

# das Krankenhaus

5  
2017

[www.daskrankenhaus.de](http://www.daskrankenhaus.de)



**Patientensicherheit  
in Zahlen**

**Kompetenzprofil  
Pflegerleitung**

**Thema: Controlling**



Prof. Dr. Andreas Becker, Ute-Brigitta Wucherpfennig

# Die neue QM-Richtlinie für Krankenhäuser

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

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seinen Sitzungen am 17. Dezember 2015 und 15. September 2016 die Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für den ambulanten und stationären Bereich (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) beschlossen und legt damit auch die notwendigen Durchführungsbestimmungen für die Leistungserbringer fest. Mit der QM-RL werden die bisher bestehenden sektorspezifischen QM-RL abgelöst. Der vorliegende Beitrag führt einen Exkurs zu den möglichen Folgen der Nichtbeachtung von RL-Inhalten. Im ersten Teil geht es um mögliche Auswirkungen auf Organisation und Krankenhausmanagement. Im zweiten Teil, der in der Juniausgabe von das Krankenhaus folgen wird, erläutern die Autoren vor allem haftungsrechtliche Aspekte der neuen QM-Richtlinie.

Die Richtlinie besteht aus einem sektorenübergreifenden Teil A mit sektorenübergreifenden Rahmenbestimmungen für die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes QM. Im Teil B erfolgen sektorenspezifische Konkretisierungen der Rahmenbestimmungen des einrichtungsinternen QM, dabei beschreibt der Teil B I die für die stationäre Versorgung über die Rahmenbestimmungen hinausgehenden oder konkretisierenden Inhalte des einrichtungsinternen QM.

Der Richtliniengeber sieht dabei die Träger, die Führungen und die obersten Leitungen der Krankenhäuser in besonderer Verantwortung für das Qualitätsmanagement und somit auch die Patientensicherheit. Die genauen Inhalte der QM-RL wurden von Voit (2016)<sup>1)</sup> in dieser Zeitschrift bereits ausführlich dargestellt.

### Mögliche Auswirkungen der Nichterfüllung

#### Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen

§ 137 Absatz 1 SGB V sieht vor, dass der G-BA zur Förderung der Qualität ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen nach den §§ 136 bis 136c SGB V festzulegen hat.

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. Solche Maßnahmen können insbesondere sein:

1. Vergütungsabschlüsse,
2. Wegfall der Vergütungsansprüche für Leistungen, bei denen Mindestanforderungen nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 nicht erfüllt sind,
3. die Information Dritter über die Verstöße,
4. die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.

Die Maßnahmen sind verhältnismäßig zu gestalten und anzuwenden. Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Ver-

stößen kann der G-BA von dem vorgegebenen gestuften Verfahren abweichen.

In Richtlinien soll der G-BA u.a. festlegen, welchen Stellen die Durchsetzung der Maßnahmen nach den Nr. 1 bis 4 obliegt (§ 137 Absatz 1 SGB V) und die Einzelheiten zu den Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) regeln. Er trifft insbesondere Festlegungen, welche Stellen die Kontrollen beauftragen, welche Anhaltspunkte Kontrollen auch unangemeldet rechtfertigen, zu Art, Umfang und zum Verfahren der Kontrollen sowie zum Umgang mit den Ergebnissen und zu deren Folgen. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierbei vorzusehen, dass die [...] für die Durchsetzung der Qualitätsanforderungen zuständigen Stellen zeitnah einrichtungsbezogen über die Prüfergebnisse informiert werden. Er legt fest, in welchen Fällen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Prüfergebnisse wegen erheblicher Verstöße gegen Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen an Dritte, insbesondere an jeweils zuständige Behörden der Länder zu übermitteln hat (§ 137 Absatz 3 SGB V).

Weitere Details zu den Prüfungen durch den MDK sind in § 275a SGB V geregelt. Erwähnenswert ist hierbei, dass die Kontrollen auch unangemeldet durchgeführt werden können (§ 275a Absatz 1 Satz 3 SGB V).

#### Krankenhausplanung

Die gesetzliche Grundlage der QM-RL ist § 92 i.V.m. § 136 Absatz 1 S. 1 Nr. 1 SGB V. Daher können Verstöße gegen wesentliche Qualitätsanforderungen, je nach Art und Schwere, – auch – durch die Information Dritter gemäß § 137 Absatz 1 Nr. 3 SGB V geahndet werden.

Zu dem zu informierenden Adressatenkreis gehören auch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden. Dies ergibt sich aus § 137 Absatz 3 SGB V: Er (der G-BA) legt fest, in welchen Fällen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung die Prüfergebnisse wegen erheblicher Verstöße gegen

Qualitätsanforderungen unverzüglich einrichtungsbezogen an Dritte, insbesondere an jeweils zuständige Behörden der Länder zu übermitteln hat.<sup>2)</sup>

Weitere Inhalte aus dem SGB V, die die Bedeutung der Länder und zuständigen Behörden im Kontext der Qualitätsanforderungen an Krankenhäuser untermauern, sind:

- Über die Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung im Krankenhaus (§ 136b SGB V) sind ergänzende Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zulässig (§ 136b Absatz 2 SGB V)<sup>3)</sup>.
- Gemäß § 136b Absatz 9 SGB V erhalten die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden Zugang zu der Information, welche Krankenhäuser Qualitätszu- oder -abschläge zu bestimmten Leistungen oder Leistungsbereichen erhalten.
- Der G-BA übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern (§ 136c Absatz 2 SGB V).
- Das IQTIG ist vom G-BA beauftragt, die bei den verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 S. 1 N 1 SGB V erhobenen Daten den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden oder von diesen bestimmten Stellen auf Antrag für konkrete Zwecke der qualitätsorientierten Krankenhausplanung oder ihrer Weiterentwicklung, soweit erforderlich auch einrichtungsbezogen sowie versichertenbezogen, in pseudonymisierter Form zu übermitteln.
- Der MDK kann auch von den für die Krankenhausplanung zuständigen Stellen der Länder mit Kontrollen zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen und auch von Qualitätsanforderungen der Länder, soweit diese landesrechtlich vorgeesehen sind, beauftragt werden.

Liegen den zuständigen Behörden zukünftig Hinweise über Verstöße gegen wesentliche Qualitätsanforderungen vor, so können sich hieraus nachteilige Folgen für die Krankenhäuser hinsichtlich der Versorgungsaufträge ergeben. Dies dürfte insbesondere bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Verstößen der Fall sein.

Aus der eigenen Praxis als Sachverständiger kann berichtet werden, dass im Auftrag von Krankenhäusern bereits Überprüfungen zur Erfüllung von Richtlinienanforderungen des G-BA durchgeführt wurden (so zum Beispiel zur Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma [QBAA-RL]).

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass die Qualität schon heute in Krankenhausplänen eine wichtige Rolle spielt.

Dies kann an folgendem Beispiel verdeutlicht werden. Zusätzlich zu den Anhaltspunkten, die medizinische Leitlinien bei Auswahlentscheidungen bieten können (siehe Endnote voran), wird unter dem Abschnitt „Versorgungsauftrag Kardiologie“

wie folgt ausgeführt: Bei einem großen Anteil der akuten Herzinfarkte hängen Überleben oder das Resultieren bleibender Schäden von der Zeitspanne zwischen dem Ereignis selbst und einer gezielten Intervention ab, die im Linksherzkathetermessplatz (LHKM)-Labor erfolgt (Seite 51).

Eine der Zeitspannen innerhalb dieses Zeitfensters ist die sogenannte *Door-to-Balloon-Time (DBT)*, also die Differenz zwischen der Ankunft eines Patienten (zum Beispiel mit einem Herzinfarkt) in der Klinik und der lebensrettenden Katheterintervention.

Eine der Empfehlungen aus den ACC/AHA-Leitlinien<sup>4)</sup> besagt, dass die DBT bei Patienten mit ST-Hebungsinfarkt ≤ 90 Minuten betragen sollte. Die Vorteile geringer DBT-Werte hinsichtlich der Krankenhaussterblichkeit wurden in verschiedenen Studien beschrieben, so auch in einer prospektiven Kohortenstudie mit 43.801 Patienten mit einem schweren Herzinfarkt (sogenannter ST-Hebungsinfarkt) aus dem „American College of Cardiology National Cardiovascular Data Registry“ aus den Jahren 2005 bis 2006 (Rathore et al. 2009)<sup>5)</sup>. Die Autoren zeigten hier eindeutig, dass die risikoadjustierte Krankenhaussterblichkeit mit der DBT nichtlinear korreliert und dass Patienten auch noch von weiteren Senkungen der DBT unterhalb des Zielwertes ≤ 90 Minuten profitieren können.

Die besondere Bedeutung der Bezugnahme des Krankenhausplans auf die Bedeutung der Zeit liegt darin, dass die DBT mittlerweile im Rahmen der verpflichtenden einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung gemäß § 135a Absatz 2 Satz 1 SGB V im Qualitätssicherungsmodul „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiografie“ erhoben wird.

Auf Basis entsprechender Auswertungen könnte die Krankenhausplanungsbehörde eine Qualitätsbewertung der Versorgung von interventionell behandelten Herzinfarktpatienten vornehmen.

Werden die von medizinischen Fachgesellschaften empfohlenen bzw. geforderten DBT-Werte mittel- oder langfristig nicht erreicht, so bestehen berechtigterweise Zweifel an der Fähigkeit des Krankenhauses (also des Trägers, der obersten Leitung bzw. der zuständigen Leitungskräfte), den in der QM-RL geforderten PDCA-Zyklus richtlinienkonform umzusetzen, denn: Bei dem PDCA-Zyklus sind *Erkenntnisse aus und Ergebnisse von [...] externer Qualitätssicherung* zu berücksichtigen (§ 1).

## Öffentlichkeitswirkung

Verstöße gegen Anforderungen der QM-RL können auch durch die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen gemäß § 137 Absatz 1 SGB V geahndet werden.

In Anbetracht der schnellen Verbreitung entsprechender Informationen durch mündliche Weitergabe oder auch Medien (print und digital) kann diese Sanktion schnell, umfangreich und nachhaltig zu einer negativen Veränderung der öffentlichen Wahrnehmung mit konsekutiv negativen Auswirkungen auf das Nachfrageverhalten von niedergelassenen Ärzten und Patienten führen. ▶

# Fachliteratur für Krankenhäuser



Dirk Webel (Hrsg.)

## Sachkosten im Krankenhaus – Medizinischer Sachbedarf

Ein Handbuch

2017. 256 Seiten, 10 Abb. Kart. € 49,-  
ISBN 978-3-17-026919-4

auch als  
EBOOK

Sachkosten im Krankenhaus weisen signifikante Einsparpotentiale auf; der medizinische Sachbedarf bildet nahezu 50 % der gesamten Sachkosten. Entscheidern, die folgerichtig neben der Erlössteigerung die Sachkostenreduzierung in diesem Bereich als vordringliches Ziel verstehen, geben die renommierten Experten in diesem Handbuch wertvolle Empfehlungen, die bei dem Aufbau und der Optimierung des Sachkostenmanagements den angestrebten Erfolg ermöglichen. Entscheidungen zum Materialeinsatz und zur Produktauswahl erfordern dabei einen intensiven Austausch der Beteiligten sowie die Kenntnis sämtlicher Einflussfaktoren, insbesondere auch rechtlicher Provenienz. Die Spezialisten auf diesen Gebieten machen diese nicht nur sichtbar, sondern beantworten zugleich zahlreiche aktuelle Fragen aus dem Klinikalltag (z. B. zu Medical Apps, Aufbereitung, Off-Label-Use, klinischer Forschung, Compliance).

**Dr. Dirk Webel**, LL.M., Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht, spezialisiert in der krankenhauses- und medizintechnikrechtlichen Beratung, Chefredakteur der Zeitschrift „Der Krankenhaus-JUSTITIAR“, Leiter des Fachbereichs Medizinprodukte im WCLF, Berater im Bundesverband der Medizintechnikunternehmen, ständiger Autor im Krankenhaus- und Medizinproduktenrecht (Monografien, Kommentierungen, Fachbeiträge etc.).



Björn Maier (Hrsg.)

## Controlling in der Gesundheitswirtschaft

Modelle und Konzepte für Lehre und Praxis

2014. 410 Seiten, 109 Abb., 23 Tab. Kart. € 59,99  
ISBN 978-3-17-022269-4

auch als  
EBOOK

Dieses Lehr- und Praxishandbuch stellt sowohl die grundlegenden Modelle des Controllings in der Gesundheitswirtschaft als auch entsprechende Best-Practice-Beispiele vor. Herausgearbeitet wird dabei die Relevanz von Controlling-Informationen für das strategische und operative Management, um transparente Entscheidungsgrundlagen zu schaffen. Die Autoren aus Wissenschaft und Praxis rücken in ihren Beiträgen konsequent die Anwendung der einzelnen Instrumente und Methoden in der Gesundheitswirtschaft in den Vordergrund und legen deren Handhabung in der Praxis dar. Das Buch ist daher für die Lehre an Hochschulen ebenso geeignet wie als Nachschlagewerk und Leitfaden für den erfahrenen Praktiker. Zusätzliche Aktualität gewinnt das Buch durch die Einbindung der Ergebnisse der Studie „Controlling im deutschen Krankenhaussektor“.

**Prof. Dr. Björn Maier** ist Studiendekan an der DHBW Mannheim, verantwortlich u.a. für B.A.- und MBA-Studiengänge im Bereich Management und Controlling von Gesundheitsreinrichtungen und Vorsitzender des DVKC e.V.

Leseproben und weitere Informationen unter [www.kohlhammer.de](http://www.kohlhammer.de)

Auch der seit Jahren anhaltende Wettbewerb der Krankenhäuser in Deutschland um ärztliches und pflegerisches Personal könnte ebenfalls durch derartige Informationen beeinflusst werden, denn auch Stellenbewerber und Personalvermittlungsagenturen hätten Zugang zu ihnen.

### Erlöse

Schon der vorab angesprochene mögliche Rückgang von insbesondere vollstationären Behandlungsfällen würde über den Wegfall der entsprechenden Entgelte zu Einnahmeverlusten führen.

Eine weitere Verschärfung der wirtschaftlichen Situation kann durch die in § 137 Absatz 1 Nr. 1 SGB V genannten *Vergütungsabschläge* entstehen. Der in Nr. 2 angedrohte *Wegfall des Vergütungsanspruchs* kann hier nicht zum Tragen kommen, da ein Verstoß gegen die QM-RL nicht unter die Leistungen nach § 136 Absatz 1 S. 1 Nr. 2 SGB V fällt.

In Anbetracht der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu RL des G-BA dürfte im Analogieschluss kein Zweifel daran bestehen, dass entsprechend geregelte Vergütungsabschläge zukünftig auch vor den Sozialgerichten Bestand haben werden.<sup>6)</sup>

Auch Einnahmeverluste im geringen Prozentbereich können ein Krankenhaus vor erhebliche Probleme stellen. Dies gilt insbesondere auf dem Hintergrund der Tatsache, dass drei von vier Krankenhäusern in Deutschland nicht ausreichend investitionsfähig sind. Die unzureichende Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser ist der Hauptgrund, warum seit mehr als zehn Jahren zwischen 30 % und 50 % der Krankenhäuser Verluste schreiben. Faktisch wird nur noch die Hälfte der Krankenhausinvestitionen aus öffentlichen Fördermitteln bestritten. Die andere Hälfte der erforderlichen Investitionen steuern die Krankenhäuser anderweitig bei, etwa über Überschüsse aus den Leistungsentgelten. Die Gewinnmargen der Krankenhäuser reichen aber zumeist nicht aus, um den Investitionsbedarf zu decken oder Kredite finanzieren zu können. Nur jeweils rund ein Viertel der Krankenhäuser hat in den letzten Jahren eine hinreichende Rendite zur Finanzierung notwendiger Investitionen erzielt oder erwartet dies für die Zukunft. Die Unterfinanzierung der Krankenhausinvestitionen führt zu einem erheblichen Investitionsstau. Für die nächsten fünf Jahre beträgt der Investitionsbedarf der deutschen Krankenhäuser rund 7 Mrd. € pro Jahr. Die öffentliche Förderquote durch die Bundesländer lag in den letzten Jahren nur bei 2,7 Mrd. € pro Jahr. Der Investitionsbedarf ist damit um das Zweieinhalbfache höher als aktuell die öffentlichen Fördermittel für Krankenhausinvestitionen.<sup>7)</sup>

### Ärztliche Weiterbildung

Ärztliche Weiterbildung beinhaltet das Erlernen ärztlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten nach abgeschlossener ärztlicher Ausbildung und Erteilung der Erlaubnis zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit. Kennzeichnend für die Weiterbildung ist die praktische Anwendung ärztlicher Kenntnisse in der ambu-

lantem, stationären und rehabilitativen Versorgung der Patienten. Die Weiterbildung erfolgt in strukturierter Form, um in Gebieten die Qualifikation als Facharzt, darauf aufbauend eine Spezialisierung in Schwerpunkten oder in einer Zusatz-Weiterbildung zu erhalten. [...] Die Weiterbildung wird in angemessen vergüteter hauptberuflicher Ausübung der ärztlichen Tätigkeit an zugelassenen Weiterbildungsstätten durchgeführt.<sup>8)</sup>

Die Landesärztekammern sind als Körperschaften des öffentlichen Rechts für alle Angelegenheiten ärztlicher Weiterbildung zuständig, die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich beispielhaft auf die Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNO)<sup>9)</sup>.

Eine Weiterbildung wird [...] *unter verantwortlicher Leitung der von der Ärztekammer befugten Ärzte in einer zugelassenen Weiterbildungsstätte durchgeführt* (§ 5 Absatz 1 WBO ÄKNO).

Die Bedingungen zur Weiterbildungsbefugnis und Weiterbildungseinrichtung müssen also erfüllt sein, daher werden zunächst die jeweiligen Anforderungen erläutert.

#### a. Weiterbildungsbefugnis

Die Befugnis zur Weiterbildung wird nur dann erteilt, wenn [...] *der Arzt die Bezeichnung führt, fachlich und persönlich geeignet ist und eine mehrjährige Tätigkeit nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung nachweisen kann* (§ 5 Absatz 2 WBO ÄKNO).

Was unter der *fachlichen* Eignung zu verstehen ist, ergibt sich aus den fachlichen Anforderungen, die beispielsweise bei den einzelnen Facharztbezeichnungen in einem separaten Teil der WBO ÄKNO aufgelistet werden.

Hieraus lassen sich keine Anforderungen an die Weiterbilder ableiten, die sich auf erforderliche Kompetenzen zur Umsetzung und Anwendung der Inhalte der QM-RL beziehen.

Gefordert ist weiterhin die persönliche Eignung. Hier kann eine Verbindung zur QM-RL hergestellt werden, da dort in Teil B I § 1 die besondere Bedeutung leitender Mitarbeiter – zu denen die ärztlichen Weiterbilder in der Regel gehören – hervorgehoben wird: Qualitätsmanagement und klinisches Risikomanagement sind Führungsaufgabe und werden von der Führungsebene verantwortet, dabei haben leitende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eine Vorbildfunktion.

Diese Vorbildfunktion kann aus Sicht der Verfasser als ein Teil der persönlichen Eignung angesehen werden. Allerdings bedurfte es insoweit nicht erst der QM-RL des G-BA. Auch schon vor der QM-RL war die Bedeutung der Vorbildfunktion bei bestimmten Themenfeldern klar, so zum Beispiel bei der Durchführung der alltäglichen Händedesinfektion.

Durch die QM-RL wird aber nun der inhaltliche Umfang erweitert, zu dessen erfolgreicher Umsetzung und Aufrechterhaltung mit dem Ziel der Prävention von Patientenschäden vorbildliches Verhalten von leitenden Mitarbeitern gefordert wird. Hierzu gehört u. a. die Anwendung einer chirurgischen Sicherheitscheckliste, die Meldung von Fehlern und Beinaheschäden

im Fehlermeldesystem oder auch die regelmäßige Teilnahme an Reanimationsschulungen.

**b. Anforderungen an die Weiterbildungsstätte**

Eine Weiterbildungsstätte muss insbesondere folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die für die Weiterbildung typischen Krankheiten müssen nach Zahl und Art der Patienten regelmäßig und häufig genug vorkommen,
- Personal und Ausstattung der Einrichtung müssen den Erfordernissen der medizinischen Entwicklung Rechnung tragen,
- Krankenhausabteilungen müssen eine regelmäßige Konsiliarität aufweisen.

Diese in § 6 Absatz 2 WBO ÄKNO genannten Anforderungen sind nachvollziehbar auf entsprechende Patienten ausgerichtet. Personal und Ausstattung als Parameter der Strukturqualität müssen der medizinischen Entwicklung folgen. Anforderungen, die die QM-RL an Krankenhäuser formuliert, werden hier nicht wörtlich aufgeführt.

Da sich die erhöhten Anforderungen der QM-RL zweifelsohne auch der medizinischen Entwicklung zurechnen lassen, kann auch eine Verbindung zwischen der QM-RL und den Anforderungen an die Weiterbildungsstätte aus der WBO postuliert werden. Zur Ausstattung einer Einrichtung gehört dann auch ein organisationales Umfeld, welches die QM-RL-Anforderungen angemessen berücksichtigt. Dies gilt insbesondere für die Themen (chirurgische) Sicherheitscheckliste, Fehlermeldesysteme, Arzneimitteltherapiesicherheit und Hygienemanagement.

Auch wenn die Inhalte der QM-RL bei der Vergabe von Weiterbildungsermächtigungen durch die Ärztekammern in naher Zukunft explizit (wahrscheinlich) keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielen werden, sollte dieser Punkt jedoch von den Verantwortlichen in den Ärztekammern und auch den Weiterbildungern nicht unterschätzt werden: Wie bereits erläutert, können Verstöße gegen Anforderungen der QM-RL auch durch die einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen gemäß § 137 Absatz 1 SGB V geahndet werden.

Die Veröffentlichung solcher Informationen kann sich dann nachteilig auf die Bewerbungen und auch den Verbleib von qualifiziertem pflegerischem und ärztlichem Personal auswirken. Somit würde sich die QM-RL auch ohne das Dazutun der Ärztekammern auswirken.

**Haftpflichtversicherung**

Der Abschluss einer Betriebshaftpflichtversicherung stellt für deutsche Krankenhäuser zunehmend ein Refinanzierungsproblem dar. Insbesondere seit 2012 hat sich die Situation in der Betriebshaftpflichtversicherung von Krankenhäusern dramatisch zugespitzt. Die Anzahl der Versicherer, die bereit sind, entsprechende Versicherungen abzuschließen, hat sich reduziert. Die Prämien für die Haftpflichtversicherungen sind massiv, teilweise um mehr als 100 %, gestiegen.<sup>10)</sup>

Krankenhäuser und Versicherer haben im Falle eines Anschluss- und auch Folgevertrags bei den Haftpflichtversicherungen ein nachhaltiges Interesse, die Sicherheit eines Krankenhauses einer objektiven Beurteilung zu unterziehen. Diese Beurteilung durch einen Sachverständigen kann als Grundlage für eine Prämienkalkulation herangezogen werden. Schon heute verlangen Haftpflichtversicherer entsprechende Informationen, die von den Antragstellern beizubringen sind.

Zwei typische Konstellationen, bei denen Anforderungen aus der QM-RL aus Sicht der Versicherer eine Rolle spielen, sollen hier beispielhaft aufgeführt werden:

1. Im Krankenhaus A kam es bei einer Vollnarkose zu einer malignen Hyperthermie<sup>11)</sup>, bei der die Patientin durch eine verzögerte Behandlung zunächst schwere Gesundheitsbeeinträchtigungen erlitt, die nur durch aufwendige medizinische Maßnahmen geheilt werden konnten. Der Fall wurde außergerichtlich beigelegt und führte zur Zahlung eines erheblichen Schmerzensgeldes durch die Versicherung. Im Folgejahr steht die Verlängerung des Haftpflichtversicherungsvertrags für das Krankenhaus an. Das Krankenhaus hat zwar bereits eine Prämienhöhung akzeptiert, die Versicherung verlangt jedoch ein Gutachten durch einen Sachverständigen. Ein Sachverständiger soll feststellen, ob das Krankenhaus zwischenzeitlich geeignete Risikomanagementmaßnahmen getroffen hat, die zur Prävention eines solchen erlebten Schadensfalles geeignet sind. Wurde das Risiko einer malignen Hyperthermie gemäß den Vorgaben der QM-RL identifiziert, analysiert, bewertet und wurden geeignete Maßnahmen zur Risikobewältigung organisational umgesetzt? Die Entscheidung über eine weitere Versicherung des Krankenhauses bzw. der Abteilung für Anästhesie wird von den Feststellungen des Sachverständigen abhängig gemacht.

2. Das Krankenhaus B möchte den Haftpflichtversicherer wechseln und stellt daher einen Antrag bei einer Versicherung. Da es sich um einen Neukunden handelt, verlangt die Versicherung eine Begutachtung durch einen Sachverständigen, bei der u. a. die folgenden Themen/Fragestellungen bearbeitet werden sollen:

- Wurden geeignete Qualitäts- und Risikomanagementmaßnahmen zur Prävention von bestimmten Schadensfällen eingeführt und werden diese systematisch aufrechterhalten? Anmerkung: Die Versicherung hat aufgrund der vom Krankenhaus vorgelegten aktuellen Schadenshistorie eine entsprechende Auswahl getroffen.
- Werden die Vorgaben aus dem SGB V, der relevanten Richtlinien und Verordnungen vom Krankenhaus systematisch umgesetzt?
- Verfügt das Krankenhaus über ein Fehlermeldesystem, welches die Anforderungen der QM-RL erfüllt?
- Führt das Krankenhaus beim Auftreten bestimmter Komplikationen oder Zwischenfälle Fallanalysen gemäß der QM-RL durch?

Der durch die QM-RL eingeführte umfassende Anforderungskatalog kann mit dem entsprechenden Sachverstand in einen um-

fassenden Fragenkatalog überführt werden, der in solchen und ähnlichen Situationen zur Prüfung herangezogen werden kann. Den Krankenhäusern kann die Berücksichtigung der QM-RL zur Vermeidung nachteiliger Folgen nur dringend empfohlen werden. So kann von einem Fall berichtet werden, bei der es zu einer chirurgischen Seitenverwechslung kam. Das Sachverständigengutachten stellte eindeutig erhebliche Mängel bei der Installation und Anwendung von Sicherheitsmaßnahmen aus der QM-RL fest, die entlang des Versorgungspfades sinnvoll gewesen wären. Die Auswirkungen in Form einer Erhöhung der jährlichen Prämie um mehr als 50 % waren erheblich, die Prävention des Schadensfalles hätte durch geeignete Maßnahmen deutlich günstiger erfolgen können.

### Finanzierung durch Kredite

Vorab wurde bereits auf die prekäre wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser hingewiesen. Sie haben einen steigenden Finanzierungsbedarf, der nur bei positiven Bonitätsprüfungen durch die Kreditgeber befriedigt werden kann.

Natürlich erfolgt bei der Bonitätsprüfung im Rahmen eines Neukredits in erster Linie eine ökonomische Prüfung. Ist diese erfolgreich, wird auch die Markt- und Zukunftsfähigkeit des Krankenhauses untersucht. Hierzu gehört dann auch im Rahmen der Compliance eine Prüfung auf Einhaltung gesetzlicher Vorgaben, wozu auch das Qualitäts- und Risikomanagement zählt. Negative Ergebnisse in diesem Bereich können dann zu der Annahme eines erhöhten Risikos für Qualitätsmängel bis hin zu öffentlichkeitswirksamen Schadensfällen führen. In beiden Fällen kann dies zu deutlichen Einnahmerückgängen oder gar vollständigen Ausfällen von Einnahmen führen (wie zum Beispiel bei Schadensfällen in der Geburtshilfe bereits geschehen). Hieraus ergäbe sich dann ein erhöhtes Kreditausfallrisiko.

Nicht nur bei der Bonitätsprüfung wegen eines Neukredits kann es zukünftig zu einer durch eine Bank veranlassten Prüfung kommen. Dies könnte auch der Fall sein, wenn das Krankenhaus während eines laufenden Kreditarrangements durch behauptete oder tatsächliche Mängel in eine wirtschaftliche Krise gerät, die sich negativ auf die Kreditbedienung auswirken könnte. Auch in dieser Situation kann die objektive Prüfung des Qualitäts- und Risikomanagements durch einen Sachverständigen gefragt sein, wie das folgende fiktive Beispiel zeigt:

In einem Krankenhaus kommt es zu einem „Hygieneskandal“, in dessen Folge die Patientenzahlen nach den ersten acht Wochen stark rückläufig sind. Immer mehr Informationen gelangen in die Öffentlichkeit, und es entsteht nun der Eindruck, dass es sich hierbei nicht um eine Häufung von Einzelfällen handelt, sondern dass möglicherweise systematische und langfristige Versäumnisse zugrunde liegen. Die Bank hat dem Krankenhaus vor zwei Jahren einen nicht unerheblichen Kredit für ein Bauvorhaben gewährt und betrachtet die rückläufigen Patientenzahlen mit zunehmender Sorge, da sich diese aus Sicht der Bank zu einer wirtschaftlichen Bedrohung des Krankenhauses entwickeln können, die auch

die Einhaltung der Kreditverpflichtungen durch das Krankenhaus gefährden.

Die Geschäftsführung des Krankenhauses versichert den Vertretern der Bank in einem Gespräch, dass alles unternommen werde, um solche Ereignisse zukünftig zu vermeiden. Man müsse nur die Krise überstehen, Zeit für die Maßnahmen haben, dann könne so etwas nicht mehr passieren.

Die Bank hat Zweifel an den Auskünften des Krankenhauses und beauftragt einen Sachverständigen. Dieser soll dazu Stellung nehmen, ob bestimmte (im Auftrag exakt definierte) Anforderungen zum Qualitäts- und Risikomanagement durch das Krankenhaus erfüllt und ob die geplanten vorbeugenden Maßnahmen zur Prävention geeignet sind.

### Corporate Governance

#### Risikomanagementsystem<sup>12)</sup>

Seit 1998 schreibt das Gesetz zur Kontrolle und Transparenz im Unternehmensbereich (KonTraG) für Handelsgesellschaften die Einrichtung eines Risikomanagementsystems vor. Insbesondere § 91 Absatz 2 Aktiengesetz (AktG)<sup>13)</sup> beinhaltet die Verpflichtung, ein mit einem Frühwarnsystem verbundenes Risikomanagementsystem einzurichten.

Aufgrund der Ausstrahlungswirkung der aktienrechtlichen Regelungen auf den Pflichtenkatalog der Geschäftsführer von Gesellschaften in einer anderen Rechtsform kommen auch bei diesen Gesellschaften entsprechende Angaben im Rahmen von § 321 Absatz 1 Satz 3 Handelsgesetzbuch [HGB]<sup>14)</sup> (Prüfungspflichten) unter den „sonstigen Unregelmäßigkeiten in Betracht“. <sup>15)</sup> Sie sind mithin ein Gegenstand des Prüfungsberichts des Abschlussprüfers.

Auch für privatwirtschaftliche Tochterunternehmen öffentlich-rechtlicher Institutionen, die den Bestimmungen des § 53 Haushaltsgrundsatzgesetzes (HGrG)<sup>16)</sup> unterliegen, ergibt sich die Verpflichtung zur Implementierung eines Risikomanagementsystems. Nach § 53 HGrG kann die Gebietskörperschaft von ihren privatrechtlichen Beteiligungen verlangen, dass diese im Rahmen der Abschlussprüfung auch die Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung prüfen lassen. Ein funktionsfähiges Risikomanagementsystem ist inhärenter Bestandteil der Pflichten jeder Geschäftsführung.

#### Ordnungsgemäße Geschäftsführung

Zu den Pflichten der Geschäftsleitung bestimmt § 93 Absatz 1 S. 1 AktG: *Die Vorstandsmitglieder haben bei ihrer Geschäftsführung die Sorgfalt eines ordentlichen und gewissenhaften Geschäftsleiters anzuwenden.*

Ebenso heißt es in § 43 Absatz 1 GmbHG<sup>17)</sup>: *Die Geschäftsführer haben in den Angelegenheiten der Gesellschaft die Sorgfalt eines ordentlichen Geschäftsmannes anzuwenden.*

Jede unternehmerische Entscheidung setzt daher das Handeln unter Beachtung der gesetzlichen und untergesetzlichen Normen voraus.

Für die Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung von Unternehmen im Mehrheitsbesitz der öffentlichen Hand

# Konferenz: Neue gesetzliche Anforderungen an die Daten-, Informations- und IT-Sicherheit im Krankenhaus

Aktuell ist eine Vielzahl neuer gesetzlicher Vorgaben zur Daten-, Informations- und IT-Sicherheit sowie zum Betrieb von Medizinprodukten in den Krankenhäusern umzusetzen: die um den Sektor Gesundheit erweiterte BSI-Kritisverordnung, die EU-Datenschutzgrundverordnung sowie die novellierte Medizinprodukte-Betreiberverordnung.

Machen Sie Ihre Daten-, Informations- und IT-Sicherheit angesichts der anhaltenden Bedrohungen durch Cyberkriminalität und neuerdings drohender Bußgelder bei Sicherheitsverstößen bis zu 4% des Vorjahresumsatzes zur Chefsache!

## Ihr Nutzen

Informieren Sie sich in dieser hochaktuellen Konferenz über die neuen Anforderungen der BSI-Kritisverordnung, der EU-Datenschutzgrundverordnung und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung an die Daten-, Informations- und IT-Sicherheit Datenschutz und deren praktische Umsetzung in Ihrem Krankenhaus.

## Inhalt

- Aktuelle Gefährdungslage in Krankenhäusern
- Neue Anforderungen an die Daten-, Informations- und IT-Sicherheit
  - durch die EU-Datenschutzgrundverordnung
  - durch die BSI-Kritisverordnung für den Sektor Gesundheit
  - durch die novellierte Medizinprodukte-Betreiberverordnung für die IT
- Haftungsrechtliche Risiken für Geschäftsführer und Krankenhaus-IT-Leiter
- Daten-, Informations- und IT-Sicherheit als Chefsache
- Erfolgreiche Maßnahmen für mehr Daten-, Informations- und IT-Sicherheit im Krankenhaus am Beispiel von drei Krankenhäusern unterschiedlicher Größe und Trägerschaft

## Zielgruppe

Geschäftsführer, Verwaltungsdirektoren, Verantwortliche aus den Bereichen IT, Medizintechnik, Recht, Unternehmensentwicklung, Risikomanagement, Beauftragte für Datenschutz, Informations- und IT-Sicherheit sowie weitere Interessierte aus dem Krankenhaus- und Gesundheitswesen

Termin: **05.12.2017**, 9:30 bis 17:00 Uhr  
Ort: **Düsseldorf**,

Novotel Düsseldorf City West  
665,00 € zzgl. MwSt.

Gebühr:  
Frühbuche-Gebühr  
bis 14.07.2017: 565,00 € zzgl. MwSt.

**Gebühr für Mitglieder  
des KH-IT e.V.: 465,00 € zzgl. MwSt.**

Veranstaltungs-Nr.: **2702**

**Kontakt:**  
Deutsches  
Krankenhausinstitut GmbH  
Hansaallee 201  
40549 Düsseldorf  
Tel.: (02 11) 4 70 51-16  
E-Mail: [seminar@dki.de](mailto:seminar@dki.de)  
[www.dki.de](http://www.dki.de)



Moderation:

9.30 – 9.40 Uhr

9.40 – 10.20 Uhr  
(inkl. Diskussion)

10.20 – 11.00 Uhr  
(inkl. Diskussion)

11.00 – 11.20 Uhr

11.20 – 12.00 Uhr  
(inkl. Diskussion)

12.00 – 12.40 Uhr  
(inkl. Diskussion)

12.40 – 13.40 Uhr

13.40 – 14.10 Uhr  
(inkl. Diskussion)

14.10 – 14.40 Uhr

14.40 – 15.20 Uhr  
(inkl. Diskussion)

15.20 – 15.40 Uhr

15.40 – 16.20 Uhr  
(inkl. Diskussion)

16.20 – 16.50 Uhr  
(inkl. Diskussion)

16.50 – 17.00 Uhr

**Dr. med. Andreas Weigand**, Geschäftsführender Vorstand, Deutsches Krankenhausinstitut e.V., Geschäftsführer, Deutsches Krankenhausinstitut GmbH, Düsseldorf

## Begrüßung

**Themenblock 1: Aktuelle Gefahren und rechtliche Rahmenbedingungen für Krankenhäuser**

**Aktuelle Gefährdungslage der Krankenhäuser und Herausforderungen bei der Gestaltung der IT-Unterstützung kritischer Infrastrukturen**

**René Salamon**, Referat CK 34, zuständig für das Management des KRITIS-Sektors „Gesundheit“ und die KRITIS-Branche „Medizinische Versorgung“, Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI), Bonn

**Anforderungen an die Daten-, Informations- und IT-Sicherheit durch die EU-Datenschutzgrundverordnung**

**David Koeppel**, Konzerndatenschutzbeauftragter, Vivantes – Netzwerk für Gesundheit GmbH, Berlin, Leiter, AK Gesundheits- und Sozialwesen der Gesellschaft für Datenschutz und Datensicherheit e.V. (GDD), Bonn

## Kaffeepause

**„Freiheit ist nicht nur Privileg, sondern vor allem Pflicht“ –**

**Rechtliche Vorgaben gemäß der neuen BSI-Kritisverordnung**

**Prof. Dr. jur. Hans-Hermann Dirksen**, Rechtsanwalt, LIEBENSTEIN LAW, Frankfurt a.M., Professor für Medizin- und Gesundheitswirtschaft, Hochschule Fresenius, Idstein

**Besonderheiten der novellierten Medizinprodukte-Betreiberverordnung für die IT**

**Armin Gärtner**, Ingenieurbüro für Medizintechnik, vereidigter Sachverständiger für Medizintechnik und Telemedizin, Erkrath

## Mittagspause

**Themenblock 2: Daten-, Informations- und IT-Sicherheit ist Chefsache**

**Haftungsrechtliche Risiken für Geschäftsführer und Krankenhaus-IT-Leiter**

**Dr. med. Inken Kunze**, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, Dortmund

**Diskussionsrunde: Wie lässt sich die Daten-, Informations- und IT-Sicherheit als Chefsache gestalten?**

Diskutanten:

**Dr. Nicolas Krämer**, Dipl.-Kaufmann, Kaufmännischer Geschäftsführer, Lukaskrankenhaus GmbH, Neuss

**Werner Kemper**, Dipl.-Kaufmann, Sprecher der Geschäftsführung, Klinikum Arnsberg GmbH

**Themenblock 3: Erfolgreiche Maßnahmen für mehr Daten-, Informations- und IT-Sicherheit im Krankenhaus**

**Handlungsempfehlungen und Praxistipps – Neues vom Branchenarbeitskreis und KH-IT**

**Thorsten Schütz**, Arzt mit Zusatzbezeichnung „Medizinische Informatik“, Leiter, IT und Betriebsorganisation, Klinikum Itzehoe, Vorstandsmitglied, KH-IT, stv. Sprecher, Branchenarbeitskreis „Gesundheitsversorgung“ im UP KRITIS

## Kaffeepause

**Wiedereinstieg in die IT Sicherheit – aus einer Idee über ein Konzept zu einer Lösung**

**Andreas Lockau**, Leiter, GB ZD IT / CIO, Kath. St.-Johannes-Gesellschaft Dortmund gGmbH, EDV-Leiter, St. Marien-Hospital Hamm gGmbH, Vorstand / Schatzmeister, KH-IT e.V.

**Daten-, Informations- und IT-Sicherheit in kleineren Krankenhäusern – wie kann dies trotz knapper Ressourcen gelingen?**

**Dr. Armin Ortlam**, Dipl.-Chemiker, Leiter, Abteilung IT und Organisation, Elbe Kliniken Stade-Buxtehude GmbH, Stade

**Abschlussdiskussion, Verabschiedung der Teilnehmer und Ende der Veranstaltung**

Das ausführliche Programm und Ihre Online-Anmeldemöglichkeit finden Sie unter [www.dki.de](http://www.dki.de).



wurde vom Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) ein besonderer Prüfungsstandard geschaffen, der IDW PS 720<sup>18)</sup>. Der IDW PS 720 umfasst nunmehr 16 Fragenkreise, der Fragenkreis 4 „Risikofrüherkennungssystem“ sieht folgende Fragen vor:

- a) Hat die Geschäfts-/Konzernleitung nach Art und Umfang Frühwarnsignale definiert und Maßnahmen ergriffen, mit deren Hilfe bestandsgefährdende Risiken rechtzeitig erkannt werden können?
- b) Reichen diese Maßnahmen aus und sind sie geeignet, ihren Zweck zu erfüllen? Haben sich Anhaltspunkte ergeben, dass die Maßnahmen nicht durchgeführt werden?
- c) Sind diese Maßnahmen ausreichend dokumentiert?
- d) Werden die Frühwarnsignale und Maßnahmen kontinuierlich und systematisch mit dem aktuellen Geschäftsumfeld sowie mit den Geschäftsprozessen und Funktionen abgestimmt und angepasst?

Auch durch Landesrecht kann die Pflichtprüfung der Jahresabschlüsse von Krankenhäusern vorgeschrieben und der Umfang dieser Prüfung gegenüber der Jahresabschlussprüfung nach den Vorschriften des HGB erweitert werden. Von dieser Möglichkeit haben verschiedene Bundesländer Gebrauch gemacht. In diesem Kontext umfasst die Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung die Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführungsorganisation, des Geschäftsführungsinstrumentariums und der Geschäftsführungstätigkeit. Sie entspricht grundsätzlich der Prüfung nach § 53 HGrG, soweit diese sich auf die Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung bezieht. Der IDW Prüfungsstandard PS 720 ist insoweit heranzuziehen.<sup>19)</sup>

#### Lagebericht<sup>20)</sup>

Geschäftsführer von mittelgroßen und großen Kapitalgesellschaften sind gesetzlich verpflichtet (§ 264 Absatz 1 S. 1 HGB), neben dem Jahresabschluss einen Lagebericht (§ 289 HGB) aufzustellen; kleine Kapitalgesellschaften sind von dieser Pflicht befreit. Der Lagebericht soll Informationen des Jahresabschlusses verdichten und den Jahresabschluss sowohl hinsichtlich einer zeitlichen als auch einer sachlichen Betrachtung ergänzen. Der Lagebericht hat auch Aussagen über Risiken und Chancen der künftigen Entwicklung zu enthalten.

Häufig entscheiden Eigentümer sozialtätiger Unternehmen – unabhängig von der Rechtsform oder Größe –, freiwillig von der Geschäftsführung einen Lagebericht aufstellen zu lassen. In diesem Fall sind die gesetzlichen Vorschriften zum Lagebericht sinngemäß anzuwenden.

#### Prüfungsbericht und Bestätigungsvermerk

Im Prüfungsbericht trifft der Abschlussprüfer u. a. die folgende Prüfaussage: Darstellung, ob bei der Durchführung der Prüfung Unrichtigkeiten oder Verstöße gegen gesetzliche Vorschriften sowie Tatsachen festgestellt worden sind, die den Bestand des geprüften Unternehmens oder seine Entwicklung wesentlich beeinträchtigen können.<sup>21)</sup>

Im Bestätigungsvermerk trifft der Abschlussprüfer u. a. die folgende Prüfaussage: Aussage, ob der Lagebericht bzw. Konzern-

lagebericht insgesamt eine zutreffende Vorstellung von der Lage des Unternehmens bzw. des Konzerns vermittelt und ob die Risiken der künftigen Entwicklung zutreffend dargestellt sind (§ 322 Absatz 2 HGB).<sup>22)</sup>

#### Mögliche Bedeutung

Ob und in welchem Umfang die Umsetzung der QM-RL des G-BA Eingang in die Abschlussprüfungen finden wird, kann an dieser Stelle nicht abschließend bewertet werden.

Beachtet werden sollte jedoch, dass wesentliche, hier aufgeführte, rechtliche Vorgaben zum Risikomanagementsystem und der ordnungsgemäßen Geschäftsführung sowie die hierauf aufbauenden Maßgaben zum Lagebericht, Prüfungsbericht und Bestätigungsvermerk aus Sicht der Verfasser dem nicht grundsätzlich widersprechen.

Vielmehr sollten die Verantwortlichen in den Krankenhäusern in Betracht ziehen, dass ein klinisches Risikomanagement als integraler Bestandteil des Unternehmensrisikomanagements zu betrachten ist und dass die Erfüllung gesetzlicher Anforderungen auch unter dem Blickwinkel der Corporate Governance zu sehen ist.

Schon das in § 4 Absatz 2 QM-RL geforderte Hygienemanagement kann bei unangemessener Umsetzung zu bestandsgefährdenden Risiken führen, die sich aus möglichen haftungsrechtlichen Folgen und auch dem Rückgang der Erlöse durch rückläufige Fallzahlen ergeben können.

Selbst wenn man diesen Gedanken nicht folgen möchte und die Position vertritt, dass die QM-RL zukünftig nicht zwingend im Rahmen der Abschlussprüfung zu berücksichtigen sei, so sollte Folgendes beachtet werden:

Gemäß § 322 Absatz 3 Satz 2 HGB gilt: *Der Abschlussprüfer kann zusätzlich einen Hinweis auf Umstände aufnehmen, auf die er in besonderer Weise aufmerksam macht, ohne den Bestätigungsvermerk einzuschränken.*<sup>23)</sup>

Dieser Satz eröffnet der Krankenhausgeschäftsführung die Option, die Prüfung der QM-RL sogar freiwillig und unter einem präventiven Ansatz in die Abschlussprüfung aufzunehmen, ohne einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk zu riskieren.

Diese Option sei den Krankenhausgeschäftsführungen auch zur Absicherung gegenüber ihren Trägern und Aufsichtsgremien sowie zur Unterstützung bei der Umsetzung der Richtlinienanforderungen innerhalb des Krankenhauses im Sinne des manchmal förderlichen „externen Drucks“ empfohlen.

#### Anmerkungen

- 1) Voit, D. QM-RL: Qualitätsmanagement jetzt sektorenübergreifend geregelt. Implikationen der neuen QM-Richtlinie für Krankenhäuser. *das Krankenhaus*. 2016; 108 (10): 850–855
- 2) Erläuterung in Klammern und Unterstreichung durch die Verfasser.
- 3) Hiervon hat bereits das Land Nordrhein-Westfalen in seinem Krankenhausplan NRW 2015 umfassend Gebrauch gemacht, indem Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften bei den Anforderungen zu den Versorgungsaufträgen einzelner Fachabteilungen aufgeführt werden. Hierzu auch (Seite 50): Es besteht unter den Beteiligten an der Krankenhausversorgung der Grundkonsens, dass das Merkmal der Qualität der entscheidende Aspekt der Versorgungsleistungen ist. Vorgaben zur Struktur und in

geringerem Umfang zu den Prozessen sind durch die Krankenhausplanung gestaltbar. [...] Soweit eine Entscheidung erforderlich ist, welchem von zwei oder mehreren benachbarten Krankenhäusern ein Versorgungsauftrag zuzurechnen ist, können die in diesem Plan zitierten Leitlinien Anhaltspunkte für eine Auswahlentscheidung bieten.

- 4) American College of Cardiology (ACC) | American Heart Association (AHA)
- 5) Rathore, SS., Curtis, JP., Chen, J., Wang, Y., Nallamothu, BK., Epstein, AJ., Krumholz, HM., National Cardiovascular Data Registry (2009). Association of door-to-balloon time and mortality in patients admitted to hospital with ST elevation myocardial infarction: national cohort study. *BMJ*. 2009; 338. PubMed-ID: 19454739
- 6) So zum Beispiel zum Vergütungsanspruch bei Nichterfüllung der Anforderungen der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL) des G-BA: BSG B 1 KR 15/13 R vom 1. Juli 2014 und BSG B 1 KR 28/15 R vom 19. April 2016.
- 7) Blum, K., Morton, A., Offermann, M., Mangelnde Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. *das Krankenhaus*. 2015; 107 (12): 1162-1165
- 8) Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern). (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 23. Oktober 2015.
- 9) Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein vom 1. Oktober 2005 in der Fassung vom 1. April 2017.
- 10) Petry, FM., Preetz. Occurrence versus Claims-Made – Ein Paradigmenwechsel in der Haftpflichtversicherung von Krankenhäusern? In: *Medizin – Haftung – Versicherung*. Festschrift für Karl Otto Bergmann zum 70. Geburtstag. Herausgeber: Steinmeyer H-D, Roeder N, Eiff W.v., Springer, Berlin, Heidelberg. 2016. 1. Auflage. ISBN: 978 3 662 47462 4
- 11) Hierbei handelt es sich um eine der schwerwiegendsten und lebensbedrohlichsten Komplikationen einer Vollnarkose.
- 12) Hierzu umfassend eine Publikation der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft KPMG aus dem Jahr 2007 mit Schwerpunktthema „Risikomanagement in öffentlichen Unternehmen“. Quelle: [https://publicgovernance.de/docs/PG\\_II\\_2007\\_AR\\_Risikomanagement.pdf](https://publicgovernance.de/docs/PG_II_2007_AR_Risikomanagement.pdf) (letzter Zugriff: 3. März 2017)
- 13) Aktiengesetz vom 6. September 1965 (BGBl. I S. 1089), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 10. Mai 2016 (BGBl. I S. 1142) geändert worden ist.
- 14) Handelsgesetzbuch in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das durch Artikel 5 des Gesetzes vom 5. Juli 2016 (BGBl. I S. 1578) geändert worden ist.
- 15) Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) Prüfungsstandard PS 450, Stand 1. März 2012: Grundsätze ordnungsgemäßer Berichterstattung bei Abschlussprüfungen. Seite 25, Randnummer 107.
- 16) Haushaltsgrundsätzegesetz vom 19. August 1969 (BGBl. I S. 1273), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 15. Juli 2013 (BGBl. I S. 2398) geändert worden ist.
- 17) Gesetz betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 4123-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 8 des Gesetzes vom 10. Mai 2016 (BGBl. I S. 1142) geändert worden ist.
- 18) Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) Prüfungsstandard IDW PS 720, Stand 3. Juni 2015: Berichterstattung über die Erweiterung der Abschlussprüfung nach § 53 HGrG
- 19) Siehe hierzu: Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) Prüfungsstandard IDW PS 650, Stand 27. November 2009: Zum erweiterten Umfang der Jahresabschlussprüfung von Krankenhäusern nach Landeskrankenhausesrecht (hier: Seite 1-2)
- 20) Siehe hierzu: Corporate Governance sozialtätiger Unternehmen. Grundlagen und Hinweise für Verantwortliche in Geschäftsführungs- und Aufsichtsgremien. Solidaris Unternehmensberatungs-GmbH Köln.
- 21) Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) Prüfungsstandard PS 200, Stand 3. Juni 2015: Ziele und allgemeine Grundsätze der Durchführung von Abschlussprüfungen. Seite 3, Rndnr. 10, Punkt 2.
- 22) Ebenda, Seite 4
- 23) Unterstreichung durch die Verfasser.

### Anschrift der Verfasser

Prof. Dr. Andreas Becker, öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für Qualitäts- und Risikomanagement in Krankenhäusern, Nonnenweg 120a, 51503 Rösrath, [www.becker-sachverstaendiger.de](http://www.becker-sachverstaendiger.de)/Ute-Brigitta Wucherpfennig, Fachanwältin für Medizinrecht, Fachanwältin für Steuerrecht, Mommsenstr. 160, 50935 Köln, [www.ra-wucherpfennig.eu](http://www.ra-wucherpfennig.eu) ■

## Bücher



**A. Brandhorst, H. Hildebrandt, E.-W. Luthe: Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems. Springer VS, Wiesbaden 2017, 639 Seiten, Softcover € 69,99 (D) | € 71,95 (A) | sFr 72.00 (CH). ISBN 978-3-658-13782-3**

Um in Zukunft eine an den Bedürfnissen der Patienten orientierte und bezahlbare Versorgung gewährleisten zu können, ist eine grundlegende Wandlung des deutschen Gesundheitswesens zwingend notwendig. Wohin die Reise gehen sollte, zeigen die Autoren dieses in der Reihe „Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft“ erschienene Buch: Wir müssen den Übergang schaffen zu einer integrierten, sektor- und berufsgruppenübergreifenden Versorgung mit einer stärkeren dezentralen Verankerung der Prozesse und Strukturen.

Erste Schritte in diese Richtung wurden Anfang des Jahrtausends eingeleitet – in den letzten Jahren geriet der Prozess jedoch ins Stocken. Namhafte Autoren aus Wissenschaft, Verbänden, Sozialversicherung, Verwaltung, Praxis und Industrie zeigen, wie es in Richtung regionaler, integrierter Versorgungsformen weitergehen sollte. Die Autoren geben profunde Einblicke in Kooperation und Integration beispielsweise aus gesundheitswissenschaftlicher und systemtheoretischer Sicht, aber auch aus der Perspektive der verschiedenen Akteure des Gesundheitssystems. Das in der Reihe *Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft* erschienene Buch steht für die wachsende Erkenntnis, dass Gesundheitspolitik als interdisziplinäre Aufgabe betrachtet werden muss. ■