



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Peer-Review-Verfahren in der vertragsärztlichen Versorgung - Empfehlungen für Praxen, Arzt- netze und Qualitätszirkel

Dezernat 7 – Sektorenübergreifende Qualitäts-
förderung

10623 Berlin, Herbert-Lewin-Platz 2

2. überarbeitete und ergänzte Fassung 2017

© Kassenärztliche Bundesvereinigung

Impressum

Hinweis

Die Empfehlungen sind für Vertragsärzte und -psychotherapeuten gleichermaßen entwickelt worden. Sofern im Text nur von Ärzten bzw. Vertragsärzten gesprochen wird, sind immer beide Berufsgruppen gemeint. In allen Fällen, in denen eine geschlechterspezifische Ausdrucksweise gewählt wurde, sind immer Frauen und Männer angesprochen.

1. Fassung 2014
2. Fassung August 2017

Herausgeber und Copyright:

Kassenärztliche Bundesvereinigung K. d. ö. R.
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Mitglieder der Arbeitsgruppe Peer Review in der vertragsärztlichen Versorgung der KBV:

Dr. Thomas Buchmann, Matthias Felsenstein, Dr. Stephan Gotsmich, Dr. Matthias Jahnke,
Dr. Rainer Jund, Jörg Karst, Berthold Lindow, Dr. Joachim Oldendörp, Dr. Henning Schaefer,
Prof. (H:G, Berlin) Dr. Johann Wilhelm Weidringer, Dr. Ulrich Zorn

Verantwortlich:

Ingrid Quasdorf
Ulrike Schmitt
Dr. med. Franziska Diel

Kontakt:

Telefon: 030 4005-1230, iquasdorf@kbv.de

Inhalt

Vorwort	4
1 Einleitung und Zielsetzung	5
2 Hintergrund, Definitionen, Grundsätze	6
3 Ziele und Zielgruppen	8
4 Eckpunkte	8
4.1 Peers	8
4.2 Qualifikation der Peers.....	9
4.3 Grundsatz der Wechselseitigkeit.....	10
4.4 Beschreibung des Verfahrens	10
4.5 Verfahrenseigner	11
4.6 Inhalte/Gegenstand.....	12
4.7 Prinzip der Freiwilligkeit	13
4.8 Vertraulichkeit und Datenschutz.....	13
5 Durchführung	15
5.1 Anlass.....	15
5.2 Ablauf	15
5.3 Verwendung der Ergebnisse	17
6 Weitere Empfehlungen	18
6.1 Fortbildungszertifizierung	18
6.2 Aufwand/Bezahlung	18
6.3 Teilnahmebescheinigung	18
Anhang	19
Anhang 1: Ablauf Verfahrensentwicklung	
Anhang 2: Ablauf Umsetzung	
Anhang 3: Muster-Praxisstrukturbogen	
Anhang 4: Muster-Fragebogen zur Vorbereitung eines Peer Reviews/Muster-Schaubilder für Beobachtungskriterien zur Durchführung eines Peer Reviews	
Anhang 5: Muster-Checkliste für Peer Reviews mit Fokus auf dem praxisinternen Qualitätsmanagement patientennaher Versorgungsprozesse	
Anhang 6: Muster-Verschwiegenheitserklärung	
Anhang 7: Muster-Einwilligungserklärung für Patienten	
Anhang 8: Muster-Ergebnisbericht zur Durchführung eines Peer Reviews	
Anhang 9: Muster-Feedbackbogen	
Anhang 10: DEGAM-Checklisten für Praxis-Hospitationen	

Vorwort

Es gehört seit jeher zum Selbstverständnis der Vertragsärzte und -psychotherapeuten, ihre berufliche Kompetenz kontinuierlich weiterzuentwickeln. Daneben fordert auch das Sozialgesetzbuch, dass Vertragsärzte und -psychotherapeuten Maßnahmen der Qualitätssicherung durchführen und ihre Leistungen nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sowie in der fachlich gebotenen Qualität erbringen. Durch eine kontinuierliche Fortbildung und die verpflichtende oder freiwillige Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätsentwicklung werden Ärzte und Psychotherapeuten diesem Anspruch gerecht und gewährleisten eine stetige Weiterentwicklung der Qualität der Patientenversorgung und der Patientensicherheit.

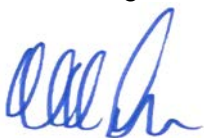
Mit verschiedenen Gesetzesinitiativen zum Gesundheitswesen hat die Bundesregierung die Themen Versorgungsqualität und Patientensicherheit in der zu Ende gehenden Legislaturperiode immer wieder in den Fokus gerückt.

Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigungen unterstützen Vertragsärzte in ihrem Bemühen um eine hohe Qualität der Versorgung mit einer Vielzahl von Serviceangeboten, wie zum Beispiel das Qualitätsmanagementsystem „QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen[®]“, das Qualitätszirkel-Konzept der KBV, das Set „Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen - AQUIK[®]“, Informationsangebote unter dem Titel „Praxis-Wissen“, Webtools oder auch Online-Fortbildungen. Dabei steht die Förderung freiwilliger Qualitätsinitiativen im Vordergrund. Viele dieser Initiativen basieren auf Peer-Review-Ansätzen, also dem kollegialen Lernen.

Mit den hier vorliegenden Empfehlungen für Praxen, Arztnetze und Qualitätszirkel zur Implementierung von Peer Review in die vertragsärztliche Versorgung möchte die Kassenärztliche Bundesvereinigung diesen Ansatz einer freiwilligen Qualitätsförderung unterstützen. Die Empfehlungen stellen einen weiteren Baustein im Portfolio der für die ambulante Versorgung zur Verfügung stehenden Qualitätsförderungsinstrumente dar. Vertragsärzte erhalten damit Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung fachgruppenbezogener und spezifisch auf die Bedingungen der ambulanten Versorgung ausgerichteter Peer-Review-Verfahren. Zielstellung ist, den kollegialen Austausch zur Reflexion des ärztlichen Handelns und das gegenseitige Lernen zu fördern.

Impulsgebend für die Entwicklung der „Empfehlungen“ waren dabei das „Curriculum Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer und Initiativen von Vertragsärzten, insbesondere des Anästhesienetzes Berlin-Brandenburg e. V. (ANBB). Die Entwicklung der Empfehlungen erfolgte im Dialog mit Kammervertretern sowie Anwendern aus dem ambulanten und Rehabilitationsbereich, die ihre Erfahrungen in eine Arbeitsgruppe bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eingebracht haben. In die hier vorliegende zweite Fassung der Empfehlungen sind Erfahrungen aus dem Pilottest im Gesundheitsnetz „Qualität und Effizienz eG Nürnberg“, der im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung mit der KBV durchgeführt worden ist, sowie aus weiteren aktuellen Peer-Review-Projekten in der ambulanten Versorgung eingeflossen. Allen beteiligten Akteuren gilt unser besonderer Dank.

Berlin, August 2017



Dr. Andreas Gassen

Vorsitzender des Vorstands

1 Einleitung und Zielsetzung

Impulsgebend für die vorliegenden Empfehlungen waren das „Curriculum Ärztliches Peer Review“¹ der Bundesärztekammer und die Aktivitäten des Anästhesienetzes Berlin-Brandenburg e. V. (ANBB) zur Entwicklung eines fachgruppenspezifischen Peer-Review-Verfahrens. Ziel war es, allgemeingefasste Eckpunkte für die spezifische Anwendung von Peer-Review-Verfahren im ambulanten Sektor zu konkretisieren und Vertragsärzten zur Verfügung zu stellen. Zu diesem Zweck haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der ANBB eine Kooperationsvereinbarung abgeschlossen – zwischenzeitlich wurde das PeerVisit-Verfahren² des ANBB erfolgreich erprobt.

Bei der Erarbeitung des Konzepts wurde den besonderen Bedingungen der ambulanten Versorgung Rechnung getragen. Solche besonderen Rahmenbedingungen sind z. B. die freiberufliche und selbständige Tätigkeit, die personellen und finanziellen Ressourcen der Praxen, das breite Leistungsspektrum von der Prävention bis hin zur kontinuierlichen Betreuung chronisch Kranker, das Versorgungsspektrum von der hausärztlichen Versorgung bis hin zur spezialisierten fachärztlichen Versorgung und die Versorgungsstrukturen von der Einzelpraxis bis hin zu Medizinischen Versorgungszentren. Diese Heterogenität der Strukturen und Bedingungen des ambulanten Sektors erfordert, dass die Verfahren immer nach dem konkreten Bedarf der jeweiligen Fachgruppe/Zielgruppe und der Zielstellung der Peer Reviews ausgestaltet werden müssen. Gleichzeitig gibt es grundsätzliche Gemeinsamkeiten, die Grundlage für die Entwicklung des hier vorliegenden Konzeptes waren.

Die Empfehlungen für die Beschreibung und Durchführung von Peer Reviews in der ambulanten Versorgung wurden auf der Basis praktischer Erfahrungen von Vertragsärzten und im Dialog mit einer im Impressum genannten Arbeitsgruppe erarbeitet und konsentiert. Der Arbeitsgruppe gehören Vertreter des ambulanten, stationären und Kammerbereichs an. Das Konzept soll andere Vertragsärzte und -psychotherapeuten oder Gruppen von ihnen, Arztnetze und Qualitätszirkel motivieren, das Instrument „Peer Review“ für den kontinuierlichen Qualitätsentwicklungsprozess verstärkt zu nutzen und dauerhaft in der vertragsärztlichen Versorgung zu etablieren. Das Lernen voneinander steht dabei im Vordergrund.

Auch kleinere Arztgruppen können Peer Reviews durchführen, ohne dass in diesen Fällen die Entwicklung eines formalisierten Vorgehens erforderlich wäre. Hierfür können die Eckpunkte ebenfalls wertvolle Anregungen geben. Von besonderer Bedeutung ist, die freiwillige Anwendung des Instruments „Peer Review“ zu fördern - zum Nutzen für die teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten und ohne sanktionierende Rahmenbedingungen.

Die Empfehlungen verstehen sich einerseits als Handlungsanleitung im Sinne eines methodischen Leitfadens für die Ausgestaltung und Umsetzung ambulanter Peer-Review-Verfahren, andererseits beschreiben sie Qualitätskriterien für Peer Reviews in der vertragsärztlichen Versorgung, die die besonderen Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung berücksichtigen. Die beschriebenen Kriterien für die Entwicklung fachgruppenspezifischer, netzspezifischer oder auch qualitätszirkelspezifischer Peer-Review-Verfahren bieten einen Rahmen, der zielgruppen- und kontextbezogen angepasst und auf die besonderen Belange der jeweiligen Nutzergruppe heruntergebrochen werden soll. Sie haben damit empfehlenden Charakter und sind als Umsetzungsunterstützung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten gedacht.

Musterdokumente, die sich im Anhang befinden, stellen einen Service für Verfahrensentwickler und -anwender dar. Sie sind als Anregung zu verstehen und müssen zielorientiert und nutzerbezogen modifiziert werden.

¹ Bundesärztekammer (Hrsg.) Curriculum Ärztliches Peer Review, 2. Auflage 2013

² ANBB Anästhesienetz Berlin-Brandenburg e. V., Handbuch PeerVisit, 2014

2 Hintergrund, Definitionen, Grundsätze

Neben vielen anderen Instrumenten der Qualitätsförderung, wie z. B. Audit, Dialog, Kolloquium, Konferenz, Visitation, Intervisionen in der Psychotherapie, Hospitation oder Qualitätszirkel stellt auch Peer Review ein anerkanntes Verfahren der Qualitätsförderung in der medizinischen Versorgung dar.³ Bereits Anfang der 1990er Jahre beschrieb Richard Grol⁴ Peer Review als Instrument der Qualitätsverbesserung im hausärztlichen Bereich.

“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.” (Grol 1994)

Basierend auf diesem Ansatz wurden in der vertragsärztlichen Versorgung ab Mitte der 90er Jahre deutschlandweit Qualitätszirkel etabliert.

Die Bundesärztekammer definiert Peer Review wie folgt:

- 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 Patientenversorgung⁵

Peer-Review-Verfahren stellen ein Instrument dar, das Ärzte und Psychotherapeuten für ihren kontinuierlichen Verbesserungsprozess nutzen können. Peer Reviews betrachten dabei alle Qualitätsdimensionen der Praxen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Der Auswahl geeigneter Parameter, Fragestellungen oder Qualitätsindikatoren, die den konkreten Bedingungen der teilnehmenden Praxen Rechnung tragen, muss bei der Entwicklung der Verfahren besondere Beachtung geschenkt werden.

Da Peer Review kein geschützter Begriff ist, ist es umso wichtiger zu beschreiben, was im jeweiligen Anwendungsfall darunter verstanden wird.

Im Kontext des Qualitätsmanagements finden Peer Reviews seit einigen Jahren als formalisierte Verfahren in der Intensivmedizin, der Transfusionsmedizin und der Pathologie Anwendung.

Auch in der ambulanten Versorgung gewinnen Peer Reviews als Methode der kollegialen Beurteilung medizinischer Leistungserbringung immer mehr an Bedeutung. Besonders im Rahmen von Arztnetzen oder Qualitätszirkeln nutzen Vertragsärzte diesen Ansatz („den Blick von außen“), um das eigene Handeln durch Kollegen beobachten und kritisch bewerten zu lassen sowie durch den Austausch auf Augenhöhe Potenzial für die Weiterentwicklung ihrer Versorgungsqualität zu erschließen. In dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung speziell für Praxen entwickelten Qualitätsmanagementsystem „QEP - Qualität und Entwicklung in Praxen[®]“ ist das kollegiale Lernen als Qualitätsziel seit 2005 verankert (s. QEP Qualitätsziel-Katalog[®], Ziel 3.2.4 (1) Kollegiales Lernen (Peer Review)⁶).

Der Grundgedanke des Peer Reviews, sich von Kollegen beobachten zu lassen mit dem Ziel, sich zu verbessern und zu lernen, findet sich in vielen Bereichen wieder, so z. B. in der Wirtschaft. Auch international wird das Instrument „Peer Review“ sowohl im Gesundheitswesen (z. B. Visitation-Konzept/Niederlande) als auch in anderen Bereichen genutzt. Die Ausge-

³ Griem C, Kleudgen S, Diel F: Instrumente der kollegialen Qualitätsförderung, Dtsch Ärztebl 2013; 110(26): A 1310-3

⁴ Grol R: Quality improvement by peer review in primary care: a practical guide. Quality in Health Care 1994; 3: 147-52

⁵ Bundesärztekammer (Hrsg.) Curriculum Ärztliches Peer Review, 2. Auflage 2013

⁶ Diel F, Gibis B (Hrsg.) QEP-Qualitätsziel-Katalog[®] Versionen 2005 und 2010, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

gestaltung der Verfahren richtet sich dabei jeweils nach den spezifischen Rahmenbedingungen und ist abhängig von der konkreten Zielstellung.

Auch in der Bewertung wissenschaftlicher Texte findet häufig eine Form des Peer Reviews Anwendung - im Sinne einer freiwilligen externen Begutachtung wissenschaftlicher Veröffentlichungen durch Externe.⁷ In Abgrenzung zu einem kollegialen Dialog erfolgt hier jedoch eine einseitige Beurteilung.

Peer-Review-Verfahren sind außerdem geeignet, um sie ergänzend zur Selbstbewertung im Rahmen der gängigen Qualitätsmanagement-Verfahren zu nutzen oder die i. d. R. im Rhythmus von drei Jahren stattfindenden Re-Zertifizierungen vorzubereiten.

Verglichen mit anderen Instrumenten der Qualitätsförderung, die auch Peer-Review-Aspekte enthalten können, zeichnen sich Peer-Review-Verfahren vor allem durch folgende Grundsätze aus:

- Dialog auf Augenhöhe mit Kollegen (Peers als Besucher und Besuchte) zum gegenseitigen Nutzen
- Nutzung der beruflichen Erfahrungen der Kollegen und des Knowhows der Peers aus bereits durchgeführten Peer Reviews
- strukturierter Prozess und vorab vereinbarte Kriterien
- Vor-Ort-Besuch, in den Praxisalltag integriert
- Freiwilligkeit
- Vertraulichkeit
- selbstbestimmte Festlegung der Inhalte bzw. des Gegenstands, über den sich ausgetauscht werden soll
- empfehlender Charakter, ohne Sanktionierung
- prospektiver Charakter

In einzelnen Verfahren - je nach Zielstellung der Verfahrenseigner - können einzelne Kriterien modifiziert Anwendung finden.

Um Klarheit über Inhalt bzw. Gegenstand des konkreten Peer-Review-Verfahrens zu schaffen, muss dieser vorab definiert werden. Dies kann beispielweise in Form einer Verfahrensbeschreibung festgehalten und in Form von Checklisten, Fragenkatalogen, Indikatoren o. Ä. operationalisiert werden.

Wertschätzung und Vertraulichkeit besitzen im Rahmen des Peer Reviews höchste Priorität. Ebenso wie das Arzt-Patienten-Verhältnis in der ambulanten Versorgung soll auch das Verhältnis zwischen Peer und Besuchtem von Vertrauen geprägt sein. Die dafür notwendigen sozialen und kommunikativen Kompetenzen sollen durch ein entsprechendes Training anhand von Fallbeispielen weiterentwickelt werden. Der Dialog zwischen den Kollegen soll frei von Schuldzuweisungen sein. Der Besuchte entscheidet selbst, wie er mit den Ergebnissen des Reviews umgeht. Die Ergebnisse von Peer Reviews haben empfehlenden Charakter und ziehen keine Sanktionierungen nach sich.

⁷ Griem C, Kleudgen S, Diel F: Instrumente der kollegialen Qualitätsförderung, Dtsch Ärztebl 2013; 110(26): A 1310-3

3 Ziele und Zielgruppen

Wesentliche Ziele des Peer Reviews sind

- die kollegiale Reflexion ärztlichen Handelns zu nutzen, um sogenannte blinde Flecken zu identifizieren,
- sich mit Kollegen über die Weiterentwicklung der Patientenversorgung und Patientensicherheit auszutauschen,
- das Qualitätsbewusstsein zu stärken und
- eine Kultur des gegenseitigen Lernens zu entwickeln.

(s. auch „PeerVisit - Ein Verfahren des ANBB/Anästhesienetz Berlin-Brandenburg e. V.“ unter info@anbb.de)

Die hier vorliegenden Empfehlungen richten sich in erster Linie an die im Folgenden genannten Zielgruppen. Sie schließen die Beteiligung bzw. Einbindung weiterer Personen aber nicht aus (s. dazu auch 4.1):

- Vertragsärzte/-psychotherapeuten
- regionale Arztgruppen
- Qualitätszirkel
- Arztnetze
- Praxisverbünde
- Ärztegenossenschaften
- weitere ärztliche/psychotherapeutische Kooperationen
- ggf. Medizinische Fachangestellte
- usw.

4 Eckpunkte

4.1 Peers

Der Begriff „Peer“ stammt aus dem Englischen und bedeutet soviel wie Gleichgestellter oder Ebenbürtiger. Im Rahmen der Qualitätsentwicklung ist ein Peer ein unabhängiger externer Beobachter, der im gleichen Kontext und mit ähnlicher Fachexpertise wie der Besuchte arbeitet. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist ein Peer also ebenfalls ein Facharzt oder Psychotherapeut, der seinen Beruf in freier Niederlassung oder als Angestellter in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum ausübt.

Ein Peer zeichnet sich dadurch aus, dass er

- mit kollegialer Haltung,
- auf Augenhöhe,
- im Bewusstsein, dass es viele unterschiedliche und gut funktionierende Behandlungswege gibt und
- unter Wahrung der Schweigepflicht agiert⁸ und
- sich als Lernender versteht.

⁸ ANBB Anästhesienetz Berlin-Brandenburg e. V., Handbuch PeerVisit, 2014

Peer Reviews können sowohl durch eine einzelne als auch durch mehrere in diesem Instrument qualifizierte Personen durchgeführt werden. Man spricht dann von einem Peer Team.

Sofern es sich um Peer Teams handelt, setzen sich diese in der Regel aus Ärzten derselben Fachgruppe zusammen. Eine fachgebietsübergreifende Besetzung ist möglich, hauptsächlich bei einer Fokussierung des Reviews auf Qualitätsmanagement-Aspekte.

Die Koordinierungs-/Lenkungsgruppe bzw. der Verfahrenseigner sollten sich auch Gedanken dazu machen, ob Kollegen aus dem Krankenhaus an der Durchführung der Peer Reviews beteiligt werden können.

Eine mögliche Einbeziehung Dritter, auch berufsgruppenübergreifend, (z. B. Medizinische Fachangestellte, Qualitätsmanagementbeauftragte(r), Vertreter der Berufskammern) soll vorher abgesprochen sein, insbesondere bei der Teilnahme „Nicht-Gleichgestellter“. Grundsätzlich können dadurch weitere wertvolle Impulse und Anregungen gewonnen werden.

Zu den Aufgaben eines Peers zählt es:

- das Review vorzubereiten (Abstimmungen, Kenntnisnahme des vorbereitenden Struktur- oder Selbstbewertungsberichts usw.)
- den Besuch durchzuführen
- das Handeln des Kollegen zu beobachten und kritisch zu reflektieren
- die Beobachtungen unter Berücksichtigung der Vorgaben der Verfahrensbeschreibung zu dokumentieren (z. B. anhand einer Checkliste, eines strukturierten Berichts/Protokolls, einer Matrix oder eines Mindmappings)
- das kollegiale Auswertungsgespräch zu führen, ggf. bestimmte Aspekte nachzufragen oder auf Nachfrage zu beraten
- die Nachbereitung des Reviews durchzuführen und ggf. den Peer-Review-Bericht zu erstellen

Dazu gehört ggf. auch, im Ergebnis gemeinsamer Überlegungen Schlussfolgerungen, die von allgemeinem Interesse sein könnten, anonymisiert darzustellen und z. B. dem Qualitätszirkel oder den Netzpartnern zugänglich zu machen. Die Koordinierungs-/Lenkungsgruppe sollte dazu ein Vorgehen abstimmen.

Es ist nicht Aufgabe des Peers, im Rahmen des Reviews Patienten zu beraten oder eine Zweitmeinung abzugeben. Grundsätzlich sollten Peers im Rahmen eines Reviews nicht zu medizinischen Fragen Stellung nehmen. Sofern Patienten ein solches Anliegen vorbringen, sollte sich der Peer auf seine Rolle als Beobachter zurückziehen.

4.2 Qualifikation der Peers

Die Durchführung eines erfolgreichen, strukturierten Peer Reviews setzt voraus, dass der Peer über die erforderlichen Kompetenzen verfügt, die in der Regel im Rahmen einer Ausbildung zum Peer erworben oder weiterentwickelt werden. Neben dem Wissen um die Ziele und Inhalte eines Peer-Review-Verfahrens und dem fachlichen Können, ein solches Verfahren durchzuführen, zählen dazu insbesondere Sozial- und Gesprächsführungskompetenz.

Die Verfahrensbeschreibung sollte daher regeln, welche Qualifikationsanforderungen an Peers gestellt werden und wie die Ausbildung zum Peer erfolgen soll bzw. wer diese Ausbildung durchführt.

Für die Ausbildung von Peers wird das „Curriculum Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer (BÄK) empfohlen. Dabei sind folgende Optionen denkbar:

- Ausbildung nach dem BÄK-Curriculum durch die Landesärztekammern
- Ausbildung durch den Verfahrenseigner in Anlehnung an das BÄK-Curriculum

Da eine wertschätzende, offene und eindeutige Kommunikation zentraler Bestandteil eines Peer Reviews ist, sollten ein Gesprächsführungstraining und die Vermittlung sozialer und kommunikativer Kompetenzen Bestandteil der Ausbildung zum Peer sein.

Um die in der Peerausbildung - "in vitro" - erworbenen Kompetenzen zu festigen, hat es sich als sinnvoll erwiesen, anschließend die Tätigkeit als Peer mindestens einmal, besser zweimal - "in vivo" - supervidieren zu lassen.

Grundsätzlich wird empfohlen, das Zeitintervall zwischen Peerausbildung und erstem Review kurz zu halten.

4.3 Grundsatz der Wechselseitigkeit

Ein Peer sollte bereit sein, sich in regelmäßigen Abständen gemäß Verfahrensbeschreibung auch selbst durch einen anderen Peer besuchen zu lassen. Dabei muss den besonderen Bedingungen des ambulanten Sektors Rechnung getragen werden.

Die Ausbildung zum Peer als Qualitätsvoraussetzung für die erfolgreiche Durchführung eines Peer Reviews limitiert gleichzeitig die Anzahl zur Verfügung stehender Peers. Nicht jeder Vertragsarzt/-psychotherapeut, der an einem Peer-Review-Verfahren teilnehmen möchte, wird auch bereit oder aus den vielfältigsten Gründen in der Lage sein, eine Ausbildung zum Peer zu absolvieren. Die Teilnahme an einer Peer-Ausbildung und die Durchführung von Peer Reviews bedeuten für den betreffenden Vertragsarzt/-psychotherapeuten immer auch, dass die eigene Praxis für diese Zeit geschlossen werden muss. Die konkreten Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung, wie zum Beispiel Einzelpraxen, Präsenzpflicht, Sprechstundenzeiten oder Bereitschaftsdienste, beschränken daher das Prinzip der 100-prozentigen Wechselseitigkeit.

Aber auch aus anderen Gründen (Terminüberschneidungen, räumliche Distanzen, familiäre Verpflichtungen o. ä.) wird es nicht immer möglich sein, dass Besucher und Besuchte ihre Rollen im Rahmen eines Peer-Review-Verfahrens 1:1 tauschen können. Im Sinne eines Gewöhnungseffektes könnte dies sogar kontraproduktiv für eine objektive Betrachtung sein.

Die Entwickler sollten daher überlegen, wie mit dieser Besonderheit der ambulanten Versorgung umgegangen werden soll.

4.4 Beschreibung des Verfahrens

Unter der Prämisse, dass ein Peer-Review-Verfahren sinnvollerweise für eine größere Anwendergruppe entwickelt wird, ist die Beschreibung eines formalisierten Vorgehens unerlässlich. Dabei sind die Entwickler, die sogenannten Verfahrenseigner oder -träger (s. 4.5), in der Ausgestaltung ihres spezifischen Peer-Review-Verfahrens frei. Wichtig ist, dass die konkreten Belange der adressierten Praxen Berücksichtigung finden (z. B. Fachgebiet, Praxisgröße und -struktur, spezielle Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Sprechstundenzeiten). Eine zielgruppenspezifische Ausrichtung ist eine wichtige Voraussetzung für die Akzeptanz dieses Qualitätsförderungsinstruments.

Folgende Anforderungen an eine Verfahrensbeschreibung werden als Mindeststandard empfohlen:

- *Verschriftlichung*
Das Verfahren soll schriftlich dargelegt sein, z. B. in Form eines Manuals, Leitfadens oder einer Handlungsanleitung, und die nachfolgend aufgeführten Punkte als Mindeststandard umfassen.
- *Verantwortlichkeiten*
Die Verantwortlichkeiten müssen geregelt sein. Dadurch wird allen Beteiligten Sicherheit in der Umsetzung gegeben. Ein einheitliches Vorgehen wird unterstützt.
- *Zielstellung*
Es soll dargelegt werden, welche Zielstellung im Fokus der Peer Reviews steht (z. B. die Qualitätsentwicklung eines gesamten Versorgungsprozesses, einzelner Ausschnitte daraus, der Qualitätsvergleich mit einer Arztgruppe oder eher Qualitätsmanagementaspekte).
- *Inhalte/Gegenstand*
Bei der Beschreibung der konkreten Inhalte bzw. des konkreten Betrachtungsgegenstands handelt es sich um das Kernstück des Peer-Review-Verfahrens. Sie müssen klar beschrieben sein. Dabei können sowohl medizinische als auch organisatorische Aspekte in den Mittelpunkt gerückt werden. Auch das Arzt-Patienten-Gespräch kann Gegenstand sein. Die Entwickler bzw. Verfahreneigner sollten ausreichend Zeit für die Auswahl, Abgrenzung und Formulierung einplanen und den Gegenstand mit allen an der Entwicklung Beteiligten konsentieren. Näheres dazu unter 4.6.
- *wesentliche Elemente der Verfahrensbeschreibung*
Um ein einheitliches Vorgehen bei allen Beteiligten zu sichern und Klarheit für die Umsetzung des Verfahrens zu schaffen, sollten wesentliche Elemente, die in unter den Punkten 4.1 bis 4.5 und 4.7 bis 4.8 aufgeführt und erläutert sind, beschrieben werden.
- *Verfahrensumsetzung*
Die Organisation und der Ablauf der Verfahren sollen skizziert und damit einen Rahmen für ein einheitliches Vorgehen gesetzt werden (s. unter 5 Durchführung).
- *Verwendung der Ergebnisse*
Ein Konsens dazu, wie die Ergebnisse der Peer Reviews verwendet werden sollen, sollte ebenfalls festgehalten werden (z. B. nur intern, anonymisiert auch extern etc.; s. 5.3 Verwendung der Ergebnisse).

Der Ablauf der Verfahrensentwicklung ist im Anhang in Abbildung 1 dargestellt.

4.5 Verfahreneigner

Unter Verfahreneigner werden hier Personen, Personengruppen, Institutionen oder Verbände verstanden, die das jeweilige Peer-Review-Verfahren initiieren, entwickeln, verantworten und seine Umsetzung koordinieren. Verfahreneigner kann grundsätzlich jede organisierte Gruppe von Ärzten oder Psychotherapeuten sein, z. B. Arztnetze oder Qualitätszirkel, nichtkommerzielle Institutionen des Gesundheitswesens, Berufskammern, Berufsverbände, andere kooperative Versorgungsstrukturen oder medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften sein.

Für die Teilnehmer an Peer-Review-Verfahren (Besucher/Besuchte) ist Transparenz darüber, wer die Entwickler des Verfahrens sind bzw. wer der Verfahreneigner ist, wichtig. Sie schafft Akzeptanz für diese Qualitätsförderungsmaßnahme und erhöht die Bereitschaft, an Peer Reviews teilzunehmen. Für den Vertragsarzt/-psychotherapeuten muss erkennbar sein, wer die Verantwortung für die Durchführung, Koordination und Organisation trägt. Dazu ge-

hört auch eine Information, ob das Verfahren für eine bestimmte Nutzergruppe entwickelt oder für alle Anwender offen gestaltet wurde.

Transparenz muss auch zu den Entwicklungs- bzw. -durchführungskosten hergestellt werden. Interessenskonflikte sollten offengelegt werden.

Sofern auf ein bereits bestehendes Verfahren Bezug genommen wird, sollte dies kenntlich gemacht werden.

Kontaktdaten des Verfahreneigners sollten hinterlegt sein.

In jedem Fall wird die Einrichtung einer Koordinierungs-/Lenkungsgruppe, die in ihrer Größe und Zusammensetzung abhängig von der Teilnehmerzahl am Verfahren ist, empfohlen. Für einen Qualitätszirkel könnte das bedeuten, dass alle Teilnehmer oder auch nur zwei bis drei benannte Personen diese Aufgabe übernehmen.

4.6 Inhalte/Gegenstand

Für den strukturierten Ablauf eines Peer-Review-Verfahrens ist es notwendig, dass sich die Entwickler auf bestimmte fachspezifische Themenschwerpunkte bzw. Fragestellungen verständigen, die im Rahmen des Reviews betrachtet werden sollen.

Die Beschreibung der fachlichen Inhalte des Reviews stellt einen wichtigen und unter Umständen zeitintensiven Schritt der Verfahrensentwicklung dar. Ausgehend von der Komplexität der Aufgaben einer ambulanten Praxis ist es sinnvoll, eine ganzheitliche Betrachtung durchzuführen (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität), die eine überschaubare Anzahl klinischer Parameter berücksichtigt.

Die auf dieser Basis im Rahmen eines Peer Reviews gemachten Beobachtungen können so strukturiert erfasst (z. B. in Form einer Checkliste, eines Fragebogens, einer Matrix oder eines Mindmappings) und ausgewertet werden. Wichtig dabei ist es, nicht nur auf Schwächen zu achten, sondern auch Stärken zu würdigen und Perspektiven, ggf. aber auch Risiken zu thematisieren.

Beim Vor-Ort-Besuch, also während des Reviews, sollte methodisch jedoch nicht im Vordergrund stehen, eine Checkliste abzuarbeiten. Der Peer sollte den Besuch nicht mit einer Checkliste „bewaffnet“ absolvieren, sondern den Fokus auf die erfahrungsbezogene Beobachtung und den kollegialen Dialog legen, so dass ein wechselseitiges Lernen möglich wird. Voraussetzung dafür ist eine sorgfältige Vorbereitung durch den Peer.

Vorab erfasste Strukturdaten und konsentrierte Indikatoren machen die Ergebnisse des Reviews operationalisierbar und vergleichbar, sowohl hinsichtlich eines zeitlichen Verlaufs als auch im Hinblick auf Evidenzquellen oder Vergleichsgruppen. Sie helfen, alle Qualitätsbereiche gleichermaßen zu betrachten und Verbesserungspotenzial zu identifizieren. Indem die Ergebnisse ausgewertet werden können (s. 5.3), wird der Nutzen durchgeführter Peer Reviews für alle Mitwirkenden gesteigert. Die Ergebnisse können zugleich Grundlage für die Evaluation des Peer-Review-Verfahrens sein.

Für die Entwicklung oder Nutzung solcher Fragenkataloge oder Checklisten kann ggf. auf bereits vorhandene Dokumente zurückgegriffen werden, die dann auf das konkrete Verfahren adaptiert werden. Empfehlungen von wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften oder Leitliniengruppen können eine wichtige Grundlage darstellen. Eine Internetrecherche dazu kann hilfreich sein. Vielfältige Informationen finden sich z. B. unter <http://www.arztbibliothek.de/> oder unter <http://www.awmf.org/>.

Denkbar ist auch die Verwendung von Qualitätsindikatoren aus dem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelten AQUIK[®]-Set⁹, von Daten aus den Feedbackberichten der Disease-Management-Programme oder von Indikatoren bzw. Qualitätskriterien aus durchlaufenen Qualitätsmanagement- (z. B. EPA, QEP¹⁰) oder Qualitätssicherungsverfahren. Praxisinterne Statistiken, die über die Praxisverwaltungssoftware generiert werden, sind ebenfalls hilfreich. Vergleiche hierzu auch „Anwendung von Qualitätsindikatoren in Qualitätszirkeln und Praxen“¹¹.

Um Akzeptanz für das Verfahren zu erzielen, wird empfohlen, zunächst mit einer eher geringeren Anzahl von Fragen und Indikatoren zu beginnen. Wichtig ist, dass die Praxisschwerpunkte der jeweiligen Fachgruppe in diesen Fragen- und/oder Indikatorlisten abgebildet werden. Für eine hausärztliche Praxis könnten das z. B. die Themenbereiche Arzt-Patienten-Gespräch, Prävention, chronische Erkrankungen, Verordnungsverhalten und Kooperation sein.

4.7 Prinzip der Freiwilligkeit

Intention dieser Empfehlungen ist es, Peer Reviews als Instrument der freiwilligen Qualitätsförderung in der ambulanten medizinischen Versorgung zu etablieren. Das setzt i. d. R. eine hohe Motivation der am Verfahren Beteiligten und einen Konsens zur Nutzung von Qualitätsförderungsinstrumenten, z. B. im Rahmen von Netzen oder Qualitätszirkeln, voraus. Die Überzeugung vom Nutzen der Verfahren erhöht deren Akzeptanz. Hierbei spielt der Gedanke des gegenseitigen Lernens eine wesentliche Rolle.

Eine freiwillige Einbindung von Peer Reviews in das praxisinterne Qualitätsmanagement im Sinne der Verbindung von Selbst- und Fremdbewertung stellt eine weitere Option dar.

4.8 Vertraulichkeit und Datenschutz

Im Rahmen eines Peer Reviews erhält der Peer Einblick in den Betriebsablauf der besuchten Praxis und damit in den vollständigen Wirkungsbereich des besuchten Kollegen. Dieser Kollege ist ggf. Kooperationspartner in einem Netz oder Teilnehmer eines gemeinsamen Qualitätszirkels. Aber auch der Konkurrenzaspekt könnte dem Anliegen entgegenstehen, einem Kollegen Einblick in die eigene Versorgungspraxis zu gewähren. Für die Akzeptanz des Instruments besitzt daher Vertraulichkeit die herausragende Bedingung.

Daneben erhält ein Peer im Verlauf des Verfahrens in der Regel auch Kenntnis von Patientendaten. Dabei sind die relevanten Bestimmungen des Datenschutzes für personenbezogene Daten zu beachten. Regelungen zur Verschwiegenheit und zum Datenschutz müssen zwingender Bestandteil der Verfahrensbeschreibung sein.

Der Aufenthalt des Peers in der Praxis zu Zwecken der Qualitätssicherung ist aus dem Sozialgesetz ableitbar. Nach § 135a Abs. 1 Satz 1 SGB V sind „die Leistungserbringer ... zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet“. Handlungsbedarf entsteht, sobald der Peer Kenntnis von personenbezogenen Daten erhalten könnte, sei es bei Beobachtung der Prozesse am Empfang einer Praxis, bei der Teilnahme an einem Patientengespräch, im Rahmen von Diagnostik und Therapie oder bei Einsichtnahme in die Patientenakte. Obwohl der Peer (Arzt) ebenso wie der Besuchte der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt, müssen die betroffenen Patienten in geeigneter Weise auf die Anwesenheit eines Peers hingewiesen werden und ihren Arzt von der Schweige-

⁹ KBV (Hrsg.) KBV entwickelt Starter-Set ambulanter Qualitätsindikatoren, Ergebnisse des Projektes "AQUIK[®] - Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen", 2009, Berlin, ISBN 978-3-00-028074-0 <http://www.kbv.de/html/aquik.php>

¹⁰ Diel F, Gibis B (Hrsg.) QEP-Qualitätsziel-Katalog[®] Version 2010, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln

¹¹ KBV (Hrsg.) Handbuch Qualitätszirkel, 2. Auflage 2013, Kapitel 4.9

pflicht gegenüber dem Peer entbinden. Nach Vorstellung der „fremden“ Kollegen bietet es sich an, zunächst das Peer-Review-Konzept und dessen Zielsetzung kurz zu erläutern. Die Zustimmung des Patienten zur Anwesenheit des Peers und Beobachtung seiner Behandlung kann mündlich erfolgen, sollte dann jedoch unbedingt in der Patientenakte vermerkt werden. Noch sicherer ist es, die Zustimmung vorab schriftlich mit einer Einwilligungserklärung (Muster s. Anhang) einzuholen, weshalb wir dies hier empfehlen. Dies gilt im Besonderen, wenn der Peer Einsicht in Patientenakten erhält. Andernfalls dürfen personenbezogene Daten nur anonymisiert verwendet werden.

Wenn auch Nicht-Ärzte an einem Peer-Review-Verfahren teilnehmen, müssen diese Personen vorab zusätzlich eine schriftliche Verschwiegenheitserklärung (Muster s. Anhang) unterschreiben.

In einzelnen Fällen, z. B. beim ambulanten Operieren, können Vertragsärzte verschiedener Fachgebiete an der Leistungserbringung beteiligt sein. Sofern sich das Peer-Review-Verfahren entweder nur auf den Anästhesisten oder nur auf den Operateur bezieht, muss vorab die Zustimmung des jeweils anderen beteiligten Kollegen eingeholt werden, dass ein Peer anwesend sein darf.

5 Durchführung

5.1 Anlass

Peer-Review-Verfahren können aus verschiedenen Anlässen heraus durchgeführt werden:

- regelmäßig, z. B. nach dem Best-Practice-Prinzip im Rahmen von Qualitätszirkeln oder Arztnetzen; als Qualitätsstandard im Rahmen kooperativer Versorgungsstrukturen
- auf Anfrage/durch Eigeninitiative des Besuchten, z. B. als ergänzendes Element zum Qualitätsmanagement

Peer-Review-Verfahren, die z. B. bei der Identifizierung von Qualitätsdefiziten von nicht unmittelbar beteiligten Stellen initiiert werden (beispielhaft im stationären oder Reha-Bereich), widersprechen dagegen dem Freiwilligkeitsprinzip.

Häufigkeit und Umfang der Peer-Review-Verfahren sollten in der Verfahrensbeschreibung geregelt werden. Grundsätzlich sollten die Reviews und Intervalle so bemessen sein, dass Aufwand und Nutzen in einem vertretbaren Verhältnis zueinander stehen und der Praxisbetrieb nicht beeinträchtigt wird.

Für die Koordination der Reviews können Vertragsärzte die Strukturen eines Netzes, eines Berufsverbandes, einer Fachgesellschaft oder eines Qualitätszirkels nutzen oder sie erfolgt unmittelbar zwischen den beteiligten Kollegen.

5.2 Ablauf

Für den Ablauf eines Peer-Review-Verfahrens werden folgende Schritte empfohlen:

1. Verständigung über den Peer/das Peer Team
2. Vereinbarung des Termins und des zeitlichen Umfangs des Besuchs

Während beispielsweise bei einem Audit ein erreichter, normierter Qualitätsstandard beurkundet werden soll und deshalb in der Regel Vorarbeiten zu leisten sind, liegt bei einem Review der Schwerpunkt auf der Beobachtung des normalen Praxisbetriebs. Ein Review kann daher zu jeder Zeit stattfinden. Der Termin ist nur zwischen Besuchtem und Besucher abzustimmen.

3. Abstimmung der Zielstellung sowie des Gegenstands (Checkliste) gemäß Verfahrensbeschreibung
4. Durchführung des Vor-Ort-Besuchs

Ein Vor-Ort-Besuch ist zentraler Bestandteil der hier vorgestellten Form von Peer Reviews. Er entspricht dem Grundgedanken, das Peer Review und den kollegialen Austausch auf die unmittelbare Leistungserbringung in der Praxis zu fokussieren.

Der Besuch kann durch die Beantwortung eines Fragenkataloges (Praxisstrukturbogen und/oder Selbstbewertung) vorbereitet und/oder ergänzt werden. Das kann besonders hilfreich sein, um auf Praxisbesonderheiten hinzuweisen. Eine alleinige Bewertung nach Aktenlage soll nicht erfolgen.

Bei einem Besuch durch ein Peer-Team (z. B. Arzt und Medizinische Fachangestellte) kann eine Aufteilung sinnvoll sein. Die Beobachtungsergebnisse müssen dann am Ende zusammengeführt werden.

Vor dem Besuch oder zu Beginn des Besuchs sollte ein kurzes einführendes Gespräch stattfinden, in dem sich die Peers (soweit nicht bekannt) vorstellen und sich zur Zielstellung austauschen. Das eigentliche Review gemäß Verfahrensbeschreibung schließt sich an.

Die Dauer des Besuchs ist abhängig vom Gegenstand des Verfahrens und der zu bearbeitenden Checkliste. Erfahrungen in der ambulanten Versorgung tendieren zu halbtägigen Besuchen (4 Stunden).

5. Dokumentation der Ergebnisse

Als Mindeststandard sollen die Durchführung des Peer Reviews und die wesentlichen Ergebnisse schriftlich dokumentiert werden, z. B. in Form eines strukturierten Berichts, einer Stärken-Schwächen-Analyse oder eines Kurzprotokolls. Adressat des Ergebnisberichts ist ausschließlich der besuchte Vertragsarzt/-psychotherapeut.

In Abhängigkeit von der Zielstellung des Verfahrens und der Verwendung der Ergebnisse empfiehlt sich eine strukturierte, standardisierte Form der Erhebung der Ergebnisse (z. B. Matrix, Netzdiagramm) unter Berücksichtigung der vorab konsentierten Checkliste oder des Fragenkatalogs durch den Besucher in Abstimmung mit dem Besuchten.

Folgende Angaben sollten Mindeststandard des Ergebnisberichts sein:

- Angaben zu Besucher und Besuchtem
- Datum und Dauer des Reviews
- Gegenstand und Zielstellung des Reviews
- wesentliche Ergebnisse (Checkliste, Freitext)
- empfohlene Maßnahmen
- ggf. getroffene Vereinbarungen/mitgeltende Dokumente

6. Auswertung

Die Auswertung der Beobachtungsergebnisse erfolgt erst nach Abschluss der eigentlichen Beobachtung im vertraulichen, kollegialen Gespräch auf der Grundlage des Kriterienkatalogs/der Checkliste/des Kurzprotokolls zwischen dem besuchenden Peer und dem Besuchten. Der Fokus sollte dabei auf das Feedback zur klinischen Kompetenz des Besuchten gelegt werden. Im Rahmen eines wertschätzenden Dialogs sollen der Besuchte in seinem Praxishandeln bestätigt oder blinde Flecken identifiziert werden, um so Reflexion zu ermöglichen und einen Verbesserungsprozess anzustoßen.

Die erhobenen Indikatoren oder Kriterien, z. B. zu Diagnose, Therapie, Arzneimittelverordnungen, Behandlungsdauer usw., sollen gemeinsam unter dem Gesichtspunkt einer bestmöglichen Versorgung bei gegebenen Rahmenbedingungen konstruktiv und wertfrei betrachtet werden. Zusätzlich gibt der Peer eine Einschätzung zu seinen Beobachtungen ab. Diese könnten beispielsweise das Arzt-Patienten-Gespräch oder auch Praxisabläufe betreffen. Das Erfahrungswissen des Peers fließt in dieses Gespräch ein.

Anschließend sollte gemeinsam vereinbart werden, ob die gewonnenen Erkenntnisse geeignet sind, um sie einem breiteren Nutzerkreis im Sinne verallgemeinerungswürdiger Schlussfolgerungen zugänglich zu machen. Unter Berücksichtigung möglicher Vorgaben der Verfahrensbeschreibung sollten Peer und Besucher die Art und Weise der Darstellung und der Veröffentlichung der Ergebnisse (intern/extern, anonymisiert/offen) vereinbaren.

7. Feedback an den Peer

Im Anschluss an das Peer-Review und das kollegiale Auswertungsgespräch sollte der Besuchte dem Besucher ein Feedback dazu geben, wie er das Verfahren und die Person des Peers erlebt hat. Ein standardisierter Feedbackbogen als Bestandteil der Verfahrensbeschreibung kann dafür die Grundlage bieten.

5.3 Verwendung der Ergebnisse

Hauptziel der Durchführung von Peer Reviews ist es, Impulse für den kontinuierlichen Qualitätsförderungsprozess bei der Erbringung medizinischer Leistungen in der ambulanten Praxis, in erster Linie des Besuchten, zu setzen. Im Mittelpunkt dabei stehen die Verbesserung der Qualität im Interesse der Patienten und die Patientensicherheit. Im Kontext des Lernens voneinander bewirken Peer Reviews einen doppelten Effekt - Lernen zum Nutzen sowohl des Besuchten als auch des Besuchers.

Dabei bilden die im Rahmen des Peer Reviews erhobenen Daten gemäß Checkliste und die gemachten Beobachtungen die Grundlage für die gemeinsame Formulierung von praxisinternen Zielen der Qualitätsentwicklung und die Ausarbeitung von Umsetzungsstrategien.

Die Ergebnisse von Peer Reviews dienen vordergründig der internen Auswertung und Verwendung. Im Interesse eines vertrauensvollen Zusammenwirkens von Besucher und Besuchtem sollen sie in der Praxis des Besuchten verbleiben. Der Besuchte entscheidet selbst, wie er mit den Ergebnissen umgehen möchte. Ggf. kann die Verfahrensbeschreibung Vorgaben enthalten, wie z. B. eine netz- oder qualitätszirkelinterne Verwendung der Ergebnisse erfolgen kann.

Eine externe Nutzung der Ergebnisse, auch in anonymisierter oder aggregierter Form, setzt die Zustimmung des Besuchten voraus. Unter Berücksichtigung dieser Grundbedingung kann eine anonymisierte Datennutzung für das Benchmarking in Gruppen von Ärzten, Arztnetzen oder Qualitätszirkeln sinnvoll sein. Über die Veröffentlichung von Erkenntnissen aus dem Verfahren nach dem Best-Practice-Prinzip können die so gewonnenen Erfahrungen einem breiteren Nutzerkreis zugänglich gemacht werden.

Die systematische Nutzung der Erfahrungen aus Peer-Review-Verfahren sowie der Evaluationsergebnisse kann zusätzlich Grundlage für die methodische Weiterentwicklung des Verfahrens selbst sein. Die Verfahrensbeschreibung sollte daher auch Vorgaben zur Art und Weise der Evaluation des Verfahrens machen.

Optional können die Ergebnisse auch im Rahmen der Qualitätsdarstellung, z. B. in Form von Qualitätsberichten der Praxen oder eines Arztnetzes, Verwendung finden (public disclosure).

In Abhängigkeit von der Dauer der Anwendung des Verfahrens und der Anzahl der beteiligten Peers können die Ergebnisse auch die Datenbasis für die Betrachtung von Qualitätsentwicklungen über einen längeren Zeitraum liefern.

6 Weitere Empfehlungen

6.1 Fortbildungszertifizierung

Peer-Review-Verfahren sind anerkannte Fortbildungsmaßnahmen der Kategorie C der (Muster-)Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer¹² und werden von den Berufskammern nach entsprechender Genehmigung mit Fortbildungspunkten bewertet. Dazu muss die Anerkennung der Maßnahme bei der zuständigen Berufskammer vom Verfahrenseigner oder durchführenden Peer beantragt werden. Auch dieser Aspekt sollte Bestandteil der Verfahrensbeschreibung sein.

Die regionalen Fortbildungsordnungen geben Auskunft zur konkreten Bewertung der Maßnahme (Anzahl der Fortbildungspunkte). Fortbildungspunkte werden sowohl für den Besuchten als auch den Besucher vergeben.

6.2 Aufwand/Bezahlung

Die Durchführung von Peer-Review-Verfahren ist eine Qualitätsförderungsmaßnahme zum Nutzen sowohl des Besuchten als auch des Besuchers. Das gegenseitige Lernen steht im Vordergrund und nicht eine finanzielle Honorierung.

Dennoch könnten die Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung eine Aufwandsentschädigung für die Verfahrensdurchführung rechtfertigen, insbesondere, da der Peer für den gesamten Zeitumfang der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung des Reviews keine eigene Praxistätigkeit durchführen kann und somit einen Honorarausfall hinnehmen muss. Notwendigkeit und Höhe einer möglichen Aufwandsentschädigung sollten in der Verfahrensbeschreibung geregelt werden.

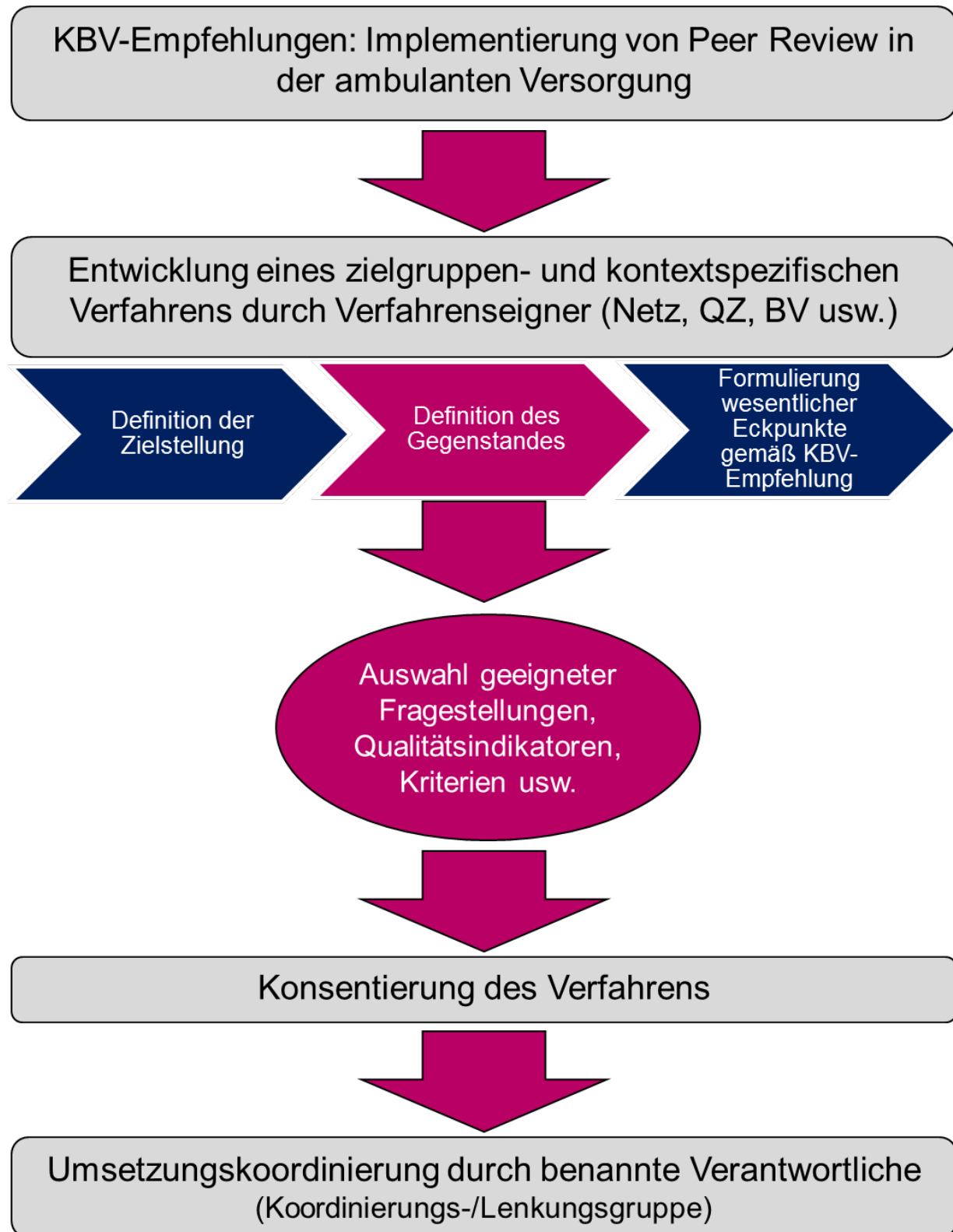
6.3 Teilnahmebescheinigung

Als Nachweis der Teilnahme an dieser freiwilligen Qualitätsförderungsmaßnahme kann dem Besuchten im Anschluss an das Peer Review z. B. eine Teilnahmebescheinigung ausgehändigt werden. Diese Teilnahmebescheinigung ist jedoch nicht mit einem Zertifikat oder Gütesiegel gleichzusetzen, das einen bestimmten Qualitätsstandard dokumentiert. Sie ist aber Ausdruck der wertschätzenden Anerkennung des Engagements für die Qualitätsentwicklung in der Versorgungspraxis des Besuchten.

¹² Bundesärztekammer (Hrsg.) (Muster-)Fortbildungsordnung 2013 in der Fassung vom 29.05.2013

Anhang

Anhang 1: Ablauf Verfahrensentwicklung



Anhang 2: Ablauf Umsetzung

Verfahrensumsetzung (Koordinierungs-/Lenkungsgruppe)

Anlass

- regelmäßige Durchführung oder
- Durchführung auf Anfrage

Auswahl des Peers

- Voraussetzung: Qualifikation zum Peer
- unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Wechselseitigkeit

Vorbereitung

- Vereinbarung des Termins und zeitlichen Umfangs des Besuchs
- Beantragung der Anerkennung der Fortbildung bei der Berufskammer
- Austausch/Abstimmung zum Beobachtungsgegenstand
- Selbstbewertung durch den Besuchten
- Übersendung des Praxisstrukturbogens und ggf. der Selbstbewertung an den Peer

Vor-Ort-Besuch

- Eröffnungsgespräch
- Beobachtung nach Checkliste, Fragenkatalog o. ä.
- Dokumentation
- Auswertungsgespräch unter Verwendung der Checkliste, des Fragenkatalogs o. ä. mit Entwicklung von Lösungsoptionen
- Feedback an den Peer

Verwendung Ergebnis

- Verbleib in der Praxis und/oder ggf. anonymisierte Verwendung durch den Verfahrenseigner
- Evaluation des Verfahrens

Anhang 3: Muster-Praxisstrukturbogen

Name und Anschrift der Praxis	
Besucher Arzt/Psychotherapeut	
Praxisteam	
Leistungsspektrum	
QM-System/QM-Zertifizierung	
Sprechzeiten	
Einschätzung zum Patienten- klientel	
Praxisbesonderheiten	
Themen, die im Rahmen des Peer Reviews beobachtet wer- den sollen	

Anhang 4: Muster-Fragebogen zur Vorbereitung eines Peer Reviews/Muster-Schaubilder für Beobachtungskriterien zur Durchführung eines Peer Reviews

Beispielhaft ist hier der „Vorab-Fragebogen für den Visitierten“ des PeerVisit-Verfahrens des ANBB¹³ angeführt. Zunächst dient er der vorbereitenden Selbstbewertung des Besuchten. Anschließend wird er dem Besucher als Information und zur Orientierung für die strukturierte Durchführung des Vor-Ort-Besuchs zur Verfügung gestellt. Ebenfalls aus dem PeerVisit-Verfahren des ANBB sind beispielhaft zwei Schaubilder für Beobachtungskriterien beigelegt, die der Besucher während des Vor-Ort-Besuchs nutzen kann.

Diese Muster-Dokumente sind als Anregung zu verstehen und müssen für jedes spezifische Verfahren unter Berücksichtigung der Fachgruppe, der Vorgaben der Verfahrensbeschreibung und der konkreten Zielstellung des Reviews entwickelt bzw. angepasst werden. Unter Verwendung vergleichbarer Fragebogen oder Checklisten können die im Peer Review gemachten Beobachtungen nach vorgegebenen Kriterien erfasst und ausgewertet werden.

1. Vor der Narkose

1.1. Anamnese/Vorgespräch

- 1.1.1. Wer führt mit dem Patienten das Vorgespräch?
- der Anästhesist, der die Narkose macht
 - ein Anästhesist aus der Anästhesiepraxis
 - der Operateur
 - ein nichtärztlicher Mitarbeiter
- 1.1.2. Wann ist das Vorgespräch?
- vor dem OP-Tag
 - am OP-Tag
- 1.1.3. Wo / wie wird das Gespräch durchgeführt?
- telefonisch
 - abgeschlossener Raum
 - öffentlicher Raum (Flur)
 - im OP
- 1.1.4. Wie ist die Dokumentation des Vorgesprächs?
- auf kommerziellem (= DGAI-konformem) Formular
 - auf selbst verfasstem Formular
- 1.1.5. Geht eine Kopie der Dokumentation an den Patienten?
- ja
 - nein

1.2. Präoperative Befunderhebung

- 1.2.1. Welche Befunde werden erhoben? (DGAI-Leitlinien: Labor/EKG/ Lungenfunktion/ Röntgen-Thorax nicht routinemäßig, nur bei spezieller Anamnese, Echo bei instabiler Herzinsuffizienz)
- nach DGAI-Leitlinien
 - nach eigenen Standards
- 1.2.2. Wer erhebt die Befunde?
- Anästhesist
 - Hausarzt
 - Operateur
- 1.2.3. Existieren Ausschlusskriterien für ambulante Narkosen?
- ASA >2?

¹³ ANBB Anästhesienetz Berlin-Brandenburg e. V., Handbuch PeerVisit, 2014

tes Operieren?

- ASA >3?
 - zu erwartender schwieriger Atemweg?
 - BMI?
 - Schlafapnoe?
 - keine häusliche Betreuung
 - Patient wohnt zu weit entfernt
 - bei Kindern: Mindestalter?
 - bei Kindern: Mindestgewicht?
 - andere Ausschlusskriterien, bitte eintragen
-

1.3. präoperative Vorbereitung

1.3.1. Gibt es SOPs im Umgang mit Dauermedikation? Bitte ankreuzen, wenn Standard vorhanden. Bitte Standard dem Fragebogen beifügen.

- orale Antidiabetika
- Insulin
- Plättchenhemmung bei Patienten mit Stent oder Vorhofflimmern
- Vitamin K-Antagonisten

1.3.2. Gibt es eine SOP Nüchternheit?

- nach Leitlinie DGAI (6 h feste Nahrung, 2 h klare Flüssigkeit, 4 h Muttermilch)
- eigener Standard

1.3.3. Werden präoperative Anordnungen schriftlich mitgegeben?

- ja
- nein

2. Anästhesie/ Narkosearbeitsplatz / Narkoseführung

2.1. Ausstattung Arbeitsplatz OP

2.1.1. Welche Geräte werden Vorgehalten?
Bitte ankreuzen, wenn vorhanden

- Pulsoxymeter
- EKG-Monitor
- Blutdruckmessung
- Atemgasmessung
- ORC
- Relaxometer
- Absaugung
- Defibrillator
- Narkosegasabsorber
- Blutzucker-Messgerät
- Körpertemperatur-Messung

2.1.2. Welche Intubationshilfen gibt es?

- EEG
 - Neurostimulator
 - Videolaryngoskop
 - andere?
-

2.1.3. Was machen Sie, wenn der Strom ausfällt?

2.1.4. Welche Qualifikation hat das Assistenzpersonal?

2.1.5. Erfolgt eine systematische Einarbeitung der Assistenzkraft?

- ja
- nein

2.2. Aufbau / Check Narkosearbeitsplatz

2.2.1. Erfolgt der Aufbau des Narkose- Arbeitsplatzes nach Checkliste?

- ja
- nein

2.2.2. Gibt es eine schriftliche SOP zur Verdünnung/Konzentration von Medikamenten?

- ja
- nein

2.2.3. Wie werden die Medikamente beschriftet?

- nach DIVI- Standard
- eigene Etiketten

2.2.4. Existiert eine schriftliche SOP zu Materialgrößen bei Kindern?

- ja
- nein

2.2.5. Werden Notfallmedikamente aufgezogen?

- nein
- ja

Wenn ja, welche?

2.2.6. Erfolgt vor jeder Einleitung eine Prüfung des Materials und der Medikamente?

- ja
- nein

2.3. Gibt es ein „Time out“?

Wenn ja, was wird geprüft? mündlich oder schriftlich?

- nein
- ja

- Name
- Geburtsdatum
- OP
- OP Seite
- erforderliche Materialien und Medikamente

3. Aufwachraum

3.1. Wer betreibt den Aufwachraum?

- Anästhesist
- Operateur

3.2. Ausstattung Aufwachraum

3.2.1. Sind folgende Geräte im Aufwachraum da?

Bitte ankreuzen, wenn vorhanden unabhängig von Eigentumsverhältnissen

- Pulsoxymetrie mit Alarmfunktion
- O₂-Insufflation
- Beatmungsmöglichkeit per Kreissystem oder Beatmungs-Beutel
- Absaugung
- Notrufsystem

3.3. Mitarbeiter(in)

Ist im Aufwachraum immer ein(e) Mitarbeiter(in) da?

- ja
- nein

3.3.1. Ist die Mitarbeiterin systematisch und dokumentiert eingearbeitet?

- ja
- nein

3.4. Sind die Angehörigen beim Patienten, insbesondere bei Kindern die Eltern?

- ja
- nein

3.5. Postoperative Schmerztherapie

3.5.1. Wie werden die Schmerzen gemessen?

- NRS/VAS/Smiley
- andere Methode
- gar nicht

3.5.2. Gibt es eine SOP zur postoperativen Schmerztherapie

- ja
- nein

3.6. Dokumentation im Aufwachraum

3.6.1. Was wird dokumentiert?

- Sättigung
- Bewusstsein
- RR
- Schmerzen
- Blutzucker (bei insulinpflichtigen Diabetikern)
- Drainagen
- gegebene Medikamente
- Uhrzeit /Unterschrift bei Entlassung
- weitere Kriterien

4. Entlassung nach Hause

4.1. Gibt es klare Entlassungskriterien?

Bitte beschreiben.

4.2. Werden dem Patienten Schmerzmittel für zu Hause mitgegeben?

- ja
- nein

4.3. Bekommt der Patient eine Telefonnummer für Fragen / Notfall?

- ja
- nein

4.4. Darf der Patient ohne Begleitung nach Hause?

- nein
- ja

4.5. Gibt es nach der Entlassung noch anästhesiologischen Kontakt zum Patienten?

- ja
- nein

5. Notfallmanagement

5.1. Ausstattung Notalkoffer /Notfallwagen

5.1.1. Gibt es einen Notalkoffer oder -wagen?

- ja
- nein

5.1.2. Was ist für den Notfall vorhanden?

- Intubationsbesteck
- Beatmungsmöglichkeit mit O₂
- Absaugung
- EKG
- Adrenalin
- Lipofundin
- Amiodaron
- Dantrolene
- andere

5.1.3. Wird der Notalkoffer regelmäßig nach Checkliste geprüft?

- ja
- nein

5.1.4. Findet ein regelmäßiges Notfalltraining statt?

- ja
- nein

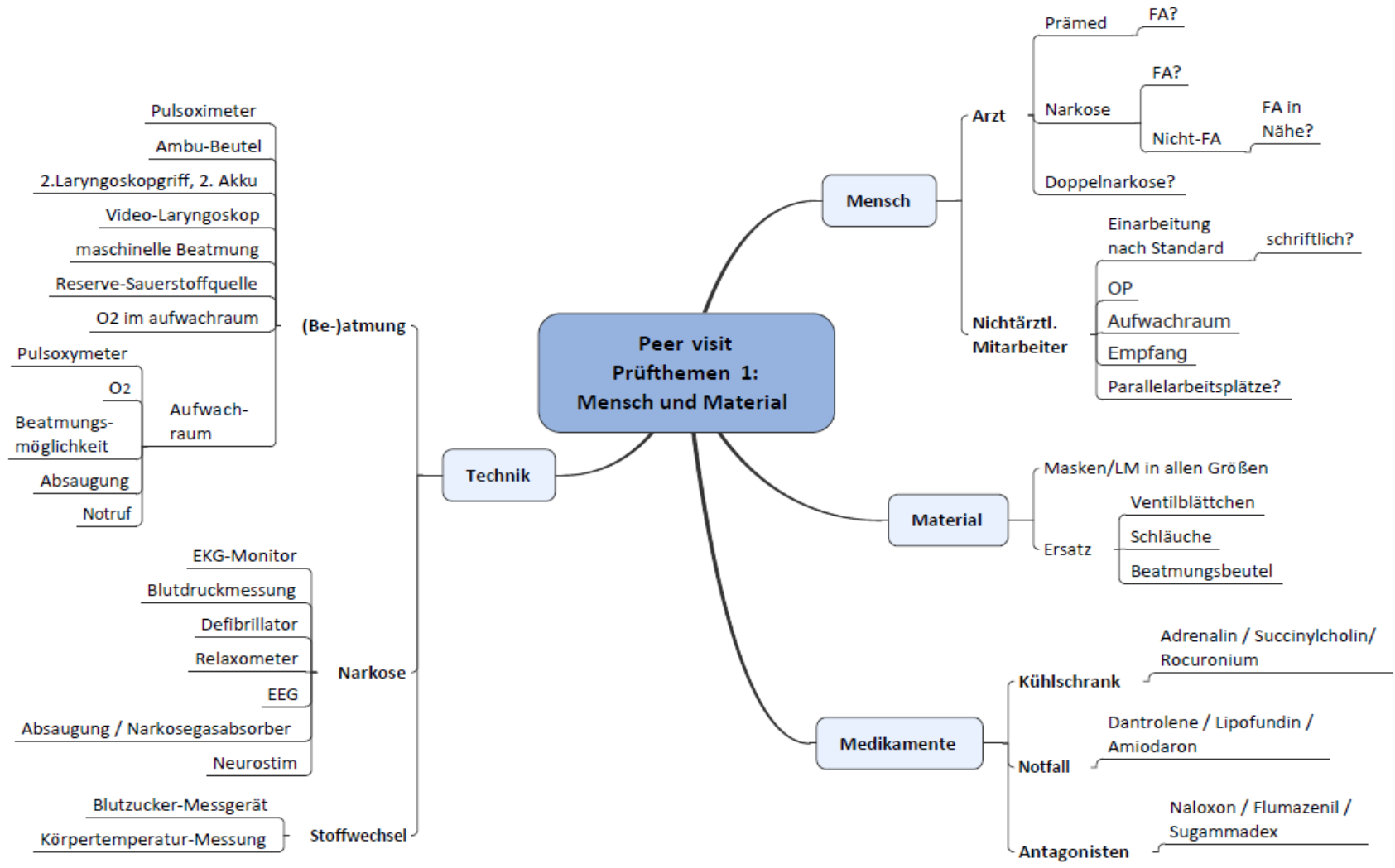
6. Motivation

6.1. Was erhoffen Sie sich von der Visitation?

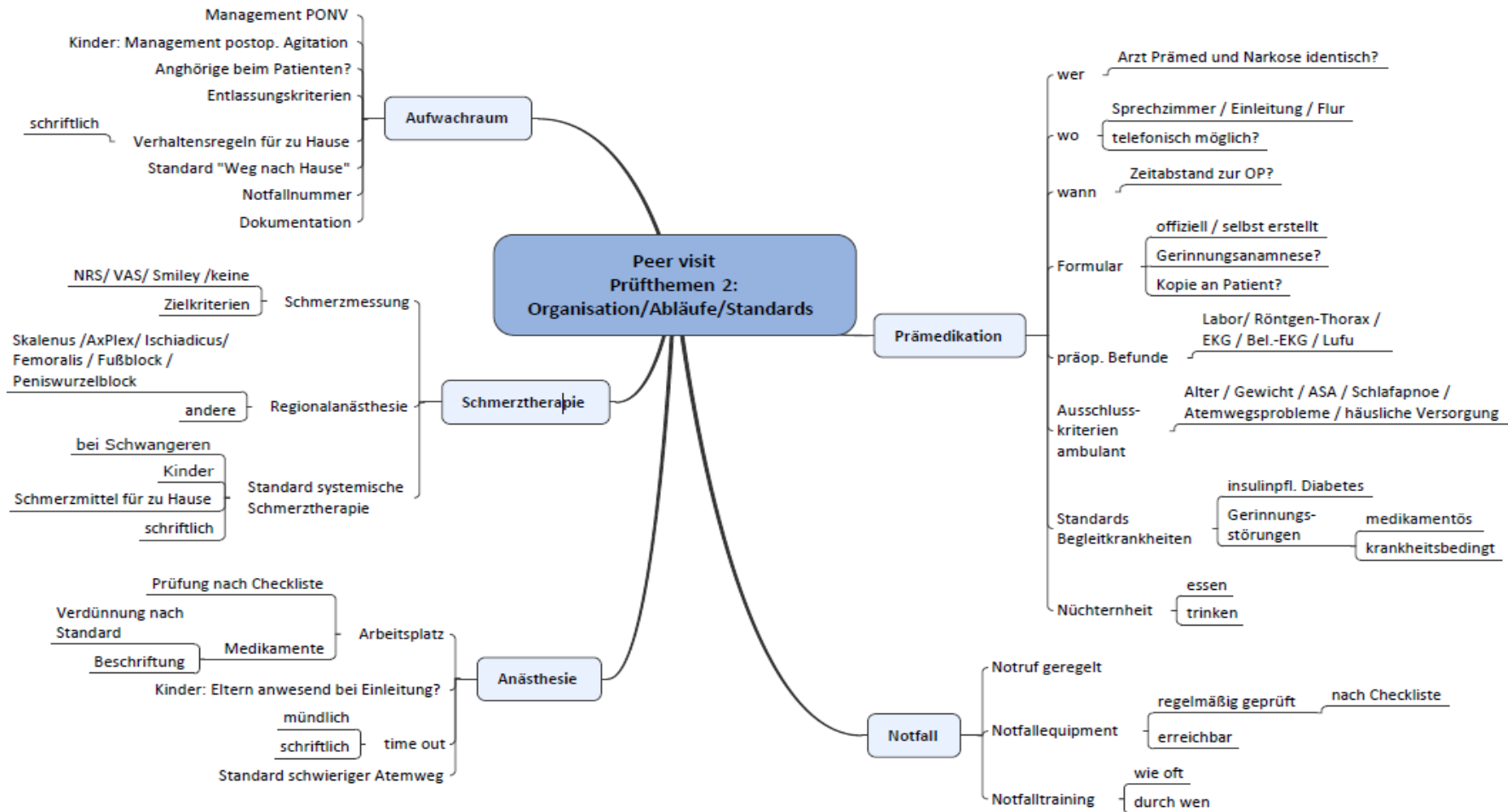
6.2. Legen Sie Wert auf eine Bescheinigung?

- ja
- nein

Muster-Schaubild 1 für Beobachtungskriterien für die Durchführung eines Peer Reviews




Muster-Schaubild 2 für Beobachtungskriterien für die Durchführung eines Peer Reviews



Anhang 5: Muster-Checkliste für Peer Reviews mit Fokus auf dem praxisinternen Qualitätsmanagement patientennaher Versorgungsprozesse

Peer-Review-Verfahren eignen sich für die kollegiale Reflexion sowohl des unmittelbaren ärztlichen Versorgungshandelns als auch des praxisinternen Qualitätsmanagements (siehe 4.6 Inhalte/Gegenstand und 5.1 Anlass). Sie können im Sinne einer internen Visitation durch den besuchenden Peer zur Beobachtung und Bewertung einzelner Themen/Aspekte/Versorgungsprozesse (siehe unten Beispiele zu Prävention, Multimorbidität und Behandlungspfaden) oder auch des gesamten Qualitätsmanagement-Systems genutzt werden. Gleichmaßen kann Peer Review zwischen zwei (Re-)Zertifizierungszeitpunkten eingesetzt werden und damit die Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements unterstützen. Sofern das Peer Review konkret der Vorbereitung auf eine Zertifizierung dienen soll, ist es sinnvoll, das gesamte Qualitätsmanagement-System zum Gegenstand zu machen.

Bei der folgenden Muster-Checkliste handelt es sich um beispielhaft ausgewählte Nachweise/ Indikatoren aus **QEP**¹⁴ und dem **AQUIK**^{®-Set}¹⁵. Sie ist als Beispiel zu verstehen und kann für jedes spezifische Verfahren unter Berücksichtigung der Fachgruppe, der Vorgaben der Verfahrensbeschreibung und der konkreten Zielstellung des Reviews ergänzt oder anders zusammengestellt werden. Die Checkliste kann Hilfestellung sowohl für die strukturierte Vorbereitung und Durchführung des Vor-Ort-Besuchs als auch für die Dokumentation bieten sowie für das kollegiale Auswertungsgespräch genutzt werden. Dabei dienen die aufgeführten Fragen als Anregung für eine fokussierte Betrachtung und Erhebung. Sie sollen nicht alle real gestellt werden, da sich manches indirekt erschließt, z. B. aus Beobachtung oder Gehörtem.

Nachweis/ Indikator	Frage (als Anregung zur strukturierten Beobachtung und Erhebung)	Quelle	Beobachtung	erfüllt/ nicht erfüllt ja/nein	Hinweise/ Vorschläge
Qualitätsziel: Die Patienten der Praxis/ des MVZ nehmen präventive Leistungen wahr.					
Es ist festgelegt, welche präventiven Leistungen selbst angeboten oder empfohlen werden.	Welche präventiven Leistungen bieten Sie an oder empfehlen Sie? Wie haben Sie diese ausgewählt und festgelegt?	QEP 1.5.2 Ziel 1 Nachweis 1		<input type="checkbox"/>	


¹⁴ Diel F, Gibis B (Hrsg) QEP-Qualitätsziel-Katalog[®] Version 2010, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
¹⁵ KBV (Hrsg) Projektergebnisse „AQUIK[®] – Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“, 2009

Patienten, die von präventiven Angeboten profitieren können, werden systematisch identifiziert, gezielt angesprochen und über die Teilnahmemöglichkeiten an präventiven Leistungen informiert.	Wie sprechen Sie Patienten gezielt zu präventiven Leistungen an und informieren diese über die Teilnahmemöglichkeiten?	QEP 1.5.2 Ziel 1 Nachweis 2		<input type="checkbox"/>	
Die Durchführung von präventiven Leistungen und von Beratungsgesprächen über präventives Verhalten werden dokumentiert.	Wie dokumentieren Sie die Teilnahme an präventiven Leistungen? Wie beraten Sie Patienten über präventives Verhalten und dokumentieren dies?	QEP 1.5.2 Ziel 1 Nachweis 3		<input type="checkbox"/>	
Für präventive Leistungen wird ein Erinnerungssystem eingesetzt.	Wie erinnern Sie Ihre Patienten an die Durchführung von präventiven Leistungen? Wie informieren Sie sie über den Einsatz eines Erinnerungssystems?	QEP 1.5.2 Ziel 1 Nachweis 4		<input type="checkbox"/>	
Die Inanspruchnahme von angebotenen Präventionsleistungen (Teilnahmerate) wird ausgewertet und über die Notwendigkeit daraus resultierender Konsequenzen entschieden.	Werten Sie die Inanspruchnahme an präventiven Leistungen (Teilnahmerate) aus und entscheiden über die Notwendigkeit daraus resultierender Konsequenzen?	QEP 1.5.2 Ziel 1 Nachweis 5		<input type="checkbox"/>	
Beispiele für quantitative Erhebungen und Auswertungen (AQUIK-Indikatoren)					
Anteil der Patientinnen mit dokumentierter Beratung über sexuell übertragbare Erkrankungen im Rahmen der Beratung zur Empfängnisregelung innerhalb der letzten 12 Monate.	AQUIK 2.9 Gynäkologische Indikatoren – sexuell übertragbare Erkrankungen/Beratung				
Anteil der Patienten ab einem Alter über 60 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, denen in diesem Zeitraum eine Gripeschutzimpfung angeboten wurde oder in deren Akte dokumentiert ist, dass sie diese bereits woanders erhielten.	AQUIK 2.12 Impfen – Gripeschutz				

Anteil der Patienten im Alter von unter 50 Jahren, die sich innerhalb der letzten 12 Monate in der Praxis vorstellten, in deren Patientenakte ein Vermerk über das Datum einer in den letzten 10 Jahren erhaltenen Tetanus- und Diphtherieimpfung enthalten ist.	AQJK 2.12 Impfen – Tetanus und Diphtherie		
Anteil der Raucher innerhalb der letzten 12 Monate, denen Maßnahmen zum Beenden des Rauchens empfohlen wurden und in deren Akte dies dokumentiert wurde.	AQJK 2.16 Querschnittsthemen – Tabakkonsum		
Anteil der übergewichtigen Patienten innerhalb der letzten 12 Monate, die eine Beratung hinsichtlich Maßnahmen zur Gewichtsabnahme erhielten und in deren Akte dies dokumentiert ist.	AQJK 2.16 Querschnittsthemen – Übergewicht		

Qualitätsziel:

Bei der Versorgung multimorbider Patienten werden vermeidbare Risiken und Belastungen durch individuelles fallbezogenes Vorgehen verringert.

Multimorbide Patienten werden anhand festgelegter Kriterien identifiziert.	Wie stellen Sie sicher, dass multimorbide Patienten in Ihrer Praxis erkannt werden? Welche Kriterien haben Sie hierfür festgelegt?	QEP 1.3.1 Ziel 3 Nachweis 1		<input type="checkbox"/>	
Die Versorgung multimorbider Patienten erfolgt umfassend und strukturiert.	Wie stellen Sie sicher, dass die Versorgung multimorbider Patienten umfassend und strukturiert erfolgt?	QEP 1.3.1 Ziel 3 Nachweis 2		<input type="checkbox"/>	

<p>Im Rahmen der Therapieentscheidung und -planung bei multimorbiden Patienten werden gezielt Prioritäten gesetzt sowie gemeinsam individuelle Therapieziele festgelegt und dokumentiert.</p>	<p>Wie werden die besonderen Erfordernisse bei der Versorgung multimorbider Patienten im Rahmen der Therapieentscheidung und -planung berücksichtigt? Wie setzen Sie Prioritäten bei der Verordnung? Wie beziehen Sie multimorbide Patienten in die Festlegung individueller Therapieziele ein? Wie dokumentieren Sie diese?</p>	<p>QEP 1.3.1 Ziel 3 Nachweis 3</p>		<p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Für multimorbide Patienten wird ein individueller Behandlungsplan erstellt und genutzt.</p>	<p>Wie überprüfen Sie die Aktualität der Behandlungspfade? Welche konkreten Anpassungen haben Sie aus der Überprüfung bereits abgeleitet?</p>	<p>QEP 1.3.1 Ziel 3 Nachweis 4</p>		<p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Für multimorbide Patienten wird ein individueller Medikamentenplan erstellt und genutzt.</p>	<p>Wie stellen Sie sicher, dass für multimorbide Patienten ein aktueller Medikamentenplan vorhanden ist und dieser genutzt wird?</p>	<p>QEP 1.3.1 Ziel 3 Nachweis 5</p>		<p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Patienten mit Multimorbidität werden regelmäßig wieder einbestellt, die Therapieziele sowie die Therapietreue werden überprüft und, sofern erforderlich, gemeinsam mit dem Patienten angepasst.</p>	<p>Nach welchen Kriterien werden multimorbide Patienten wieder einbestellt? Wie werden die Therapieziele überprüft und reflektiert?</p>	<p>QEP 1.3.1 Ziel 3 Nachweis 6</p>		<p><input type="checkbox"/></p>	
<p>Beispiele für quantitative Erhebungen und Auswertungen (AQUIK-Indikatoren)</p>					
<p>Anteil der Patienten ab 65 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate, die täglich mindestens 6 ärztlich verordnete Medikamente einnehmen.</p>	<p>AQUIK 2.5 Arzneimitteltherapiesicherheit – Poly-medikation</p>				

<p>Anteil der Patienten mit vier oder mehr Dauermedikamenten, deren Medikation in den letzten 12 Monaten überprüft wurde und in deren Akte dies dokumentiert wurde.</p>	<p>AQUIK 2.5 Arzneimitteltherapie-sicherheit – Dauermedikation</p>		
---	--	--	--

<p>Qualitätsziel: Die Behandlung häufiger oder schwerer Erkrankungen sowie häufig erbrachte Leistungen orientieren sich an internen Behandlungspfaden.</p>					
<p>Für häufig auftretende oder schwere, komplexe Erkrankungen/ Beschwerdebilder/ Leistungen liegen Behandlungspfade mit Ablaufbeschreibungen vor.</p>	<p>Für welche Erkrankungen/ Beschwerdebilder/ Leistungen haben Sie für Ihre Praxis interne Behandlungspfade dokumentiert? Wie haben Sie diese entwickelt?</p>	<p>QEP 1.3.5 Ziel 1 Nachweis 1</p>	<p>3. Beispiel Behandlungspfade</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>Die Behandlungspfade werden in der Patientenversorgung angewandt.</p>	<p>Wie nutzen Sie Behandlungspfade in der Patientenversorgung?</p>	<p>QEP 1.3.5 Ziel 1 Nachweis 2</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>Jedes Mitglied des Praxisteam kennt die für seinen Aufgabenbereich relevanten Anteile der Behandlungspfade.</p>	<p>Wie stellen Sie sicher, dass jedes Mitglied des Praxisteam die für das jeweilige Aufgaben- und Verantwortlichkeitsgebiet relevanten Anteile kennt?</p>	<p>QEP 1.3.5 Ziel 1 Nachweis 3</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>Die Behandlungspfade werden jährlich überprüft und es wird über die Notwendigkeit daraus resultierender Anpassungen entschieden.</p>	<p>Wie überprüfen Sie die Aktualität der Behandlungspfade? Welche konkreten Anpassungen haben Sie aus der Überprüfung bereits abgeleitet?</p>	<p>QEP 1.3.5 Ziel 1 Nachweis 4</p>		<input type="checkbox"/>	
<p>...</p>	<p>...</p>	<p>...</p>		<input type="checkbox"/>	

Anhang 6: Muster-Verschwiegenheitserklärung¹⁶

Der/die Unterzeichner/-in verpflichtet sich, über alle Daten und Angelegenheiten, zu denen er im Rahmen der Durchführung des Peer Reviews Kenntnis erlangt, Stillschweigen zu wahren. Das betrifft insbesondere betriebliche, medizinische oder personenbezogene Sachverhalte, aber auch Geschäftsbeziehungen der besuchten Praxis.

Er/sie bestätigt, dass er/sie die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen beachtet, insbesondere im Umgang mit personenbezogenen Daten.

Er/sie verpflichtet sich, keine Dokumente der besuchten Praxis, unabhängig davon, ob sie medizinische oder betriebswirtschaftliche Inhalte haben, außerhalb des Peer-Review-Verfahrens zu verwenden oder aus der Praxis mitzunehmen.

Die Verschwiegenheit gilt auch nach Durchführung des Peer Reviews.

_____, den _____

Unterschrift Peer

¹⁶ in Anlehnung an: ANBB Anästhesienetz Berlin-Brandenburg e. V., Handbuch PeerVisit, 2014

Anhang 7: Muster-Einwilligungserklärung für Patienten

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass Frau/Herr _____ mit dem Ziel der kollegialen Beratung des mich behandelnden Arztes (Name)/der mich behandelnden Ärztin (Name) aus Anlass der Durchführung eines Peer-Review-Verfahrens an meiner Behandlung teilnehmen kann.

Sie/Er ist berechtigt, im Rahmen des Verfahrens Kenntnis von meinen relevanten Patientendaten zu erlangen. Sie/Er ist jedoch nicht berechtigt, diese Daten in einem anderen Zusammenhang zu verwenden.

Mir ist bekannt, dass Frau/Herr _____ zur Verschwiegenheit und zum Schutz meiner personenbezogenen Daten verpflichtet ist.

_____, den _____

Unterschrift Patientin/Patient

Anhang 8: Muster-Ergebnisbericht zur Durchführung eines Peer Reviews
(zum Verbleib beim besuchten Arzt/Psychotherapeuten)

Datum und Dauer des Reviews	
Besuchte Praxis	
Peer/Peer Team	
Gegenstand/Zielstellung des Reviews	
Wesentliche Ergebnisse	
Empfohlene Maßnahmen	
Anlagen	z. B. Checkliste mit Beobachtungen

Anhang 9: Muster-Feedbackbogen

Name, Fachgebiet und Praxisanschrift des besuchten Arztes/Psychotherapeuten:

Name, Fachgebiet und Praxisanschrift des/der Peers:

Datum und Dauer des Reviews:

Bitte geben Sie dem Peer ein Feedback zur Durchführung des Reviews nach den folgenden Kriterien:

Kriterium/Bewertung	1	2	3	4	5
Das Review war gut vorbereitet.					
Ich habe den Peer als kompetent und gut vorbereitet erlebt.					
Der vorab vereinbarte Gegenstand des Reviews ist vollständig bearbeitet worden.					
Vertraulichkeit ist gewahrt worden.					
Das Review hat in einer wertschätzenden Atmosphäre stattgefunden.					
Der kollegiale Dialog hat mir wichtige Impulse für die Weiterentwicklung meiner Praxistätigkeit vermittelt.					
Der Zeitrahmen war angemessen.					
Die gemeinsam erarbeiteten Maßnahmen und Umsetzungsstrategien sind hilfreich für mich.					
Das Review hatte einen wichtigen Lerneffekt für mich.					

1 - trifft voll und ganz zu

2 - trifft überwiegend zu

3 - teils, teils

4 - trifft eher nicht zu

5 - trifft ganz und gar nicht zu

Freitext für Hinweise an den Peer:

Anhang 10: DEGAM-Checklisten für Praxis-Hospitationen

Hausärztinnen und Hausärzte versorgen ihre Patientinnen und Patienten häufig in Einzelpraxen. Dabei baut sich meist eine langjährige, individuelle Arzt-Patienten-Beziehung auf. Sie sind es i. d. R. nicht gewohnt, dass ihnen bei der Arbeit jemand über die Schulter schaut. Darüber hinaus bedeutet das Verlassen der eigenen Praxis für alle Niedergelassenen einen Einnahmeverlust und stellt damit eine zusätzliche Hürde für Praxis-Hospitationen dar.

Das von der DEGAM entwickelte Konzept für hausärztliche Praxis-Hospitationen verfolgt das Ziel, den Austausch zwischen den Hausärztinnen und Hausärzten durch gegenseitige Praxisbesuche zu fördern. Es verzichtet weitgehend auf formalisierende Vorgaben und formuliert nur Regeln wie die der Selbstverpflichtung zur Nicht-Einmischung in die Arzt-Patient-Interaktion und zu einem kollegialen, wertschätzenden Feedback. Das Konzept betrachtet die wechselseitige Begegnung als Qualität an sich.

Bestandteil des Praxis-Hospitationskonzeptes sind Checklisten, die dem Hospitierenden - ggf. auch der beteiligten Medizinischen Fachangestellten - im Sinne eines „Roten Fadens“ das Beobachten erleichtern. Diese Checklisten können auch für die Durchführung ambulanter Peer-Review-Verfahren hilfreich sein.

Mehr Informationen zu den hausärztlichen Praxis-Hospitationen unter:
<http://www.degam.de/praxishospitation.html>

Praxishospitation bei



am:	von bis Uhr	durch: (Ärztin/Arzt)
-----	-------------------------	----------------------

Mein erster Eindruck von der Praxis	
Praxisorganisation	
Was empfinde ich als Stärken der Praxis?	
Was empfinde ich als Schwächen der Praxis?	
Was empfehle ich, vordringlich zu ändern?	
Sprechstunde	
Womit hat mich der Arzt/die Ärztin beeindruckt?	
Hier sehe ich noch Verbesserungsmöglichkeiten:	

Praxishospitation bei



am:	von bis Uhr	durch:	MFA
-----	-------------------------	--------	-----

Mein erster Eindruck von der Praxis	
Praxisorganisation	
Was empfinde ich als Stärken der Praxis?	
Was empfinde ich als Schwächen der Praxis?	
Was empfehle ich, vordringlich zu ändern?	
Patientengespräche	
Womit haben mich die MFA-Kolleginnen beeindruckt?	
Hier sehe ich noch Verbesserungsmöglichkeiten:	

