

Pressekonferenz der KTQ® am 19.5.2003

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



➤ Das krankenhausspezifische Zertifizierungs- verfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ[®])

Eine Verfahrensbeschreibung

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



Kooperation
für Transparenz
und Qualität
im Krankenhaus

➤ 1. Ausgangssituation, Entwicklung und Umsetzung des Projektes

1.1 Ausgangssituation

Am 28. Juni 1997 schlossen der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. sowie der Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. (VdAK/AEV) und die Bundesärztekammer (BÄK) – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern – einen für Dritte offenen Rahmenvertrag mit dem Ziel, gemeinsam Möglichkeiten des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern sowie deren Zertifizierung zu untersuchen und zu entwickeln. Als Vorarbeiten haben die BÄK einen „Leitfaden zum Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus“ (1997) und der VdAK/AEV das Zertifikat A „Verfahren zur Erstellung von Qualitätssicherungsberichten von Krankenhäusern“ (1996) erstellt und veröffentlicht. Das Zertifizierungsverfahren soll das Qualitätsmanagement in den Krankenhäusern fördern und die Transparenz über deren Leistungen, Leistungsfähigkeit und Qualitätsmanagement sowie die Qualität der erbrachten Leistung erhöhen.

Nach der im Dezember 1998 abgeschlossenen Machbarkeitsstudie zur Zertifizierung von Krankenhäusern, die Grundlage des Vertrages zwischen der BÄK und dem VdAK/AEV war, folgte der empirische Teil des Machbarkeitskonzeptes. 1999 trat die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ®) als Vertragspartner bei. Als Kooperationspartner beteiligten sich bereits seit 1998 der Deutsche Pflegerat (DPR) – Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen – und die proCum Cert GmbH (proCum Cert) – Gesellschaft der konfessionellen Trägerverbände – an dem Verfahren. Die Kooperationspartner hatten eine beratende Funktion.

Zwischenzeitlich traten der KTQ® auch sämtliche Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen als Vertragspartner bei. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um den AOK-Bundesverband, den BKK-Bundesverband, den IKK-Bundesverband, die See-Krankenkasse, den Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft.

Das KTQ-Projekt wurde vom 01. September 1998 bis zum 31. Dezember 2001 vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) gefördert, da von Seiten der Politik die Forderung nach Transparenz im Gesundheitswesen zur Stärkung der Position des Patienten formuliert wird. Die Gesundheitsministerkonferenz und der Sachverständigenrat sprechen in diesem Zusammenhang davon, dass den Patienten in geeigneter und verständlicher Form Informationen über die Qualität medizinischer und pflegerischer Versorgung anzubieten sind.

Wissenschaftlich wurde das KTQ-Verfahren vom 01. Dezember 1998 bis 31. Dezember 2001 vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung (IMI), Tübingen, begleitet. Zu den übertragenden Aufgaben an das IMI zählten die wissenschaftliche Beurteilung der Vorarbeiten, die Entwicklung der modularen Ausgestaltung des KTQ-Kataloges, der Vergleich mit internationalen Zertifizierungsverfahren sowie insbesondere die Evaluation der Pretest- und Pilotphase.

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



Die Leitung des Projektes lag seinerzeit bei den Herren Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkmann (BÄK), Dr. med. Hanns Dierk Scheinert (für die Spitzenverbände der Krankenkassen) und Dr. Martin Walger (DKG). Für die organisatorische Durchführung der Erprobung des Zertifizierungsverfahrens wurde die Einrichtung einer Projektgeschäftsstelle notwendig. Dieser oblag die Betreuung der Arbeitsgruppen, die organisatorische Begleitung und Betreuung des Pretests, der KTQ-Pilotphase, die Unterstützung des Lenkungsremiums und der systematischen Ausarbeitung der Arbeitsergebnisse der einzelnen Arbeitsgruppen. Die KTQ-Projektgeschäftsstelle wurde im Hause des VdAK/AEV angesiedelt. Die Geschäftsführung lag während des gesamten Förderzeitraumes bei Herrn Dr. Thomas Beck, der jeweils von bis zu drei wissenschaftlichen Mitarbeitern unterstützt wurde. Darüber hinaus wurde auf der Arbeitsebene die Einrichtung einer ständigen Projektarbeitsgruppe nötig, der je ein Vertreter der Vertragspartner, die Mitarbeiter der Projektgeschäftsstelle sowie ein Vertreter des IMIs angehörten.

Die Gründung der KTQ-gGmbH am 17. Dezember 2001 ist das Ergebnis jahrelanger Arbeit und der erfolgreiche Versuch, in Deutschland ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt zum 01. Januar 2002 in die Routine zu überführen. Auf diese Weise konnte – als deutscher Weg – ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren im Konsens aller Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen etabliert werden.

1.2 Entwicklung und Umsetzung des Projektes

Mittels des KTQ-Verfahrens sollen den Krankenhäusern Anregungen gegeben werden, neue Elemente des Qualitätsmanagements auf der Grundlage einer Analyse und Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Versorgungsprozesse zu implementieren (Motivationsschub). Das KTQ-Zertifizierungsverfahren soll eine **umfassende Zertifizierung des gesamten Krankenhauses ermöglichen** und nicht die Qualität einzelner Fachabteilungen hervorheben. Im Zentrum aller Qualitätsbemühungen steht die Verbesserung der Patientenversorgung sowohl hinsichtlich der Prozesse als auch der Ergebnisse (Patientenorientierung). Im Rahmen der KTQ-Zertifizierung wird daher der Prozess- und soweit wie bisher möglich der Ergebnisqualität angesichts einer Patienten- und Mitarbeiterorientierung eine höhere Bedeutung als der Strukturqualität eingeräumt. Aus Sicht des Qualitätsmanagements wird der einzelne Mitarbeiter als die wichtigste Ressource des Unternehmenserfolges gesehen (Mitarbeiterorientierung). Aus diesem Grund formulierten die Vertragspartner eine eigenständige Kategorie Mitarbeiterorientierung, die das Thema ausführlich hinterfragt. Die Mitarbeiterzufriedenheit und Optimierung der Prozesse im Bereich der Schnittstellen sind Schwerpunkte der Kategorie. Zu diesem Zweck sollen alle im Krankenhaus vertretenen Berufsgruppen interprofessionell, interdisziplinär und hierarchieübergreifend als multiprofessionelles Team zusammenarbeiten.

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



Kooperation
für Transparenz
und Qualität
im Krankenhaus

Die geforderte Transparenz hinsichtlich der Leistung, der Leistungsfähigkeit und des Qualitätsmanagements eines Krankenhauses sowie der Qualität der Krankenhausbehandlung versteht sich als Transparenz für den Patienten im Sinne einer Entscheidungshilfe und Information im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung, als Transparenz für die niedergelassenen Ärzte im Sinne einer Orientierungshilfe für die Einweisung und Weiterbehandlung der Patienten, als Transparenz für die Mitarbeiter des Krankenhauses im Sinne einer Information über Leistungen und Qualitätsmanagement im eigenen Hause und schließlich als Transparenz für die Krankenhäuser selbst im Sinne einer validen rechtskonformen Außendarstellung nach erfolgreicher Zertifizierung in **Form des KTQ-Qualitätsberichtes**.

Ausgehend vom Ansatz eines internen Qualitätsmanagements wird der Zertifizierung nach den Regeln der KTQ-gGmbH eine strukturierte Selbstbewertung durch die Mitarbeiter des Krankenhauses vorangestellt, die dem Krankenhaus bezogen auf die im KTQ-Katalog genannten Kategorien

- Patientenorientierung,
- Mitarbeiterorientierung,
- Sicherheit im Krankenhaus,
- Informationswesen,
- Krankenhausführung und
- Qualitätsmanagement

eigene Stärken und Verbesserungspotenziale aufzeigt. **Eine Selbstbewertung ist nicht an eine nachfolgende Zertifizierung gebunden und kann demzufolge unabhängig von einer Zertifizierung vom Krankenhaus durchgeführt werden.** Wenn sich das Krankenhaus entschließt, eine Zertifizierung durchzuführen, kann es sich an eine KTQ-Zertifizierungsstelle wenden und eine Zertifizierung beantragen. Das Krankenhaus reicht zu diesem Zweck die Antragsunterlagen, den KTQ-Selbstbewertungsbericht inklusive KTQ-Qualitätsbericht an die Zertifizierungsstelle weiter.

Die anschließende Fremdbewertung wird von beruflich gleichgestellten Visitoren in Anlehnung an das angloamerikanische Vorbild der „Peers“ durchgeführt. Visitoren müssen neben ärztlicher bzw. pflegerischer oder ökonomischer Qualifikation über umfassende Kenntnisse im Qualitätsmanagement, basierend auf einer Schulung analog den Anforderungen des „Curriculum Qualitätsmanagement“ der Bundesärztekammer, verfügen. Visitoren sind somit beruflich aktive und erfahrene Persönlichkeiten aus der ärztlichen, pflegerischen und verwaltenden Ebene des Krankenhauses, die eine Leitungsfunktion ausüben.

Nach Abschluss der explorativen Vorphase – Machbarkeitsstudie zur Zertifizierung von Krankenhäusern – wurde unter Berücksichtigung der wissenschaftlichen Stellungnahme des IMIs der KTQ-Katalog einer erneuten Überarbeitung unterzogen, deren Ergebnis der KTQ-Katalog Version 2.0 war.

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



Die Inhalte des Kataloges Version 2.0 wurden während des Pretests – von Juli bis August 1999 – von sechs ausgewählten Krankenhäusern beurteilt. Die Ergebnisse der Auswertung des Pretests führten zu einer Umstrukturierung des KTQ-Kataloges von einem fachgebietsbezogenen zu einem prozessorientierten Aufbau, der als Version 3.0 die Grundlage für die KTQ-Pilotphase bildete. Nach erfolgter Ausschreibung zur Teilnahme an der KTQ-Pilotphase zu Beginn des Jahres 2000 wurden aus über 300 Bewerbern insgesamt **25 Akutkrankenhäuser** – unterschiedlicher Versorgungsstufe und Trägerschaft – als KTQ-Pilotkrankenhäuser ausgewählt. Die ausgewählten Krankenhäuser nahmen von Anfang Juni 2000 bis Mitte August 2000 auf der Grundlage des KTQ-Manuals inkl. KTQ-Katalog in der Version 3.0 zunächst eine Selbstbewertung vor. In den Monaten Oktober 2000 bis Februar 2001 folgte die Fremdbewertung durch 50 ausgewählte und geschulte KTQ-Pilotvisitoren (ca. 400 Bewerber). Die hohe Anzahl der Bewerber spiegelt sowohl das Interesse als auch die Bereitschaft der Krankenhäuser und deren Mitarbeiter, ein internes Qualitätsmanagement sicherzustellen und zu optimieren, wieder.

Das Ergebnis der KTQ-Pilotphase hat die Vertragspartner in der Zielsetzung des Verfahrens bestärkt:

- Das KTQ-Verfahren fördert das Qualitätsmanagement in den Krankenhäusern, sowohl durch die Erarbeitung einer Selbstbewertung als auch durch die nachfolgende Visitation (z. B. *das Universitätsklinikum Mannheim identifizierte nach Erarbeitung des KTQ-Selbstbewertungsberichtes 740 Verbesserungsvorschläge zur Optimierung der Versorgungsabläufe im Krankenhaus.*¹⁾
- Alle Kriterien des KTQ-Kataloges Version 3.0 zum Einsatz in der Pilotphase wurden von den Pilotkrankenhäusern und den Pilotvisitoren bestätigt und als bedeutend für die Qualität der Patientenversorgung beschrieben, d. h. alle Kriterien sind, wenn auch z. T. modifiziert, in die KTQ-Katalog Version 4.0 für den Einsatz im Routinebetrieb übernommen worden.
- KTQ® muss ein freiwilliges Verfahren bleiben.
- KTQ® dient der Entwicklung eines Verfahrens, das den Patienten in den Mittelpunkt stellt.
- Das KTQ-Verfahren fördert den interprofessionellen Dialog sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Krankenhaus (z. B. *das Bundeswehrkrankenhaus Hamm beschreibt das KTQ-Verfahren als Instrument zur Motivation und Integration aller Mitarbeiter in die Qualitätssicherung und den Qualitätsverbesserungsprozess.*²⁾

¹Vgl. [www.ktq.de/Publikationen/3.KTQ-Forum/Vortrag Mannheim](http://www.ktq.de/Publikationen/3.KTQ-Forum/Vortrag_Mannheim), Folie 8.

²Vgl. [www.ktq.de/Publikationen/3.KTQ-Forum/Vortrag Hamm](http://www.ktq.de/Publikationen/3.KTQ-Forum/Vortrag_Hamm), Folie 10.

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



➤ 2. Beiträge der einzelnen Beteiligten

Um zu einem breit akzeptierten Verfahren zu kommen, wurde angestrebt, dass alle Partner aus dem Gesundheitswesen an dem Projekt mitwirken. Zu diesem Zweck wurde der Vertrag zwischen der BÄK und dem VdAK/AEV für Dritte offen formuliert. Der Beitritt des DKG sowie aller folgenden Vertragspartner erfolgte als **gleichberechtigter** Partner.

In einer Presseerklärung der BÄK und des VdAK/AEV vom 27. März 1998 appellierten die genannten Vertragspartner insbesondere an die DKG, ihre Vorbehalte aufzugeben und sich an einem gemeinsamen Zertifizierungsverfahren zu beteiligen. Darüber hinaus wurden auch die übrigen Spitzenverbände der Krankenkassen und die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe aufgerufen, sich an dem Verfahren zu beteiligen.

Zu den Vorarbeiten der vorgenannten Vertragspartner zählen das Konzept zum Zertifikat A des VdAK/AEV, welches einem Krankenhaus nach der Veröffentlichung des Qualitätsberichtes überreicht werden sollte. Ebenso wurde der 1998 von der Bundesärztekammer veröffentlichte „Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus“, der dem Leser einen theoretischen Überblick und praktische Beispiele über konkrete Maßnahmen zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements vermittelt, als theoretische Arbeitsgrundlage genutzt.

Ziel war ein **gemeinsam erarbeitetes Konzept** für ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren der KTQ®. Um dieses Ziel zu erreichen, wurden KTQ-Arbeitsgruppen (die übergeordnete Arbeitsgruppe „Krankenhausführung“ und fachgebietsbezogene Arbeitsgruppen „Kinder im Krankenhaus“, „Patientenorientierung und Patientenbefragung“, um nur einige zu nennen) eingesetzt, die mit von den Vertragspartnern benannten Experten aus dem aktiven Krankenhausalltag besetzt wurden und zu konkreten Themen qualitätsmanagementrelevante Inhalte in den KTQ-Katalog einarbeiteten.

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



➤ 3. Qualitative und quantitative Ergebnisse

Mit Abschluss der erfolgreichen Testphase wurde das krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren der KTQ-gGmbH zum 01. Januar 2002 in den Routinebetrieb überführt.

Zu diesem Zweck wurde am 17. Dezember 2001 die KTQ-gGmbH – eine Gesellschaft der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Deutschen Pflegerats sowie der Spitzenverbände der Krankenkassen – gegründet, mit dem Ziel, **das Qualitätsmanagement für nach SGB zugelassene Leistungserbringer zu fördern**. Der KTQ-gGmbH sind insbesondere die Trägerschaft des KTQ-Zertifizierungsverfahrens und die damit verbundenen Tätigkeitsfelder übertragen:

- Pflege und Weiterentwicklung des KTQ-Zertifizierungsverfahrens
- Akkreditierung von Zertifizierungsstellen und Vergabe von Nutzungsrechten an der Marke der KTQ-gGmbH
- Schulung und Akkreditierung von Visitoren

Die KTQ-Zertifizierung ist im Routinebetrieb von einer dezentralen Verfahrensstruktur mit klarer Aufgabenteilung gekennzeichnet. Die Organisation der Fremdbewertung wird den KTQ-Zertifizierungsstellen übertragen; bei den Zertifizierungsstellen handelt es sich um **unabhängige** Institutionen, die von der KTQ-gGmbH akkreditiert werden, sofern sie die festgelegten Voraussetzungen erfüllen. Die beschriebenen Voraussetzungen beziehen sich auf die Organisation, die innerbetriebliche Struktur und die rechtliche Situation von Stellen, die eine Akkreditierung beantragen. Dies soll gewährleisten, dass jede KTQ-Zertifizierung nach festgelegten Vorgaben abläuft, und somit der Zertifizierungsprozess bzgl. Inhalt und Organisation von unterschiedlichen Anbietern in vergleichbarer Weise abläuft. Darüber hinaus werden die KTQ-Zertifizierungsstellen innerhalb eines „KTQ-Trainings für Zertifizierungsstellen“ auf ihre Aufgabe vorbereitet. Zurzeit hat die KTQ-gGmbH elf Institutionen als KTQ-Zertifizierungsstellen akkreditiert. Es liegen bereits weitere Anträge auf Akkreditierung vor. Der KTQ-Gesellschafterausschuss entscheidet über die Genehmigung bzw. Ablehnung der Anträge nach den festgelegten Regeln.

Zur Durchführung der externen Bewertung im Rahmen des KTQ-Zertifizierungsverfahrens benötigt die KTQ-gGmbH Experten – die so genannten Visitoren –, die aktiv im Krankenhaus tätig sind, durch die KTQ-gGmbH nach vorgegebenen Kriterien angeworben sowie nach einem KTQ-Visitorentraining akkreditiert werden. Erst dann können diese für die von der KTQ-gGmbH akkreditierten Zertifizierungsstellen tätig werden. In der Regel setzt sich das Visitorteam – **welches stets interdisziplinär besetzt ist** – aus einem ärztlichen, einem ökonomischen und einem pflegerischen Visitor zusammen. Das Visitorteam nimmt eine Bewertung aller für das Krankenhaus zutreffenden Kriterien des KTQ-Kataloges vor.

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



Anhand des Kriteriums 1.3.1 „**Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung**“ soll nachfolgend die Gliederung eines Kriteriums exemplarisch dargestellt werden. Die Fragen unterhalb der Kriterienebene sind den einzelnen Schritten des Deming-Qualitätszyklus (Plan, Do, Check, Act) zugeordnet worden und bilden die Grundlage für die Punktbewertung. Jedem Kriterium ist eine Bewertungsmatrix nachgeordnet, die die jeweils maximal erreichbare Punktzahl des Kriteriums abbildet. Die Summe aller Kriterienpunkte ergibt die Gesamtpunktzahl für das jeweilige Krankenhaus. Die maximal erreichbare KTQ-Gesamtpunktzahl beträgt **1299 Punkte**.

Die Inhalte des KTQ-Kataloges stellen insbesondere die Patientenbedürfnisse in den Mittelpunkt, von der „Erreichbarkeit des Krankenhauses“, über die Ermittlung von „Wartezeiten“, bis zum „Beschwerdemanagement“ decken die Fragen alle benannten qualitätsrelevanten Themen für den Krankenhausbereich ab.

Darüber hinaus wird der KTQ-Katalog kontinuierlich überarbeitet, und die Kriterien werden den Forderungen der Praxis und den sich ändernden Anforderungen der Leistungsqualität angepasst.

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



Kooperation
für Transparenz
und Qualität
im Krankenhaus

1.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Plan				Do												
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Vorgehen ist fundiert ▪ Es gibt explizit nachweisbare kriteriumsabhängige Planungen 				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Das Vorgehen ist strukturiert umgesetzt 												
0	1	2	3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			
1.	Beschreiben Sie Ihre Planungen zur Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung: z. B. zur Sicherstellung einer medizinisch indizierten Arzneimitteltherapie.			1.	Wie gewährleisten Sie eine medizinisch indizierte und rechtzeitige Versorgung mit Arzneimitteln (z. B. über diagnosebezogene Therapieschemata als haus-interne Behandlungsleitlinien)?											
				2.	Wie stellen Sie eine Versorgung mit Arzneimitteln außerhalb der Betriebszeiten/ Öffnungszeiten des Versorgers sicher?											
				3.	Wie gewährleisten Sie, dass die Arzneimitteltherapie einheitlich dokumentiert wird?											
2.	Zur Sicherstellung der Versorgung auf dem Facharztstandard?			4.	In welcher Form wird der Facharztstandard gewährleistet (Präsenzbereitschaft, Rufbereitschaft oder Rufdienst von Fachärzten o. ä.)?											
				5.	Ist die Versorgung nach dem Facharztstandard rund um die Uhr sichergestellt?											
				6.	Wird die Indikation zu invasiven Maßnahmen (operative Eingriffe, funktionsdiagnostische Maßnahmen) grundsätzlich von einem Facharzt gestellt?											
3.	Zur Sicherstellung einer adäquaten Schmerztherapie (z. B. Liegt der postoperativen Schmerztherapie ein strukturiertes Konzept zu Grunde? Regelt dieses Konzept die Verantwortlichkeit der Schmerztherapie?)			7.	Wie gewährleisten Sie die Sicherstellung einer adäquaten Schmerztherapie (z. B. mittels einer Leitlinie, einer Anästhesie- Ambulanz, eines interdisziplinären Schmerzdienstes u. a.)?											
				8.	Wie berücksichtigen Sie, dass alle Patientengruppen im Rahmen der Schmerztherapie (ambulante und/ oder stationäre Patienten, Kinder, Sterbende u. a.) berücksichtigt sind?											
4.	Zur Sicherstellung eines angemessenen Verfahrens bei Komplikationen?			9.	Inwieweit liegen strukturierte Maßnahmen zur Vorbeugung von häufigen und schwer wiegenden Komplikationen vor und werden sie umgesetzt (Komplikationsprophylaxe)?											
				10.	Inwieweit liegen dokumentierte Handlungsanweisungen vor, wie beim Auftreten von typischen Komplikationen vorgegangen wird (z. B. bei Hüftluxationen, Recurrensparese, Platzbauch u. a.)?											
5.	Zur Sicherstellung der Durchführung histologischer und zytologischer Untersuchungen?			11.	Wie ist gewährleistet, dass entnommene Gewebeproben/ Zellmaterialien und/ oder operativ entfernte Organe bzw. Organteile histologisch bzw. zytologisch untersucht werden (z. B. sachgerechter Transport, zügige pathologische Untersuchung und Befundübermittlung u. a.)?											
6.	Zur Sicherstellung der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln?			12.	Inwieweit ist die rechtzeitige Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Stützstümpfe, Gehhilfen u. a.) während des stationären Aufenthaltes gewährleistet?											
				13.	Inwieweit besteht eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Orthopädiewerkstatt), um eine zügige und angemessene Versorgung sicherzustellen?											

Check				Act			
<ul style="list-style-type: none"> Die Effektivität des Vorgehens und der Umsetzung werden regelmäßig gemessen 				<ul style="list-style-type: none"> Lernorientierte Aktivitäten werden genutzt, um beste Praktiken und Verbesserungsmöglichkeiten zu identifizieren und mit anderen zu teilen Die Ergebnisse der Messungen und lernorientierten Aktivitäten werden analysiert und genutzt, um Verbesserungen zu identifizieren, zu priorisieren, zu planen und einzuführen 			
0	1	2	3	0	1	2	3
1. Wie überprüfen Sie die unter "PLAN" und "DO" genannten Maßnahmen: wird z. B. die Wirksamkeit des Schmerztherapiekonzeptes überprüft (z. B. durch Patientenbefragungen, Auswertungen der Schmerztherapieprotokolle u. a.)?				1. Welche Maßnahmen ergreifen Sie auf Grund Ihrer unter "CHECK" festgestellten Ergebnisse?			

PDCA-Schritt	Maximal erreichbare Punkte jeweils für (E) und (D)	Erreichungsgrad (E)	Durchdringungsgrad (D)	ERGEBNIS
Plan	3	E:	D:	$\frac{1}{2} (E+D)$
Do	9	E:	D:	$\frac{1}{2} (E+D)$
Check	3	E:	D:	$\frac{1}{2} (E+D)$
Act	3	E:	D:	$\frac{1}{2} (E+D)$
Summe	18			
Gewichtung als Kernkrite-	mal 1,5			
ERGEBNIS	max. 27			

Im ersten Schritt der Fremdbewertung sollen die Kriterien auf der Basis des Selbstbewertungsberichtes bewertet werden, und im zweiten Schritt soll die Bewertung der Kriterien anhand ausgewählter Schwerpunkte im Rahmen der Visitation während der Kollegialen Dialoge mit den Mitarbeitern des Krankenhauses besprochen werden. Die KTQ-Visitation ist das zentrale Element der Fremdbewertung. Die Visitoren erstellen in Zusammenarbeit mit der Zertifizierungsstelle einen Visitationsbericht, der umfangreiche Details der Selbst- und Fremdbewertung auf der Ebene der Kriterien enthält und dem Krankenhaus einen Überblick über mögliche Stärken und Verbesserungspotenziale vermittelt. Der Visitationsbericht ist an die Krankenhausleitung gerichtet und streng vertraulich. Er ist ausschließlich zur Verwendung im Innenverhältnis gedacht.

Die Zertifizierungsstelle leitet die von den Visitoren ausgesprochene Empfehlung zur Zertifikatvergabe an die KTQ-gGmbH weiter. Die KTQ-gGmbH stimmt der Empfehlung nach formaler Prüfung der Unterlagen in der Regel zu und erteilt dem Krankenhaus formal das Zertifikat.

Die Visitoren unterstehen den Regeln eines umfassenden Vertrauensschutzes und der Verschwiegenheit, so weit ihnen im Rahmen ihrer Tätigkeit schutzwürdige Inhalte bekannt werden. Sie verpflichten sich zur Einhaltung des Kodex für Visitoren. Ein Verstoß gegen die Bestimmungen des Kodex führt zum sofortigen Widerruf der Akkreditierung.

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



Nach Abschluss des KTQ-Pilotvisitoren-Freshups vom 05. bis 06. Oktober 2001 wurden 46 Pilotvisitoren die Akkreditierungsurkunden ausgestellt, die bis zum 31. Dezember 2003 gültig sind. Darüber hinaus wurden weitere Visiten angeworben, die am 15. Januar 2002 von dem KTQ-Auswahlgremium ausgewählt sowie im April 2002 geschult und akkreditiert wurden. Die akkreditierten Zertifizierungsstellen können zurzeit auf 136 akkreditierte KTQ-Visitoren zur Durchführung einer Fremdbewertung zurückgreifen.

Gemäß des Zeitplanes der KTQ-gGmbH konnten interessierte Krankenhäuser ab dem 01. April 2002 einen Antrag auf Zertifizierung bei einer ausgewählten Zertifizierungsstelle stellen, sodass ab 01. Juli 2002 formal die ersten Zertifikatvergaben erfolgen konnten. Die KTQ-gGmbH überreichte am 28. Juni 2002 – mit Wirkung zum 01. Juli 2002 – der Asklepios Stadtklinik Bad Tölz als bundesweit erstes Krankenhaus das KTQ-Zertifikat. Gleichzeitig wurde zum 01. Juli 2002 das erste gemeinsame Zertifikat von der proCum Cert und der KTQ-gGmbH an das Marienhospital Osnabrück vergeben. Bis zum 31.12.2002 konnten insgesamt sieben Krankenhäuser zertifiziert werden. Aus gut informierten Quellen ist der KTQ-gGmbH bekannt, dass sich gegenwärtig eine große Zahl deutscher Krankenhäuser in der Selbstbewertung nach KTQ® befinden. Vor diesem Hintergrund wird bereits im ersten Halbjahr 2003 mit einem deutlichen Anstieg durchzuführender Selbstbewertungen gerechnet.

Durch diese Zertifizierungen bestätigt sich die Zielsetzung der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus, die Mitarbeiter zur Implementierung und Sicherung des internen Qualitätsmanagements zu motivieren und gleichzeitig die Öffentlichkeit über das Leistungsgeschehen der Krankenhäuser zu informieren. Letzteres wird durch die Veröffentlichung des strukturierten KTQ-Qualitätsberichtes auf der KTQ-Homepage – www.ktq.de – erreicht. Auf diese Weise können zukünftig Patienten, niedergelassene Ärzte sowie Krankenkassen und planende Behörden über die Leistungsfähigkeit und den Stand des Qualitätsmanagements der zertifizierten Krankenhäuser informieren. Der KTQ-Qualitätsbericht enthält eine Beschreibung zu jedem der insgesamt **69 Kriterien** des KTQ-Kataloges in Form eines Abstracts, das den interessierten Lesern einen tiefen Einblick in die Prozessqualität und die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses vermittelt. Anhand des Kriteriums 1.3.3 „**Patientenorientierung während der Behandlung**“ soll nachfolgend exemplarisch ein für den Qualitätsbericht beschriebenes Kriterium dargestellt werden.

1.3.3 Patientenorientierung während der Behandlung

Die Patienten werden durch persönliche und vertrauliche Gespräche mit dem verantwortlichen Arzt, der Pflegeperson und allen weiteren Therapeuten (Erstgespräche, täglichem Visitingespräch u. a.) in die Behandlungs- und Versorgungsabläufe einbezogen. Eine kontinuierliche Zusammenarbeit mit weiterbetreuenden Einrichtungen besteht. Darüber hinaus wird den Patienten folgender Service geboten: Patientenfürsprecher, Beschwerdewesen, Schlafräume für Begleitpersonen, Räume für vertrauliche Gespräche, Informationsbroschüre, Schulungsangebote, Dolmetscher u. a.

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



Darüber hinaus werden alle Stukturdaten – allgemeine und spezielle Leistungsdaten, Daten der Personalbereitstellung sowie der räumlichen Ausstattung – des Krankenhauses in den KTQ-Qualitätsbericht aufgenommen.

Der erste Entwurf zum KTQ-Qualitätsbericht wird vom Krankenhaus selbst erstellt, d. h. das Krankenhaus formuliert auf der Ebene der Kriterien einen Textentwurf, der in den KTQ-Qualitätsbericht **bezogen auf das jeweilige Kriterium** aufgenommen werden soll. Den abschließenden Wortlaut legen die Visitoren nach erfolgter Fremdbewertung im Benehmen mit dem Krankenhaus fest.

Der Qualitätsbericht soll unter Gesichtspunkten der Kundenorientierung für die Öffentlichkeit lesbar sein, d. h. die Krankenhäuser sind aufgefordert, bei der Erstellung im Besonderen die Nachvollziehbarkeit für den Patienten zu berücksichtigen. Der KTQ-Qualitätsbericht sollte aus diesem Grund weder Fachspezifika noch krankenhausspezifische Abkürzungen enthalten. Der KTQ-Qualitätsbericht wird im Rahmen der Fremdbewertung von dem Visitorenteam geprüft und ggf. geändert, sodass der veröffentlichte KTQ-Qualitätsbericht von Krankenhausexperten validiert ist.

Weitere Krankenhäuser befinden sich im Prozess der Zertifizierung und werden im Laufe des Jahres zertifiziert, wenn sie die Voraussetzungen erfüllen. Zu den festgelegten Voraussetzungen für eine Zertifizierung nach den Regeln der KTQ-gmbH zählen:

- Zur Zertifikatvergabe muss ein Krankenhaus mindestens 55 Prozent der „adjustierten“ KTQ-Gesamtpunktzahl erreichen.
- Darüber hinaus ist die vertragliche Zusicherung gegenüber der Zertifizierungsstelle, den KTQ-Qualitätsbericht zeitgleich mit der Erteilung des Zertifikates zu veröffentlichen, verpflichtend.
- Beteiligung an allen externen verbindlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach dem „Sozialgesetzbuch Fünftes Buch“ (SGB V) sind ebenfalls verpflichtend.

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



➤ 4. Zukünftige Erfolgsaussichten des Projektes

Das BMG hat das KTQ-Verfahren schon während der Pilotphase als zukunftsfähig gelobt, da alle Selbstverwaltungspartner im Konsens die Entwicklung des krankenhausspezifischen Zertifizierungsverfahrens gefördert haben und somit die Qualitätsbemühungen der Krankenhäuser unterstützen. Darüber hinaus ist das Interesse der Praxis immer ein Indiz für zukünftige Erfolgsaussichten, dazu zählen:

- Die Stellen, die bei der KTQ-gGmbH einen Antrag auf Akkreditierung als KTQ-Zertifizierungsstelle stellen. Die Institutionen müssen im Rahmen der Antragstellung die Verfahrensregeln der KTQ-gGmbH akzeptieren. Zurzeit sind elf Stellen als KTQ-Zertifizierungsstellen akkreditiert, diese Stellen haben gleich zu Beginn des Routinebetriebes durch ihre Bewerbung signalisiert, dass das KTQ-Verfahren sich am Zertifizierungsmarkt etablieren wird und gleichzeitig die Einführung einer **krankenhausspezifischen** Zertifizierung bestätigt.
- Die Mitarbeiter des Krankenhauses, die bei der KTQ-gGmbH einen Antrag auf Akkreditierung als KTQ-Visitor stellen, bestätigen das KTQ-Verfahren. Die Bewerber müssen sich ebenfalls mit den Verfahrensgrundsätzen und den im Mittelpunkt stehenden Zielen der KTQ-gGmbH identifizieren. Zurzeit sind ca. 300 aktuelle Bewerbungen von potenziellen Visitoren in der Geschäftsstelle archiviert, diese Bewerber signalisieren der KTQ-gGmbH, dass das KTQ-Verfahren von der Praxis akzeptiert und bestätigt wird. Die Bewerber werden von der KTQ-gGmbH bei einem weiteren KTQ-Visitiorentraining berücksichtigt.
- Und nicht zuletzt die Krankenhäuser, die einen Antrag auf Zertifizierung stellen und somit die Zielsetzung des KTQ-Verfahrens, das Qualitätsmanagement in den Krankenhäusern zu fördern und nach außen transparent darzustellen, bestätigen das KTQ-Verfahren.

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen

➤ 5. Übertragbarkeit des Konzeptes

Das KTQ-Verfahren steht grundsätzlich allen Krankenhäusern einschließlich der Universitätskliniken und der Fachkliniken zur Verfügung. Die psychiatrischen Fachkrankenhäuser sind bislang von dem Verfahren ausgenommen.

Die KTQ-Arbeitsgruppe „Psychiatrische Versorgungsprozesse“ hat am 06. Dezember 2001 konstituierend getagt und während der 1. Sitzung den KTQ-Katalog als geeignetes Instrument für die Darstellung des Qualitätsmanagements der psychiatrischen Fachkliniken, nach Einarbeitung der psychiatriespezifischen Besonderheiten, **bestätigt**. In den folgenden zwei Sitzungen hat die KTQ-Arbeitsgruppe „Psychiatrische Versorgungsprozesse“ den KTQ-Katalog um die psychiatriespezifischen Besonderheiten ergänzt.

Nachdem der Gesellschafterausschuss der KTQ-gmbH der Validierung der fachspezifischen Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsprozesse zugestimmt hat, hat zwischenzeitlich analog zur Pilotphase eine offizielle Ausschreibung zur Teilnahme psychiatrischer Fachkrankenhäuser an einer Testphase stattgefunden.

Die durch die Arbeitsgruppen erarbeiteten neuen Inhalte sind im KTQ-Katalog gekennzeichnet und werden während der Testphase Psychiatrie getestet. Die neuen Inhalte fließen erst nach erfolgreicher Erprobung durch die Praxis (Selbst- und Fremdbewertung) und nach offizieller Freigabe durch die KTQ-gmbH in den KTQ-Katalog für psychiatrische Fachkliniken ein.

An der Testphase sollen sowohl psychiatrische Fachkliniken als auch Krankenhäuser mit großen psychiatrischen Fachabteilungen beteiligt werden. Insgesamt sollen ca. zwölf Fachkliniken teilnehmen und die eigentliche Visitation wird einen Umfang von einem Tag einnehmen. Die Testphase Psychiatrie wird voraussichtlich im Jahr 2002 abgeschlossen werden, um ab Sommer 2003 auch den psychiatrischen Fachkliniken eine Zertifizierung nach den Regeln der KTQ-gmbH zu ermöglichen. Nach der offiziellen Ausschreibung zur Teilnahme an der Testphase Psychiatrie sind bei der KTQ-gmbH 50 Bewerbungen interessierter Kliniken sowie 35 Interessensbekundungen von akkreditierten KTQ-Visitoren eingegangen.

Die Gesellschafter der KTQ-gmbH haben am 11. Juli 2002 zwölf Kliniken ausgewählt, diese werden von der KTQ-gmbH informiert und ihnen wird der für die Testphase modifizierte KTQ-Katalog sowie ein Leitfaden für die Selbstbewertung übermittelt; die Selbstbewertung beginnt in der 37. Kalenderwoche.

Mut zur Transparenz im Gesundheitswesen



Vergleichbar der Erweiterung des KTQ-Verfahrens auf den Versorgungsbereich Psychiatrie, könnte das KTQ-Verfahren auf weitere Versorgungsbereiche ausgedehnt werden. Eine Selbstbewertung nach den Regeln der KTQ-gGmbH kann natürlich auch schon heute von Versorgungsbereichen, die derzeit nicht zu dem Kundenkreis der KTQ-gGmbH zählen durchgeführt, werden. Diesbezüglich gehen immer wieder Anfragen bei der KTQ-gGmbH ein von z. B. an einem Krankenhaus angegliederten Alten- und Pflegeheim oder/und interessierten Rehabilitationseinrichtungen, die im Rahmen der Selbstbewertung des angegliederten Krankenhauses ebenfalls eine Selbstbewertung nach den Regeln der KTQ-gGmbH durchführen. Eine Zertifizierung ist gegenwärtig ausschließlich für den von der KTQ-gGmbH definierten Bereich möglich.