

Qualitätsdarlegung Herausforderung aus Sicht des Krankenhauses

Dr. Christa Welling

Chirurgin, Gefäßchirurgin, Ärztliches Qualitätsmanagement,
Klinisches Risikomanagement ONR,

Position: Medizinische Qualitäts- und Geschäftsfeldmanagement

Zentraler Dienst im Klinikum Westmünsterland

neben dem Allgemeinen Qualitätsmanagement und Projektmanagement



HAUS

St. Marien-Krankenhaus



VREDEN

St. Marien-Hospital



BOCHOLT

St. Agnes-Hospital



RHEDE

St. Vinzenz-Hospital



BORKEN

St. Marien-Hospital



STADTLOHN

Krankenhaus Maria-Hilf



KLINIKUM
WESTMÜNSTERLAND



- *lange Tradition*
- *6 Krankenhausstandorte*
- *1485 Betten*
- *über 50 med. Fachabteilungen*
- *ca. 60.000 Patienten / Jahr*
- *mehr als 5.200 Mitarbeiter/innen*
- *vielfältiges pflegerisches Angebot*



Konzentrierung im Rahmen KHSF
Einzugsgebiet ca. 320 000 Einwohner,
an der Grenze zur Niederlande

Qualitätsdarlegung

Verschiedenste Definitionen von Qualität

- QM-Ausbildung/Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement
- Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung
- G BA-RL:
 - Struktur, Qualifikation, inkl. zeitl. Vorgaben, spezielle SOP-Inhalte,
- StrOPS-RL:
 - Struktur, inkl. zeitl. Vorgaben, Qualifikation, Ausstattung, spez. SOPs, Interpretation des MD zu Inhalten und Formalien wie Freigaberegungen
- KH Planung:
 - Struktur, Qualifikation, gerätetech. Ausstattung, Zertifizierung BZ/ CPU, interdisziplinäre Fallkonferenzen

Öffentliche „Definition Qualität“

- Qualitätsbericht mit Anteilen aus ext. Qualitätssicherung
- Weisse Liste
- Klinikfinder, Klinikführer, Wido-Berichte, AOK-Monitor
- Zertifizierungen

- Erwartung/Sicht/Empfinden des Individuum Patient
- Befragungen, zunehmend PROMs/ PREMs

Qualitätsförderung durch QM

■ Passgenaues QM/klinisches RM

- mit verbindlichen Regelungen und Formalien im pragmatischen Ausmaß unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben
 - eigene Auswahl von Instrumenten und Methoden
 - Nutzung der Daten der ext. Qualitätssicherung
 - Nutzung der Daten aus Kennzahlen von Zentren und Registern
 - Verzahnung zu RM, Compliance und weiteren Schnittmengen des Organisationsmanagements
- Entsprechende interne Audits zur passgenauen Überprüfung und für den Zyklus der ständigen Verbesserung

Qualitätsförderung durch QM

- Parallel Förderung von Fehlerkultur mit eigenem Fokus aus
 - CIRS, Fallkonferenzen, MM, Peer-Review, Schadensfallanalysen
 - Beteiligung/Orientierung an Initiativen wie PBM, Hygieneprojekten, APS
 - z.B. Kommunikationsverbesserungen in Übergabesituationen
 - z.B. Nutzung von IQM-analogen Auswertungen
-
- Fokussierung auf Patientensicherheit - besonders unter allgemeiner Personalknappheit

Qualitätsförderung/-Darlegung durch QM

- Zertifizierungen mit externer Bewertung für bestimmte Themen
 - Z.B. S3-Leitlinien – Grundlage
 - Vorgaben für interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - Fokus Ergebnisqualität
 - Z.B. onkologische Organzentren, EPZ, Traumazentrum, ATZ, CPU,...
- Systemzertifizierung, deutlich umfassender als G-BA QM-RL

Stattdessen zunehmend detaillierte „Definitionen“ von Qualität

- G-BA QM RL – Festlegung/Auswahl an Instrumenten und Methoden
- Qualitätsförderungs- und Durchsetzungsrichtlinie 2019
 - Hinweis auf QZ, Audits, Behandlungspfade, SOPs ...
- RL zur datengeschützten einrichtungsübergreifenden QS (DeQS-RL)
 - 18 Verfahren in 12 Bereichen plus neu geplante QS-Verfahren
 - z.B. QS-Verfahren zur Stillförderung
 - z.B. QS Verfahren zur Diagnostik und Therapie von Sepsis
 - Entwicklung von inkludierten Patientenbefragungen

Zunehmend detaillierte Vorgaben

- Neue Verfahren erfordern:
 - Nachweis der zeitlicher Prozessfolge aus Papierakten/ ePA / Subsystemen KIS/ PDMS /LIS
 - spezielle SOP-Inhalte bis Vorgaben für Freigaberegung
 - Vorgabe spezifische Audit-Inhalte
 - Pflichtschulungen mit vorgegebenen Inhalten
 - (in Endwertung ggf.. ohne Skalierung „alles oder nichts“)
- Qualitätskriterien in Patientenbefragungen im Rahmen der QS
 - *Kriterium Wartezeit gleich „Zeitspanne Anziehen OP-Hemd bis Untersuchung“*

Zunehmend detaillierte Vorgaben

Auszug aus QS-FFx

RK Hinweis: Im Falle einer Verlegung eines Patienten oder einer Patientin nach erfolgter operativer Versorgung im Rahmen einer Kooperation gemäß § 4 Absätze 5 oder 6 zur Durchführung oder Fortsetzung der postoperativen Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur an einen anderen Standort, sind an diesem Standort für die Dauer der postoperativen Versorgung die Mindestanforderungen nach § 4 Absätze 5 und 6 der Richtlinie zu erfüllen.

Der verlegende Standort trägt bei einer solchen Verlegung nach § 4 Abs. 7 Satz 1 Sorge dafür, dass der Patient oder die Patientin nur an einen kooperierenden Standort verlegt wird, welcher sicherstellen kann, dass diese Mindestanforderungen erfüllt werden.

Dies ist vom verlegenden Standort bei jeder Verlegung zu dokumentieren.

Zeitintensive Bürokratie/ int. Ext. Kontrolle mit hohem Personalbindungsfaktor von med. Fachkräften und MA QM:

- Qualitätssicherung / Qualitätsberichte
 - QSKH-RL, DEQS-RL: multiple Zeitpunkte und Fristen für QS-Datenabgabe und Weitergabe der Berichte und Bearbeitung von Rückmeldungen
 - > personelle Vertretung in Urlaubs-Abwesenheitszeiten zwingend
- einzelne GBA-RL wie QSFFx-RL oder Nachweis Notfallstufen
 - Überwachung von Personaleinsatzplänen hinsichtlich Einzelqualifikationen in Schichten und Teams- inkl. Ausfallzeiten durch Urlaub und Krankheit
- Prüfungen OPS Strukturmerkmale (StrOPS), MD-Qualitätskontroll-Richtlinie und Begutachtungsleitfaden
- Keine Gesamtschau und Evidenz sämtlichen Aufwandes (Krankenhäuser, Praxen, Krankenkassen, Medizinischer Dienst, GBA, IQTIK, sonstige Verwaltungsbehörden)

parallele Herausforderungen

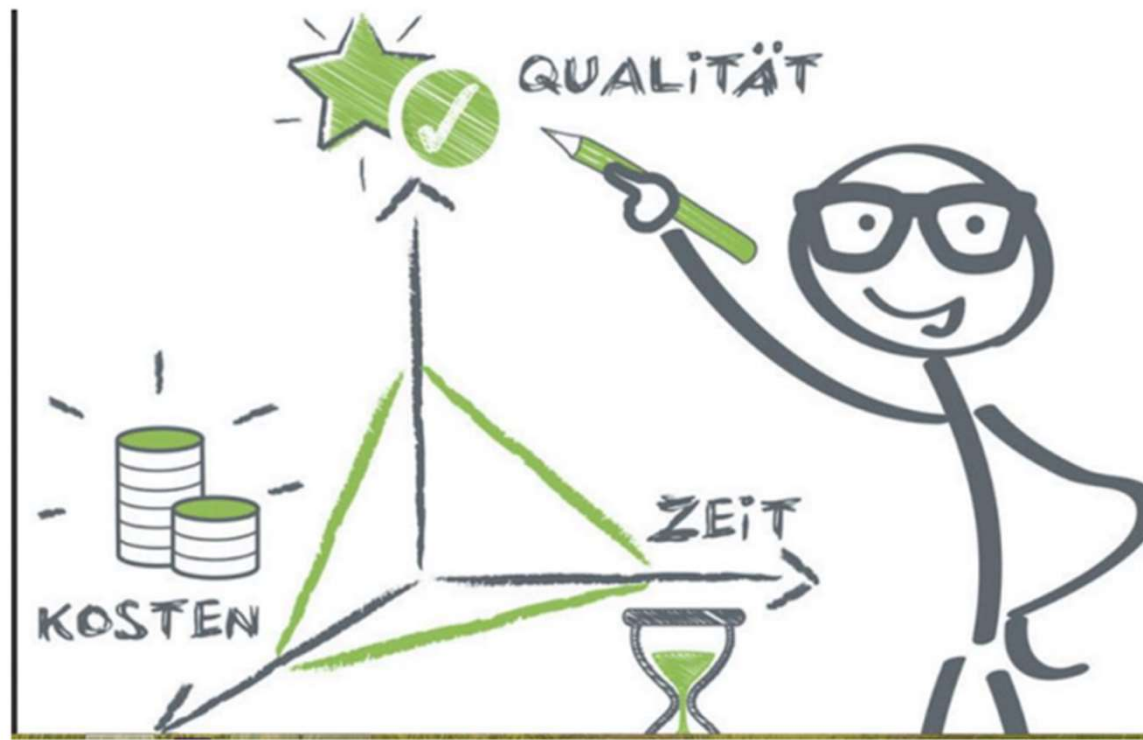
- Flickenteppich an Digitalisierungsgraden der Patienten-Dokumentation
 - Papierakten, anteilig digitalisiert
 - Subsysteme/ Spezialsysteme mäßig integriert
- Digitalisierung in Teilschritten, teils ohne Fokus auf die Prozesse, sondern Einführung oft ressourcenabhängig (ökonomisch wie personell)
- Digitalisierung ist nicht automatisch weniger Aufwand -sondern anders
 - > Erfordert somit viel Anpassung und Umgewöhnung!

Planung externe Qualitätssicherung

Thema SEPSIS

- Von der WHO als **globale Bedrohung** eingestuft - Resolution für besondere Notwendigkeit von Maßnahmen zur Prävention, Diagnose und zum Management der SEPSIS.
- 17. Januar 2019 Beauftragung des G-BA an das IQTIG als Institut nach § 137a SGB V: Entwicklung einer **Konzeptstudie für ein QS-Verfahren zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis**
- Einführung des QS-Moduls für 2026 vorgesehen
- **Beteiligung 1 Standort KWML an der Machbarkeitsstudie 2022:**
 - einrichtungsbezogene und fallbezogene QS-Dokumentation

Im Sinne Qualitätsförderung für KWML?



Quelle: Vortrag Sana Kliniken

Ergebnis Machbarkeitsprüfung bei ehrlicher Angabe

Übersicht über die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Rahmen der Machbarkeitsprüfung Sepsis Bezeichnung des Indikators	Empfohlener Referenzbereich	Ergebnis
Screening mittels Messinstrumenten zur Einstufung des Sepsisrisikos	≥ 90,00 %	56,67 % N = 30
Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	≥ 95,00 %	3,45 % N = 29
Messung des Procalcitonin im Serum zur Steuerung der Dauer der antimikrobiellen Therapie der Sepsis	≥ 90,00 %	31,03 % N = 29
Multimodales Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen zur Prävention von Sepsis	100,00 %	0,00 %
Regelmäßige Schulungen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis	≥ 80,00 %	0,00 %
Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team	100,00 %	0,00 %
Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung bei Sepsis	100,00 %	0,00 %

Tücke in Details des geplanten QS Modul SEPSIS

- **fallbezogenes QS Modul: 30 Min Aufwand/je Bogen**
 - *Alle an SEPSIS- Beh. beteiligten MA müssen an Schulungen zu SEPSIS-Themen und entsprechenden SOPs teilnehmen*
 - ***Für spezifischen AA, VA, SOP, GO ABS-Team** wären inhaltliche Änderung notwendig – z.B. einheitliche SOP für alle F-Abt, mit Freigabe des ÄD*
 - ***Anzahl ABS –Visiten und entsprechende Dokumentation** muss händisch nachvollzogen werden, - im KIS nicht filterbare Abfrage*
 - ***Einzeldokumentation von Audits themenbezogen** bisher nicht üblich, somit nicht differenziert zu beantworten oder Auditsystematik müsste geändert werden*
 -

Negative Effekte dieser detaillierten „Qualitätsbeschreibungen“ in verschiedenen Vorgaben

- Fachkräfte, die am Patientenbett gebraucht werden, stattdessen für Dokumentation und Controlling-Prozesse gebunden
- Interne Regelungen/Vorgabedokumente/SOP-Systematik und Auditsysteme auf einzelne Vorgaben zugeschnitten, -nicht mehr passgenau auf die Organisation
- Ausrichtung von Digitalisierung nicht nach Erfordernissen der jeweiligen Prozesse, sondern im Blick auf Absicherung für Kontrollen
- Abfolge des Veränderungsdruckes überfordert die Flexibilität der MA
- Verlust des Fokus auf eigentlich sinnvolle Verbesserungsmaßnahmen

Dringender Wunsch an die gesetzliche QS

- Abkehr von Überregulierung und kleinteiligen Kontrollen!
- Reduzierung von Dokumentationsaufwand und Redundanz!
- Weniger Qualitätsindikatoren aus einmal dokumentierten Daten!
- Zurück zu Qualitätsförderung unter Orientierung an Evidenz mit „Spielraum für Kompetenz, professionelle Werte, informale Agilität“
Dr. Sommerhoff, 2022
unter „Passgenauigkeit“ des internen QM/RMs für die Organisation!

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit !