

Hanswerner Bause¹, Jan Braun², Alexander Brinkmann³, Elke Muhl⁴

Peer-Review- Intensivmedizin und Qualitätsindikatoren der DIVI – eine historische Perspektive



Foto: privat

Prof. Dr. med. Hanswerner Bause

Von der Idee bis zur Realisation – Ein Leuchtturmprojekt der Deutschen Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI)

Peer Review Intensive Care and DIVI Quality Indicators – A historical perspective

From the idea to the realization – A flagship project of the DIVI and the DGAI

Zusammenfassung: Mit diesem Artikel wird die historische Entwicklung des Peer-Review-Verfahrens und die Entwicklung der Qualitätsindikatoren für die deutsche Intensivmedizin nachgezeichnet. Beginnend 1995 wurden erstmals Ziele der Dokumentation im Bereich Intensivmedizin formuliert. Es entstand der Kerndatensatz Intensivmedizin. Wegen geringer Akzeptanz wurde nach Alternativen gesucht. 2001 hatte die Arbeitsgruppe um K. Reinhart aus Jena ein Internet-Benchmark-Projekt der Thüringer Krankenhäuser auf den Weg gebracht. Der zweite Arm des dualen Konzeptes bestand aus einem „Qualitätsmanagement-Katalog“ für Intensivtherapie-Stationen, der über Regionalnetzwerke entwickelt wurde. Am Beispiel der niederländischen Fachkollegen wurde mit der Bundesärztekammer (BÄK) ein Peer-Review-Verfahren entwickelt. Nach einer Pilotphase wurden 2008 die ersten Peers nach einem Curriculum der BÄK geschult. Parallel dazu wurden Qualitätsindikatoren von der nationalen Steuerungsgruppe der DIVI entwickelt. Die erste Publikation der Qualitätsindikatoren erfolgte dann 2010.

Schlüsselwörter:

Peer Review, Qualitätssicherung in der Intensivmedizin

Summary: This article traces the historical development of the peer review process in the ICU and the development of quality indicators for German intensive care units. Beginning in 1995, for the first time goals of documentation in the field of intensive care were formulated. It was the core data set intensive care. Due to lack of acceptance, alternatives were sought. In 2001, the Jena group around K. Reinhart launched an internet benchmark project of the Thuringian hospitals in 2001. The second arm of the dual concept consisted of a „quality management catalogue“ for intensive care units, which was developed via regional networks. A peer review procedure was developed with the German Medical Association (BÄK) based on Dutch experience. After a pilot phase in 2008, the first peers were trained according to a curriculum of the BÄK. At the same time, quality indicators were developed by the DIVI national steering group. The first publication of the quality indicators was then carried out in 2010.

Keywords: *Peer Review, Quality assurance in intensive care*

Zitierweise: Hanswerner Bause, Jan Braun, Alexander Brinkmann, Elke Muhl: Peer Review Intensivmedizin und Qualitätsindikatoren der DIVI – eine historische Perspektive DIVI 2019; 10: 10–13.

DOI 10.3238/DIVI.2019.0010–0013

¹ Ehemals Asklepios Klinik Altona, Hamburg-Othmarschen

² Martin-Luther-Krankenhaus, Berlin-Wilmersdorf

³ Klinik für Anästhesie, operative Intensivmedizin und spezielle Schmerztherapie, Klinikum Heidenheim

⁴ Nationale Steuerungsgruppe Peer-Review Intensivmedizin DIVI e.V., Berlin

Einleitung

Schon 1995 hat die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) Mindestinhalte und Ziele der Dokumentation im Bereich der Intensivmedizin formuliert und publiziert [1]. Vier Jahre später (1999) wurde dieser Datensatz von der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft (IAG) „Qualitätssicherung Intensivmedizin“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) übernommen, modifiziert und weiterentwickelt. Ein modifizierter Kerndatensatz der Intensivmedizin wurde dann 2004 von der DGAI publiziert [2]. Bei noch nicht ausreichender Akzeptanz und Umsetzung des Datensatzes hat der wissenschaftliche Arbeitskreis Intensivmedizin (WAKIN) der DGAI deshalb nach Wegen gesucht, eine breitere Akzeptanz für die Qualitätssicherung in der Intensivmedizin zu erzielen, und entwickelte und stellte das sogenannte „duale Konzept“ (Abb. 1) vor [3].

Das damals „neue“, um einen Arm erweiterte (Abb. 1, rechter Arm) und ergänzte Konzept sollte ein Maximum an Beteiligungsmöglichkeiten für jeden Intensivmediziner bieten.

Um sich zeitnah mit anderen Kliniken vergleichen zu können, hatte die Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Universitätsklinikums Jena (2001) gemeinsam mit einer Gruppe Thüringer Kliniken sowie der Thüringer Landesärztekammer als Treuhänder ein Internet-Benchmark-Projekt auf den Weg gebracht (rechter Arm des dualen Konzepts). Dieses „Internet-Benchmarking“ ist heute Teil des landesweiten Projektes **Qualitätsnetz Intensivmedizin Thüringen (QUIT)** der Thüringer Landesärztekammer, das sich 2010 etablierte. Neben dem Benchmarking bildet QUIT auch das Peer Review in der Intensivmedizin ab und veranstaltet Qualitätszirkel.

Mit dem auf freiwilliger Basis erfolgenden Vergleich eines erhobenen Kerndatensatzes konnte so ein landesweiter Qualitätsvergleich in der Intensivmedizin etabliert werden. Für den Online-Vergleich (Fa. Takwa) werden pseudoanonymisierte Daten der am Benchmarking beteiligten Intensivstationen elektronisch erfasst und automatisch ausgewertet. Jede beteiligte Intensivstation hat jederzeit im Internet die Möglichkeit, nach Überprüfung der Autorisierung strukturierte

Qualitätsberichte in Form von Diagrammen aufzurufen, bei denen die Daten der eigenen Station mit den anonymisierten Daten aller einsendenden Intensivstationen dargestellt werden. Durch diesen unmittelbaren Abgleich können die Effizienz und Effektivität der eigenen intensivmedizinischen Behandlung zeitnah überprüft und beurteilt werden. Zugleich können so auch Daten zum Aufwand einer Behandlung und den damit verbundenen Kosten gewonnen werden. Um das Projekt weiter auszubauen und einen umfassenden Vergleich zu erreichen, waren alle Kliniken eingeladen, an dem Projekt teilzunehmen.

Das Intensivmedizinische Peer Review – vom Qualitätsmanagement-Katalog zum Peer-Review-Verfahren

Der zweite Arm des dualen Konzeptes (Abb. 1, rechter Arm) bestand aus einem „Qualitätsmanagement-Katalog“ für Intensivtherapie-Stationen, der über Regionalnetzwerke entwickelt wurde. Die Entwicklung des Peer-Review-Verfahrens für die Intensivmedizin erfolgte durch den WAKIN der DGAI am Beispiel der holländischen Fachkollegen [7]. Angeregt durch die holländischen Kollegen fiel damals im WAKIN die Entscheidung, sich nicht für ein nach ISO zertifiziertes Verfahren zu entscheiden, sondern den Peer-Review-Gedanken aufzugreifen, da dieses Konzept mehr Nachhaltigkeit versprach.

Es war ein glücklicher Zufall, dass sich die Bundesärztekammer (Anfang 2005) unter Führung des Ausschusses für Qualitätssicherung (Leitung Dr. Jonitz), Präsident der ÄK Berlin, zeitgleich mit dem Thema „Peer Review“ in der Medizin beschäftigte. Durch diesen Kontakt kam es zur Entscheidung, das geplante Peer-Review-Verfahren

1. in Kooperation mit den Landesärztekammern durchzuführen und
2. die medizinischen Inhalte der DIVI zu übertragen.

Für die Qualifikation der ärztlichen Peers erarbeitete die Bundesärztekammer unter Federführung von Frau Ines Chop (BÄK) ein Curriculum [10]. Die fachlich inhaltlichen Fragen wurden von Fachkollegen der DGAI und der DIVI bearbeitet und im Jahr 2010 erstmals publiziert [11].

Im Jahr 2006 wurde das „Netzwerk Intensivmedizin Baden-Württemberg“ durch Jörg Martin und Götz Geldner ins Leben gerufen. Unterstützt wurde das Netzwerk von der Deutschen Sepsis Gesellschaft (DSG), dem Kompetenznetzwerk Sepsis (SepNet), der DGAI und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA). Ziele dieser Initiative, die vor allem von der Klinik am Eichert und vom Klinikum Ludwigsburg ausging, waren es, wissenschaftliche Evidenz an das Krankenbett zu bringen, einen intensiven Erfahrungsaustausch zwischen Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen zu realisieren und dabei Veränderungsprozesse anzustoßen und zu unterstützen [14].

Außer in Baden-Württemberg (BW) entstanden zeitgleich vergleichbare Netzwerke in Hamburg, ausgehend von der Asklepios Klinik Altona (Hanswerner Bause), und in Berlin/Brandenburg von der Charité (Claudia Spies, Jan Braun) in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Landesärztekammern. Die Kompetenz von Intensivmedizinern unterschiedlicher Fachrichtungen und der intensivmedizinischen Fachpflege wurde auf diese Weise gebündelt. Kernelemente der Netzwerkarbeit waren die Entwicklung und Implementierung von Verfahrensweisungen (SOP) und die Durchführung von kollegialen Besuchen/Konsultationen zwischen den Kliniken des Netzwerkes. Die aktive Mitarbeit in diesem Netzwerk war für die Klinik in Heidenheim ein entscheidender Kristallisationspunkt für einen erfolgreichen Veränderungsprozess, der zunächst einmal die medizinisch-pflegerische Ergebnisqualität, aber auch wirtschaftliche Aspekte in den Fokus nahm [13]. Aus diesen Aktivitäten entstand die Initiative „Intensivmedizinisches Peer Review“ unter Beteiligung der jeweiligen Landesärztekammern.

Als erste Klinik in Deutschland genoss die anästhesiologische Intensivstation des Klinikums Heidenheim unter der Leitung von Alexander Brinkmann bereits im November 2007 den ersten kollegialen Dialog auf Augenhöhe. Kompetente und erfahrene Mitglieder des Netzwerkes Intensivmedizin BW besuchten die anästhesiologische Intensivstation. Nach standardisierten Bewertungskriterien, die inzwischen durch die DIVI gepflegt und weiterentwickelt werden [12], wurde die Struk-

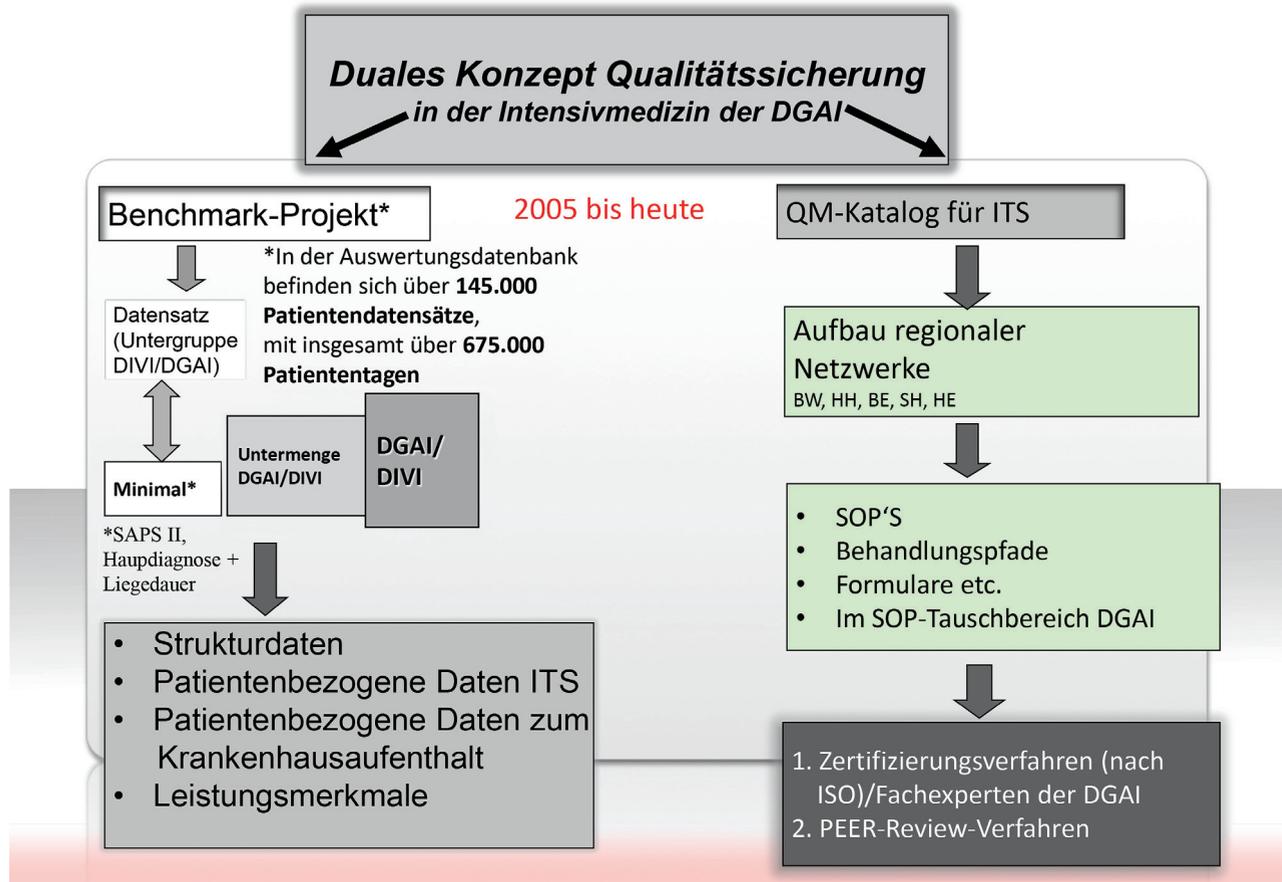


Abbildung 1 Duales Konzept Qualitätssicherung

Grafik: H. Bause

tur-, Prozess- und Ergebnisqualität kooperativ und kritisch beleuchtet. Es zeigten sich an vielen Stellen des ärztlichen und pflegerischen Versorgungsprozesses qualitätsrelevante Optimierungspotenziale mit Relevanz für den Patienten. Der Erfahrungsaustausch machte deutlich, dass an vielen Stellen weniger ein Erkenntnis- als vielmehr ein Umsetzungsproblem im klinischen Alltag bestand. Dieses erste Peer Review fand in allen Berufsgruppen große Akzeptanz und hat eine Begeisterung hervorgerufen, die einen nachhaltigen Veränderungsprozess entfesselte. Im Rahmen dieses komplexen Veränderungsprozesses konnte nicht nur die medizinische Ergebnisqualität nachhaltig verbessert werden, sondern ebenfalls Kosten reduziert und Erlöse gesteigert werden [13]. Ebenfalls 2007 fanden in Hamburg kollegiale Dialoge in den Asklepios Kliniken statt.

Im August 2008 wurde dann in Hamburg nach dem Curriculum der BÄK „Peer Review in der Intensivmedizin“ die erste Schulung in Deutschland

der ersten Peers (Chefärzte und Fachpflegekräfte für Intensivmedizin) unter Leitung von Bause und Kuch pilotiert. Das erste Peer Review in Berlin/Brandenburg wurde 2009 in Potsdam durchgeführt. Die drei bestehenden Netzwerke stimmten in dieser Zeit das Verfahren und die verwendeten Dokumente und deren Inhalte aufeinander ab. Als zentraler Bestandteil dieses Verfahrens wurden die intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren (s.u.) in das Peer Review integriert in der jeweils gültigen Form. Auf diese Weise entwickelte sich zügig ein gemeinsames Verfahren.

In Berlin trafen sich 2009 Vertreter der bestehenden Netzwerke sowie Vertreter der Ärztekammer. Man einigte sich darauf, dass das Peer-Review-Verfahren unter Einbindung der Intensivpflege weiterentwickelt werden sollte. Damit wuchs das Verfahren aus dem Rahmen der Fachgesellschaft DGAI und der Netzwerke hinaus mit dem Anspruch der Allgemeingültigkeit für die Erwachsenen-Intensivmedizin und Intensivpflege. Die Vertreter waren sich

einig, dass die DIVI als Dachvereinigung aller Intensivmediziner und der Intensivpflege das Verfahren inhaltlich und die Ärztekammern das Verfahren organisatorisch weiterentwickeln sollten. Es bildete sich eine nationale Steuerungsgruppe, die aus nicht mehr als zehn Mitgliedern bestehen sollte. Bei der Besetzung wurde darauf geachtet, dass die bestehenden Netzwerke in geographischen Regionen repräsentiert wurden. Als erste Sprecher der Steuerungsgruppe wurden Elke Muhl und als deren Vertreter Jan Braun gewählt. Mit Elke Muhl war die Chirurgie und mit Arnold Kaltwasser und Rolf Dubb waren die Fachpflege in der Steuerungsgruppe vertreten. Ines Chop begleitete das Gremium als Vertreterin der Bundesärztekammer. Später folgte Reimer Riessen als Vertreter der Konservativen Intensivmedizin.

In Zusammenarbeit mit den jeweiligen Landesärztekammern entstanden weitere regionale Netzwerke in beinahe allen Bundesländern bzw. bundeslandübergreifend.

Die Intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren

Grundlage für die Einführung eines Qualitätsmanagements auf Intensivstationen war die Verbesserung der Prozesse durch motivierte Mitarbeiter mit dem Ziel, die Patientenzufriedenheit zu erhöhen und das Vertrauen in das Qualitätsbewusstsein in Bezug auf die Therapie- und Versorgungsqualität zu steigern. Aktive Einbeziehung der Mitarbeiter bei der Ausgestaltung des Qualitätsmanagementsystems führt zu hoher Identifikation mit dem Krankenhaus und der Abteilung und somit zu hohem Qualitätsbewusstsein. Eine solche systematische Vorgehensweise hat sich in der Praxis bewährt.

Schon früh hatte sich der WAKIN mit der Entwicklung von Qualitätsindikatoren beschäftigt. Nach Literaturrecherche war deutlich, dass die spanischen Intensivmediziner (2005) hier eine beachtliche Vorarbeit geleistet hatten. Insofern lag es nahe, hier eine Kooperation einzugehen, die darin bestand, dass es uns erlaubt wurde, die Methodik und die Qualitätsindikatoren zu übernehmen [9]. Damals hatten die spanischen Kollegen über 300 Indikatoren nach einer einheitlichen Systematik entwickelt. Die Präsidien der DGAI und des Berufsverbands Deutscher Anästhesisten (BDA) hatten im November 2008 entschieden, das Projekt Peer-Review-Intensivmedizin und die Entwicklung von Qualitätsindikatoren mit 30.000 Euro zu fördern.

Die ersten Sitzungen zur Entwicklung der Qualitätsindikatoren fanden bei Claudia Spies in der Charité ab Januar 2009 statt. Dort erfolgte auch durch Mitarbeiter

der Charité die Übersetzung der spanischen Qualitätsindikatoren ins Deutsche. Vagts et al. beschrieben, wie Qualitätsindikatoren beschaffen sein sollten [5]. „Indikatoren sind reine Hilfsgrößen für eine Quantifizierung, die in der Lage sind, bestimmte negative Ereignisse valide vorherzusagen. Indikatoren sollen darauf hinweisen, dass die Wahrscheinlichkeit für negative/unerwünschte Ereignisse im Idealfall sinkt oder im ungünstigen Fall steigt. Sie implizieren damit eine Methode der Unternehmensführung; deshalb wurden sie auch in Management-Instrumente wie der Balanced Scorecard inkorporiert. Primär sind Indikatoren Parameter, mit deren Hilfe eine Aussage über Ergebnisse und eventuell auch über einen Prozess getroffen werden kann. Aus Sicht des Qualitätsmanagements ist diese Definition von Indikatoren jedoch eine nicht hinreichende Spezifizierung. So gilt für Qualitätsindikatoren, dass der entsprechende Parameter keine direkte Variable der Untersuchungseinheit darstellt und einen reliablen Vorhersagewert für einen übergeordneten Versorgungssektor besteht. Zusätzlich muss ein Qualitätsindikator hinsichtlich Machbarkeit, Reliabilität und Validität evaluiert sein“ [10].

Unter Federführung von Jörg Martin und Jan Braun und unter Anwendung der obigen Kriterien wurde ein Delphi-Verfahren, unter Beteiligung zahlreicher deutscher Kliniken, in zwei Runden durchgeführt. Letztlich wurden zehn Qualitätsindikatoren für Deutschland evaluiert und 2009 abgeschlossen und erstmals auf dem Hauptstadtkongress der DGAI (2009) vorgestellt. Bis zur ers-

ten Publikation wurden die „neuen Qualitätsindikatoren“ durch die Verbandsgremien geschickt. Die erste Publikation der Qualitätsindikatoren erfolgte dann 2010 durch die nationale Steuerungsgruppe der DIVI [6].

In Abstimmung mit allen medizinischen Fachgesellschaften, die im Bereich der Intensivmedizin tätig sind, wurden im Jahr 2012/2013 die intensivmedizinischen Qualitätsindikatoren für Deutschland in der Version 2.0 von der nationalen Steuerungsgruppe der DIVI überarbeitet und im Juni 2013 publiziert [7]. Eine umfassende Revision erfolgte in der dritten Version der Qualitätsindikatoren ohne die Anzahl 10 zu erhöhen [8].

Die Qualitätsindikatoren der DIVI sind inzwischen so etabliert, dass sie bei Überprüfung der Intensivstationen durch den MDK wichtiger Bestandteil für den Erlös der erweiterten intensivmedizinischen Komplexbehandlung geworden sind. Es ist geplant den zukünftigen Prozess der Weiterentwicklung der Qualitätsindikatoren mit methodischer Begleitung der AWMF (Leitlinien- und evidenzbasiert) neu zu gestalten. Die DIVI hat bereits Gespräche mit der AWMF aufgenommen, um wissenschaftliche Unterstützung zu erhalten und andere Fachgesellschaften einzubeziehen. DIVI

Interessenkonflikt: Keine angegeben

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Hanswerner Bause
Am Martensgehölz 11
22459 Hamburg
hbause@gmail.com

Literatur

- Schmitz JE, Weiler Th, Heinrichs W: Mindestinhalte und Ziele der Dokumentation in der Intensivmedizin. *Anästh Intensivmed* 1995; 39: 162–72
- Martin J, Schleppers A, Fischer K et al.: Der Kerndatensatz Intensivmedizin: Mindestinhalte der Dokumentation im Bereich Intensivmedizin. *Anästh Intensivmed* 2004; 45: 207–16
- Bause H, Ragaller M, Gerlach et al.: Das duale Konzept der DGAI zur Qualitätssicherung in der Intensivmedizin. *Anästh Intensivmed* 2007; 48: S28–S31
- Möller J: Methoden zur Bewertung der Qualität im Gesundheitswesen. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 2001; 6: 26–33
- Vagts DA, Bauer M, Martin J: (Un-)Sinn von Zertifizierung in der Intensivmedizin. *Anaesthesist* 2009; 58: 81–7
- Braun JP, Mende H, Bause H et al., Ne-Qul (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. DOI: 10.3205/000111
- Braun JP, Kumpf O, Deja M et al.: The German quality indicators in intensive care medicine 2013 – second edition. *GMS Ger Med Sci* 2013; 11: Doc09. DOI: 10.3205/000177
- Kumpf O, Braun JP, Brinkmann A et al.: Quality indicators in intensive care medicine for Germany – third edition 2017. *GMS Ger Med Sci* 2017; 15: Doc10. DOI: 10.3205/000251
- www.semicyc.org/sites/default/files/eng_quality_indicators_semicyc-uc2006.pdf
- www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user.../CurrAerztlPeerReview2013.pdf
- www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Leitfaden_Aerztliches-Peer-Review_2014.pdf
- www.divi.de/empfehlungen/qualitaets-sicherung-intensivmedizin/peer-review
- Brinkmann A, Genz R, Köberer A et al.: Dialog auf Augenhöhe. Führen und Wirtschaften im Krankenhaus 2013, 30: 598–601
- Bürle M, Rinderknecht F, Geldner G et al.: Regionales Netzwerk Intensivmedizin in Baden-Württemberg. *Anästh Intensivmed* 2007, 48: S54–S56