



Die neue KQM-Richtlinie

Was kommt auf die Krankenhäuser zu?

8. Krankenhaus-Qualitätstag NRW
Herne, 25.06.2014

Dr. Doris Voit, MBA



Agenda

1. Die neue KQM-RL

- Gesetzliche Rahmenbedingungen
- G-BA - Auftrag
- Neue Inhalte der KQM-RL

2. Was kommt auf die KH zu?

- Praktische Bedeutung der KQM-RL
- Umsetzung der Vorgaben

3. Ausblick: Rahmen-RL QM



Patientenrechtegesetz

- „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“
 - konkretisiert die Rechte der Patienten im Verhältnis zum Behandelnden
 - stärkt die Patientenbeteiligung und Patienteninformation
 - verbessert die Verfahrensrechte bei Behandlungsfehlern für die Betroffenen
- am 26. Februar 2013 in Kraft getreten
- enthält 5 Artikel, die folgende Gesetze ändern:
 - Artikel 1: das Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB)
 - Artikel 2: das **Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)**
 - Artikel 3: die Patientenbeteiligungsverordnung
 - Artikel 4: das Krankenhausfinanzierungsgesetz
 - Artikel 5: Inkrafttreten



Änderungen im SGB V

- Nach § 137 Absatz 1c SGB V (**Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung**) wird folgender Absatz 1d eingefügt:

„(1d) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in seinen Richtlinien über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 1 Nummer 1 erstmalig bis zum ... [einsetzen: Datum zwölf Monate nach Inkrafttreten nach Artikel 5 dieses Gesetzes] wesentliche Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit und legt insbesondere **Mindeststandards für Risikomanagement- und Fehlermeldesysteme fest.**

Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den **Qualitätsberichten nach Absatz 3 Nummer 4 zu informieren.**

Als Grundlage für die Vereinbarung von **Vergütungszuschlägen** nach § 17b Absatz 1 Satz 5 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss **Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme**, die in besonderem Maße geeignet erscheinen, Risiken und Fehlerquellen in der stationären Versorgung zu erkennen, auszuwerten und zur Vermeidung unerwünschter Ereignisse beizutragen.“



§ 135a SGB V: Verpflichtung zur Qualitätssicherung

- (1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- (2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht, sind nach Maßgabe der §§ 137 und 137d verpflichtet,
 - 1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
 - 2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.
- (3) Meldungen und Daten aus einrichtungsinternen und einrichtungsübergreifenden Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen nach Absatz 2 in Verbindung mit § 137 Absatz 1d dürfen im Rechtsverkehr nicht zum Nachteil des Meldenden verwendet werden. Dies gilt nicht, soweit die Verwendung zur Verfolgung einer Straftat, die im Höchstmaß mit mehr als fünf Jahren Freiheitsstrafe bedroht ist und auch im Einzelfall besonders schwer wiegt, erforderlich ist und die Erforschung des Sachverhalts oder die Ermittlung des Aufenthaltsorts des Beschuldigten auf andere Weise aussichtslos oder wesentlich erschwert wäre.



Auftrag des G-BA

a) Evaluation der ÄQM-RL

Nach Ablauf von 5 Jahren nach In-Kraft-Treten der VÄ-RL überprüft der G-BA den **Grad der Einführung und Weiterentwicklung des einrichtungsinternen QMs** im Sinne der RL.

- Gleichzeitig überprüft der G-BA die **Wirksamkeit und den Nutzen des QMs** im Hinblick auf die Sicherung und Verbesserung der vertragsärztlichen Versorgung insbesondere auf der Grundlage der zusammenfassenden Berichte ...sowie von publizierten Studien, die versorgungsrelevante Ergebnisse der Einführung von QM-Systemen und –verfahren insbesondere in D untersuchen.

b) Harmonisierung der 3 sektorspezifischen RL

+ **Mindeststandards für RM und FMS** (PatRG)

Expertenanhörung: Konsentiierte Eckpunkte

+ weitere **neu** aufzunehmende **Themen**



3 sektorspezifische QM-Richtlinien

RL des G-BA über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der **vertragsärztlichen Versorgung** teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren = QM-RL vertragsärztliche Versorgung

- vom 01.01.2006

RL des G-BA über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM in der **vertragszahnärztlichen Versorgung** = QM-RL vertragszahnärztliche Versorgung

- vom 31.12.2006

Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM für **nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser**

- vom 23.12.2005



BAnz. Nr. 242 (S. 16 896) vom 22.12.2005

Bekanntmachung der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V

Aufgrund des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V vom 21. Juni 2005 wird folgende Vereinbarung veröffentlicht:

„Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

Präambel

„Die Vereinbarung legt auf der Grundlage von § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V die Ziele und die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement fest.“)

Unter Berücksichtigung der individuellen Ausgangsbedingungen des einzelnen Krankenhauses muss der Krankenhausträger das Modell des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements auf der Basis der grundsätzlichen

(4) Im Mittelpunkt der Prozessoptimierung steht die Prozessstandardisierung.

(5) Krankenhausträger, Krankenhausleitung und Mitarbeiter haben sich im Bewusstsein ihrer Verantwortung für die Qualität ihrer Leistungen, für die Beachtung der Grundsätze und für die Realisierung der Regelungen zum Qualitätsmanagement einzusetzen.

Inhalte:

- Präambel
- § 1 Ziele des einrichtungsinternen QM
- § 2 Grundsätzliche Anforderungen an die Ablauforganisation
- § 3 Grundsätzliche Anforderungen an die Aufbauorganisation
- § 4 Sonstige Anforderungen und mögliche finanzielle Auswirkungen



Richtlinie



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über die grundsätzlichen Anforderungen an ein
einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für
nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser**

**(Qualitätsmanagement-Richtlinie Krankenhäuser
- KQM-RL)**

in der Fassung vom 21. Juni 2005
veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 242 (S. 16 896) vom 22. Dezember 2005
in Kraft getreten am 23. Dezember 2005

zuletzt geändert am 23. Januar 2014
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 16.04.2014 B4
in Kraft getreten am 17. April 2014

*Der angepasste Fließtext der KQM-Richtlinie findet sich auf folgender
GBA-Internetseite: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/40/>*

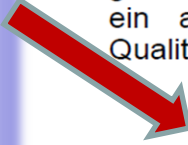


KQM-RL

Präambel

¹Diese Vereinbarung legt auf der Grundlage von § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V die Ziele und die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement fest.

²Aufgrund der individuellen Ausgangsbedingungen des einzelnen Krankenhauses muss der Krankenhausträger das Modell des internen Qualitätsmanagements auf der Basis der grundsätzlichen Anforderungen dieser Vereinbarung frei auswählen können. ³Grundlage für ein anwendbares Qualitätsmanagementmodell sollte das Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements sein. ⁴Dieses Prinzip beinhaltet die Elemente:

- 
- Patientenorientierung
 - Patientensicherheit
 - Verantwortung und Führung
 - Wirtschaftlichkeit
 - Prozessorientierung
 - Mitarbeiterorientierung und -beteiligung
 - Zielorientierung und Flexibilität
 - Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern
 - Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

⁵Diese Elemente sollten verknüpft werden mit der Verpflichtung zu einer ethischen, moralisch und humanitären Werteorientierung (Qualitätskultur).

§ 1 Ziele des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

(1) ¹Qualitätsmanagement ist ein Instrument der Organisationsentwicklung und kommt damit in erster Linie dem Patienten zu Gute. ²Es dient letztlich der Gesamtorganisation des betrieblichen Geschehens und ist insofern Bestandteil der Leistungserbringung im Krankenhaus als Ganzes. ³Im Zuge eines zunehmenden Wettbewerbs werden Qualität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus immer stärker zu einem Faktor des



§ 5 Klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme

(1)

Das Krankenhaus hat wesentliche Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Patientensicherheit ein- und durchzuführen. Dazu werden unter Einbeziehung auch der Patientenperspektive Risiken identifiziert und analysiert, wobei es Führungsaufgabe ist, die entsprechende Risikostrategie festzulegen. Identifizierte Risiken sollen bewertet und durch die Ableitung und Umsetzung von Präventionsmaßnahmen reduziert.



§ 5 Klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme

2)

- Die Krankenhausleitung bietet aktiv Unterstützung und gewährleistet den strukturierten Austausch aller Beteiligten. Für die Etablierung, Koordination und Steuerung des klinischen Risikomanagements im Krankenhaus sind Verantwortliche zu benennen. Die Mitarbeiter sind regelmäßig und zeitnah über den Sachstand zu informieren und in die geplanten Maßnahmen einzubinden. Hierzu gehören insbesondere Schulungen der Mitarbeiter sowie Fallanalysen und –besprechungen.
- Voraussetzungen für ein funktionsfähiges klinisches Risikomanagement sind entsprechende aufbau- und ablauforganisatorische Rahmenbedingungen, wobei Doppelstrukturen von Qualitäts- und Risikomanagement möglichst zu vermeiden sind.



§ 5 Klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme

(3)

Ein Fehlermeldesystem muss für alle Mitarbeiter abteilungs- und berufsgruppenübergreifend niederschwellig zugänglich und einfach zu bewerkstelligen sein. Die Meldungen müssen freiwillig, anonym und sanktionsfrei durch die Mitarbeiter erfolgen können. Die Etablierung eines Fehlermeldesystems in der Einrichtung erfolgt auf Grundlage einer Zielplanung und eines strukturierten Projektmanagements, wobei die Führungskräfte aller Hierarchieebenen aktiv unterstützen und entsprechende Verantwortlichkeiten festlegen. Es sind sowohl Einführungen in den Umgang mit Fehlermeldesystemen als auch bei Bedarf regelmäßige Schulungen für die Mitarbeiter durchzuführen.



§ 5 Klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme

(4)

- Auf der Grundlage eingegangener Meldungen erfolgt die Analyse der Prozesse, und nach zeitnaher Bearbeitung werden entsprechende Präventionsmaßnahmen abgeleitet und umgesetzt. Die Ergebnisse und Erkenntnisse aus dem Fehlermeldesystem, insbesondere die konkreten Maßnahmen, sollen zeitnah an alle Betroffenen zurückgespiegelt werden. Einrichtungsübergreifend relevante Meldungen können einrichtungsübergreifend in entsprechend bearbeiteter und anonymisierter Form veröffentlicht werden.
- Die Einzelheiten der Umsetzung und Organisation des Fehlermeldesystems fallen in die Verantwortung des Krankenhauses und sind an dessen speziellen Verhältnissen auszurichten.



§ 5 Klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme

(5)

- Sowohl für das klinische Risikomanagement im Allgemeinen als auch für das Fehlermeldesystem im Besonderen ist eine entsprechende Dokumentation und Nachvollziehbarkeit des Systems erforderlich.
- Nach Implementierung von Maßnahmen sollen eine Evaluation und gemäß des PDCA-Zyklus ggf. erforderliche Anpassungen erfolgen.



§ 5 Klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme

(6)

- Um Risiken und Fehlerquellen in der Versorgung zu erkennen und alle Einrichtungen von den Erfahrungen anderer hinsichtlich deren Analyse und Präventionsmaßnahmen profitieren zu lassen, werden einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme eingerichtet. Mindestanforderungen für die Teilnahme an solchen einrichtungsübergreifenden, ggf. bundesweiten Fehlermeldesystemen sind z.B. die Einhaltung von Anonymität und Sanktionsfreiheit bei der Meldung durch Mitarbeiter, die Freiwilligkeit der Teilnahme, entsprechende Schulungen der Mitarbeiter, die aktive Unterstützung durch Führungskräfte und die Ableitung von Präventionsmaßnahmen.
- Für die Beteiligung der Krankenhäuser an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137 Absatz 1d Satz 3 SGB V entsprechen, sind Zuschläge zwischen DKG und GKV-SV zu vereinbaren.
- Über die Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern ist in den Qualitätsberichten nach § 137 Absatz 3 Nr. 4 zu informieren.



§ 5 Klinisches Risikomanagement und Fehlermeldesysteme

(7)

- Das Krankenhaus betreibt ein patientenorientiertes Beschwerdemanagement mit zügiger und transparenter Bearbeitung der Beschwerden. Dazu gehören z.B. die Information der PatientInnen über die Beschwerdemöglichkeit vor Ort, die zeitnahe Unterrichtung über das Ergebnis und ggf. gezogene Konsequenzen. Die Ergebnisse aus dem Beschwerdemanagement sollen auch in die Gestaltung des klinischen Risikomanagements einfließen.
- Die Einzelheiten der Umsetzung und Organisation des Beschwerdemanagements fallen in die Verantwortung des Krankenhauses und sind an dessen speziellen Verhältnissen auszurichten.



2. Was kommt auf die KH zu?

Praktische Bedeutung der KQM-RL:

- Umsetzung/Einhaltung der neuen Vorgaben
- Sind die KH vorbereitet?



Einhaltung der Vereinbarung des G-BA

Wie erfolgte die Umsetzung der G-BA - Vereinbarung "Anforderungen an ein einrichtungswartendes QM für Krankenhäuser"?





In welcher Reihenfolge werden in Ihrer Einrichtung Prioritäten gesetzt?
(1 = höchste , 9 = geringste Priorität.)

Item	in %	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Optimale Struktur (z.B. Infrastruktur, Qualifikation, Technik)	4		9	10	10	12	19	15	14	9
Prozessoptimierung (z.B. standardisierte Arbeitsabläufe)	23		10	17	15	12	7	9	3	3
Bestmögliche Ergebnisse (z.B. Versorgungsqualität)	16		20	17	14	10	13	6	3	2
Umsetzung wissenschaftlicher Evidenz	2		4	6	5	6	10	16	21	31
Patientenorientierung	28		15	18	16	9	7	2	5	2
Mitarbeiterorientierung	1		9	8	17	19	14	14	11	7
Erreichen wirtschaftlicher Ziele	18		11	9	6	10	11	14	14	7
Fallzahlsteigerung	4		14	6	7	6	5	12	19	28
Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern	5		9	10	10	16	14	13	11	12



Aussagen zur Umsetzung von QM

Item	in %	ja	teilweise	nein	weiß nicht
Die im QM geschaffenen Rahmenbedingungen im Arbeitsalltag bei uns reichen aus, die Versorgungsqualität zu verbessern.		27	61	12	0
Es gibt bei uns einen verbindlichen Zeit- und Aktivitätenplan im Rahmen des QM.		50	40	11	0
Die Kompetenzen des QM-Beauftragten bei uns sind schriftlich und verbindlich festgelegt.		68	18	14	0
Die für die Umsetzung der QM-Maßnahmen zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen sind ausreichend.		36	42	18	3
Die für die Umsetzung der QM-Maßnahmen nötigen Freiräume für Mitarbeiter sind ausreichend.		27	53	18	1



Wie stark unterstützt die Führungsebene die Umsetzung von QM?

Item	in %	stark	teilweise	überhaupt nicht	weiß nicht
unterstützt alle Aktivitäten, um QM erfolgreich zu machen		50	48	2	0
unterstützt den QMB auch in Situationen, in denen Konflikte mit anderen Abteilungen oder Entscheidungsträgern auftreten		58	36	5	2
informiert regelmäßig über Ziele und Maßnahmen des QM		36	51	12	1
hat QM im Leitbild / in den strategischen Unternehmenszielen verankert		67	28	5	0
eine Steuerungsgruppe/Lenkungsgremium legt als übergeordnetes zentrales Gremium die Steuerung der Prozesse fest und priorisiert die Abläufe		46	37	16	1
die Krankenhausleitung ist verantwortlich für die operative Umsetzung		44	42	13	1
die Krankenhausleitung nutzt die Erfahrungen der Mitarbeiter für die Gestaltung/Optimierung von Prozessen		43	50	5	1



Für die Mitarbeiter Ihrer Einrichtung trifft folgendes zu:

Item	in %	trifft zu	trifft teilweise zu	trifft nicht zu	weiß nicht
Mitarbeiter in unserer Einrichtung haben erkannt, dass professionelles QM zu positiven Ergebnissen führt		25	70	5	0
Mitarbeiter haben durch QM ein verstärktes Qualitätsbewußtsein entwickelt.		31	63	5	1
Mitarbeiter wirken aktiv an der Gestaltung/Optimierung von Prozessen mit		41	57	2	0
Mitarbeiter werden zielgerichtet in QM angeleitet und geschult		41	50	9	0
Seit Einführung von QM sind die Mitarbeiter zufriedener und motivierter		4	59	28	9
Die Kooperation der Mitarbeiter mit der Führungsebene ist sehr gut		20	65	11	4
Mitarbeiter identifizieren sich mit den QM-Zielen		17	72	8	3
QM erleichtert die tägliche Arbeit der Mitarbeiter.		18	68	11	3
Leitende Mitarbeiter haben Vorbildfunktion		35	54	9	3
Dezentrale Arbeitsgemeinschaften überprüfen systematisch Arbeitsabläufe auf Verbesserungsmöglichkeiten		20	48	28	4



Risikomanagement

- Ursprung: **Industrie** (Luftfahrt, Autobranche, etc.)
 - Identifizieren und dann Elimination von organisatorischen, technischen oder sozialen Schwachstellen
 - Grundlage: nicht persönliches Versagen eines Menschen, aber Analyse der relevanten Bereiche im Zusammenspiel
 - Luftfahrt: regelmäßige Erfassung aller Vorkommnisse (Meldesysteme, Datenbanken, Expertenbeobachtungen, Anpassung der Aus- und Fortbildung des Personals)
- **Medizin** ähnlich, leicht übertragbar
 - Geburtshilfe: Präventionskataloge, um Schadensfälle zu reduzieren
 - 80er/90er Jahre: Risikoreduzierender Gedanke weitet sich auf haftungsrechtliche Anforderungen aus (Dokumentation, Aufklärung etc.)
- **Beide:**
 - Mensch ist der Leistungserbringer
 - Fehler können fatale Folgen haben (Schädigung oder Tod von Menschen)
 - Daher **maximaler Sicherheitsgedanke!**

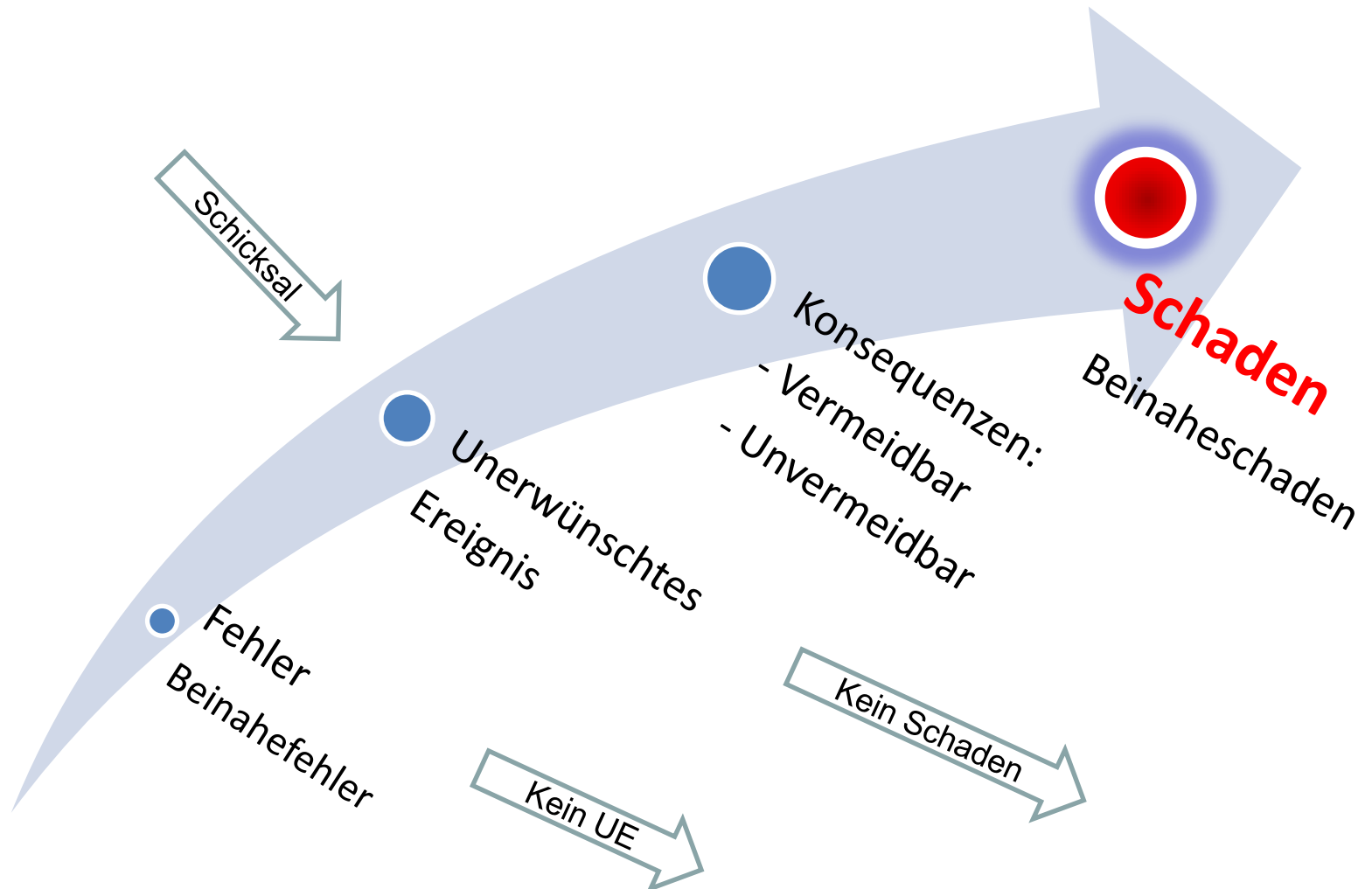


Welche Maßnahmen haben Veränderungen in Ihrer Einrichtung bewirkt?

Item	in %	positive Veränderungen	keine Veränderungen	negative Veränderungen	wurde bei uns bislang noch nicht eingeführt
Strukturierte organisatorische Arbeitsabläufe		88	10	0	2
Regelung von Verantwortlichkeiten/Zuständigkeiten		89	9	0	2
Internes Audit		87	7	0	6
Beschwerdemanagement		87	12	0	1
Fehler- und Risikomanagement (z.B. CIRS, Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit)		65	18	1	16
Dokumentenmanagement		74	17	1	8
Notfallmanagement, - training		82	14	0	4
Hygienemanagement		89	11	0	0
Datenschutzmanagement		70	28	0	2
Checklisten		80	16	1	3
Maßnahmen zur sicheren Patientenidentifikation/Vermeidung von Verwechslungen		72	14	0	14
Definition und Strukturierung klinischer Behandlungsabläufe		67	22	0	11
Orientierung am Stand der Wissenschaft (z.B. Leitlinien)		66	30	0	4
Umsetzung nationaler Expertenstandards (z.B. Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe etc.)		81	16	0	3
Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen		49	28	1	22
Regelmäßige strukturierte Teambesprechungen		82	18	0	0
Fachliche Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiter		82	18	0	0
Maßnahmen für Arbeitsschutz		76	22	1	1
Mitarbeiterbefragungen		56	26	6	12
Patientenbefragungen		77	22	0	1
Patientenberatung/-mitbeteiligung		44	32	1	23
Entlassmanagement		54	34	3	9
Einweiserbefragungen		46	34	2	18



Begrifflichkeiten im kRM





Fehlermeldesysteme*:

cirsmedical

CIRRNFT

patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland

SSAR
SGAR



Netzwerk CIRS-Berlin



BDF
BERUFSVERBAND
DEUTSCHER
ANÄSTHESISTEN
DGAJ DAAF

KH-CIRS-Netz
Deutschland

InPASS
PATIENTENSICHERHEIT



bvkj.
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e.V.

CIRS-Pädiatrie



DGAJ
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin

CIRS-NRW



Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein

KVWL
Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe



Dr. Doris Voit, MBA

*Beispiele (kein Anspruch auf Vollständigkeit!)



KH-CIRS-Netz Deutschland

www.kh-cirs.de

**Fälle
Berichten & Lernen**



CIRSmedical.de-Plus -
Krankenhaus-CIRS-Netz






News
Berichtsformular
Fallberichte

Zuständiges Fachgebiet:

wählen Sie...

Altersgruppe des Patienten:
(falls betroffen)

wählen Sie...

Geschlecht des Patienten:
(falls betroffen)

☐ männlich
☐ weiblich
☐ unbekannt

Wo ist das Ereignis passiert?

wählen Sie...

Welche Versorgungsart:

☐ Routinebetrieb
☐ Notfall

In welchem Kontext fand das Ereignis statt?
(Ereignisart)

wählen Sie...

Was ist passiert?

Was war das Ergebnis?

Wo sehen Sie Gründe für dieses Ereignis und wie hätte es vermieden werden können?



Vergütung?

- Für QM und RM:
 - Nach geltendem Recht sind LE zur Gewährleistung der Patientensicherheit und zur Durchführung eines iQM verpflichtet
 - Änderungen konkretisieren diese Verpflichtungen lediglich
 - Erwartung: Einsparungen für GKV durch Vermeiden unerwünschter Ereignisse bei Diagnose und Behandlung und damit Reduzieren der aus ihnen resultierenden Behandlungskosten
- Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen
 - § 17b Abs. 1 Satz 5 KHG:
„...und die Beteiligung ganzer KH oder wesentlicher Teile der Einrichtungen an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen, sofern diese den Festlegungen des G-BA nach § 137 Abs. 1d Satz 3 des SGB V entsprechen....“
 - Zuschlag: Verhandlungen der Selbstverwaltungspartner beim G-BA
 - Anreiz für Engagement



Beschwerdemanagement

Systematische Etablierung:

- Adäquater Umgang mit Beschwerden
 - Ziele festlegen: Pat-zufriedenheit, Q-Verbesserung, Fehlervermeidung
 - Prozesse festlegen:
 - B-Stimulation (Patienten ermuntern, Ansprechpartner)
 - B-Annahme und Dokumentation, Standard
 - Leicht zugängliche Kanäle (Tel-Nr, Fragebogen, persönlich, Briefkästen, etc.)
 - Dokumentation und Standardisierung (schriftlich?)
 - B-Bearbeitung: Analyse und Auswertung (= Bestandteil des RM)
 - Maßnahmen: Rückmeldungen, Optimierungen, Schadensbegrenzung, Evaluation
- Vorteile:
 - wertvolle Hinweise zur Verbesserung der Organisation
 - Aspekte, die MA nicht wahrnehmen (telefonische Erreichbarkeit, Freundlichkeit + Zuwendung, etc.)
- Konsequenzen:
 - Nach außen (Image!): Unzufriedener Patient nicht nur 1 verlorener „Kunde“, sondern verlorener Multiplikator
 - Nach innen: Möglichkeit der Optimierung der strukturellen und organisatorischen Gegebenheiten

Regelungen



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

(Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R)

in der Neufassung vom 16. Mai 2013
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 24.07.2013 B5)
in Kraft getreten am 25. Juli 2013

zuletzt geändert am 20. März 2014
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 23.04.2014 B2)
in Kraft getreten am 24. April 2014

§ 3 Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts

(1) ¹Der Qualitätsbericht soll den Stand der Qualitätssicherung in dem jeweiligen Krankenhaus insbesondere unter Berücksichtigung der Bestimmungen

- nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116 Abs. 4 Satz 4 SGB V unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement),
- nach § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V (Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität),
- nach § 137 Abs. 3 Nr. 1 SGB V (die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten),
- nach § 137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V (Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt, Ärztin oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände) sowie
- nach § 137 Abs. 1b SGB V (Die nach der Einführung mit den Indikatoren nach § 137 Abs. 1a Satz 1 SGB V gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten



DEUTSCHE
KRANKENHAUS
GESELLSCHAFT



Berichterstattung: Veröffentlichung im Qualitätsbericht der KH

A-14 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Lob- und Beschwerdemanagement	Kommentar/ Erläuterung
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja/Nein
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja/Nein
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja/Nein
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja/Nein
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja/Nein
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Name(n), Adresse, Telefon, E-Mail Link zum Bericht (optional)
Ein Patientenförsprecher oder eine Patientenförsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	Name(n), Adresse, Telefon, E-Mail
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Name(n), Telefon, E-Mail
Patientenbefragungen	Ja/Nein, Link zur Webseite
Einweiserbefragungen	Ja/Nein, Link zur Webseite



Zertifizierungen, z.B. KTQ

Kategorie	Subkategorie	Kriterium
1 Patientenorientierung	1.1 Rahmenbedingungen der Patientenversorgung	1.1.2 Leitlinien 1.1.3 Information und Beteiligung des Patienten
	1.5 Übergang in andere Bereiche	1.5.1 Entlassung
2 Mitarbeiterorientierung	2.2 Personalentwicklung 2.3 Sicherstellung der Integration von Mitarbeitern	
3 Sicherheit	3.2 Patientensicherheit	3.2.2 Medizinisches Notfallmanagement 3.2.3 Hygienemanagement 3.2.5 Infektionsmanagement
4 Informations- und Kommunikationswesen	4.3 Informationsmanagement	4.3.1 Information der KH-Leitung
5 Führung	5.3 Organisationsentwicklung 5.5 Risikomanagement: Aufbau und Entwicklung eines RM-Systems	
6 Qualitätsmanagement	6.1 QM-System 6.2 Befragungen 6.3 Beschwerdemanagement	



Umsetzung der neuen Richtlinie: Konsequenzen



- **Rechtlich:** Gesetzliche Vorgaben
- **Medizinisch:** Patientensicherheit
- **Juristisch:** Haftpflichtversicherungen
- **Ökonomisch:** Wirtschaftliche Überlegungen
- **Wahrnehmung:** Image



Erfolgreiche Umsetzung von RM

- Organisation der Umsetzung von Veränderungen
 - Projektverantwortlicher: Führungsebene
 - Ziele festlegen
 - Unterstützung und Information
 - Bildung des Projektteams:
 - Verantwortlichkeiten festlegen
 - MA einbinden und schulen
 - Maßnahmen und Projektplan:
 - Methoden und Instrumente nutzen
 - Verzahnung RM und QM
 - Nationale und internationale Handlungsempfehlungen, Forschungsergebnisse berücksichtigen, Standards entwickeln
- Change Management:
 - Kommunikation und Transparenz, Umgang mit Widerständen
 - Kooperation und Koordination



3. Ausblick

Was hat sich geändert?

- Fokus Patientensicherheit
- Themen: RM, CIRS, Beschwerdemanagement

Was wird sich noch ändern?

- Rahmen-RL QM
 - Sektorenübergreifend
 - Weitere Themen
 - Berichtspflichten



Rahmen-RL QM

Beschluss G-BA Plenum vom 23.01.2014:

- Harmonisiert 3 sektorspezifische QM-RL : 1 sektorenübergreifende RL
- Deadline: Anfang 2015

Inhalte: Teil A und B

- Basis: PDCA-Zyklus
- Einrichtungs-individuelle Ausgangssituation berücksichtigen
- Patientenorientierung
- Gelebte Sicherheitskultur
- Organisation:
 - Führungsebene: Vorbildfunktion
 - Mitarbeiter: Motivation
 - Kommunikation intern + extern
 - Fachliche Kompetenz, wissenschaftliche Prinzipien
 - Optimierung von Prozessabläufen und Behandlungsqualität
- Kooperation an Schnittstellen



Rahmen-RL QM

Weitere Inhalte: **Aufnahme weiterer Themen**

- Schmerzmanagement
- Sturzprophylaxe
- Hygienemanagement
- OP-Checklisten
- Schnittstellenmanagement/Entlassungsmanagement
- Zudem relevante Instrumente wie z.B.
 - Notfallmanagement
 - Befragungen von Patienten und Mitarbeitern
 - Schulungsmaßnahmen
 - Teambesprechungen u.a.



Vielen Dank!

Dr. Doris Voit, MBA
Deutsche Krankenhausgesellschaft
Wegelystraße 3
10623 Berlin

E-mail: d.voit@dkgev.de