

Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

- 2.1 Warum braucht die Medizin ein
 Qualitätsmanagement? – 16**
- 2.2 Entwicklungsgeschichte – 17**
- 2.3 Gesetzliche Grundlagen und Anforderungen – 19**
- 2.4 Strukturierter Qualitätsbericht nach § 137 SGB V – 22**
- 2.5 Externe vergleichende Qualitätssicherung – 26**

2.1 Warum braucht die Medizin ein Qualitätsmanagement?

Die Begriffe Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind in der Wirtschaft seit vielen Jahrzehnten etabliert. Im Gesundheitswesen sind Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsmanagement jedoch erst seit den 1980er Jahren bzw. durch die gesetzlichen Forderungen zu einem Thema geworden.

Die Forderung nach Qualitätsmanagement im Krankenhaus ist eng verbunden mit den Finanzierungsproblemen des bundesdeutschen Gesundheitswesens und der daraus entstandenen Gesundheits- und Sozialpolitik, aus der eine entsprechende Gesetzeslage entstanden ist.

Da die Qualitätssicherungsmaßnahmen Eingang in die Sozialgesetzgebung gefunden haben, ist speziell für den Krankenhausbereich die Verankerung der Qualitätssicherung und die Verpflichtung zur Einführung eines QM-Systems in den §§ 135–137 SGB V festgelegt.

➤ Durch §§ 135–137 SGB V gewann Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen zunehmend an Bedeutung.

Diese gesetzlichen Regelungen haben zur Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Systemen mit unterschiedlicher Struktur und unterschiedlichem Anspruchsniveau im Gesundheitswesen geführt.

Zur Einführung sowohl eines QM- als auch eines Risikomanagementsystems sind Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet. Doch dies reicht bei weitem nicht aus.

Die Herausforderungen der Zukunft für die Krankenhäuser basieren zunehmend auf einer effizienten Krankenhausführung, einem wirksamen QM-System und einer gezielten Personalentwicklung. Kennzeichen sind die steigenden Anforderungen an die Leistungserbringung, ein zunehmender Wettbewerbsdruck sowie ökonomische und gesetzliche Vorgaben. Dies ist gleichzeitig auch der Kerngedanke oder anders gesagt die besondere Herausforderung im Qualitätsmanagement: die Herstellung eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Qualität, Kosten und Zeit.

➤ Um dem stetig zunehmenden wirtschaftlichen und gesetzlichen Druck standhalten zu können, müssen Krankenhäuser durch effiziente Krankenhausführung, ein wirksames QM-System und eine gesunde Personalentwicklung gegensteuern.

Qualitätsmanagement ist im Krankenhaus aber vor allem auch dazu da, gesundheitlichen Nutzen zu erzeugen und die Patienten vor vermeidbaren versorgungsbedingten Schäden zu bewahren. Im Mittelpunkt des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen stehen:

- Patientenorientierung
- Mitarbeiterorientierung
- Prozessorientierung
- Beleuchtung interner Strukturen
- Präventives Fehler- und Risikomanagement
- Kontinuierliche Verbesserung

Bei der Kundenorientierung werden die Zielgruppe und deren Bedürfnisse ermittelt mit dem Ziel, eine Kundenzufriedenheit zu erreichen. Im Krankenhausbereich ist in erster Linie der Patient der Kunde. Zum anderen sind aber auch Kostenträger, Zuweiser und insbesondere auch Mitarbeiter als Kunden anzusehen.

Der Fokus bei der Mitarbeiterorientierung liegt auf der Realisierung einer möglichst hohen Behandlungsqualität. Diese soll durch das Zusammenwirken der verschiedenen Berufsgruppen und die Aufgabenverteilung auf einzelne Gruppen erreicht werden. Wichtig ist eine gezielte Personalentwicklung, in deren Zentrum gezieltes Training und entsprechende Fortbildungen stehen sollten, die Mitarbeiter zu qualitätsorientiertem Denken und abteilungsübergreifendem Handeln befähigen sollen. Qualitätskonferenzen und Qualitätszirkel haben hierbei eine zentrale Bedeutung.

Ein wichtiger Aspekt bei QM-Konzepten ist die Prozessorientierung. Gerade im Krankenhausbereich ist das Denken in Prozessen nicht sehr ausgeprägt. Das Denken in Funktionen ist vorherrschend. Der Patient als Kunde muss so begriffen werden, dass ein klarer Behandlungsablauf von der Aufnahme über die eigentliche Behandlung bis hin zur Entlassung mit einer konkreten Zielsetzung festgelegt wird.

Bei der Einführung eines QM-Systems werden zudem interne Unternehmensstrukturen beleuchtet. Hieraus lassen sich kontinuierliche Qualitätsverbesserungen ableiten. Kosteneinsparungen und höhere Kosteneffizienz sind weitere wichtige Gesichtspunkte eines Qualitätsmanagements.

Qualitätsmanagement weist eine präventive Orientierung auf. Dies bedeutet, dass die Vermeidung von Fehlern, die Suche nach Fehlerursachen und ihre Beseitigung im Vordergrund stehen. Ein Qualitätsmanagement geht immer mit der kontinuierlichen Verbesserung von Behandlungsabläufen einher, z. B. durch Qualitätsverbesserungsprojekte oder durch die Vereinbarung zu erreichender Qualitätsziele.

Krankenhäuser sind keine konkurrenzfreie Zone mehr. Eine Entwicklung vom Universalkrankenhaus zum Krankenhaus mit unverwechselbarem Profil ist nicht mehr abzuwenden. Jedes Krankenhaus muss sich eine eigene Position im Wettbewerb sichern. Dies bedeutet, das Leistungsspektrum und die individuellen Stärken zu definieren und diese für die Öffentlichkeit sichtbar werden zu lassen. Ein Krankenhaus braucht ein unverwechselbares Marketingprofil und eine entsprechende Marketingstrategie, denn in Zukunft entscheidet der Patient zunehmend durch seine Wahl über das Bestehen oder Nichtbestehen von Krankenhäusern – nicht nur der privaten Kliniken. Integrierte Therapiekonzepte fordern andere Arbeitsteilungen zwischen Einweisern und Klinik, die es kompetent zu steuern gilt.

Ein QM-System kann die Rahmenbedingungen schaffen, um direkte wertschöpfende Prozesse am Patienten beherrschbar zu machen und Leistungs- und Qualitätsfähigkeit zu erhöhen.

➤ **Ein gut implementiertes QM-System hilft, Chancen und Risiken im Krankenhaus frühzeitig zu erkennen.**

Auf einen Blick

- Zur Einführung sowohl eines QM- als auch eines Risikomanagementsystems sind Krankenhäuser inzwischen gesetzlich verpflichtet, bei den Systemen haben sie jedoch bislang noch freie Wahl. Eine Zertifizierungspflicht besteht momentan – außer bei Rehabilitationskliniken – nicht.
- Wichtige Aspekte eines QM-Systems sind Patienten-, Mitarbeiter- sowie Prozessorientierung, hinzu kommen die Beleuchtung interner Strukturen, ein präventives Fehler- und Risikomanagement sowie ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess.
- In Zukunft muss sich jedes Krankenhaus zunehmend seine eigene Position im Wettbewerb sichern. Ein gut implementiertes QM-System bildet eine wichtige Entscheidungsgrundlage für die Zukunftsorientierung.

2.2 Entwicklungsgeschichte

Die Anstrengungen, ein umfassendes Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen zu etablieren, begannen Anfang der 1990er Jahre. In den 1950er Jahren hatte man zunächst mit einer reinen Qualitätskontrolle begonnen. Diese war ergebnisorientiert und stützte sich vorwiegend auf Stichprobenverfahren. Das Ziel war dabei, die Strukturen im Gesundheitswesen zu verbessern. In den späten 1960er Jahren wurde mit einer systematischen Qualitätssicherung begonnen. Diese war prozessorientiert. Im Zuge dieser traditionellen Qualitätssicherung wurden spezielle Qualitätssicherungs-Abteilungen ins Leben gerufen. Im Rahmen dieser Qualitätssicherung wurden zahlreiche Verfahrensanweisungen etabliert. In den 1990er Jahren wandte man sich dann einem umfassenden Qualitätsmanagement zu. Im Gegensatz zu den vorherigen Verfahren ist dieser Ansatz sowohl kunden- als auch ergebnisorientiert. Es werden alle Mitarbeiter und alle Geschäftsprozesse miteinbezogen. Im Rahmen dieses umfassenden Qualitätsmanagements

kommt der PDCA-Zyklus (**Plan-Do-Check-Act**) zum Tragen (► Kap. 1).

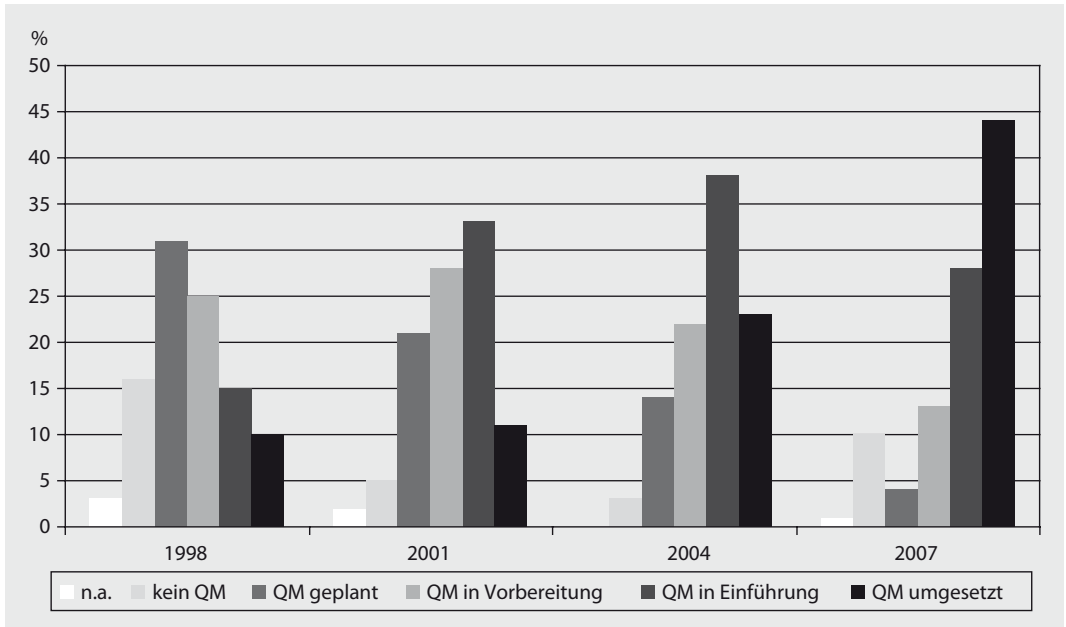
Die Gesundheitsministerkonferenz nahm im Jahr 1999 Empfehlungen auf, durch Qualitätsberichte ein Instrument zur Motivation, Reflexion von Qualität und zur Etablierung künftiger Qualitätsziele aufzubauen. Vorläufer hierfür war die Initiative »Vertrauen durch Qualität«, die von 5 städtischen Kliniken in München von 1989–1993 durchgeführt wurde. Von 1989–2001 wurde dann an 44 Kliniken in 10 Verbünden das Demonstrationsprojekt »Qualitätsmanagement im Krankenhaus« durchgeführt – dieses wurde auch als DemoPro abgekürzt. Durch den Gesetzgeber gab es eine bundesweite Ausschreibung zur Teilnahme an diesem Projekt. Im Rahmen dieser Initiative wurden zahlreiche Stabsstellen für Qualitätsmanagement etabliert. Ziel des Projektes war es letztlich, zu demonstrieren, dass die Einführung eines QM-Systems samt Zertifizierung in Krankenhäusern möglich ist.

Im Jahr 2001 hatten 20 % der Akutkrankenhäuser einen Qualitätsbericht verfasst – dieser war zu diesem Zeitpunkt noch freiwillig. Diese Qualitätsberichte wurden an Interessenten verschickt bzw.

im Internet eingestellt. Sie dienten u.a. auch der Positionierung des jeweiligen Krankenhauses am Markt und boten den Kostenträgern einen Einblick (■ Abb. 2.1).

Anfang 2004 wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Aufgabe übertragen, Inhalt und Umfang der dann verpflichtenden strukturierten Qualitätsberichte zu beschließen (SGB V § 137 Nr. 6 Satz 3 Absatz 1). Teilnehmer dieses Bundesausschusses waren die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie der Deutsche Pflegerat. Im Jahr 2005 wurde die Erstellung des Qualitätsberichtes dann verpflichtend (► Abschn. 2.4).

➤ **Seit 2005 sind Krankenhäuser in Deutschland verpflichtet, alle 2 Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen.**



■ **Abb. 2.1** Entwicklung des Qualitätsmanagements in deutschen Akutkrankenhäusern. (Adaptiert nach Blumenstock et al., 2005)

2.3 Gesetzliche Grundlagen und Anforderungen

In den letzten Jahren wurde die Verpflichtung, ein QM-System zu etablieren und weiterzuentwickeln, gesetzlich verankert. Medizinische und pflegerische Leistungen dürfen nur noch dann angeboten werden, wenn die Anforderungen an die Qualitätssicherung erfüllt sind, und sich das Krankenhaus an allen Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung beteiligt. Diese Maßnahmen zur externen Qualitätssicherung sind ebenfalls im Sozialgesetzbuch (SGB) V der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festgeschrieben.

Die Verpflichtung zum Qualitätsmanagement wird im SGB V im § 135 festgelegt. Wörtlich heißt es hier:

» (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 [...] verpflichtet, 1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern, und 2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren und zugelassene Krankenhäuser haben der Institution nach § 137a Abs. 1 die für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben [...] erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen. «

➤ **Das SGB V schreibt in § 135 die Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements und die Teilnahme an Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung vor.**

Die Anforderung an ein solches einrichtungsinternes Qualitätsmanagement wurden im Bundesanzeiger Nr. 242 vom 22.12.2005 bekannt gemacht. Das QM-System kann von der Einrichtung frei ge-

wählt werden. Es muss aber nach dem Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements ausgestaltet sein. Diese Ausgestaltung wird mit folgenden Elementen näher definiert:

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

In § 137 des SGB V wird die Qualitätssicherung bei nach § 108 zugelassenen Krankenhäusern geregelt. Als nach § 108 zugelassene Krankenhäuser gelten:

1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Dies bedeutet, dass auch psychiatrische Krankenhäuser bzw. Landeskrankenhäuser sowie Rehabilitationskliniken eine Verpflichtung zum Qualitätsmanagement haben, da sie einen Versorgungsauftrag haben.

Im Absatz 1 des § 137 des SGB V heißt es wörtlich:

» Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 insbesondere 1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und 2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen,

insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen...»

Im Weiteren werden Einzelheiten, wie der Qualitätsbericht, Vergütungsabschlüsse etc., geregelt. Im Einzelnen heißt es hier wörtlich:

» Der Gemeinsame Bundesausschuss fasst für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten auch Beschlüsse über 1. die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten der Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 2. einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, 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 oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände, 3. Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen und 4. Inhalt, Umfang und Datenformat eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach Absatz 1 sowie der Umsetzung der Regelungen nach den Nummern 1 und 2 dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. Er ist über den in dem Beschluss festgelegten Empfängerkreis hinaus auch von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. «

Der strukturierte Qualitätsbericht nach § 137 SGB V wird in ► Abschn. 2.4 genauer beschrieben, auf die externe vergleichende Qualitätssicherung wird in ► Abschn. 2.5 eingegangen.

In § 137b wird die Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin festgelegt. Wörtlich heißt es hier:

» Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Stand der Qualitätssicherung im

Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Er erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung...»

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Mio. Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Darüber hinaus beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitswesens.

Der GBA steht unter der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Die Entscheidungen, die der G-BA trifft, müssen zur Prüfung dem BMG vorgelegt werden. Nach Freigabe durch das BMG werden diese Entscheidungen im Bundesanzeiger veröffentlicht und hiermit rechtswirksam. Die hauptsächliche Antriebsenergie für das Qualitätsmanagement kommt von der G-BA.

Das staatsunabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wurde im Dezember 2004 in Form einer privaten Stiftung durch den G-BA gegründet und hat seinen Sitz in Köln. Dem IQWiG obliegt die wissenschaftliche Bewertung von Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen. Hierbei unterstützt das IQWiG den G-BA durch die Abgabe von Empfehlungen in der Wahrnehmung seiner gesetzlichen Aufgaben.

Das Institut ist insbesondere auf den folgenden Gebieten tätig:

- Recherche, Darstellung und Bewertung des aktuellen medizinischen Wissensstandes zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren bei ausgewählten Krankheiten,

- Erstellung von wissenschaftlichen Ausarbeitungen, Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit der im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen,
- Bewertung evidenzbasierter Leitlinien für die epidemiologisch wichtigsten Krankheiten,
- Abgabe von Empfehlungen zu Disease-Management-Programmen (DMP),
- Bewertung des Nutzens von Arzneimitteln,
- Bereitstellung von für alle Bürger verständlichen allgemeinen Informationen zur Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung.

➤ **Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bewertet Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit medizinischer Leistungen.**

Ein Qualitätsmanagement ist auch im vertragsärztlichen Bereich vorgeschrieben.

Auch für die Qualität der Rehabilitation von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen wurden gesetzliche Regelungen getroffen. In § 20 SGB IX heißt es zur Qualitätssicherung wie folgt:

» (1) Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 vereinbaren gemeinsame Empfehlungen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungen, insbesondere zur barrierefreien Leistungserbringung, sowie für die Durchführung vergleichender Qualitätsanalysen als Grundlage für ein effektives Qualitätsmanagement der Leistungserbringer. § 13 Abs. 4 ist entsprechend anzuwenden. Die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 6 und 7 können den Empfehlungen beitreten. (2) Die Erbringer von Leistungen stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert. Stationäre Rehabilitationseinrichtungen haben sich an dem Zertifizierungsverfahren nach Absatz 2a zu beteiligen. (2a) Die Spitzenverbände der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3 bis 5 vereinbaren im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement nach Absatz 2 Satz 1 sowie

ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren, mit dem die erfolgreiche Umsetzung des Qualitätsmanagements in regelmäßigen Abständen nachgewiesen wird. Den für die Wahrnehmung der Interessen der stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbänden sowie den Verbänden behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. (3) Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation bereitet die Empfehlungen nach Absatz 1 vor. Sie beteiligt die Verbände behinderter Menschen einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege, der Selbsthilfegruppen und der Interessenvertretungen behinderter Frauen sowie die nach § 19 Abs. 6 gebildeten Arbeitsgemeinschaften und die für die Wahrnehmung der Interessen der ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene maßgeblichen Spitzenverbände. Deren Anliegen wird bei der Ausgestaltung der Empfehlungen nach Möglichkeit Rechnung getragen. (4) § 13 Abs. 3 ist entsprechend anzuwenden für Vereinbarungen auf Grund gesetzlicher Vorschriften für die Rehabilitationsträger... «

➤ **§ 20 des SGB IX regelt die Qualitätssicherung in der Rehabilitation von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen.**

Im SGB XI werden die soziale Pflegeversicherung und auch die Qualitätssicherung geregelt – es geht insbesondere um den Schutz der Pflegebedürftigen und die Betreuung von Heimen. Wörtlich heißt es in § 112:

» (1) Die Träger der Pflegeeinrichtungen bleiben, unbeschadet des Sicherstellungsauftrags der Pflegekassen (§ 69), für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtungen einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich. Maßstäbe für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit einer Pflegeeinrichtung und die Qualität ihrer Leistungen sind die für sie verbindlichen Anforderungen in den Vereinbarungen nach § 113 sowie die vereinbarten Leistungs- und Qualitätsmerkmale (§ 84 Abs. 5). (2) Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, Maßnahmen der Qualitätssicherung

sowie ein Qualitätsmanagement nach Maßgabe der Vereinbarungen nach § 113 durchzuführen, Expertenstandards nach § 113a anzuwenden sowie bei Qualitätsprüfungen nach § 114 mitzuwirken. Bei stationärer Pflege erstreckt sich die Qualitätssicherung neben den allgemeinen Pflegeleistungen auch auf die medizinische Behandlungspflege, die soziale Betreuung, die Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung (§ 87) sowie auf die Zusatzleistungen (§ 88). (3) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. beraten die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen und ihrer Träger für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.«

➤ **§ 112 des SGB XI regelt die Qualitätssicherung für Pflegebedürftige und deren Betreuung in Heimen.**

Auf einen Blick

- Die Forderung nach einem umfassenden Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen ist inzwischen in Gesetzestexten verankert. Das SGB V schreibt im § 135 die Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements und die Teilnahme an Maßnahmen der Qualitätssicherung vor. Dies gilt für nach § 108 zugelassene Krankenhäuser, also für Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser und Krankenhäuser, die einen Versorgungsauftrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Es betrifft daher auch psychiatrische Kliniken bzw. Landeskrankenhäuser.
- Auch im vertragsärztlichen Bereich ist die Einführung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements durch § 73c des SGB V geregelt.

- Zudem gibt es Vorschriften zur Qualitätssicherung in der Rehabilitation von behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen (§ 20 des SGB IX), sowie in der Betreuung pflegebedürftiger Patienten (§ 112 des SGB XI).
- Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland und eine treibende Kraft für die Einführung eines Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen.
- Das staatsunabhängige Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) arbeitet Hand in Hand mit dem G-BA und führt wissenschaftliche Bewertungen über Nutzen, Qualität und Wirtschaftlichkeit von medizinischen Leistungen durch.

2.4 Strukturierter Qualitätsbericht nach § 137 SGB V

Nachdem zunächst ein freiwilliger Qualitätsbericht an deutschen Krankenhäusern etabliert worden war, mussten dann im Jahr 2005 alle in Deutschland nach § 108 SGBV zugelassenen Krankenhäuser erstmalig auf der Basis der Daten von 2004 einen Qualitätsbericht abgeben.

Nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sind folgende Einrichtungen:

- Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
- Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
- Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Hierunter fallen auch Rehabilitationseinrichtungen und psychiatrische Kliniken.

Gemäß eines Beschlusses des G-BA sollen alle qualitätsrelevanten Daten der Qualitätsberichte spätestens ab Februar 2012 im Internet zu finden sein.

➤ **Seit 2005 müssen deutsche Krankenhäuser gemäß § 137 SGB V alle 2 Jahre einen Qualitätsbericht erstellen.**

Ziele des strukturierten Qualitätsberichtes sind:

- Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung
- Orientierungshilfe für Vertragsärzte und Krankenkassen bei Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten
- Möglichkeit für Krankenhäuser, Leistungen und Qualität nach außen transparent darzustellen

Der Qualitätsbericht richtet sich hierbei vorwiegend an die folgenden Zielgruppen:

- Versicherte und interessierte Parteien
- Krankenhäuser
- Krankenkassen und Vertragsärzte
- Sekundärnutzer, wie beispielsweise Verbraucherschutzverbände, Patientenvermittler oder Arbeitssuchende

Die Struktur des Qualitätsberichtes wurde seit 2005 weiter an die Erfordernisse angepasst. Hierbei wurde vor allem auf folgende Punkte Wert gelegt:

- Der Qualitätsbericht soll mit vertretbarem Aufwand und mit den im Krankenhaus vorhandenen Möglichkeiten anzufertigen sein.
- Das Datenformat soll sich vor allem an dem Nutzen für den Patienten orientieren.
- Aussagen zur medizinischen Ergebnisqualität sollen enthalten sein.
- Redundanzen sollen minimiert bzw. eliminiert werden.
- Der Qualitätsbericht soll für die verschiedenen Zielgruppen verständlich sein und von Format und Gestaltung her leicht aufgenommen werden können.
- Informationen sollen leicht und schnell aufzufinden sein.

- Vorgaben sollen als Mindestanforderung verstanden werden.
- Die enthaltenen Pflichtdaten sollen die jeweilige Zielgruppe bei der Entscheidungsfindung unterstützen können.
- Die Angaben sollen vergleichbar und nachprüfbar sein.
- Die Struktur des Qualitätsberichtes soll möglichst konstant gehalten werden, um Vergleiche über verschiedene Jahre hinweg zu ermöglichen und um die Erstellung, Bearbeitung und Nutzung zu erleichtern.

Der strukturierte Qualitätsbericht gliedert sich in die folgenden 4 Kapitel:

1. Kapitel A zu allgemeinen Struktur- und Leistungsdaten
2. Kapitel B zu Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen
3. Kapitel C zur Qualitätssicherung, sowie
4. Kapitel D zum Qualitätsmanagement.

Während in Kapitel A die allgemeinen Daten zur Struktur und zum Leistungsangebot des Krankenhauses erfasst werden, bezieht sich Kapitel B speziell auf die Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen. Hier werden Versorgungsschwerpunkte, Fallzahlen, Hauptdiagnosen nach ICD und Prozeduren nach OPS erfragt. Auch wird genau auf Leistungsangebote, ambulante Behandlungsmöglichkeiten sowie die apparative und personelle Ausstattung eingegangen.

Im Kapitel C zur Qualitätssicherung wird u. a. nach der Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung (BQS-Verfahren, ► Abschn. 2.5), nach anderen externen Qualitätssicherungsverfahren und nach der Mindestmengenverordnung gefragt. Kapitel D geht auf das Qualitätsmanagement ein. Neben der Ausformulierung von Qualitätspolitik und Qualitätszielen wird nach dem Aufbau eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements, Instrumenten des Qualitätsmanagements, derzeit laufenden Qualitätsmanagementprojekten und nach der Bewertung der Qualitätsmanagements gefragt. ■ Tab. 2.1, ■ Tab. 2.2, ■ Tab. 2.3 und ■ Tab. 2.4 fassen die Unterkapitel des strukturierten Qualitätsberichts 2011 zusammen.

■ Tab. 2.1 Gliederung des strukturierten Qualitätsberichtes; Struktur und Leistungsdaten

A. Struktur- und Leistungsdaten	
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Institutskennzeichen des Krankenhauses
A-3	Standort(nummer)
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote
A-10	Allgemeine nichtmedizinische Serviceangebote
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-11.1	Forschungsschwerpunkte
A-11.2	Akademische Lehre
A-11.3	Ausbildung in anderen Heilberufen
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
A-14	Personal des Krankenhauses
A-14.1	Ärzte und Ärztinnen
A-14.2	Pflegepersonal
A-14.3	Spezielles therapeutisches Personal
A-15	Apparative Ausstattung

■ Tab. 2.2 Gliederung des strukturierten Qualitätsberichtes; Struktur und Leistungsdaten der Fachabteilungen

B. Struktur-/Leistungsdaten der Fachabteilungen	
B-(X).1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-(X).2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-(X).3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-(X).4	Nichtmedizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-(X).5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung
B-(X).6	Diagnosen nach ICD
B-(X).6.1	Hauptdiagnosen nach ICD
B-(X).6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen
B-(X).7	Prozeduren nach OPS

■ Tab. 2.2 Fortsetzung

B. Struktur-/Leistungsdaten der Fachabteilungen

B-(X).7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS
B-(X).7.2	Weitere Kompetenzprozeduren
B-(X).8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-(X).9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-(X).10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft
B-(X).11	Personelle Ausstattung
B-(X).11.1	Ärzte und Ärztinnen
B-(X).11.2	Pflegepersonal
B-(X).11.3	Spezielles therapeutisches Personal

■ Tab. 2.3 Gliederung des strukturierten Qualitätsberichtes; Qualitätssicherung

C. Qualitätssicherung

C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V
C-1.1	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate
C-1.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs.1 Satz 1 Nr.2 SGB V (»Strukturqualitätsvereinbarung«)
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

■ Tab. 2.4 Gliederung des strukturierten Qualitätsberichtes; Qualitätsmanagement

D. Qualitätsmanagement

D-1	Qualitätspolitik
D-2	Qualitätsziele
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements
D-5	Qualitätsmanagementprojekte
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements

Auf einen Blick

Die Erstellung eines strukturierten Qualitätsberichts ist nach § 137 SGB V alle 2 Jahre für die deutschen Krankenhäuser vorgeschrieben. Der Qualitätsbericht soll dabei als Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung dienen und eine Orientierungshilfe für Vertragsärzte und Krankenkassen bei Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten sein. Zudem soll er den Krankenhäusern die Möglichkeit bieten, Leistungen und Qualität nach außen transparent darzustellen.

Qualitätsmanagement und Zertifizierung
Praktische Umsetzung in Krankenhäusern,
Reha-Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen
Ertl-Wagner, B.; Steinbrucker, S.; Wagner, B.C.
2013, XV, 207 S., Hardcover
ISBN: 978-3-642-25315-7