

Huppertz, Holger

Research Report

Qualitätsmanagement in Krankenhäusern: Eine Betrachtung am Beispiel eines Universitätsklinikums nach Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses

ifgs Schriftenreihe der FOM, No. 6

Provided in Cooperation with:

FOM Hochschule für Oekonomie & Management, ifgs Institut für Gesundheit & Soziales

Suggested Citation: Huppertz, Holger (2017) : Qualitätsmanagement in Krankenhäusern: Eine Betrachtung am Beispiel eines Universitätsklinikums nach Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses, ifgs Schriftenreihe der FOM, No. 6, MA Akademie Verlags- und Druck-Gesellschaft mbH, Essen

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/230693>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Band
6

David Matusiewicz / Manfred Cassens (Hrsg.)

*Qualitätsmanagement in Krankenhäusern –
eine Betrachtung am Beispiel
eines Universitätsklinikums nach Kriterien
des Gemeinsamen Bundesausschusses*

~
Holger Huppertz

ifgs Schriftenreihe



Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

Holger Huppertz

*Qualitätsmanagement in Krankenhäusern – eine Betrachtung am Beispiel
eines Universitätsklinikums nach Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses*

ifgs Schriftenreihe der FOM, Band 6

Essen 2017

ISSN 2367-3176

Dieses Werk wird herausgegeben vom ifgs Institut für Gesundheit & Soziales
der FOM Hochschule für Oekonomie & Management gGmbH

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie;
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2017 by



**Akademie
Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH**

MA Akademie Verlags-
und Druck-Gesellschaft mbH
Leimkugelstraße 6, 45141 Essen
info@mav-verlag.de

Das Werk einschließlich seiner
Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der
engen Grenzen des Urhebergeset-
zes ist ohne Zustimmung der MA
Akademie Verlags- und Druck-
Gesellschaft mbH unzulässig und
strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigungen, Übersetzungen,
Mikroverfilmungen und die Ein-
speicherung und Verarbeitung in
elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchs-
namen, Handelsnamen, Warenbe-
zeichnungen usw. in diesem Werk
berechtigt auch ohne besondere
Kennzeichnung nicht zu der Annah-
me, dass solche Namen im Sinne
der Warenzeichen- und Marken-
schutz-Gesetzgebung als frei zu
betrachten wären und daher von
jedermann benutzt werden dürfen.
Oft handelt es sich um gesetzlich
geschützte eingetragene Waren-
zeichen, auch wenn sie nicht als
solche gekennzeichnet sind.

Qualitätsmanagement in Krankenhäusern –

eine Betrachtung am Beispiel eines
Universitätsklinikums nach Kriterien des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Holger Huppertz

Holger Huppertz

Universitätsklinikum Essen

E-Mail: holger.huppertz@uk-essen.de

Bachelor-Thesis an der FOM Hochschule für Oekonomie & Management Essen,
eingereicht im Oktober 2016

Vorwort

Erst seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes im Jahr 2000 sind Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland verpflichtet, ein Qualitätsmanagementsystem einzurichten, welches mit zusätzlichen Kosten verbunden ist. In vielen deutschen Krankenhäusern gilt die Implementierung eines effizienten Qualitätssicherungswesens noch nicht als vollständig umgesetzt. Dazu gehört auch die Überprüfung der einrichtungsweiten Kenntnis und Akzeptanz der Richtlinien und Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dieses setzt die Einrichtungen unter einem gewissen Druck, da sie aus verschiedenen Gründen gefordert sind, eher Kosten zu reduzieren.

Aufbauend auf diesem Hintergrund wird die Forschungsarbeit anhand von differenzierten Leitthesen strukturiert. Außerdem erfolgt eine Beschreibung der Einrichtung (ein Universitätsklinikum) und der Umsetzung der entsprechenden Anforderungen. Einige Instrumente des Qualitätsmanagements des untersuchten Klinikums werden ebenfalls erläutert, damit Aufbau und Struktur der Expertenbefragung in fünfzehn Teilkliniken verstanden werden. Die Expertenbefragung erfolgte wissenschaftlich strukturiert anhand einer aktuellen G-BA-Richtlinie (aus 2016), welche in allen Teilkliniken von gleicher Bedeutung sein sollte.

Das Ergebnis stellt sich insgesamt positiv für das Klinikum dar, da nur zwei von fünfzehn Kliniken über ein vollständig installiertes System verfügen.

Die Ergebnisse werden ansprechend visualisiert und diskutiert – positive Erkenntnisse werden begründet, negative mit einer Vorschlagsliste für Maßnahmen belegt.

Essen, im April 2017

Prof. Dr. Rüdiger Buchkremer
ifes Institut für Empirie & Statistik der FOM Hochschule,
Forschungsschwerpunkt Marketing and Business Intelligence

Inhalt

Vorwort	II
Abkürzungsverzeichnis.....	V
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung in das Thema	1
1.1 Problemstellung und Relevanz des Themas	1
1.2 Zielsetzung der Arbeit	4
1.3 Aufbau der Bachelor Thesis.....	6
2 Ausgangssituation in der Universitätsklinik	7
2.1 Bedeutung des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern.....	7
2.2 Modelle des Qualitätsmanagements.....	11
2.2.1 DIN EN ISO 9001:2008	11
2.2.2 KTQ	14
2.2.3 EFQM	15
3 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).....	16
3.1 Zusammensetzung und Arbeitsweise.....	16
3.2 Bedeutung des G-BA und seiner Richtlinien	19
3.3 Kooperierende Institute.....	20
3.4 Institutionen in Großbritannien und den Niederlanden	22
3.5 Abgrenzung Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung.....	23
4 Instrumente des Qualitätsmanagements	26
4.1 Qualitätszirkel im Klinikalltag des Universitätsklinikums	26
4.2 Interdisziplinäre Prozessbeschreibungen	26
4.3 Interne und externe Audits	27
4.4 CIRS	27

5	Interviews in den Kliniken des Universitätsklinikums	30
5.1	Aufbau des Interviews	30
5.2	Durchführung der Interviews	31
5.3	Auswertung der Interviews	32
5.4	Bearbeitung der Leitthesen H1 – H5	37
5.5	Diskussion vor dem Hintergrund der Ergebnisse	40
6	Schlussbetrachtung	47
6.1	Zusammenfassung	47
6.2	Fazit	48
6.3	Handlungsempfehlung	49
	Literaturverzeichnis	52
	Anhang	
	Anhang 1: Prozessbeschreibung	61
	Anhang 2: Interviewbogen	63
	Anhang 3: Auswertungsbogen	65
	Anhang 4: Zusammenfassende Bewertung der Methoden und Instrumente	67
	Anhang 5: Dezentrale Managementbewertung	68

Abkürzungsverzeichnis

AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CIRS	Critical-Incident-Reporting-System
CL	Checkliste
DIN	Deutsches Institut für Normung
EN	Europäische Norm
ISO	International Organization for Standardization
DMP	Disease Management Program
EFQM	European Foundation for Quality Management
EUnetHTA	Europäisches Netzwerk für Health Technology Assessment
FMEA	Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
H1-H5	Hypothese 1 - 5
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	Health Technology Assessment
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen KTQ Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen KVP Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
M&I	Methoden & Instrumente
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
ÖNORM	Österreichisches Normeninstitut
PDCA	Plan Do Check Act
QM	Qualitätsmanagement
QMB	Qualitätsmanagementbeauftragter
QMS	Qualitätsmanagementsystem

QS	Qualitätssicherung
QZ	Qualitätszirkel
SGB	Sozialgesetzbuch
SN	Schweizerische Normenvereinigung
TQM	Total Quality Management

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modell eines prozessorientierten QM-Systems nach ISO 9001	13
Abbildung 2: Durchdringung der G-BA-Richtlinie in 15 Kliniken des Universitätsklinikums.	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Donabedians Qualitätskomponenten und Maßnahmen	3
Tabelle 2: CIRS-Begriffsbestimmungen.....	29
Tabelle 3: Bewertungslegende.....	32

1 Einleitung in das Thema

„Qualität ist der Umfang des Erfolges, der unter optimalen Verhältnissen und vertretbaren Kosten tatsächlich zu erreichen ist“

(Avedis Donabedian¹, 1968)

In der Wirtschaft ist der Begriff Qualitätsmanagement (QM) seit vielen Jahren etabliert. Erst seit dem Jahr 2000 ist mit dem Inkrafttreten des GKV Gesundheitsreformgesetzes ein einrichtungsinternes QM für Krankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens vorgeschrieben (Neugebauer et al., 2012). Die gesetzliche Grundlage hierfür ist der § 135a Absatz 2 Nummer 2 SGB V. Demnach sind die an der medizinischen Versorgung beteiligten Leistungserbringer verpflichtet, ein QM-System einzurichten und weiterzuentwickeln.

Den Leistungsanbietern im Gesundheitswesen wird heute mehr Eigenverantwortung und wirtschaftlichkeitsorientiertes Handeln abverlangt, ebenso sind die Anforderungen an die Sicherstellung und Weiterentwicklung der vorhandenen Qualität deutlich gestiegen (Amon et al., 2012), um eine defizitäre medizinische Versorgung zu vermeiden. Wie Heering et al. in ihrem Beitrag „Qualität und Menschlichkeit“ feststellten (Heering et al., 2015), bleibt die Weiterentwicklung von Therapien vor dem Hintergrund begrenzter Methoden und Ressourcen sowie älter werdender Patienten eine besondere Herausforderung.

1.1 Problemstellung und Relevanz des Themas

Medizinische Einrichtungen stehen heute unter einem großen Druck, was u.a. daran liegt, dass der Gesundheitsmarkt für private Anbieter geöffnet wurde, wie Vagts et al. bereits 2008 konstatierten. Im Jahr 2013 gab es in Deutschland neben 500 öffentlichen Krankenhäusern bereits 577 private Krankenhäuser (statista.com/Statista-Dossier, 2015).

¹ Avedis Donabedian (1919-2000) wurde als Sohn eines Arztes in Beirut geboren, studierte Medizin und praktizierte zunächst als Arzt in Jerusalem. Später absolvierte er an der Harvard-University ein Public Health-Studium und hatte eine Professur an der School of Public Health der Universität von Michigan inne. Internationale Anerkennung erlangte er besonders durch seine drei Bücher über Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen in den Jahren 1980 – 1985, (Borgers, 2008. qualitaet-und-versorgung.blogspot.de).

Dadurch nehmen die Anforderungen für alle Marktteilnehmer stetig zu. Budgets, die durch politische und ökonomische Zwänge entstehen, erschweren das Erbringen von sehr guten medizinischen Leistungen, die vom heute gut informierten und mündigen Bürger im Markt ausgewählt werden (Vagts et al., 2008). Thielscher et al. stellten fest, dass der Erhalt und die Förderung des Vertrauens in der Arzt-Patienten-Beziehung eines der wichtigsten Ziele der ärztlichen Tätigkeit ist (Thielscher et al., 2016). Penter gab zu bedenken, dass die Approbationsordnung erst im Jahr 2012 die ärztliche Gesprächsführung zum Gegenstand der ärztlichen Ausbildung erhoben hat (Penter et al., 2014a). Das Akzeptieren von aufgeklärten Patienten als gleichberechtigte Partner und eine Therapieplanung bei einem gleichzeitigen Abbau von Ressourcen sind von den Medizinern heute „on top“ zu leisten. Bei Ärzten in den USA ist diese Mehrarbeit möglicherweise auch auf die hohe Rate von Burnout-Erkrankungen zurückzuführen (Conen et al., 2016).

Die Dienstleistungsforschung sieht im Krankenhaus-Patienten einen externen Faktor, der durch seine inhärenten Eigenschaften passiv und durch seine aktive Teilnahme das Ergebnis beeinflusst. Somit wird er zum Co-Produzenten der Dienstleistung. Der Patientennutzen manifestiert sich als „Outcome“ im Patienten (Hipp et al., 2010). Die Auswahl des Krankenhauses wird somit anhand von Empfehlungen und Qualitätsmerkmalen getroffen. Donabedian teilte Qualitätsmerkmale in die Kategorien Strukturqualität, Prozessqualität sowie Ergebnisqualität ein und bezog sie als Erster auf den medizinischen Bereich (Bornewasser et al., 2014).

Hinter der Strukturqualität steht die Frage nach qualifiziertem Personal, apparativen Voraussetzungen sowie Dokumentations- und Beinahe-Fehler-Meldesystemen. Bei der Prozessqualität wird die Messung und Dokumentation u.a. von Schmerzen, das Befolgen von Algorithmen sowie die rechtzeitige Gabe von Medikamenten beschrieben. Bei der Ergebnisqualität wird der Frage der Schmerzreduktion, unerwünschten Effekten, Komplikationen, Kosteneinsparungen, chronischen Folgen sowie Zufriedenheit und Lebensqualität nachgegangen (Meißner, 2016).

Tabelle 1: Donabedians Qualitätskomponenten und Beispiele für Maßnahmen, diese zu optimieren

Komponente	Aspekt	Qualitätsanliegen
Strukturen	Ausstattung Beteiligte Einrichtungen	Optimale Strukturen der Klinik, Checklisten, standardisierte Arbeitsplätze, Arbeitsmaterialien, abteilungsübergreifende Workflows
	Mitarbeiter	Kontinuierliche Fortbildung, Supervision, Spezialgebietskompetenz, Verhältnis Facharzt und Arzt in Weiterbildung entsprechend den Zielen der Klinik
Prozesse	Patientenmanagement Räumlichkeiten	Interdisziplinäre Ambulanz/Notfallaufnahme zur abgestimmten Pfaderstellung und geregelten stationären Aufnahmeplanung, Sicherstellung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Fachgebieten, Behandlungsplan, Überwachung der Einhaltung/Abweichung vom Behandlungsplan
	(Beinahe-) Zwischenfälle und Komplikationen	Critical-Incident-Reporting-System (CIRS), Fall-, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen, „Shit-happens-Book“
	Diagnose, Therapie und Behandlung	Leitlinien für Diagnostik und Behandlung, Überwachung und Notfallpläne
	Einbeziehung und Verantwortlichkeiten der Disziplinen	Pläne zur interdisziplinären Aufgabenteilung und Verantwortlichkeit, Kommunikation, abgestimmte Einbestellung nach freien Untersuchungs- und Behandlungsressourcen (Funktionsdiagnostik, OP-Kapazität, Intensivüberwachung und -therapie).
Ergebnisse	Patientenverlauf und unerwünschte Ergebnisse	Lückenlose und nachvollziehbare Dokumentation, Daten aus CIRS, Risikomanagement, Fallkonferenzen
	Patientenergebnisse	Kennzahlen zum Behandlungserfolg, klinische Studien (randomisiert, kontrolliert), evidenzbasierte Medizin
	Wirtschaftliche Ergebnisse	Entwicklung der Leistungszahlen und Patientenströme

Quelle: Eigene Darstellung nach Vagts et al., 2008.

Aus Sicht der Mitarbeitenden eines Krankenhauses, besonders der beiden zahlenmäßig stärksten Berufsgruppen Pflege und Ärzteschaft, ist deren Motivation und Einstellung zum Thema QM relevant in Bezug auf die Umsetzung im klinischen Alltag. Vagts et al. fassten in ihrem Journal „Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Prozesse und Ergebnisse kontinuierlich verbessern“ (Vagts et al., 2008) zusammen, was QM im klinischen Alltag leisten kann und soll. Sie führen auf, dass die Führungsebene für das QM verantwortlich ist und sie referieren über die Notwendigkeit von Zielen, die sich eine Klinik setzen muss. Darüber hinaus werden die unterschiedlichen QM-Systeme, gesetzliche Anforderungen, Patientenorientierung, Fehlerkultur sowie die kontinuierliche Verbesserung durch regelmäßige Analysen aufgeführt. Aufgrund der Komplexität und nach wie vor hohen Aktualität der Themen ist dieses Journal der Leitartikel für diese Bachelor-Thesis.

Hieraus ergeben sich folgende Leitthesen:

H1: Qualitätsziele sind für eine Klinik notwendig.

H2: Patienten priorisieren ihre Erwartungen an eine Klinik.

H3: Beinahe-Fehler-Meldesysteme tragen zur Sicherheit im Klinikalltag bei.

H4: Interdisziplinär erstellte Behandlungsprozesse sind für die Darstellung von Behandlungsabläufen und deren Kommunikation hilfreich.

H5: Durch seine Positionierung und Zusammensetzung erstellt und reglementiert der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die Vorgaben und Bedingungen für alle Akteure im Gesundheitswesen.

Zusammenfassend soll in dieser Arbeit mithilfe der Leitthesen die Frage beantwortet werden, welche Bedeutung das QM für ein Krankenhaus im Klinikalltag hat, unabhängig von der Implementierungspflicht durch den Gesetzgeber.

1.2 Zielsetzung der Arbeit

Bei Gesprächen mit Mitarbeitenden unterschiedlicher Berufsgruppen der Universitätsklinik fiel auf, dass die Existenz des G-BA nicht allgemein bekannt ist, geschweige denn dessen Bedeutung oder die Verbindlichkeit seiner Beschlüsse. Auch Mühlbauer et al. stellten 2013 fest, dass vielen Akteuren im Gesundheitswesen unklar ist, welche Entscheidungen im Gemeinsamen

Bundesausschuss getroffen werden (Mühlbauer et al., 2013). Für den praktischen Teil der Arbeit wird die Umsetzung des § 4 (1) des Teil A der G-BA „Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/ QM-RL)“ in der Universitätsklinik untersucht (g-ba.de/Richtlinien, 2016).

Der Internetseite des G-BA ist zu entnehmen, dass diese Richtlinie aktuell (Stand: 5.10.2016) noch nicht in Kraft getreten ist. Eine telefonische Rücksprache mit einer Service- Mitarbeiterin des G-BA ergab, dass mit einem Inkrafttreten im laufenden Jahr zu rechnen ist. Die Wahl fiel auf diese Richtlinie, da im § 4 (1) die elementaren Grundlagen eines Qualitätsmanagement-Systems im klinischen Alltag detailliert aufgelistet sind. Deren Umsetzung ist nicht nur verpflichtend, sondern auch das Fundament jeglicher QM- Bemühungen in der Praxis. Werden diese Anforderungen nicht „gelebt“, ist das QM in der jeweiligen Klinik lediglich theoretisch vorhanden, was mit den Interviews eruiert werden soll. Für das Interview wurden in fünfzehn Kliniken am Universitätsklinikum jeweils die/der Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB) anonym interviewt. Die genannte Richtlinie gilt für alle Kliniken gleichermaßen, die Antworten sind somit vergleichbar.

Die Einzelinterviews erfolgten in der kombinierten mündlichen und schriftlichen Version Typ VII, wie sie Atteslander beschrieben hat (Atteslander, 2010). Das Ergebnis ermöglicht die Feststellung der Durchdringung der bislang umgesetzten klinischen QM-Anforderungen. Bei dieser Art der Befragung besteht das Risiko, dass die/der QMB die Umsetzung der QM-Anforderungen in der jeweiligen Klinik als zu schlecht oder zu gut bewertet hat, ohne dass dieses für den Interviewer zu erkennen war. Das Ziel der Arbeit ist demzufolge, nach Überprüfung der Leitthesen, die besondere Bedeutung des G-BA für das QM eines Krankenhauses darzustellen und, nach Auswertung der Interviews im praktischen Teil, den Grad der Umsetzung (maximal 100%) der grundsätzlichen Anforderungen sowie bestehende Defizite abzubilden. In der anschließenden Diskussion sollen Möglichkeiten zur Reduzierung der Defizite aufgezeigt werden, während in der zusammenfassenden Schluss-betrachtung Fazit und Handlungsempfehlung folgen.

1.3 Aufbau der Bachelor Thesis

Nach der Beschreibung der Problemstellung sowie der Zielsetzung der Arbeit erfolgt die Erläuterung der Ausgangssituation im Klinikalltag des Universitätsklinikums. Anschließend wird die Bedeutung des QM für ein Krankenhaus hervorgehoben und die häufigsten QM-Modelle vorgestellt. Danach erfolgen die Darstellung der Struktur und der Arbeitsweise des Gemeinsamen Bundesausschusses sowie die Umsetzung seiner Beschlüsse und Richtlinien. Im praktischen Teil dieser Arbeit wird die Umsetzung einer G-BA-Richtlinie anhand eines Experteninterviews zunächst ermittelt, bevor die bearbeiteten Thesen (H1-H5) und die ausgewerteten Interview-Angaben einer Diskussion zugeführt werden.

2 Ausgangssituation in der Universitätsklinik

Bei der Betrachtung dieser Klinik handelt es sich um ein Universitätsklinikum in Nordrhein-Westfalen in der Rechtsform einer Anstalt des öffentlichen Rechts (AöR). Die zuständige Aufsichtsbehörde ist das Ministerium für Innovation, Wissenschaft und Forschung NRW mit Sitz in Düsseldorf (wissenschaft.nrw.de, 2016). Als Klinikum der Maximalversorgung verfügt die Einrichtung über 1300 Betten. Pro Jahr werden mehr als 50.000 Patienten stationär behandelt. Dazu kommen jährlich 195.000 ambulante Behandlungen, welche von über 6000 Mitarbeitenden in den unterschiedlichsten Disziplinen in 27 Kliniken und 24 Instituten erbracht werden. (Internetseite des Universitätsklinikums, 2016).

Im Jahr 2012 wurde damit begonnen, das Qualitätsmanagement auf die Zertifizierung nach der Norm DIN EN ISO 9001:2008 vorzubereiten. Die Zertifizierung durch den TÜV SÜD erfolgte 2014 in 15 der insgesamt 27 Kliniken. Die Gesamtzertifizierung des Universitätsklinikums wird bis 2017 angestrebt. Da einzelne Klinikdirektoren in den vergangenen Jahren ihre Kliniken bereits durch medizinische Fachgesellschaften zertifizieren ließen, ist die Durchdringung des Qualitätsmanagements in den Kliniken unterschiedlich.

2.1 Bedeutung des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern

Wie in der Einleitung bereits erwähnt, schreibt das SGB V die Einrichtung interner Qualitätsmanagementsysteme sowie die Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen vor. Neben der Gesetzeslage sind vor dem Hintergrund vermehrter Rationalisierungsmaßnahmen auch der ansteigende Leistungsdruck und die Gesundheitsgefährdung für die Mitarbeiter von großer Bedeutung. Bereits im Jahr 2009 stellten sich Hein et al. die Frage, wie sich die Einführung des QM auf die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung auswirken (Hein et al., 2009). Die Mitarbeiter der Klinik, in der diese Untersuchung durchgeführt wurde, gaben an, dass sie trotz schlechter Information durch ihre Klinikleitung und der Befürchtung kontrolliert zu werden, einen positiven Gesamteindruck haben. Dieser begründete sich in ihrer Einschätzung einer positiven Auswirkung auf die Arbeitszufriedenheit und -belastung, in der Erwartung einer vermehrten Mitarbeiterbefragung zu Arbeitsabläufen, der Bereitschaft einer Mitarbeit in der Einführungsphase sowie der Annahme, dass sich der Aufwand zukünftig lohnen werde. Sowohl die Mitarbeiterzufriedenheit als auch die Mitarbeitergesundheit sind somit ein entscheidendes und unverzichtbares Qualitätsmerkmal auch und gerade in Krankenhäusern.

In der Öffentlichkeit steht die Patientenzufriedenheit besonders im Fokus. Auch vor diesem Hintergrund ist die Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit eines Krankenhauses besonders zu betrachten. Aus Sicht der Betreiber müssen Kosten gesenkt und vorhandene Ressourcen genutzt werden. Was Patienten mit unterschiedlich schweren Erkrankungen bei ihrer Behandlung wirklich wichtig ist, untersuchten Eichhorn et al. 2015 im Vergleich eines Regelkrankenhauses und einer Universitätsklinik. Hierbei gaben die Patienten eine hohe Unzufriedenheit im Umgang mit Fehlern in der Planung und Behandlung an. Da den Patienten der persönliche Kontakt sehr wichtig ist, bemängelten sie die Interaktion mit dem ärztlichen und pflegerischen Personal. Die Priorität steigt mit dem Schweregrad der Erkrankung. Der Patient erwartet hier eine personelle Kontinuität, Freundlichkeit und verständlich erklärte medizinische Informationen. Um diesen Bedürfnissen im Klinikalltag gerecht werden zu können, sind im Rahmen des QM Mitarbeiterschulungen im Bereich effektiver Kommunikationsmöglichkeiten sowie die Erstellung und Anwendung von Checklisten denkbar (Eichhorn et al., 2015).

Allerdings ist die Anwendung des QM im Kreise der Wissenschaft nicht unumstritten. Der Wiener Universitäts-Professor Sertl fragte 2012 wer bestimmt, was in der Medizin Qualität ist. Seiner Meinung nach bestimmt dies zu allererst der Patient. Die Zufriedenheit des Patienten, nach der abgeschlossenen Behandlung, sei dafür bezeichnend. Qualitätssysteme reduzieren sich insgesamt auf Checklisten. Ob die angekreuzten Tätigkeiten durchgeführt werden, wird nicht kontrolliert. Somit haben Checklisten für Patienten keine Relevanz (Sertl, 2012). Obwohl QMS, seiner Meinung nach, weder Sicherheit bringen, noch die medizinische Qualität der Behandlung erhöhen und Kosten nicht senken, wird an ihnen festgehalten. Aus Sicht der Qualitätsmanager ist dieses Verhalten nachvollziehbar, da diese von der Implementierung und Betreuung der QMS leben. Costa, Direktor der Magdeburger Universitäts-Frauenklinik, bezeichnet das QM als „Parallelwelt“ (Costa, 2014). Seine Meinung, „Qualitätsmanagement ist für die Medizin ähnlich nützlich wie die Ornithologie für die Vögel“, formuliert er in Anlehnung eines Zitats des Physik-Nobelpreisträgers Richard Feynman. Originalzitat: „Wissenschaftsphilosophie ist für die Wissenschaftler ähnlich nützlich wie die Ornithologie für die Vögel“.

Beginnend mit der zunehmenden Bürokratisierung setzt er sich kritisch mit Zertifizierungen und Auditierungen auseinander, die seiner Meinung nach zu einer stärker werdenden Konkurrenz zwischen Medizinerinnen und Krankenhäusern führt. Diese Konkurrenz bedroht die Kollegialität unter den Ärzten. Er führt aus, dass industriell gesicherte Abläufe sich nicht auf eine medizinische Behandlung

übertragen lassen, da die ärztliche Kunst darin besteht, sich auf jeden einzelnen Patienten einzustellen.

Als weiteren Kritikpunkt nennt er den finanziellen und personellen Aufwand, der durch die entsprechenden Mitarbeiter-Schulungen entsteht, obwohl die Stellen des ärztlichen und pflegenden Personals knapp bemessen sind. Diese haben durch Sitzungen und dem Erstellen von Dokumenten weniger Zeit für die Patienten-Behandlung. Er führt weiter aus, dass Ärzte für ihre Behandlungen Engagement, Menschlichkeit, Zuwendung, Kenntnisse, Geschick und Erfahrung benötigen, die allesamt weder Bestandteil des QM seien, noch sich durch Zertifikate abbilden lassen.

Diese Publikation von Costa im Deutschen Ärzteblatt hatte viele Rückmeldungen von Ärzten und Betriebswirten zur Folge. Beide Berufsgruppen möchten weniger Bürokratie und eine bessere Organisation der Abläufe. Als Reaktion auf die vielen Rückmeldungen lud die Redaktion des Deutschen Ärzteblattes 2015 Costa und Eberlein-Gonska zur Diskussion ein. Eberlein-Gonska ist die Leiterin des Zentralbereiches Qualitätsmanagement am Universitätsklinikum Dresden und gilt als eine Verfechterin des QM im Krankenhaus.

Im Ergebnis liegen die Erwartungen und Wünsche beider Parteien eng beieinander. Im Diskussionsverlauf wurde deutlich, dass die Dokumentationstiefe und fehlende Dokumentationsrückmeldungen demotivierend auf viele Ärzte wirken. Dagegen sind alt-bewährte Abläufe häufig bereits aktives QM, ohne dass es den Anwendenden bewusst ist (Gerst et al., 2015). Für Bundesgesundheitsminister Gröhe geht es bei QM um „eine qualitätsorientierte Arbeitsteilung, eine Arbeitsteilung also, welche die Qualität der Behandlung in den Mittelpunkt rückt“ (Friers et al., 2016). Die Frage nach einer einheitlichen Definition, was Qualität in der Medizin bedeutet, ist auch nach zwei Jahrzehnten nicht beantwortet. Für die ehemalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt ist „die bestmögliche Qualität der Anspruch eines solidarischen und universalistischen Gesundheitssystems, in dem jede Patientin und jeder Patient dauerhaft die medizinische Leistung auf der technischen Höhe der Zeit erhält, die sie oder er benötigt und wünscht“ (Schmidt et al., 2014).

Nach Meinung Geraedts bedeutet „Qualität für Patienten, dass diese sicher behandelt werden, Erkrankungsfolgen und frühe Mortalität verhindert sowie Lebensqualität und Patientenzufriedenheit aufrechterhalten werden. Für die Leistungserbringer ist Qualität dann gegeben, wenn die Behandlung nach dem

„Stand der Kunst“, also evidenzbasiert, erfolgt“ (Geraedts, 2014). 2014 rechneten rund 58 % der von IfD Allensbach befragten Ärzte mit einer zukünftigen Verschlechterung der medizinischen Versorgungsqualität (statista.de/Allensbach, 2014). Im aktuellen MLP-Gesundheitsreport 2016 geben 94 % der Bevölkerung an, dass sie die Qualität im Krankenhaus an hohen hygienischen Standards festmacht. Von den Ärzten wird ein Wissen auf dem medizinisch neuesten Stand erwartet (92 %). Ärzte sehen den Behandlungs-/Therapieerfolg (31 %) sowie die Zufriedenheit der Patienten (26 %) als wichtigste Qualitätskriterien, insofern sie deren objektive Messung überhaupt für möglich halten (Heinemann, 2016, mlp-ag.de).

Bemüht, die Bedeutung des QM in Krankenhäusern zu erläutern, berichtet Iseringhausen von der beginnenden Einflussnahme von Staat, Wissenschaft und Politik auf die Bestimmung von Qualitätsmaßstäben (Iseringhausen, 2014). Um weiter steigende Kosten im US-amerikanischen Gesundheitswesen zu reduzieren, forcierte der Staat in den 1960er Jahren die Privatisierung öffentlicher Einrichtungen. Deren betriebswirtschaftliche Kontrolle sollte somit erhöht werden. Zudem setzte der Staat auf die Regulierungsmechanismen des Marktes. Seit dieser Zeit hat der Einfluss von Rating- und Zertifizierungsagenturen auf die Bewertung und Definition erbrachter Therapien im Gesundheitswesen zugenommen. Auch in Deutschland ist zu beobachten, dass vermehrt nicht-medizinische Expertengruppen ihren Einfluss auf Qualitätsmaßstäbe in der medizinischen Versorgung ausbauen. Verfahren und Konzepte der Qualitätsverbesserung sind mittlerweile so komplex, dass hierdurch Unsicherheit und Intransparenz im System zunehmen. Ein Nebeneinander von Leitlinien, Zertifizierungen etc. hat zur Folge, dass Patientinnen und Patienten nicht nachvollziehen können, nach welchen Kriterien Qualität erhoben und gefördert wird. Auch die Leistungserbringer im Gesundheitswesen stellen aufgrund der Vielfalt der qualitätsfördernden Ansätze deren Sinnhaftigkeit infrage. Khan et al. führten 2014 in Deutschland eine Literaturanalyse zur Evaluation deutscher Qualitätsmanagement-/ Qualitätssicherungs-Programme im stationären Bereich durch. Anlass war die Überprüfung der Wirksamkeit von Qualitätsprogrammen vor dem Hintergrund der für das QM benötigten Ressourcen. Hierfür wurden 3065 potentiell relevante Artikel geprüft, wovon 18 in die Literaturanalyse eingeschlossen werden konnten. In keiner dieser Studien konnte ein kausaler Zusammenhang zwischen Qualitätsmanagement-/ Qualitätssicherungs-Programmen und einem relevanten Nutzen für eine verbesserte Behandlungsqualität nachgewiesen werden.

Qualitätsprogramme, die eine patientenbezogene Wirksamkeit oder Unwirksamkeit hätten belegen können, wurden nicht gefunden. Aufgrund dieses Ergebnisses empfehlen sie die Anwendung etablierter Evaluationsmethoden sowie deren Weiterentwicklung (Khan et al, 2014). Auch Albrecht et al. referieren vom Fehlen belastbarer Beweise, dass mit QS-Maßnahmen vorhandene Qualitätsprobleme adressiert und verbessert werden können (Albrecht et al., 2013).

Muggenthaler hingegen warnt heute davor, das große Potenzial des QM als Schlagwort oder Modeerscheinung zu verkennen. Mithilfe des QM werden Prozesse und Verfahrensschritte klar definiert und festgelegt, was sie einer späteren Kontrolle zugänglich macht. Dies sorgt im Operationssaal, auf der Station sowie in der Klinikverwaltung für mehr Sicherheit und Effizienz und stellt somit einen wirtschaftlichen Vorteil dar. Auf diese Weise wird das Angebotsportfolio eines Krankenhauses optimiert und ein weiterer Beitrag zur Patientensicherheit geleistet. Ein strukturiertes QM ist daher unverzichtbar, um nachhaltig hochwertige Leistungen erbringen zu können. (Muggenthaler, 2016).

2.2 Modelle des Qualitätsmanagements

Aufgrund der gesetzlichen Verbindlichkeit, ein QMS einzuführen, zu betreiben und weiterzuentwickeln, muss sich die Geschäftsführung einer medizinischen Einrichtung für ein Modell entscheiden. Zu den drei Meistgewählten gehören die DIN EN ISO, KTQ und EFQM (Hensen, 2016).

2.2.1 DIN EN ISO 9001:2008

Bei dieser Abkürzung steht DIN für das Deutsche Institut für Normung e.V., welches 1951 der ISO, als Vertreter der Bundesrepublik Deutschland, beiträgt. ISO steht seit 1947 für International Organization for Standardization mit Sitz in Genf und ist in 150 Ländern vertreten. Die Bezeichnung EN bedeutet Europäische Normen. Diese können von den nationalen Normungsinstituten in das nationale Regelwerk übernommen werden, was durch eine länderspezifische Abkürzung gekennzeichnet ist. In Österreich ist es das Österreichische Normeninstitut ÖNORM, in der Schweiz die Schweizerische Normen-Vereinigung SN. Die 9001 bezeichnet die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem, die Zahl nach dem Doppelpunkt gibt das Jahr der letzten Revision an. In dieser Arbeit handelt es sich um die vorletzte Version (2008), die für das Universitätsklinikum

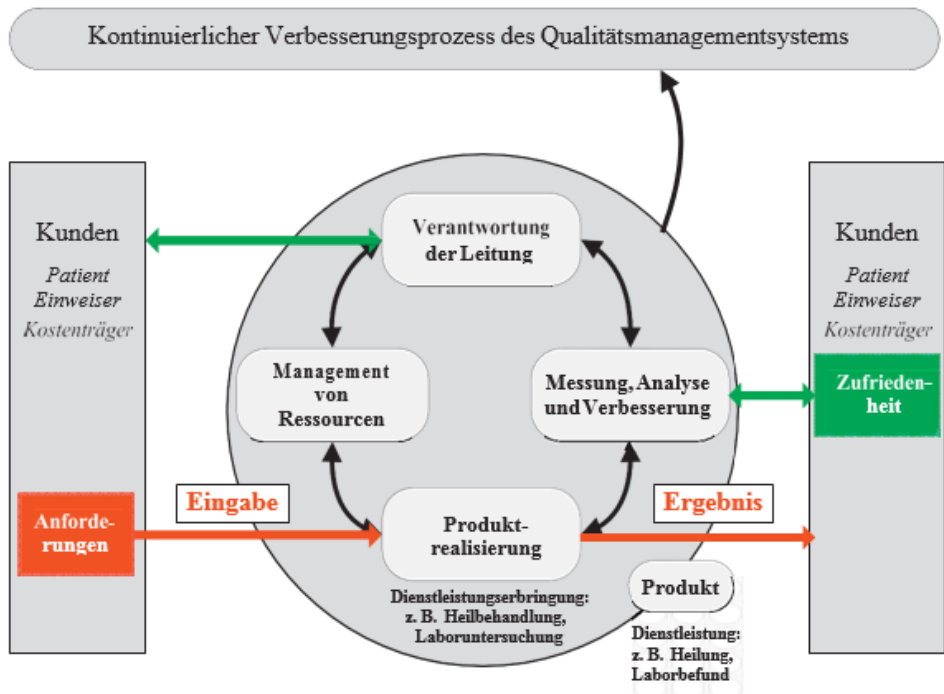
noch Gültigkeit besitzt. Nach der Veröffentlichung einer neuen Version gilt eine zweijährige Übergangsfrist. (Ertl-Wagner et al., 2013a).

Der Schwerpunkt der DIN EN ISO 9001 liegt darin, dass ein Unternehmen sich sehr dafür einsetzt, gute Produkte herzustellen bzw. eine gute Dienstleistung zu erbringen. Um dafür einen einheitlichen Standard zu schaffen, soll das Handeln des Unternehmens messbar und vergleichbar sein. Die dafür notwendigen Prozesse werden vom Unternehmen als lernende Organisation nach dem PDCA-Zyklus durchgängig kontrolliert, überarbeitet, angewendet und erneut überprüft (Thombansen, 2014).

Es stellt eine große Herausforderung dar, dass diese Norm branchenübergreifend, vom kleinen Handwerksbetrieb bis zum Großkonzern, für alle Unternehmensformen passen soll. Das Qualitätsmanagement-Handbuch sollte daher individuell vom Unternehmen selbst gestaltet und nicht in Normkapitel unterteilt werden. Damit das Handbuch für die Mitarbeiter verständlich ist und nicht ablehnend wirkt, sollten nicht die Normbegriffe, sondern unternehmenseigene Begriffe verwendet werden. Was die Norm im Kern erreichen möchte, wird in den folgenden acht Grundsätzen deutlich. Werden diese berücksichtigt, sind die wesentlichen Anforderungen erfüllt: Kundenorientierung, Verantwortlichkeit der Führung/Leitung, Einbeziehung der beteiligten Personen, Prozessorientierter Ansatz, Systemorientierter Managementansatz, Kontinuierliche Verbesserung, Sachbezogener Entscheidungsfindungsansatz, Lieferantenbeziehungen zum gegenseitigen Nutzen (Brugger-Gebhardt, 2014).

Der kontinuierliche, prozessorientierte Kreislauf eines funktionierenden QMS wird mit seinen Hauptkomponenten in der nachfolgenden Abbildung 1 dargestellt (Kriependorf et al., 2014). Die Anforderungen des Kunden/Patienten, deren Umsetzung durch die medizinischen Leistungserbringer und das idealerweise zufriedenstellende Ergebnis werden aufgezeigt.

Abbildung 1: Modell eines prozessorientierten QM-Systems nach ISO 9001. Medizinisch relevante Termini kursiv ergänzt (entnommen aus CEN Europäisches Komitee für Normung. Europäische Norm EN ISO 9001, Dezember 2000, Seite 14).



Quelle: Eigene Darstellung nach Amon et al., 2012.

Auch stationäre Pflegeeinrichtungen lassen sich vermehrt nach der DIN EN ISO 9001 zertifizieren. Farin et al. berichteten 2013, dass der Durchdringungsgrad von Qualitätsbemühungen in diesen Einrichtungen auf ca. 75% geschätzt wird. Der Trend zur Zertifizierung ist in den vergangenen Jahren deutlich gestiegen. Mit einem Anteil von fast 90% verfügen demnach fast alle stationären Pflegeeinrichtungen über einen QMB (Farin et al., 2012).

2.2.2 KTQ

Dieses Prozessmodell ist ein System der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. Bei dessen Entwicklung waren die Idee eines freiwilligen Zertifizierungsverfahrens sowie die Implementierung eines internen QM vordergründig. Bei einer möglichst hohen Praxiskonformität steht der Patient im Mittelpunkt. Da dieses Modell für Einrichtungen im Gesundheitswesen erstellt wurde, ist es schwerpunktmäßig in Arztpraxen und Krankenhäusern verbreitet (Neumayr et al., 2013). Nach der Durchführung einer Selbstbewertung auf Grundlage des KTQ-Katalogs, erfolgt eine Fremdbewertung durch eine Zertifizierungsstelle. Diese erstellt einen Qualitätsbericht, der mindestens 55 % der Gesamtpunktzahl erreichen muss, um ein Zertifikat zu erhalten. Nach drei Jahren findet eine erneute Fremdbewertung statt. Sechs Beurteilungsdimensionen stehen dabei im Vordergrund: Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Informations- und Kommunikationswesen sowie Führung und QM. Im Vergleich zur DIN EN ISO sind diese Vorgaben deutlich weniger einschränkend, was dazu führt, dass in der Krankenhauslandschaft häufig auf die DIN EN ISO zurückgegriffen wird. Dafür sind der geringere Effekt von KTQ und die in der Öffentlichkeit nicht im erforderlichen Maße vorhandene Wahrnehmung verantwortlich.

Für den Rettungsdienst der Stadt Wiesbaden ist KTQ das aus ihrer Sicht geeignetere System, da sich dieses spezielle Zertifizierungsverfahren für medizinische Leistungserbringer, welches näher am Patienten ist und sich an dessen medizinischen Ansprüchen und Bedürfnissen orientiert, dazu führt, dass der Rettungsdienst als medizinische Leistung wahrgenommen wird. Eine genaue Analyse zeigte, dass die DIN EN ISO große interindividuelle Gestaltungsspielräume ermöglicht. Aus diesem Grund sind alle Versuche, auch einfache Regelungen zu konkreten Prozessen im Rettungsdienst zwischen den Leistungserbringern zu vergleichen, gescheitert. (Brodermann, 2013). Schwarzmann beschrieb 2014, dass sich das Universitätsklinikum Würzburg ebenfalls für das KTQ-Verfahren entschieden hat (Schwarzmann, 2014), da es auf das gesamte Klinikum abzielt und nicht nur auf einzelne Bereiche. Auch in Würzburg stand die Berücksichtigung aller Facetten der Patientenversorgung vom Essen, über die Sterilgutversorgung sowie den OP bis zur Entlassung und besonders die Patientensicherheit im Vordergrund.

2.2.3 EFQM

Diese Bezeichnung steht für European Foundation for Quality Management. Die EFQM wurde 1988 von 14 westeuropäischen Unternehmen mit dem Ziel gegründet, die Weltmarktposition westeuropäischer Unternehmen zu verbessern. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, soll die Akzeptanz der Qualität als Strategie zur Erzielung globaler Wettbewerbsvorteile gefordert und die Maßnahmen zur Vorbereitung der Qualitätsverbesserung gefördert und unterstützt werden.

Deutsche Unternehmen hatten daran ein zunehmendes Interesse, was dazu führte, dass 1996 eine Deutsche EFQM gegründet wurde. Diese möchte helfen, die umfassende Unternehmensqualität (Total Quality Management, TQM) deutscher Unternehmen im weltweiten Wettbewerb zu verbreiten. Gleichzeitig versteht man sich als Kompetenzzentrum für ein fortschrittliches Unternehmensmanagement, welches seinen mittlerweile rund 700 Mitgliedern eine Plattform zum Erfahrungs- und Meinungsaustausch bietet (Rothlauf, 2014).

Wie Tarmann et al. 2012 berichteten, hat sich die Universitäts-Augenklinik Graz für das EFQM-Modell entschieden, obwohl oder gerade wegen der ebenfalls in Österreich erschwerten Rahmenbedingungen (Tarmann et al., 2012). Neben der Patientenbetreuung ist eine der zentralen Aufgaben einer Universitätsklinik die Forschung und Lehre bzw. Ausbildung von Assistenz- und Fachärzten mithilfe eines prozess- und ergebnisorientierten QM.

Da sich diese Norm auf wirtschaftliche Aspekte einer erfolgreichen Unternehmensführung konzentriert, mussten für die Umsetzung der Norm personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen für die Projektarbeit und Kennzahlenermittlung bereitgestellt werden. Um den Organisationen viele Möglichkeiten für interne Verbesserungen anbieten zu können, ist der Ansatz nicht krankenhausspezifisch sondern allgemein gehalten (Offermanns, 2011). Namhafte Einrichtungen wie das Institut für Laboratoriumsmedizin des Deutschen Herzzentrums München, das Zentrum für Labormedizin des Städtischen Krankenhauses Karlsruhe, die LBK Hamburg GmbH und die Universitätsmedizin Greifswald vertrauen diesem Modell (Vogt, 2013).

3 Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Der Gemeinsame Bundesausschuss, mit Sitz in Berlin, ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Mit seinen Richtlinien bestimmt er den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte. Damit legt er fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt er Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens (Zimmermann, 2012a).

3.1 Zusammensetzung und Arbeitsweise

Als eine juristische Person des öffentlichen Rechts setzt sich der G-BA aus den vier Spitzenorganisationen Kassenärztlicher und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband zusammen. Dazu kommen noch Trägerorganisationen von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern die antrags- aber nicht stimmberechtigt an allen Beratungen teilnehmen. Das SGB V bildet die Rechtsgrundlage des G-BA. Seine Aufgaben und Kompetenzen sowie die Bestellung seiner Mitglieder, die Patientenbeteiligung und die Einbeziehung Dritter hat der Gesetzgeber hier vorgegeben.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Rechtshoheit über den G-BA. Seine Beschlüsse und Richtlinien werden, nach den Vorgaben des SGB V, zunächst vom BMG geprüft und anschließend im Bundesanzeiger veröffentlicht, wenn keine Beanstandungen vorliegen (g-ba.de/Vorstellung, 2016).

- Mitglieder. Das Beschlussgremium des G-BA setzt sich aus 13 Mitgliedern zusammen:
 - ein unparteiischer Vorsitzender sowie zwei weitere unparteiische Mitglieder
 - fünf vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder
 - zwei von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) benannte Mitglieder

- zwei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) benannte Mitglieder
- ein von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) benanntes Mitglied.

Das Beschlussgremium hat eine Amtszeit von sechs Jahren. Die aufgezählten Mitglieder üben ihre Tätigkeit ehrenamtlich aus. Die unparteiischen Mitglieder sind hauptamtlich tätig. Um die Unabhängigkeit der Plenumsentscheidungen zu wahren, müssen dessen Mitglieder eine Offenlegungserklärung abgeben (g-ba.de/Mitglieder, 2016).

- Unparteiische Mitglieder

Der G-BA wird gerichtlich und außergerichtlich von der/dem unparteiischen Vorsitzenden vertreten. Diese(r) bereitet die Sitzungen des Plenums vor und leitet diese, zusammen mit den beiden weiteren unparteiischen Mitgliedern. Darüber hinaus ist die/der Vorsitzende, in Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung, u.a. für die Einhaltung des Haushalts- und Stellenplans verantwortlich. Zu ihren Aufgaben gehört weiterhin der Vorsitz der Unterausschüsse des G-BA (g-ba.de/Unparteiische Mitglieder, 2016).

- Patientenbeteiligung

Entsprechend der Vorgaben des SGB V haben Organisationen, die auf Bundesebene die Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen vertreten, im G-BA ein Mitberatungs- und Antragsrecht, aber kein Stimmrecht. Weitere Organisationen können nach Antrag an das BMG als maßgebliche Organisationen auf Bundesebene anerkannt werden. (g-ba.de/Patientenbeteiligung, 2016).

- Stellungnahmeberechtigte

Mittels Stellungnahmeverfahren fließen in die Beratungsprozesse des G-BA schriftliche und mündliche Einschätzungen und Bewertungen von Dritten ein. Diese Institutionen sind nicht direkt im G-BA mit Stimm- und Beteiligungsrechten vertreten, jedoch normen- bezogen betroffen (g-ba.de/Stellungnahmeberechtigte, 2016).

- Das Plenum

Das Plenum, mit seinen 13 stimmberechtigten Mitgliedern, tagt ein- bis zweimal im Monat in öffentlicher Sitzung. Jedes der Mitglieder hat eine Stimme. Ein Beschluss

ist gefasst, wenn dafür mindestens sieben Stimmen abgegeben werden. Nichtöffentliche Sitzungen oder eine schriftliche Abstimmung sind nur in Ausnahmefällen zulässig. Nicht stimmberechtigte Vertreterinnen und Vertreter von Verbänden und Organisationen aus dem deutschen Gesundheitswesen nehmen an den Sitzungen des Plenums teil (g-ba.de/Plenum, 2016).

- Die Unterausschüsse

Die Unterausschüsse werden vom Plenum zur Vorbereitung seiner Entscheidungen und Beschlussfassungen eingesetzt. Bestehend aus einem oder einer unparteiischen Vorsitzenden sowie sechs Vertreterinnen oder Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherungen und sechs Vertreterinnen oder Vertretern der Leistungserbringer, erfolgt die Zusammensetzung paritätisch. Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter nehmen mitberatend an den, im Gegensatz zum Plenum, nicht öffentlichen Sitzungen teil. Das Ergebnis der Beratungen wird dem Plenum als Beschlussempfehlung mitgeteilt (g-ba.de/Unterausschüsse, 2016).

Einer der neun Unterausschüsse ist der Unterausschuss Qualitätssicherung. Er setzt sich aus jeweils zwei Vertreterinnen oder Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung zusammen. Ergänzt wird er von sechs Vertreterinnen oder Vertretern des GKV-Spitzenverbandes. Die Vorsitzende ist zurzeit Frau Klakow-Franck (g-ba.de/ Überblick, 2016).

- Geschäftsstelle

Die organisatorischen, verfahrens- und verwaltungsmäßigen Grundlagen für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und den ordnungsgemäßen Ablauf der Verfahren werden von der Geschäftsstelle geschaffen (g-ba.de/Geschäftsstelle, 2016).

- Arbeitsweise

Die Strukturen, Fristen und Schritte des G-BA sind in der Geschäftsordnung und Verfahrensordnung mit dem Zweck dargestellt, transparente und rechtssichere Entscheidungen nach dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu treffen (g-ba.de/Arbeitsweise, 2016).

- Finanzierung

Die Finanzierung des G-BA erfolgt durch Systemzuschläge. Diese ergeben sich aus der Zusammensetzung eines Zuschlags für jeden abzurechnenden Fall inklusive Selbstzahler. Zusätzlich wird die Vergütung für die ambulante vertragsärztliche und vertragszahnärztliche Versorgung angehoben. Dieser Zuschlag wird jährlich neu festgelegt. Mit diesem Zuschlag wird zusätzlich, neben dem G-BA, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und auch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen finanziert. Rechtliche Grundlage ist der § 139c Abs. 1 SGB V (g-ba.de/Finanzierung, 2016).

Für das Jahr 2016 sind die Zuschläge wie folgt:

- vertragsärztlicher Sektor: 4,8532762 Cent pro Fall
- vertragszahnärztlicher Sektor: 4,8532762 Cent pro Fall
- stationärer Sektor: 1,63 € pro Fall

(g-ba.de/Systemzuschlag, 2016).

3.2 Bedeutung des G-BA und seiner Richtlinien

Wie bereits erwähnt, beschließt der G-BA in seinen zahlreichen Richtlinien u.a., welche Fallzahlen einer Therapie pro Jahr in einem Krankenhaus erbracht werden müssen, damit es auch weiterhin zur Versorgung zugelassen ist. Auch Bedarfsplanungen und Nutzenbewertungen gehören zu seinen zahlreichen Befugnissen und Aufgabenbereichen. Ausgestattet mit dieser Entscheidungskompetenz, wird der G-BA nicht selten kritisiert. Schulte titulierte ihn 2013 als „kleinen Gesetzgeber“. Axler provozierte mit der Aussage: „Der G-BA gilt vielen als das Zentralkomitee des Gesundheitswesens“. Gleichzeitig stellte er aber klar, „dass das Bundessozialgericht in mehreren Urteilen die Auffassung vertreten habe, dass die Normsetzungsbefugnisse des G-BA mit demokratischen Prinzipien vereinbar seien“ (Korzilius, 2013).

Das BMG benannte 2015 zudem den G-BA als deutsches Vollmitglied im Europäischen Netzwerk für Health Technology Assessment (EUnetHTA). HTA oder Medizintechnik- Folgenabschätzung bezeichnet die umfassende Bewertung und Evaluation medizinischer Verfahren, die bereits auf dem Markt sind oder eingeführt werden sollen. HTA hat es sich zur Aufgabe gemacht, wissenschaftlich

fundierte Informationen für Entscheidungsprozesse aufzuarbeiten. Laut Hecken sind diese Informationen „in Form von HTA-Berichten insbesondere bei Arzneimitteln und neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – und zukünftig auch bei hochrisikoreichen Medizinprodukten – eine wichtige Grundlage für Entscheidungen des G-BA“ (Reis et al., 2015). Seit der Gründung des G-BA 2004 sind Qualitätssicherungsmaßnahmen in Richtlinien verpflichtend verankert. Diese sind historisch gewachsen und auf freiwillige Initiative der Ärztekammern und Fachgesellschaften zurückzuführen. Der G-BA übernahm somit die Funktion des im Jahre 2000 gegründeten Bundeskuratorium Qualitätssicherung (Willms et al., 2013). Die indikatorgestützte, extern einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung bildet eine der Hauptsäulen der Qualitätssicherung des G-BA. Ursprünglich für das interne Qualitätsmanagement im Krankenhaus entwickelt, erfolgt die Auswahl der Leistungsbereiche heute danach, ob die stationäre Leistung zu den häufig erbrachten zählt, besonders problemfällig ist oder ein hohes Risiko für Patienten darstellt (Klakow-Franck, 2014a).

3.3 Kooperierende Institute

- IQWiG

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, mit Sitz in Köln, untersucht als unabhängige wissenschaftliche Einrichtung den Nutzen und Schaden von medizinischen Maßnahmen. In Form von verständlichen Gesundheitsinformationen und wissenschaftlichen Berichten informiert das Institut über die Vor- und Nachteile von Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (iqwig.de/Startseite, 2016). Seit 2004 werden evidenzbasierte Gutachten u. a. zu Arzneimitteln, nichtmedikamentösen Behandlungsmethoden (z. B. Operationen), Screening-Methoden und Behandlungsleitlinien sowie Disease Management Programmen (DMP) erstellt (iqwig.de/Aufgaben und Ziele, 2016).

Die Stiftung für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen wurde vom G-BA nach § 139a I 2 SGB V gegründet (Zimmermann, 2012b) und ist Träger des IQWiG mit dem Zweck, Wissenschaft und Forschung zu fördern. Als beratende Organe stehen dem Institut, neben dem Stiftungsrat und dem Vorstand, auch das Kuratorium und der Wissenschaftliche Beirat zur Verfügung. Die sieben Ressorts und vier Stabsbereiche des IQWiG nehmen unterschiedliche fachliche

und inhaltliche Aufgaben wahr (iqwig.de/Struktur, 2016). Auftraggeber des IQWiG ist ausschließlich der G-BA oder das BMG. Fragen von grundlegender Bedeutung kann das Institut auch aus eigener Initiative kommunizieren und bearbeiten. Zu diesem Zweck wurde dem Institut, zum Zeitpunkt der Gründung, dafür ein Generalauftrag erteilt mit dem Ziel, die Ergebnisse dieser Projekte als Arbeitspapiere zu veröffentlichen. Im Auftrag des G-BA erstellt das IQWiG Gutachten über den Nutzen von medizinischen Maßnahmen oder der Generierung von Zusatznutzen. In beiden Fällen wird eine Empfehlung ausgesprochen. Eine Entscheidung über Kassenleistungen trifft demnach nur der G-BA (iqwig.de/Auftraggeber und Finanzierung, 2016).

Als Grundelement seiner wissenschaftlichen Arbeit steht das IQWiG im Austausch mit nationalen und internationalen Forschungsnetzwerken und Institutionen in Nachbarländern und ist an verschiedenen Arbeitsgruppen wissenschaftlicher Organe beteiligt. Darüber hinaus befindet sich das Institut in einem regelmäßigen Gesprächsaustausch mit dem englischen „National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)“ und der französischen „Haute Autorité de Santé (HAS)“. Das Publikationsorgan des IQWiG und des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) ist die Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ) (iqwig.de/Fachlicher Austausch, 2016).

- AQUA-Institut

Das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA), mit Sitz in Göttingen, ist ein unabhängiger Partner für Qualität im Gesundheitswesen, der sich durch eine evidenz- und datenbasierte Arbeitsweise sowie eine Dienstleistungsorientierung auszeichnet. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören z. B. die Implementierung von Großprojekten zur Qualitätssicherung/-förderung, die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung und Evaluation von (neuen) Versorgungs- oder Vertragsmodellen. Ebenso zählen sektorspezifische und sektorübergreifende Auswertungen sowie ein kontinuierliches Qualitätsmonitoring über lange Zeiträume zu seinen Aufgabengebieten. Auftraggeber dieses Instituts sind neben dem BMG und dem G-BA Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Verbände und Praxisnetze (aqua-institut.de/Auftraggeber, 2016).

Der B-GA beauftragte beispielsweise das AQUA-Institut 2010 mit der Überprüfung aller Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung in

Bezug auf ihre Eignung zur Veröffentlichung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Im Ergebnis wurden alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen neu bewertet, so dass heute aus 25 Leistungsbereichen bis zu 289 Indikatoren (Klakow-Franck, 2014a) dargestellt werden. Zuvor waren es lediglich 28 Indikatoren. Der G-BA setzte die Empfehlung des Instituts entsprechend um (Deg, 2011). 1995 gegründet, kooperiert das AQUA-Institut mit national und international tätigen Wissenschaftlern, die im Bereich des QM und der Versorgungsforschung spezialisiert sind. Darüber hinaus ist es in zahlreichen Netzwerken nationaler und internationaler Arbeitsgruppen und Fachgesellschaften zur Qualitätsförderung aktiv. (aqua-institut.de/Einsatzbereiche, 2016).

3.4 Institutionen in Großbritannien und den Niederlanden

- Großbritannien

Quantitative und qualitative Ziele für die Effizienz und Qualität der Krankenversorgung im britischen Gesundheitssystem (National Health Service, NHS) verantworten in einem gemeinsamen Abkommen (Public Service Agreement, PSA) Finanzministerium und Gesundheitsministerium. Zusätzlich zu diesen nationalen Gesundheitszielen und Standards werden klinische Standards vom National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) erstellt. NICE stellt professionellen Leistungsträgern und der Öffentlichkeit Informationen über evidenzbasierte Diagnose- und Therapieverfahren zur Verfügung, die zu beachten sind. Darüber hinaus werden von NICE klinische Leitlinien sowie intervenierende Diagnose- und Behandlungsverfahren erarbeitet. Die Richtlinien des Gesundheitsministeriums (National Service Frameworks, NSFs) unterstützen die Arbeit des NICE durch Anweisungen und Empfehlungen, wie bestimmte Versorgungsleistungen durchzuführen sind (Gerlinger et al., 2012a, bpb.de).

Die Commission for Healthcare Audit and Inspection (kurz: Healthcare Commission) überprüft, ob die nationalen Standards und Gesundheitsziele umgesetzt werden. Alle Leistungserbringer des NHS sind dazu verpflichtet, die klinischen Standards durch ein internes Qualitätssicherungssystem einzuhalten. Ebenso werden alle Leistungserbringer von der Healthcare Commission bewertet. Je nach Bewertung (excellent bis schwach) erhalten die Institutionen einen mehr oder weniger großen operativen und finanziellen

Handlungsspielraum. Häufigere Kontrollen, finanzielle Strafen oder der Austausch des Managements drohen Einrichtungen, die schlecht bewertet werden. Hoch bewertete Organisationen können einen Stiftungsstatus beantragen (Gerlinger et al., 2012b, bpb.de).

- **Niederlande**

Grundlegende Entscheidungen über die Strukturen und die Organisation des Gesundheitswesens trifft in den Niederlanden der Staat in Form des Gesundheitsministerium (Ministrie Van Volksgezondheid). Es entwickelt Qualitätsstandards, vergibt Konzessionen für die Krankenversicherung, plant den Versorgungsbedarf und die vorzuhaltenden Kapazitäten, legt den Umfang des Leistungskatalogs fest und gestaltet das Tarifsysteem. Darüber hinaus entscheidet die zentralstaatliche Regierung über die Zulassung von Versorgungseinrichtungen, plant und genehmigt neue Krankenhäuser sowie andere stationäre Einrichtungen. Das Ziel ist die Anpassung von Angebot und Bedarf sowie die Sicherstellung einer effizienten Versorgung im stationären Sektor.

Bei der Krankenhausplanung sind die Provinzregierungen beteiligt, ebenso staatliche bzw. auf gesetzlicher Grundlage tätige Institutionen, welche die Regierung in verschiedenen Sachfragen beraten. Die zentral beschlossene Planung wird ebenfalls von den Provinzregierungen verantwortlich umgesetzt.

Im Jahr der Gesundheitsreform 2006 ist die Niederländische Gesundheitsagentur (Nederlandse Zorgautoriteit, NZa) gegründet worden. Es ist eine unabhängige Regierungsagentur, deren Aufgabe es ist, den Wettbewerb im Gesundheitswesen zu fördern. Die Beachtung gesetzlich verankerter Ziele eines barrierefreien Zugangs zur Gesundheitsversorgung sowie die Sicherstellung einer hohen Qualität und finanziellen Tragfähigkeit gehören ebenfalls zum Aufgabengebiet der Agentur. Die politische Entwicklung bleibt in der Verantwortung des Gesundheitsministeriums (Gerlinger, 2012, bpb.de).

3.5 Abgrenzung Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

- **Qualitätsmanagement (QM)**

Wie in Kapitel 2 bereits beschrieben, handelt es sich beim QM um ein Konglomerat unterschiedlicher Instrumente, mithilfe derer die Anforderungen eines QM-Handbuches innerhalb zugelassener Krankenhäuser zu erfüllen sind. Nach der

Entscheidung für ein QM-Modell hat die Geschäftsführung dafür Sorge zu tragen, dass diese Anforderungen intern umgesetzt werden. (g-ba.de/Qualitätsmanagement, 2016). Durch Visitierungen bzw. Audits werden deren Durchdringung und daraus abzubildende kontinuierliche Verbesserungsprozesse (KVP) in festgelegten Zeitabständen extern überwacht.

- Qualitätssicherung (QS)

Bei der externen QS werden Maßnahmen gleichartiger Leistungen verschiedener Institutionen miteinander verglichen, indem diese Maßnahmen einrichtungsübergreifend durchgeführt werden. Die dafür notwendigen Beschlüsse zu solchen Maßnahmen kann der G-BA sektorenübergreifend für zugelassene Krankenhäuser fassen (g-ba.de/Externe QS, 2016). Das Ziel der sektorenübergreifenden QS ist es, die Trennung der Versorgungsqualität von Klinik und Praxis zu verhindern und über Sektorengrenzen hinweg zu erfassen. Die somit entstehenden Längsschnittbetrachtungen erlauben über längere Zeiträume eine Beurteilung verschiedener Leistungserbringer im Ganzen (g-ba.de/Sektoren übergreifende QS, 2016).

Ein Beispiel hierfür ist die Behandlung des Kolorektalen Karzinoms. Während die Diagnose und Indikation meist ambulant gestellt wird, erfolgt der Eingriff stationär. Die Chemotherapie wird i.d.R. auf einer anderen Station im Krankenhaus begonnen, meist ambulant fortgeführt und Ergebnisse wieder stationär überprüft. Im Anschluss daran beginnt der Patient eine Rehabilitation und verlässt damit den Regelungsbereich des SGB V und der GKV (Willms et al., 2013). Leber bezeichnete 2011 den Schritt zur sektorenübergreifenden QS als „zukunftsweisend, auch wenn er bisweilen von romantisch-illusionären Rund-um-Sorglos-Phantasien begleitet wird“ (Leber, 2011). Mit dieser ganzheitlichen Betrachtung ist seit 2009 das AQUA-Institut betraut. Die Entwicklung neuer QS-Verfahren steht dabei im Vordergrund. Bei den etablierten Verfahren handelt es sich meist um dokumentationspflichtige Verfahren, deren Auswertung die Versorgungsqualität der einzelnen Leistungsbereiche abbilden. Auf Krankenhaus-, Landes- und Bundesebene werden die Ergebnisse dargestellt. Im Rahmen eines „strukturierten Dialogs“ werden Krankenhäuser aufgefordert, Stellung zu beziehen, wenn die Referenzbereiche von Indikatoren über- oder unterschritten werden (Bramsfeld et al., 2014).

Aufgrund der Erfahrungswerte mit der sektorenübergreifenden QS kündigte Klakow-Frank 2014 an, dass der G-BA zukünftig, neben der eigenständigen Dokumentation und Patientenbefragungen, verstärkt auf Routedaten zurückgreifen wird

(Klakow-Franck, 2014b). Hierbei handelt es sich um Sozialdaten gesetzlicher Krankenkassen, die zu Abrechnungszwecken herangezogen werden dürfen. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass sich die Dokumentationsqualität tendenziell verschlechtert, da Aufnahmediagnosen im Gegensatz zu Entlassdiagnosen, für die Abrechnung mit den Kostenträgern nicht relevant sind. Durch eine zusätzliche Kennzeichnung der Aufnahmediagnosen („present on admission“) wurde dieses Problem in den USA und Australien gelöst (Theisen, et al., 2011).

4 Instrumente des Qualitätsmanagements

In der Universitätsklinik werden zahlreiche QM-Instrumente verwendet. Zu den effektivsten gehören der Qualitätszirkel, Prozessbeschreibungen, Audits und CIRS.

4.1 Qualitätszirkel im Klinikalltag des Universitätsklinikums

Mit dem Begriff Qualitätszirkel (QZ) werden innerbetriebliche Arbeitskreise bezeichnet. In diesen interdisziplinär besetzten Arbeitskreisen treffen sich max. 10 engagierte Mitarbeitende der Klinik während ihrer Arbeitszeit, um Qualitätsthemen ihrer täglichen Arbeit zu besprechen (Ertl-Wagner et al., 2013b). Nach Meinung von Klakow-Franck reicht die alleinige Qualitätsmessung nicht aus, um eine nachhaltige Qualitätsentwicklung zu erreichen. Daher ist die Förderung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements durch strukturierte Dialoge und QZ alternativlos (Reis et al., 2013).

4.2 Interdisziplinäre Prozessbeschreibungen

Die Patientenheilung in Krankenhäusern wird durch das Management der klinischen Leistungsprozesse wesentlich unterstützt. Hierbei steht eine gut organisierte Diagnostik und Therapie im Vordergrund. Um somit einen Heilungsverlauf für Patienten zu optimieren, verbinden sich nach Behar et al. drei klare Vorteile:

- Eine objektiv messbare Versorgungs- bzw. Ergebnisqualität, welche auch dem Patienten nicht verborgen bleibt.
- Ein gezielter Personal- und Sachressourceneinsatz reduziert den Kostenanfall. Der Einsatz des Personals konzentriert sich voll auf behandlungsrelevante Tätigkeiten und geht nicht in mangelhaften Teilprozessen verloren.
- Die Zufriedenheit des Personals steigt mit der Einsicht, dass deren Tätigkeiten im vollen Umfang nachvollziehbar und patientengerecht sind (Behar et al., 2016).

Aufnahme- und Entlassprozesse werden im Rahmen der Erstellung von klinischen Behandlungspfaden folgerichtig optimiert (Penter et al., 2014b). Mithilfe einer visualisierenden Software lassen sich diese Patientenpfade optimal darstellen

(s. Anhang 1, Abbildung 2, S. 56). In berufsgruppen- und abteilungsübergreifenden Diskussionen werden die einzelnen Prozesse erarbeitet, wie z. B. die Behandlung des Schlaganfalls. In drei einstündigen Sitzungen werden die einzelnen Arbeitsabläufe beschrieben, abgebildet und finalisiert. Anschließend werden sie in das elektronische QM-Handbuch eingestellt (Becker, 2013).

4.3 Interne und externe Audits

Um zu überprüfen, ob die qualitätsbezogenen Tätigkeiten den Anforderungen der DIN EN ISO entsprechen, werden interne und externe Audits (lat. audire, zuhören) durchgeführt. Re-Audits und Überwachungsaudits dienen in erster Linie zur Feststellung, ob der KVP eingehalten wird. Ertl-Wagner et al. führen verschiedene Auditarten auf. Interne Audits (=First Party Audit) werden von Mitarbeitenden durchgeführt, die in der Organisation arbeiten, die auditiert wird. Um sicherzustellen, dass die Auditoren nicht ihren eigenen Arbeitsbereich begehen, besuchen die Auditoren nicht Bereiche ihrer eigenen Klinik, sondern grundsätzlich andere Kliniken des Uniklinikums. Dadurch besteht zudem die Möglichkeit, von anderen Kliniken zu lernen (=Best Practice-Ansatz).

Als Second Party- bzw. Lieferantenaudit werden Audits bezeichnet, welche die Beauftragten der Organisation entsprechend bei ihren Lieferanten durchführen und diese bewerten. Das Third Party Audit ist ein externes Zertifizierungsaudit, welches immer von einer unabhängigen Zertifizierungsstelle durchgeführt wird (Ertl-Wagner et al., 2013c). Nach erfolgreich absolviertem Audit erhält das Krankenhaus neben dem Auditbericht ein Zertifikat. Das QMS wird bezüglich seiner Konformität in jährlichen Überwachungsaudits überprüft (tuev-sued.de, 2016). Im Außenverhältnis dient das Zertifikat zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit. Im Innenverhältnis ist die Zertifizierung eine offene Erörterung, um Verbesserungspotenziale bestehender Strukturen aufzudecken (Friers et al., 2016).

4.4 CIRS

Mit dem Critical Incident Reporting System haben Mitarbeiter aller Berufsgruppen in Krankenhäusern die Möglichkeit, sanktionsfrei Fehler und Beinahe-Fehler zu melden (Standke et al. 2014). Die nachweisliche Nutzung von CIRS wird, ebenso wie die bereits beschriebenen QM-Instrumente, vom QMS vorgeschrieben. Dabei ist die Größe der Klinik relevant. Bohnet-Joschko et al.

konnten bereits 2011 bestätigen, dass Universitätskliniken in der Anwendung von CIRS Vorreiter sind, da sie als Häuser der Maximalversorgung ein besonders hohes Risiko tragen. Zudem übernehmen sie als solche auch Aufgaben in Lehre und Forschung (Bohnet-Joschko et al., 2011).

Mitarbeitende müssen einen unerschwelligen Zugang zum System haben. Die Meldung kann schriftlich und anonym abgesetzt werden. Ein Anonymisierer-team prüft die eingegangene Meldung auf deren CIRS-Eignung und nimmt, falls gewünscht, eine Anonymisierung der Meldung vor (Neumayr et al., 2013).

Anschließend erhält das interdisziplinäre Auswerterteam der Klinik Kenntnis über die Meldung. Es bespricht und bewertet diese Meldung. Im Anschluss werden Zuständigkeiten und Maßnahmen zur Beseitigung des (Beinahe-) Fehlers festgelegt. Zeitnah soll eine Rückmeldung und Effektivitätskontrolle der eingeleiteten Maßnahmen erfolgen. Eine Ursachenanalyse wird erforderlich, wenn keine Meldungen eingehen. Dies kann als Folge eines Implementierungs- oder Vertrauensproblems eintreten. Mit Schulungen, Werbung und einer gelebten Sicherheitskultur der Unternehmensführung kann dem begegnet werden. Die Möglichkeiten von CIRS sind insgesamt eine Maßnahme der Risikoreduzierung, die durch weitere Maßnahmen wie einer FMEA oder Risikoaudits ergänzt werden (Gunkel et al., 2013).

Über das Krankenhaus-CIRS-Netz Deutschland besteht zudem die Möglichkeit, über sicherheitsrelevante Ereignisse überregional, interprofessionell und interdisziplinär zu berichten und voneinander zu lernen (kh-cirs.de, 2016). Die Implementierung von CIRS, als Instrument des klinischen Risikomanagements, rentiert sich bereits im ersten Jahr, da durch den Rückgang der Schadensfälle die monetären Einsparungen höher sind als die einmaligen bzw. laufenden Einführungskosten. Der finanzielle Vorteil steigt in den Folgejahren, da die einmaligen Implementierungskosten entfallen (Banduhn et al., 2013).

Tabelle 2: CIRS-Begriffsbestimmungen.

Begriff	Definition
Unerwünschtes Ereignis („adverse event“)	Ein schädliches Vorkommnis, welches eher auf der Behandlung als auf der Erkrankung beruht.
Vermeidbares unerwünschtes Ereignis („preventable adverse event“)	Ein unerwünschtes Ereignis, welches vermeidbar ist (Vermeidbarkeit liegt dann vor, wenn ein Fehler das Ereignis verursacht hat).
Kritisches Ereignis („critical incident“)	Ein Ereignis, welches zu einem unerwünschten Ereignis führen könnte oder dessen Wahrscheinlichkeit erhöht.
Fehler („error“)	Ein Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan, ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt; ob daraus ein Schaden entsteht, ist für die Definition des Fehlers irrelevant.
Beinaheschaden („near miss“)	Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können.

Quelle: Eigene Darstellung nach Gunkel et al., 2013.

5 Interviews in den Kliniken des Universitätsklinikums

Wie unter 1.2 Zielsetzung der Arbeit bereits beschrieben, wurden 15 QMB (=15 Kliniken) hinsichtlich der Forderungen der genannten Richtlinie interviewt. Da es sich um ein Experteninterview handelt, fiel die Wahl ausschließlich auf die QMB. Diese Berufsgruppe kann die Umsetzung der einzelnen Forderungen realistisch, objektiv und adäquat beantworten, da sie in verschiedenen interdisziplinären Qualitätszirkeln ihrer jeweiligen Klinik interne und externe Anforderungen an das QMS im Team erarbeiten und umsetzen.

5.1 Aufbau des Interviews

Ebenfalls in 1.2 Zielsetzung der Arbeit, wurde das Verfahren nach Atteslander beschrieben, in dem das Interview in einer mündlichen und schriftlichen Kombination durchgeführt wird. Bei dieser Version Typ VII, wurde zunächst ein stark strukturierter Fragebogen erstellt. Stark strukturiert bedeutet, dass die Freiheitsspielräume des Interviewers und des Befragten stark eingeschränkt sind (Atteslander, 2010). Diese Interviewmethode wurde verwendet, da die Beantwortung des § 4 Methoden und Instrumente, Absatz 1 der genannten G-BA-Richtlinie, ebenfalls klar strukturiert und im Charakter einer Checkliste abzufragen ist. Somit soll erreicht werden, dass sich die methodenbedingte Gefahr von unüberprüfbar falschen Angaben des Befragten verringert. Darüber hinaus geht mit dieser Methode die Annahme einher, dass der Befragte primär motiviert und auf Augenhöhe mit dem Interviewer, im Stile eines Peer-Review-Verfahrens, freiwillig die thesengleichen Punkte wahrheitsgemäß beurteilt.

Die Inhalte der einzeln zu bewertenden Punkte (M&I 1-14) des Interviewbogens sind von der/dem QMB für die jeweilige Klinik auf Umsetzung und Durchdringung zu bewerten. Wie bei der Auswahl der Richtlinie, stand auch bei der Erarbeitung der Beurteilungsmethode die Vergleichbarkeit der Kliniken untereinander im Vordergrund. Darüber hinaus sollen die Interviews, im Sinne Donabedians unter einem vertretbaren zeitlichen und finanziellen Aufwand, einen am Klinikalltag orientierten Ergebnisnutzen darstellen. Aus diesem Grund, und in Anlehnung an die „Dezentrale Managementbewertung“ der Universitätsklinik, hat sich der Autor für eine Bewertung in 25 %-Schritten und gegen eine kleinere Abstufung entschieden (siehe Tabelle 3, S. 29). Dies erschien als adäquate Methode, die sich übersichtlich darstellen, möglicherweise in den Folgejahren einfach reproduzieren und den Mitarbeitenden gegenüber anschaulich und

nachvollziehbar kommunizieren lässt. Letzterem kommt eine besonders hohe Bedeutung zu, da eine nachhaltige Durchdringung nur erreicht werden kann, wenn es gelingt, die Mitarbeitenden mittelfristig von ihren eigenen Vorteilen im QMS zu überzeugen. Nur dann werden sie bereit sein, aktiv am KVP mitzuwirken.

Der Nachteil dieser Methode ist, dass sich die Anzahl aller zu beschreibenden Tätigkeiten und Prozesse einer Klinik kaum definieren geschweige denn darstellen lässt. Dies ist zwar grundsätzlich machbar, wäre aber im Rahmen dieser Arbeit nicht abzubilden. Hinzu kommt, dass die jeweiligen QM-Modelle die Beschreibung von Tätigkeiten und Prozessen zwar vorgeben, die Auswahl und Beschreibungstiefe obliegt jedoch ganz bewusst der Verantwortung der jeweiligen Klinik. Erschwerend kommt hinzu, dass die Durchdringung des QMS in den einzelnen Kliniken tlw. sehr unterschiedlich weit entwickelt ist. Haben einige Kliniken ein seit Jahren funktionierendes QMS, standen andere Kliniken zum Zeitpunkt des Interviews, vor ihrer Erstzertifizierung. Auch das unterschiedlich stark ausgeprägte QM-Engagement der Klinikleitungen ist hier besonders relevant. Somit verbleibt in dieser Betrachtung eine gewisse Subjektivität.

5.2 Durchführung der Interviews

Nachdem die zu interviewende Berufsgruppe definiert war, fand eine telefonische Terminanfrage statt. Dabei erfolgte eine erste Erklärung zum Hintergrund der Interviews, welche in der Zeit vom 15. Juni bis 6. Juli 2016 durchgeführt wurden. Die Dauer für ein Interview betrug ca. 45 Minuten.

Am 15. September 2016 gab der G-BA einen Änderungsbeschluss der Sätze 1 bis 3 (Teil A § 4 Absatz 1) bekannt. Mit dieser Änderung weist der G-BA auf die verpflichtende Anwendung der Methoden und Instrumente hin. Darüber hinaus darf ein Krankenhaus nicht mehr auf die Mindeststandards Risikomanagement, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme (CIRS), Beschwerdemanagement sowie die Nutzung von OP-Checklisten verzichten (g-ba.de/Änderungsbeschluss, 2016). Die einzelnen Punkte des § 4 Methoden und Instrumente bestehen aus mehreren Inhalten. Die Umsetzung aller Inhalte eines Punktes entsprach einer Bewertung von 100%. Wurde die Hälfte der beschriebenen Inhalte umgesetzt, erfolgte eine Bewertung mit 50%.

Bei mehr als der Hälfte der beschriebenen Inhalte war dies mit 75%, bei weniger als der Hälfte mit 25% zu beurteilen. Wurde der Punkt inhaltlich nicht umgesetzt, erfolgte die Bewertung mit 0%.

Tabelle 3: Bewertungslegende

100%	Umsetzung aller Inhalte des Punktes.
75%	Inhalte des Punktes werden > zur Hälfte umgesetzt.
50%	Inhalte des Punktes werden zur Hälfte umgesetzt.
25%	Inhalte des Punktes werden < zur Hälfte umgesetzt.
0%	keine Umsetzung der Inhalte des Punktes.

Quelle: Eigene Darstellung.

Zu Beginn des Interviews informierte der Autor die Befragten ausführlich zu den Hintergründen und den Ablauf. Der Interviewbogen wurde der/dem Befragten unmittelbar vor Beginn des Interviews persönlich übergeben. Hierbei wurde betont, dass sowohl die Beurteilung selbst als auch die Auswertung anonym erfolgt. Während der Beurteilung war der Interviewer anwesend, um ggfs. für Verständnisfragen zur Verfügung zu stehen. Um eine Beeinflussung der Beantwortung auszuschließen, erfolgte während der Beurteilung keine weitere Kommunikation. Der fünfseitige Interviewbogen (s. Anhang 2, Tabelle 4, S. 57) beinhaltet die Punkte 1-14 (= Methoden und Instrumente (M&I)), welche von der/dem Befragten vollständig zu bewerten waren. Der zu beurteilende Inhalt ist wörtlich der zugrundeliegenden Richtlinie entnommen worden.

5.3 Auswertung der Interviews

Die Ergebnisse der Interviews wurden im Auswertungsbogen Methoden und Instrumente (M&I) zusammengefasst (s. Anhang 3, Tabelle 5, S. 62) und anschließend in einem Stapeldiagramm dargestellt (s. Anhang 4, Abbildung 3, S. 67). Diese Ergebnisse und die freiwilligen Bemerkungen der Befragten, welche im Originalwortlaut übernommen wurden, werden zusammen mit der Bearbeitung der Leitthesen diskutiert. Im Auswertungsbogen Methoden & Instrumente hatten die Befragten die Möglichkeit, ihren Bewertungen mit Bemerkungen zu komplettieren.

M&I 1: 60 % der Befragten gaben an, dass die Qualitätsziele der Klinik zu 100 % gemessen und bewertet werden. Ein Drittel der QMB bewerteten den Punkt mit 75 %. Hier erfolgen Auswertungen und Konsequenzen themenspezifisch. In technischen Bereichen sei die Umsetzung häufig schwierig. Eine nähere Erklärung erfolgte nicht. Ein QMB bewertete den Punkt mit 50 %, da die Umsetzung stark auf seine Person abgewälzt wird und keine Unterstützung durch den Vorgesetzten stattfindet.

M&I 2: Zwei Drittel der Befragten gaben an, dass der Ist-Zustand der Klinik zu 100 % erhoben wird. Allerdings wurde tlw. bemängelt, dass dies ohne Kommunikation an den Vorgesetzten erfolgt und nur dem QMB bzw. der jährlichen „Dezentralen Managementbewertung“ dient. 20 % der QMB beurteilten die Erhebung des Ist-Zustandes mit 75 % mit der Bemerkung, dass diese Erhebung vermehrt eingeführt bzw. angestrebt wird, was derzeit personell nicht umsetzbar ist. Zwei von 15 Befragten vergaben hier 50 %.

M&I 3: In dem Punkt herrschte maximale Einigkeit. Alle Befragten gaben an, dass die Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zu 100 % geregelt ist.

M&I 4: Zwei Drittel der QMB bewerteten diesen Punkt mit 100 %. Zum Teil war das QMS erst seit vier Monaten eingeführt, eine hohe Motivation wurde erwähnt. Eine weitere Bemerkung befand, dass „fast alle“ Prozess-beschreibungen erstellt sind. Gut ein Drittel der Befragten teilten mit, dass die Prozessbeschreibungen einer Überarbeitung bedürfen, noch nicht alle Wesentlichen erfasst sind und verwiesen auf den KVP. Somit bewerteten sie diesen Punkt mit 75 %. Ein Interviewter beurteilte diesen Punkt mit 50 %, da nur wenige Prozesse definiert und aktualisiert sind, zudem seien Verantwortlichkeiten nicht festgehalten.

M&I 5: 40 % der Befragten beurteilten die Schnittstellen-Situation mit 100 %, ebenfalls 40 % beurteilten diese mit 75 %, da die Kommunikation stark von den Personen abhängt, zudem ist ein QMB der Meinung, dass das Schnittstellenmanagement nicht für alle Abläufe relevant sei, da jeder seine Ansprechpartner kennt. Darüber hinaus erfolgt das Schnittstellenmanagement nicht systematisch. Eine weitere Meinung ist, dass der Punkt zwar grundsätzlich geregelt ist aber immer mal wieder Diskussionsbedarf besteht. Noch eine Bemerkung erwähnte geringe Reibungsverluste aber des Öfteren individuelle Probleme. 20 % beurteilten das Schnittstellenmanagement ihrer Klinik mit 50 %, da manche Schnittstellen, besonders interprofessionelle, besonders schwierig seien. Auch ein bisher nicht systematisiertes Management von Schnittstellen wurde als Begründung genannt.

M&I 6: Etwa die Hälfte der QMB gab an, dass in ihren Bereichen 100 % aller Checklisten erstellt sind. Ein Drittel bemerkte, dass die Funktion des Equipments kaum auf einer Checkliste (CL) vermerkt ist. Auch wurde die Frage nach einer Defi für einen sicherheitsrelevanten Prozess gestellt. Ebenso wurde mitgeteilt, dass zwar CL vorhanden seien, diese aber nicht durchgehend genutzt werden. In manchen Kliniken sind die CL noch in Arbeit bzw. in einem OP nicht zutreffend. In der Folge gab es hierfür 75 % Zustimmung. Ein QMB bewertete den Punkt mit 50 %, da die OP-CL nicht komplett ausgefüllt wird, beispielsweise der Unterpunkt Team-Time-Out. Ein weiterer QMB bewertete das Thema Checklisten mit 25 %, da wegen klar definierter Standard Operation Procedures (SOP) im Bereich der Kernprozesse keine CL notwendig seien. In dieser Klinik existieren CL nur für organisatorische Angelegenheiten wie Einarbeitung, Veranstaltungsorganisationen etc.

M&I 7: Den Punkt Teambesprechungen bewerteten 13 von 15 QMB mit 100 %. Eine Bemerkung war, dass das OP-Team diese Besprechungen nicht konsequent plant. Zwei von 15 Befragte bewerteten die Durchdringung von Teambesprechungen mit 75 %, eine Bemerkung stellte fest, dass es hier keine Regelmäßigkeit und hohe Personalausfälle gibt.

M&I 8: Die Umsetzung von bzw. Teilnahme an Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen wurden von ca. 87 % der Befragten mit 100 % bewertet. In einer Klinik ist dies aber stark von den Mitarbeitern abhängig, die ihren Bedarf aufzeigen müssen. Ein QMB bewertete die Umsetzung der Vorgabe mit 75 % mit der Begründung, dass in dieser Klinik eine höhere Anzahl angestrebt und erwünscht ist. Ein weiterer QMB gab als Grund für eine 50 %-Bewertung eine zu späte Herausgabe des Bildungsakademie-Programms an. Im Bereich der Pflege müssen die Dienste drei Monate im Voraus geplant werden, was eine frühere Terminbekanntgabe der Schulungen voraussetzt.

M&I 9: Zwei Drittel der Befragten bewerteten die Vorgabe nach Patientenbefragungen mit 100 %. Zwei QMB vergaben hier 75 %, da keine klinikspezifische Befragung bzw. keine ausreichende Relation zwischen Befragung und Rücklauf gegeben ist. Zwei weitere Kollegen bewerteten die Vorgabe mit 50 %, da diese Befragung 2015 zum ersten Mal durchgeführt wurde. Eine weitere Begründung waren überzogene Ansprüche und Erwartungshaltungen. Ein Befragter bewertete diesen Punkt mit 0 %, da eine Patientenbefragung aufgrund einer zu kleinen Patientenzahl nicht durchgeführt wird. Aus diesem Grund erarbeitet die Klinik einen eigenen Fragebogen.

M&I 10: Zwei von 15 QMB bewerteten die Durchdringung von Mitarbeiterbefragungen in ihrer Klinik mit 75 %. Drei von 15 bewerteten diesen Punkt mit 25 %. Als Bemerkung nannten sie einen ausschließlichen Projektbezug sowie Kooperations- und Fördergespräche. Zwei Drittel bewerteten den Punkt Mitarbeiterbefragungen mit 0 %. Im Wesentlichen wird hier als Bemerkung eine ablehnende Haltung des Personalrates angegeben. Hier heißt es wörtlich: „Personalrat ist nicht dafür“, „keine möglich wegen PR“, „werden wegen des PR nicht durchgeführt“, „lehnt PR ab“, „Verbot durch PR“, „Blockierung durch den PR“. Weitere Bemerkungen, ohne Bezug zum Personalrat, beziehen sich auf ein kleines Team, in dem noch keine Befragung geplant ist. In anderen Kliniken fand die letzte Mitarbeiterbefragung 2008 statt und war für 2016 wieder geplant. Durch einen Wechsel der Klinikleitung wurde die Befragung nun verschoben.

M&I 11: Die Durchdringung und Umsetzung des Beschwerdemanagements bewerteten 14 von 15 QMB mit 100 %. Ein Befragter bewertete den Punkt mit 75 %, da Beschwerden zwar systematisch erfasst, bearbeitet und an die Mitarbeiter kommuniziert werden, eine Maßnahmenableitung finde aber in den wenigsten Fällen statt.

M&I 12: Den Punkt Patienteninformation und -aufklärung bewerteten 60 % der Interviewten mit 100 %. In einer Klinik gibt es diese Informationen nur im Verwaltungs- nicht aber im Klinikbereich. 20 % der Befragten beurteilten diesen Punkt mit 75 %. Begleitende Bemerkungen bezogen sich beispielsweise darauf, dass es zwar viele Informationen gäbe, diese aber nicht zwangsläufig mit einer Aufklärung. In einer anderen Klinik sind für einzelne Themen Informationen verfügbar. In einer weiteren Klinik sind Beratung und Selbsthilfe in diesem klinischen Kontext nicht notwendig. Weitere 20 % der Befragten bewerteten diesen Punkt mit 50 %. Eine Klinik bemerkte hier, dass die papiergestützten Aufklärungen aktuell komplett auf die elektronischen Versionen eines Verlags umgestellt werden.

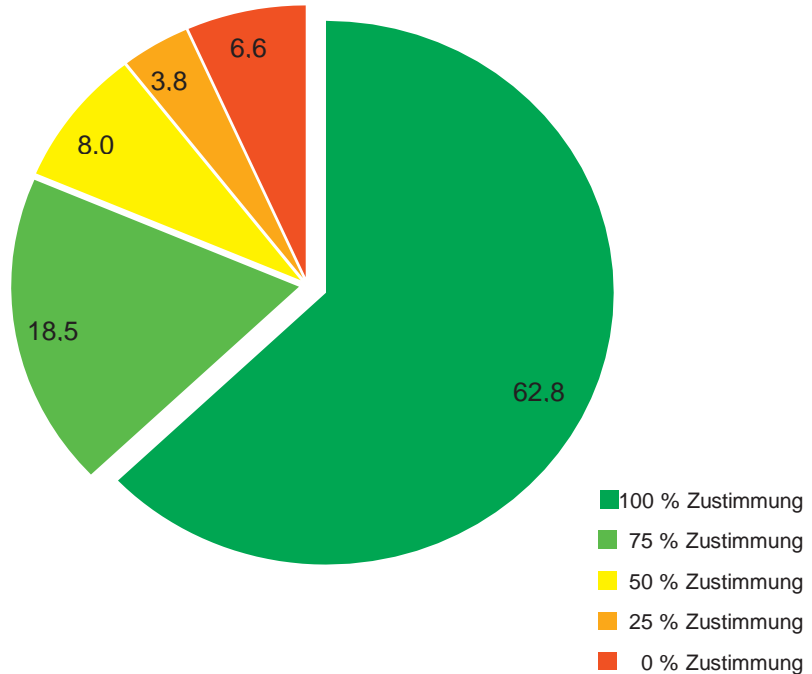
M&I 13: Rund die Hälfte der Befragten bewertete die Durchdringung des Risikomanagements mit 100 %. „Probleme werden täglich in der Frühbesprechung thematisiert und im Protokoll bzw. Maßnahmenplan aufgenommen“, war eine Bemerkung zu dieser Bewertung. Zwei von 15 QMB vergaben hier 75 %. Als Bemerkung gaben sie den Aufbau bzw. die Entwicklung der Sicherheitskultur an. In einer anderen Klinik seien die Instrumente des Risikomanagements zwar bekannt, würden jedoch „mutmaßlich nicht stringent genutzt“. 20 % der QMB urteilten mit 50 % und einer Bemerkung, in der

Risikoaudits zentral durchgeführt würden. Ein QMB bewertete diesen Punkt mit 25 %, da die Klinik noch nicht an CIRS teilnimmt. Ein weiterer QMB urteilte mit 0 %, da keine Risikoaudits stattfinden.

M&I 14: Im Bereich des Fehlermanagements und der Fehlermeldesysteme bewertete rund die Hälfte der Befragten die Umsetzung mit 100 %. Ein QMB bemerkte, dass durch die flache Hierarchie in „seiner“ Klinik eine direkte Kommunikation stattfindet. 20 % der QMB urteilten mit 75 %. Als Bemerkung gaben sie an, dass der Bekanntheitsgrad des Fehlermanagements noch nicht gut ist. Eine weitere Bemerkung bezog sich auf die mutmaßlich zu geringe Nutzung der Fehlerinstrumente. Weitere 20 % bewerteten diesen Punkt mit 25 %. Eine Bemerkung dazu war, dass den Mitarbeitern die Funktion der Startseite des Fehlermeldesystems noch nicht bekannt ist. In einer weiteren Klinik wird CIRS nach anfänglichen Meldungen nicht mehr genutzt. Zwei von 15 QMB bewerteten diesen Punkt mit 0 %. Einerseits befindet sich CIRS in der Implementierungsphase, andererseits ist es z. Zt. nicht etabliert und befindet sich noch in der Planung.

Zusammengefasst lässt sich die aus den Interviews abgeleitete Durchdringung des § 4 Absatz (1) der Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/ QM-RL) vom 17.12.2015, wie folgt darstellen:

Abbildung 2: Durchdringung der G-BA-Richtlinie in 15 Kliniken des Universitätsklinikums. Angaben in %.



Quelle: Eigene Darstellung.

5.4 Bearbeitung der Leitthesen H1 – H5

H1: Qualitätsziele sind für eine Klinik notwendig.

Die Formulierung von Qualitätszielen sowie deren Definition kann aus unterschiedlichen Blickwinkeln betrachtet werden. Einerseits wird deren Erstellung von allen QM-Modellen, Normen und Richtlinien gefordert. Andererseits können sie Symbolkraft und Orientierung für eine Klinik sein. Qualitätsziele, die von einer Klinikleitung oder einem Vorstand vorgegeben werden und einen ausschließlich monetären Hintergrund haben, werden in der Regel von den Beschäftigten als demotivierend empfunden und innerlich abgelehnt. Zur Umsetzung von beispielsweise klinikinternen Projekten, Erstellung von Prozessbeschreibungen, Erhebung/Vergleich von Kennzahlen sowie zur Verbesserung der Patientensicherheit/Mitarbeiterzufriedenheit und der Verringerung von Reibungsverlusten im Schnittstellenmanagement sind sie besonders geeignet.

Jährlich neu erstellt und bewertet sind sie ein notwendiges Instrument der Klinikentwicklung und erfahren, von der Klinikleitung entsprechend formuliert und unterstützt, sowie vom QM kommuniziert, im Laufe der Jahre eine hohe Akzeptanz in allen Klinikbereichen und Berufsgruppen. Das Messen und Bewerten von Qualitätszielen befindet sich sowohl in der in dieser Arbeit zu untersuchenden G-BA-Richtlinie auf Position 1 des § 4 Methoden und Instrumente sowie ebenso auf dem daraus entstandenen Interviewbogen (s. Anhang 2, Tabelle 4).

H2: Patienten priorisieren ihre Erwartungen an eine Klinik.

Während sich vergangene Patienten-Generationen bei planbaren Krankenhausaufenthalten meist der nächstgelegenen Klinik anvertrauten, versteht sich der heutige Patient, aufgeklärt und gut informiert durch die moderne Medienlandschaft, als Kunde, der für die Umsetzung seiner medizinischen Bedürfnisse und Therapien die Klinik aussucht, die über eine entsprechende Reputation verfügt. Ermöglicht es der Versichertenstatus und/ oder die finanziellen Möglichkeiten, werden auch Kliniken im entfernteren Inland oder Ausland ausgewählt. Die Erwartungen an eine Klinik unterscheiden sich im Wesentlichen durch die Schwere der Erkrankung. Ist der Anlass für den Klinikaufenthalt eher routinemäßiger Natur und ohne einen lebensbedrohlichen oder die Lebensqualität einschränkenden Hintergrund, erwartet der Patient einen gut organisierten Aufenthalt mit routinierten Therapie-Abläufen und zufriedenstellenden Hotelleistungen. Diese Erwartungen erweitern sich jedoch enorm, wenn die Erkrankung eine lebensbedrohliche Krise darstellt. Nun steht neben der medizinischen Spitzenqualifikation der menschliche Faktor verstärkt im Vordergrund. Verursacht durch seine Schmerzen, hat dieser Patient zunächst Angst. Diese geht auch mit der Sorge um den möglicherweise irreversiblen Zustand seiner Gesundheit einher, verbunden mit der Furcht um den Verlust seiner physischen Eigenständigkeit, Arbeitsfähigkeit, Partnerschaft und Sozialkontakten.

Hier sind dem Patienten das Vertrauen in die medizinischen Fähigkeiten seiner ihn behandelnden Ärzte und Pflegenden besonders wichtig. Das persönliche Gespräch, die Empathie und die dafür notwendige Zeit im Klinikalltag haben einen sehr hohen Stellenwert. Die DRG-Fallpauschalen-Modalitäten lassen allerdings den Behandelnden dafür wenig Raum, sodass diese wichtige Vertrauensarbeit nur unter enormen Zeit- und Kostendruck ansatzweise erbracht werden kann. Der vorhandene Personalmangel, besonders im Bereich der Pflege, verschärft diesen Konflikt um ein Vielfaches.

H3: Beinahe-Fehler-Meldesysteme tragen zur Sicherheit im Klinikalltag bei.

Beinahe-Fehler-Meldesysteme, wie im Kapitel 4.4 CIRS beschrieben, sind als ein Instrument der Fehlervermeidung besonders geeignet, um Schwach- und Gefahrenstellen in der klinischen Aufbau- und Ablauforganisation zu verdeutlichen. Eine von der Klinikleitung geschaffene Kommunikationskultur ermöglicht es, dass Mitarbeitende aufgetretene und vermiedene Fehler sanktionsfrei melden, um aus diesen zu lernen. Das Ziel ist dabei die Patienten- und Mitarbeitersicherheit zu verbessern und Mitarbeitende aller Berufsgruppen zu sensibilisieren und zu ermutigen, ihnen auffallende Fehlerquellen zu melden. Somit leisten Beinahe-Fehler-Meldesysteme einen wichtigen Beitrag zur Sicherheit im Klinikalltag. Berücksichtigt werden Fehlermeldesysteme in der in dieser Arbeit betrachteten G-BA-Richtlinie unter den Punkten 13 und 14.

H4: Intradisziplinär erstellte Behandlungsprozesse sind für die Darstellung von Behandlungsabläufen und deren Kommunikation hilfreich.

Unter Position 4 werden in der besagten Richtlinie Prozess- und Ablaufbeschreibungen erwähnt. Wie bereits in Kapitel 4.2 dieser Arbeit beschrieben, werden die Prozess- oder Pfadbeschreibungen interdisziplinär erstellt. Während der Aufbauphase eines QMS stellt sich die Frage, welche Prozesse zunächst beschrieben werden sollen. Die Entscheidung obliegt der jeweiligen Klinik selbst. Die Top 3 DRG-Fallpauschalen der Klinik können beispielsweise als erste Orientierung dienen.

Fortführend bieten sich alle weiteren klinikinternen Abläufe und Schnittstellen zu anderen Kliniken an. Erfahrungsgemäß ist die visuelle Darstellung für die Ersteller in der Phase der Erarbeitung diskussionsfördernd und wissenserweiternd. Darüber hinaus ermöglicht diese Darstellung im elektronischen QM-Handbuch eine Verlinkung zu entsprechenden Verfahrensanweisungen oder Standard Operation Procedures. Versehen mit den Prozesszielen sowie einem zusätzlichen Schwachstellen- bzw. Chancen- und Risikenplan wird dem Betrachter die Nachvollziehbarkeit richtlinienkonformer oder selbst definierter Abläufe erleichtert.

H5: Durch seine Positionierung und Zusammensetzung erstellt und reglementiert der G-BA die Vorgaben und Bedingungen für alle Akteure im Gesundheitswesen.

In Kapitel 3 ist aufgeführt, auf welcher Rechtsgrundlage und in welcher Vorgehensweise der G-BA agiert, wem er unterstellt und wie er zusammengesetzt ist. Aus seiner Historie entstanden, werden alle ärztlichen Fachbereiche

berücksichtigt, ebenso die Psychologie, Pflegeberufe und therapeutische bzw. unterstützende Berufsgruppen wie u. a. die Physio- und Ergotherapie sowie die Logopädie. Fachgremien der jeweiligen Berufsgruppen erstellen die entsprechenden und verbindlichen Richtlinien, welche durch Erkenntnisse aus Forschung und Entwicklung aktualisiert und angepasst werden. Wo nötig, werden neue Richtlinien erarbeitet, um die Versorgungsqualität der GKV-versicherten Patienten weiterhin zu garantieren.

Für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind die Richtlinien mehr als eine Orientierung oder Empfehlung. Sie stellen in Verbindung mit den Paragraphen des SGB V und den jeweiligen Berufsgesetzen die Rechtsgrundlagen zur Ausübung ihrer Tätigkeiten dar. Direkt dem BMG unterstellt und diesem berichtend, ist der G-BA somit für alle Akteure im Gesundheitswesen gleichermaßen bedeutend, richtungsweisend und verbindlich.

5.5 Diskussion vor dem Hintergrund der Ergebnisse

Die auffälligsten Bewertungen und die teilweise abgegebenen, dazugehörigen Bemerkungen werden an dieser Stelle Punkt für Punkt (M&I 1-14) in Verbindung mit den Leitthesen H1-H5 konfrontiert und im Kontext des Klinikalltags diskutiert.

Bei M&I 1 wurde schnell deutlich, dass alle Kliniken ihre Qualitätsziele definieren, messen und bewerten. Wie auch in der Leitthese H1 beschrieben, sind sie motivationsfördernd, wenn die Mitarbeitenden das Zustandekommen der Ziele nachvollziehen oder sogar an deren Entstehung mitarbeiten konnten. Idealerweise können sie auch von ihnen profitieren.

Ein QMB gab allerdings an, dass er mit der Umsetzung der Ziele von seinen Vorgesetzten keine Unterstützung erfährt, was nicht im Sinne eines Qualitätsziels ist. Die Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung in M&I 2 ist zwar für zwei Drittel der Kliniken im vollen Umfang eine Selbstverständlichkeit, dennoch wurde hier teilweise bemängelt, dass die dafür notwendige Kommunikation ausbleibt. Auch hier gibt es Grund zur Annahme, dass in manchen Kliniken die/der QMB bzw. die „Dezentrale Managementbewertung“ (s. Anhang 5, Tabelle 6, S. 68) im Vordergrund steht. In diesem Zusammenhang wird auch auf eine mangelhafte Umsetzung aufgrund des Personalmangels hingewiesen.

Im Punkt M&I 3 waren sich alle Befragten sofort einig. Alle 15 QMB bewerteten diesen Punkt mit 100%. Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sind in allen Kliniken klar geregelt. Die Einigkeit ist umso bemerkenswerter, wenn man

bedenkt, dass manche Patienten einen anderen Eindruck gewinnen, was auch in der Leitthese H2 zum Ausdruck gebracht wird. Nicht immer weiß der Patient sicher, welcher Arzt für ihn zuständig ist.

Durch den hohen Durchlauf der Patientenzahlen und den universitären Ausbildungsbetrieb sowie die Einsatzrotation auf den Stationen ist auch manchen Assistenzärzten nicht immer klar, für welche Patienten sie zuständig sind. Leider kommt es nicht selten vor, dass Patienten dadurch nicht oder nur unvollständig aufgeklärt oder in Tumorboards nicht (adäquat) vorgestellt werden. In manchen Fällen sind die Folgen tragisch.

Der Punkt M&I 4 beschreibt eine der Kernkompetenzen der QMB. Bei der Erstellung einer Prozessbeschreibung wird ein bereits bekannter oder neuer Prozess i.d.R. von den Prozessbeteiligten besprochen und vom QMB visualisiert. Häufig dauert es nur wenige Minuten, bis alle an der Erstellung beteiligten Personen engagiert diskutieren und sich die eingangs angenommene Einigkeit als Unklarheit darstellt. Gerade bei einer Prozessbeschreibung wird deutlich, dass Verantwortlichkeiten nicht immer klar geregelt sind.

Im Punkt Prozessbeschreibung wird auch die Subjektivität der Kennzahlenerhebung deutlich. Wenn ein QMB hier eine Bewertung bezüglich der Anzahl „aller“ Prozessbeschreibungen abgibt, muss klar sein, dass es keine Definition darüber gibt, wieviel „alle“ sind. Eine Klinik kann nahezu alle Tätigkeiten zu einem Prozess erklären und diese darstellen. Andere orientieren sich nur an den DRG der Klinik, welche mithilfe des Medizincontrollings einfach aufgelistet werden können. Auch in der Bearbeitung der Leitthese H4 wird dieser Hintergrund deutlich, wenn eine Klinik selber entscheidet, in welchem Umfang sie Prozesse nachvollziehbar darstellt. Klinikbedingt gibt es in einem Krankenhaus eine Vielzahl von Schnittstellen. Unter M&I 5 wird deutlich, dass das reibungslose Funktionieren von Schnittstellen, also die Kommunikation, erheblich von den beteiligten Personen abhängt. Einerseits entstehen Spannungen und Missverständnisse durch eine mangelhafte Einarbeitung neuer Mitarbeiter, Befindlichkeiten oder auch wieder durch unklare Zuständigkeiten. Der hohe Krankenstand und tlw. auch Sprachbarrieren können zu Ablaufproblemen führen, da Ärzte verstärkt im Ausland angeworben werden und nicht immer im notwendigen Ausmaß der deutschen Sprache mächtig sind. Durch entsprechende Qualitätsziele können diese Reibungsverluste (siehe Leitthese H1) ebenfalls verringert werden.

Das Ergebnis der Bewertungen in M&I 6 lässt zunächst einen umfassenden Einsatz von Checklisten vermuten. Checklisten sind in nahezu allen Bereichen der Kliniken vielfach zu finden. Da, wo sie zwar vorhanden aber nicht eingesetzt werden, stellt sich die Frage nach dem Warum. Besonders im OP-Einsatz ist deren Verwendung von ganz besonderer Bedeutung. Sollten hier Inhalte veraltet sein, müssen die Checklisten aktualisiert werden. Eine Nicht-Benutzung aufgrund von inhaltlicher Ablehnung oder Zeitmangel ist nicht zu akzeptieren und muss umgehend im Sinne der Patienten- und Mitarbeitersicherheit abgestellt werden. Die Aussage, dass Checklisten wegen klar definierter SOP nicht notwendig seien, lässt vermuten, dass der Sinn dieser Dokumente von den QM-Verantwortlichen in der Klinik nicht richtig umgesetzt wird. Tatsächlich ist es so, dass eine Checkliste eine SOP nicht ersetzen soll, sondern vielmehr ein Teil einer SOP sein kann.

Die Wichtigkeit von Teambesprechungen wird in M&I 7 deutlich. Fast alle Befragten bewerteten diesen Punkt klar mit 100%. Trotz und gerade wegen des hohen Krankenstandes und der daraus hervorgehenden anhaltend hohen Arbeitsbelastung ist es von entscheidender Bedeutung, dass sich die Mitarbeitenden im Team engmaschig besprechen. Neben der Patientenübergabe zwischen den Schichten sind organisatorische Themen und Abläufe, die Planung von internen Schulungen sowie der interdisziplinäre Austausch ein Garant für das Funktionieren von Stationen und Bereichen. Die Teilnahme an Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen, wie in M&I 8 aufgeführt, wird vom Gesetzgeber gefordert. Fast alle QMB bewerteten die Umsetzung der Forderung mit 100%. Hier muss zwischen Pflichtschulungen und Fortbildungen, die beispielsweise zu einem Zertifikat oder gar Abschluss führen, unterschieden werden. Pflichtschulungen sind von allen Mitarbeitenden der Klinik, egal welcher Berufsgruppe sie angehören, zu absolvieren. Dazu gehören eine Brandschutz- und Datenschutz-Unterweisung sowie eine Hygieneschulung, die jährlich wiederholt werden müssen (Datenschutz alle drei Jahre).

Je nach Berufsgruppe und Arbeitsbereich kommen noch die Cardio-Pulmonare-Reanimation (CPR), Transfusionsschulung, Zytostatika- sowie Strahlenschutz-Schulung hinzu. Oftmals werden diese Schulungen nicht von allen Mitarbeitenden absolviert. Die Gründe hierfür liegen zum Teil auch wieder in der hohen Arbeitsbelastung. Die Teilnahme an einer Schulung bedeutet zwangsläufig, dass in dieser Zeit eine Arbeitskraft für die Patientenbehandlung nicht zur Verfügung steht. Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die Schulungen innerhalb eines Jahres absolviert werden dürfen, ist die Argumentation „Zeitmangel“ kritisch zu betrachten. Vielmehr erscheinen die Schulungen vielen Mitarbeitenden als

überflüssige Zeitverschwendung, was sie zweifelsohne nicht sind, wenn auch manche Schulung ob ihres Inhalts kritikwürdig ist. Letztendlich liegt es in der Verantwortung der Klinikleitung, eine möglichst hohe Schulungsquote (>80 %) herbeizuführen.

Die Leitthese H2 bildet sich besonders in Punkt M&I 9 ab. Bei der Bewertung der Patientenbefragungen urteilten zwei Drittel der QMB mit 100%. Vorwiegend ist hier die im zweijährigen Rhythmus stattfindende Befragung des Picker®-Instituts gemeint. Ein Teil dieser sehr umfangreichen Befragung beschäftigt sich mit dem Aufnahme- und Entlassungsmanagement der Klinik, auch Fragen zum Essen und natürlich mit der Zufriedenheit mit dem Klinikpersonal stehen dabei im Fokus. Besonders positiv ist festzustellen, dass sich eine Klinik bemüht, einen eigenen Fragebogen zu erarbeiten, da sie zu wenige Patienten hat, um an der Picker®-Befragung teilnehmen zu dürfen.

Die Bewertung des Punktes M&I 10 fällt besonders auf. Kein QMB urteilte hier mit 100%. Zwei Drittel bewerteten die Umsetzung in ihrer Klinik mit 0%. Aufgrund der vielen Bemerkungen wird eindrucksvoll deutlich, dass der Personalrat die Mitarbeiterbefragungen ablehnt und diese blockiert. Einen Grund dafür konnten die Befragten nicht angeben. Auch gibt es keinen Hinweis darüber, ob hier der wissenschaftliche oder der nicht-wissenschaftliche Personalrat bzw. beide gemeint sind. Ebenfalls eine große Einigkeit, diesmal im positiven Sinn, weist der Punkt M&I 11 auf. 14 von 15 Befragte urteilten mit 100% in Bezug auf das Beschwerdemanagement. In der hier betrachteten Universitätsklinik haben Patienten viele Möglichkeiten, ihre Beschwerden zu kommunizieren. Gleich welchen Weg sie wählen, werden die Beschwerden zum Beschwerdemanagement geleitet, welches wiederum das Anliegen an die Verantwortlichen der jeweiligen Klinik und die/den jeweiligen QMB sendet. Hier wird die Beschwerde bearbeitet und an das Beschwerdemanagement oder direkt an den Beschwerdeführer zurückgespiegelt.

Eine gute und sichere Neuerung gibt es im Bereich der Patienteninformation und besonders der Patientenaufklärung, welche in der Bewertung des Punktes M&I 12 von nur einem QMB erwähnt wird. Die papiergestützte Patientenaufklärung gehört in ihrer alten Form in der Uni-Klinik bald der Vergangenheit an. Die Aufklärungsbögen stehen digital und für alle medizinischen Bereiche, auch juristisch aktuell, zur Verfügung. Am PC bearbeitet, werden sie dann mit einer Kopie für den Patienten, gemäß der Aufklärungspflichten des Patientenrechtgesetzes § 630e (Bundesgesetzblatt, 2013) ausgedruckt und unterschrieben.

Der Punkt M&I 13 Risikomanagement wird von ca. der Hälfte der Befragten mit 100 % bewertet, was zum Ausdruck bringen soll, dass sich die Kliniken mit den risikobehafteten Problemen in den täglichen Besprechungen auseinandersetzen, diese protokollieren und daraus Maßnahmen ableiten. Besorgniserregend erscheint dagegen die Bemerkung, dass sich die Sicherheitskultur einer Klinik erst im Aufbau befindet. Auch die Bemerkung aus einer anderen Klinik, bekannte Instrumente des Risikomanagements würden nicht genutzt, wirft Fragen auf. Unabhängig von immer umfangreicheren klinischen QM-Anforderungen in den letzten Jahren und den Bemühungen, diese umzusetzen, sollte im Interesse der Patienten- und Mitarbeitersicherheit der Risikogedanke in der Behandlung Kranker immer eine übergeordnete Rolle gespielt haben. Dies ist sicher keine Erkenntnis im Zeitalter von Audits und Zertifizierungen und darf auch unter verschärften Herausforderungen, wie z. B. dem Personalmangel, niemals außer Acht gelassen werden.

Bemerkenswert ist in Punkt M&I 14, dass das Vorhandensein eines Fehlermanagements und besonders die Nutzung von Fehlermeldesystemen sehr unterschiedlich bewertet werden. Beurteilten ca. die Hälfte der QMB die Anforderung mit 100 %, waren 20 % der Befragten der Ansicht, dass Bewusstsein und Bekanntheitsgrad des Fehlermanagements nicht ausreichend bekannt sind. Wie auch in der Leitthese H3 beschrieben, tragen Fehlermeldesysteme wie CIRS erheblich zur Sicherheit im Klinikalltag bei, unter der Voraussetzung, dass der Vorgang einer Fehlermeldung allen Mitarbeitenden bekannt ist und einfach sowie angstfrei durchgeführt werden kann. In der Folge muss zeitnah eine Rückmeldung erfolgen, aus welcher ggfs. Maßnahmen abgeleitet werden. Bleibt diese Rückmeldung aus oder sind die abgeleiteten Maßnahmen wirkungslos, sind die Meldenden weiterhin nicht motiviert, CIRS als Instrument zu nutzen.

Aussagen von leitenden Ärzten oder Pflegenden, über Fehler im Team zu sprechen und diese zu diskutieren, sind in diesem Zusammenhang zwar lobenswert, gehen aber am Ziel von CIRS vorbei, da diese (Beinahe-) Fehler i.d.R. nicht klinikweit kommuniziert werden. In manchen Kliniken ist die Kommunikationskultur noch nicht soweit fortgeschritten, dass dieses Instrument angewendet werden kann. Zu groß ist die Sorge der Mitarbeitenden, dass eine Fehlermeldung für sie selbst negative Folgen haben könnte. An dieser Stelle ist das QM der Klinik gefordert, durch Aufklärung und der Vorstellung von Klinik-Beispielen dazu beizutragen, die möglicherweise ablehnende Haltung gegenüber CIRS aufzulösen. Das ein Fehlermeldesystem sehr gut ange-

nommen und funktionieren kann beweisen Krankenhäuser, die jährlich die besten CIRS-Meldungen ausloben und prämiieren. Diese Meldungen sind nicht anonym und werden von allen Berufsgruppen gleichermaßen abgesetzt.

In Kapitel 3 wurden der G-BA und seine Arbeit beschrieben sowie die Aussage der Leitthese H5 ausgearbeitet und bestätigt. In Gesprächen mit Ärzten und Pflegenden während der Erstellung dieser Arbeit und im Klinikalltag wird die Vorgehensweise und das wiederholende Auditwesen mitunter als sehr lästig und nicht anwendbar bezeichnet. Dabei wird häufig der Vorwurf erhoben, dass eine industrielle Norm wie die DIN EN ISO nicht im Gesundheitswesen anwendbar sei. Auch sind viele Mitarbeitende der Meinung, dass die Forderungen und Inhalte der QM-Normen von fachfremden Personen aufgestellt werden. Das dem nicht so ist, wurde im Kapitel 2.2 Modelle des QM beschrieben. Hierbei scheint manche ablehnende Haltung aus der Unwissenheit zu resultieren, dass die fachlichen Inhalte der umzusetzenden Kapitel eines QM-Modells von Gremien verschiedener wissenschaftlicher Fachgesellschaften entworfen wurden. Die QM-Vorgaben sind sozusagen das Gerüst, welches die Themenbereiche abbildet. Deren Inhalte wurden und werden von Ärzten, Psychologen, Pflegewissenschaftlern und weiteren Vertretern wissenschaftlicher Fachgebiete erstellt und in den Richtlinien des G-BA zusammengefügt. Somit greifen die Inhalte des G-BA mit den Forderungen von QM-Modellen zielführend ineinander. Abbildung 4 verdeutlicht die Durchdringung der untersuchten G-BA-Richtlinie. Die QMB bewerteten 62,86 % der Forderungen mit 100 %. 18,57 % der Forderungen wurden mit einer Zustimmung von 75 % bewertet. Beide Ergebnisse kumuliert bedeuten, dass 81,43 % der Forderungen an das QMS >75 % bewertet wurden, was auch der Schätzung von Farin et al. bei stationären Pflegeeinrichtungen entspricht (s. S. 13).

Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass nur zwei Kliniken seit mehreren Jahren über ein QMS verfügen, sieben Kliniken dieses seit drei Jahren implementiert haben und fünf Kliniken zum Zeitpunkt des Interviews vor ihrer Erstzertifizierung standen, ist dieses Ergebnis nach der SMART-Regel sehr beachtlich und auf das hohe Engagement, Effektivität und Effizienz aller Beteiligten zurückzuführen.

Eine Zustimmung von 50 % geben lediglich 8 % der Befragten an. Dieses Ergebnis ist tlw. der aktuellen Situation der neu beteiligten Kliniken geschuldet. Weitere Schwerpunkte sind Defizite im Schnittstellenmanagement, der Patienteninformation und –aufklärung sowie im Risikomanagement. Unter Beibehaltung des bisherigen Engagements ist von einer weiteren Verbesserung auszugehen. Auffällig ist, dass der Anteil mit einer 0 %igen Zustimmung mit 6,67 % beinahe doppelt so groß ist, wie die Zustimmung mit 25 % (3,81 %). Die Gründe hierfür liegen überwiegend in der Bewertung des Punktes M&I 10 Mitarbeiterbefragungen. Zwei Drittel der Befragten urteilten mit 0 %, da der Personalrat des Universitätsklinikums Mitarbeiterbefragungen untersagt.

6 Schlussbetrachtung

Nach Vorstellung des Themas, dessen Relevanz und Darstellung der Hintergründe im Klinikalltag mit unterschiedlichen Betrachtungs- und Vorgehensweisen, Beispielen und internationalen Vergleichen, erfolgte im praktischen Teil eine Erhebung zur Umsetzung der genannten G-BA-Richtlinie. Die gewonnenen Erkenntnisse aus Diskussion und Experteninterviews werden in der Zusammenfassung und Fazit dargestellt. Abschließend erfolgt daraus eine Handlungsempfehlung.

6.1 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird die Bedeutung des Qualitätsmanagements für ein Krankenhaus am Beispiel einer Universitätsklinik dargestellt. Nach der Vorstellung der Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen wurde im praktischen Teil, auf Grundlage der genannten G-BA-Richtlinie, mithilfe eines Experteninterviews die Durchdringung des QM ermittelt. In Kapitel 2 wurden die Ausgangssituation in der beschriebenen Universitätsklinik und die gängigsten QM-Modelle exemplarisch dargestellt. Kapitel 3 beschäftigte sich mit dem G-BA als regulierender Institution auf Bundesebene und seinen verbindlichen Vorgaben in Form von Richtlinien für alle Akteure im Gesundheitswesen. Ebenso wurden die mit dem G-BA kooperierenden Institute und deren Arbeitsweise vorgestellt.

Die Instrumente, die im QM am Häufigsten eingesetzt werden und somit die Kernkompetenz der QMB darstellen, wurden in Kapitel 4 abgebildet. Hier wurde deutlich, dass die QM-Aufgaben keinesfalls von einer Person erbracht werden können, sondern immer nur von interdisziplinären Teams umzusetzen sind.

Sinn und Zweck dieser Arbeit war die Überprüfung der Durchdringung der QM-Grundlagen, wie sie in der benannten G-BA-Richtlinie aufgeführt sind. Die Überprüfung wurde mittels eines Interviewbogens durchgeführt, was in Kapitel 5 dargestellt wurde. Interviewt wurden die Qualitätsmanagement-beauftragten der Kliniken, die bislang an der Gesamtzertifizierung des Universitätsklinikums teilnehmen. Die Anzahl der teilnehmenden Kliniken wird in den nächsten Jahren sukzessiv zunehmen. Die Ergebnisse der 15 Interviews erlauben einen Eindruck der Durchdringung der für alle Berufsgruppen verbindlichen QM-Grundlagen.

6.2 Fazit

Die Auswertungen der Interviews bestätigten, dass die Kliniken in ihrem QMS unterschiedlich weit entwickelt sind. Zwei Klinikdirektoren haben aus eigenem Interesse bereits vor Jahren ein QMS implementiert. Der überwiegende Teil der anderen Kliniken hat erst durch den Vorstandsbeschluss vor drei Jahren damit beginnen müssen, ein QMS einzurichten. Hier liegen die Unterschiede nicht nur in der quantitativen Umsetzung, sondern auch in der Sekundärmotivation der jeweiligen Klinikleitungen, was sich qualitativ widerspiegelt.

Teilweise sind die anfänglichen QM-Bemühungen monetärer Natur, da verschiedene Fachgesellschaften ein QMS vorschreiben, um ihrerseits die beantragende Klinik z. B. als Schwerpunktzentrum deklarieren zu können, womit eine entsprechende Reputation und lukrative Patientennachfrage einhergeht. Hier darf infrage gestellt werden, ob die QM-Bemühungen ohne diese Vorgaben vergleichbar intensiv gewesen wären. Die erhöhte QM-Priorisierung durch den Vorstand, die personelle Aufstockung der zentralen Stabsstelle QM und der engagierte Einsatz der ebenfalls aufgestockten dezentralen QMB in den beteiligten Kliniken haben dazu geführt, dass sich das QMS des Universitätsklinikums in den vergangenen drei Jahren deutlich weiterentwickelt hat. Die anfängliche Unsicherheit bei der Erstellung des Interviewbogens bezüglich Plausibilität und Verständlichkeit bei der Bewertung wich während der ersten Interviews der Gewissheit, ein nachvollziehbares und zielführendes Instrument erarbeitet zu haben. Nach einer kurzen einleitenden Erklärung, bereitete die Beurteilung der M&I 1-14 keinerlei Schwierigkeiten. Im Anschluss an die konzentriert durchgeführten Beurteilungen entwickelte sich jeweils ein engagiertes kollegiales Gespräch. Hier bestätigte sich, dass die QMB der Kliniken im Wesentlichen mit den gleichen klinischen und interdisziplinären Problemen konfrontiert werden. Auch die Wahl der G-BA-Richtlinie erwies sich als richtig, da alle Klinik-QMB die einzelnen Punkte in vergleichbarer Art und Weise beurteilen konnten.

Die 25 %-Skalierung der Bewertungen erscheint auch im Nachgang als praktikabel. Vor dem Hintergrund der nicht zu vermeidenden Subjektivität des QMS, erlaubt diese Einteilung den benötigten Spielraum in der Beurteilung. Sie ist in dieser Form zudem gut darstellbar, was für eine wichtige Akzeptanz bei den Mitarbeitenden sorgt und zudem eine ressourcenschonende Reproduzierbarkeit ermöglicht.

6.3 Handlungsempfehlung

Das QM ist im Vergleich zur medizinischen Wissenschaft noch sehr jung. Seine Bedeutung im Klinikalltag wird zukünftig vor dem Hintergrund der Patienten- und Mitarbeitersicherheit, der Verknappung von Ressourcen, einer zunehmenden Wettbewerbssituation sowie politischen Forderungen weiter zunehmen.

Die Chancen und Möglichkeiten, die das QM bietet, sind noch nicht allen verantwortlichen Stellen in Krankenhäusern bewusst. Oftmals wird es als eine weitere Pflicht verstanden, die umgesetzt werden muss. Häufig überwiegen die Vorurteile oder Erfahrungswerte mit QM-befähigten Personengruppen, die in der Vergangenheit vielleicht nicht immer mit der notwendigen Sensibilität an die Klinikleitungen herangetreten sind. Durch die guten Erfahrungen, welche die Kliniken unter- und miteinander machen, nimmt die Primärmotivation, ein QMS „zu leben“ und nicht nur vorweisen zu können, mittlerweile immer weiter zu.

Die Durchdringung der betrachteten G-BA-Richtlinie ist in den bisher zertifizierten Kliniken mit >75 % als positiv zu bezeichnen. Der Ressourcen-einsatz des Universitätsklinikums hat sich in den zurückliegenden drei Jahren in besonderer Weise ausgezeichnet. Das Bewusstsein für die Anforderungen an ein QMS ist heute in allen beteiligten Kliniken ausgeprägt. Auch Kliniken des Universitätsklinikums, die bislang noch nicht am QMS teilnehmen (müssen), werden bereits durch Schnittstellen involviert. Viele dieser Kliniken möchten, durch die guten Erfahrungen der Fachkollegen motiviert, ebenfalls ein QMS aufbauen, bekommen aber vom Vorstand keine weiteren Stellen bewilligt.

Hier sind die Unternehmensziele konträr. Einerseits soll und muss ein QMS für das gesamte Universitätsklinikum bis September 2017 aufgebaut werden, andererseits werden die dafür benötigten Personalressourcen nicht bewilligt. Eine Möglichkeit wäre, dass die Klinikleitung einem bereits vorhandenen Mitarbeiter die QMB-Aufgaben überträgt. Dieser muss neben der entsprechenden Motivation auch über die notwendigen Qualifikationen verfügen bzw. diese zeitnah erwerben. Alternativ könnten die vorhandenen QMB der bereits teilnehmenden Kliniken eine weitere Klinik auf die Zertifizierung vorbereiten, was eine erhebliche Mehrbelastung darstellt und in der notwendigen Durchdringung und Sinnhaftigkeit weitere Fragen aufwirft, auf die es zur Zeit noch keine Antworten gibt.

Aufgrund der Bewertungen der Interviews lassen sich folgende Defizite definieren:

M&I 10 Mitarbeiterbefragungen: Das mit Abstand auffälligste Defizit zieht sich wie ein roter Faden durch alle Kliniken. Hier ist ein deutlicher Klärungsbedarf bezüglich der Gründe, zukünftigen Vorgehensweise sowie Einbindung des Personalrates vorhanden. Es sollten von Seiten des Vorstandes und der zentralen Stabsstelle die Gespräche mit dem Personalrat intensiviert werden. Die Gesamtzertifizierung ist das erklärte Ziel und nicht zuletzt auch eine Gesetzesvorgabe, die sich u. a. in der zitierten G-BA-Richtlinie ausdrückt. Daher muss es möglich sein, die Anforderungen der Norm, denen sich der Personalrat in der Vergangenheit nicht stellen musste, gemeinsam im Sinne der Mitarbeiterzufriedenheit umzusetzen.

M&I 14 Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme: Das verpflichtende Fehlermeldesystem CIRS wird noch nicht in allen zertifizierten Kliniken angewendet. Teilweise ist es noch nicht implementiert. In machen Kliniken ist zwar das Absetzen einer Meldung möglich, wird aber durch die Unwissenheit der Mitarbeitenden nicht genutzt. Hier ist von den QMB und der Klinikleitung die Möglichkeit einer CIRS-Teilnahme entsprechend intensiver zu kommunizieren. Ein weiteres Problem liegt in Kliniken vor, bei denen die Mitarbeitenden die Möglichkeit von CIRS kennen, es aber wegen ausbleibender Meldungsmaßnahmen in der Vergangenheit oder aus Furcht vor Sanktionen nicht nutzen. Auch hier müssen die QMB, idealerweise unterstützt vom zentralen QM und der Klinikleitung, aufklärend und motivierend auf die Mitarbeitenden zugehen.

M&I 13 Risikomanagement: Hier gab eine Klinik an, dass keine Risikoaudits durchgeführt werden. Dies galt zum Zeitpunkt der Befragung für diese Klinik sicherlich für die Vergangenheit. Zukünftig werden in allen Kliniken Risikoaudits durchgeführt. Zum Teil wurde damit ein externer Dienstleister beauftragt. Diese Aufgabe übernehmen nun die entsprechenden klinikeigenen Institutionen.

M&I 9 Patientenbefragungen: Aufgrund einer zu geringen Patientenzahl konnte eine Klinik nicht an der Picker®-Befragung teilnehmen. Sie reagierte darauf vorbildlich, indem sie einen eigenen Fragebogen entwickelte, da ihr die Meinungen ihrer Patienten wichtig sind. Dieser Fragebogen wird weiterhin genutzt, solange die Patientenzahl für die Teilnahme der Gesamtumfrage nicht ausreichend ist.

Ein Experteninterview der QMB zur Feststellung der Umsetzung einer grundlegenden G-BA-Richtlinie hat es in diesem Zusammenhang an der Universitätsklinik noch nicht gegeben. Daher gibt es keine historischen Daten, mit denen sich der Ist-Zustand 2016 vergleichen lässt. Die Auswertung spiegelt die Erfahrung der QMB wider, die in ihrer täglichen interdisziplinären Arbeit die Umsetzung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der Normvorgaben sicherstellen.

Nach Vorstellung der Ergebnisse dieser Arbeit ist zu empfehlen, eine Weiterführung dieser Umfrage in den Folgejahren mit der zentralen Stabsstelle QM und dem Vorstand zu diskutieren. Somit lassen sich auch mittels des Experteninterviews Entwicklungen in den Kliniken in der Zukunft vergleichen und abbilden. Das jährliche Experteninterview könnte die ebenfalls jährliche „Dezentrale Managementbewertung“ ergänzen und ist problemlos um die Kliniken zu erweitern, die sukzessive ihr QMS aufbauen und betreiben werden. Somit wäre es ein Best Practice-Beispiel, welches zu mehr Nachhaltigkeit bzw. Transparenz führt und somit die Forderungen des KVP erfüllt.

Literaturverzeichnis

Journals:

- Albrecht, M., Loos, S., & Otten, M. (2013). Sektorenübergreifende Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)*, 107, 528–533.
- Amon, U., Buhles, N., Hensen, P., & Hund, M. (2012). S1 Leitlinie Qualitätsmanagement in dermatologischen Kliniken und Hautarztpraxen. *AWMF Online*, 013/90, 1–28.
- Banduhn, C., & Schlüchtermann, J. (2013). Klinisches Risikomanagement in der Kosten- Nutzen-Betrachtung. *Gesundheitswesen*, 75, 281–287.
- Becker, E. M. (2013). Ein Erfahrungsbericht aus der HSK, Dr. Horst Schmidt Klinik. *Das Krankenhaus*, (9), 969-970.
- Bohnet-Joschko, S., Jandeck, L.-M., Zippel, C., Andersen, M., & Krummenauer, F. (2011). Strukturiertes Risikomanagement in Krankenhäusern – kommt es doch auf die Größe an? *Z Orthop Unfall*, 149, 301–307.
- Bramesfeld, A., & Willms, G. (2014). Gesetzliche Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung: Stand und Weiterentwicklung – Sektorenübergreifende Qualitätssicherung nach § 137a SGB V. *Public Health Forum*, 22(83), 14.e1-14.e3
- Brodermann, G. (2013). KTQ im Rettungsdienst. *Das Krankenhaus*, (8), 794–799.
- Conen, D., & Eberlein-Gonska, M. (2016). Wo stehen wir 2020, oder warum sind wir noch nicht besser geworden? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 110-111, 8–11.
- Costa, S.-D. (2014). Nicht zum Nutzen der Patienten. Qualitätsmanagement ist für die Medizin ähnlich nützlich wie die Ornithologie für die Vögel. *Deutsches Ärzteblatt*, 38, 1556–1557.
- Deg, R. (2011). G-BA setzt AQUA-Empfehlungen um. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(6), 486.

- Eichhorn, L., Murday, A.-K., Kohnen, B., Guttenthaler, V., Türler, A., Baumgarten, G., & Wittmann, M. (2015). Patientenzufriedenheit als Maßeinheit im Qualitätsmanagement – eine Vergleich zwischen einem Universitätsklinikum und einem Krankenhaus der Regelversorgung. *Gesundheitswesen*, 1–6.
- Farin, E., Hauer, J., Schmidt, E., Kottner, J., & Jäckel, W. H. (2012). Der aktuelle Stand des Qualitätsmanagements in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. *Gesundheitswesen*, 75(2013), 102–110.
- Friers, M., & Riehle, M. (2016). Dieser Weg wird kein leichter sein. Qualitätsmanagement als Impulsgeber für systematische Organisationsoptimierung. *KU Gesundheitsmanagement*, (3), 34–38.
- Geraedts, M. (2014). Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung. *Public Health Forum*, 83(22), 2.e1-2.e3.
- Gerst, T., & Flintrop, J. (2015). Qualitätsmanagement – integraler Bestandteil der täglichen Arbeit ? Die Pro- und Kontra-Verfechter zum Thema Qualitätsmanagement (QM) trafen sich in der Redaktion des Deutschen Ärzteblattes zu einem Gespräch. *Deutsches Ärzteblatt*, 8(112), A 316-318.
- Gunkel, C., Rohe, J., Heinrich, A. S., Hahnenkamp, C., & Thomeczek, C. (2013). CIRS – Gemeinsames Lernen durch Berichts- und Lernsysteme. *Äzq Schriftenreihe*, 42, 1–46.
- Heering, P., & Schmitz, M. (2014). Qualität und Menschlichkeit. *Medizinische Klinik Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, 4, 246.
- Hein, S., Lauterbach, K. W., Plamper, E., & Gerber, A. (2009). Wie wirkt sich die Einführung des Qualitätsmanagements auf die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbelastung aus? Exemplarische Untersuchung in einer Klinik. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)*, 103, 219–227.
- Hipp, R., Prengel, A., Nebl, T., & Heberer, M. (2010). Der Patient als Kunde – Chancen und Risiken einer neuen Positionierung für den Patienten im Krankenhaus. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 135, 251–255.
- Iseringhausen, O. (2014). Die Qualität der Qualität: Parallelwelten der Versorgungsqualität und des Qualitätsmanagements. *Public Health Forum*, 83(22), 12.e1–12.e4.

- Khan, C., & Ollenschläger, G. (2014). Wirksamkeit von Qualitätsprogrammen in der stationären Versorgung in Deutschland – eine Literaturanalyse. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108, 576–586.
- Klakow-Franck, R. (2014a). Perspektive: Rolle der Qualitätsmessung aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108, 456–464.
- Klakow-Franck, R. (2014b). Sektorenübergreifende Qualitätssicherung und die Rolle des G-BA. *Public Health Forum*, 22(83), 6.e1-6.e3.
- Korzilius, H. (2013). G-BA. Wer kontrolliert den kleinen Gesetzgeber. *Deutsches Ärzteblatt*, 6(110), A 211.
- Kriependorf, M., Haack, C., Berthold, L. D., Reifenrath, H., & Tecklenburg, A. (2014). Qualitätsmanagement und Zertifizierung einer Universitätskinderklinik nach DIN EN ISO 9001:2008. Positive Effekte aus Mitarbeitersicht. *Das Krankenhaus*, (2), 131–136.
- Leber, W.-D. (2011). Was erwartet der GKV-Spitzenverband von der sektorübergreifenden Qualitätssicherung? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 136, 568.
- Meißner, W. (2016). Qualität der Schmerztherapie in Deutschland. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie*, 51, 50-55.
- Muggenthaler, T. (2016). Marketing und Qualitätsmanagement. *Journal für Ästhetische Chirurgie*, 9, 38–39.
- Mühlbauer, V., & Teupen, S. (2013). Gemeinsamer Bundesausschuss und Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Aufgaben und Struktur unter Berücksichtigung der Patientenbeteiligung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 139, 147–151.
- Neugebauer, F., Schiller, M., Luger, T. A., & Hensen, P. (2012). Evaluation einrichtungs interner Effekte nach Durchführung eines Zertifizierungsverfahrens im Krankenhaus. *Gesundheitswesen*, 75, e108–e112.

- Reis, K. & Fortelka, K. (2013). Qualitätsreport 2012: Bundesweit hohes Qualitätsniveau in Krankenhäusern - Verbesserungspotenzial aber noch nicht ausgeschöpft. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 107(8), 569.
- Reis, K. & Köster, G. (2015). G-BA als Mitglied im Europäischen Netzwerk für Health Technology Assessment (EUnetHTA) benannt. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 109(9-10), 646.
- Schmidt, U., & Ex, P. (2014). Stärkung von Qualität im Gesundheitswesen – Erfahrungen aus der Praxis einer Gesundheitsministerin. Public Health Forum, 22(83), 36.e1-36.e3. Schwarzmann, G. (2014). Erfolgreiche KTQ-Zertifizierung des Universitätsklinikums Würzburg. Das Krankenhaus, (5), 416–419.
- Sertl, K. (2012). QM nicht geeignet für Medizin. Wiener Klinisches Magazin, (2), 5.
- Standke, H.-J., & Steuber, A. (2014). Vorreiter sein. Gütesiegel gibt Patienten Sicherheit und Orientierung. KU Gesundheitsmanagement, (12), 23-25.
- Tarmann, L., Linder, S., Brandner, M., Saliba, S., Wedrich, A., Foussek, C., Langmann, A. (2012). European Foundation for Quality Management (EFQM) an der Schielambulanz der Universitäts-Augenklinik Graz. Spektrum Der Augenheilkunde, 26, 165–171.
- Theisen, S., Drabik, A., Lungen, M., & Stock, S. (2011). Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern: "Einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung" im Vergleich zur "Qualitätsmessung aus Routinedaten". Ein direkter Vergleich am Beispiel "Dekubitus". Gesundheitswesen, 73, 803–809.
- Thielscher, C., & Schulte-Sutrum, B. (2016). Die Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland in den letzten Jahren aus Sicht von Vertretern der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen. Gesundheitswesen, 78, 8–13.
- Thombansen, E. (2014). Qualität als Selbstverständlichkeit? Management & Krankenhaus, (8), 6-7.

- Vagts, D., Martin, J., & Dahmen, K. (2008). Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Prozesse und Ergebnisse kontinuierlich verbessern. *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie*, 2, 156–160.
- Vogt, W. (2013). Von der Qualität des Managements – Laboratoriumsmedizin am Krankenhaus: Ergebnisse der Arbeitsgruppe Laboratoriumsmanagement der DGKL. *Laboratoriumsmedizin*, 37, 99–108.
- Willms, G., Bramesfeld, A., Pottkämper, K., Broge, B., & Szecsenyi, J. (2013). Aktuelle Herausforderungen der externen Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 107, 523–527.

Fachbücher:

- Atteslander, P. (2010). Methoden der empirischen Sozialforschung (13. Auflage), 133-135. Deutschland: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG Berlin.
- Behar, B. I., Guth, C., & Salfeld, R. (2016). *Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen* (3. Auflage), 127. Deutschland: Springer Verlag Berlin Heidelberg.
- Bornwasser, M., Kriegesmann, B. & Zülch, J. (Hrsg.) (2014). *Dienstleistungen im Gesundheitssektor. Produktivität, Arbeit und Management*, 90. Deutschland: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Brugger-Gebhardt, S. (2014). *Die DIN EN ISO 9001 verstehen. Die Norm sicher interpretieren und sinnvoll umsetzen*, 1-4. Deutschland: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Bundesgesetzblatt (2013). *Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten, § 630e Aufklärungspflichten, Teil I Nr. 9*, 278. Deutschland: Bundesanzeiger Verlag Bonn.
- Ertl-Wagner, B., Steinbrucker, S., & Wagner, B. C. (2013a). *Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, stationären Pflege* (2. Auflage), 30. Deutschland: Springer Verlag Berlin Heidelberg.

- Ertl-Wagner, B., Steinbrucker, S., & Wagner, B. C. (2013b). Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, stationären Pflege (2. Auflage), 149. Deutschland: Springer Verlag Berlin Heidelberg.
- Ertl-Wagner, B., Steinbrucker, S., & Wagner, B. C. (2013c). Qualitätsmanagement und Zertifizierung. Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen (2. Auflage), 166-168. Deutschland: Springer Verlag Berlin Heidelberg.
- Hensen, P. (2016). Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Grundlagen für Studium und Praxis, 118-132. Deutschland: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Neumayr, A., Schinnerl, A. & Baubin, J. (Hrsg.) (2013). Qualitätsmanagement im prähospitalen Notfallwesen. Bestandsaufnahme, Ziele und Herausforderungen, 59-61. Österreich: Springer Verlag Wien.
- Offermanns, G. (2011). Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem. Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung, 228. Deutschland: Springer Verlag Berlin Heidelberg.
- Penter, V., Arnold, C., Friedrich, S., & Eichhorst, S. T. (2014a). Zukunft deutsches Krankenhaus 2020. Thesen, Analysen, Potenziale (2. Auflage), 49. Deutschland: Mediengruppe Oberfranken-Fachverlage GmbH & Co. KG Kulmbach.
- Penter, V., Arnold, C., Friedrich, S., & Eichhorst, S. T. (2014b). Zukunft deutsches Krankenhaus 2020. Thesen, Analysen, Potenziale (2. Auflage), 209. Deutschland: Mediengruppe Oberfranken-Fachverlage GmbH & Co. KG Kulmbach.
- Rothlauf, J. (2014). Total Quality Management in Theorie und Praxis. Zum ganzheitlichen Unternehmensverständnis, 599-600. Deutschland: De Gruyter Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH München.
- Zimmermann, C. & Katzenmeier, C. (Hrsg.) (2012a). Der Gemeinsame Bundesausschuss. Normsetzung durch Richtlinien sowie Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der GKV, 8. Deutschland: Springer Verlag Berlin Heidelberg.

Zimmermann, C. & Katzenmeier, C. (Hrsg.) (2012b). Der Gemeinsame Bundesausschuss. Normsetzung durch Richtlinien sowie Integration neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den Leistungskatalog der GKV, 35. Deutschland: Springer Verlag Berlin Heidelberg.

Internetseiten:

AQUA / Einsatzbereiche (2016). <https://www.aquainstitut.de/de/leistungen/einsatzbereiche/index.html>, abgerufen am 18.8.2016.

AQUA / Netzwerke und Kooperationspartner (2016). <https://www.aqua-institut.de/de/ueber-aqua/partner/index.html>, abgerufen am 17.8.2016.

Borgers, D. (2008). Avedis Donabedian. <http://qualitaet-und-versorgung-blogspot.de/2008/04/donabedian.html>, abgerufen am 17.4.2016.

G-BA / Änderungsbeschluss (2016). https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2723/2016-09-15_QM-RL_Erstfassung-Aenderungbeschluss-2015-12-17.pdf, abgerufen am 5.10.2016.

G-BA / Arbeitsweise (2016). <https://www.g-ba.de/institution/aufgabe/arbeitsweise/>, abgerufen am 15.8.2016.

G-BA / Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt sich vor. (2016). <https://www.g-ba.de/institution/struktur/>, abgerufen am 11.8.2016.

G-BA / Die unparteiischen Mitglieder (2016). <https://www.g-ba.de/institution/struktur/unparteiische/>, abgerufen am 11.8.2016.

G-BA / Finanzierung (2016). <https://www.g-ba.de/institution/aufgabe/finanzierung/>, abgerufen am 15.8.2016.

G-BA / Geschäftsstelle (2016). <https://www.gba.de/institution/struktur/geschaeftsstelle/>, abgerufen am 11.8.2016.

G-BA / Mitglieder (2016). <https://www.g-ba.de/institution/struktur/mitglieder/>, abgerufen am 11.8.2016.

G-BA / Patientenbeteiligung (2016). <https://www.g-ba.de/institution/struktur/patientenbeteiligung/>, abgerufen am 11.8.2016.

G-BA / Plenum (2016). <https://www.gba.de/institution/struktur/plenum/>, abgerufen am 11.8.2016.

- G-BA/ Qualitätsmanagement (2016). <https://www.gba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsmanagement/>, abgerufen am 20.8.2016.
- G-BA/ Richtlinien (2016) <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/40/>, abgerufen am 2.10.2016.
- G-BA/ Sektorenübergreifende Qualitätssicherung (2016). <https://www.gba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/sectoreuebergreifend/>, abgerufen am 20.8.2016.
- G-BA/ Stellungnahmeberechtigte (2016). <https://www.g-ba.de/institution/struktur/stellungnahmeberechtigte/>, abgerufen am 11.8.2016.
- G-BA/ Systemzuschlag 2016 (2016). https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4043/2015-11-27_Systemzuschlag-2016.pdf, abgerufen am 15.8.2016.
- G-BA/ Überblick (2016). https://www.g-ba.de/downloads/17-98-2436/AufbauVorsitz_20-07-2016_deutsch.pdf, abgerufen am 15.8.2016.
- G-BA/ Unterausschüsse (2016). <https://www.gba.de/institution/struktur/unterauschuesse/>, abgerufen am 11.8.2016.
- Gerlinger, T., & Mosebach, K. (2012a). Die Regulierung des Gesundheitswesens in Großbritannien. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72937/regulierung>, abgerufen am 28.8.2016.
- Gerlinger, T., & Mosebach, K. (2012b). Versorgungsstrukturen des britischen Gesundheitswesens. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72931/versorgungsstrukturen>, abgerufen am 27.8.2016.
- Gerlinger, T. (2012). Regulierung des Gesundheitswesens in den Niederlanden. <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72976/regulierung?p=all>, abgerufen am 27.8.2016.
- Heinemann, F (2016). MLP Pressemitteilung 2016. <https://mlp-ag.de/redaktion/mlp-ag-de/presse/pressemitteilungen/2016/pm-gsr2016-final.pdf>, abgerufen am 24.9.2016.
- IfD Allensbach (2014). MLP-Gesundheitsreport 2014. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/297307/umfrage/einschaetzung-von-aerzten-zu-zukuenftigenentwicklungen-im-krankenhauswesen/>, abgerufen am 28.9.2016.

Internetseite des Universitätsklinikums, 2016. Aus Gründen der Anonymität erfolgt hier keine Angabe der Internetadresse, abgerufen am 15.8.2016.

IQWiG / Aufgaben und Ziele (2016). <https://www.iqwig.de/de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele.2946.html>, abgerufen am 16.8.2016.

IQWiG / Auftraggeber und Finanzierung (2016). <https://www.iqwig.de/de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/auftraggeber-und-finanzierung.2951.html>, abgerufen am 17.8.2016.

IQWiG / Fachlicher Austausch (2016). <https://www.iqwig.de/de/ueber-uns/aufgaben-und-ziele/fachlicher-austausch.3015.html>, abgerufen am 17.8.2016.

IQWiG / Startseite (2016). <https://www.iqwig.de/>, abgerufen am 5.10.2016.

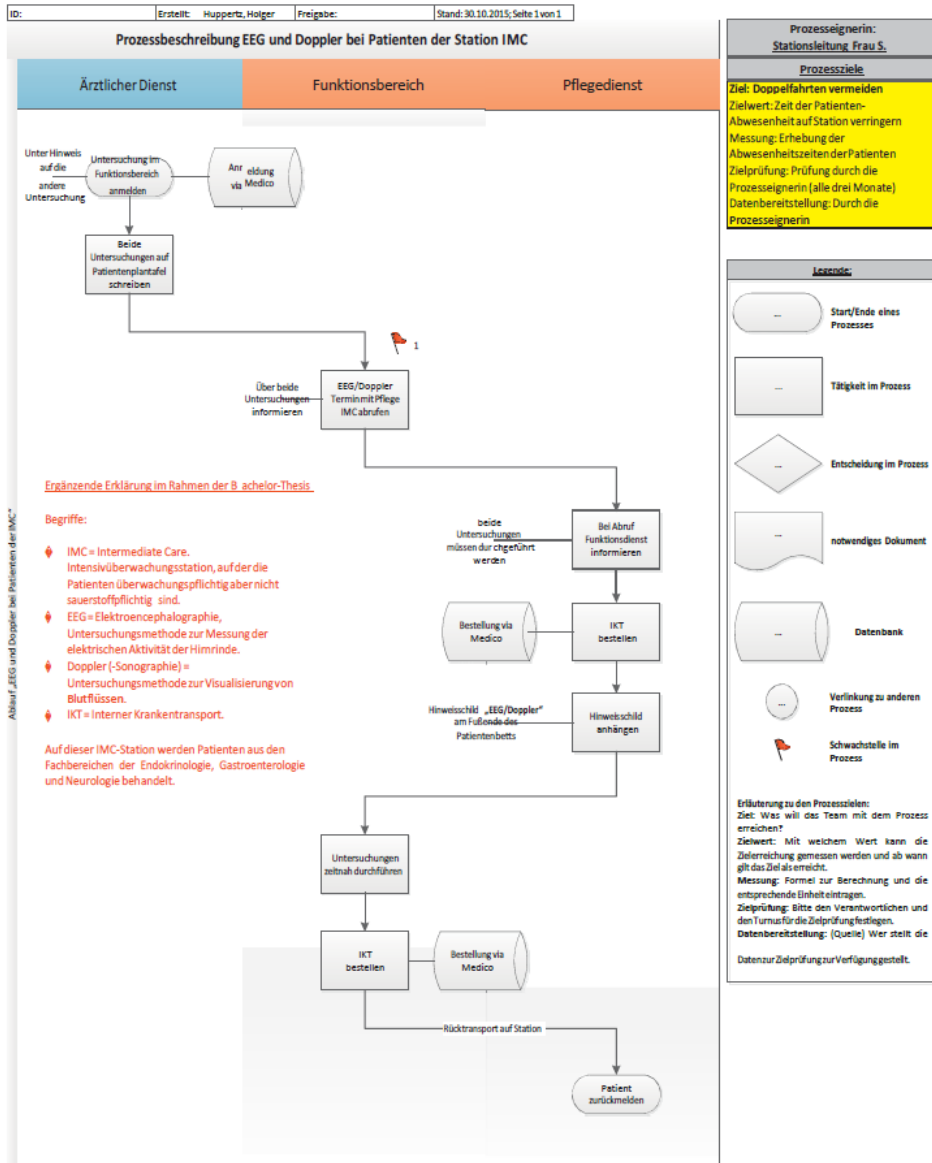
KH-CIRS-Netz Deutschland (2016). <http://www.kh-cirs.de/index.html>, abgerufen am 25.8.2016.

Statista.com / Dossier (2015). <http://de.statista.com/statistik/studie/id/6565/dokument/krankenhaeuser-statista-dossier/>, abgerufen am 19.4.2016.

TÜV SÜD Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001(2016). <http://www.tuev-su.ed.de/uploads/images/1421144266392602350509/factsheet-tuv-sud-de-iso-9001-quality-management-system.pdf>, abgerufen am 24.8.2016.

wissenschaft.nrw.de (2016). <http://www.wissenschaft.nrw.de/hochschule/hochschulen-in-nrw/hochschulmedizin/medizinische-fakultaetenuniversitaetsklinika/>, abgerufen am 19.9.2016

Anhang 1: Prozessbeschreibung



ID: _____	Erstellt: Huppertz, Holger	Freigabe: _____	Stand: 19.06.2015, Seite 1 von 1
Schwachstellenplan			
Schwachstelle	Maßnahme zur Abstimmung	Verantwortlicher	Zeitpunkt der Umsetzung
1 Absprache der Untersuchungen im QZ optimieren	Info über Prozessbeschreibung an MA des Funktionsbereichs	Oberarzt Prof. Dr. med. G.	sofort

Anhang 2: Interviewbogen

§ 4 Methoden und Instrumente

(1) Die nachfolgenden Methoden und Instrumente sind etablierte und praxisbezogene Bestandteile des Qualitätsmanagements (QM). Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und lässt den Einrichtungen die Freiheit, zusätzlich weitere QM-Methoden und -Instrumente einzusetzen. Auf die Anwendung einer aufgelisteten Methode und/oder eines Instruments kann verzichtet werden, wenn dies durch besondere einrichtungsbezogene Rahmenbedingungen begründet ist.

		Zustimmung					Bemerkung
		100 %	75 %	50 %	25 %	0 %	
1.	Messen und Bewerten von Qualitätszielen Wesentliche Zielvorgaben zur Verbesserung der Patientenversorgung oder der Einrichtungsorganisation werden definiert, deren Erreichungsgrad erfasst, regelmäßig ausgewertet und gegebenenfalls Konsequenzen abgeleitet.						
2.	Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung Regelmäßige Erhebungen des Ist-Zustandes und Selbstbewertungen dienen der Festlegung und Überprüfung von konkreten Zielen und Inhalten des einrichtungsinternen QM.						
3.	Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten Die Organisationsstruktur, Verantwortlichkeiten, Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen werden schriftlich, beispielsweise durch eine Tabelle, Grafik oder ein Organigramm, festgelegt. Dabei werden wesentliche Verantwortlichkeiten besonders für alle sicherheitsrelevanten Prozesse berücksichtigt.						
4.	Prozess- und Ablaufbeschreibungen Die wesentlichen Prozesse der Patientenversorgung und der Einrichtungsorganisation werden einrichtungsspezifisch identifiziert, geregelt und beispielsweise in Form von Tabellen, Flussdiagrammen oder Verfahrensanweisungen dargestellt. Dabei werden die Verantwortlichkeiten, besonders für alle sicherheitsrelevanten Prozesse, in die Prozess- bzw. Ablaufbeschreibung aufgenommen und fachliche Standards berücksichtigt.						
5.	Schnittstellenmanagement Ein systematisches Management an den Schnittstellen der Versorgung umfasst die gezielte Kommunikation und abgestimmte Zusammenarbeit aller Beteiligten. Für eine sichere und patientenorientierte Versorgung sollen besonders die Übergänge entlang der gesamten Versorgungskette so gestaltet werden, dass alle erforderlichen Informationen zeitnah zur Verfügung stehen und eine koordinierte Versorgung gewährleistet ist.						
6.	Checklisten In Checklisten werden Einzelaspekte eines Prozesses systematisiert, um deren verlässliche Umsetzung zu gewährleisten. Dies ist bei sicherheitsrelevanten Prozessen von besonderer Bedeutung. Das konsequente Anwenden von Checklisten, z.B. zur Vermeidung von Verwechslungen, unterstützt somit reibungslose Abläufe und ist ein bedeutsames Element einer Sicherheitskultur. Bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärztinnen bzw. Ärzten oder die unter Sedierung erfolgen, werden OP-Checklisten eingesetzt. Diese OP-Checklisten sollen einrichtungsspezifisch entwickelt und genutzt werden sowie alle am Eingriff Beteiligten einbeziehen. Insbesondere sind sie auf die Erkennung und Vermeidung unerwünschter Ereignisse und Risiken auszurichten, wie z.B. Patienten-, Eingriffs- und Seitenverwechslungen und schwerwiegende Komplikationen. Gleichzeitig beinhalten sie Fragen zum Vorhandensein und zur Funktion des erforderlichen Equipments.						

	Zustimmung					Bemerkung
	100 %	75 %	50 %	25 %	0 %	
<p>7. Teambesprechungen</p> <p>Es werden regelmäßig strukturierte Besprechungen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bzw. Teams durchgeführt, die allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ermöglichen, aktuelle Themen und Probleme anzusprechen.</p>						
<p>8. Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen</p> <p>Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen regelmäßig an Fortbildungen mit unmittelbarem Bezug zur eigenen Tätigkeit teilnehmen. Art und Umfang der Fortbildungs- bzw. Schulungsmaßnahmen werden mit der Leistung einer Einrichtung abgestimmt und in ein auf die Mitarbeiterin und den Mitarbeiter abgestimmtes Konzept eingebunden.</p>						
<p>9. Patientenbefragungen</p> <p>Die Einrichtung führt regelmäßig Patientenbefragungen durch und wertet diese aus. Deren Ergebnisse geben der Leitung und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Rückmeldung über die Patientenzufriedenheit und die Qualität der Versorgung aus Patientenperspektive sowie gegebenenfalls Anhaltspunkte für Verbesserungsmaßnahmen. Möglichst sollten dafür validierte Patientenbefragungs-Instrumente genutzt werden.</p>						
<p>10. Mitarbeiterbefragungen</p> <p>Es werden regelmäßig möglichst anonyme Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Zweck der Befragung ist es, Informationen aus der Mitarbeiterperspektive zu ermitteln, um hieraus Veränderungsmaßnahmen – mit dem Ziel der Weiterentwicklung – abzuleiten.</p>						
<p>11. Beschwerdemanagement</p> <p>Die Einrichtung betreibt ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement mit geregelter Bearbeitung der Beschwerden. Dazu gehören die Information der Patientinnen und Patienten über die persönliche oder anonyme Beschwerdemöglichkeit vor Ort. Die Rückmeldungen werden analysiert, bewertet und gegebenenfalls Veränderungsmaßnahmen daraus abgeleitet. Sofern möglich, erhalten die Beschwerdeführenden eine Rückmeldung über die gegebenenfalls eingeleiteten Maßnahmen.</p>						
<p>12. Patienteninformation und -aufklärung</p> <p>Zur Patientenaufklärung gehören Informations- und Aufklärungsmaßnahmen, die dazu beitragen, dass Patientinnen und Patienten besser im Behandlungsverlauf mitwirken und gezielt zur Erhöhung ihrer eignen Sicherheit beitragen können.</p> <p>Für den gezielten Einsatz im individuellen Arzt-Patient-Kontakt wird eine Zusammenstellung zuverlässiger, verständlicher Patienteninformationen sowie von Angeboten Selbsthilfeorganisationen und Beratungsstellen gepflegt.</p>						
<p>13. Risikomanagement</p> <p>Risikomanagement dient dem Umgang mit potenziellen Risiken, der Vermeidung und Verhütung von Fehlern und unerwünschten Ereignissen und somit der Entwicklung einer Sicherheitskultur. Dabei werden unter Berücksichtigung der Patienten- und Mitarbeiterperspektive alle Risiken in der Versorgung identifiziert und analysiert sowie Informationen aus anderen QM-Instrumenten, insbesondere die Meldungen aus Fehlermeldesystemen genutzt. Eine individuelle Risikostrategie umfasst das systematische Erkennen, Bewerten, Bewältigen und Überwachen von Risiken sowie die Analyse von kritischen und unerwünschten Ereignissen, aufgetretenen Schäden und die Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen. Ein relevanter Teil der Risikostrategie ist eine strukturierte Risikokommunikation.</p>						
<p>14. Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme</p> <p>Der systematische Umgang mit Fehlern („Fehlermanagement“) ist Teil des Risikomanagements. Zum Fehlermanagement gehört das Erkennen und Nutzen von Fehlern und unerwünschten Ereignissen zur Einleitung von Verbesserungsprozessen in der Praxis.</p> <p>Fehlermeldesysteme sind ein Instrument des Fehlermanagements. Ein Fehlerberichts- und Lernsystem ist für alle fach- und berufsgruppenübergreifend niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen. Ziel ist die Prävention von Fehlern und Schäden durch Lernen aus kritischen Ereignissen, damit diese künftig und auch für andere vermieden werden können. Die Meldungen sollen freiwillig, anonym und sanktionsfrei durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgen. Sie werden systematisch aufgearbeitet und Handlungsempfehlungen zur Prävention werden abgeleitet, umgesetzt und deren Wirksamkeit im Rahmen des Risikomanagements evaluiert.</p>						

Quelle: Eigene Darstellung.

Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) vom 17.12.2015.

Anhang 3: Auswertungsbogen

Auswertungsbogen Methoden & Instrumente (M&I)

1. Messen und Bewerten von Qualitätszielen		Bemerkungen
100 %	9 von 15 = 60 %	
75 %	5 von 15 = 33,33 %	Auswertungen und Konsequenzen sind themenspezifisch >75% Ist in techn. Bereichen häufig schwierig umzusetzen (Kennzahlengenerierung schwierig).
50 %	1 von 15 = 6,67 %	Stark abgelehnt auf QMB ohne Unterstützung durch den Vorgesetzten.
25 %		
0 %		
2. Erhebung des Ist-Zustandes		Bemerkungen
100 %	10 von 15 = 66,67 %	Ohne Kommunikation an Vorgesetzten, dient nur dem QMB / Managementbewertung
75 %	3 von 15 = 20 %	Erhebung Ist-Zustand bzw. Selbstbewertung werden vermehrt eingeführt / wünschenswert und perspektivisch ist eine Steigerung angestrebt, derzeit personell nicht praktikabel.
50 %	2 von 15 = 13,33 %	
25 %		
0 %		
3. Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten		Bemerkungen
100 %	15 von 15 = 100 %	Theoretisch vorhanden.
75 %		
50 %		
25 %		
0 %		
4. Prozess- und Ablaufbeschreibungen		Bemerkungen
100 %	10 von 15 = 66,67 %	QMS ist erst seit 4 Monaten eingeführt, von daher noch Motivation, nicht alle aber fast.
75 %	4 von 15 = 26,67 %	Bedürfnis der Überarbeitung ! Noch nicht alle wesentlichen Prozesse erfasst. KVP noch nicht alle wesentlichen.
50 %	1 von 15 = 6,67 %	Es sind wenige Prozesse definiert, diese müssen aktualisiert werden. Verantwortlichkeiten sind nicht festgehalten.
25 %		
0 %		
5. Schnittstellenmanagement		Bemerkungen
100 %	6 von 15 = 40 %	
75 %	6 von 15 = 40 %	Komm. stark von den Pers. abh. Ist für die Abläufe nicht relevant, jeder kennt seine Ansprechpartner. Erfolgt nicht systematisch / geht, geregelt aber immer mal wieder Disk. bedarf nur wenige Reibungsverluste, oft individuelle Probleme.
50 %	3 von 15 = 20 %	Bei manchen Schnittstellen (besonders interprofessionell) schwierig / bisher kein systematisches Management von Schnittstellen.
25 %		
0 %		
6. Checklisten		Bemerkungen
100 %	8 von 15 = 53,33 %	
75 %	5 von 15 = 33,33 %	Frage nach Definition sicherheitsrelevanter Prozess ? Funktion Equipment kaum auf CL vermerkt. CL sind vorhanden, werden aber nicht durchgehend genutzt. (Th. noch in Arbeit) OP-CL nicht zutreffend/bw. noch i.A.
50 %	1 von 15 = 6,67 %	OP CL wird nicht komplett ausgefüllt, z.B. Team time out.
25 %	1 von 15 = 6,67 %	Bei den Kernprozessen wegen klar definierter SOPs nicht nötig. Es existieren nur organisatorische CL (Einarbeitung, Veranstaltungsorganisationen etc.).
0 %		

7. Teambesprechungen			Bemerkungen
100 %		13 von 15 = 86,67 %	OP-Team plant nicht konsequent.
75 %		2 von 15 = 13,33 %	Keine Regelmäßigkeit, häufige Personalanfälle.
50 %			
25 %			
0 %			
8. Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen			Bemerkungen
100 %		13 von 15 = 86,67 %	Stark abhängig von den MA / MA muss Bedarf aufzeigen !
75 %		1 von 15 = 6,67 %	Eine höhere Anzahl ist angestrebt und erwünscht.
50 %		1 von 15 = 6,67 %	Programm der Bildungsakademie wird zu spät herausgegeben, Dienst muss 3 Monate im Voraus geplant werden.
25 %			
0 %			
9. Patientenbefragungen			Bemerkungen
100 %		10 von 15 = 66,67 %	
75 %		2 von 15 = 13,33 %	Keine klinikspezifische Befragung, keine ausreichende Relation Patientenzahl/Rücklauf.
50 %		2 von 15 = 13,33 %	2015 zum 1. Mal überzogene Ansprüche und Erwartungshaltung.
25 %			
0 %		1 von 15 = 6,67 %	Zu kleine Patientenzahl, keine Teilnahme an Picker®-Befragung, eigener Fragebogen wird erstellt.
13. Risikomanagement			Bemerkungen
100 %		8 von 15 = 53,33 %	Probleme werden tgl. in der Frühbesprechung thematisiert und im Protokoll bzw. Maßnahmenplan aufgenommen.
75 %		2 von 15 = 13,33 %	Sicherheitskultur erst im Aufbau/Entwicklung/Instrumente bekannt, werden mutmaßlich nicht stringenter genutzt.
50 %		3 von 15 = 20 %	Risikoaudits werden zentral durchgeführt.
25 %		1 von 15 = 6,67 %	CIRS noch nicht für uns.
0 %		1 von 15 = 6,67 %	Es finden keine Risikoaudits statt.
14. Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme			Bemerkungen
100 %		7 von 15 = 46,67 %	Durch flache Hierarchie direkte Kommunikation.
75 %		3 von 15 = 20 %	Bewusstsein und Bekanntheitsgrad noch nicht gut / Instrumente der Fehlerfassung werden mutmaßlich zu wenig/selten genutzt.
50 %			
25 %		3 von 15 = 20 %	MA kennen die Funktion der Startseite roXtra mit Fehlermeldesystem noch nicht. CIRS besteht zwar, z.Zt. erfolgen aber keine Meldungen mehr.
0 %		2 von 15 = 13,33 %	CIRS befindet sich in der Implementierungsphase/z.Zt. nicht etabliert, in Planung.

Quelle: Eigene Darstellung.

Anhang 4: Zusammenfassende Bewertung der Methoden und Instrumente

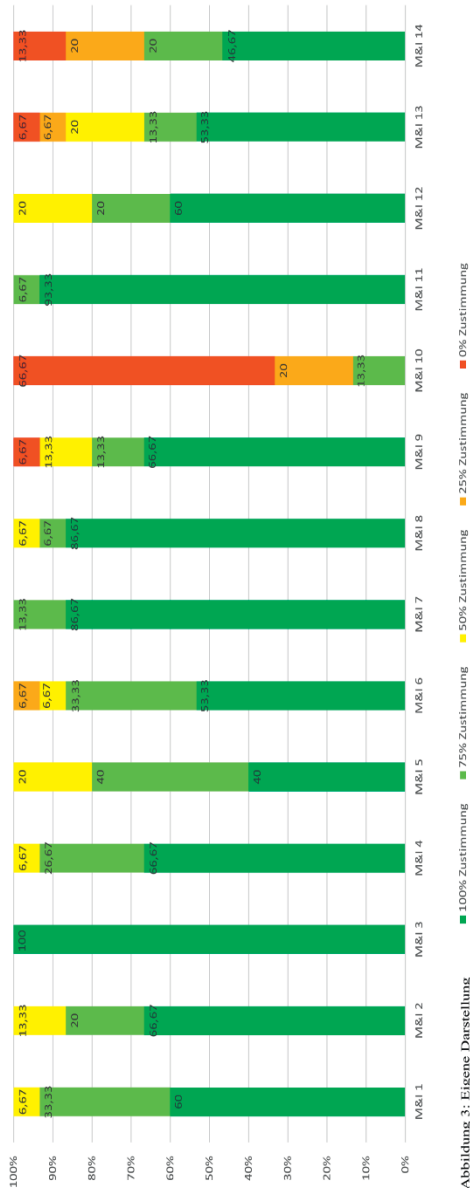


Abbildung 3: Eigene Darstellung

Quelle: Eigene Darstellung.

Anhang 5: Dezentrale Managementbewertung

Dezentrale Managementbewertung Kliniken					
Dezentrale Managementbewertung _2015		Klinik für _XXX			
Ziel/Ursprung	Soll ---	Anzahl	Anzahl geplante Maßnahmen	Anzahl erfolgreich umgesetzte Maßnahmen	IST (in %) ---
QMB/RMB ist benannt	ja (Bitte namentlich nennen)				Max Mustermann
Durchführung von QZ-Sitzungen nach festgelegtem Turnus	100% (Dokumentation über Protokolle)				
Teilnahme verschiedener Berufsgruppen an QZ- Sitzungen	100% (Dokumentation über Teilnehmerlisten)				
Positionen im Organigramm sind besetzt	Besetzungsquote: >90%				
Alle Positionen im Beauftragtenwesen sind besetzt (gesetzliche Anforderungen!)	Besetzungsquote: 100%				
Einarbeitungskonzept (Anzahl=Anzahl der neuen Mitarbeitenden)	>80% der neuen Mitarbeitenden (Dokumentation über Einarbeitungskonzepte)				
Planung von Pflichtschulungen	Planungsquote: >80%				
Durchführung von Pflichtschulungen (gesetzliche Anforderungen!)	Schulungsquote: >80%				
Qualitätsziele (Anzahl=Anzahl QZ; umgesetzte Maßnahmen=erreichte QZ)	>80% erreicht (erreichte QZ/Summe QZ*100)				
Patientenbefragungen (Picker-Patienten- und Einweiserbefragung – alle zwei Jahre relevant)	>50% (erfolgreich umgesetzte Maßnahmen/geplante Maßnahmen*100)				
Ziel/Ursprung	Soll ---	Anzahl	Anzahl geplante Maßnahmen	Anzahl erfolgreich umgesetzte Maßnahmen	IST (in %) ---
Prozessmanagement (Anzahl=Anzahl Prozesse in roXtra; geplante Maßnahmen=Prozessziele; umgesetzte Maßnahmen=erreichte Prozessziele)	>80% (erreichte Prozessziele/Summe Prozessziele*100)				
Beschwerdemanagement (siehe interne Ordner roXtra; Anzahl=Anzahl der Beschwerden)	>50% (erfolgreich umgesetzte Maßnahmen/geplante Maßnahmen*100)				
Risikoaudit (Anzahl=Anzahl der Hinweise)	>80% (erfolgreich umgesetzte Maßnahmen/geplante Maßnahmen*100)				
CIRS-Meldungen (Anzahl=Anzahl der Meldungen)	>80% (erfolgreich umgesetzte Maßnahmen/geplante Maßnahmen*100)				
Risikoanalysen (Risiko beurteilungen, Ereignisanalysen, Prozess- risikoanalysen u. a.)	>80% (erfolgreich umgesetzte Maßnahmen/geplante Maßnahmen*100)				
interne Audits (Anzahl=Hinweise und Abweichungen)	>50% (erfolgreich umgesetzte Maßnahmen/geplante Maßnahmen*100)				

externes Audit durch den TÜV SÜD (Anzahl=Hinweise und Abweichungen)	>50% (erfolgreich umgesetzte Maßnahmen/geplante Maßnahmen*100)				
OnkoZert Audits (Anzahl=Hinweise und Abweichungen)	>50% (erfolgreich umgesetzte Maßnahmen/geplante Maßnahmen*100)				
Ziel/Ursprung	Soll ---	Anzahl	Anzahl geplante Maßnahmen	Anzahl erfolgreich umgesetzte Maßnahmen	IST (in %) ---
Aktenprüfung Es wurden zehn Akten auf eine vollständige Aufklärung geprüft. (gesetzliche Anforderungen!) Begehungen	100% (alle geprüften Akten (10 Stück) haben eine gesetzeskonforme Aufklärung enthalten).		X		
(Hygiene, Apotheke) „Teilweise umgesetzt“ erfordert Maßnahmen (gesetzliche Anforderungen!)	>50% (erfolgreich umgesetzte Maßnahmen/geplante Maßnahmen*100)				

Hier haben Sie die Möglichkeit besonders **positive Qualitätsprojekte** zu beschreiben

Kommentare

Mit den Ergebnissen dieser dezentralen Managementbewertung/ des Qualitätsmanagement-Systems des Bereiches ist die Leitung des o. g. Bereiches:

Zufrieden

Unzufrieden

Kommentar

Die Antworten werden in der zentralen Managementbewertung zusammengefasst.

Datum, Unterschrift Klinikdirektor

Datum, Unterschrift Klinikpflegedienstleitung

Datum, Unterschrift Klinik-QMB/RMB

Datum, Unterschrift Leitung QM/kRM

Quelle: Dezentrale Managementbewertung 2015 der beschriebenen Universitätsklinik	Änderung	durch	Freigabe	durch	
Darstellung inhaltlich übernommen, vorhandene Werte sowie Kopf- und Fußzeile aus Gründen der Anonymisierung entfernt bzw. verändert					Rev.

Quelle: Dezentrale Managementbewertung 2015 der beschriebenen Universitätsklinik.

Folgende Bände sind bisher in dieser Reihe erschienen:

Band 1 (2016)

Bihlmayer, Christian / Peric, Christina Maria
Beiträge zu Gesundheitswissenschaften und -management
ISSN 2367-3176

Band 2 (2016)

Hoppenstedt, Inga
Der Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements am Beispiel von
Suchtprävention am Arbeitsplatz
ISSN 2367-3176

Band 3 (2016)

Schaff, Arnd
Betriebliches Gesundheitsmanagement als Investition – Projektmanagement und
Wirtschaftlichkeit
ISSN 2367-3176

Band 4 (2016)

Hildebrandt, Stephanie
Chancen und Risiken einer qualitätsorientierten Finanzierung für die
Krankenhäuser in Deutschland
ISSN 2367-3176

Band 5 (2016)

Lapczynna, Carmen / Siodlaczek, Claudia
Nosokomiale Infektionen und multiresistente Erreger – Hygienische versus
wirtschaftliche Faktoren
ISSN 2367-3176



Institut für **Gesundheit & Soziales**
der FOM Hochschule
für Oekonomie & Management

FOM Hochschule

FOM. Eine Hochschule. Für Berufstätige.

Die mit bundesweit über 42.000 Studierenden größte private Hochschule Deutschlands führt seit 1993 Studiengänge für Berufstätige durch, die einen staatlich und international anerkannten Hochschulabschluss (Bachelor/Master) erlangen wollen.

Die FOM ist der anwendungsorientierten Forschung verpflichtet und verfolgt das Ziel, adaptionsfähige Lösungen für betriebliche bzw. wirtschaftsnahe oder gesellschaftliche Problemstellungen zu generieren. Dabei spielt die Verzahnung von Forschung und Lehre eine große Rolle: Kongruent zu den Masterprogrammen sind Institute und KompetenzCentren gegründet worden. Sie geben der Hochschule ein fachliches Profil und eröffnen sowohl Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als auch engagierten Studierenden die Gelegenheit, sich aktiv in den Forschungsdiskurs einzubringen.

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de

ifgs

Das ifgs der FOM wurde 2015 durch Prof. Dr. habil. Manfred Cassens und Prof. Dr. David Matusiewicz gegründet. Es nimmt Aufgaben der Forschung und Entwicklung sowie des Wissenstransfers und der Innovationsförderung im Bereich des Gesundheits- & Sozialmanagements an der Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis wahr.

Schwerpunkte liegen dabei auf den Bereichen:

- Gesundheits- & Sozialmanagement
- Public Health/Gesundheitswissenschaften
- Gesundheitsökonomie
- Gesundheitspolitik
- Digitale Gesundheit
- Routinedaten im Gesundheitswesen
- Evidence based Public Health (EbPH)
- Versorgungsforschung

Weitere Informationen finden Sie unter fom.de/ifgs



Unter dem Titel »FOM forscht« gewähren Hochschullehrende der FOM Einblick in ihre Projekte. Besuchen Sie den Blog unter fom-blog.de