



Prof. Dr. Andreas Becker

Öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger
für Qualitäts- und Risikomanagement in Krankenhäusern

Die Versorgungsvorgaben des G-BA – ein Überblick

34. Frühjahrskolloquium

Berufsbildungswerk Deutscher Krankenhäuser e.V.

Meschede, 02.03.2018

Durchsetzung und Kontrolle durch den G-BA

- Der G-BA ist ermächtigt, neben **Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung** bei der Qualitätsverbesserung je nach Art und Schwere von Verstößen gegen wesentliche Qualitätsanforderungen angemessene **Durchsetzungsmaßnahmen** vorzusehen (§ 137 Abs. 1 SGB V):
 - Vergütungsabschläge
 - Wegfall Vergütungsanspruch.
 - Information Dritter über Verstöße (➔ Krankenhausplanung!)
 - Einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen (➔ öffentliche Berichterstattung!)
- Kontrollen durch den **MDK** mit weitreichenden Befugnissen.

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie nach § 137 Absatz 3 SGB V zu Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung nach § 275a SGB V: Erstfassung

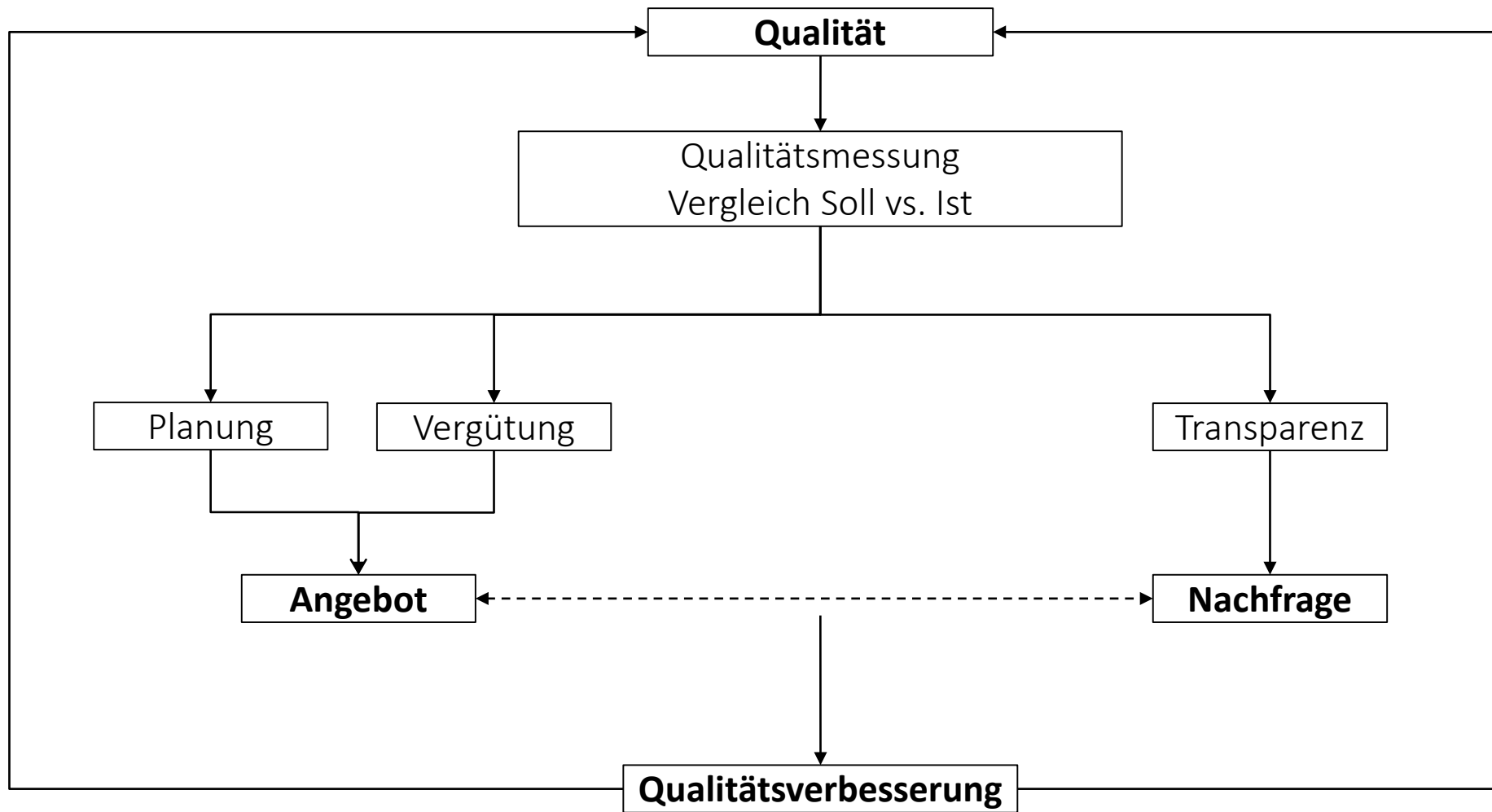
Vom 21. Dezember 2017

§ 3 Kontrollgegenstände

Die Kontrollgegenstände dieser Richtlinie sind in § 275a Absatz 2 Satz 3 Nummern 1 und 2 SGB V enumerativ aufgezählt. Dies sind im Einzelnen

- a. Die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 135b SGB V (Förderung der Qualität durch die Kassenärztlichen Vereinigungen) soweit die Leistungen im Krankenhaus erbracht werden,
- b. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136 SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung),
- c. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136a SGB V (Richtlinien des G-BA zur Qualitätssicherung in ausgewählten Bereichen),
- d. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136b SGB V (Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus),
- e. die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach § 136c SGB V (Beschlüsse des G-BA zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung) sowie
- f. die Kontrolle der Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung.





Beschluss



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über die
Liste der Qualitätsindikatoren gemäß § 136c
Abs. 1 SGB V:
Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren

Vom 15. Dezember 2016

Qualität

Qualitätsme Vergleich Sol

Geburtshilfe		
318	Anwesenheit eines Padiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00 %
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00 %
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel-Event
50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32

Planung

Vergütung

Transparenz

Angebot

Nachfrage

Qualitätsverbesserung



Prof. Dr. Andreas Becker

Öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger
für Qualitäts- und Risikomanagement in Krankenhäusern

Auftrag IQTIG öffentliche Berichterstattung: § 137a Abs. 3 Nr. 4

How do pregnant women use quality measures when choosing their obstetric provider?

Rebecca A. Gourevitch MS¹ | Ateev Mehrotra MD, MPH^{1,2} | Grace Galvin MPH⁴ |
Melinda Karp MBA³ | Avery Plough BA⁴ | Neel T. Shah MD, MPP^{4,5}

¹Harvard Medical School, Boston, MA, USA

²Division of General Internal Medicine and Primary Care, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA

³Blue Cross Blue Shield of Massachusetts, Boston, MA, USA

⁴Ariadne Labs at Brigham and Women's Hospital and the Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA

⁵Department of Obstetrics and Gynecology, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, MA, USA

Correspondence

Neel Shah, Ariadne Labs at Brigham and Women's Hospital and the Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA.
Email: nshah@ariadelabs.org

Funding information
Square Roots

Abstract

Background: Given increased public reporting of the wide variation in hospital obstetric quality, we sought to understand how women incorporate quality measures into their selection of an obstetric hospital.

Methods: We surveyed 6141 women through Ovia Pregnancy, an application used by women to track their pregnancy. We used *t* tests and chi-square tests to compare response patterns by age, parity, and risk status.

Results: Most respondents (73.2%) emphasized their choice of obstetrician/midwife over their choice of hospital. Over half of respondents (55.1%) did not believe that their choice of hospital would affect their likelihood of having a cesarean delivery. While most respondents (74.9%) understood that quality of care varied across hospitals, few prioritized reported hospital quality metrics. Younger women and nulliparous women were more likely to be unfamiliar with quality metrics. When offered a choice, only 43.6% of respondents reported that they would be willing to travel 20 additional miles farther from their home to deliver at a hospital with a 20 percentage point lower cesarean delivery rate.

Discussion: Women's lack of interest in available quality metrics is driven by differences in how women and clinicians/researchers conceptualize obstetric quality. Quality metrics are reported at the hospital level, but women care more about their choice of obstetrician and the quality of their outpatient prenatal care. Additionally, many women do not believe that a hospital's quality score influences the care they will receive. Presentations of hospital quality data should more clearly convey how hospital-level characteristics can affect women's experiences, including the fact that their chosen obstetrician/midwife may not deliver their baby.

A Word of Caution in Public Reporting

Thomas L. Spray and J. William Gaynor



Public reporting in its current form will lead to confusion amongst physicians, administrators, families, and the media. It is unclear that we are giving the families information they really need. At the current time there is no evidence that public reporting really leads to improved outcomes. Rather, it may lead to risk aversion and limit access to care. This is a problem not just for congenital heart surgery but for the entire field of medicine and the care that we provide to our patients. We must be very careful that we don't create a system where we are afraid to take on a patient with increased risk of mortality because it may affect our overall ranking. *Semin Thorac Cardiovasc Surg Pediatr Card Surg Ann* 20:49-55 © 2017 Elsevier Inc. All rights reserved.

By J. Matthew Austin, Ashish K. Jha, Patrick S. Romano, Sara J. Singer, Timothy J. Vogus, Robert M. Wachter, and Peter J. Pronovost

DOI: 10.1377/hlthaff.2014.0201
HEALTH AFFAIRS 34,
NO. 3 (2015): 423-430
©2015 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, Inc.

National Hospital Ratings Systems Share Few Common Scores And May Generate Confusion Instead Of Clarity

Health Policy 121 (2017) 17–26

Contents lists available at ScienceDirect



Health Policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol



Public reporting of hospital quality shows inconsistent ranking results

Martin Emmert^{a,*}, Fatemeh Taheri-Zadeh^{b,1}, Benjamin Kolb^b, Uwe Sander^b

^a Institute of Management (IFM), School of Business and Economics, Friedrich-Alexander-University Erlangen-Nuremberg, Health Services Management, Lange Gasse 20, 90403 Nuremberg, Germany

^b Department of Information and Communication, Faculty for Media, Information and Design, University of Applied Sciences and Arts Hannover, Hannover, Germany

Annals of Internal Medicine

IMPROVING PATIENT CARE

Systematic Review: The Evidence That Publishing Patient Care Performance Data Improves Quality of Care

Constance H. Fung, MD, MSHS; Yee-Wei Lim, MD, PhD; Soeren Mattke, MD, DSc; Cheryl Damberg, PhD; and Paul G. Shekelle, MD, PhD

Background: Previous reviews have shown inconsistent effects of publicly reported performance data on quality of care, but many new studies have become available in the 7 years since the last systematic review.

Purpose: To synthesize the evidence for using publicly reported performance data to improve quality.

Data Sources: Web of Science, MEDLINE, EconLit, and Wilson Business Periodicals (1999–2006) and independent review of articles (1986–1999) identified in a previous systematic review. Only sources published in English were included.

Study Selection: Peer-reviewed articles assessing the effects of public release of performance data on selection of providers, quality improvement activity, clinical outcomes (effectiveness, patient safety, and patient-centeredness), and unintended consequences.

Data Extraction: Data on study participants, reporting system or level, study design, selection of providers, quality improvement activity, outcomes, and unintended consequences were extracted.

Data Synthesis: Forty-five articles published since 1996 (27 of which were published since 1999) evaluated the impact of public reporting on quality. Many focus on a select few reporting systems.

Synthesis of data from 8 health plan-level studies suggests modest association between public reporting and plan selection. Synthesis of 11 studies, all hospital-level, suggests stimulation of quality improvement activity. Review of 9 hospital-level and 7 individual provider-level studies shows inconsistent association between public reporting and selection of hospitals and individual providers. Synthesis of 11 studies, primarily hospital-level, indicates inconsistent association between public reporting and improved effectiveness. Evidence on the impact of public reporting on patient safety and patient-centeredness is scant.

Limitations: Heterogeneity made comparisons across studies challenging. Only peer-reviewed, English-language articles were included.

Conclusion: Evidence is scant, particularly about individual providers and practices. Rigorous evaluation of many major public reporting systems is lacking. Evidence suggests that publicly releasing performance data stimulates quality improvement activity at the hospital level. The effect of public reporting on effectiveness, safety, and patient-centeredness remains uncertain.

Ann Intern Med. 2006;148:111-123.
For author affiliations, see end of text.

www.annals.org



Prof. Dr. Andreas Becker

Öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger
für Qualitäts- und Risikomanagement in Krankenhäusern

Impact of Financial Incentives on Early and Late Adopters among US Hospitals: observational study

Igna Bonfrer,^{1,2} Jose F Figueroa,^{1,3,4} Jie Zheng,¹ E John Orav,^{3,4,5} Ashish K Jha^{1,3,6}

thebmj | BMJ 2018;360:j5622 | doi: 10.1136/bmj.j5622

WHAT IS ALREADY KNOWN ON THIS TOPIC

Previous studies have found that pay for performance programs have had limited impact on process measures and no impact on patient outcomes

No study has examined whether early adopters of pay for performance programs (ie, Premier Hospital Quality Incentive Demonstration) out performed late adopters of pay for performance programs (ie, Hospital Value-Based Purchasing)

WHAT THIS STUDY ADDS

Clinical process scores or 30 day mortality for Medicare beneficiaries were not found to be better at hospitals that have been operating under pay for performance programs for more than a decade

Pay for performance programs as currently implemented are unlikely to be successful in the future, even if their timeframes are extended

SETTING

1189 hospitals in the USA (214 early adopters and 975 matched late adopters), using Hospital Compare data from 2003 through 2013.

PARTICIPANTS

1 371 364 patients aged 65 years and older, using 100% Medicare claims.

MAIN OUTCOME MEASURES

Clinical process scores and 30 day mortality.



Qualität

Krankenhausplan NRW 2015 (was steht da zukünftig?)

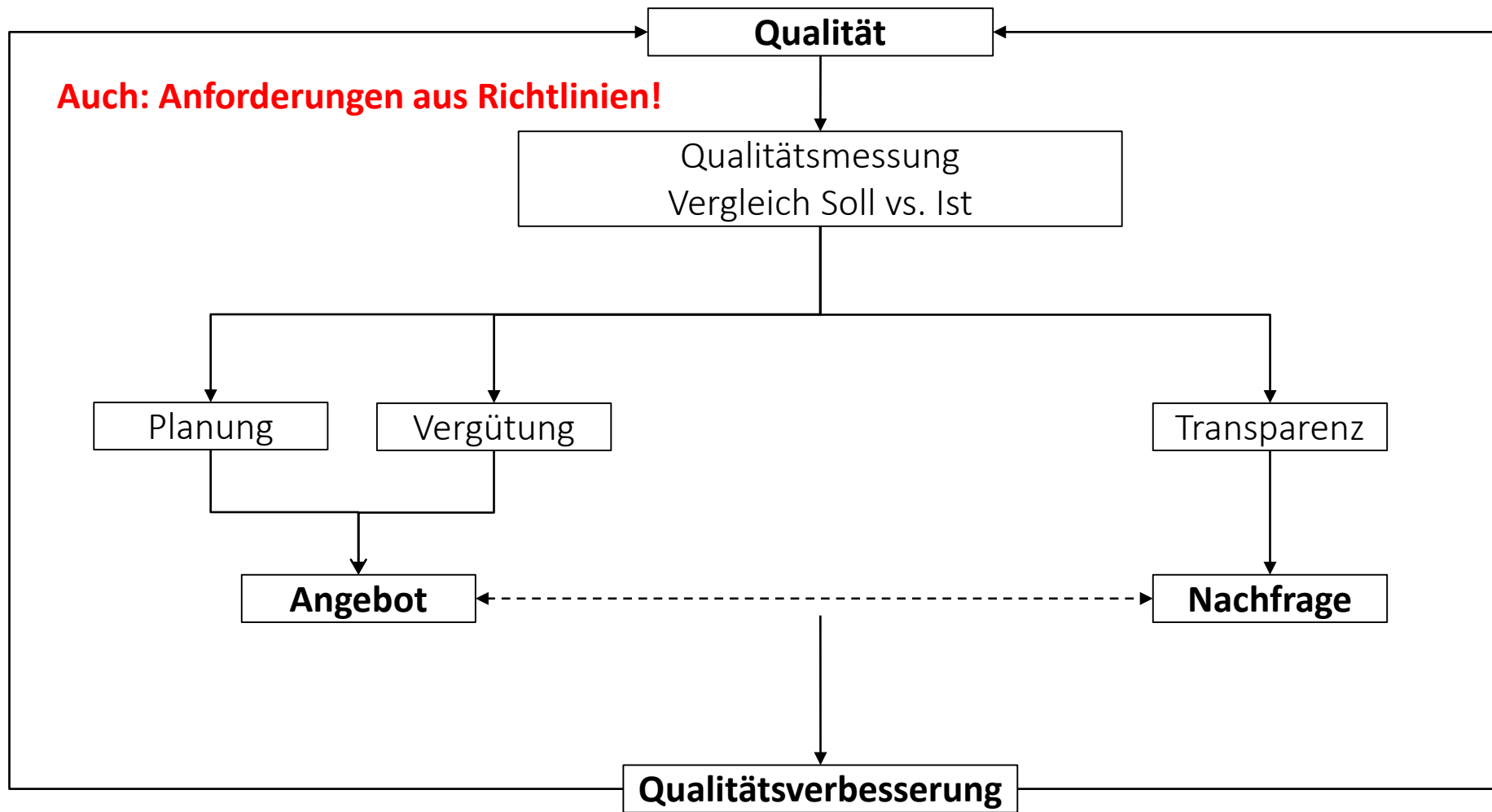
Leistungsfähigkeit (S. 22)

„Hier bieten die Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften Anhaltspunkte, soweit diese Ausführungen und Empfehlungen den Zielen des Krankenhausplanes dienen.“

Versorgungsqualität (S. 24)

„Die nachfolgend für verschiedene Versorgungsbereiche herangezogenen medizinisch-fachlichen Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen sind als wichtige Orientierung zu verstehen und zur Überprüfung der Strukturqualität so lange heranzuziehen, bis sich der allgemein anerkannte Stand der Medizin ausdrücklich weiter entwickelt hat, z.B. durch Neufassung einer Leitlinie.

Eine Orientierung ist kein Ausschlusskriterium; die konkrete Situation des Einzelfalles ist bei Entscheidungen immer in Betracht zu ziehen.“



Spezifische und allgemeine Richtlinien

Richtlinie



**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die
stationäre Versorgung bei der Indikation
Bauchaortenaneurysma**

Richtlinie



**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in
Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V**

Richtlinie



**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über grundsätzliche Anforderungen
an ein einrichtungsinternes
Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und
Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen
und Vertragspsychotherapeuten, medizinische
Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und
Vertragszahnärzte sowie zugelassene
Krankenhäuser**

(Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)

in der Fassung vom 17. Dezember 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2)
in Kraft getreten am 16. November 2016



Richtlinie



des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma

BSG Urteil B 1 KR 15/13 R (2014). Vergütungsanspruch für einen stationären Krankenhausaufenthalt bei offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma. BSG, Urteil vom 01.07.2014 - B 1 KR 28/15 R (Vorinstanzen: Sozialgericht Darmstadt, Hessisches Landessozialgericht)

BSG Urteil B 1 KR 15/13 R 1 / 7 (2016). Vergütungsanspruch für einen stationären Krankenhausaufenthalt bei offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma. BSG, Urteil vom 19.04.2016 - B 1 KR 28/15 R (Vorinstanzen: Sozialgericht Speyer, Landessozialgericht Rheinland-Pfalz)



Richtlinie



**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen
gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in
Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V**

**(Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und
Reifgeborene/QFR-RL)**

in der Fassung vom 20. September 2005
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2005 S. 15 684
in Kraft getreten am 1. Januar 2006

zuletzt geändert am 19. Oktober 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger BAAnz AT vom 15. Dezember 2017 B5
in Kraft getreten am 1. Januar 2018



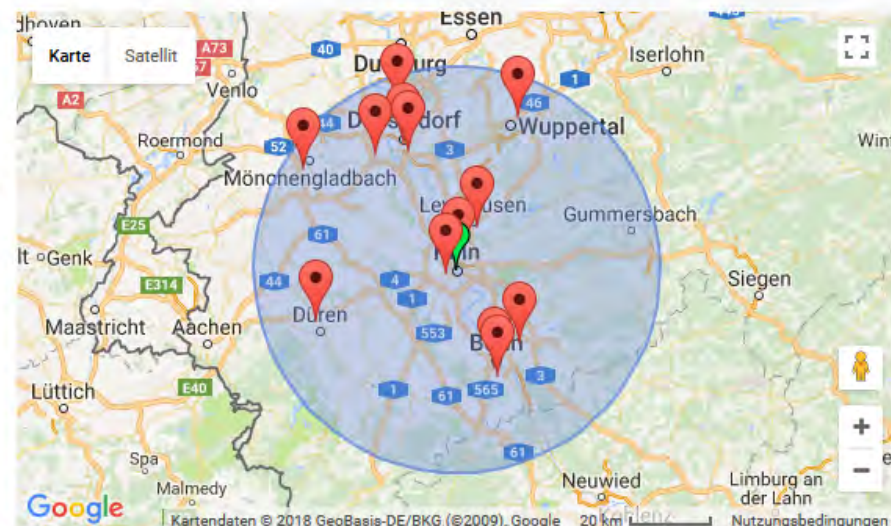
Sie befinden sich hier: Start > Krankenhaussuche

Nachdem Sie eine Krankenhaussuche durchgeführt haben, sehen Sie unten die **Ergebnisse** aufgelistet. Auf der Karte werden Ihnen die gefundenen Perinatalzentren angezeigt. Im **Leitfaden** finden Sie Beispiele, wie Sie die Ergebnisse der Krankenhäuser verstehen und vergleichen können.

Bitte beachten Sie: Die Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die Versorgungsqualität von **sehr kleinen Frühgeborenen** in deutschen **Perinatalzentren**.

Finden Sie Perinatalzentren in Ihrer Nähe und vergleichen Sie die Behandlungsergebnisse miteinander.

[Was bedeutet Level?](#)



Krankenhaus		Entfernung (Luftlinie)	Level	Fallzahl	Risikoadjustierte Fallzahl	Überleben von Frühgeborenen	Überleben von Frühgeborenen ohne schwere Erkrankung
					Minimum: 0,65 Maximum: 217,58 Durchschnitt: 42,83	Minimum: 0,93 Maximum: 1,04 Durchschnitt: 1,00	Minimum: 0,82 Maximum: 1,18 Durchschnitt: 1,00
☐ Uniklinik Köln		3 km	1	148	Krankenhaus: 180,31	Krankenhaus: 1,03	Krankenhaus: 1,12
☐ Kliniken der Stadt Köln gGmbH Kinderkrankenhaus Amsterdamerstrasse		3 km	1	116	Krankenhaus: 150,10	Krankenhaus: 1,04	Krankenhaus: 1,18
☐ Klinikum Leverkusen		12 km	1	69	Krankenhaus: 82,37	Krankenhaus: 1,01	Krankenhaus: 1,04
☐ Asklepios Klinik Sankt Augustin		24 km	1	46	Krankenhaus: 42,06	Krankenhaus: 1,01	Krankenhaus: 1,07
☐ GFO Kliniken Bonn		26 km	1	51	Krankenhaus: 31,53	Krankenhaus: 0,98	Krankenhaus: 0,97
☐ Universitätsklinikum Bonn		28 km	1	93	Krankenhaus: 175,24	Krankenhaus: 1,01	Krankenhaus: 1,08
☐ Universitätsklinikum Düsseldorf		31 km	1	70	Krankenhaus: 75,51	Krankenhaus: 0,95	Krankenhaus: 1,00
☐ Evangelisches Krankenhaus Düsseldorf		33 km	1	22	Krankenhaus: 18,60	Krankenhaus: 0,94	Krankenhaus: 0,88
☐ Städtische Kliniken Neuss - Lukaskrankenhaus- GmbH		35 km	1	32	Krankenhaus: 34,81	Krankenhaus: 1,01	Krankenhaus: 0,98
☐ St. Marien-Hospital gGmbH		37 km	1	26	Krankenhaus: 22,70	Krankenhaus: 1,00	Krankenhaus: 1,00



Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Veröffentlichung des Modells zur Risikoadjustierung gemäß § 7 Absatz 2 Satz 3 der Anlage 4 QFR-RL

Vom 18. Januar 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Januar 2018 beschlossen, das Modell zur Risikoadjustierung gemäß § 7 Absatz 2 Satz 3 der Anlage 4 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) gemäß **Anlage** zu veröffentlichen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 18. Januar 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Keine Informationen zur Prognosegüte!

Das entspricht m. E. nicht dem in § 137a Abs 5 S 1 geforderten „... maßgeblichen, international anerkannten Standards der Wissenschaften ...“

10.2014

das
Krankenhaus

Qualitätssicherung

Prof. Dr. Andreas Becker

**Grenzen der Objektivität –
Qualität von Qualitätsvergleichen**

Qualitätssicherung

das
Krankenhaus

11.2016

Prof. Dr. Andreas Becker/Prof. Dr. Jürgen Stausberg/Burkhard Fischer/Dr. Dirk Carstanjen/
Prof. Dr. Maria Weyermann

**Risikoadjustierung von
Qualitätsindikatoren**

Eine Positionsbestimmung der DKG-Expertengruppe „Qualitätsmessung und Risikoadjustierung“



Richtlinie



**des Gemeinsamen Bundesausschusses
über grundsätzliche Anforderungen
an ein einrichtungsinternes
Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und
Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen
und Vertragspsychotherapeuten, medizinische
Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und
Vertragszahnärzte sowie zugelassene
Krankenhäuser**

(Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL)

in der Fassung vom 17. Dezember 2015
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2)
in Kraft getreten am 16. November 2016



Prof. Dr. Andreas Becker, Ute-Brigitta Wucherpennig

Die neue QM-Richtlinie für Krankenhäuser

Ein Exkurs zu den möglichen Folgen der Nichtbeachtung (Teil 1)

das Krankenhaus 5/2017

Ute-Brigitta Wucherpennig, Prof. Dr. Andreas Becker

Die neue QM-Richtlinie für Krankenhäuser

Ein Exkurs zu den möglichen Folgen der Nichtbeachtung (Teil 2)

das Krankenhaus 6/2017

*Die neue QM-Richtlinie für Krankenhäuser in
Deutschland: Inhalte und Exkurs zu den möglichen Folgen
der Nichtbeachtung (Teil I)*

JMG 2/2017

*Die neue QM-Richtlinie für Krankenhäuser in
Deutschland: Inhalte und Exkurs zu den möglichen Folgen
der Nichtbeachtung (Teil II)*

JMG 3/2017



Prof. Dr. Andreas Becker

Öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger
für Qualitäts- und Risikomanagement in Krankenhäusern

www.i-pdb.de/publikationen/publikationen-mit-erstautorenschaft.html
www.i-pdb.de/publikationen/weitere-publikationen.html

Allgemeines

- Die QM-RL verpflichtet zur „qualitätsorientierten Organisation“.
- „Planvoller Umgang mit Qualität unter besonderer Berücksichtigung der Patientensicherheit und der sie beeinflussenden Risiken.“
- Die QM-RL beantwortet auch die Frage: „Was hat eine qualitätsorientierte Organisation zu tun, was wird von ihr erwartet?“
- Die Anwendung der QM-RL ist Pflicht.
- Zertifizierungen (zum Beispiel ISO 9001) oder andere Systeme (KTQ) sind auf ihre Übereinstimmung mit der Richtlinie zu überprüfen.
- Eine Zertifizierung ersetzt nicht die Compliance zur QM-RL!

Zuständigkeit und Verantwortlichkeit

- In den Tragenden Gründen zur QM-RL (zu Teil B I § 1) werden dann auch der Krankenhausträger und die oberste Leitung explizit erwähnt:

*Qualitätsmanagement in der stationären Versorgung ist in seiner Gesamtheit **Aufgabe der Krankenhausträger.***

*Die aktive Förderung von QM ist Aufgabe der **obersten Krankenhausleitung.***

*Risikomanagement in der stationären Versorgung ist in seiner Gesamtheit eine ureigene **Aufgabe der Krankenhausträger.***

Methoden und Instrumente (I)

- Für die Erreichung der Ziele des QM und der konkret zu formulierenden Qualitätsziele zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden in Teil A § 4 Abs 1 Methoden und Instrumente aufgeführt, die als **etablierte** und *praxisbezogene Bestandteile des Qualitätsmanagements [...]* **verpflichtend anzuwenden** sind.
- Die aufgeführten Methoden und Instrumenten sind keine abschließende Aufzählung, die Einrichtungen können weitere Methoden und Instrumente einsetzen.
- *Auf die Anwendung [...] kann verzichtet werden, soweit die konkrete personelle und sächliche Ausstattung bzw. die örtlichen Gegebenheiten der jeweiligen Einrichtungen oder sonstige medizinisch-fachlich begründete Besonderheiten der Leistungserbringung dem Einsatz der Instrumente **offensichtlich** entgegenstehen.*
- Es bedarf also des **Nachweises**!
- Der Spielraum ist daher deutlich reduziert, denn die **Messlatte** für die Begründung einer Nichtanwendung einzelner oder gar aller Methoden und Instrumente ist **sehr hoch gehängt**.

Methoden und Instrumente (I)

- **Messen und Bewerten von Qualitätszielen.**
- Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung.
- Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten.
- Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen.
- Schnittstellenmanagement.
- Teambesprechungen.
- Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen.
- Patientenbefragungen.
- Mitarbeiterbefragungen.
- Patienteninformation- und Aufklärung.



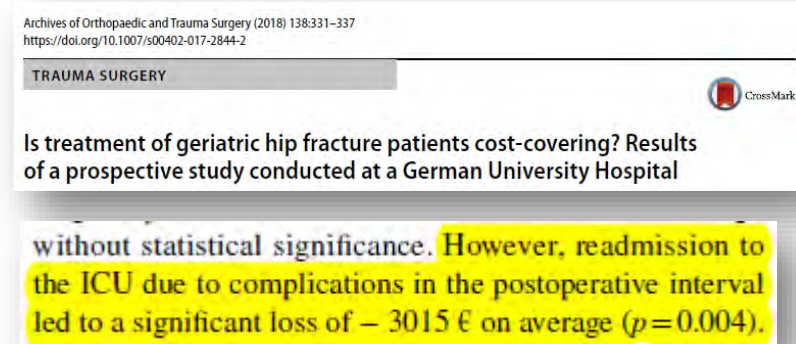
Methoden und Instrumente (II)

- Die Möglichkeit des Verzichts [...] gilt **nicht für die Mindeststandards**
 - des Risikomanagements (mit z. B. **Risiko-Audits, MMK, Fallanalysen** [§ 1 Teil BI])
 - des Fehlermanagements und der Fehlermeldesysteme,
 - für das Beschwerdemanagement im Krankenhaus
 - sowie für die Nutzung von **Checklisten** bei operativen Eingriffen, die unter Beteiligung von zwei oder mehr Ärzten bzw. Ärztinnen oder die unter Sedierung erfolgen.
- Die Richtlinie legt also den **sozialrechtlich relevanten Standard** verbindlich fest, jede Unterschreitung ist sozialrechtlich unzulässig und kann sanktioniert werden.
- Haftungsrechtliche Relevanz: Die Nichteinhaltung indiziert in der Regel nicht das Vorliegen eines Behandlungsfehlers, die Abweichung bedarf aber einer besonderen (medizinischen) Rechtfertigung.
- Als zulässige Begründung – auch zivilrechtlich – ausgeschlossen dürften damit alle rein wirtschaftlichen Argumentationen sein.

Anwendungsbereiche

- Im Rahmen des Qualitätsmanagements werden **insbesondere** folgende Anwendungsbereiche geregelt:

- Notfallmanagement
- Hygienemanagement
- Arzneimitteltherapiesicherheit
- Schmerzmanagement
- Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen



- Hier wird keine Ausnahme formuliert.
- Es handelt sich um **Mindeststandards** im Sinne der Richtlinie.
- Auch diese Aufzählung ist nicht abschließend.

Die Wirksamkeit wird kaum überwacht

Mit der Erstorganisation ist es nicht getan.

Vielmehr muss durch geeignete Maßnahmen kontrolliert werden, ob die Organisationsstruktur und einzelne Organisationsformen wirksam sind und ihre Aufgaben erfüllen.

Anderenfalls muss steuernd eingegriffen werden.

Unterbleibt das, ist der Krankenhausträger wegen sekundärer Sorgfaltspflichtverletzung haftbar.

Deutsch, Spickhoff. Medizinrecht. 7. Auflage. Springer-Verlag. 2014. Hier: Seite 380 Nr. 600





Prof. Dr. Andreas Becker

Öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger
für Qualitäts- und Risikomanagement in Krankenhäusern

Vielen Dank!

T +49 2205 920 460

F +49 2205 920 462

M +49 172 29 88 040

E becker@becker-sachverstaendiger.de

W www.becker-sachverstaendiger.de

Prof. Dr. Andreas Becker

Nonnenweg 120a

51503 Rösrath