„Wir haben *(fast)* fertig“:

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

Pilotprojekt „Peer Review in der Geburts

1. Peer Review 16.6.2016 Wilhelmshaven
2. Peer Review 22.6.2016 Leer
3. Peer Review 9.8.2016 Hannover
4. Peer Review 26.10.2016 Osnabrück 5. Peer Review 10.1.2017 Braunschweig

Struktur | Personal-entwicklung

Reflektion → ggf. Moc

Qua

Pilotprojekt „Peer R

Kriterienkatalog ✓ → erstes Pe

Pilotprojekt „Peer Review Patier
Pilotprojekt „Peer Review Kardio

---

neu

Erfolgreicher Start in Niedersachsen:

Pilotprojekt „Peer Review in der Geburtshilfe“

sowie nach ähnlichem Muster : ***Neonatologische Intensivmedizin****

Struktur | Personal-entwicklung | Zusammenarbeit im Team | Prozessgestaltung | Patientensicherheit & Risikomanagement | Qualitätsent-wicklung & Transparenz

Qualitätsentwicklung

Dr. phil. **Brigitte Sens**
Zentrum für Qualität und Management
im Gesundheitswesen
Ärztekammer Niedersachsen - Hannover

PD Dr. med. **Heiko B. Franz**
Chefarzt der Frauenklinik im Klinikum Braunschweig
Vorsitzender der Ständigen Kommission der
Niedersächsischen Perinatalerhebung

**** als joint venture mit der Ärztekammer Berlin***

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

- 53-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
- 53-Fragen-Bogen (Selbst-/Fremdbewertung)
- Anleitung für Peer-Review-Bericht

Themenbereich I Struktur

Themenbereich I - Struktur		
1.1	Versorgungslevel (nach der G-BA-Vereinbarung zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen) _____	
1.2	Anzahl der Geburten im Vorjahr _____	
1.3	Anzahl Mehrlingsschwangerschaften im Vorjahr _____	
1.4	Anzahl Frühgeborene < 32 Wochen oder < 1250 g im Vorjahr _____	
1.5	Rate der Risikoschwangeren im Vorjahr (nach Katalog siehe Rückseite) _____ %	
1.6	Gibt es eine Intermediate Care (IMC)? ☐ ja / ☐ nein	
1.7	Personelle Ausstattung (Hebammen, Ärzte, ggf. Pflegeauf der Wochenbettstation) - Anzahl Hebammen_____: davon: z.Zt. im Mutterschutz _____ vakante Stellen (VK) _____ Prozentuale Freistellung (Stellenanteil) für Leitungsaufgaben der ltd. Hebamme_____% - Anzahl Ärzte _____: davon: z.Zt. im Mutterschutz _____ vakante Stellen (VK) _____ Anzahl Fachärzte für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe (VK) _____ Anzahl Fachärzte mit Schwerpunkt „Spezielle Geburtshilfe u. Perinatalmedizin" _____ Anzahl Fachärzte mit DEGUM Stufe II _____ - Facharzt für Kinderheilkunde (VK) im Haus: ☐ ja / ☐nein	
1.8	Umsetzung von 1:1 Betreuung in der Neonatologie (je ein Gesundheits-/Kinderkrankenpfleger je Intensivtherapiepflichtigem Frühgeborenen(ab 2017 verpflichtend))	☐ ja / ☐ nein geplant ab ___.___.____
1.9	24 h Anästhesieverfügbarkeit in der Geburtshilfe vorhanden?	☐ ja / ☐ nein
1.10	Ist eine Hebammenschule angeschlossen?	☐ ja / ☐ nein
1.11	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
1.12	Räumlichkeiten - Anzahl Kreißsäle _____ - Anzahl sonstige Räume mit Entbindungsmöglichkeitoder für Betreuung _____ - Gibt es einen Sectio-OP im Kreißsaal? - Gibt es einen zweiten OP/Narkosemöglichkeit im Kreißsaalbereich zur Versorgung von Notfällen (z. B. mobiles Gerät) - **technische Ausstattung im Kreißsaal:** Anzahl CTG-Geräte _____ davon: Telemetriegeräte _____ Anzahl Überwachungsmonitore _____ Anzahl Reanimationseinheiten _____ Anzahl Ultraschallgeräte _____ Anzahl Blutgasanalysegeräte _____	 ☐ ja / ☐ nein ☐ ja / ☐ nein
1.13	Ist eine Blutbank im eigenen Standort vorhanden?	☐ ja / ☐ nein
1.14	Ist in jedem Kreißsaal ein Bildschirmarbeitsplatz mit Zugang zur Patientendokumentation vorhanden?	☐ ja / ☐ nein
1.15	Gibt es eine Ethikkommission/-komitee in der Organisation?	☐ja / ☐ nein

Themenbereich I Struktur

Themenbereich I - Struktur (Fortsetzung)				
Bitte schätzen Sie von ① bis④ 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
1.16	**Wie ist das Qualitätsmanagement-/Risikomanagement-System aufgebaut?**			
	Die Strategieentwicklung ist Bestandteil der Unternehmensführung, dazu gehört die strategische Ausrichtung der Geburtsklinik.	①②③④		
	Mit der Geschäftsleitung werden strategische und operative Ziele vereinbart.	①②③④		
	Qualitätsmanagement und Risikomanagement sind prozessorientiert aufgebaut.	①②③④		
	Das Krankenhaus/die Abteilung ist zertifiziert nach _____	①②③④		
	Das Krankenhaus/die Abteilung hat weitere Zusatzzertifikate	①②③④		
	Bezeichnung der Zertifikate _____ _____			
1.17	**Gibt es eine Art „Organisationsstatut" für den Kreißsaal?**			
	Die Hinzuziehungspflicht und die Verantwortlichkeiten sind klar geregelt und schriftlich fixiert (z.B. Organigramm, Prozessbeschreibung, etc.).	①②③④		
1.18	**Wie werden Hygiene und Infektionsschutz gewährleistet?**			
	Ein ärztlicher Hygienebeauftragter ist in der Organisation vorhanden.	①②③④		
	Es gibt regelmäßige Fortbildungen zu den relevanten Hygienerichtlinien.	①②③④		
	Im Krankenhaus gibt es festgelegte Hygienepläne.	①②③④		
	Die Organisation beteiligt sich am KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System).	①②③④		
	Alle Mitarbeiter der geburtshilflichen Abteilung sind nach aktuellem Stand geschult.	①②③④		
	Hygiene und Infektionsschutz sind Teil der Teambesprechung.	①②③④		
	Eine Resistenzstatistik wird geführt.	①②③④		
1.19	**Wie wird das Medizinproduktgesetz umgesetzt?**			
	Jeder Mitarbeiter wird in die medizinischen Geräte eingewiesen.	①②③④		
	Die Unterweisung wird dokumentiert.	①②③④		
	Es erfolgt eine regelmäßige Auffrischung der Einweisung (z.B. VE, Rea-Einheit).	①②③④		
	Die Wartung und Pflege von Medizinprodukten ist geregelt (z.B. CTG).	①②③④		

Themenbereich I Struktur

Themenbereich I - Struktur (Fortsetzung)				
Bitte schätzen Sie von ① bis④ 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
1.20	**Wie wird Arbeitssicherheit umgesetzt?**			
	Es gibt benannte Beauftragte für Arbeitssicherheit.	①②③④		
	Arbeitssicherheit/Gesundheitsschutz sind Teil des Qualitätsmanagementsystems.	①②③④		
1.21	**Gibt es einen Evakuierungs-/Katastrophenplan?**			
	Katastrophenübungen werden durchgeführt.	①②③④		
	Bei der Einweisung neuer Mitarbeiter wird das Prozedere laut Evakuierungs-/Katastrophenplan vermittelt.	①②③④		
1.22	**Gibt es Simulations- /Notfalltrainings?**			
	Es werden regelmäßig Simulations-/Notfalltrainings durchgeführt	①②③④		

Themenbereich II Personalentwicklung

Themenbereich II - Personalentwicklung				
Bitte schätzen Sie von ① bis④ 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.	①②③④		
	Patenschaften/Mentoren werden benannt.	①②③④		
	Nach der Einarbeitungsphase gibt es ein strukturiertes Feedback.	①②③④		
2.2	**Werden jährliche Mitarbeitergespräche geführt?**			
	Mit jedem Mitarbeiter wird ein Mitarbeitergespräch geführt.	①②③④		
	Für das Gespräch gibt es eine vorgegebene Struktur und ein Protokoll.	①②③④		
	Es gibt eine Beurteilung der Leitung durch die Mitarbeiter sowie das Angebot von Konfliktgesprächen.	①②③④		
2.3	**Gibt es für die ärztlichen Mitarbeiter ein strukturiertes Weiterbildungskonzept?**			
	Für die Weiterbildung zum Facharzt oder für den Schwerpunkt „Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin" existiert ein Rotationsplan.	①②③④		
2.4	**Nehmen Ärzte und die Hebammen des Perinatalzentrums regelmäßig an Fortbildungen teil?**			
	Alle Ärzte bekommen die Gelegenheit, an Fortbildungen teilzunehmen (interne/externe Fortbildungen).	①②③④		
	Alle Hebammen bekommen die Gelegenheit an Fortbildungen teilzunehmen (interne/externe Fortbildungen)	①②③④		
	Für Fortbildungen erhalten die Mitarbeiter eine finanzielle Unterstützung (anteilig oder voll umfänglich).	①②③④		
	Für Fortbildungen werden Mitarbeiter freigestellt.	①②③④		

Themenbereich III Zusammenarbeit im Team

Themenbereich III - Zusammenarbeit im Team				
Bitte schätzen Sie von ① bis④ 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.).	①②③④		
	Alle beteiligten Disziplinen nehmen an Teambesprechungen teil (Geburtshelfer, Anästhesisten, Kinderärzte).	①②③④		
	Es gibt einen Plan mit vorgesehenen Themen und Terminen.	①②③④		
	Mitarbeiter bringen aktiv Themen ein und Maßnahmen werden abgeleitet, umgesetzt und überwacht.	①②③④		
3.2	**Wie wird mit Konfliktsituationen im Team umgegangen?**			
	In der Abteilung gibt es eine Vertrauensperson, die in schwierigen Teamsituationen angesprochen werden kann.	①②③④		
	Es gibt die Möglichkeit der Mediation/Coaching.	①②③④		
3.3	**Wie gehen Sie mit Arbeitsverdichtung/Mehrarbeit um?**			
	Überstundenvergütung, Freizeitausgleich sind möglich.	①②③④		
	Es kommt zu Überlastungsanzeigen.	①②③④		
	Engpässe werden durch Zeitarbeitskräfte ausgeglichen.	①②③④		
3.4	**Wird die Möglichkeit der Supervision angeboten?**			
	Die Supervision ist nach belastenden Geburtsereignissen möglich (z.B. verstorbene Mutter, verstorbenes Kind).	①②③④		
	Im Krankenhaus gibt es einen ausgebildeten Supervisor (intern oder extern).	①②③④		

Themenbereich IV Prozessgestaltung

Themenbereich IV - Prozessgestaltung				
Bitte schätzen Sie von ① bis④ 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.	①②③④		
	Es gibt eine Hebammensprechstunde.	①②③④		
	Es gibt einen festgelegten Indikationskatalog zur Hinzuziehung eines Facharztes (Geburtshelfer, Neonatologe, Internist, Intensivmediziner) oder Psychologen.	①②③④		
4.2	**Wie ist die Vorbereitung auf die Geburt bei Risikoschwangeren?**			
	Für Geburtsplanungsgespräche mit Risikoschwangeren gibt es eigene Ambulanztermine.	①②③④		
	SOP's oder Behandlungspfade für folgende Risikoprofile sind hinterlegt und werden mit der Schwangeren besprochen:			
	- hypertensive Erkrankungen (z.B. Präeklampsie, HELLP)	①②③④		
	- Gestationsdiabetes	①②③④		
	- Diabetes mellitus	①②③④		
	- Plazentainsuffizienz	①②③④		
	- Wachstumsretardierung	①②③④		
	- Mehrlingsschwangerschaften	①②③④		
	- sonstige _____	①②③④		
4.3	**Gibt es eine einheitliche Patientendokumentation?**			
	Die Dokumentation erfolgt direkt in der Patientenakte im Krankenhaus-informationssystem (KIS).	①②③④		
	Die Dokumentation erfolgt handschriftlich oder elektronisch in der Patientenkurve.	①②③④		
	Eine Handzeichenregelung (Kürzel) ist vorhanden.	①②③④		
	Es gibt eine Übersichtsseite zu Vitalparametern und Befunden.	①②③④		
	Die Aufklärung ist geregelt (z. B. Blutprodukte, invasive Maßnahmen).	①②③④		

Themenbereich IV Prozessgestaltung

Themenbereich V - Prozessgestaltung (Fortsetzung)				
Bitte schätzen Sie von ① bis④ 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.	①②③④		
	Es gibt eine standardisierte Strategie zur Tragzeitverlängerung.	①②③④		
	Sonstige: _____	①②③④		
4.5	**Gibt es schriftliche Vorgaben** (z.B. SOP/Handlungsalgorithmen) **für geburtshilfliche Risiko- u. Notfälle?** (z.B. Präeklampsie, HELLP, Notsectio, Eklampsie, peripartale Blutung, Uterusruptur, Schulterdystokie, etc.)			
	Es gibt festgelegte Überprüfungszyklen für Handlungsalgorithmen im QM- System	①②③④		
	Die SOPs sind im Intranet bzw. im dafür vorgesehenen Ordner verfügbar (Teil des QM-Systems).	①②③④		
4.6	**Wie ist die Visite der präpartalen Patienten im Kreißsaal oder auf der Station organisiert?**			
	Die Chef-/Oberarztvisite findet täglich statt.	①②③④		
	Die Visite wird multiprofessionell durchgeführt.	①②③④		
4.7	**Wie sind Dienstübergaben im Kreißsaal geregelt?**			
	Schwierige Situationen können in diesem Rahmen offen thematisiert werden.	①②③④		
	Alle diensthabenden Mitarbeiter nehmen an den Übergaben teil.	①②③④		
4.8	**Wie ist die Kommunikation mit dem Kinderarzt geregelt?**			
	Es gibt einen Indikationskatalog für bestimmte Risikosituationen (Frühgeburt, Spätabruptiones, IUFT, etc.).	①②③④		
4.9	**Wie ist die konsiliarische Betreuung geregelt?**			
	Die Konsilansprechpartner sind bekannt.	①②③④		
	Ein Indikationskatalog zur konsiliarischen Mitbetreuung liegt vor.	①②③④		
	Zuständigkeiten und Vertretungen sind geregelt.	①②③④		

Themenbereich IV Prozessgestaltung

Themenbereich IV - Prozessgestaltung (Fortsetzung)				
Bitte schätzen Sie von ① bis④ 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).	①②③④		
	Zur Vermeidung von Arzneimittelinteraktionen kann ein Tool im Intranet genutzt werden.	①②③④		
	Vorratshaltung und Haltbarkeitskontrollen sind geregelt (Dokumentation).	①②③④		
	Zur Vermeidung von Verwechselungen werden Medikamente farblich gekennzeichnet.	①②③④		
	Der Einsatz von „Off-Label-Use"-Medikamenten ist geregelt.	①②③④		
	Für den Umgang mit „Off-Label-Use"-Medikamenten gibt es ein festgelegtes Aufklärungsprozedere.	①②③④		
4.11	**Gibt es ein Regelwerk zur Anforderung mikrobiologischer Untersuchungen?**			
	Mikrobiologische Abstriche werden nach festgelegtem Indikationskatalog durchgeführt (z.B. vorz. Wehen, VBS).	①②③④		
	Serologische Untersuchungen (z.B. TORCH) werden nach festgelegtem Indikationskatalog durchgeführt.	①②③④		
4.12	**Wie sind Verlegungen vom Kreißsaal auf die Wochenstation organisiert?**			
	Es gibt eine schriftlich fixierte Regelung (Zeitpunkt, Checkliste).	①②③④		
4.13	**Wie ist die Verlegung der Mutter auf die Intensivstation organisiert?**			
	Es gibt eine schriftlich fixierte Regelung (Zeitpunkt, Checkliste).	①②③④		
	Die Zuständigkeit der Visite auf der Intensivstation ist geregelt.	①②③④		
4.14	**Wie wird in Ihrer Abteilung mit Totgeburten umgegangen?** (u.a. späte Schwangerschaftsabbrüche)			
	Die Eltern haben die Möglichkeit, sich angemessen von ihrem Kind zu verabschieden (Baden, Anziehen, Erinnerungsstücke, interne Urkunde).	①②③④		
	Hebammen und Ärzte haben die Möglichkeit sich bzgl. des Umgangs mit Totgeburten weiterzubilden.	①②③④		
	Bei Totgeburten < 500g wird das Angebot einer Bestattunggemacht (z.B. Schmetterlingskinder).	①②③④		
	Es steht eine professionelle psychosoziale Betreuung der Eltern zur Verfügung.	①②③④		

Themenbereich V Patientensicherheit & Risikomanagement

Themenbereich IV - Patientensicherheit & Risikomanagement				
Bitte schätzen Sie von ① bis④ 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.	①②③④		
	Maßnahmen zur Patientensicherheit werden umgesetzt.	①②③④		
	Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung werden erkannt, analysiert und Verbesserungen werden umgesetzt und evaluiert (z. B. Risikoaudit).	①②③④		
5.2	**Wie wird ein Critical Incident Reporting System (CIRS) umgesetzt?**			
	Im CIRS wird (anonym) gemeldet.	①②③④		
	Das CIRS wird von den Mitarbeitern der Frauenkliniken aktiv genutzt.	①②③④		
	Die für die geburtshilfliche Abteilung relevanten CIRS-Meldungen werden im Team besprochen u. analysiert, es werden Verbesserungen abgeleitet.	①②③④		
	Es erfolgt eine Meldung in einem „öffentlichen CIRS"	①②③④		
5.3	**Wie werden interdisziplinäre Fallkonferenzen/Morbiditäts- u. Mortalitätskonferenzen durchgeführt?**			
	Die Mitarbeiter nehmen an Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen teil (Ärzte, Hebammen, Pflege).	①②③④		
	Es gibt einen Plan mit vorgesehenen Themen u. Terminen.	①②③④		
	Maßnahmen werden abgeleitet, umgesetzt, überwacht und protokolliert.	①②③④		
5.4	**Werden regelmäßige Teamtrainings (Simulationen) durchgeführt?**			
	Es gibt geburtshilfliche, interdisziplinäre Notfalltrainings (Ärzte und Hebammen, OP-Team, Anästhesie).	①②③④		
	Es gibt interdisziplinäre Notfalltrainings (Geburtshelfer, Neonatologen).	①②③④		
	Ein Teamtraining wird mindestens 1x pro Jahr durchgeführt.	①②③④		
5.5	**Wird das Verhalten in Notsituationen (z. B. Notfall) anschließend im Team systematisch reflektiert?**	①②③④		

Themenbereich VI Qualitätsentwicklung & Transparenz

Themenbereich VI - Qualitätsentwicklung & Transparenz			Anmerkung der gebh. Abteilung	Anmerkung im Peer Review
Bitte schätzen Sie von ① bis④ ein. (1 = trifft nicht zu, 2= in sichtbarer Planung/Umsetzung, 3= trifft teilweise zu, 4= trifft zu)				
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 und diskutiert, Verbesserungsmaßnahmen werden abgeleitet.	①②③④		
	Weitere Qualitätsindikatoren/Kennzahlen, die nicht standardmäßig in der geburtshilflichen Statistik zu finden sind, werden einbezogen (z.B. Routinedaten, Patienten-, Zuweiserbefragungen).	①②③④		
	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.).	①②③④		
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.).	①②③④		
	Es gibt Fortbildungen mit niedergelassenen Gynäkologen u. Hebammen zu diesem Thema.	①②③④		
	Es gibt einen sektorenübergreifenden Qualitätszirkel (niedergelassene Gynäkologen, Klinik).	①②③④		
	Das Krankenhaus beteiligt sich an weiteren freiwilligen Initiativen zur Veröffentlichung der Qualität (z. B. Krankenhausspiegel).	①②③④		
6.3	**Wie werden Änderungen u. Beschwerden aus dem Beschwerdemanagement umgesetzt?**			
	Alle Beschwerden werden im Team besprochen und beantwortet, Maßnahmen werden abgeleitet.	①②③④		
6.4	**Nutzen Sie Patienten-, Zuweiserbefragungen als Instrument zur aktiven Entwicklung der Geburtsklinik?**			
	Patientenbefragungen werden durchgeführt.	①②③④		
	Alle Ergebnisse werden im Team besprochen und Maßnahmen werden abgeleitet.	①②③④		

Stundenplan Peer Review Geburtshilfe

Kurs "Ärztliches 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

SWOT-Analyse:
Instrument der strategischen Planung

Unsere Fachabteilung

	Stärken *(Strengths)*	**Schwächen** *(Weaknesses)*	
	Kompetenz - Reputation Innovationsfreudiger Chef Strukturqualität Finanzielle Ergebnisse +5%	Suboptimale Kooperation innerhalb des Hauses Suboptimale Abläufe	
Chancen *(Opportunities)*	Leistungsspektrum ausbauen Kooperationen schaffen Leistungen als „Marke" etablieren	drohender Fachkräftemangel Konvergenzphase DRGs – Auswirkungen?	**Risiken** *(Threats)*

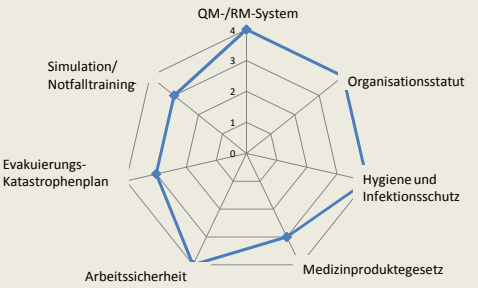
Peer-Review-Bericht Geburtshilfe

Ergebnisse Teil 2: SWOT-Analyse

Stärken:

Die räumlichen Strukturen … Besonders ist aber der moderne und technisch auf aktuellem Niveau ausgestattete Sectio-OP mit angrenzender postoperativer Versorgung der Neugeborenen hervorzuheben.
Das Engagement der Führungsebene mit teamgebundener Erarbeitung von SOP's - Leitlinien und deren regelmäßige Aktualisierung ist vorbildlich. …

Schwächen:
Die personelle Besetzung … Nachts und an den Wochenenden wird dies durch die frühe Einteilung …
…
Andere Qualitätsindikatoren wie … sind noch nicht eingeführt
Ein schriftliches Einarbeitungskonzept



Chancen:
Durch die Kooperation mit der benach
einen Arbeitsplatz am Krankenhaus. D
für Dokumentationspflichten von Heba

Risiken:
…

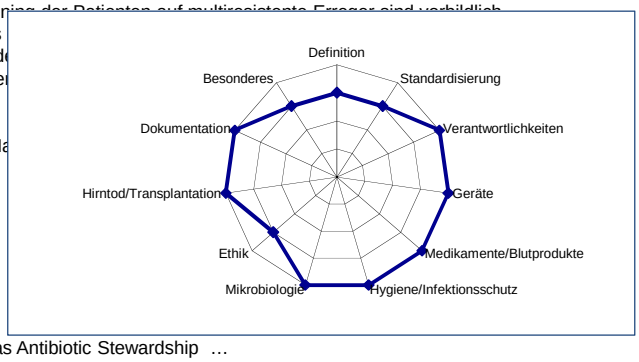
BEST PRACTICE
Als „best practice" wurde die fest etabl
interprofessionelle Analyse und Bewer

Peer-Review-Bericht Intensivmedizin

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 Screen
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 …

---

entrum für
ualität und Management im Gesundheitswesen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN

Peer Review Neonatologische Intensivmedizin

Vorab-Fragebogen

1 Allgemeines		Anmerkung der neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
1.1	Welches Level hat das Perinatalzentrum? Level 1 ☐ Level 2 ☐		
1.2	Besteht eine Zertifizierung eines durchgängigen Qualitäts-/Risikomanagementssystems? ja ☐ nein ☐ Wenn ja: Welche? DIN EN ISO 9001 ☐ Perizert ® ☐ eine andere, nämlich_____		

2 Belegungszahlen		Anmerkung der neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
2.1	Wie viele Frühgeborene sind im Vorjahr versorgt worden?		

1000 - 1499 g	500 - 999 g	< 500 g	< 24 0/7 SSW	n gesamt < 1500g

Zur besseren Lesbarkeit dieses Fragebogens wurde überwiegend die männliche Sprachform verwendet.
Soweit die männliche Sprachform verwendet wird, gilt sie auch für die weibliche.

* vorbehaltlich der Zustimmung durch den Vorstand der DIVI

Peer Review Neonatologische Intensivmedizin – Vorab-Fragebogen Version 1.0

Seite 1

entrum für
ualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des Öffentlichen Rechts

3 Raumstruktur

			Anmerkung der neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
3.1	**Befinden sich geburtshilfliche Abteilung bzw. Kreißsaal und NICU räumlich Wand-an-Wand?** Besonderheiten:_____	ja □ nein □		
3.2	**Wie viele Primärversorgungseinheiten hat die Neonatologie im Kreißsaal?**	n=_____		
	Wird die Raumtemperatur kontinuierlich gemessen und dokumentiert?	ja □ nein □		
3.3	**Wie viele Intensivbetten hat die NICU?**	n=_____		
3.4	**Wie viele Intensiv-Überwachungsbetten hat die Neonatologie?**	n=_____		
3.5	**Gibt es ein Isolationszimmer?**	ja □ nein □		
3.6	**Gibt es ein Intensiv Rooming In-Zimmer?**	ja □ nein □		
	Gibt es Eltern-Kind-Zimmer?	ja □ nein □		
3.7	**Wo wird Sterbebegleitung und Palliation durchgeführt?** _____			
3.8	**Gibt es ein Still- bzw. Abpumpzimmer?**	ja □ nein □		
3.9	**Gibt es ein Zimmer für Besprechungen mit Eltern?**	ja □ nein □		
3.10	**Gibt es ein Zimmer für Teambesprechungen?**	ja □ nein □		
3.11	**Gibt es eine Milchküche in der Klinik?**	ja □ nein □		

entrum für
ualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des Öffentlichen Rechts

4 Personelle Strukturen

			Anmerkung der neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
4.1	**Wie viele Ärzte (VK) sind auf der NICU tätig?**	n=_____		
	Davon Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	n=_____		
	Davon Neonatologen (FA mit Zusatzbezeichnung)	n=_____		
	Wie hoch ist die Anzahl VK im ärztlichen Dienst (ohne Leitung) bezogen auf die tatsächlichen Patiententage auf der NICU pro Jahr?	n=_____		
4.2	**Wie viele Ärzte arbeiten auf der NICU jeweils in der** Frühschicht: n=____ Spätschicht: n= ____ Nachtschicht: n= ____			
4.3	**Ist in jeder Schicht auf der NICU ein Facharzt vorhanden?**	ja □ nein □		
	Ist die Facharzt-Präsenz durch einen In-house Bereitschaftsdienst gewährleistet?	ja □ nein □		
4.4	**Wie lange benötigt die Rufbereitschaft (Neonatologe) in der Regel, um in der Klinik zu sein?** < 10 Minuten □ 10 – 15 Minuten □ 15 – 20 Minuten □ >20 Minuten □			
4.5	**Hat der ärztliche Leiter oder sein Stellvertreter die Weiterbildungsermächtigung für die Schwerpunktbezeichnung „Neonatologie"?**	ja □ nein □		
	Wenn ja: Für 1 Jahr □ 2 Jahre □ 3 Jahre □			
	Freistellung für Leitungsaufgaben:	%=_____		

entrum für
ualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

4 Personelle Strukturen (Fortsetzung)			Anmerkung der neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
4.6	**Erfolgt die Pflege der Frühgeborenen und kranken Reifgeborenen ausschließlich durch Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger?**	ja ☐ nein ☐		
4.7	**Wie viele Pflegekräfte (VK) sind auf der NICU tätig?**	n=_____		
4.8	**Wie viele Pflegekräfte (VK) davon verfügen über die pädiatrische Intensivweiterbildung?**	n=_____ %=_____		
4.9	**Wie viele Pflegekräfte (VK) davon sind > 5 Jahre auf der NICU tätig?**	n=_____ %=_____		
4.10	**Ist in jeder Schicht eine Pflegekraft mit pädiatrischer Intensivweiterbildung eingesetzt?**	ja ☐ nein ☐		
4.11	**Zu wie viel Prozent erfüllen sie schätzungsweise die G-BA-Vorgabe der 1:1 bzw. 1:2 Betreuung der intensivtherapie- bzw. intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen?** 80 - 100 % ☐ 60 - 79 % ☐ 40 - 59 % ☐ < 40 % ☐			
4.12	**Gibt es ein Konzept, um die pflegerische Besetzung dem aktuellen Bedarf anzupassen (z.B. Rufbereitschaften)?**	ja ☐ nein ☐		

entrum für
ualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

5 Andere Disziplinen			Anmerkung der neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
5.1	**Ist eine Kinderchirurgie in der Klinik vorhanden?**	ja ☐ nein ☐		
	Ist 24 Stunden am Tag ein Kinderchirurg im Haus anwesend?	ja ☐ nein ☐		
	In welcher Zeit kann ein Facharzt für Kinderchirurgie vor Ort sein?	_____		
	Wie viele abdominelle Eingriffe wurden im Vorjahr in der Neonatologie durchgeführt:			
	a) gesamt:	n=_____		
	davon bei angeborener Fehlbildung:	n=_____		
	davon bei akutem Abdomen	n=_____		
	b) bei Frühgeborenen < 1500 g Geburtsgewicht	n=_____		
5.2	**Ist eine Kinderkardiologie in der Klinik mit Rufbereitschaft vorhanden?**	ja ☐ nein ☐		
5.3	**Ist eine Kinderkardiochirurgie in der Klinik vorhanden?**	ja ☐ nein ☐		
5.4	**Ist eine klinikinterne Neurochirurgie vorhanden?**	ja ☐ nein ☐		
5.5	**Ist eine klinikinterne Kinderanästhesie vorhanden?**	ja ☐ nein ☐		
5.6	**Ist eine klinikinterne Ophthalmologie vorhanden?**	ja ☐ nein ☐		
5.7	**Ist eine klinikinterne Mikrobiologie vorhanden?**	ja ☐ nein ☐		
	Wenn nein: Wie lange dauert es im Schnitt von Probeentnahme bis zum Erhalt des Resistogramms? 1 – 2 Tage ☐ 3 – 4 Tage ☐ ≥ 5 Tage ☐			
5.8	**Ist eine klinikinterne Transfusionsmedizin vorhanden?**	ja ☐ nein ☐		
	Wenn nein: Wie schnell kann ein EK geliefert werden? < 2 Stunden ☐ 2 – 4 Stunden ☐ 4 – 6 Stunden ☐ > 6 Stunden ☐			
	Ist ein Notfall-EK im Haus / Kreißsaal vorhanden?	ja ☐ nein ☐		
5.9	**Ist ein psychosozialer Dienst für die Neonatologie vorhanden?**	ja ☐ nein ☐		
	Wenn ja: Wie häufig steht er zur Verfügung? werktags ☐ 2 – 3x/Woche ☐ 1x/Woche ☐			

entrum für
ualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des Öffentlichen Rechts

6 Geräte

			Anmerkung der neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
6.1	**Verfügen die Primärversorgungseinheiten im Erstversorgungsraum über ein Beatmungsgerät?**	ja ☐ nein ☐		
6.2	**Wie viele Beatmungsgeräte sind auf der NICU vorhanden?**	n=_____		
6.3	**Ist die Möglichkeit einer HFO-Beatmung gegeben?**	ja ☐ nein ☐		
6.4	**Ist die Möglichkeit einer NO-Beatmung gegeben?**	ja ☐ nein ☐		
6.5	**Ist die Möglichkeit einer ECMO gegeben?** Wenn ja: Auf der NICU ☐ Auf einer anderen Station ☐ Wo findet die Kanülierung statt? Auf der NICU ☐ Auf einer anderen Station ☐	ja ☐ nein ☐		
6.6	**Steht ein Hypothermiegerät zur Verfügung?**	ja ☐ nein ☐		
6.7	**Ist ein a-EEG-Gerät auf der NICU vorhanden?**	ja ☐ nein ☐		
6.8	**Ist ein Ultraschallgerät auf NICU vorhanden?**	ja ☐ nein ☐		
6.9	**Ist ein Blutgasanalysegerät auf NICU vorhanden?**	ja ☐ nein ☐		

Peer Review Neonatologische Intensivmedizin – Vorab-Fragebogen Version 1.0

Seite 6

entrum für
ualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des Öffentlichen Rechts

7 Qualitätsentwicklung und Transparenz

			Anmerkung der neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
7.1	**Visiten und Konferenzen**			
	Es finden mindestens wöchentlich **Perinatalkonferenzen** unter Teilnahme von Geburtshelfern, Hebammen, Kinderärzten und Pflegekräften statt.	ja ☐ nein ☐		
	Es finden mindestens monatlich **M & M-Konferenzen** unter Teilnahme von Geburtshelfern, Hebammen, Kinderärzten und Pflegekräfte statt.	ja ☐ nein ☐		
	Es findet mindestens jährlich ein **Qualitätszirkel** mit anderen neonatologischen und geburtsmedizinischen Abteilungen statt.	ja ☐ nein ☐		
	Es finden mindestens 2x pro Jahr **Fallkonferenzen** in allen zuweisenden Geburtskliniken statt.	ja ☐ nein ☐		
	Es finden tägliche **Visiten** von Ärzten der Neonatologie auf der Entbindungsstation statt.	ja ☐ nein ☐		
	Es finden mindestens 1x wöchentlich **Sozialvisiten** statt.	ja ☐ nein ☐		
7.2	**Training**			
	Nach einem Notfall wird dieser anschließend im Team systematisch reflektiert.	ja ☐ nein ☐		
	Es werden regelmäßig Simulations-/Notfalltrainings durchgeführt.	ja ☐ nein ☐		

Peer Review Neonatologische Intensivmedizin – Vorab-Fragebogen Version 1.0

Seite 7

Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

7 Qualitätsentwicklung und Transparenz (Fortsetzung)

			Anmerkung der neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
7.3	**Patientensicherheit und Risikomanagement**			
	Maßnahmen zur Patientensicherheit werden umgesetzt:			
	1. Besitzt die Station eine Zutrittskontrolle?	ja ☐ nein ☐		
	2. Erhalten die Patienten ein Identifikationsband?	ja ☐ nein ☐		
	3. Gibt es eine OP-Checkliste?	ja ☐ nein ☐		
	Besteht ein Konzept von systematischen Analysen von Risiken und Fehlerquellen sowie zur Umsetzung von Verbesserungen und ihrer Evaluation?	ja ☐ nein ☐		
	Gibt es ein Konzept, um die Verwechslung von Muttermilch zu vermeiden?	ja ☐ nein ☐		
	Ein CIRS wird von den Mitarbeitern der Neonatologie aktiv genutzt.	ja ☐ nein ☐		
	Vorratshaltung und Haltbarkeitskontrollen sind geregelt (Dokumentation).	ja ☐ nein ☐		
	Es gibt Vorgaben für die Verordnung von Medikamenten (Handzeichen, Lesbarkeit).	ja ☐ nein ☐		
	- Wenn ja, werden sie eingehalten?	ja ☐ nein ☐		
	Die Verordnungen von Medikamenten werden abgezeichnet und sind lesbar?	ja ☐ nein ☐		
	Zur Vermeidung von Arzneimittelinteraktionen kann ein Tool im Intranet genutzt werden.	ja ☐ nein ☐		
	Zur Vermeidung von Verwechselungen werden Medikamente nach DIVI-Norm gekennzeichnet.	ja ☐ nein ☐		
	Für den Umgang mit „Off-Label-Use"-Medikamenten gibt es ein festgelegtes Aufklärungsprozedere.	ja ☐ nein ☐		

Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

7 Qualitätsentwicklung und Transparenz (Fortsetzung)

			Anmerkung der neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
7.4	**Personalentwicklung**			
	Einarbeitung neuer Mitarbeiter			
	Es existiert ein aktuelles schriftliches Einarbeitungskonzept für			
	- Ärzte	ja ☐ nein ☐		
	- Pflegekräfte	ja ☐ nein ☐		
	Mitarbeitergespräche			
	Mit jedem Mitarbeiter wird mindestens jährlich ein protokolliertes Mitarbeitergespräch geführt.	ja ☐ nein ☐		
	Fortbildungen			
	Wird die Teilnahme an externen Fortbildungen sichergestellt?			
	- Ärzte	ja ☐ nein ☐		
	- Pflegekräfte	ja ☐ nein ☐		
	Für Fortbildungen erhalten die Mitarbeiter eine finanzielle Unterstützung (anteilig oder voll umfänglich).	ja ☐ nein ☐		
	Für Fortbildungen werden Mitarbeiter freigestellt.	ja ☐ nein ☐		

entrum für
ualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

7 Qualitätsentwicklung und Transparenz (Fortsetzung)

			Anmerkung der neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
7.5	**Zusammenarbeit im Team**			
	Die Mitarbeiter der Neonatologie nehmen regelmäßig (mind. 1x pro Monat) an Teambesprechungen teil.	ja ☐ nein ☐		
	In der Abteilung gibt es die Möglichkeit zur Supervision/Mediation/Coaching	ja ☐ nein ☐		
	Umgang mit Arbeitsverdichtung/Mehrarbeit			
	Es erfolgt eine Überstundendokumentation.	ja ☐ nein ☐		
	Es kommt zu Überlastungsanzeigen.			
	- Ärzte	ja ☐ nein ☐		
	- Pflegekräfte	ja ☐ nein ☐		
	Engpässe werden durch Zeitarbeitskräfte ausgeglichen.			
	- Ärzte	ja ☐ nein ☐		
	- Pflegekräfte	ja ☐ nein ☐		
7.6	**Patientendokumentation**			
	Gibt es eine elektronische Patientenakte?	ja ☐ nein ☐		
	Werden Konsiliar-/Bilddokumente in diese eingepflegt?	ja ☐ nein ☐		
	Werden handschriftliche Anordnungen/Befunde immer unterschrieben?	ja ☐ nein ☐		
	Eine Handzeichenregelung (Kürzel) ist vorhanden.	ja ☐ nein ☐		
	Existieren strukturierte Aufklärungsbögen?	ja ☐ nein ☐		
	Erhalten die Eltern eine Kopie?	ja ☐ nein ☐		
	Genetische Untersuchung/Beratung: Ist die Umsetzung des Gendiagnostikgesetzes kontinuierlich sichergestellt?	ja ☐ nein ☐		

entrum für
ualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

7 Qualitätsentwicklung und Transparenz (Fortsetzung)

			Anmerkung der neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
7.7	**Entlassungsmanagement**			
	Ein Konzept für das Entlassungsmanagement liegt vor und ist allen Ärzten und Pflegekräften der Neonatologie bekannt.	ja ☐ nein ☐		
7.8	**Palliativversorgung**			
	Gibt es ein Palliativ-Versorgungskonzept?	ja ☐ nein ☐		
	Gibt es hierfür Personal mit Zusatzweiterbildung?	ja ☐ nein ☐		
7.9	**Umgang mit Ergebnisdaten**			
	Die Ergebnisse der Qualitätssicherung Neonatologie werden mindestens jährlich analysiert und im Team (Ärzte und Pflegekräfte der Neonatologie) diskutiert.	ja ☐ nein ☐		
	Es werden regelmäßig Elternbefragungen auf der neonatologischen Station durchgeführt, die Ergebnisse im Team besprochen und ggf. Maßnahmen hieraus abgeleitet.	ja ☐ nein ☐		

entrum für
ualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Peer Review Neonatologische Intensivmedizin

Fragebogen on-site visit

Qualitätsanforderung 1			
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 neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
Tägliche, multiprofessionelle und interdisziplinäre klinische Visite mit Dokumentation von Tageszielen	**Ergebnis[1]: ____**		
- Regelmäßiger (identischer) Zeitpunkt im Tagesverlauf	①②③④		
- Multiprofessionelle Teilnahme an den Visiten	①②③④		
- Interdisziplinäre Teilnahme aus mehreren Fachdisziplinen	①②③④		
- Dokumentation der Tagesziele	①②③④		

Qualitätsanforderung 2			
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 neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
Elternzentrierte, entwicklungsfördernde Versorgung	**Ergebnis: ____**		
- Elternberatung	①②③④		
- Eltern-Kind-Kontakt (inkl. Kangarooing, auch mit Beatmung oder zentralem Katheter) / Einbeziehung in die Pflege	①②③④		
- Stillberatung	①②③④		
- Konzept der entwicklungsfördernden Pflege (Absprache Pflege / Arzt / Minimal Handling)	①②③④		
- Physiotherapie	①②③④		
- Abdeckung der Inkubatoren	①②③④		
- Etablierung eines Soundears	①②③④		
- Palliativkonzept	①②③④		

[1] Jeder einzelne Aspekt wird von 1 bis 4 bewertet. Das Ergebnis wird aus dem arithmetischen Mittelwert gebildet. Dieser wird immer abgerundet auf die nächst zutreffende Kategorie: 3,25 = 3
* vorbehaltlich der Zustimmung durch den Vorstand der DIVI

entrum für
ualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI *

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Qualitätsanforderung 3			
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 neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
Qualitätsmanagement für die Versorgung von VLBW Frühgeborenen	**Ergebnis: ____**		
- late cord clamping	①②③④		
- kritische Indikation Blutentnahmen	①②③④		
- schriftliche Prozessbeschreibungen (Erstversorgung bis Entlassung)	①②③④		
- pränatale Beratung (Eltern)	①②③④		
- Absprache geburtshilfliches Management	①②③④		
- organpräventives Vorgehen (NEC, IVH, PVL, ROP, FIP)	①②③④		

Qualitätsanforderung 4			
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 neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
Patientenadaptierte Beatmung und Unterstützung der Atmung	**Ergebnis: ____**		
- LISA	①②③④		
- Indikation Surfactant	①②③④		
- protektive Beatmung bzw. Atemunterstützung	①②③④		
- *Weaning*	①②③④		
- Sauerstoff-Monitoring	①②③④		

Qualitätsanforderung 5			
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 neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
Management Herz-Kreislauftherapie	**Ergebnis: ____**		
- Neo-ECHO / Kinderkardiologie	①②③④		
- Volumen-Therapie	①②③④		
- medikamentöse Therapie	①②③④		

Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Qualitätsanforderung 6			
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 neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
Management von Schmerz, Analgesie und Delir	**Ergebnis: ____**		
- Anwendung von Scores	①②③④		
- Management Entzugssyndrom	①②③④		
- neuroprotektive Sedierung und Analgesie	①②③④		
- Protokoll neonatales Abstinenzsyndrom (interdisziplinär)	①②③④		

Qualitätsanforderung 7			
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 neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
Prävention von Infektionen und Antibiotika-Resistenzen	**Ergebnis: ____**		
- *(rationale Antibiotikatherapie)*	①②③④		
- *Surveillance* nosokomialer Infektionen	①②③④		
- Verfahrensregeln zur Vermeidung Katheter-assoziierter Infektionen	①②③④		
- Definition patientennahes Umfeld	①②③④		
- Händedesinfektion (regelm. Schulungen) + Umsetzung der KRINKO Empfehlungen	①②③④		

Qualitätsanforderung 8			
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 neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
Frühe enterale Ernährung	**Ergebnis: ____**		
- Beginn und Steigerung	①②③④		
- Spendermilch / Muttermilch (Pasteurisieren und Fortifier)	①②③④		
- Anwendung von Probiotika / Präbiotika	①②③④		

Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen
Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen

DIVI

ÄRZTEKAMMER BERLIN
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Qualitätsanforderung 9			
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 neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
Management der Behandlung mit Blutprodukten	**Ergebnis: ____**		
- Anforderung an Blutprodukte (Indikation, Anforderung, Regime)	①②③④		
- Baby packs	①②③④		
- Bestrahlung	①②③④		
- Pool	①②③④		
- Apherese	①②③④		
- CMV	①②③④		
- Transfusionsregime	①②③④		
- Indikation FFP, Thrombozyten, Erythrozyten	①②③④		

Qualitätsanforderung 10			
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 neonatologischen Abteilung	Anmerkung im Peer Review
Leitung der Neugeborenen-Intensivstation durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung Neonatologie, der keine anderen klinischen Aufgaben hat. Präsenz eines Facharztes mit Zusatzbezeichnung Neonatologie 365/24 im Rufbereitschaftsdienst. Präsenz eines Facharztes (mit der Zusatzbezeichnung Neonatologie) in der Kernarbeitszeit.	**Ergebnis: ____** ①②③④		
Präsenz von pflegerischen Personal über 24 h mit einen Anteil von 40% (L1) bzw. 30% (L2) mit Zusatzausbildung Neonatologie/ Pädiatrische Intensivmedizin.			

Zur besseren Lesbarkeit dieses Fragebogens wurde überwiegend die männliche Sprachform verwendet.
Soweit die männliche Sprachform verwendet wird, gilt sie auch für die weibliche.

Erfolgreicher Start in Niedersachsen:

Pilotprojekte Peer Review in Geburtshilfe und Neonatologischer Intensivmedizin

- Kriterienkataloge für die Pilotphase liegen vor
- Geburtshilfe: 1. Runde *(n=6)* in Kürze abgeschlossen > Reflektion!
- Neonatologie: Pilot-Peer Reviews laufen an *(1. Charité)*
- Peer Review-Berichte ???

…

to do:

- Abschluss der Pilotphasen mit Version 1.0
- Verzahnung mit Fachgesellschaften / DIVI
- Hinterlegung mit Evidenz bzw. wohlbegründetem Anforderungsprofil

- Roll-out? 2. Pilotphase?

- Bundesländer-/Kammerbezirk-übergreifend?

Machen Sie mit!