

**Verfahrensrahmen zum Hämotherapeutischen Peer Review  
Empfohlen von der  
Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für Klinische Hämotherapie (IAKH)  
in Kooperation mit den Ärztekammern**

**Hintergrund**

„Peer Review“ bedeutet in der Medizin eine Konsultation eines Kollegen, der auf Augenhöhe im kollegialen Miteinander medizinische Sachverhalte analysiert und beim Aufzeigen von Verbesserungspotenzialen und entsprechenden Lösungsansätzen behilflich ist. Wichtig sind die Bereitschaft, voneinander lernen zu wollen, gegenseitiger Respekt und Wertschätzung. Die Größe oder der Versorgungsauftrag der Behandlungseinheit (Praxis, Labor, Eigenblutspende) oder des Krankenhauses spielen hierbei keine Rolle, Stärken oder Schwächen werden in jeder Einrichtung beobachtet.

Es gibt in Deutschland ein bewährtes Verfahren in der Intensivtherapie, das sich zum Ziel gesetzt hat, die Behandlungsqualität in der Intensivtherapie dadurch zu verbessern, dass evidenzbasierte Erkenntnisse im Interesse der Patienten besser in den klinischen Alltag transferiert werden. Es wird „**Intensivmedizinisches Peer Review**“ genannt und wurde über ein Pilotprojekt zur Qualitätssicherung über mehrere Jahre von der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin und Notfallmedizin (DIVI), der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Hämotherapie (DGAI) und dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) etabliert. In gleicher Weise soll auf dem Gebiet der Hämotherapie von der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft für Klinische Hämotherapie (IAKH), in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern ein Verfahren entwickelt werden, das als „**Hämotherapeutisches Peer Review**“ die gleichen Effekte auf dem Gebiet der Anwendung von Blut und Blutprodukten auf dem klinischen Alltag hat. Die Idee der Ausweitung des Peer Review-Konzepts auf den hämotherapeutischen Sektor hatte die Ärztekammer Berlin, die bereits vor Jahren ein Konzept entworfen und das Peer Review für den Bereich Berlin etabliert und praktiziert hat.

Bei diesem auf Freiwilligkeit beruhenden Verfahren sollen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von allen Hämotherapie-betreibenden Einrichtungen nach dem Prinzip der Gegenseitigkeit und Kollegialität erhoben und bewertet werden. Ziel ist es, sich gegenseitig bei der Umsetzung von evidenten hämotherapeutischen Erkenntnissen am Krankenbett zu unterstützen und Prozesse zu optimieren. Dies beinhaltet die gegenseitige Unterstützung bei

der Vermeidung von Fehlern, der Entwicklung von Konzepten zur Qualifikation von Personal, dem Erschließen von Hilfsmitteln zur optimalen Versorgung von hämotherapeutischen Patienten und zur optimalen Organisation der Prozessabläufe in den jeweiligen Einrichtungen.

Das standardisierte intensivmedizinische Peer-Review-Verfahren hat sich in der Praxis als sehr effektiv im Sinne der Qualitätssicherung/-verbesserung gezeigt. Es ist zu erwarten, dass sich der gleiche Effekt in der Hämotherapie einstellt. Als Plattform zum vertraulichen Austausch von Methoden zur Umsetzung von evidenzbasierten Prozessen im Alltag ist das Peer Review darüber hinaus als strukturiertes Verfahren der ärztlich-medizinischen Fortbildung zu bewerten. Den beteiligten Kollegen werden Techniken der internen und externen Evaluierung vermittelt.

Das Verfahren gilt es zu schützen und inhaltlich weiterzuentwickeln. Um die Nachhaltigkeit des Peer-Review-Verfahrens in Deutschland zu garantieren, müssen Institutionen vorhanden sein, die das Peer Review als ein Verfahren des klinischen Qualitätsmanagements verantwortlich unterhalten.

Dies sind

1. die Interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für Klinische Hämotherapie (IAKH), die als interdisziplinäre Vereinigung von Transfusionsverantwortlichen, -beauftragten und Qualitätsbeauftragten für Hämotherapie einerseits die Probleme und Hindernisse in der klinischen Anwendung der Blutprodukte kennt, andererseits auch mit allen transfusionsmedizinischen Fachgesellschaften in regem Austausch steht. Ihr obliegt es, die zu evaluierenden hämotherapeutischen Inhalte regelmäßig zu aktualisieren. Hierfür existiert ein Expertengremium (Nationale Steuerungsgruppe unter Federführung der IAKH), welches die Evidenzlage der Bewertungsinhalte prüft und redaktionell bearbeitet.
2. regionale Hämotherapeutische Netzwerke (Hämotherapeuten und Landesärztekammern), die das Verfahren in ihrem Geltungsbereich gemeinsam durchführen.
3. Landesärztekammern, die das Verfahren in ihrem jeweiligen Geltungsbereich organisieren.
4. die Peers, die - um das hohe Gut der Kollegialität und der fachlichen Integrität zu garantieren - neben ihrer hämotherapeutischen Qualifikation eine Qualifizierung zum Peer gemäß dem Fortbildungscurriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer durchlaufen haben.

### **Peers**

Peers sind erfahrene klinische Hämotherapeuten, Labor – und Transfusionsmediziner, Hämostaseologen, Laborassistenten und Fachpflegekräfte, die als kritische Kollegen sowohl andere Einheiten bewerten und beraten möchten, als auch in der eigenen Einrichtung durch andere Peers bewertet und beraten werden wollen.

Durch dieses Prinzip der Gegenseitigkeit der Peer Reviews lernen die Peers beide Rollen des Reviews kennen: Reviewer bzw. sich einem Review unterziehender Peer. In beiden Fällen lernt man von den Erfahrungen der Kollegen.

Voraussetzungen, um als Peer (in der Rolle als Reviewer) am hämotherapeutischen Peer-Review-Verfahren teilzunehmen sind

1.

- a. die langjährige klinische Tätigkeit in einem Fachgebiet, in dem Hämotherapie täglich praktiziert wird (z.B. Chirurgie, Anästhesie, Innere Medizin, Hämatologie/Onkologie, Labormedizin, Hämostaseologie in verantwortlicher Position (Chefarzt oder leitender Oberarzt) bzw. die langjährige klinische Tätigkeit als Fachpflegekraft oder Laborassistent in diesem Bereich.
- b. Die langjährige klinische Tätigkeit als Qualitätsbeauftragte/r für Hämotherapie, Transfusionsverantwortliche/r oder Transfusionsbeauftragte/r.
- c. Transfusionsmediziner in verantwortlicher Position mit klinischer Erfahrung in der Anwendung von Blut und Blutprodukten sind explizit erwünscht, wenn sich ihre klinische Expertise nicht auf die Herstellung von Blutprodukten und die Abnahme von Blutspenden bei gesunden Spendern beschränkt.

2. die Teilnahme an der Qualifizierungsmaßnahme zum Peer gemäß BÄK-Curriculum „Ärztliches Peer Review“ bestehend aus einem Selbststudium, z. B. als E-Learning-Einheit, (ca. ein halber Tag), das mit einer Lernerfolgskontrolle abgeschlossen wird und einer Präsenzveranstaltung (ca. anderthalb Tage), einschließlich der

3. Durchführung von zwei „Schulungs-Reviews“ (probeweise Teilnahme an Peer Reviews gemeinsam mit erfahrenem Peer).

### **Peer-Review-Team**

Das hämotherapeutische Peer-Review-Team ist interdisziplinär und multiprofessionell zusammengesetzt und umfasst mindestens zwei ärztliche Peers und einen pflegerischen Peer (Qualifikationen s. o.). Innerhalb des Teams werden ein Teamleiter und ein Schriftführer festgelegt.

### **Inhalte des Bewertungsverfahrens**

Hämotherapeutische Peer Reviews sind ein anerkanntes Verfahren zur Qualitätssicherung. Die medizinisch-fachlichen Inhalte des hämotherapeutischen Peer-Review-Verfahrens werden regelmäßig nach den Maßgaben der evidenzbasierten Medizin bzw. Pflege durch eine Nationale Steuerungsgruppe aktualisiert. Diese Steuerungsgruppe tagt mindestens einmal jährlich. Die Mitglieder der Steuerungsgruppe gehen aus den Netzwerken in den Ländern hervor und werden von der IAKH benannt. Das Gremium soll aus mindestens fünf, insgesamt aber nicht mehr als zehn Personen bestehen, um arbeitsfähig zu bleiben. Die Nationale Steuerungsgruppe wählt zwei Gruppensprecher. Die Steuerungsgruppe ist der IAKH und den teilnehmenden Ärztekammern gegenüber verpflichtet, zumindest einmal jährlich einen Bericht zu erstatten über die aktuellen Entwicklungen und Erfordernisse des Verfahrens. Grundlage der Bearbeitung sind die Prinzipien der Evidenzbasierten Medizin. Inhaltliche Änderungen am Verfahren werden vom Vorstand der IAKH freigegeben und jährlich publiziert.

Die verfahrenstechnischen Inhalte werden von der Steuerungsgruppe in Abstimmung mit der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern in diesem Verfahrensrahmen schriftlich festgelegt und regelmäßig aktualisiert. Der Verfahrensrahmen dient den Landesärztekammern als Orientierung zur Ausgestaltung ihrer Peer-Review-Verfahren vor Ort.

### **Organisation**

Die Organisation von hämotherapeutischen Peer Reviews geschieht auf der Ebene von Bundesländern. Die jeweiligen Landesärztekammern tragen - je nach Bedarf und Anforderung durch das regionale hämotherapeutische Netzwerk - die organisatorische Verantwortung u. a. für

- Organisation und Durchführung von Peer-Qualifikationsmaßnahmen
  
- Verwaltung eines Pools von Peers
  
- Vorbereitung, Organisation und Nachbereitung von angeforderten Peer Reviews

- Qualitätssicherung der Peer Reviews
- treuhänderische Verwaltung und ggf. übergreifende Auswertung der Peer-Review-Berichte
- ggf. Benchmarkingverfahren

## **Verfahrensablauf**

### ***Anforderung eines Peer Reviews:***

Die Transfusionskommission eines Krankenhauses fordert bei Bedarf nach Absprache mit der eigenen Geschäftsleitung sowie ihrer ärztlichen und pflegerischen Leitung ein **hämotherapeutisches Peer Review** bei dem koordinierenden Mitarbeiter der jeweiligen Landesärztekammer an und benennt selbst die ärztlichen und pflegerischen Ansprechpartner aus dem Gebiet der Hämotherapie (meist die Mitglieder der Transfusionskommission). Nach Anforderung eines Peer Reviews durch eine hämotherapeutische Einrichtung plant und organisiert der Koordinator der Landesärztekammer das Peer Review. Dazu können u. a. gehören:

- Zusammenstellung des Peer-Review-Teams bestehend aus zwei ärztlichen Peers, einem pflegerischen bzw. labortechnischen Peer. Optional nimmt ein ärztlicher Vertreter der Landesärztekammer als Evaluierungsexperte teil.
  
- Terminvereinbarung
  
- Informationsblatt an die Geschäftsleitung des zu besuchenden Krankenhauses. Hierin wird das Verfahren erläutert und auf Vertraulichkeit und Datenschutz hingewiesen.
  
- Information der zu besuchenden Abteilung über Ziel, Ablauf, Verfahrensregeln, Datenschutz usw.
  
- Versand der Dokumente (Selbstbewertungsbogen, bettseitiger Erhebungsbogen, Feedbackbögen, Vertraulichkeitserklärung, Zustimmungserklärung der Klinikleitung zum Peer Review, Einwilligungserklärung, die Ergebnisse des Reviews in anonymisierter Form der IAKH zur Auswertung zur Verfügung zu stellen etc.)
  
- Empfehlung, mit der zuständigen Abteilung für Hygiene, dem Qualitätsmanagement oder anderen Einrichtungen Kontakt zu halten, um ggf. offene Fragen zu klären.
  
- Zeitlicher Ablaufplan zur Unterstützung bei der Durchführung
  
- Nachbereitung
  
- Qualitätssicherung (Evaluation) und übergreifende Auswertung der Ergebnisse der Peer Reviews

Das hämotherapeutische Peer Review basiert auf Freiwilligkeit, d. h. sowohl die visitierte Einrichtung als auch der Peer Reviewer können ohne Nennung von Gründen ein Review ablehnen. Da die hämotherapeutischen Peer Reviews in vertrauensvoller und kollegialer Atmosphäre stattfinden, ist es von Bedeutung, dass ein Vertrauensverhältnis der Beteiligten besteht.

Das hämotherapeutische Peer-Review-Verfahren basiert außerdem auf Gegenseitigkeit, d. h. die Einrichtung, die visitiert wird, sollte auch Peers aus dem eigenen Hause die Möglichkeit geben, Reviews in anderen Krankenhäusern durchzuführen. Hierbei sollte es regelhaft keine bilateralen Gegen-Reviews geben.

### **Selbstbewertung:**

Nach Anforderung eines Peer Reviews wird dem Leiter der anfordernden Einrichtung ein standardisierter Fragebogen zur Selbstbewertung zugesandt, der 52 Fragen zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Station beinhaltet. Es werden keinerlei personenbezogene Daten erhoben. Auf jede Frage gibt es die Antwortmöglichkeit:

- Trifft nicht zu (wird als Kategorie 1 bezeichnet)
  
- In sichtbarer Planung/Umsetzung (wird als Kategorie 2 bezeichnet)
  
- Trifft teilweise zu (wird als Kategorie 3 bezeichnet)
  
- Trifft zu (wird als Kategorie 4 bezeichnet)

Die Verantwortlichen der Einrichtung (der Transfusionsverantwortliche oder der QB) führen anhand des 52-Fragen-Bogens zunächst vor der Durchführung des Reviews eine Selbstbewertung durch. Dieser Fragebogen wird ausschließlich in der anfordernden Einrichtung aufbewahrt und wird am Review-Tag mit der Fremdbewertung abgeglichen (s. u.). Die Selbstbewertung sollte aus Datenschutzgründen nicht an Dritte verschickt werden. Es ist vorgesehen, dass die Ergebnisse der Selbstbewertung beim Peer Review (s. u.) den Reviewern vorliegen, um beim Abgleich mit der Fremdbewertung schnell auf diskrepante Antworten oder auf Inhalte, die nicht zutreffen oder zu Verständnisproblemen führen, zu stoßen. Zu diesem Zwecke hat es sich bewährt, dass die verantwortlichen Personen auf der zu besuchenden Station gemeinsam die Selbstbewertung auf **einem** Bogen vornehmen. Die Selbstbewertungsbögen können entweder in Kopie an die Ärztekammer geschickt werden, um sie vor dem Peer-Review-Tag den Reviewern zukommen zu lassen oder aber sie werden zu Beginn des Peer Reviews den Reviewern in Kopie ausgehändigt.

**Peer Review Tag:**

Der Tag des Reviews gliedert sich in folgende Bestandteile:

Empfohlener Beginn 9:00 Uhr  
 Empfohlene Verabschiedung 16:00 Uhr

Teilnehmer:

- das Peer Review Team (2 Peers, 1 lernender Peer (fakultativ), 1 ärztlicher Vertreter der LÄK)
- der Gastgeber-Peer
- die Transfusionskommissionsmitglieder (min 2, max. 3-4 TB; immer aber der TV und der QB)
- Pflegekraft OP/Intensiv
- TA und ärztliche Laborleitung des immunhämatologischen Labor
- Apotheker/in

| <b>Tagespunkt</b>   | <b>Empf. Zeitrahmen</b> |
|---|-------------------------|
| (1) Treffen des Peer-Review-Teams   | 15 min                  |
| (2) Vorstellungsrunde und Gespräch mit Leitung, ggf. Informationen über Institution   | 30 min                  |
| (3) Fremdbewertung 1 (Begehung in Klein-Teams) von  |                         |
| a. mindestens einer relevanten Einrichtungseinheit, in der klinische Hämotherapie stattfindet und „bettseitige“ Erhebung der 8 Qualitätsindikatoren (z.B. OP, Intensivstation, Eigenblutspende) | 60-90 min               |
| b. Labor und/oder Blutdepot, Gerinnungsproduktelager/Apotheke   | 45-60 min               |
| (4) Fremdbewertung 2 (52-Fragen-Bogen: Erfahrungsaustausch)   | 90 min                  |
| (5) Mittagspause  | 20-30 min               |
| (6) Besprechung des Peer-Review-Teams   | 60 min                  |
| (7) Kollegialer Dialog  | 60 min                  |
| (8) Gegenseitiges Feedback  | 10 min                  |
| (9) Kritische Selbstreflexion des Peer Review Teams   | 15-30 min               |
| (10) Peer-Review-Bericht  | Binnen 4 Wochen         |
| (11) Feedback 2   | Nach 6 Monaten          |



## **1. Treffen des Peer Review Teams**

Die reviewenden Peers treffen zum vereinbarten Zeitpunkt in der zu bewertenden Einrichtung ein und verteilen die Rollen des Teamleiters und des Schriftführers. Die Durchführung des Reviews wird vom Teamleiter moderiert. Die Vertraulichkeitserklärungen müssen vorliegen und nach der Vorstellung von allen Teilnehmern unterzeichnet werden. Nach der Vorstellung einigen sich alle Teilnehmer, in welcher Reihenfolge die Module Fremdbewertung 1 und Fremdbewertung 2 durchgeführt werden sollen. Es haben sich bislang beide Reihenfolgen bewährt. Sind Blutspenden, Anwendungen der maschinellen Autotransfusion, ECMO-Anlagen, Intrauterine (Austausch)- Transfusionen, Plasmapheresen, Stammzelltransplantationen, o.ä. geplant, kann man dies in den Tagesablauf einplanen. In jedem Fall finden nach den Fremdbewertungen die Besprechung des Peer-Review-Teams und anschließend der Kollegiale Dialog statt.

## **2. Vorstellungsrunde**

### **3. Fremdbewertung 1**

*(Begehung von mindestens einer relevanten Einrichtungseinheit, in der klinische Hämotherapie stattfindet und bettseitige Erhebung der 8 Qualitätsindikatoren (z.B. OP, Intensivstation, Eigenblutspende) und Begehung von Labor und/oder Blutdepot, Gerinnungsproduktelager/Apotheke)*

Anschließend wird eine relevante Einrichtungseinheit, in der klinische Hämotherapie stattfindet gemeinsam besichtigt. Im Idealfall finden sich Anwendungen von Blut- und Blut- oder Gerinnungsprodukten als zu beobachtende Vorgänge oder aber Patientenakten können eingesehen werden, in der diese Anwendungen dokumentiert sind. Hierbei wird bettseitig anhand des bettseitigen Erhebungsbogens (mitgeltendes Dokument: acht der zehn evidenzbasierten Qualitätsindikatoren) evaluiert und in nicht personenbeziehbarer Form dokumentiert, inwieweit die zuvor besprochenen, evidenzbasierten Prozesse im Alltag umgesetzt werden. Die Teilbereiche der praktischen Anwendung, des Patient Blood Managements, der Patienten- und Blutprobenidentifikation, sowie die strukturellen Vorgaben und Hilfen wie SOPs und Verfahrensanweisungen VAs werden anhand einer oder mehreren Anwendungen diskutiert. Die Reviewer lassen sich hierbei von den Ärzten und Pflegekräften bettseitig erläutern, wie die Prozesse konkret umgesetzt wurden und dokumentiert sind. Hierbei lassen sich die Reviewer auf Nachfrage Auszüge aus der elektronischen oder analogen Kurvendokumentation zeigen, es werden z. B. die Hintergründe der Indikationsstellung, die elektronische oder papierbezogenen Anforderung der Blutprodukte,

die Transfusionstrigger, die Erfolgskontrolle und ggf. Nebenwirkungen für die wichtigsten Blut- und Gerinnungsprodukte verfolgt. Im Blutdepot, der Blutbank, der Apotheke und im Labor werden idealerweise Vorgänge begleitet, die den Hämotherapiebereich betreffen oder ebenfalls für die verschiedenen Produkte Prozess- und Strukturqualität diskutiert. Dies geschieht in beiden Bereichen, indem das Personal der Einrichtung die erfragten Inhalte den Reviewern direkt am Beispiel oder an vorangegangenen Versorgungungen anhand der Dokumentation demonstrieren. Der behandelnde/gastgebende Hämotherapie-Peer ist verantwortlich dafür, dass die datenschutzrechtlichen Belange und die ärztliche Schweigepflicht gewahrt bleiben. Bei der Umsetzung der Fremdbewertung vor Ort können unter Berücksichtigung der Belange des **Datenschutzes** verschiedene Praktiken zur Anwendung kommen. Beispiele sind im Absatz „Datenschutz“ als Leitfaden zusammengestellt.

#### **4. Fremdbewertung 2 (52-Fragen-Bogen)**

Die Reviewer arbeiten gemeinsam in Form eines Interviews mit den verantwortlichen Ärzten, Labor und Pflegepersonal den gleichen 52-Fragen-Bogen durch, der zuvor Grundlage der Selbstbewertung war und evaluieren nun aus der Perspektive der Reviewer den Erreichungsgrad der Fragen. (Ausgenommen sind hierbei die im 52-Fragen-Bogen enthaltenen acht Qualitätsindikatoren, die erst anschließend auf Station mit dem bettseitigen Erhebungsbogen bewertet werden.) Die Fragen sind hierbei der Leitfaden für die Reviewer und die besuchten Kollegen. Das Ergebnis der Fremdbewertung wird mit dem Ergebnis der Selbstbewertung auf Abweichungen hin verglichen. Diese Abweichungen werden dokumentiert und sind hauptsächlich Gegenstand des sich anschließenden kollegialen Dialogs. Es ist im Sinne des Zeitmanagements nicht sinnvoll, die einheitlich mit vier (trifft zu) beantworteten Fragen zu diskutieren. Beim kollegialen Dialog geht es vielmehr darum, die Fragen, die nicht einheitlich bewertet werden (hierbei handelt es sich nach ersten Erfahrungen um ca. 15 % der Fragen), der die Fragen, die mit weniger als vier Punkten bewertet werden, zu eruieren und Lösungen zu diskutieren bzw. Erfahrungen über das zugrunde liegende Problem auszutauschen. (*Dauer ca. bis zu 3 Stunden*).

## **5. Mittagspause**

## **6. Besprechung des Peer-Review-Teams**

Die Reviewer ziehen sich zurück, um sich intern auf ein einheitliches Ergebnis der Fremdbewertung und Begehung vor Ort zu verständigen. Hierbei wird das Ergebnis der bettseitigen Fremdbewertung in den 52-Fragen-Bogen zusammenfassend eingetragen. Das Peer-Review-Team bereitet sich auf das Abschlussgespräch (kollegialer Dialog) vor, in dem u. a. die anzusprechenden Punkte für die SWOT-Analyse festgelegt werden. **(Dauer ca. 1-1,5 Stunden)**

## **7. Kollegialer Dialog**

a) Feedback: Das Peer-Review-Team gibt der Abteilung das Ergebnis seiner Fremdbewertung in Form einer SWOT-Analyse (Stärken, Schwächen, Chancen, Risiken) bekannt.

b) Kollegialer Dialog: Auf Basis der SWOT-Analyse und des Abgleichergebnisses von Selbst- und Fremdbewertung wird der kollegiale Dialog geführt. Ziel dieses auf Vertrauen beruhenden Austausches ist es, für die identifizierten Verbesserungspotentiale gemeinsam Qualitätsziele, mögliche Lösungsansätze und Maßnahmen zu erarbeiten. Voraussetzung ist hierbei eine vertrauensvolle Atmosphäre und die Bereitschaft, voneinander lernen zu wollen. Die gemeinsam erarbeiteten Verbesserungsvorschläge (Qualitätsziele, Maßnahmen incl. Fristen und Verantwortlichkeiten) werden vom Review-Team protokolliert.

c) Die Reviewer stellen den visitierten Peers die Frage, ob das Review Fragen offen gelassen hat, ob die Bewertung nach gegenwärtigem Ermessen vollständig ist und weitere Inhalte angesprochen werden sollen. **(Dauer ca. 1-1,5 Stunden)**.

## **8. Gegenseitiges Feedback**

### **a. der besuchten Einrichtung an das Peer-Review-Team**

Die besuchte Einrichtung erhält die Möglichkeit im Anschluss an das Review, dem Peer-Review-Team und der Landesärztekammer mittels des Feedbackbogens 1 eine Rückmeldung zum Review zu geben.

### **b. Peer-Review-Bericht des Teams an die besuchte Einrichtung**

Die besuchte Einrichtung erhält sofort ein mündliches Feed Back als auch binnen 4 Wochen ein schriftliches Protokoll des Peer-Review-Teams als Peer Review Bericht mit den wesentlichen Punkten des Besuchs und die Empfehlungen für die Weiterentwicklung.

### **9. Kritische Selbstreflexion des Peer Review Teams**

Das Team der Peers benötigt den Besprechungsraum noch bis zu einer halben Stunde, um zu reflektieren welche Verbesserungen und Aspekte des Besuches besonders gweürdigt und beachtet werden sollten.

#### **10. Erstellung des Peer Review Berichts:**

Der Protokollführer des Teams erstellt in Übereinkunft mit dem Team-Leader abschließend den Peer-Review-Bericht entsprechend der vorgegebenen standardisierten Vorlage. Grundlage dafür sind die ausgefüllten, nicht-personenbezogenen Fragebögen der Fremdbewertung, die Ergebnisse der Begehung und des kollegialen Dialogs. Die zum Zweck der Durchführung des Peer Reviews verwendeten Fragebögen werden nach der Berichterstellung vom Teamleiter nach den Regeln des Datenschutzes vernichtet.

Der Peer-Review-Bericht wird ausschließlich dem Leiter der Transfusionskommission der anfordernden Einrichtung per Post zugestellt und ist nur zum internen Gebrauch gedacht. Der Leiter der Transfusionskommission der anfordernden Einrichtung verantwortet den ordnungsgemäßen Umgang mit dem Bericht, d. h. keine Weitergabe an nicht beteiligte bzw. nicht berechnigte Personen und andererseits Weitergabe bzw. Diskussion mit dem Kollegium und der jeweiligen Krankenhausgeschäftsleitung, um die Umsetzung möglicher Konsequenzen aus dem Peer-Review-Bericht zu planen. Personenbezogene Daten sind weder im Bericht enthalten und werden auch nicht an Dritte weitergegeben.

Es ist im Sinne des Verfahrens, dass der Leiter der Einrichtung den hämotherapeutischen Peer-Review-Bericht mit der Krankenhausleitung/Geschäftsführung bespricht bzw. den Bericht zur gemeinsamen Bearbeitung weiterleitet.

Zum Zwecke der qualitätsverbessernden Maßnahmen sollten die Inhalte des Peer-Review-Berichtes den krankenhausesinternen Institutionen/Personen zur Verfügung stehen, die ggf. Konsequenzen ziehen können. Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Hämotherapie im gegebenen Kontext des Krankenhauses stehen hierbei im Vordergrund.

#### **11. Feedback 2 der besuchten Abteilung**

Ungefähr sechs Monate nach dem Review erhält die besuchte Einrichtung nochmals einen Feedbackbogen, in dem u. a. auch über den Stand der eingeleiteten Maßnahmen berichtet werden kann.

## **Datenschutz**

**Vor Beginn des Reviews** wird von allen Mitgliedern des Peer-Review-Teams und den Teilnehmer seitens der besuchten Abteilung eine Vertraulichkeitserklärung in zweifacher Ausführung unterzeichnet. Je ein Original wird der angeforderten Klinik ausgehändigt und ein Original an die Landesärztekammer übersendet.

In Vorbereitung bzw. während der **bettseitigen Fremdbewertung** sind folgende Praktiken anwendbar:

a. Einwilligung durch Patient oder Betreuer, ist jedoch meist nicht praktikabel, da der Aufwand sehr hoch ist und oftmals nicht planbar ist, welche Patienten am Tag des Reviews anwesend sind. Wenn Qualitätssicherung als Inhalt von Datenverarbeitung im jeweiligen Landeskrankenhausesgesetz verankert ist, ist die Einwilligung durch den Patienten oder Vertreter nicht erforderlich.

b. Die Krankenakte sollte nicht aus der Hand des behandelnden Personals gegeben werden.

c. Die Kopfzeile bzw. der Teil der Akte, der einen Hinweis auf die Identität des Patienten gibt, sollte abgedeckt sein.

d. Es können Auszüge ohne Personenbezugsmöglichkeit aus der Krankenakte kopiert werden.

e. Der Reviewer kann Qualitätsindikatoren abfragen und eine mündliche Antwort erhalten (z. B. eines Messwertes oder einfach „ja“ oder „nein“).

## **Datennutzung**

Es werden während des gesamten Peer Reviews keinerlei personenbezogene Daten erhoben oder gesammelt. Es werden keine einrichtungsbezogenen Daten an Dritte weitergeleitet. Jegliche Auswertung der gewonnenen Daten bedarf der Zustimmung der Leitung der betroffenen Einrichtung. Eine personen- oder einrichtungsbeziehbare Auswertung ist ausgeschlossen. Der Ergebnisbericht des Reviews wird - bei vorliegender Zustimmung der Klinikleitung - in anonymisierter Form von der IAKH ausgewertet.

## **Finanzierung und Bescheinigung**

Ein Peer sollte das Peer Review als Bestandteil seiner ärztlichen oder pflegerischen Tätigkeit sehen, d. h. dass es kein Berufsbild des Peers gibt. Es wird den beteiligten Einrichtungen empfohlen, den Peers die Reviews als Arbeitszeit zu bewerten, d. h. ggf. Dienstreisen zu

genehmigen. Damit sind die Vergütung der Arbeitszeit und versicherungsrechtliche Fragen geregelt.

Kosten entstehen ggf. durch die Fahrtkostenerstattung und ggf. durch die Erstellung des Peer-Review-Berichts durch die Reviewer und bewegen sich ausschließlich im Rahmen der Aufwandsentschädigung der Peers. Sofern von einer Landesärztekammer in deren Zuständigkeitsbereich keine andere Regelung zur Finanzierung festgelegt wird, werden die entstehenden Kosten eines hämotherapeutischen Peer Reviews von der anfordernden Einrichtung getragen.

Das Peer Review wird von den Ärztekammern als Fortbildung anerkannt und pauschal mit zehn CME-Punkten der Kategorie C für einen Review-Tag für die Reviewer und die besuchten Ärzte bewertet.

Die Ärztekammer bescheinigt der Peer Review anfordernden Einrichtung, dass sie aktiv an der Qualitätssicherung für Hämotherapie teilnimmt. Diese Teilnahmebescheinigung ist geeignet, um an exponierter Stelle auf der Homepage der Einrichtung platziert zu werden. Fordert eine Einrichtung nicht binnen drei Jahren ein erneutes hämotherapeutisches Peer Review an oder beteiligt sich aus dieser Einrichtung kein ärztlicher oder pflegerischer Kollege aktiv am hämotherapeutischen Peer-Review-Verfahren, kann die Landesärztekammer die Einrichtung auffordern, die Bescheinigung nicht mehr zu verwenden.

Das hämotherapeutische Peer-Review-Verfahren ist ein dynamisches System, welches zum gegenseitigen Lernen animiert und auf kollegiale Weise der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung dient.

### **Evaluation**

Die hämotherapeutische Einrichtung gibt dem Peer-Review-Team direkt nach dem Peer Review ein Feedback mittels Feedbackbogen 1 sowie sechs Monate später mittels Feedbackbogen 2. Beide ausgefüllten Feedbackbögen werden an die Landesärztekammer zurückgesandt, die diese dann auswertet. Optional kann auch der begleitende Vertreter der Landesärztekammer dem Peer-Review-Team mittels des Feedbackbogens 3 ein Feedback am Review-Tag geben.

### **Benchmarkingskizze**

Sollte der Leiter der hämotherapeutischen Einrichtung der anonymen Auswertung der im Peer-Review-Bericht generierten Daten durch die jeweilige Ärztekammer bzw. der IAKH zustimmen, speichert der schriffführende Peer eines Peer Reviews den Bericht ohne Nennung der betroffenen Einrichtung, d. h. alle Textbestandteile, die die Zuordnung des Berichtes zur Klinik ermöglichen, werden entfernt. Der anonyme Bericht wird am Ende eines Quartals/Halbjahres dem verantwortlichen Treuhänder bei der Landesärztekammer zugesandt. Die nationale Steuerungsgruppe darf im Auftrage der IAKH aus den gesammelten Peer-Review-Berichten einen Bericht über die Hämotherapie-Einrichtungen des Landes bzw. bundesweit zum Zwecke der Qualitätssicherung herausgeben. Die beteiligten Einrichtungen können sich auf diese Weise selbst mit dem Qualitätsbericht der Landesärztekammer vergleichen.