



QUALITÄTSSICHERUNG

Instrumente der kollegialen Qualitätsförderung

Peer Reviews erfreuen sich zunehmender Verbreitung. Abgrenzungen zu anderen Instrumenten des Qualitätsmanagements werden dabei unscharf.

Christoph Griem, Susanne Kleudgen, Franziska Diel

Für die Qualitätsförderung in der medizinischen Versorgung steht eine Reihe von Instrumenten zur Verfügung: Review, Audit, Dialog, Kolloquium, Konferenz, Visitation oder Zirkel – oft näher beschrieben mit Adjektiven wie extern, intern, klinisch oder strukturiert. Seit einigen Jahren finden Peer Reviews im Kontext des Qualitätsmanagements zunehmend Anwendung im ambulanten und stationären Bereich, und zwar als Instrument zur kollegialen Beurteilung medizinischer Leistungen. Mit der zunehmenden Verbreitung scheint die Abgrenzung zu anderen Begrifflichkeiten zu verwischen. Im Folgenden werden Instrumente der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung als Teile des internen und externen Qualitätsmanagements dargestellt und mit dem Terminus Peer Review verglichen. Damit soll eine eindeutige Verwendung der Begriffe ermöglicht und eine sachliche Diskussion über

aktuelle und künftige Instrumente angestoßen werden.

In der Bewertung wissenschaftlicher Texte ist Peer Review ebenfalls etabliert und fungiert im Sinne einer freiwilligen Selbstkontrolle wissenschaftlicher Veröffentlichungen (1), worauf hier aber nicht weiter eingegangen wird.

Peer Review

Anfang der 1990er Jahre wurde *Peer Review* als Instrument der Qualitätsverbesserung im hausärztlichen Bereich beschrieben (2). Grol nahm hier unter anderem Bezug auf die Entwicklung in Deutschland und ordnete die Qualitätszirkel, die sich damals im ambulanten Bereich gründeten (3), seiner Definition von Peer Review zu. Tatsächlich gab es hier Aspekte eines kollegialen Austauschs, die eine synonyme Verwendung der Begriffe Qualitätszirkel und Peer Review nahelegten. Der Begriff der „nochmaligen Durch-

sicht durch einen Ebenbürtigen“ wurde seitdem mehrfach ausführlich in seiner Herkunft und Bedeutung erklärt (4). Verschiedene Qualitätsinitiativen haben das Peer Review inzwischen zu ihrem zentralen Instrument und damit insbesondere im stationären Bereich des deutschen Gesundheitssystems populär gemacht (5, 6). Die Bundesärztekammer (BÄK) kam dem zunehmenden Interesse am Peer Review nach und

AMBULANTE PEER VISITS

Das Anästhesienetz Berlin/Brandenburg (ANBB) erarbeitet derzeit ein ambulantes Peer-Review-Verfahren (Standards, Handbuch, Curriculum). Diese innerärztliche Initiative wird vom Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) gefördert. Start der „Peer Visits“ soll am 1. Januar 2014 sein. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird das Projekt begleiten, um die Anwendbarkeit im ambulanten Sektor zu prüfen.

erstellte ein Ausbildungscurriculum, das eine einheitliche Qualifikation der sogenannten Peers ermöglichen soll. Dieses Curriculum „Ärztliches Peer Review“ fokussiert auf die Ausbildung solcher „professioneller“ Ebenbürtiger und definiert in der theoretischen Einführung den Begriff Peer Review auf Basis von Grobs Ausführungen „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“ (7).

Qualitätszirkel

Qualitätszirkel (QZ) konnten sich seit den 1990er Jahren äußerst erfolgreich im vertragsärztlichen Versorgungsbereich etablieren. Sie sind heute im ambulanten Regelungsbe- reich ein zentrales Element der Qualitätsförderung und setzen Forderungen des Gesetzgebers auf Basis von § 136 (1) Sozialgesetzbuch (SGB) V um (8). Die Teilnahme ist für Ärzte in der Regel freiwillig; verpflichtend kann die Teilnahme im Rahmen von verschiedenen Qualitätssicherungsvereinbarungen, Selektivverträgen oder Disease-Management-Programmen sein. Wie im Qualitätszirkelkonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) (9) beschrieben, handelt es sich um die kritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit nach dem Best-Practice-Prinzip im Rahmen eines moderierten, kollegialen Austauschs (Peer-Gruppen) unter Berücksichtigung von Evidenz. Weitere Merkmale, wie erfahrungsbezogen, selbstbestimmt und kontinuierlich, zeigen, dass auch heute die Instrumente Peer Review und QZ sehr ähnlich sind. Bei QZ wird allerdings ein Vor-Ort-Besuch, bei Peer Reviews teils als Kernelement beschrieben, nicht obligat genannt. Im Vordergrund steht ein regelmäßiges (i. d. R. mindestens vier Sitzungen im Jahr) moderiertes Treffen von fünf bis 20 Ärzten oder Psychotherapeuten, wobei Themen und Zeitaufwand durch den QZ selbst festgelegt werden. Im Rahmen des von der KBV etablierten Qualitätszirkelkonzepts werden Moderatoren im Sin-

ne eines Train-the-Trainer-Systems durch kontinuierlich geschulte Tutoren in ihren Fähigkeiten und Kompetenzen qualifiziert.

Konferenz

Der Begriff *Konferenz* ist in seiner Bedeutung nicht festgelegt und in der Begriffswelt des Qualitätsmanagements nicht fest verortet. Insbesondere im stationären Bereich haben sich *Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen* sowie *Ethikbesprechungen* (wieder) etabliert. Seit vielen Jahren finden in Krankenhäusern zudem fachspezifisch oder interdisziplinär *Tumorkonferenzen*, *Schmerzkonferenzen* und *Fallbesprechungen* statt. Es handelt sich meist um die kollegiale Erörterung der Behandlungsverläufe und -ergebnisse oder einzelner Fälle. Abgesehen von Verpflichtungen im Rahmen von Akkreditierungen, Zertifizierungen oder Individualverträgen sind sie in der Regel freiwillig und finden nach eigenen Strukturvorgaben der jeweils Durchführenden statt. Während diese Konferenzen Teil des therapeutischen Konzepts sind, erfüllen sie aber auch Kriterien eines Peer Reviews, da es sich je nach Ausgestaltung um eine freiwillige Reflexion des ärztlichen/psychotherapeutischen Han-

delns im Dialog mit Fachkollegen mit Hilfe eines strukturierten Verfahrens mit dem Ziel einer Qualitätsverbesserung der Patientenversorgung handeln kann.

In der Psychiatrie/Psychotherapie gelten sogenannte *Supervisions-/Intervisionsgruppen* als klassische Form einer qualitätssichernden Maßnahme und sind ähnlich wie die genannten Konferenzen oder QZ strukturiert.

Strukturierter Dialog

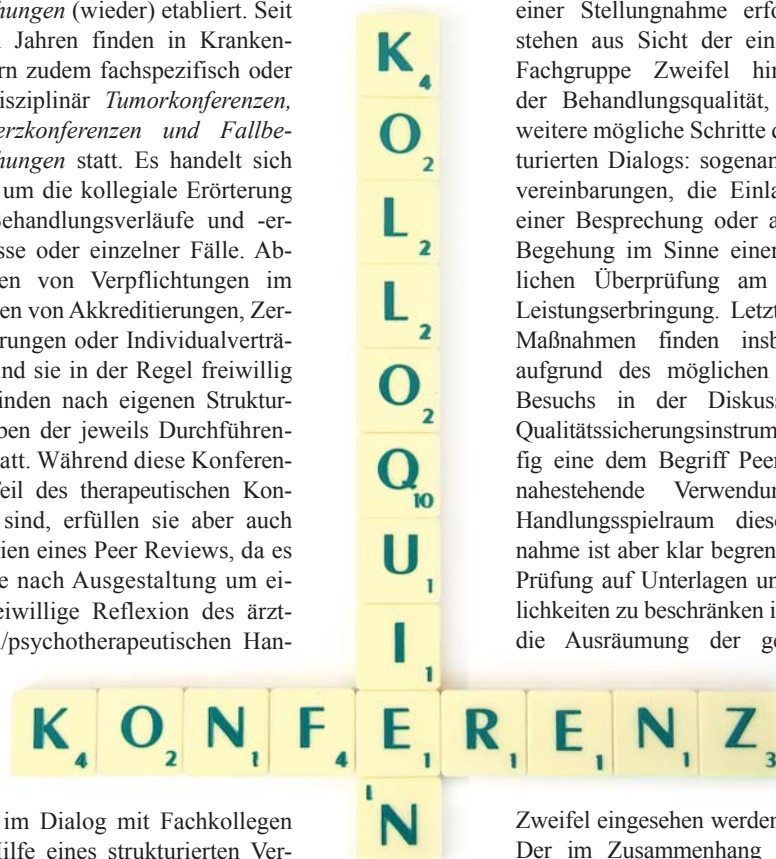
Der *strukturierte Dialog* wird im Zusammenhang mit qualitätsfördernden Maßnahmen sowohl in freiwilligen Initiativen (10) als auch in Qualitätssicherungsverfahren auf Grundlage von Richtlinien

des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (11, 12) genutzt. Der strukturierte Dialog erfolgt bei der vorgeschriebenen externen Qualitätssicherung im stationären Bereich und kommt bei auffälligen Ergebnissen verschiedener Qualitätsindikatoren zum Einsatz (13). Das Wort Dialog suggeriert hier schnell eine Form von kollegialem Austausch, der in den meisten Fällen zunächst aber nur in Form eines schriftlichen Hinweises oder der Anforderung einer Stellungnahme erfolgt. Bestehen aus Sicht der eingesetzten Fachgruppe Zweifel hinsichtlich der Behandlungsqualität, erfolgen weitere mögliche Schritte des strukturierten Dialogs: sogenannte Zielvereinbarungen, die Einladung zu einer Besprechung oder auch eine Begehung im Sinne einer tatsächlichen Überprüfung am Ort der Leistungserbringung. Letztgenannte Maßnahmen finden insbesondere aufgrund des möglichen Vor-Ort-Besuchs in der Diskussion um Qualitätssicherungsinstrumente häufig eine dem Begriff Peer Review nahestehende Verwendung. Der Handlungsspielraum dieser Maßnahme ist aber klar begrenzt, da die Prüfung auf Unterlagen und Räumlichkeiten zu beschränken ist, die für die Ausräumung der geäußerten

Zweifel eingesehen werden müssen. Der im Zusammenhang mit Peer Review genannte freiwillige Charakter ist aufgrund der verpflichtenden richtlinienbasierten Auslösung beim strukturierten Dialog nicht gegeben.

Stichproben und Kolloquien

Qualitätsprüfungen im Einzelfall, sogenannte Stichprobenprüfungen, sind auf Basis von Qualitätsprüfungs-Richtlinien des G-BA und der KBV vorgeschrieben und werden zufallsgesteuert (jährlich mindestens vier Prozent der den betreffenden Leistungsbereich abrechnenden Ärzte) oder kriterienbezogen (zum Beispiel Abrechnung, nachdem mindestens zwei Jahre keine Leistungen abgerechnet wurden; schwerwiegende



TABELLE

Orientierende Übersicht der Instrumente mit ausgewählten Eigenschaften

	Hintergrund (Beispiele)	ambulant	stationär	freiwillig	Sanktionen	notwendige Qualifikation der Akteure	tatsächliche Begehung der Einrichtung	Verwendung der Ergebnisse
Qualitätszirkel	Richtlinie KBV (Qualitätssicherungs-Richtlinie gemäß § 75 Absatz 7 SGB V)	√		√ ¹		√	möglich	intern
Kolloquium	Richtlinie KBV (Qualitätssicherungs-Richtlinie gemäß § 75 Absatz 7 SGB V)	√			√		2	3
Qualitätsprüfung im Einzelfall (Stichproben)	Richtlinie G-BA (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)	√			√		2, 7	3
Strukturierter Dialog	Richtlinie G-BA (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern) QSKH-RL		√		√		2	3
internes Audit	DIN EN ISO 9001:2008 DIN EN 15224:2012–12	√	√	4		√	√	intern
interne Visitation	EPA, QEP [®]	√	√	4		√	√	intern
externes Audit/Visitation	DIN EN ISO 9001:2008 DIN EN 15224:2012–12 EPA, KTQ [®] , QEP [®]	√	√	5	√ ⁵	√	√	intern
Konferenz	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenz, Ethikbesprechungen, Tumorkonferenz et cetera		√	√				intern
Peer Review	Curriculum der Bundesärztekammer		√	√		√	möglich	intern
	intensivmedizinisches Peer Review		√	√		√	√	intern
	Initiative Qualitätsmedizin		√	6		√	möglich ⁷	intern

¹ Im Rahmen der Teilnahme an Disease-Management-Programmen kann die Teilnahme verpflichtend sein.

² Bei Zweifeln oder möglichen Qualitätsmängeln ist eine Begehung möglich.

³ Ergebnisse aus richtlinienbasierten Verfahren zur Qualitätssicherung werden durch die zuständigen Institutionen zur öffentlichen Berichterstattung, teils aggregiert und ohne Bezug zu einer Einrichtung, aufgearbeitet.

⁴ Auf Basis der Verpflichtung zur Qualitätssicherung (§ 135a [2] SGB V) ist das Umsetzen eines Qualitätsmanagements verpflichtend. Je nach Auswahl des Qualitätsmanagementsystems können interne Audits und Visitationen Teil der Umsetzung sein.

⁵ Die Durchführung von externen Audits und Visitationen ist in der Regel Voraussetzung für den Erwerb eines Zertifikats. Die Freiwilligkeit der Anwendung dieses Instruments bezieht sich damit auf die fehlende Verpflichtung für eine Zertifizierung.

⁶ Einrichtungen (Träger) nehmen an der Initiative freiwillig teil, Kliniken/Abteilungen sind über auslösende Indikatoren dann aber verpflichtet.

⁷ Analysen von Akten, schriftlicher oder bildlicher Dokumentation

oder erhebliche Beanstandungen) ausgelöst. Akteure sind hier ehrenamtliche Mitglieder der Qualitätssicherungskommissionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die sich aus mindestens drei im jeweiligen Fachgebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern (mindestens ein Facharzt im betroffenen Gebiet) zusammensetzen. Primär werden schriftliche und bildliche Dokumentationen der jeweils erbrachten Leistung geprüft, so dass ein Vor-Ort-Besuch zunächst nicht

erfolgt. Bei Zweifeln ist jedoch eine Überprüfung am Ort der Behandlung möglich. Von der Qualitätssicherungskommission empfohlene sanktionierende Konsequenzen können die verpflichtende Teilnahme an einem sogenannten Kolloquium oder in letzter Konsequenz der Entzug der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der qualitätszusichernden Behandlung sein. Die „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ beschreibt das *Kolloquium* als ein kollegiales Fachge-

spräch. Kolloquien werden bei Zweifeln an der im Rahmen von Stichprobenprüfungen erhobenen Qualität durchgeführt. Insbesondere dienen sie den KVen auch dazu, sich bei Anträgen von Ärzten auf Durchführung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen zu vergewissern, ob die dazu erforderliche fachliche Befähigung vorliegt. Die Formulierung „kollegial“ soll hier eine Form von Ebenbürtigkeit im Sinne eines Peers ausdrücken. Ähnlich dem Peer Review können die Ergebnisse dazu

dienen, einen Maßnahmenplan zur Implementierung von Verbesserungsmaßnahmen zu erstellen. Während das gemeinsame Erkennen von Potenzialen auch immer wieder als ein Charakteristikum des Peer Reviews genannt wird, stellt sich das Kolloquium gleichzeitig als „sanktionierendes“ Instrument dar, da insbesondere bei Nichtbestehen eine Begehung oder sogar der Entzug der Genehmigung erfolgen kann.

Audits

Nach der DIN EN ISO 9000 (Qualitätsmanagementsysteme – Grundlagen und Begriffe) ist *Audit* ein systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zum Nachweis von definierten Kriterien („Erlangung von Audittatsachen“). *Interne Audits* dienen der Überprüfung, inwieweit Anforderungen des Qualitätsmanagementsystems erfüllt sind. Während beim Peer Review das Erkennen von Potenzialen mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung im Vordergrund steht, geht es beim Audit darum, die Erfüllung von Vorgaben zu bewerten. *Externe Audits*, welche in der Regel durch externe akkreditierte Auditoren durchgeführt werden, dienen vor allem dem Konformitätsnachweis im Rahmen einer Zertifizierung. Über die Darstellung der Konformität hinaus ergeben sich im Alltag des medizinischen Qualitätsmanagements sowohl bei internen als auch externen Audits durch die fachliche Expertise der Auditoren (Stichwort „Ebenbürtigkeit“) Aspekte der Qualitätsverbesserung.

Visitationen

Der Begriff *Visitation* findet in diversen Zusammenhängen Anwendung und beschreibt allgemein den mit einem Zweck verbundenen Besuch einer Einrichtung durch externe Akteure. So werden in Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung Visitationen als Instrument der Qualitätssicherung und -entwicklung verwendet und zeichnen sich, wie beim Peer Review, durch einen strukturierten Ablauf mit einem Vor-Ort-Besuch aus. Ähnlich dem Curriculum „Ärztliches

Peer Review“ der BÄK werden die Begutachtenden, hier Visitoren, auf Basis eines Schulungskonzepts qualifiziert (14). Auch das von der KBV angebotene Qualitätsmanagementsystem (QEP[®]) verwendet den Begriff der Visitation. Charakter und Ziel der *internen* Visitationen entsprechen dabei den internen Audits der Qualitätsmanagementsysteme nach DIN. Akteure sind in der Regel Mitarbeiter der Praxis (15). Zudem verwendet QEP[®] den Begriff der *externen* Visitation im Rahmen der möglichen Zertifizierung und entspricht hier wiederum dem externen Audit aus dem DIN-Sprachgebrauch. Visitoren, die mittels QEP[®]-Visitoren-Training entsprechend qualifiziert und anschließend akkreditiert werden, besuchen Praxen, die sich im Rahmen dieses Qualitätsmanagementsystems freiwillig zertifizieren lassen wollen. Im ambulanten Bereich findet auch das sogenannte Europäische Praxisassessment (EPA) als Qualitätsmanagementsystem Anwendung, welches die Visitation im Sinne eines Praxisbesuchs durch externe Akteure mit Begehung und Durchgehen einer Checkliste verwendet.

Qualitätssicherung oder Qualitätsverbesserung?

Bei den verschiedenen Instrumenten der Qualitätssicherung und -förderung können sowohl Ähnlichkeiten als auch grundsätzliche Gegensätze aufgezeigt werden. Die Akteure der einzelnen Instrumente stehen in unterschiedlichsten Verhältnissen zueinander. Für jedes Instrument ist darstellbar, welche Charakteristika der „Beurteilende“ aufweist und in welchem Verhältnis er zum „Besuchten“ steht. So gehören bei verschiedenen Instrumenten beide derselben Profession an und begegnen sich diesbezüglich auf Augenhöhe. Andere Instrumente sind in Bezug auf die Akteure interprofessionell (verschiedene Berufsgruppen) oder interdisziplinär (verschiedene Fachgebiete) besetzt, so dass der Begriff der Ebenbürtigkeit immer wieder neu diskutiert werden muss. Teils sind die Akteure in Bezug auf ihre Tätigkeit als „Beurteilende“ mittels eines Curriculums oder Ähnlichem ge-

schult. Die Tätigkeit der Akteure ist in den meisten Fällen ehrenamtlich, wird aber je nach Hintergrund des Instruments im Aufwand berücksichtigt. Externe „Begutachter“ im Rahmen von Audits und Visitationen werden zum Teil durch einen Auftraggeber vergütet. Deutlich ist, dass sich Instrumente der Qualitätssicherung und -förderung in Bezug auf einen tatsächlichen Vor-Ort-Besuch unterscheiden. Während bei Audits, Visitationen oder Peer Reviews nach dem Curriculum der Bundesärztekammer dieser Besuch als Kernelement beschrieben wird, nutzen andere Instrumente, wie der strukturierte Dialog, ein solches Vorgehen nur bei einer möglichen Eskalation der Beurteilung.

In Bezug auf Peer Review gibt es unterschiedliche Ansichten: Während es zum einen als Instrument der Qualitätssicherung bezeichnet wird, wird es zum anderen in der Diskussion auch als Instrument der Qualitätsförderung gesehen (17). Sowohl die Qualitätssicherung als auch die Qualitätsverbesserung werden als Teil des Qualitätsmanagements beschrieben. Die einrichtungsvergleichende, externe Qualitätssicherung beruht beispielsweise auf dem Konzept, standardisiert qualitätsrelevante Daten zu dokumentieren (16). Aus diesen retrospektiven Qualitätsaufzeichnungen abgeleitete statistische Ergebnisse werden dann den Einrichtungen übermittelt. Im Idealfall lassen sich hieraus auch Maßnahmen der Qualitätsverbesserung ableiten. Letztlich bleibt unklar, welchem Teil des Qualitätsmanagements das Peer Review zuzuordnen ist und ob die Abgrenzung überhaupt möglich beziehungsweise notwendig ist. Wahrscheinlich macht die Kombination dieser zwei Ausrichtungen das Besondere des Instruments Peer Review aus.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2013; 110(26): A 1310–3

Anschrift der Verfasser

Dr. med. Christoph Grien, Dr. med. Susanne Kleudgen, Dr. med. Franziska Diel
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat Sektorenübergreifende
Qualitätsförderung und -darstellung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

@ Literatur im Internet:
www.aerzteblatt.de/lit2613



Fotos: Michael Peters (DA)

QUALITÄTSSICHERUNG

Instrumente der kollegialen Qualitätsförderung

Peer Reviews erfreuen sich zunehmender Verbreitung. Abgrenzungen zu anderen Instrumenten des Qualitätsmanagements werden dabei unscharf.

Christoph Griem, Susanne Kleudgen, Franziska Diel

LITERATUR

1. Mertens S, Baethge C: Unverständener Standard: Peer Review ist fehleranfällig und wenig evaluiert, trotzdem scheint es alternativlos zu sein. *Dtsch Arztebl* 2012; 109(51–52): 900–2.
2. Grol R: Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide. *Quality in Health Care* 1994; 3: 147–52.
3. Bahrs O, Gerlach F, Szecsenyi J: Ärztliche Qualitätszirkel. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 1994.
4. Eberlein-Gonska M, Chop I: Übersichtsartikel zum Peer Review Verfahren und seine Einordnung in der Medizin. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ)* 2012; 106: 547–52.
5. Rink O: Das IQM Peer Review Verfahren – Ergebnisse der Initiative Qualitätsmedizin. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh wesen (ZEFQ)* 2012; 106: 560–5.
6. Braun J, et al.: Peer reviewing critical care: a pragmatic approach to quality management. *Ger Med Sci* 2010; 8.
7. Bundesärztekammer (Hrsg.): Curriculum „Ärztliches Peer Review“. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung 2011, Band XX.
8. Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung gemäß § 75 Abs. 7 SGB V, I B 4.
9. Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Handbuch Qualitätszirkel. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2010.
10. Punke MA, et al.: Qualitätssicherung in der Anästhesiologie in Hamburg – ein Weg von der Prozessqualität zur Ergebnisqualität. *Anästh Intensivmed* 2013; 54: 70–8.
11. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser.
12. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i.V.m. § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung.
13. AQUA-Institut (Hrsg.): Qualitätsreport 2011. Göttingen: AQUA-Institut 2012; 204.
14. Deutsche Rentenversicherung: Visitationen in medizinischen Reha-Einrichtungen 2012.
15. Diel F, Gibis B.: QEP® Qualitätsziel-Katalog: Für Praxen. Für Kooperationen. Für MVZ. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag 2010.
16. Sens B, Fischer B, Bastek A, et al.: Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements *GMS Med Inform Biom Epidemiol* 2007; 3(1): Doc05.
17. Rink O: Das IQM Peer Review Verfahren: Verbesserung der Ergebnisqualität, Strategie und Ergebnisse. *Präv Gesundheitsf* 2013; 1: 22.