Entwicklung betrachten. Ziel dieses mündlichen Austausches sollte es daher sein, zu einem gemeinsamen Verständnis über die Inhalte des Feedbacks zu kommen.

Aus diesem Grund sind sowohl Peers als auch die Intensivstation aufgefordert, mit dem Feedback konstruktiv umzugehen. Dabei ist es hilfreich, wenn das Personal der Intensivstation über entsprechendes Selbstvertrauen verfügt und auch Kritik akzeptieren kann. Gleichzeitig dürfen die Peers keine Pauschalurteile aussprechen oder sich auf bestimmte Personen beziehen. Eine sachliche, nicht beleidigende Sprache sollte von allen am Review-Verfahren Beteiligten verwendet werden. Beschreibungen sollten so klar wie möglich und nicht abstrakt sein. Die Peers sollten sich auf das Verhalten und nicht auf angenommene persönliche Eigenschaften konzentrieren. Dabei werden sowohl positive als auch negative Aspekte berücksichtigt. Die Beurteilungen und Schlussfolgerungen müssen sich auf Fakten und Beobachtungen stützen. Es geht darum, eine Intensivstation im Rahmen ihrer Möglichkeiten bzw. ihres Versorgungsauftrages zu bewerten. Im Sinne einer strukturierten Analyse werden Stärken (**Strengths**), Schwächen (**Weakness**), Chancen (**Opportunities**) und Gefahren (**Threats**) (SWOT-Analyse) der intensivmedizinischen Einrichtung bewertet (siehe Abbildung als Beispiel).

SWOT-Analyse

Strengths (Stärken)

Was läuft gut?
Was sind die Stärken?
Worauf sind Sie stolz?
Was gibt uns Energie?
Wo stehen wir momentan?

Weakness (Schwächen)

Was ist schwierig?
Wo liegen unsere Fallen/Barrieren?
Welche Störungen behindern uns?
Was fehlt uns?

Opportunities (Chancen)

Was sind unsere Zukunftschancen?
Was können wir ausbauen?
Welche Verbesserungsmöglichkeiten haben wir?
Was können wir im Umfeld umsetzen?

Threats (Risiken)

Wo lauern künftig Gefahren?
Was kommt an Schwierigkeiten auf uns zu?
Was sind mögliche Risiken?
Womit müssen wir rechnen?

Review-Prozess ausschlaggebend. Feedback kann ausschließlich in eine Richtung gegeben werden, kann sich aber auch zu einem Dialog zwischen den Peers und den VertreterInnen der evaluierten Einrichtung entwickeln. In der Diskussion um Stärken und Schwächen können die Peers auch Ratschläge zu bestimmten Themen erteilen. Allerdings muss dies mit Bedacht gemacht werden: Die Peers sollten sich auf die Situation in der evaluierten Intensivstation konzentrieren und nicht versuchen, diese zu überzeugen, erfolgreiche Lösungen ihrer Intensivstation zu übernehmen. Peers sollten also wieder nur dann die Rolle von BeraterInnen einnehmen, wenn dies von Seiten der Intensivstation explizit gewünscht wird.

Aktivitäten

Was soll getan werden?

Priorität

Was ist dringend?

Zeitrahmen

Bis wann?

Verantwortliche Person

Von wem?

Ressourcen

Was brauchen wir?

Literatur

1. Donabedian A: Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q 200;83(4):691-629
2. Donabedian A: The role of outcomes in quality assessment and assurance. QRB Qual Rev Bull 1992;18(11):356-60
3. Valentin A, Capuzzo M, Guidet B, Moreno RP, Dolanski L, Bauer P, et al: Research Group on Quality Improvement of European Society of Intensive Care Medicine; Sentinel Events Evaluation Study Investigators. Patient safety in intensive care: results from the multinational Sentinel Events Evaluation (SEE) study. Intensive Care Med 2006;32(10): 1591-8
4. Martin J, Wegermann P, Bause H, Franck M, Geldner G, Gerlach H et al: Qualitätsmanagement in der

Die erzielte Punktzahl im 100-Fragen-Bogen wird im Bericht dokumentiert. Der Abschlussbericht wird dem Leitenden Arzt der Intensivstation zur persönlichen Verfügung zugestellt. Das Verfahren wird von einem Qualitätsbeauftragten der Ärztekammer begleitet, der zusätzliche Objektivität sicherstellt.

Empfehlungen

Empfehlungen sind in der Regel Teil von Evaluierungsverfahren. Im Peer-Review-Bericht verweisen die Peers auf Verbesserungspotenziale, die als Hinweise für die Intensivstation zu bewerten sind, dass Maßnahmen in jenen Bereichen für nötig erachtet werden.

Wenn von Seiten der Intensivstation keine Empfehlungen von den Peers gewünscht werden, sollte dies vor dem Peer-Review dargelegt werden – am besten, wenn in der Vorbereitungsphase die Aufgaben der Peers definiert werden, oder zumindest rechtzeitig vor der Feedback-Sitzung.

Wie bereits erwähnt, ist ein nützliches Feedback für die Qualitätsverbesserung und das gemeinsame Lernen im Peer-

Intensiv-medizin - Eine Aufgabe für das gesamte interdisziplinäre und interprofessionelle Team. Anästh Intensivmed 2007;48:S40-S47

5. Martín MC, Cabré L, Ruiz J, Blanch L, Blanco J, Castillo F, Galdós P, Roca J, Saura RM: Grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) and Fundación AVEDIS Donabedian (FAD). Indicators of quality in the critical patient. Med Intensiva 2008;32:23-32
6. Braun JP, Bause H, Bloos F, Geldner G, Kastrup M, Kuhlen R, Markewitz A, Martin J, Mende H, Quintel M, Steinmeier-Bauer K, Waydhas C, Spies C, NeQuil (quality network in intensive care medicine): Peer reviewing critical care: a pragmatic approach to quality management. GMS Ger Med Sci 2010;8:Doc23
7. Braun JP, Mende H, Bause H, Bloos F, Geldner G, Kastrup M, Kuhlen R, Markewitz A, Martin J, Quintel M, Steinmeier-Bauer K, Waydhas C, Spies C, NeQuil (quality network in intensive care medicine): Quality indicators in intensive care medicine: why? Use or burden for the intensivist. GMS Ger Med Sci 2010;8:Doc22
8. De Vos M, Graafmans W, Keesman E, Westert G, van der Voort PHJ: Quality measurement at intensive care units: which indicators should we use? J Crit Care 2007;22(4):267-74
9. Deming WE, Shewhart WA: Review of the International Statistical Institute 1968;36(1):372-5.

Korrespondenz- adresse

**Prof. Dr. med.
Hanswerner Bause**



Am Martensgehölz 11
22459 Hamburg, Germany
Tel.: 040 88149134
E-Mail: hbause@googlemail.com