

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

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

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

Präambel

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

Aufgrund der individuellen Ausgangsbedingungen des einzelnen Krankenhauses muss der Krankenhausträger das Modell des internen Qualitätsmanagements auf der Basis der grundsätzlichen Anforderungen dieser Vereinbarung frei auswählen können.

Grundlage für ein anwendbares Qualitätsmanagementmodell sollte das Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements sein. Dieses Prinzip beinhaltet die Elemente:

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

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

§ 1 Ziele des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

(1) Qualitätsmanagement ist ein Instrument der Organisationsentwicklung und kommt damit in erster Linie dem Patienten zugute. Es dient letztlich der Gesamtorganisation des betrieblichen Geschehens und ist insofern Bestandteil der Leistungserbringung im Krankenhaus als Ganzes. Im Zuge eines zunehmenden Wettbewerbs wird Qualität und Patientenzufriedenheit im Krankenhaus immer stärker zu einem Faktor des Unternehmenserfolges. Qualitätsmanagement in der stationären Versorgung ist in seiner Gesamtheit eine ureigene Aufgabe der Krankenhausträger und ein Ausdruck der Führungs- und Verantwortungsstruktur des einzelnen Krankenhauses. Qualitätsmanagement ist ebenso Ausdruck der Kooperation aller an der Versorgung des Patienten Beteiligten innerhalb und außerhalb des Krankenhauses.

(2) Das Krankenhaus muss aufgrund der Vielfalt der Krankenhauslandschaft und der krankenhausespezifischen Besonderheiten, die unter anderem im Leistungsspektrum, in den Patienten, in der Trägerschaft und in der regionalen Ansiedlung zum Ausdruck kommen, die Art und Weise der Umsetzung des Qualitätsmanagements auswählen können. Gemeinsame Grundlage von Qualitätsmanagementmodellen ist die Bewertung und Optimierung, die sich u. a. in der Methodik im „Plan-Do-Check-Act“-Zyklus (nach Deming) niederschlägt. Prioritäres Ziel des Qualitätsmanagements ist die patientenorientierte Prozessoptimierung.

(3) Qualitätsmanagement muss durch alle Mitarbeiter mit Leben gefüllt und sowohl im Außenverhältnis durch die tägliche Arbeit für die Patienten und ihre Angehörigen als auch im Innenverhältnis für die Mitarbeiter untereinander spürbar werden. Hierfür kann eine Begutachtung des Qualitätsmanagements durch Externe in Form einer Fremdbewertung oder Zertifizierung unterstützend sein. Der Motivationsschub einer externen Beurteilung ist nicht zu unterschätzen.

(4) Qualitätssicherungsmaßnahmen sind integraler Bestandteil des Qualitätsmanagements. Insofern bieten auch die externen Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß §§ 137, 112 SGB V Erkenntnisse und Unterstützung für ein systematisches einrichtungsinternes Qualitätsmanagement.

§ 2 Grundsätzliche Anforderungen an die Ablauforganisation

(1) Qualitätsmanagement ist als Bestandteil der Unternehmenspolitik des Krankenhauses zu betrachten.

(2) Der Krankenhausträger sollte das Qualitätsmanagement als Unternehmensziel verankern.

(3) Die Krankenhausleitung sollte die Steuerung der Prozesse festlegen einschließlich der Festlegung der jeweiligen Prioritäten. Die Krankenhausleitung ist verantwortlich für die operative Umsetzung.

(4) Im Mittelpunkt der Prozessoptimierung steht die Patientenorientierung.

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

(6) Die organisatorischen und ökonomischen Voraussetzungen und Auswirkungen sowie der Zusammenhang mit den übrigen Zielen und Rahmenbedingungen der Patientenversorgung sollten verdeutlicht werden.

(7) Die Kernprozesse sollen in der Organisation festgelegt und umgesetzt werden.

(8) Die Krankenhausleitung sollte regelmäßig extern und intern über die Ziele und Maßnahmen des Qualitätsmanagements informieren.

(9) Die Krankenhausmitarbeiter sind zielgerichtet über Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement zu informieren. Sie sollten geschult und motiviert werden, um ihre Aufgaben fachgerecht wahrzunehmen und ein verstärktes Qualitätsbewusstsein entwickeln zu können.

(10) Die Krankenhausleitung sollte im Rahmen ihrer Möglichkeiten Fortbildungen vorsehen. Entsprechende Initiativen der Krankenhausmitarbeiter sollten von der Krankenhausleitung unterstützt und gefördert werden.

(11) Die leitenden Mitarbeiter haben ihrer Vorbildfunktion entsprechend die unter den jeweiligen individuellen Gegebenheiten dezentral festgelegten Ziele und Maßnahmen des internen Qualitätsmanagements im Rahmen des Personalmanagements durch ihr Verhalten vor dem Hintergrund interprofessioneller Kooperation und Abstimmung zu fördern.

(12) Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung gemäß §§ 137, 112 SGB V sollten innerhalb der Abteilung berufsgruppenübergreifend diskutiert werden. Falls erforderlich sollten gemeinsam Verbesserungsmöglichkeiten abgeleitet werden.

§ 3 Grundsätzliche Anforderungen an die Aufbauorganisation

(1) Es sollte ein übergeordnetes zentrales Gremium mit enger Anbindung an die Krankenhausleitung eingerichtet werden. Aufbauorganisatorisch ist dies insbesondere denkbar als zentrale Arbeitsgruppe in Form eines „Lenkungsremiums“ bzw. einer „Steuergruppe“, in der leitende Mitarbeiter und ggf. Delegierte dezentraler Arbeitsgruppen auf Bereichsebene vertreten sind, oder als „Stabsstelle QM“ mit einem hauptverantwortlichen QM-Beauftragten.

(2) Aufgaben des übergeordneten zentralen Gremiums sind die Steuerung, Koordinierung und Realisierung der in den dezentralen Arbeitsgruppen konzipierten Maßnahmen der internen Qualitätssicherung. Darüber hinaus sind die Bereiche des Krankenhauses über Fragen der internen Qualitätssicherung zu informieren und zu beraten. Die Erstellung eines Zeit- und Aktivitätenplanes ist hierbei unerlässlich. Die Krankenhausleitung sollte die operative Umsetzung beratend begleiten.

(3) Dezentrale Arbeitsgruppen auf Bereichsebene sollten zur systematischen Überprüfung der Arbeitsbereiche und Arbeitsabläufe auf Verbesserungsmöglichkeiten und ggf. Erarbeitung hausinterner Regelungen zur internen Qualitätssicherung eingerichtet werden. Die Regelungen sollten flexibel und individuell den jeweils konkreten Gegebenheiten angepasst werden.

§ 4 Sonstige Anforderungen und mögliche finanzielle Auswirkungen

(1) Ausgehend von den krankenhausespezifischen Ausgangsbedingungen ist unter den gegebenen Voraussetzungen ein Optimum an Qualitätsmanagement zu realisieren, das krankenhausesintern und organisatorisch bewältigbar sein muss.

(2) Maßnahmen des Qualitätsmanagements müssen, wie alle anderen Krankenhausleistungen auch, der Forderung nach Effektivität und Wirtschaftlichkeit genügen. Die Erarbeitung von Maßnahmen zur internen Qualitätssicherung erfordert eine kritische Überprüfung und Beurteilung der alltäglichen Arbeitsabläufe im Kran-

BAnz. Nr. 242 (S. 16 896) vom 22.12.2005
kenhaus. Hieraus kann ein zusätzlicher Aufwand im Personal- und
Sachmittelbereich resultieren, der sich langfristig amortisieren
kann.

(3) Kosten und Nutzen des Qualitätsmanagements sollten im Ein-
zelfall evaluiert, anhand der eigenen Ausgangsbedingungen ermit-
telt und bewertet werden.

(4) Für die Akzeptanz von Qualitätsmanagement ist es unerläss-
lich, dass die Krankenhausmitarbeiter eingehend informiert und
integriert werden, ihnen die nötigen Freiräume geschaffen und
Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Auf Maßnahmen, die
mit dem vorhandenen Personal nicht oder nur mit größter Mühe
realisiert werden können, sollte so lange verzichtet werden, bis
sich vertretbare Lösungen ergeben. Eine sorgfältige Planung ist
Voraussetzung für die funktionelle Ausgestaltung von entspre-
chenden Maßnahmen.

Siegburg, den 21. Juni 2005

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 Abs. 7 SGB V
Der Vorsitzende
P o l o n i u s

Protokollnotiz zu § 4 Abs. 2

Der Gemeinsame Bundesausschuss strebt an, die möglichen Aus-
wirkungen dieser Vereinbarungen zu einem späteren Zeitpunkt zu
bewerten.“

^{*)} Unter Qualitätsmanagement wird eine Managementmethode verstanden,
die — auf die Mitwirkung aller Mitarbeiter gestützt — die Qualität in den
Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellt und kontinuierlich bestrebt ist, die
Bedürfnisse der Patienten, Mitarbeiter, Angehörigen oder beispielsweise
auch der zuweisenden Ärzte zu berücksichtigen. Besondere Bedeutung
hat in diesem Zusammenhang die berufsgruppen-, hierarchie- und fach-
übergreifende Zusammenarbeit sowie die stetige interne, systematische
Bewertung des erreichten Standes der Qualitätssicherungsanstrengun-
gen (vgl. Begründung zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der gesetz-
lichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 [GKV-Gesundheitsreform
2000] BT-Drucksache 14/1245).