„Viel Raum für Ideen“

St. Bernward-Krankenhaus Hildesheim
Prof. Dr. med. Georg von Knobelsdorff

Peer Review Intensivmedizin in Niedersachsen:

- 3 Kurse seit 9/2013 → 20 Peer Reviews
  → 29 Ltd. Ärzte (davon 16 fertige „Peers“)
  → 15 Ltd. Intensivpflegekräfte (davon 8 fertige „Peers“)

Ablaufplan der DIVI*

Peer Review Intensivmedizin

Anfrage einer Intensiveinheit an die Ärztekammer

Vorbereitung

Versendung von Informationsmaterial und Unterlagen an die Intensiveinheit
- Anschreiben der Ärztekammer an die Intensivstation

Selbstbewertung der Intensiveinheit
- 52-Fragen-Bogen

Vorbereitung des Peer-Besuchs
- Checkliste für Peers zu Ablauf und Durchführung intensivmedizinischer Peer Reviews
- Checkliste Grundlegende Regeln für Peers

Peer-Besuch:

Treffen des Peer-Review-Teams: Abstimmung von Rollen, Schwerpunkten, Schriftführung usw.

Vorstellungsrunde: Klärung von Ziel, Ablauf, Regeln und Ansprechpartnern des Peer Reviews

- Vertraulichkeitserklärung

*) Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin www.divi.de

Ausschnitt aus 52-Fragen-Bogen

Peer Review Intensivmedizin

INTENSIVMEDIZINISCHES PEER REVIEW

IV. Qualitätsindikatoren

A. Hauptindikatoren

*Hinweis für die **Fremdbewertung** durch die Peers: 1.- 8. werden bei der beitseitigen Begehung erhoben, das zusammengefasste Ergebnis dann hier eingetragen*	Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
1. Tägliche multiprofessionelle, klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen*	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	
2. Monitoring von Sedierung, Analgesie und Delir*	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	
3. Protektive Beatmung*	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	
4. Weaning und andere Maßnahmen zur Vermeidung von ventilatorassoziierten Pneumonien*	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	
5. Frühzeitige und adäquate Antibiotikatherapie*	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	
6. Therapeutische Hypothermie nach Herzstillstand*	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	
7. Frühe enterale Ernährung*	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	
8. Dokumentation von strukturierten Angehörigengesprächen*	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	
9. Händedesinfektionsmittelverbrauch (BQS-Indikator 2010)			1 □ 2 □ 3 □ 4
10. Leitung der Intensivstation durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der keine anderen klinischen Aufgaben hat, Präsenz eines Facharztes mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin in der Kernarbeitszeit und Gewährleistung der Präsenz von intensivmedizinisch erfahrenem ärztlichen und pflegerischen Personal über 24h	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	1 □ 2 □ 3 □ 4 □	

52-Fragen-Bogen Intensivmedizinisches Peer Review Version 2.5
Freigegeben durch die DIVI am 06.05.2013
Seite 8

Stundenplan

Peer Review Intensivmedizin

ZQ entrum für ualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

3. Kurs Ärztliches Peer Review in der Intensivmedizin (gemäß BÄK Curriculum „Ärztliches Peer Review")
(im Fortbildungszentrum der Ärztekammer Bremen)

	Tag 1 Donnerstag, 13.11.2014		Tag 2 Freitag, 14.11.2014
09:00 Beginn	Begrüßung, Einführung *(Hape)* Vorstellung und Vereinbarung des Ablaufs Peer Review?! Die Rolle des Reviewers- *Anspruchsgruppen und deren Interessen beim Peer Review* *(Kuch)*	09:00 Beginn	Einstieg *(Kuch)* Erhebung der Daten im Dialog auf der Station Vorbereitung Feedbackgespräch *(Kuch, Bause)* Simulation Feedbackgespräch *(Kuch, Bause)*
10:30		10:30	
12:30	*Mittagspause*	13:00	*Mittagspause*
13:30	Einführung in das Peer Review Verfahren Intensivmedizin Der Review-Tag: Vorbereitung und Ablaufgestaltung *(Bause)* Das Eröffnungsgespräch *(Kuch)* Datenerhebung im Peer Reviewverfahren Übung zur Anwendung und Interpretation der Kriterien und Indikatoren *(Hape, Bause)*	14:00	Schwierige Situationen im Gespräch: Kritik, Konflikte, etc. *(Kuch)* Der Bericht *(Bause)* Die nächsten Schritte: Ausblick auf Peer Reviews in Niedersachsen *(Sens)* Abschlussrunde *(Kuch, Bause)* Evaluation Planung der Peer Reviews *(Sens)*
15:30 Pause		15:30 Pause	
17:00 Ende		17:00 Ende	

Tag 3 <nach Absprache>	Tag 4 <nach Absprache>
Vorort Peer Review in der Intensivmedizin	Vorort Peer Review in der Intensivmedizin
Teilnahme an zwei Peer Reviews	
Vorbereitung	*Vorbereitung*
- gemeinsam mit einem erfahrenen Peer -	
Durchführung	*Durchführung*
Mittagspause	
Nachbereitung	*Nachbereitung*

Tag 5 (Termin folgt)
Erfahrungsberichte,
kritische Bewertung,
Evaluation
Abschlussdiskussion
Ausgabe der Zertifikate
(Sens)

Kursgebühr: € 450,- für den Kurs, Arbeitsunterlagen, Organisation der Vorort-Peer Reviews für die Teilnehmer. Fortbildungspunkte werden beantragt.
Informationen: Frau Jeschow | Tel. 0511/380-2506 | FAX 0511/380-2118 | ZQ-Homepage: www.aekn.de/zq | E-Mail: brigitte.jeschow@aekn.de

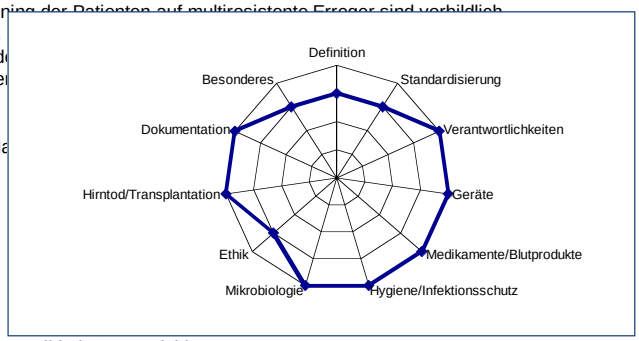
Freigegeben: Se/MM
Datum: 13.03.2014

Peer-Review-Bericht

Ergebnisse Teil 2: SWOT-Analyse

Stärken:

Die gute personelle Besetzung sowohl im ärztlichen, als auch im pflegerischen Dienst , kombiniert mit einem hohen Qualifizierungsgrad der Mitarbeiter, stellt eine wesentliche Stärke dar.
Die gute Teamkultur führt zu einer hohen Mitarbeitermotivation. Durch den Einsatz von Dokumentationsassistenten und weiteren zusätzlichen Kräften für administrative und unterstützende Tätigkeiten erfolgt eine sinnvolle Entlastung des medizinischen Personals.
Eine durchgehende physiotherapeutische Behandlung der Patienten an 7 Tagen stellt eine weitere Stärke dar.
Das Infektionsmanagement mit einer fest etablierten mikrobiologischen Visite, einer Resistenzstatistik und einem routinemäßigen Screening der Patienten auf multiresistente Erreger sind vorbildlich.
Ein CIRS ist im Krankenhaus
Die Qualitätsindikatoren werd
Das Einarbeitungskonzept de



Schwächen:
Die Entwicklung von SOPs/Ha

Chancen:
…

Gefahren/Risiken:
…

BEST PRACTICE
Als „best practice“ wurden das Antibiotic Stewardship …

Pilotprojekt „Peer Review in der Geburtshilfe“

37-Fragen-Bogen

(Peer Review Geburtshilfe)

Themenbereich I - Struktur

1.1 Anzahl der Geburten im Vorjahr _____

1.2 Anzahl Mehrlingsschwangerschaften _____

1.3 Anzahl der Risikoschwangeren, die versorgt wurden (nach Katalog siehe Rückseite) _____

1.4 Anzahl Frühgeborene < 32 Wochen oder < 1250g _____

1.5 Gibt es eine Intermediate Care (IMC)? ☐ ja / ☐ nein

1.6 Personelle Ausstattung (Hebammen, Ärzte, ggf. Pflege auf der Wochenbettstation)

- Anzahl Hebammen _____ vakante Stellen (VK) _____ Prozentuale Freistellung (Stellenanteil) für Leitungsaufgaben der ltd. Hebamme _____%
- Anzahl Ärzte _____ vakante Stellen (VK) _____

davon:

-> Fachärzte für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe (VK) _____ vakante Stellen (VK) _____ Schwerpunkt "Spezielle Geburtshilfe u. Perinatalmedizin _____ DEGUM II _____

- Facharzt für Kinderheilkunde (VK) _____ vakante Stellen (VK) _____

1.7 Umsetzung von 1:1 Betreuung in der Neonatologie ☐ ja / ☐ nein geplant ab ___.___._____
(je ein Gesundheits-/Kinderkrankenpfleger je Intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen (ab 2017 verpflichtend))

1.8 24 h Anästhesieverfügbarkeit in der Geburtshilfe vorhanden? ☐ ja / ☐ nein

1.9 Ist eine Hebammenschule angeschlossen? ☐ ja / ☐ nein

1.10 Befinden sich die geburtshilfliche Abteilung und die Neonatologie "Wand an Wand?" ☐ ja / ☐ nein, aber im selben Gebäude
☐ nein, aber in miteinander verbundenen Gebäude

Entfernung zwischen dem Kreißsaal und der Neonatologie (in Metern) _____m

1.11 Räumlichkeiten

- Anzahl Kreißsäle _____
- Anzahl sonstige Räume mit Entbindungsmöglichkeit oder für Betreuung _____
- Gibt es einen Sectio-OP im Kreißsaal? ☐ ja / ☐ nein
- Gibt es einen zweiten OP/Narkosemöglichkeit im Kreißsaalbereich zur Versorgung von Notfällen (z. B. mobiles Gerät) ☐ ja / ☐ nein
- **technische Ausstattung im Kreißsaal:**
  - -> Anzahl CTG-Geräte, _____ -> Anzahl Blutgasanalysegeräte _____
    - davon Telemetriegeräte _____ -> Anzahl Überwachungsmonitore _____
  - -> Anzahl Ultraschallgeräte _____ -> Anzahl Reanimationseinheiten _____

1.12 Ist eine Blutbank im eigenen Standort vorhanden? ☐ ja / ☐ nein

1.13 Ist in jedem Kreißsaal ein Bildschirmarbeitsplatz mit Zugang zur Patientendokumentation vorhanden? ☐ ja / ☐ nein

1.14 Gibt es eine Ethikkommission/-komitee in der Organisation? ☐ ja / ☐ nein

Themenbereich I - Struktur (Fortsetzung)

Bitte schätzen Sie von ① bis ④ ein. (1 = trifft nicht zu, 2= in sichtbarer Planung/Umsetzung, 3= trifft teilweise zu, 4= trifft zu)			Anmerkung der gebh. Abteilung	Anmerkung im Peer Review
1.15	**Wie ist das QM-/RM-System aufgebaut?**			
	Die Strategieentwicklung ist Bestandteil der Unternehmensführung, dazu gehört die strategische Ausrichtung der Geburtsklinik.	① ② ③ ④		
	Mit der Geschäftsleitung werden strategische und operative Ziele vereinbart.	① ② ③ ④		
	QM und RM sind prozessorientiert aufgebaut.	① ② ③ ④		
	Das Krankenhaus/die Abteilung ist zertifiziert nach _____	① ② ③ ④		
	Das Krankenhaus/die Abteilung hat weitere Zusatzzertifikate:	① ② ③ ④		
	-> ->			
	-> ->			
1.16	**Gibt es eine Art „Organisationsstatut" für den Kreißsaal?**			
	Die Hinzuziehungspflicht u. die Verantwortlichkeiten sind klar geregelt u. schriftlich fixiert (z. B. Organigramm, Prozessbeschreibung, etc.).	① ② ③ ④		
1.17	**Wie werden Hygiene und Infektionsschutz gewährleistet?**			
	Ein ärztlicher Hygienebeauftragter ist in der Organisation vorhanden.	① ② ③ ④		
	Es gibt regelmäßige Fortbildungen zu den relevanten Hygienerichtlinien.	① ② ③ ④		
	Im Krankenhaus gibt es festgelegte Hygienepläne.	① ② ③ ④		
	Die Organisation beteiligt sich am KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System).	① ② ③ ④		
	Alle Mitarbeiter der geburtshilflichen Abteilung sind nach aktuellem Stand geschult.	① ② ③ ④		
	Hygiene u. Infektionsschutz sind Teil der Teambesprechung.	① ② ③ ④		
	Eine Resistenzstatistik wird geführt.	① ② ③ ④		
1.18	**Wie wird das Medizinproduktgesetz umgesetzt?**			
	Jeder Mitarbeiter wird in die medizinischen Geräte eingewiesen.	① ② ③ ④		
	Die Unterweisung wird dokumentiert.	① ② ③ ④		
	Es erfolgt eine regelmäßige Auffrischung der Einweisung (z.B. VE, Rea-Einheit).	① ② ③ ④		
	Die Wartung u. Pflege von Medizinprodukten ist geregelt (z. B. CTG).	① ② ③ ④		

Themenbereich I - Struktur (Fortsetzung)				
Bitte schätzen Sie von ① bis ④ ein. (1 = trifft nicht zu, 2= in sichtbarer Planung/Umsetzung, 3= trifft teilweise zu, 4= trifft zu)			Anmerkung der gebh. Abteilung	Anmerkung im Peer Review
1.19	**Wie wird Arbeitssicherheit umgesetzt?**			
	Es gibt benannte Beauftragte für Arbeitssicherheit.	① ② ③ ④		
	Arbeitssicherheit/Gesundheitsschutz sind Teil des QM-Systems.	① ② ③ ④		
1.20	**Gibt es einen Evakuierungs-/Katastrophenplan?**			
	Katastrophenübungen werden durchgeführt.	① ② ③ ④		
	Bei der Einweisung neuer Mitarbeiter wird das Prozedere laut Evakuierungs-/ Katastrophenplan vermittelt.	① ② ③ ④		
1.21	**Gibt es Simulations- /Notfalltrainings?**			
	Es werden regelmäßig Simulations-/Notfalltrainings durchgeführt	① ② ③ ④		

Themenbereich II - Personalentwicklung				
Bitte schätzen Sie von ① bis ④ ein. (1 = trifft nicht zu, 2= in sichtbarer Planung/Umsetzung, 3= trifft teilweise zu, 4= trifft zu)			Anmerkung der gebh. Abteilung	Anmerkung im Peer Review
2.1	**Wie werden neue Mitarbeiter eingearbeitet?**			
	Es existiert ein aktuelles schriftliches Einarbeitungskonzept.	① ② ③ ④		
	Patenschaften/Mentoren werden benannt.	① ② ③ ④		
	Nach der Einarbeitungsphase gibt es ein strukturiertes Feedback.	① ② ③ ④		
2.2	**Werden jährliche Mitarbeitergespräche geführt?**			
	Mit jedem Mitarbeiter wird ein Mitarbeitergespräch geführt.	① ② ③ ④		
	Für das Gespräch gibt es eine vorgegebene Struktur u. ein Protokoll.	① ② ③ ④		
	Es gibt eine Beurteilung der Leitung durch die MA sowie das Angebot von Konfliktgesprächen.	① ② ③ ④		
2.3	**Gibt es für die ärztlichen Mitarbeiter ein strukturiertes Weiterbildungskonzept?**			
	Für die Weiterbildung zum Facharzt oder für den Schwerpunkt Perinatalmedizin existiert ein Rotationsplan.	① ② ③ ④		
2.4	**Nehmen Ärzte und die Hebammen des Perinatalzentrums regelmäßig an Fortbildungen teil?**			
	Alle Ärzte bekommen die Gelegenheit, an Fortbildungen teilzunehmen (intern/extern).	① ② ③ ④		
	Alle Hebammen bekommen die Gelegenheit an Fortbildungen teilzunehmen (intern/extern).	① ② ③ ④		
	Für Fortbildungen erhalten die Mitarbeiter eine finanzielle Unterstützung (anteilig oder voll umfänglich).	① ② ③ ④		
	Für Fortbildungen werden Mitarbeiter freigestellt.	① ② ③ ④		

Themenbereich III - Zusammenarbeit im Team				
Bitte schätzen Sie von ① bis ④ ein. (1 = trifft nicht zu, 2= in sichtbarer Planung/Umsetzung, 3= trifft teilweise zu, 4= trifft zu)			Anmerkung der gebh. Abteilung	Anmerkung im Peer Review
3.1	**Wie sind Teambesprechungen organisiert?**			
	Die Mitarbeiter nehmen an Teambesprechungen teil (Ärzte, Hebammen, Pflege, etc.).	① ② ③ ④		
	Alle beteiligten Disziplinen nehmen an Teambesprechungen teil (Geburtshelfer, Anästhesisten, Kinderärzte).	① ② ③ ④		
	Es gibt einen Plan mit vorgesehenen Themen u. Terminen.	① ② ③ ④		
	Mitarbeiter bringen aktiv Themen ein u. Maßnahmen werden abgeleitet, umgesetzt u. überwacht.	① ② ③ ④		
3.2	**Wie wird mit Konfliktsituationen im Team umgegangen?**			
	In der Abteilung gibt es eine Vertrauensperson, die in schwierigen Team-situationen angesprochen werden kann.	① ② ③ ④		
	Es gibt die Möglichkeit der Mediation/Coaching.	① ② ③ ④		
3.3	**Wie gehen Sie mit Arbeitsverdichtung/Mehrarbeit um?**			
	Überstundenvergütung, Freizeitausgleich sind möglich.	① ② ③ ④		
	Es kommt zu Überlastungsanzeigen.	① ② ③ ④		
	Engpässe werden durch Zeitarbeitskräfte ausgeglichen.	① ② ③ ④		
3.4	**Wird die Möglichkeit der Supervision angeboten?**			
	Die Supervision ist nach belastenden Geburtsereignissen möglich (z. B. verstorbene Mutter, verstorbenes Kind).	① ② ③ ④		
	Im Krankenhaus gibt es einen ausgebildeten Supervisor (intern oder extern).	① ② ③ ④		

Themenbereich V - Prozessgestaltung				
Bitte schätzen Sie von ① bis ④ ein. (1 = trifft nicht zu, 2= in sichtbarer Planung/Umsetzung, 3= trifft teilweise zu, 4= trifft zu)			Anmerkung der gebh. Abteilung	Anmerkung im Peer Review
4.1	**Wie wird der Aufnahmeprozess in den Kreißsaal umgesetzt?**			
	Es gibt ein spezifisches geburtshilfliches Aufnahmejournal.	① ② ③ ④		
	Es gibt eine Hebammensprechstunde.	① ② ③ ④		
	Es gibt einen festgelegten Indikationskatalog zur Hinzuziehung eines Facharztes (Geburtshelfer, Neonatologe, Internist, Intensivmediziner) oder Psychologen.	① ② ③ ④		
4.2	**Wie ist die Vorbereitung auf die Geburt bei Risikoschwangeren?**			
	Für Geburtsplanungsgespräche mit Risikoschwangeren gibt es eigene Ambulanztermine.	① ② ③ ④		
	SOP's oder Behandlungspfade für folgende Risikoprofile sind hinterlegt u. werden mit der Schwangeren besprochen:			
	- hypertensive Erkrankungen (z. B. Präeklampsie, HELLP)	① ② ③ ④		
	- Gestationsdiabetes	① ② ③ ④		
	- Diabetes mellitus	① ② ③ ④		
	- Plazentainsuffizienz	① ② ③ ④		
	- Wachstumsretardierung	① ② ③ ④		
	- Mehrlingsschwangerschaften	① ② ③ ④		
	- sonstige	① ② ③ ④		
4.3	**Gibt es eine einheitliche Patientendokumentation?**			
	Die Dokumentation erfolgt direkt in der Patientenakte im Krankenhaus-informationssystem (KIS).	① ② ③ ④		
	Die Dokumentation erfolgt handschriftlich oder elektronisch in der Patientenkurve.	① ② ③ ④		
	Eine Handzeichenregelung (Kürzel) ist vorhanden.	① ② ③ ④		
	Es gibt eine Übersichtsseite zu Vitalparametern u. Befunden.	① ② ③ ④		
	Die Aufklärung ist geregelt (z. B. Blutprodukte, invasive Maßnahmen).	① ② ③ ④		

Themenbereich V - Prozessgestaltung (Fortsetzung)				
Bitte schätzen Sie von ① bis ④ ein. (1 = trifft nicht zu, 2= in sichtbarer Planung/Umsetzung, 3= trifft teilweise zu, 4= trifft zu)			Anmerkung der gebh. Abteilung	Anmerkung im Peer Review
4.4	**Gibt es ein festgelegtes Procedere für das Management spezifischer Indikationen?**			
	Es gibt einen verbindlichen Indikationskatalog für das Procedere bei Geburtseinleitung.	① ② ③ ④		
	Es gibt eine standardisierte Strategie zur Tragzeitverlängerung.	① ② ③ ④		
	Sonstige: _____	① ② ③ ④		
4.5	**Gibt es schriftliche Vorgaben** (z. B. SOP/Handlungsalgorithmen) **für geburtshilfliche Risiko- u. Notfälle** (Präeklampsie, HELLP, Notsectio, Eklampsie, peripartale Blutung, Uterusruptur, Schulterdystokie, etc.)**?**			
	Es gibt festgelegte Überprüfungszyklen für Handlungsalgorithmen im QM-System	① ② ③ ④		
	Die SOPs sind im Intranet bzw. im dafür vorgesehenen Ordner verfügbar (Teil des QM-Systems).	① ② ③ ④		
4.6	**Wie ist die Visite der präpartalen Patienten im Kreißsaal oder auf der Station organisiert?**			
	Die Chef-/Oberarztvisite findet täglich statt.	① ② ③ ④		
	Die Visite wird multiprofessionell durchgeführt.	① ② ③ ④		
4.7	**Wie sind Dienstübergaben im Kreißsaal geregelt?**			
	Schwierige Situationen können in diesem Rahmen offen thematisiert werden.	① ② ③ ④		
	Alle diensthabenden Mitarbeiter nehmen an den Übergaben teil.	① ② ③ ④		
4.8	**Wie ist die Kommunikation mit dem Kinderarzt geregelt?**			
	Es gibt einen Indikationskatalog für bestimmte Risikosituationen (Frühgeburt, Spätabruptiones, IUFT, etc.).	① ② ③ ④		
4.9	**Wie ist die konsiliarische Betreuung geregelt?**			
	Die Konsilansprechpartner sind bekannt.	① ② ③ ④		
	Ein Indikationskatalog zur konsiliarischen Mitbetreuung liegt vor.	① ② ③ ④		
	Zuständigkeiten u. Vertretungen sind geregelt.	① ② ③ ④		

Themenbereich V - Prozessgestaltung (Fortsetzung)				
Bitte schätzen Sie von ① bis ④ ein. (1 = trifft nicht zu, 2= in sichtbarer Planung/Umsetzung, 3= trifft teilweise zu, 4= trifft zu)			Anmerkung der gebh. Abteilung	Anmerkung im Peer Review
4.10	**Wie wird Arzneimitteltherapiesicherheit gewährleistet?**			
	Es gibt Vorgaben für die Verordnung von Medikamenten (Handzeichen, Lesbarkeit).	① ② ③ ④		
	Zur Vermeidung von Arzneimittelinteraktionen kann ein Tool im Intranet genutzt werden.	① ② ③ ④		
	Vorratshaltung u. Haltbarkeitskontrollen sind geregelt (Dokumentation).	① ② ③ ④		
	Zur Vermeidung von Verwechselungen werden Medikamente farblich gekennzeichnet.	① ② ③ ④		
	Der Einsatz von „Off-Label-Use"-Medikamenten ist geregelt.	① ② ③ ④		
	Für den Umgang mit „Off-Label-Use"-Medikamenten gibt es ein festgelegtes Aufklärungsprozedere.	① ② ③ ④		
4.11	**Gibt es ein Regelwerk zur Anforderung mikrobiologischer Untersuchungen?**			
	Mikrobiologische Abstriche werden nach festgelegtem Indikationskatalog durchgeführt (z.B. vorz. Wehen, VBS).	① ② ③ ④		
	Serologische Untersuchungen (z.B. TORCH) werden nach festgelegtem Indikationskatalog durchgeführt.	① ② ③ ④		
4.12	**Wie sind Verlegungen vom Kreißsaal auf die Wochenstation organisiert?**			
	Es gibt eine schriftlich fixierte Regelung (Zeitpunkt, Checkliste).	① ② ③ ④		
4.13	**Wie ist die Verlegung der Mutter auf die Intensivstation organisiert?**			
	Es gibt eine schriftlich fixierte Regelung (Zeitpunkt, Checkliste).	① ② ③ ④		
	Die Zuständigkeit der Visite auf der Intensivstation ist geregelt.	① ② ③ ④		
4.14	**Wie wird in Ihrer Abteilung mit Totgeburten** (späte Schwangerschaftsabbrüche) **umgegangen?**			
	Die Eltern haben die Möglichkeit, sich angemessen von ihrem Kind zu verabschieden (Baden, Anziehen, Erinnerungsstücke, interne Urkunde).	① ② ③ ④		
	Hebammen u. Ärzte haben die Möglichkeit sich bzgl. des Umgangs mit Totgeburten weiterzubilden.	① ② ③ ④		
	Bei Totgeburten < 500g wird das Angebot einer Bestattung gemacht (z. B. Schmetterlingskinder).	① ② ③ ④		
	Es steht eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern zur Verfügung.	① ② ③ ④		

Themenbereich IV - Patientensicherheit & Risikomanagement				
Bitte schätzen Sie von ① bis ④ ein. (1 = trifft nicht zu, 2= in sichtbarer Planung/Umsetzung, 3= trifft teilweise zu, 4= trifft zu)			Anmerkung der gebh. Abteilung	Anmerkung im Peer Review
5.1	**Wie wird das Risikomanagement in der Organisation umgesetzt?**			
	Das Risikomanagement ist im Qualitätsmanagementsystem verankert.	① ② ③ ④		
	Maßnahmen zur Patientensicherheit werden umgesetzt.	① ② ③ ④		
	Risiken u. Fehlerquellen in der stationären Versorgung werden erkannt, analysiert u. Verbesserungen werden umgesetzt u. evaluiert (z. B. Risikoaudit).	① ② ③ ④		
5.2	**Wie wird ein Critical Incident Reporting System (CIRS) umgesetzt?**			
	Im CIRS wird (anonym) gemeldet.	① ② ③ ④		
	Das CIRS wird von den Mitarbeitern der Frauenkliniken aktiv genutzt.	① ② ③ ④		
	Die für die geburtshilfliche Abteilung relevanten CIRS-Meldungen werden im Team besprochen u. analysiert, es werden Verbesserungen abgeleitet.	① ② ③ ④		
5.3	**Wie werden interdisziplinäre Fallkonferenzen/Morbiditäts- u. Mortalitätskonferenzen durchgeführt?**			
	Die Mitarbeiter nehmen an Morbiditäts- u. Mortalitätskonferenzen teil (Ärzte, Hebammen, Pflege).	① ② ③ ④		
	Es gibt einen Plan mit vorgesehenen Themen u. Terminen.	① ② ③ ④		
	Maßnahmen werden abgeleitet, umgesetzt, überwacht u. protokolliert.	① ② ③ ④		
5.4	**Werden regelmäßige Teamtrainings (Simulationen) durchgeführt?**			
	Es gibt geburtshilfliche, interdisziplinäre Notfalltrainings (Ärzte und Hebammen, OP-Team, Anästhesie).	① ② ③ ④		
	Es gibt interdisziplinäre Notfalltrainings (Geburtshelfer, Neonatologen).	① ② ③ ④		
	Ein Teamtraining wird mindestens 1x pro Jahr durchgeführt.	① ② ③ ④		
5.5	**Wird das Verhalten in Notsituationen (z. B. Notfall) anschließend im Team systematisch reflektiert?**			

Themenbereich VI - Qualitätsentwicklung & Transparenz				
Bitte schätzen Sie von ① bis ④ ein. (1 = trifft nicht zu, 2= in sichtbarer Planung/Umsetzung, 3= trifft teilweise zu, 4= trifft zu)			Anmerkung der gebh. Abteilung	Anmerkung im Peer Review
6.1	**Sind die Ergebnisse aus der Geburtshilfestatistik oder andere Leistungsdaten Gegenstand von Teambesprechungen?**			
	Die Ergebnisse werden mindestens ein Mal pro Jahr im geburtshilflichen Team analysiert u. diskutiert, Verbesserungsmaßnahmen werden abgeleitet.	① ② ③ ④		
	Weitere Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, die nicht standardmäßig in der geburtshilflichen Statistik zu finden sind (z. B. Routinedaten, Patienten-, Zuweiserbefragungen), werden einbezogen.	① ② ③ ④		
	Es erfolgen Trendanalysen für spezielle geburtshilfliche Zusammenhänge (z. B. Management bei Geburtseinleitung, Sectiomanagement, Lungenreifebehandlung, Strategien zur Tragzeitverlängerung, Analyse der Raten peripartaler Hysterektomien, Eklampsien, HELLP etc.).	① ② ③ ④		
6.2	**Wie gehen Sie mit der Darstellung Ihrer Leistungsqualität nach außen um?**			
	Die Qualitätsindikatoren werden neben der verpflichtenden Veröffentlichung im Qualitätsbericht zusätzlich veröffentlicht (z. B. Newsletter, Website etc.).	① ② ③ ④		
	Es gibt Fortbildungen mit niedergelassenen Gynäkologen u. Hebammen zu diesem Thema.	① ② ③ ④		
	Es gibt einen sektorenübergreifenden Qualitätszirkel (niedergelassene Gynäkologen, Klinik).	① ② ③ ④		
	Das Krankenhaus beteiligt sich an weiteren freiwilligen Initiativen zur Veröffentlichung der Qualität (z. B. Krankenhausspiegel).	① ② ③ ④		
6.3	**Wie werden Änderungen u. Beschwerden aus dem Beschwerdemanagement umgesetzt?**			
	Alle Beschwerden werden im Team besprochen und beantwortet, Maßnahmen werden abgeleitet.	① ② ③ ④		
6.4	**Nutzen Sie Patienten-, Zuweiserbefragungen als Instrument zur aktiven Entwicklung der Geburtsklinik?**			
	Patientenbefragungen werden durchgeführt.	① ② ③ ④		
	Alle Ergebnisse werden im Team besprochen u. Maßnahmen werden abgeleitet.	① ② ③ ④		

Stundenplan

Peer Review Geburtshilfe

Kurs „Peer Review in der Geburtshilfe“ (gemäß BÄK Curriculum „Ärztliches Peer Review“)

(Ärztekammer Niedersachsen)

	Dienstag, 15.12.2015		Mittwoch, 16.12.2015		Tag 3 + Tag 4 <nach Absprache>		Tag 5 <nach Absprache>
09:00 Beginn	Begrüßung, Einführung (Siggelkow) Vorstellung & Vereinbarung des Ablaufs Einführung in das Peer Review-Verfahren Geburtshilfe (Garnier)	09:00 Beginn	Einstieg (Kuch, Sens) Erhebung der Daten im Dialog imKreißsaal Vorbereitung Feedbackgespräch	09:00 Beginn	Vorort Peer Review in der Geburtshilfe Vorbereitung Teilnahme an zwei Peer Reviews Durchführung - mit einem erfahrenen Peer -		
10:30 Pause							
	Die Rolle des Reviewers - Anspruchsgruppen & deren Interessen beim Peer Review (Kuch)		Simulation Feedbackgespräch (Kuch)				
12:30	Mittagspause						
13:30	Erfahrungsschatz Intensivmedizin: Input für das Peer Review Geburtshilfe (Bause) Der Review-Tag: Vorbereitung & Ablaufgestaltung Das Eröffnungsgespräch (Kuch)	14:00	Schwierige Situationen im Gespräch: Kritik, Konflikte, etc. (Kuch)	14:00	Nachbereitung	14:00 Beginn	Erfahrungsberichte kritische Bewertung Evaluation
15:30 Pause		15:30 Pause					
	Datenerhebung im Peer Review-Verfahren Übung zur Anwendung und Interpretation der Kriterien und Indikatoren (Kuch)		Der Bericht (Kuch, Sens) Die nächsten Schritte: Ausblick auf Peer Reviews in Niedersachsen Abschlussrunde				Abschlussdiskussion
17:00 Ende		17:00 Ende	Evaluation Planung der Peer Reviews (Sens)	17:00 Ende		17:00 Ende	Ausgabe der Zertifikate (Sens)

Teilnehmer:

Städtisches Klinikum Braunschweig:
Priv. Doz. Dr. med. Heiko B. G. Franz, Karin Oppe, Anne Baumert

Diakoniekrankenhaus Henriettenstift:
Dr. med. Christine Morfeld, Wiebke Schrader

Diakoniekrankenhaus Friederikenstift:
Dr. med. Sonja Bergen, Anna Schulz

Klinikum Osnabrück:
Priv. Doz. Dr. Dr. med. Yves Garnier, Tina Grüter

Klinikum Wilhelmshaven:
Prof. Dr. med. Susanne Grüßner, Katja Bauer

Klinikum Leer:
Dr. med. Jacek Skubis, Anja Jaudzims

Ablaufplan

Peer Review Geburtshilfe

Anfrage einer geburtshilflichen Abteilung an die Ärztekammer

Vorbereitung

- **Versendung von Informationsmaterial u. Unterlagen an die gebh. Abteilung**
  - Anschreiben der Ärztekammer an die geburtshilfliche Abteilung
- **Selbstbewertung der gebh. Abteilung**
  - 37-Fragen-Bogen (Selbst-/Fremdbewertung)
- **Vorbereitung des Peer-Besuchs**
  - Checkliste für Peers zu Ablauf u. Durchführung des gebh. Peer Reviews
  - Checkliste Grundlegende Regeln für Peers

Peer-Besuch:

Treffen des Peer-Review-Teams: Abstimmung von Rollen, Schwerpunkten, Schriftführung usw..

Vorstellungsrunde: Klärung von Ziel, Ablauf, Regeln u. Ansprechpartnern des Peer Reviews.

Fremdbewertung: Gespräch mit ärztlicher Leitung u. leitender Hebamme im Kreißsaal mit dem Ziel der gemeinsamen Erarbeitung des 37-Fragen-Bogens.

Begehung

- Vertraulichkeitserklärung
- 37-Fragen-Bogen (Selbst-/Fremdbewertung)
- Anleitung für Peer-Review-Bericht