

9. Qualitätssicherungskonferenz des Gemeinsamen Bundesausschusses

am 28. und 29. September 2017, Hotel TITANIC CHAUSSEE BERLIN

28. September 2017, 11.00 – ca. 17.15 Uhr

ab 10.00 Uhr	Registrierung, Begrüßungskaffee
11.00 – 12.45 Uhr	Plenum Moderation: <i>Dr. Regina Klakow-Franck, unparteiisches Mitglied des Gemeinsamen Bundesausschusses</i>
11.00 Uhr	Eröffnung, Begrüßung
11.15 Uhr	Grußwort <i>Staatssekretär Lutz Stroppe, Bundesministerium für Gesundheit</i>
11.30 Uhr	Learning from deaths: approaches after HSMR (hospital standardised mortality ratio) <i>Prof. Nick Black, London School of Hygiene & Tropical Medicine</i>
12.10 Uhr	Mitarbeiterorientierung und Führungskultur <i>Prof. Dr. Tanja Manser, Institut für Patientensicherheit</i>
12.45 – 13.45 Uhr	Mittagspause
13.45 – 15.15 Uhr	Parallelveranstaltungen 1 - 4
15.15 – 15.45 Uhr	Kaffeepause
15.45 – 17.15 Uhr	Parallelveranstaltungen 5 - 8

29. September 2017, 09.30 – ca. 15.30 Uhr

ab 09.00 Uhr	Registrierung
09.30 – 10.15 Uhr	Plenum
09.30 Uhr	Begrüßung
09.35 Uhr	Der Dialog als Grundelement der Qualitätssicherung <i>Dr. Christof Veit, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen</i>
09.55 Uhr	Patientenpräferenzen – Methoden und Potential zur Entscheidungsunterstützung <i>Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher, Hochschule Neubrandenburg</i>
10.15 – 10.45 Uhr	Kaffeepause
10.45 – 12.00 Uhr	Parallelveranstaltungen 1 - 2
12.00 – 13.00 Uhr	Mittagspause und Postersession zu den QS-Verfahren und Feedback-Stand „Das verbesserungswürdige Datenfeld“
13.00 – 14.15 Uhr	Parallelveranstaltungen 3 - 4
14.15 – 14.30 Uhr	Kaffeepause
14.30 Uhr	Podiumsveranstaltung – Zukunft der Qualitätssicherung Moderation: <i>Dr. Christof Veit</i> <i>Jutta Darnedde, Gesundheit Nord, Klinikverbund Bremen</i> <i>Prof. Dr. Axel C. Mühlbacher, Hochschule Neubrandenburg</i> <i>Dr. Ilona Köster-Steinebach, Verbraucherzentrale Bundesverband</i> <i>Prof. Dr. Matthias Schrappe, Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung</i>
15.25 Uhr	Abschluss und Verabschiedung

28. Sept. 2017 | 13.45 – 15.15 Uhr | Parallelveranstaltungen 1 – 4

1. Qualitätsmanagement

Moderation: *Dr. Franziska Diel, Kassenärztliche Bundesvereinigung*

-
- 13.45 Uhr Integration von Qualitätssicherung in das Qualitätsmanagement am Beispiel des Themas Hygiene
Ulrike Schmitt, Kassenärztliche Bundesvereinigung
- 14.15 Uhr Einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (üFMS) – aktueller Umsetzungsstand
Dr. Henning Schaefer, Ärztekammer Berlin
- 14.45 Uhr Patient Blood Management
Prof. Dr. Dr. Kai Zacharowski, Universitätsklinikum Frankfurt

2. Patientenorientierung und -sicherheit

Moderation: *Sabine Häfner, Stabsstelle Patientenbeteiligung*

-
- 13.45 Uhr Mindestmengen dienen der Patientensicherheit – nicht der Qualitätsmessung
Dr. Horst Schuster, GKV-Spitzenverband
- 14.05 Uhr Sturzprophylaxe im Krankenhaus
Prof. Dr. Cornelia Heinze, Evangelische Hochschule Berlin
- 14.25 Uhr [Audits zur Patientensicherheit – Lernen aus analysierten Schadenfällen](#)
Dr. Peter Gausmann, GRB Gesellschaft für Risiko-Beratung
- 14.45 Uhr Partizipative Entscheidungsfindung in Medizin und Medizinrecht – aktueller Sachstand und Bedarf aus PatientInnensicht
Cordula Mühr, Patientenvertretung im G-BA

3. Datengestützte Qualitätssicherung

Moderation: *Karola Pötter-Kirchner, Gemeinsamer Bundesausschuss*

-
- 13.45 Uhr Beschluss zur Weiterentwicklung der datengestützten Qualitätssicherung: auf dem Weg zu einheitlichen Rahmenbedingungen und Strukturen
Peter Follert, GKV-Spitzenverband
- 14.15 Uhr Dokumentationsrate 100%: Datenerfassung und Fehlerquellen
Dr. Hubertus Bürgstein, Klinikum Leverkusen
- 14.45 Uhr Herausforderungen der sektorenübergreifenden QS für die Softwarehersteller
Sabine Löffler, Bundesverband Gesundheits-IT

4. Mindestanforderungen an Struktur- und Prozessqualität

Moderation: *Dr. Thilo Grüning, Deutsche Krankenhausgesellschaft*

-
- 13.45 Uhr [Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene \(QFR-RL\) - Die neue Übergangsregelung aus Sicht der Betroffenen](#)
Hans-Jürgen Wirthl, Patientenvertretung im G-BA
- 14.05 Uhr [Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene \(QFR-RL\): Strukturabfrage und klärender Dialog - Der Weg ist das Ziel](#)
Emanuel Voigt, Deutsche Krankenhausgesellschaft
- 14.25 Uhr Mindestmengen im internationalen Kontext: Evidenz, Leistungsbereiche, Regelungen
Johannes Morche, Dr. Barbara Pietsch, Gemeinsamer Bundesausschuss
- 14.45 Uhr Sicherung der Struktur- und Prozessqualität in der vertragsärztlichen Versorgung
Dirk Winterkamp, Kassenärztliche Bundesvereinigung

5. Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung

Moderation: *Peter Follert, GKV-Spitzenverband*

-
- 15.45 Uhr Planungsrelevante Qualitätsindikatoren im Zusammenspiel mit weiteren Maßnahmemöglichkeiten des KHSG – Versorgungssteuerung im Interesse der PatientInnen
Cordula Mühr, Patientenvertretung im G-BA
- 16.05 Uhr Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – wie und wann geht es weiter?
Dr. Cornelia Gleisberg, GKV-Spitzenverband
- 16.25 Uhr [Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – wie geht es weiter? Stand der Umsetzung in den Ländern](#)
Dr. Frank Stollmann, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
- 16.45 Uhr Qualitätszu- und -abschläge – methodische Herausforderungen
Dr. Dagmar Hertle, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

6. Methoden der Qualitätssicherung

Moderation: *Petra Corvin, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung*

-
- 15.45 Uhr [Qualitätsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung](#)
Dr. Izabela Kossowski, Ute Wülfing, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
- 16.05 Uhr Das neue Methodenpapier des IQTIG
Dr. Christof Veit, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
- 16.25 Uhr Kosten-/Nutzenbewertung von QS-Maßnahmen – geht das?
Dr. Lutz Altenhofen, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
- 16.45 Uhr [EndoCert® - Zertifizierung von Endoprothetischen Versorgungszentren in Deutschland](#)
Dr. Holger Haas, EndoCert, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

7. Public Reporting

Moderation: *Birgit Pätzmann-Sietas, Deutscher Pflegerat*

-
- 15.45 Uhr Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Chancen und Herausforderungen der inhaltlichen und verfahrenstechnischen Weiterentwicklung
Eva Sellge, GKV-Spitzenverband
- 16.05 Uhr Patientenverständlichkeit der Qualitätsberichte
Dr. Ilona Köster-Steinebach, Verbraucherzentrale Bundesverband
- 16.25 Uhr Chancen und Grenzen von Arztbewertungsportalen
Corinna Schaefer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
- 16.45 Uhr Public Reporting: zukünftig auch zur Strukturqualität der Früh- und Reifgeborenenversorgung
Katharina Koltermann, GKV-Spitzenverband

8. Personalfragen/Human Resources

Moderation: *Dr. Bernd Metzinger, Deutsche Krankenhausgesellschaft*

-
- 15.45 Uhr Personalanforderungen auf Intensivstationen (aktuelles Gutachten)
Dr. Karl Blum, Deutsches Krankenhaus Institut
- 16.05 Uhr [Internationale Ansätze einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser: Das Modell der Nurse-to-Patient Ratios](#)
Prof. Dr. Michael Simon, Hochschule Hannover
- 16.25 Uhr [Innere Qualität von Organisationen am Beispiel Krankenhaus](#)
Prof. Dr. Kuno Rechkemmer, CGIFOS Institut
- 16.45 Uhr [Psychologische Versorgung bei intensivmedizinischen Patienten](#)
Dr. Katharina Tigges-Limmer, Herz- und Diabetes-Zentrum NRW

29. Sept. 2017 | 10.45 – 12.00 Uhr | Parallelveranstaltungen 1 – 2

1. Dialog – Orthopädie und Unfallchirurgie

Moderation: *Dr. Christof Veit, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen*

- 10.45 Uhr Bundesfachgruppe Orthopädie und Unfallchirurgie – Hintergrund und Empfehlungen zum QI „Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur“
Prof. Dr. Rüdiger Smektala, Universitätsklinikum Knappschaftskrankenhaus Bochum
- 11.15 Uhr Präoperative Verweildauer – Aus der Perspektive einer Abteilung für das interne Qualitätsmanagement im Krankenhaus
Dr. Marion Bretag, Klinikum Ernst von Bergmann, Potsdam
- 11.35 Uhr Präoperative Verweildauer – Erfahrungen aus der Arbeit einer Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
Dipl.-Med. Annette Kaiser, Sächsische Landesärztekammer, Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung Dresden

2. Dialog – Valide Dokumentation: Probleme und Lösungsansätze

Moderation: *Dr. Fenne große Deters, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen*

- 10.45 Uhr Datenvalidität und Datenvalidierung in der externen Qualitätssicherung: Erkenntnisse, Weiterentwicklungsbedarf und Herausforderungen
Laura Nölke, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
- 11.05 Uhr Aus der Perspektive des Krankenhauses
Sibylle Harms, Sana Kliniken Berlin-Brandenburg (Klinikum Lichtenberg)
- 11.25 Uhr Impulse zur Diskussion
Dr. Ingo Bruder, Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus, Stuttgart
- 11.45 Uhr Diskussion

29. Sept. 2017 | 13.00 – 14.15 Uhr | Parallelveranstaltungen 3 – 4

3. Dialog – Gynäkologie, Mammachirurgie und Geburtshilfe

Moderation: *Axel Mertens, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen*

- 13.00 Uhr Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Richtlinie und Umsetzung
Dr. Silvia Klein, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
- 13.20 Uhr Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Wie bereitet sich die Krankenhausplanung darauf vor?
Elke Huster-Nowack, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Hamburg
- 13.40 Uhr Podiumsdiskussion – Was ändert die Einführung der PlanQI im klinischen Alltag?
Prof. Dr. Michael Abou-Dakn, St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof
Dr. Kay Goerke, Hunsrück Klinik Simmern
Inge Mayer, Klinikum Mittelbaden
Prof. Dr. Achim Wöckel, Universitätsklinikum Würzburg

4. Dialog – Herztransplantation / Herzunterstützungssysteme und Herzchirurgie

Moderation: *Dr. Christof Veit und Nadja Komm, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen*

- 13.00 Uhr Indikationsqualität – Lessons learned am Beispiel TAVI
Dr. Georg Heinze, Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
- 13.20 Uhr Aus der Perspektive des Krankenhauses
Prof. Dr. Arjang Ruhparwar, Universitätsklinikum Heidelberg
- 13.40 Uhr Diskussionen zum Verfahren Herztransplantation / Herzunterstützungssysteme
Prof. Dr. Jan Dieter Schmitto, Medizinische Hochschule Hannover
- 14.00 Uhr Diskussion

Vortrag Prof. Nick Black, Plenum am 28.09.2017

Inhalt des Vortrags

Krankenhausspezifische standardisierte Mortalitätsraten (Hospital Standardized Mortality Ratios, HSMRs) werden mittlerweile in vielen Ländern zur Bewertung der Versorgungsqualität in Krankenhäusern eingesetzt. Durch sie wird versucht, eine einzige Kennzahl für ein gesamtes Krankenhaus zu generieren. Dies hat zu beunruhigenden Behauptungen über die schlechte Qualität in vielen Krankenhäusern von Seiten der Regierungen, Kostenträger und Medien geführt. Diese sind aber nicht gerechtfertigt, da es einige Mängel gibt, die die Validität der HMRs untergraben. Diese sind unter anderem: der Einfluss von Versorgung außerhalb des Krankenhauses; der Umstand, dass die administrativen Daten das Risiko für Patienten zu versterben, nur unzureichend abbilden und die Tücken der verschiedenen Modelle, die genutzt werden, um HMRs zu berechnen.

Ungeachtet dessen wird diese "Zombi-Statistik" weiterhin genutzt und damit riskiert, dass der Öffentlichkeit, den Patienten, Klinikern und Managern Schaden entstehen. Da für Krankenhäuser die Notwendigkeit besteht, die Anzahl der Todesfälle zu minimieren, ist ein alternativer Ansatz, um herauszufinden, ob es Probleme in der Patientenversorgung gab und der Tod vermeidbar gewesen wäre, die Überprüfung der Patientenakte. In England wurde in einer Studie gezeigt, dass von 3400 Todesfällen etwa 4 % wahrscheinlich vermeidbar gewesen wäre, ein ähnlicher Anteil wie in den USA, den Niederlanden und Neuseeland. Dies zeigt auch den möglichen Nutzen, mehr über die Ursachen vermeidbarer Todesfällen zu erfahren, um die Qualitätsverbesserung in Gang zu setzen.

Infolgedessen führt die Regierung ein standardisiertes Vorgehen ein, nach dem alle Akutkrankenhäuser ihre Todesfälle überprüfen sollen. Unglücklicherweise gibt es ab September 2017 auch die Pflicht für Krankenhäuser, den Anteil der vermeidbaren Todesfälle öffentlich zu berichten, obwohl solch ein Maß ungenau ist, angesichts dessen, dass es nur eine mittlere Reliabilität bei der Beurteilung der Vermeidbarkeit aufweist. Daher besteht die Gefahr, dass eine ungeeignete Kennzahl durch eine andere ungeeignete ersetzt wird.

Die Nutzung von standardisierten Mortalitätsraten sollte auf spezifische Zustände oder Interventionen begrenzt werden, zu denen qualitativ hochwertige klinische Datenbanken existieren, so dass valide, an den Fallmix (Case-Mix) angepasste Raten berechnet werden können. Versuche, zusammenfassende Kennzahlen zu ermitteln, die Auskunft über ganze Krankenhäuser geben, sollten vermieden werden.

Abstract:

Hospital standardised mortality ratios (HSMRs) have been adopted in many countries as a means of assessing the quality of care of hospitals. They attempt to provide a single measure for a whole hospital. This has led to alarming claims by governments, purchasers and the media about the poor quality of many hospitals. But these are not justified given several shortcomings in HSMRs which undermine their validity. These include: the influence of non-hospital services; the inadequacy of administrative data to reflect accurately the risk of death for patients; and the vagaries of the different models used to calculate HSMRs.

Despite this, the use of this 'zombie statistic' persists with the risk of causing harm to the public, patients, clinicians and managers. Given the need for hospitals to try and minimise deaths, an alternative approach is the use of case record review to identify if problems in care have arisen and if death was avoidable. In England a study of 3400 deaths suggested about 4% were probably avoidable, a similar proportion to that found in US, Netherlands and New Zealand. It also demonstrated the potential value for learning about the causes of avoidable death and instituting quality improvement.

As a result, the government is instituting a standardised method for all acute hospitals to review deaths. Unfortunately there is also a requirement from September 2017 for hospitals to publicly report the proportion of their avoidable deaths despite such a metric being of limited accuracy given the only moderate reliability of judging avoidability. There is therefore a danger of replacing one inadequate metric with another.

The use of SMRs should be confined to specific conditions or interventions in which high quality clinical databases exist so that valid case-mix adjusted ratios can be produced. Attempts to produce summary metrics covering entire hospitals should be avoided.

Vortrag Dr. P. Gausmann, PV 2 am 28.09.2017

Inhalt des Vortrags:

Ein Patientensicherheits-Audit (PSA) im klinischen Umfeld ist eine systematische und unabhängige Untersuchung von Strukturen, Prozessen und deren Ergebnissen, durch die die Anwendung spezifischer

Maßnahmen zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen in Diagnostik, Therapie und Pflege beurteilt werden. Solche Audits können in einer gesamten Klinik, in einer medizinischen Fachabteilung, in spezifischen Versorgungsprozessen (z. B. im OP oder in der Geburtshilfe) oder in transsektoralen Versorgungsstrukturen durchgeführt werden. Voraussetzung für PSA sind die Existenz von sicherheitsrelevanten Prozessen, die Bereitschaft zur Veränderung bei den Auditierten, die Freiwilligkeit der Teilnahme und insbesondere die Methoden und Sozialkompetenz der Auditoren. Deren Rolle besteht insbesondere darin, vor ihrem Erfahrungshintergrund ein Problembewusstsein zu schaffen und den therapeutischen Teams "blinde Flecken" aufzuzeigen. Das hier dargestellte Konzept beruht auf der Auswertung realer Haftungsfälle im Bereich Medizin und Pflege aus rund 1.000 Krankenhäusern in Deutschland über 20 Jahre. Es wurden weit über 100.000 Kasuistiken analysiert, bei denen eine Kausalität zwischen einem (Behandlungs-)Fehler und einem Schaden für den Patienten nachweisbar war. Dies ist die Grundlage eines Untersuchungsverfahrens im Rahmen dessen in klinischen Prozessen der auditierten Bereiche Präventionsmaßnahmen beobachtet und analysiert werden, die potentiell geeignet wären, ähnliche Schäden zu verhindern.

Ein wesentliches Ziel des Audits ist die Erarbeitung eines Präventionsprofils, das die Versicherbarkeit von Hochleistungsmedizin und Pflege positiv beeinflussen kann. Entsprechend der Ausrichtung an Erkenntnissen aus realen Schadendaten werden die Themen

- Behandlung und Pflege,
- Diagnostik und Therapieplanung,
- Organisation der Versorgungsprozesse,
- Patientenaufklärung und -information sowie
- Dokumentation und Teamkommunikation

im PSA untersucht.

Durch eine Gewichtung einzelner Präventionsmaßnahmen im Hinblick auf die Eintrittswahrscheinlichkeit, das Schadenausmaß und den Umsetzungsgrad ist es möglich, für den Untersuchungsbereich einen Patientensicherheitsindex zu berechnen.

Der unmittelbare Bezug zu realen Schadenfällen ermöglicht eine Sensibilisierung des therapeutischen Teams und die Einleitung von Reorganisationsprozessen. Die Durchführung und Ergebnisdarstellung von PSA eignen sich aber auch für die Außendarstellung einer Klinik im Sinne eines Patientensicherheitsmarketings.

Fazit:

- Patientensicherheits-Audits auf der Grundlage realer Schäden sensibilisieren therapeutische Teams. Die Ergebnisse der Audits schaffen die Voraussetzung für den Versicherungsschutz von Krankenhäusern.
- Das Patientensicherheitsniveau ist messbar.
- Patientensicherheits-Audits dienen dem Image einer Klinik.

Vortrag H.-J. Wirthl, PV 4 am 28.09.2017

Inhalt des Vortrags:

Der Vortrag nimmt bewusst nicht im Detail die Regelungen in den Fokus, die der Gemeinsame Bundesausschuss mit seinem Beschluss vom 15.12.16 und den bis heute ergangenen Folgebeschlüssen getroffen hat. Er befasst sich insbesondere mit den aktuellen, häufig kritisch zu beurteilenden personellen Gegebenheiten in vielen Perinatalzentren und der Bedeutung von Pflege insbesondere auf die kognitive Entwicklung und die Zukunft frühgeborener Kinder aus dem Blickwinkel betroffener Eltern.

Vortrag E. Voigt, PV 4 am 28.09.2017

Inhalt des Vortrags:

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Dezember 2016 eine Änderung der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) beschlossen. Auf dieser Grundlage wird der G-BA bis zum 31. Mai 2017 Vorgaben zur schichtbezogenen Dokumentation und zur Ausgestaltung des klärenden Dialogs, sowie bis zum 31. Juli 2017 ein Verfahren zur jährlichen standortbezogenen Abfrage der Erfüllung der Anforderungen nach dieser Richtlinie (Strukturabfrage) beschließen. Der Vortrag soll die vom G-BA getroffenen Regelungen zum Inhalt haben, diese vorstellen/erläutern und wenn bereits möglich, erste Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Regelungen schildern.

Vortrag Dr. F. Stollmann, PV 5 am 28.09.2017

Inhalt des Vortrags (Grobstruktur):

- Eignung der bisherigen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren des G-BA für die Krankenhausplanung
- Stand der Umsetzung in den Ländern
- Rechtliche und praktische Anforderungen an die Planungsrelevanz von Qualitätsindikatoren
- Verzahnung von G-BA-Vorgaben und Krankenhausplanung
- Relevanz der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für Krankenhausaufsicht und Vergütungsrecht

Vortrag Dr. I. Kossowski, U. Wülfing, PV 6 am 28.09.2017

Inhalt des Vortrags:

Die Überprüfung medizinischer Leistungen im Einzelfall durch Stichproben ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität. Vor diesem Hintergrund bestimmt die Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung (QP-RL) gemäß § 135b Abs. 2 SGB V die Organisation und Durchführung der Stichprobenprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die QP-RL fokussiert in ihrer Berichterstattung auf die Verwaltungsakte der Kassenärztlichen Vereinigungen als Indikatoren für die Umsetzung und Weiterentwicklung qualitätsfördernder Maßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Vortrag gibt einen Überblick über die Umsetzung dieser seit 10 Jahren geltenden Rahmenrichtlinie, die bundeseinheitliche Vorgaben zur Auswahl, Umfang und Verfahren aller Stichprobenprüfungen gem. § 135b Abs. 2 SGB V festlegt. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Rolle der Qualitätssicherungs-Kommissionen als zentrale Stelle bei der Umsetzung der Qualitätsprüfungen gelegt.

Vortrag Dr. H. Haas, PV 6 am 28.09.2017

Inhalt des Vortrags:

EndoCert bildet gemeinsam mit dem Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) die Qualitätsinitiative zur Endoprothetik der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädischen Chirurgie (DGOOC). Seit 2012 im Regelbetrieb nehmen derzeit rund 550 Einrichtungen als zertifizierte Endoprothetikzentren teil. Damit ist nahezu die Hälfte der an der endoprothetischen Versorgung in Deutschland beteiligten Einrichtungen zertifiziert.

Die für eine Zertifizierung zu erfüllenden Kriterien wurden durch ein Expertengremium erarbeitet und in zwei Pilotphasen getestet, bevor das System in den Regelbetrieb überging. Neben Anforderungen im Bereich der Strukturqualität, wird besonderer Wert auf die Prozessqualität und die kurzfristige Ergebnisqualität gelegt. Für die langfristige Erfassung der Ergebnisqualität ist das EPRD vorgesehen, an dem zertifizierte Einrichtungen verpflichtet sind, teilzunehmen.

Besonderer Wert wird auf eine hohe Validität der zu erfassenden Qualitätsindikatoren gelegt. Einen wesentlichen Beitrag hierzu leistet das jährliche Audit, das als Überwachungs- oder Wiederholungsaudit (alle drei Jahre) durchgeführt wird. Hierbei sind ein bzw. zwei Fachexperten je nach Audit vor Ort in der Einrichtung und haben die Gelegenheit, sich von der Erfüllung der Anforderungen durch Gespräche mit den Mitarbeitern sowie durch die Prüfung von Akten zu überzeugen. Eine Nichtkonformität mit den Anforderungen führt zu einer Abweichung, deren Behebung Voraussetzung für eine Zertifizierung ist. Daneben werden Hinweise ausgesprochen, die zu einer weiteren Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen sollen.

EndoCert versteht sich als lernendes System: so kann der Anforderungskatalog an relevante Faktoren zur Verbesserung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit angepasst und die realistische Erhebung von Qualitätsindikatoren unterstützt werden.

Für die Zukunft wird eine Abstimmung unter allen an der Qualitätssicherung beteiligten Partnern angestrebt, um einerseits ein effektives und vernetztes System zur Qualitätsverbesserung zu etablieren und andererseits den Aufwand für die beteiligten Einrichtungen vor dem Hintergrund der immer knapper werdenden finanziellen und personellen Ressourcen nicht unnötig zu steigern.

Vortrag Prof. Dr. M. Simon, PV 8 am 28.09.2017

Inhalt des Vortrags:

Der Vortrag gibt einen kurzen Überblick über international existierende Ansätze einer staatlichen Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser und geht näher auf ein Regulierungsmodell ein, das international unter dem Leitbegriff »Nurse-to-Patient Ratios« diskutiert wird. Das

Regulierungsmodell wird insbesondere im Hinblick auf die Frage erörtert, ob es als Orientierung für die in Deutschland geplanten Personaluntergrenzen dienen könnte.

Vortrag Prof. Dr. Kuno Rechkemmer, PV 8 am 28.09.2017

Inhalt des Vortrags

PROBLEM

- Seit über 100 Jahren stehen die Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im Mittelpunkt des Managements – hier Äussere Qualität (ÄQ) genannt. Inzwischen haben sich die Verhältnisse geändert. Die Qualität von Organisationen ist heute mehr denn je durch die Güte des Verhaltens der Beschäftigten bestimmt – hier Innere Qualität (IQ) genannt. Dies gilt im Allgemeinen und für Krankenhäuser im Besonderen. Entscheidend für die Qualität und den Erfolg eines Krankenhauses ist folgerichtig dessen Gesamtqualität, die sich aus dem Zusammenwirken von IQ und ÄQ ergibt. Krankenhausqualität und Krankenhausmanagement werden neu definiert. Den Herausforderungen moderner Arbeitswelten wird entsprochen. Vorhandene Potentialreserven werden erschlossen. Neue Standards werden gesetzt.
- Krankenhäuser sind komplexe Hochleistungsorganisationen. Gute Innere Qualität ist ein zentraler Bestimmungsfaktor ihrer Qualität und ihres Erfolgs. Die Bedeutung ist kaum zu überschätzen. Gute Innere Qualität kann Krankenhäuser zu faszinierenden Spitzenleistungen führen. Schlechte Innere Qualität hingegen ist „teuer“, kann ein Krankenhaus sogar existentiell gefährden. Alle Handlungsdimensionen sind betroffen: Patientenwohl und -sicherheit, Compliance, Arbeitsplatzqualität und Mitarbeiterzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit, Chancen in der Personalgewinnung /-bindung, organisatorische Stabilität, Resilienz, Agilität usw. usf.
- In der Krankenhauspraxis ist das Bemühen um eine gute IQ meist groß. Dennoch hat die IQ in aller Regel kritische Defizite. In manchen Teams / Bereichen ist sie gut, in anderen schlecht. Der Aufwand ist hoch. Doch die Wirkung ist gering, teils sogar negativ. Erwartungen werden enttäuscht. Die IQ steigt nicht. Sie sinkt. Die von schlechter IQ ausgehenden Verbundeffekte variieren nach Lage. Erhebliche Leistungsminderungen und fatale Knotenrisiken können die Folge sein. Gute IQ – nicht nur ein ökonomisches Kalkül, sondern auch eine ethische Pflicht.
- Für die Krankenhausleitung ist die Güte der Inneren Qualität in der Breite und Tiefe der Organisation bislang weitgehend intransparent. Ein zentraler Faktor der Qualität und des Erfolgs ist ihr praktisch unbekannt. Und noch weniger kann sie ihn wirksam steuern. Die hierfür erforderlichen Instrumente stehen ihr nicht zur Verfügung. Sie wird in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben bislang nicht bedarfsgemäß unterstützt – eine Situation, die auf Seiten der ÄQ nicht denkbar wäre und auch nicht akzeptiert würde. Auf Seiten der IQ ist sie tägliche Realität.

Was also ist die Schwierigkeit? Ist das Problem zu groß / die Praxis überfordert? Oder sind die bisherigen Konzepte unpassend?

URSACHEN

IQ-Theorie und -Praxis zeigen: Das Problem sind die bislang dominanten Konzepte. Zum einen führt die bisherige IQ-Fokussierung der Managementtheorie als solche zu kritischen Unausgewogenheiten. Zum anderen lässt diese Raum für Lösungsempfehlungen, welche den Anforderungen des Managements komplexer Organisationen nicht entsprechen. Die Hintergründe sind nicht Krankenhaus-spezifischer, sondern allgemeiner Natur. Festzustellen sind sowohl wissenschaftlich-handwerkliche Defizite (insb. Mangel an Kontextdifferenzierung), wie auch inhaltlich-konzeptionelle Schwächen aufgrund augenscheinlich ungenügender Vertrautheit mit den tatsächlichen Anforderungen der Führung komplexer Organisationen. Dessen ungeachtet werden solche Ansätze als generelle Lösungsmuster propagiert und von der Praxis im Vertrauen auf deren Relevanz übernommen. Auf das IQ-Phänomen wird damit jedoch nicht vorgedrungen. Die Probleme werden weder gelöst, noch wird die Krankenhausleitung in der Herbeiführung einer guten IQ für die Gesamtorganisation angemessen unterstützt.

- Ein Beispiel sind die gängigen sozio-psychologisch geprägten Empfehlungen in Bezug auf Kommunikationstrainings, Teamentwicklungen, Coachings etc. Maßnahmen dieser Art können auf operativer Ebene in spezifischen Einzelfällen natürlich hilfreich sein. Das Problem der übergeordneten Steuerung lösen sie nicht. Zudem ist ihre Wirkung oft ungewiss. Nach vorliegender Erfahrung können Standardprogramme beispielsweise auch zu einer weiteren Desintegration der Organisation führen: Die IQ von Bereichen mit ohnehin guter Innerer Qualität wird besser. Die IQ von Bereichen mit schlechter IQ wird schlechter; die Betroffenen sind enttäuscht; die tatsächlichen Probleme bleiben ungelöst, ihr Vertrauen und ihre Zuversicht werden zusätzlich gemindert.
- Analoges gilt für Maßnahmen um „die IQ herum“, wie besondere Sozialleistungen oder – ein aktuell auch im Krankenhausbereich zunehmend anzutreffender Hype - Fun Management etc. Maßnahmen dieser Art sind gut gemeint und werden von den Beschäftigten normalerweise auch gerne „mitgenommen“. Dass sie die IQ in kritischen Bereichen jedoch verbessern, ist unwahrscheinlich. Hinzu kommt, dass die allgemeine Arbeitsbelastung in Krankenhäusern nach dem Empfinden vieler Be-

schäftigten stetig steigt. Teams mit guter IQ können damit umgehen. Teams mit schlechter IQ hingegen werden überfordert. Die Spannungen steigen. Für Fun Management etwa ist dann weder Interesse noch Zeit. Was gut gemeint ist, geht an den Anliegen der Beschäftigten vorbei. Unverständnis und Demotivation verstärken sich. Gute IQ ist das Hauptanliegen der Beschäftigten. Das ist durchgängige CGIFOS-Erfahrung. Gute IQ – für einzelne Einrichtungen somit auch ein höchst wirksames Instrument gegen Fachkräftemangel im allgemeinen Wettbewerb.

- Ein weiteres Beispiel sind die bislang gängigen IQ-„Platzhalter“, wie Mitarbeiterbefragungen zum Arbeitsklima, oder Arbeitgebersiegel, wie z.B. Great Place To Work etc. Aus der IQ-Sicht stellen diese weder die Qualität der Organisation angemessen dar, noch sind ihre Bewertungen zuverlässig. So kann ein Krankenhaus beispielsweise als ein „Grossartiger Arbeitsplatz“ ausgezeichnet worden sein, in einzelnen Bereichen aber dennoch über eine höchst kritische IQ verfügen (vgl. Reckemmer: Teamkultur bestimmt Arbeitsplatzqualität. In: das Krankenhaus, Juli 2017, Seiten 576-585).

Hiervon wiederum sind dann auch Zertifizierungen wie MDK oder ISO 9000 etc. betroffen. Zum einen sind sie vornehmlich auf die ÄQ konzentriert. Zum anderen werden obige Platzhalter in die Bewertung mit einbezogen, was zu zusätzlicher Verzerrung führt. Wird eine Organisation auf dieser Basis fortentwickelt, sind nicht nur Fehlleitungen geradezu vorprogrammiert (falsche Diagnose, falsche Therapie). Auch ist das Vorgehen in der Außenwirkung ist problematisch, wie etwa wenn Zertifizierungen dieser Art zur Patienten- oder Personalgewinnung eingesetzt werden. Die Gefahr besteht, dass ein falsches Bild gegeben wird, was nicht nur der Glaubwürdigkeit und dem Ansehen der jeweiligen Einrichtung, sondern auch dem Krankenhauswesen und dessen Vertretern insgesamt schadet.

LÖSUNG

- Die aufgezeigte Problematik ist für komplexe Organisationen jeder Art relevant und keineswegs allein auf Krankenhäuser bezogen. Zur Lösung des Problems wurde am CGIFOS Institute GmbH das Konzept des Managements der Inneren Qualität (MIQ) entwickelt. MIQ – für die Krankenhausleitung zum Wohl aller.
- MIQ kommt aus der Praxis und ist für die Praxis. Es ist ein theoretisch fest fundiertes, praxisbewährt leistungsstarkes Gesamtsystem des integrierten Managements der Inneren Qualität basierend auf spezifisch entwickelten Methoden und Instrumenten. Der MIQ-Umfang und -Aufwand ist zwar ungleich geringer als der des Managements der Äusseren Qualität (MÄQ). Sein Nutzen hingegen ist gleichermaßen hoch und das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist generell mehr als überzeugend. Konstitutiv für MIQ sind die am CGIFOS Institute entwickelte Theorie der Inneren Qualität sowie die auf dieser aufbauenden IQ-Diagnostik und IQ-Therapeutik. Die praktische Umsetzung von MIQ ist CGIFOS® MIQ.
- MIQ führt zu einer neuen Art des Krankenhausmanagements, einem neuen Managementprogramm, einem neuen Managementsystem. Krankenhausleitungen sind mit Hilfe von MIQ nun in der Lage, die von ihnen angestrebte IQ wirksam und nachhaltig herbeizuführen. Die optimale Gesamtqualität der Organisation wird effizient und effektiv erreicht: Das bisherige MÄQ wird um MIQ ergänzt. Bewährtes bleibt unverändert. Neues wird ergänzt. Innere und Äussere Qualität werden integriert gestaltet und gelenkt. Die Steuerung kann nach Lage und Bedarf von MIQ oder MÄQ ausgehen.
- Der Nutzen von MIQ ist signifikant. Gemäß der am CGIFOS Institute vorliegenden Erfahrungen ist mit grobem Strich davon auszugehen, dass in Deutschland derzeit zwischen 20 und 50 Prozent der Beschäftigten von Krankenhäusern in Bereichen mit schlechter IQ tätig sind. Was dies für deren Motivation und Einsatzbereitschaft bedeutet, ist augenscheinlich. Aber auch die Krankenhausqualität als solches ist dadurch betroffen. Nach CGIFOS-Einschätzung sind die aus schlechter IQ resultierenden quantitativen Potential-reserven allgemein in der Größenordnung zwischen 5 und 10% des Personalaufwands anzusetzen. In Einzelfällen sind auch deutlich höhere Werte möglich. Hinzu kommen die Kosten geringerer medizinischer und wirtschaftlicher Qualität, höherer Risiken und geminderter Veränderungs- und Zukunftskraft. Der Kolateralschaden des bisherigen Vorgehens ist also erheblich. Gleichzeitig wachsen die Herausforderungen stetig weiter an (Qualitäts-, Kosten- und Wettbewerbsdruck, Compliance, Fachkräftemangel, Diversität, Digitale Transformation etc.). Um so wertvoller sind die innovativen MIQ-Potentiale auch und gerade für die Krankenhausleitung. Ein tiefgreifender Wandel zeichnet sich ab. Es geht um nichts weniger als um eine neue Ära im Krankenhausmanagement - ein neues Managementprogramm, ein neues Managementsystem. Neue zukunftsweisende Chancen tun sich auf.

EMPFEHLUNG

Zur optimalen Erschließung der sich mit der IQ-/MIQ-Konzeption eröffnenden Potentiale und Chancen wird empfohlen, die Innere Qualität und deren Management (MIQ) in die G-BA Qualitätsmanagement Richtlinie aufzunehmen und auf dieser Basis eine optimale Gesamtqualität der Krankenhäuser Deutschlands in ausgewogenem Verhältnis von Innerer und Äusserer Qualität herbeizuführen. Die IQ darf nicht länger vernachlässigt bleiben. Das zeigen die CGIFOS-Erfahrungen eindeutig. Eine kritische Schiefelage ist für das deutsche Krankenhauswesen ansonsten nicht mehr auszuschließen. Kurzfristig positive Ergebnisse zu erwirtschaften zum Preis geminderter Innerer Qualität geht an die Substanz. Organisationen wie auch Berufsgruppen werden destabilisiert. Die Gegenwart wird auf Kosten der Zukunft erkaufte. MIQ – nicht nur eine Option, sondern im Grunde ein ökonomisches wie ethisches Muss

zum Vorteil aller: Patienten, Krankenhausbeschäftigte, Krankenhausleitungen, Krankenhausorganisationen, Krankenhausträger, Gesellschaft.

info@CGIFOS.de

Vortrag Dr. K. Tigges-Limmer, PV 8 am 28.09.2017

Inhalt des Vortrags:

Intensivmedizinische Behandlung zeichnet sich durch Hochtechnologie, konzentrierte medizinische Kompetenz, Todesbedrohung und Krisen aus – sowohl für den Patienten, als auch für Angehörige und Personal. Neben der körperlichen Genesung stehen für den Patienten emotionale Belastungen wie Kontrollverlust, Intimitätsverlust und permanente Alarmer im Vordergrund. Psychotherapeutische Interventionen zeigen sich in der klinischen Praxis als äußerst hilfreich sowohl zur Prophylaxe von trauma- und belastungsbezogenen Störungen als auch bei der Bewältigung der außergewöhnlichen Stressoren. Zudem bietet sich zur sekundären Trauma- und Burnout-Prophylaxe des behandelnden intensivmedizinischen Teams Personalschulung, spezifische Kommunikation und Selbstfürsorgetraining an.