



# elektronische post

Beiträge zur Guten Praxis in Medizin und Wissenschaft

Sendung 9

Hamburg, den 03. April 2003

Dr. med. Ulrich Paschen

## Kritische Anmerkungen zur Vereinbarung der „Grundsätzlichen Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagement“ in Krankenhäusern

### Einleitung

Beim letzten Anlauf zu einer Reform der Krankenversorgung in Deutschland nahmen die Paragraphen zur Qualitätssicherung die parlamentarischen Hürden weitgehend unbeschadet. Wer hätte schon etwas gegen eine Verbesserung der Versorgung einwenden wollen? Jetzt kennt das Gesetz drei Qualitätssicherungsfelder: Die schon wankende statistische Qualitätssicherung nach § 137 wurde noch einmal festgeschrieben.

Finster entschlossen ist der Gesetzgeber, eine auf wissenschaftlichen Beweisen gründende Medizin zu fördern und wenn nötig - durch Entscheidungen der Bundesausschüsse - auch durchzusetzen.

Und das ist neu: die Leistungserbringer sind aufgerufen, ein „internes Qualitätsmanagement“ einzuführen.

Was mit „internem Qualitätsmanagement“ gefordert wird, erläutert der Gesetzgeber aber nicht. Er überlässt den Vertragspartnern, miteinander „die grundsätzlichen Anforderungen an ein internes Qualitätsmanagement“ zu vereinbaren.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherungen und die Deutsche

Krankenhausgesellschaft sind nun unter Beteiligung der Bundesärztekammer und der Berufsorganisationen der Pflegeberufe dem Auftrag des Gesetzgebers im § 137 SGB V Abs. 1 nachgekommen. Mit Datum 1.10.2002 haben sie die geforderte Vereinbarung geschlossen. Damit ist ein wichtiger Schritt getan in Richtung auf ein internes Qualitätsmanagement, wie es in vielen gesellschaftlich relevanten Zweigen der Industrie und der Dienstleistung bereits eingeführt wurde.

Trotzdem führt das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen immer noch ein seltsames Eigenleben. Man hat geglaubt, die Krankenhäuser vor den DIN-Normen in Schutz nehmen zu müssen. Dieser Beitrag versucht einige Richtigstellungen, um dem Prinzip des Standes von Wissenschaft und Technik der Qualitätssicherung in diesem Bereich Geltung zu verschaffen.

### Was ist Qualitätsmanagement?

In Ermangelung einer Legaldefinition dürfen und müssen wir vom Stand der Technik ausgehen. Dabei stellen wir fest, dass der Begriff „Qualitätsmanagement“ (QM) ein normierter Terminus ist, den bis zu seiner Einführung

durch die internationale Norm ISO 8402 keine Verkehrs- oder Fachsprache kannte. Er sollte also nichts anderes bedeuten, als was die Erfinder damit meinen. QM ist danach die Gesamtheit der „aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität durch Qualitätsplanung, -lenkung, -prüfung und -verbesserung (1)“. Diese Tätigkeiten gehen weit über Einzeltechniken wie Qualitätszirkel, Beschwerdewesen oder Befragungen nach der Patientenzufriedenheit hinaus.

QM ist eine Art von Management, die sich unterscheidet von anderen, z. B. der Steuerung eines Unternehmens über Investitionen und Budget (Finanzmanagement) oder dem Einsatz von Personal (Personalmanagement). Definitionsgemäß ist QM immer einrichtungsintern. Es muss also nicht erst inhaltlich gefüllt werden. Die Anforderungen an ein QM-System sind längst bekannt und normiert, z. B. in der DIN EN ISO 9001:2000.

Zugegeben, die Anforderungen bleiben dort recht abstrakt, was unvermeidbar ist, da sie unterschiedslos für alle Branchen, in Produktion und Dienstleistung, gelten sollen. In der Vereinbarung der Spitzenverbände hätte man nun eine Interpretation der abstrakten Forderungen auf das Krankenhaus hin erwartet – leider ist das fachlich nicht ausreichend gelungen.

## Wie viel QM verträgt das Krankenhaus?

Richtig ist, dass Krankenhäuser „aufgrund der individuellen Ausgangsbedingungen einigen Gestaltungsspielraum brauchen“. Die Vereinbarung muss also allgemein bleiben und kann keine spezifischen Vorgaben machen. Man darf also kein „Modell“ im Kleinen“ als Bauanleitung erwarten! Vielmehr müssen nur die Elemente beschrieben werden, die in einem QM-

System für das „gute“ Krankenhaus nicht fehlen sollten.

Das „Prinzip“ des „umfassenden Qualitätsmanagements“ beruht in diesem Sinne auf der Erkenntnis, dass QM-Systeme immer alle Bereiche des Unternehmens umfassen müssen – also alle medizinischen Abteilungen, Administration und Dienste, alle Berufsgruppen und unterstützenden Funktionen. Ein allgemeines Prinzip, das selbst jedoch keine Elemente beinhaltet, sondern ihre Existenz voraussetzt. Elemente sind die Teile, die nicht fehlen dürfen, wenn ein QM-System funktionieren soll.

Welche Elemente gehören nun zum QM-System eines „guten“ Krankenhauses?

Unbestritten ist der Kern des Krankenhauses und damit des QM-Systems die Leistungserstellung. Alle anderen Elemente gruppieren sich darum herum. Man unterscheidet prozessbezogene Elemente, prozessübergreifende und Führungselemente. In diesem Sinne sind moderne QM-Systeme immer prozessorientiert. „Prozessorientierung“ ist lediglich eine Eigenschaft von QM-Systemen, jedoch kein Element des Systems.

QM-Systeme könnten auch patientenorientiert oder mitarbeiterorientiert sein – diese Eigenschaften bleiben gestrost unerwähnt, denn prozessorientierte QM-Systeme schließen definitionsgemäß den Kunden und den Mitarbeiter als Personal ein. Schließlich werden Prozesse immer von jemandem erbracht (den Leistungserbringern). Sie sind immer - wenn sie denn nicht inhaltslos sein wollen - kundenorientiert. Denn wozu werden Behandlungsprozesse in Gang gesetzt? Sie sind immer für den Patienten bestimmt – für wen sonst? Das gilt auch dann, wenn dieser Gedanke noch nicht in allen Elementen des QM-Systems voll ausgestaltet hat. Die Liste der QM-Elemente in der „Vereinbarung“ ist eine unklare Mischung aus (zweifelloos wünschenswerten) Eigenschaften eines QM-

Systems und unverzichtbaren Elementen. Sind es alle, die wir brauchen?

## Was fehlt?

Richtig wird das Element „Verantwortung und Führung mit Zielvorgaben“ genannt. Uns fehlen jedoch das Element „Qualitätskoordination“ oder „Qualitätswesen“ und klassische Aufgaben der Krankenhausführung wie Arbeits- und Gesundheitsschutz, Hygiene und Strahlenschutz.

Wir zählen den „Patienten“ ebenfalls zu den „Führungselementen“ (2). Zumindest im abstrakten Sinne ist der Patient viel mehr als ein Kunde, der sich als Auftraggeber nur an den Schnittstellen der klassischen QM-Systeme wiederfindet. Der Patient entscheidet mit bei seiner Behandlung, wirkt mit bei der Realisierung der Behandlungsmaßnahmen und muss am Ende über Erfolg und Misserfolg berichten. Der Patient hat eine den bloßen Kundenstatus weit überragende rechtliche Stellung, die in das QM-System eingebettet sein muss.

Richtig wird der Prozess selbst als Element aufgeführt. Dazu gehört im Sinne des Prozess-Zyklus auch die Verbesserungsschleife, die kontinuierlich und diskontinuierlich sein kann. Eine wichtige Interpretation der Normenanforderungen ist der Umgang mit Fehlern und ihre Vermeidung, um den Verbesserungszyklus in Gang zu setzen. Verbesserung entsteht jedoch nicht zwangsläufig aus dem Prozess - sie muss organisiert werden. Sie ist ein Element des QM-Systems.

## Design und Validierung

Das wichtigste prozessbezogene Element, das „Design-Element“, wurde übersehen. Das dürfte kein Zufall sein, denn die Meinung, QM-Systeme enthielten keine Aussage zur Qualität der Leistungen selbst, ist das wohl bedauerlichste Missverständnis im Zusammenhang mit den normgerechten QM-Systemen. Die spöttische Bemerkung,

auch Schwimmwesten aus Beton würden zertifiziert, ist Ausdruck böswilliger Fehldeutung und Ignoranz der vom Hersteller geforderten „Design-Darlegung“: Ein einfaches Experiment widerlegt, dass Beton schwimmt. Eine solche Schwimmhilfe würde nie zertifiziert.

In diesem Element haben Validierung und Evidenz-gestützte Überprüfung der Qualität einzelner Leistungen ihren Platz. Hier dürfte nun wirklich eine Besonderheit der Medizin liegen. Anders als in der Industrie wird in der Medizin das „Design“ nicht in einer gezielten Produktentwicklung geprüft, sondern über einen manchmal erschreckend lange dauernden wissenschaftsgesteuerten Validierungsprozess. Das kann man bedauern, man kann aber nicht behaupten, dass unsere Leistungen nicht bewertet würden. Um diese Vorgehensweise für das Krankenhaus

angemessen zu interpretieren und in ein QM-System der Krankenhausleistungen einzubauen, unternimmt die „evidence-based medicine“ eine formalisierte Bewertung, ohne die ein verantwortungsvolles Krankenhausmanagement nicht mehr auskommt. Das Design-Element darf in einer Liste der „Grundsätzlichen Anforderungen“ nicht fehlen.

In der neuesten Entwicklung des QM-Systems der ISO 9001:2000 wird noch das eng damit zusammenhängende „Informationselement“ (oder Wissensmanagement) genannt. Im Krankenhaus brauchen wir es für den Nachweis, dass die Leistungen immer auf dem neuesten Stand von Wissenschaft und ärztlicher Erfahrung erbracht werden. Zugegeben - zurzeit kann niemand genau sagen, wie diese hohe Anforderung unter den heutigen Bedingungen beschleunigter Innovation eingelöst werden soll.

## Prozessübergreifende Elemente

Prozessübergreifende QM-Elemente sind die Beschaffung der materiellen und immateriellen Produkte (also auch Dienstleistungen), der Umgang mit den Mitteln (Raum, Geräte, Material), die Dokumentation und Kommunikation und das schon genannte Personalelement.

Im Krankenhausbetrieb sind viele Dienstleistungen nötig, die meist in eigener Regie erstellt werden. Damit sind der Krankentransport, die vielen diagnostischen Dienste, der Bluttransfusionsdienst, die Pflege und supportive Dienste wie Sozialdienst, Apotheke oder Physiotherapie gemeint. Für sie haben wir das Element „Dienste“ in das krankenhausspezifische QM-System eingeführt. Die Dienstleister müssen alle für sich den Qualitätsnachweis erbringen. Sie können sich dafür eigener, manchmal bereits ausformulierter QM-Systeme bedienen, z. B. DIN ISO 17025 oder 15189 für das Labor, die HACCP für die Krankenhausküche oder die Safety Contractor Checklist für die Arbeitssicherheit.

## Prüfung der Performance

QM-Systeme haben einen wichtigen Zweck: Sie sollen den Vertragspartnern den Abschluss von Qualitätsvereinbarungen ermöglichen. Das bedenkend, könnte die Erfassung von Indikatoren zum Leistungsgeschehen im „Prüf-Element“ zwanglos in die prozessbezogenen Elemente integriert werden. Richtig ist, dass die Daten der so genannten externen Qualitätssicherung zum QM-System gehören. Wir werden ihre Daten zukünftig besser als interne Performance-Indikatoren nutzen können. Krankenhausübergreifende Vergleiche bleiben als „Benchmarks“ immer noch möglich, wenn entsprechende Datenbanken ausgetauscht werden. Der institutionelle Rahmen dafür ist mit der

BQS bereits geschaffen – nur die Berichterstattung muss beschleunigt werden. Abweichungen müssen schneller als im Zweijahresabstand erkannt werden, um Fehlentwicklungen entgegen steuern zu können.

## Verbesserung und Organisationsentwicklung

Die hier vorgetragene fachliche Auffassung versteht QM als eine umschriebene und spezifische Aufgabe. Sie lässt sich nicht auf „Organisationsentwicklung“ reduzieren. Oder andersherum: Organisationsentwicklung ist ein Werkzeug des QM, wenn es sein konstruktives Element „Maßnahmen zur Verbesserung“ ernst nimmt. Mit einer einfachen „Prozessoptimierung“ ist es nicht getan: Wir wollen eine Verbesserung der Prozesse selbst und der in sie eingreifenden QM-Elemente. QM ist mehr als Effizienzsteigerung: Es zielt auf mehr Sicherheit, mehr Wirksamkeit und Erhöhung der Annehmbarkeit, mehr Stabilität und Kontinuität in der Performanz aller Leistungen und natürlich auch auf eine Erhöhung der Prozess-Kapazität durch reibungsloses Zusammenwirken der an der Leistungserstellung Beteiligten. Das lässt sich nur durch gemeinsame Anstrengung aller erreichen – unter Anleitung der Verantwortlichen, nicht durch leere Appelle an den guten Willen.

## Qualitätsnachweis

Das Wertvollste an der Vereinbarung sind deswegen die §§ 2 und 3, in denen wichtige, aber leider nicht alle wichtigen organisatorischen Anforderungen genannt werden. Keinem dieser Punkte ist zu widersprechen. Die Krankenhäuser brauchen aber mehr für eine „gute“ Krankenhausführung und meistens können sie schon heute mehr. Das möchten sie auch gern beweisen.

Deswegen bleibt am Ende die Forderung nach einem überzeugenden

Qualitätsnachweis. Zu begrüßen ist, dass die Vertragspartner sich zu Art und Weise des Nachweises nicht einseitig festlegen. Ob man sich nun durch die KTQ® visitieren oder durch einen Auditor im Akkreditierungssystem der ISO zertifizieren lässt, sollte in der Tat offen bleiben: Wettbewerb belebt das Geschäft. Man hätte sich aber doch ein Bekenntnis zum Prinzip des „unabhängigen Dritten“ gewünscht. Wir sollten uns

hüten, den Fehler der amerikanischen Joint Commission zu wiederholen, die den Akkreditierungskatalog erstellt (also die Forderungen formuliert) und gleichzeitig deren Einhaltung prüft. Da in Deutschland die KTQ® genauso vorgehen will, wäre die „Vereinbarung“ eine Gelegenheit gewesen, diesem Irrweg eine Absage zu erteilen. Aus gutem Grund sind nämlich die Aufgaben im Akkreditierungssystem der ISO getrennt:

Die Normungsinstitute formulieren den Standard, die Zertifizierungsunternehmen prüfen die Konformität des QM-Systems mit dem Standard.

Schluss sein sollte mit Selbstbewertungen, die unvermeidbar etwas Willkürliches und Selbstbelobigendes haben. Sie wirken auf die Qualitätssicherung kontraproduktiv, weil sie (teils sogar pseudo-quantitativ argumentierend) eine Qualität suggerieren, die es erst zu organisieren gilt.

Wir dürfen uns also schon auf die Fortschreibung der Vereinbarung freuen.

## Literatur:

(1) DIN EN ISO 9001: 2000. Qualitätsmanagementsysteme. Anforderungen. Normenausschuss Qualitätsmanagement, Statistik und Zertifizierungsgrundlagen (NQSZ) im Deutschen Institut für Normung e.V. Beuth Verlag GmbH, Berlin, 2000.

(2) Paschen, U.; Bastek, A.; Reuter, H.; Leichtweiß, H.-P.

Aufbau von QS-Systemen im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

in: Scheibe, O.; Eckernkamp, A. Qualitätsmanagement in der Medizin. Handbuch für Klinik und Praxis. 11. Ergänzungslieferung, IX-5.1, Landsberg, 12/2000

Im Wortlaut:

### **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**

Die zum 01.01.2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreform sieht in den §§ 135 a i.V.m. 137 SGB V vor, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene

Krankenhäuser vereinbaren. In § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V ist vorgegeben, dass insbesondere die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement in einer Vereinbarung auf Bundesebene zu regeln sind.

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, moralisch und humanitären Werteorientierung (Qualitätskultur). Die Vertragspartner und Beteiligten dieser Vereinbarung legen im Folgenden die Ziele und die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement fest.

#### § 1 Ziele des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

(1) Qualitätsmanagement ist ein Instrument der Organisationsentwicklung und kommt damit in erster Linie dem Patienten zu Gute. 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 den 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 Motivations Schub 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 einsetzen.

(6) Die organisatorischen und ökonomischen Voraussetzungen und Auswirkungen sowie der Zusammenhang zu 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 "Lenkungsgremiums" 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 Aktivitätsplanes ist hierbei unerlässlich. Die Krankenhausleitung sollte die operative Umsetzung beratend begleiten.

(3) Dezentrale Arbeitsgruppen auf Bereichsebene sollen 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 krankhausindividuellen Ausgangsbedingungen ist unter den gegebenen Voraussetzungen ein Optimum an Qualitätsmanagement zu realisieren das krankhausintern 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 Krankenhaus. Hieraus kann ein zusätzlicher Aufwand im Personal- und Sachmittelbereich resultieren, der sich langfristig amortisieren kann.

(3) Kosten und Nutzen des Qualitätsmanagements sollten im Einzelfall evaluiert, anhand der eigenen Ausgangsbedingungen ermittelt und bewertet werden.

(4) Für die Akzeptanz von Qualitätsmanagement ist es unerlässlich, 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 solange verzichtet

werden, bis sich vertretbare Lösungen ergeben. Eine sorgfältige Planung ist Voraussetzung für die funktionelle Ausgestaltung von entsprechenden Maßnahmen.

#### § 5 Inkrafttreten

Die Vereinbarung tritt zum 01.10.2002 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von einem Jahr durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

#### Protokollnotiz zu § 4 Abs. 2

Die Vertragspartner streben an, die möglichen Auswirkungen dieser Vereinbarung zu einem späteren Zeitpunkt gemeinsam zu bewerten".

·

---

Nachdruck

© U. Paschen 2021

Nachdruck unter Quellenangabe und Abgabe eines Belegexemplars erlaubt.

elektronische post gibt's unregelmäßig von

Dr. U. Paschen QM-Beratung in Medizin und Wissenschaft

Dorfstr. 38 24857 Fehrdorf

Telefon. 04621 4216208 Mobile 0177 2125058 E-Mail upaschen@web.de

Verantwortlich: Dr. med. Ulrich Paschen

Wenn Sie auch elektronische Post von uns bekommen wollen, bestellen Sie am besten über E-Mail. Natürlich können Sie sich jederzeit aus der Mail-Liste streichen lassen. Die Post ist für Sie kostenlos.