

KTQ®-Pilotphase: Stellungnahme des Krankenhauses München-Schwabing

Qualitätsmanagement hat im Krankenhaus München-Schwabing (KMS) seit vielen Jahren einen hohen Stellenwert. Ausgehend vom Münchner Modell „Vertrauen durch Qualität“ für die kommunalen Krankenhäuser begann das KMS bereits 1992 mit der Einführung der „internen Qualitätssicherung“. Strukturierte Projektgruppenarbeit, Qualitätsberichte und Patientenbefragungen gehören seit vielen Jahren zum Alltag im KMS.¹⁾²⁾

Seit 1999 orientiert sich das KMS am EFQM-Modell für Excellence und hat eine umfassende Selbstbewertung nach EFQM durchgeführt. Die Medizintechnik des KMS ist zertifiziert nach DIN EN ISO 9002/DIN EN 46002. Das KMS beteiligte sich an Öko-Profit München, es wurde nach der EG-Öko-Audit-Verordnung validiert und der Standort ins Register der IHK eingetragen. 3 medizinische Fachabteilungen (Kardiologie, Viszeral-, Unfall-, und Wiederherstellungschirurgie) des KMS führten gemeinsam mit kommunalen Krankenhäusern in Bremen, Hamburg und München ein vom BMG gefördertes Projekt zur Einführung von Audits von Fachabteilungen durch; unsere EDV-Abteilung plant ein DV-Audit mit einem der Bremer Zentralkrankenhäuser. Das KMS ist eines der 25 KTQ®-Pilotkrankenhäuser; 2 Mitarbeiter/innen sind KTQ-Visitoren in der Pilotphase.³⁾

Die Beurteilung des KTQ®-Manuals Version 3.0 geschieht folglich auf der Basis jahrelanger, vielfältiger praktischer Erfahrungen mit verschiedenen Verfahren und Methoden zur Verbesserung und Bewertung der Qualität im Gesundheitswesen. In der täglichen Arbeit, mit Unterstützung der Aktivitäten von Führungskräften und MitarbeiterInnen in allen Abteilungen und Berufsgruppen, hat die Krankenhausleitung des KMS⁴⁾ bewiesen, welchen Stellenwert umfassendes Qualitätsmanagement im KMS hat. Das KMS hat sich deshalb als Pilotkrankenhaus für KTQ® beworben, weil es uns wichtig war, unsere Erfahrungen einzubringen in ein Zertifizierungsverfahren, mit dem in Deutschland künftig Qualität in Krankenhäusern transparent gemacht werden soll.⁵⁾

Die GKV-Gesundheitsreform hat Ende 1999 die „Verpflichtung zur Qualitätssicherung“ (§ 135 a SGB V) für Leistungserbringer eingeführt. „Zugelassene Krankenhäuser ... sind verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren ... die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert.“ Es besteht europaweit Einigkeit darüber, die Verpflichtung von Qualitätssicherung im Gesundheitswesen gesetzlich zu verankern. Nach den USA, Kanada, Australien und Neuseeland wurden in vielen Ländern Europas in den letzten Jahren Akkreditierungssysteme etabliert.

Zur Klärung der Begriffe: „Akkreditierung heißt formelle Anerkennung der Kompetenz einer Stelle für genau definierte Aufgaben.“ „Zertifizierung ist das Resultat einer Prüfung durch einen unparteiischen Dritten, das die Konformität sowohl des Prozesses (Arbeitsabläufe) als auch der Resultate mit den Kriterien der Güte, mit anerkannten Standards und Normen, für eine bestimmte Zeitperiode bestätigt.“⁶⁾

Zielsetzung der KTQ®-Pilotphase

Aufgabe der KTQ®-Pilotphase war es, das KTQ®-Manual Version 3.0 auf praktische Anwendbarkeit in der Selbstbewertung und Fremdbewertung zu testen. Die KTQ®-Pilotphase soll noch in diesem Jahr abgeschlossen werden.

KTQ® als Kooperation wird inzwischen getragen von allen wichtigen Vertragspartnern der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, vom BMG finanziell und ideell unterstützt. Zu Recht genießen das KTQ®-Manual und das geplante Zertifizierungsverfahren große Aufmerksamkeit; es besteht eine eindeutige Monopolstellung – auch wenn das Verfahren freiwillig ist.

Umso höhere Maßstäbe müssen an ein solches Verfahren angelegt werden, zumal krankenhauserplanerische und finanzielle Konsequenzen erwartet werden können und das KTQ®-Zertifizierungsverfahren sozusagen zeitgleich mit dem neuen Entgeltsystem (AR-DRGs) eingeführt wird.

Deutlich wurde für uns durch unsere Teilnahme an der KTQ®-Pilotphase, sowohl bei der Erstellung des Selbstbewertungsberichts als auch durch die Visitation, dass mit dem KTQ®-Manual 3.0 versucht wurde, verschiedene Zielsetzungen zu verfolgen.

Zertifizierung

- motiviert Krankenhäuser „neue Elemente des QM zu implementieren“;
- „stellt den Patienten in den Mittelpunkt: Verbesserung der Patientenversorgung sowohl hinsichtlich der Prozesse als auch der Ergebnisse“;
- „fördert Mitarbeiterorientierung“;
- stellt Transparenz her hinsichtlich Leistungen, der Leistungsfähigkeit, Qualitätsmanagement, der Qualität der Krankenhausbehandlung.⁷⁾

Diese unterschiedlichen Zielsetzungen mit einem neu entwickelten Zertifizierungsverfahren zu verfolgen, ist wirklich ein hoher Anspruch. ▶

Verbesserungsbereiche des KTQ®-Manuals Version 3.0 (Pilotphase) aus Sicht des KMS (Strukturerhebungsbogen und Kriterien)

■ Die Qualitätsanforderungen von KTQ®

Der KTQ®-Katalog ist gegliedert nach den Kategorien Patientenorientierung, Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement. Die zweite Konkretisierungsstufe heißt jeweils Standard, was verwirrend ist. Denn hier werden Abläufe im Krankenhaus aufgezählt, wie Aufnahme, Ersteinschätzung, Planung und Durchführung der Behandlung sowie Entlassung. Es folgt das Kriterium als dritte Konkretisierungsstufe. Erst dort werden einzelne Fragen gestellt, die man bei etwas gutem Willen mit Ja oder Nein beantworten kann.⁹⁾

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen:

Kategorie 1: Patientenorientierung in der Krankenversorgung,

Standard 1.1: Aufnahme,

Kriterium 1.1.4: Koordinierung der Patientenaufnahme; die Aufnahme des Patienten erfolgt koordiniert.

- Ist die Reihenfolge des Patientenaufrufs geregelt?
- Ist die ärztliche Patientenaufnahme in der Notaufnahme geregelt?
- Ist die ggf. notwendige Patientenbegleitung auf die Station geregelt?
- Werden betreuende Stationen rechtzeitig über Neuaufnahmen informiert?
- Gibt es organisatorische Regelungen zwischen dem Rettungsdienst und der Notfallaufnahme?

Es wurde mit Recht vielfach darauf hingewiesen, dass in dem gesamten Manual unklar bleibt, was unbedingt beantwortet werden muss, damit ein Kriterium als erfüllt abgehakt werden kann.

■ Patientenorientierung

Die wichtige Kategorie „Patientenorientierung in der Krankenversorgung“ orientiert sich zwar am typischen Ablauf der Krankenversorgung von der Aufnahme bis zur Entlassung, jedoch erscheint die Auswahl der zu Grunde gelegten Qualitätsforderungen eher zufällig. Eine wissenschaftlich fundierte Begründung der Qualitätsforderungen ist uns nicht bekannt. So steht zum Beispiel Kriterium 1.1.1 „Erreichbarkeit des Krankenhauses“ (ausreichend Parkplätze, Haltezone vor dem Krankenhaus) gleichberechtigt neben Kriterium 1.4.3 „Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung“. Es wird beispielsweise gefragt, ob ein Behandlungsplan erstellt wird; es wird jedoch nicht gefragt, ob die Diagnostik geplant wird.

Obwohl der Sicht der Patienten hohe Priorität eingeräumt werden soll, werden Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen zur Prioritätensetzung aus Patientensicht wenig

berücksichtigt. Gute Information der Patienten durch die Ärzte und Freundlichkeit des Personals haben aus Sicht der Patienten hohe Priorität.⁹⁾ Aufklärung vor Untersuchungen ist Patienten besonders wichtig; diese Frage wird im Kriterium 1.4.2 „Integration von Patienten in die Behandlung“ nicht gestellt. In welcher Form wurde bisher die Sichtweise von Patientenorganisationen, von Patientenfürsprecherinnen, von Selbsthilfegruppen sowie von Verbraucherschutzverbänden organisatorisch und inhaltlich eingebunden und in welcher Form soll diese Einbindung künftig erfolgen?

■ Transparenz der Leistungen und der Leistungsfähigkeit

In der vorliegenden Form dient der Strukturerhebungsbogen keineswegs der geforderten Transparenz über Leistungen und Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses; es ist geradezu unmöglich, sich auf der Grundlage dieses Strukturerhebungsbogens ein realistisches Bild von den Leistungen eines Krankenhauses zu machen. Das Kapitel Personalbereitstellung legt besonderes Gewicht auf die Qualifikation der Pflegekräfte (zum Beispiel Berufsabschlüsse der Pflegedienstleitung); die Qualifikation der MitarbeiterInnen anderer Berufsgruppen (zum Beispiel der Verwaltung) wird aus nicht nachvollziehbaren Gründen nicht abgefragt. Die Fragen zur räumlichen Ausstattung und nach Medizingeräten lassen die Handschrift einiger medizinischer Fachgesellschaften erkennen. Die Bewertung des Strukturerhebungsbogens ist völlig ungeklärt.

■ Ergebniskriterien fehlen

Medizinische und finanzielle Ergebnisse, Leistungszahlen, Ergebnisse der externen Qualitätssicherung, Ergebnisse von Patientenbefragungen und von Befragungen anderer externer Kunden sowie von MitarbeiterInnen, auch Messwerte und Kennzahlen zu Prozess- und Ergebnisqualität werden in der vorliegenden Version nicht in die Bewertung miteinbezogen. Die Verbindung von Gestaltungskriterien und Ergebniskriterien, die am EFQM-Modell besticht, fehlt. Grundlegende Konzepte von Total Quality Management – wie Ergebnisorientierung, Management mit Daten und Fakten – werden nicht berücksichtigt. Dementsprechend waren die Teilnehmer der KMS-Koordinationsgruppe bei der Erstellung und Bewertung des KMS-Berichts immer wieder irritiert. Welchen Bezug hat eine Frage, ein Kriterium zur (Ergebnis-)Istsituation des Hauses? Welches ideal oder real existierende „Musterkrankenhaus“ würde eine KTQ®-Bewertung mit „sehr gut“ bestehen?

■ Unzulängliche Bewertungssystematik

Die Bewertungssystematik, die in der Pilotphase zur Verfügung stand, ist völlig unzulänglich (sehr gut, gut, verbesserungswürdig). Weil KTQ® als Zertifizierungsverfahren nach Abschluss dieser Pilotphase 2002 ein Routineverfahren werden soll, besteht keine Möglichkeit mehr, eine neue Bewertungssystematik zu testen. Jedes Unternehmen, das sich dem „TQM-Gedanken“¹⁰⁾ verschrieben hat, wird auch eine mit „sehr gut“ zu bewertende Erfüllung eines Kriteriums für sich als weiterhin verbesserungsfähig und -würdig einstufen; folglich macht schon die Bewer-

tungsgrundlage keinen Sinn. Darüber hinaus ist es immer noch völlig unklar, unter welchen Voraussetzungen das KTQ®-Zertifikat ab 2002 vergeben werden soll.

■ Weitere Kritikpunkte

- In den anderen Kategorien setzt sich die unsystematische Vorgehensweise des KTQ®-Manuals fort. Auch in Kategorie 2 „Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung“ (wie in allen weiteren) erscheint die Auswahl der Kriterien eher zufällig. Bedeutende Kriterien wie 2.1.1 „Planung des Personalbedarfs“ stehen neben anderen, die kritisch hinterfragt werden müssen wie 2.3.2 „Einbeziehung von Mitarbeitern in strategische Planungen“. (Dies ist eher eine philosophische Frage der Unternehmensführung, wird von EFQM klar dem Bereich Politik und Strategie zugeordnet und lässt ansonsten nicht direkt auf die Qualität der Krankenhausbehandlung schließen.)

- Wichtige Bereiche und Abteilungen von Krankenhäusern können derzeit im Selbstbewertungsbericht nicht abgebildet werden; so zum Beispiel viele Fachabteilungen wie Pädiatrie, diagnostische Leistungen wie Labor, Röntgen, aber auch Speiserversorgung, Reinigung, Technik. Auch hier erscheint die Auswahl zufällig und vor allem in der Entstehungsgeschichte von KTQ® begründet.

- Wirtschaftlichkeit und effiziente Ressourcennutzung eines Krankenhauses werden nicht abgefragt und bewertet. Überspitzt gesagt könnte ein Krankenhaus das KTQ®-Zertifikat erhalten und im gleichen Jahr in Konkurs gehen. Überschneidungen ergeben sich bei der Abfrage der Einhaltung gesetzlicher Vorschriften: Warum wird die Erfüllung bestimmter gesetzlicher Vorschriften explizit abgefragt (zum Beispiel Arbeitszeitgesetz, Arbeitsschutz, Brandschutz, Katastrophenschutz), die anderer jedoch nicht?

- Die Darstellung von Spezialisierungen ist im Rahmen des Manuals kaum möglich: Was unterscheidet ein Krankenhaus der 4. Versorgungsstufe von einem Krankenhaus der Grundversorgung und wie wird dies berücksichtigt?

- Es besteht die große Gefahr der Bürokratisierung, zum Beispiel beim Umgang mit Leitlinien oder der Forderung nach einem kompletten PDCA-Zyklus in jedem Kriterium.

■ Spezielle Erfahrungen aus der Visitation

Der subjektive Ermessensspielraum der Visitoren ist sehr groß, weil – wie oben beschrieben – „gute Qualität“ durch das KTQ®-Handbuch nicht hinreichend definiert wurde. Zur Kompensation wird sehr auf die persönliche „Erfahrung“ der Visitorinnen und Visitoren gesetzt. Deshalb kann die Beurteilung durch verschiedene Visitorenteamer sehr unterschiedlich sein, die Ergebnisse sind nicht reproduzierbar. Dieser Eindruck entstand vor allem bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des KMS, die sowohl an den „Übungsvisitationen“ im Juni 2000 als auch an der Pilotvisitation des KMS im Januar 2001 teilgenommen hatten und über eine langjährige TQM-Erfahrung verfügen. Damit wird ein verfahrensimmanentes Gütekriterium, nämlich das der Objektivität, nicht eingehalten. Objektivität bedeutet „Grad der Unabhängigkeit der ermittelten

Informationen von der Durchführung des Bewertungsverfahrens. Kommen verschiedene Bewerter (Auditoren, Assessoren, Visitoren), die das gleiche Verfahren benutzen, auch zu gleichen Resultaten?“¹¹⁾

- Von vielen Gesprächsteilnehmern des KMS wurden die „kollegialen Dialoge“ kritisiert: Die Gruppen waren zu groß, die Zeit zu knapp, der Bezug zur Selbstbewertung und zu den vorgelegten Dokumenten war nicht immer erkennbar. Weil die Visitoren die Dokumente erst während der Visitation einsehen können, ist es kaum möglich, sich in der knapp bemessenen Zeit, bei der Fülle der vorliegenden Dokumente, einen ausreichenden Kenntnisstand zu verschaffen.

- Viele Gesprächsteilnehmerinnen und -teilnehmer aus unserem Haus berichteten, sie hatten den Eindruck, dass die Visitoren zum Teil bei bestimmten Themen sehr detailliert mit Bezug zu ihrer eigenen Arbeitssituation nachfragten. (KTQ®-VisitorInnen Tätigkeit quasi als Fundus für Verbesserungsprozesse in den Herkunftshäusern?) Weil der subjektive Spielraum für die Visitorinnen und Visitoren sehr groß ist, wäre dies schwer abzugrenzen.

■ Aufwand und Kosten

Der Aufwand für die Erstellung der Selbstbewertung sowie für die Organisation und Durchführung der Visitation ist sehr groß. Insgesamt waren im KMS für die Teilnahme an der Pilotphase 234 Arbeitstage von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erforderlich, davon

- 95 Arbeitstage für die Erstellung des Bewertungsberichts, die Besprechungen und die Gesamtbewertung durch die Koordinationsgruppe,
- 16 Arbeitstage für die Vorbereitung und Durchführung der Visitation,
- 78 Arbeitstage für das Qualitätsmanagement-Team und
- 55 Arbeitstage für die Teilnahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an 2 gut besuchten Informationsveranstaltungen (jeweils 170 bis 200 Teilnehmer).

In der Praxis müssen die Krankenhäuser für die Zertifizierung jedoch mit erheblich höheren Kosten rechnen. Paschen¹²⁾ hat mit Recht darauf hingewiesen, dass mit Kosten von mindestens 30 000 DM zu rechnen ist. Darüber hinaus soll das ganze Verfahren und die KTQ®-Geschäftsstelle aus den Beiträgen der Vertragspartner – also im Wesentlichen der DKG – finanziert werden. Externe Kosten und interner Aufwand stehen folglich bei der Einführung des jetzt geplanten Verfahrens in keinem Verhältnis zum Nutzen für die Krankenhäuser.

Fazit: KTQ® in der Pilotphase

Aus unserer Sicht ist das KTQ-Manual 3.0 in der vorliegenden Form weder für Selbstbewertungen (vergleichbar mit Selbstbewertungen nach EFQM) als krankenhausspezifisches Qualitätsmanagement-Modell noch zur Vergabe eines Krankenhauszertifikats geeignet. Wir meinen, ein Krankenhaus, das seine Zukunft durch die Einführung

eines umfassenden Qualitätsmanagements sichern will – und welches Haus kann künftig darauf verzichten – wird mit KTQ® allein „untergehen“. Es muss sich – neben KTQ® – zusätzlich an einem wirklich umfassenden Qualitätsmodell orientieren und die Umsetzung und Entwicklung dieses Modells regelmäßig überprüfen.

Die Vergabe eines Zertifikats muss sich auf überprüfbare Fakten beziehen und das Gütekriterium Objektivität erfüllen; sie darf nicht auf der Darstellung und fraglichen Überprüfung von Aktivitäten basieren.

KTQ® hat jedoch eine wichtige Aufgabe erfüllt: Das Thema „Einführung von Qualitätsmanagement für Krankenhäuser in Deutschland“ wurde auf die Tagesordnung gesetzt. Auch wir haben durch die Beschäftigung mit den Kategorien des Manuals und durch die Erstellung des Selbstbewertungsberichts, vor allem in der Kategorie Patientenorientierung, Anregungen für Verbesserungen erhalten; allerdings deutlich weniger als aus anderen Krankenhäusern berichtet wird.

Die Analyse von Aufwand und Nutzen der Selbstbewertung nach EFQM fällt deutlich günstiger aus. Trotz der Komplexität des EFQM-Modells und der für Krankenhausmitarbeiter schwer verständlichen Sprache überzeugte und überzeugt das EFQM-Modell sowie seine ausgereifte und reproduzierbare Bewertungssystematik die Führungskräfte und MitarbeiterInnen des KMS. Sie konnten dazu motiviert werden, sich mit dem EFQM-Modell im Detail auseinander zu setzen und es zur Grundlage der Qualitätsentwicklung und -bewertung in ihrem jeweiligen Bereich zu machen.

Das Ergebnis unserer EFQM-Selbstbewertung war eine umfassende Standortbestimmung, eine systematische, unternehmensweite Bewertung von Stärken und Verbesserungspotenzialen und damit eine nachvollziehbare Grundlage für die Prioritätensetzung. Durch regelmäßige weitere Selbstbewertungen, die wir planen, kann unternehmensweit nachvollzogen werden, welche Verbesserungsprozesse wirkungsvoll waren.¹³⁾

Immer wieder ist zu hören, das EFQM-Modell würde sich vielleicht für Produktionsbetriebe eignen, nicht aber für Krankenhäuser mit humanitärem Auftrag. Das Gegenteil ist der Fall. Europaweit beweisen Dienstleistungsunternehmen (und dazu zählen Krankenhäuser uneingeschränkt) die Praktikabilität und den Nutzeffekt des EFQM-Modells. Sein branchenübergreifender Ansatz ist ein Vorteil und kein Nachteil. Nimmt man „Kundenorientierung“ als konsequente Fortentwicklung von „Patientenorientierung“: Welch reicher Erfahrungsschatz steht den Krankenhäusern hier aus kundenorientierten Branchen und Unternehmen zur Verfügung. Das Rad muss nicht immer neu erfunden werden!

Und nicht zuletzt sollte gerade den in öffentlicher Trägerschaft stehenden Krankenhäusern zu denken geben, dass die privaten Krankenhausketten wie „Sana“ und „Asklepios“ EFQM als Qualitätsmanagement-Modell für die von ihnen geführten Krankenhäuser gewählt haben.

Auch unsere Erfahrungen mit den Fachabteilungsvisitationen im Rahmen des BMG-Projekts sind positiver als die der KTQ®-Pilotphase. Der Nutzen des berufsgruppenübergreifenden Audits (Peer Review, holländisch *Visitatie*) besteht im kollegialen Dialog von Führungskräften und MitarbeiterInnen, die für vergleichbare Aufgaben auf vergleichbaren Ebenen verantwortlich sind: dem Von-einander-Lernen. Dieser Nutzen wird durch die Prüfungssituation, die bei KTQ® die konsequente Folge der Zielsetzung „Zertifikat“ ist, zunichte gemacht. Schon jetzt bieten zahlreiche Firmen Krankenhäuser Beratungen an, wie sie das Zertifikat erhalten können, ohne wirklich umfassendes Qualitätsmanagement einzuführen.

Die widersprüchliche Zielsetzung von KTQ® führt letztendlich dazu, dass kein Ziel erreicht werden kann.

Der Aufwand für eine Optimierung des gesamten KTQ®-Verfahrens erscheint sehr groß. Dabei muss berücksichtigt werden, dass die Krankenhäuser in Deutschland heute in einer Phase tief greifender Veränderungen zu einem neuen Entgeltsystem begriffen sind und dies umfangreiche personelle und fachliche Ressourcen fordert. Ein Blick nach Kanada und in die USA zeigt, dass auch dort die Zertifizierungsverfahren von Joint Commission und Canadian Council in Richtung umfassendes Qualitätsmanagement (Malcolm Baldrige Award) weiterentwickelt wurden. Auch die Veränderungen von DIN EN ISO belegen die Notwendigkeit einer stärkeren Orientierung an ganzheitlichen Managementkonzepten.

Wir haben in den verschiedenen Phasen unsere Kritikpunkte und Verbesserungsvorschläge an die KTQ®-Geschäftsstelle weitergegeben und werden sie weiter verfolgen. Weil die Erfahrungen des KMS mit der Selbstbewertung nach EFQM sehr positiv waren, empfehlen wir KTQ® die Orientierung am EFQM-Modell und die Entwicklung einer krankenhausspezifischen Version von EFQM als Voraussetzung für die Vergabe eines deutschen Krankenhaus-Qualitätspreises oder entsprechender Auszeichnungen. Sollte ein Zertifikat unverzichtbar sein, könnte dies auch bei Erreichung einer bestimmten Punktzahl für die Erfüllung relevanter Kriterien erteilt werden.

Daran würden wir uns gerne beteiligen und unsere Erfahrungen und Kenntnisse mit einbringen. Wir hoffen, dass unsere KTQ®-Piloterfahrungen die gut 2 000 Krankenhäuser in Deutschland, die nicht an der KTQ®-Pilotphase teilgenommen haben, dazu anregen, die Erfahrungen der Pilotkrankenhäuser für sich zu nutzen, bevor die Selbstverwaltung ein aufwändiges Verfahren etabliert, das möglicherweise von keinem so gewollt war. Wir sind gerne bereit, für diesen Diskussionsprozess eine Plattform zu bieten und freuen uns auf Ihre Resonanz, Ihre Anregungen und Ihre Kritik.

Harald W. Bachleitner, Verwaltungsdirektor,¹⁴⁾
Dr. Ingrid Seyfarth-Metzger, Ltd. Oberärztin und Leiterin
des Kompetenzzentrums Qualitätsmanagement/
Bernhard Liebich, stellvertretender Verwaltungsdirektor,
Städtisches Krankenhaus München-Schwabing,
Kölner Platz 1, 80804 München

Anmerkungen

- 1) Vergleiche Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus, Herausgeber Bundesärztekammer, Zuckschwerdt Verlag 1997
- 2) Vergleiche Orientierung am Patientenwunsch, Seyfarth-Metzger Ingrid, Höcherl Eduard, in: Berliner Ärzte 4/99
- 3) <http://www.ktq.de>
- 4) Das KMS wird von Verwaltungsdirektor, Ärztlichem Direktor und Pflegedirektorin kollegial geleitet.
- 5) Vergleiche Darstellung des KMS zur Pilotphase KTQ®, <http://www.ktq.de>
- 6) Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus, Herausgeber Bundesärztekammer, Zuckschwerdt Verlag 1997, Seite 62 ff.
- 7) KTQ®-Manual Version 3.0, Seite 13
- 8) KTQ® und die Zertifizierung von Krankenhäusern, Paschen U., Basstek A., Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2001;6 A13
- 9) Patientenbefragung als Instrument des Qualitätsmanagements, Seyfarth-Metzger I., Satzinger W., Lindermeier T., das Krankenhaus 12/97, Seite 741
- 10) TQM: Total Quality Management, umfassendes, auf einen ständigen Verbesserungsprozess ausgerichtete Qualitätsmanagement
- 11) Evaluierung/Zertifizierung/Akkreditierung von Qualitätsmanagement-Aktivitäten in Gesundheitseinrichtungen, Schubert H.J., Ebner H., gekürzte Fassung eines Arbeitspapiers der GQMG, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, Herausgeber Lauterbach/Schrappe, Schattauer Verlag 2001
- 12) KTQ® und die Zertifizierung von Krankenhäusern, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2001;6 A14
- 13) Vergleiche Jahresbericht 1999 des Krankenhauses München-Schwabing, herausgegeben von der Krankenhausleitung des KMS
- 14) Zu erreichen über E-Mail: harald.bachleitner@kms.mhn.de, ingrid.seyfarth-metzger@kms.mhn.de und bernhard.liebich@kms.mhn.de ■

KTQ® auf dem Prüfstand – zur Weiterentwicklung des Zertifizierungsverfahrens

Das Krankenhaus München-Schwabing (KMS) ist eines der 25 Pilotkrankenhäuser, die aus der Fülle von mehr als 300 Bewerbungen ausgewählt wurden, um das in der Entwicklung befindliche Zertifizierungsverfahren KTQ® auf seine Inhalte und seine Praktikabilität zu testen. Die Vertragspartner der KTQ® haben bewusst eine umfangreiche und mehrstufige Erprobung des Verfahrens gewählt – zunächst in einem Pretest, dann mit 25 Pilotkrankenhäusern und 50 Pilotvisitoren. Durch die Einarbeitung der Ergebnisse aus der Pilotphase soll der Katalog, der von Krankenhauspraktikern erarbeitet wurde, ein weiteres Mal dem Urteil der künftigen Anwender ausgesetzt werden, um die nötige Praxisreife für den Routineeinsatz zu bekommen. Neben der nun anstehenden ausführlichen Auswertung aller Anregungen wird eine abschließende Befragung durch das beauftragte Forschungsinstitut IMI die Pilotphase abrunden.

Die vielfältigen Rückmeldungen aus der Pilotphase sind ein wertvoller Schatz für KTQ®. Sie werden in die Überarbeitung des KTQ®-Katalogs zu einer Version 4.0, der ersten Fassung für den KTQ®-Routinebetrieb, einfließen. Die gemeinsamen Erörterungen zwischen der KTQ®-Geschäftsstelle sowie den Pilotkrankenhäusern und den Pilotvisitoren wurden Ende April/Anfang Mai dieses Jahres mit 2 ganztägigen Veranstaltungen fortgesetzt. Die KTQ®-Projektleiter danken ausdrücklich allen Beteiligten für ihr Engagement und die große Dialogbereitschaft. Das gemeinsame Ziel, ein praktikables, krankenhausspezifisches und akzeptiertes Zertifizierungsverfahren zu entwickeln, rückt somit ein gutes Stück näher.

Die Anregungen von den Teilnehmern der Pilotphase sind allesamt konstruktiv und überwiegend positiv, was die KTQ®-Verantwortlichen natürlich freut. Genau so willkommen ist uns aber Kritik, die auf Schwächen des Verfahrens hinweist und Verbesserungspotenziale aufzeigt. Dies gilt insbesondere, wenn Kritik von einem Krankenhaus erhoben wird, das wie das KMS über lange und ausweis-

liche Erfahrungen mit der Einführung interner Qualitätssicherung, Selbstbewertung nach EFQM und ISO-Zertifizierungen verfügt.

Die Projektleiter der KTQ® hätten sich freilich gewünscht, dass das KMS seine breit in der Fachwelt gestreute Verfahrenskritik in der gleichen Ausführlichkeit zunächst denjenigen zur Verfügung gestellt hätte, die verantwortlich für das Verfahren und damit Gegenstand der Kritik sind. KTQ® befindet sich in der Entwicklungsphase. Sowohl die Inhalte als auch die Organisation des Zertifizierungsverfahrens sind noch nicht abschließend festgelegt, sondern befinden sich auf dem Prüfstand. KTQ® hat den Pilotkrankenhäusern Vertraulichkeit bei der Simulation der Zertifizierung (insbesondere der Fremdbewertung) zugesichert und dies auch eingehalten. In gleicher Weise hätte vom KMS erwartet werden können, dass es den KTQ®-Partnern vertraut, berechtigte Kritik aus der Pilotphase aufzugreifen und nicht auszusitzen.

Es zeigt sich, dass viele Kritikpunkte des KMS auf derzeit noch offene Aspekte des Verfahrens abstellen, zu deren Erarbeitung die Pilotphase beitragen soll, das heißt, die beim derzeitigen Entwicklungsstand noch gar nicht vorhanden sein können.

KTQ® ist mit diesen noch zu klärenden Punkten des Verfahrens immer offen umgegangen. An den internen Vorbereitungsveranstaltungen wie dem KTQ®-Pilotvisitorentraining oder der Informationsveranstaltung für die Pilotkrankenhäuser zum Auftakt der Erprobungsphase haben leitende Mitarbeiter des KMS teilgenommen. Nun gerade diejenigen Punkte als offensichtliche Schwächen des KTQ®-Verfahrens zu deklarieren, die explizit erst nach Auswertung der Pilotphase gestaltunfähig sind, erscheint uns wenig sachgerecht.

Im Folgenden wird zu den wichtigsten Positionen des KMS Stellung bezogen. ▶

Die Kritikpunkte (Auswahl)

☞ „... es besteht eine eindeutige Monopolstellung“

KTQ® hat keine Monopolstellung, gleichwohl wird das Verfahren im späteren Routinebetrieb durch die Beteiligung der kompletten Selbstverwaltung eine große Bedeutung erlangen. Falls die so genannte Monopolstellung sich auf andere Bewertungsverfahren (EFQM, DIN ISO) bezieht, kann sie eindeutig verneint werden. Jedes Krankenhaus kann auch weiterhin zwischen den verschiedenen Bewertungsverfahren frei wählen. Hinzu kommt, dass KTQ® kein Qualitätsmanagement-System per se ist, sondern die Einrichtung eines Qualitätsmanagement-Systems (QMS) voraussetzt. Die Auseinandersetzung mit den KTQ®-Kriterien des Katalogs im Rahmen der Selbstbewertung unterstützen die Einrichtung eines QMS genauso wie die Auseinandersetzung mit dem EFQM-Modell. Die freie Wahl der Methodik zur Einrichtung eines QMS ist schon aus Gründen der Krankenhausvielfalt unbedingt einzuhalten.

☞ „... zumal krankenhauserplanerische und finanzielle Konsequenzen erwartet werden können ...“

Es muss noch einmal darauf hingewiesen werden, dass KTQ® keine krankenhauserplanerischen Konsequenzen nach sich ziehen kann, weil es kein Instrument ist, das sich für ein Ranking oder Rating von Krankenhäusern eignet. KTQ® lässt in der Selbstdarstellung der Strukturen und Prozesse durch das Krankenhaus krankenhauserindividuelle Spielräume zu. Dadurch ist das Verfahren für unterschiedliche Krankenhäuser gleichermaßen zur Anwendung geeignet; eine Vergleichbarkeit dieser unterschiedlichen Krankenhäuser ist damit ausgeschlossen und auch nicht gewollt. Die KTQ®-Vertragspartner haben hierauf auch in einer Presseerklärung hingewiesen (vergleiche „das Krankenhaus“ 5/2001, Seite 447).

☞ „... dass in dem gesamten Manual unklar bleibt, was unbedingt beantwortet werden muss, damit ein Kriterium als erfüllt abgehakt werden kann.“

Für die Pilotphase wurde bewusst nur ein grobes Beurteilungsraster vorgegeben, um die Selbst- und Fremdbewertung simulieren zu können. Die Entwicklung eines fundierten Bewertungsschemas wurde von KTQ® immer als eine der wichtigsten Zielsetzungen bezeichnet. Das Bewertungsschema wird jedoch erst nach Auswertung der Pilotphase konkretisiert, weil nur so die Vorstellungen der Krankenhauspraxis einbezogen werden können. Ein solches partizipatives Vorgehen halten wir für sinnvoller als eine Vorabfestlegung durch KTQ®.

Das Bewertungsschema für den KTQ®-Routinebetrieb muss transparent und für die Anwender nachvollziehbar sein. Ausgehend von der Gewichtung der Kriterien nach Maßgabe der Rückmeldungen aus der Pilotphase werden diese mit einer entsprechenden Bepunktung hinterlegt. Ein Konzept wird derzeit erstellt und zwischen den KTQ®-Vertragspartnern abgestimmt. Somit wird der KTQ®-Katalog in der Version für den Routinebetrieb detaillierte Ausführungen zur Gewichtung der einzelnen Kriterien und zum Punkteerreichungsgrad haben. Das ist selbstverständlich eine Kerninformation für die Krankenhäuser.

☞ „... jedoch erscheint die Auswahl der zu Grunde gelegten Qualitätsforderungen eher zufällig. Eine wissenschaftlich fundierte Begründung ist uns nicht bekannt.“

KTQ® stand vor der Grundentscheidung, die Qualitätsforderungen von Krankenhauspraktikern unterschiedlicher Professionen gemeinsam zu entwickeln oder in extensiver Weise die Wissenschaft zu bemühen. Die Projektleiter haben sich entschlossen, die Inhalte für die Praxis von Praktikern erarbeiten zu lassen und sie dann auf das Rütelsieb der praktischen Erprobung zu stellen. Wir sind der festen Überzeugung, dass in den Arbeitsgruppen geballter Sachverstand vertreten war. Für die wissenschaftliche Begleitung wurde das Institut für medizinische Informationsverarbeitung (IMI) beauftragt, das unter anderem einen Abgleich mit den renommierten internationalen Bewertungsverfahren der Joint Commission, des Australian und Canadian Council und ANAES/Frankreich durchgeführt hat.

Dieses Vorgehen halten wir für ausreichend fundiert, auch angesichts der Frage, ob es überhaupt eine unumstrittene und wissenschaftlich gesicherte Begründung für die Qualitätsforderungen gibt. Was nützt es den Beteiligten – auch aus der krankenhauserpolitischen Perspektive – wenn ein „hochwissenschaftliches“ Zertifizierungsverfahren angestrebt wird und sich dann ein zehnjähriger Streit der Gelehrten anschließt mit ungewissem Ausgang?

☞ „... obwohl der Sicht der Patienten hohe Priorität eingeräumt werden soll, werden Ergebnisse zahlreicher Untersuchungen zur Prioritätensetzung aus Patientensicht wenig berücksichtigt.“

Die Patientenorientierung zieht sich wie ein roter Faden durch den Katalog und ist ein explizites Ziel des Verfahrens. Für sie wurde eine eigene KTQ®-Fachgruppe Patientenorientierung und -befragung unter Einbindung eines externen Forschungsinstituts (ZUMA) etabliert. Die Fachgruppe hat neben inhaltlichen Kriterien unter anderem einen KTQ®-Leitfaden zur Patientenbefragung erarbeitet. Der Leitfaden enthält Informationen und Empfehlungen für die sachgerechte Durchführung von Patientenbefragungen im Krankenhaus; er ist bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft veröffentlicht. Darüber hinaus werden die Selbst- und Fremdbewertungen der Pilotkrankenhäuser von KTQ® zur Überarbeitung des Katalogs genutzt. Bei der Fremdbewertung haben beispielsweise die Pilotvisoren die Kriterien auf der Grundlage der Selbstbewertung der Pilotkrankenhäuser hinterfragt – auch über die im Katalog enthaltenen Unterfragen der Kriterien hinaus. Diese ergänzenden Fragen werden bei der Überarbeitung der Kriterien entsprechende Berücksichtigung finden.

☞ „... der Strukturhebungsbogen in der vorliegenden Form dient keineswegs der geforderten Transparenz über Leistungen und Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses; es ist geradezu unmöglich, sich auf der Grundlage dieses Strukturhebungsbogens ein realistisches Bild von den Leistungen eines Krankenhauses zu machen ... Die Bewertung des Strukturhebungsbogens ist völlig ungeklärt.“

Der Strukturhebungsbogen sollte nie einer Bewertung zugeführt werden. Dies war allen Pilotkrankenhäusern, so auch dem KMS, hinreichend bekannt, insofern greift die Kritik nicht. Der Strukturhebungsbogen dient lediglich dazu, dass sich die Visatoren einen ersten Eindruck vom Krankenhaus „nach Aktenlage“ verschaffen können. Auch für ihn werden die Anmerkungen aus der Pilotphase zu einer Überarbeitung der Inhalte genutzt. Es bestehen daher derzeit Überlegungen, den Strukturhebungsbogen auch nicht in das EDV-Erfassungstool für den KTQ®-Routinebetrieb aufzunehmen, sondern ihn lediglich zum Bestandteil der schriftlichen Unterlagen bei Beantragung einer Zertifizierung zu machen.

☛ **„Medizinische und finanzielle Ergebnisse, Leistungszahlen, Ergebnisse der externen Qualitätssicherung, Ergebnisse von Befragungen von Patienten und Patientinnen und anderen externen Kunden sowie von MitarbeiterInnen, Messwerte und Kennzahlen zu Prozess- und Ergebnisqualität werden in der vorliegenden Version nicht in die Bewertung miteinbezogen.“**

Es ist erklärtes Ziel von KTQ®, Anregungen für ein patienten- und mitarbeiterorientiertes Qualitätsmanagement zu geben und Transparenz hierüber wie auch über die Qualität der Krankenhausbehandlung herzustellen. Ob und in welcher Detailliertheit Finanzergebnisse darzustellen sind, wird von den Pilotkrankenhäusern durchaus unterschiedlich gesehen.

Eine Berücksichtigung der Ergebnisse der externen Qualitätssicherungsverfahren ist vorgesehen, macht aber erst dann Sinn, wenn sich die externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V flächendeckend etabliert hat. Mit der Gründung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), die zum 1. Januar 2001 ihre Arbeit aufgenommen hat, wurde hierfür der Grundstein gelegt.

Darüber hinaus kann es nicht Ziel von KTQ® sein, Parallelstrukturen zur externen Qualitätssicherung aufzubauen. Dies wäre eine Vergeudung von Ressourcen. Die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung werden bei KTQ® nicht erneut im Detail geprüft; hierfür sehen die Bundesvereinbarungen zu § 137 SGB V eigene Mechanismen vor. Bereits heute wird im Rahmen von KTQ® abgefragt, ob das Krankenhaus vollständig an der verbindlichen Qualitätssicherung teilnimmt und wie mit den daraus gewonnenen Daten intern umgegangen wird. Zu gegebener Zeit soll die externe Qualitätssicherung insoweit noch stärker Berücksichtigung finden, als das Krankenhaus seine Performance, zum Beispiel in der Art einer „Unbedenklichkeitsbescheinigung“, gegenüber KTQ® nachweisen kann. Ein Krankenhaus, das bei den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen im Ergebnis außerhalb der Toleranzwerte liegt, wird sinnvoller Weise kein KTQ®-Zertifikat erhalten.

Die Patientenbefragung und die Mitarbeiterbefragung werden bereits als separates Kriterium im KTQ®-Katalog thematisiert und hinterfragt. Ein KTQ®-Leitfaden zur methodischen Unterstützung bei der Konzeption und bei der Durchführung von Patientenbefragungen wurde bereits als KTQ®-Publikation veröffentlicht. Für einen weiteren

Adressatenkreis des Krankenhauses – die niedergelassenen Ärzte – ist er in Vorbereitung.

☛ **„Die Bewertungssystematik, die in der Pilotphase zur Verfügung stand, ist völlig unzulänglich (sehr gut, gut, verbesserungswürdig) ... Jedes Unternehmen, das sich dem TQM-Gedanken verschrieben hat, wird auch eine mit sehr gut zu bewertende Erfüllung eines Kriteriums für sich als weiterhin verbesserungsfähig und -würdig einstufen ...“**

In den erwähnten Ausführungen wurde bereits dargestellt, welche Anforderungen KTQ® an eine zukünftige Bewertungssystematik stellt. Eine solche Bewertungssystematik, die auch den PDCA-Zyklus und damit einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess widerspiegeln muss, wird derzeit entwickelt. Ein wesentlicher Bestandteil des Bewertungskonzepts wird es sein, den PDCA-Zyklus differenziert nach den Kriterien abzubilden. Auch hierzu wird die Gewichtung der Kriterien durch die Pilotkrankenhäuser und -visatoren ausgewertet. Im Erfahrungsaustausch der Pilotkrankenhäuser und -visatoren am 27. April und am 4. Mai 2001 wurden KTQ®-intern erste Überlegungen vorgestellt und mit den Teilnehmern diskutiert.

☛ **„Darüber hinaus ist immer noch völlig unklar, unter welchen Voraussetzungen das KTQ®-Zertifikat ab 2002 vergeben werden soll.“**

Die Voraussetzungen für die Zertifikatsvergabe sind verständlicherweise ein sehr sensibles Thema. Eine Konzeptentwicklung dafür ist eng mit dem Reifegrad der KTQ®-Inhalte und der Bewertungssystematik verknüpft.

Angedacht wird eine Mischung aus Punktbewertung je Erfüllungsgrad und K.O.-Kriterien (zum Beispiel keine Teilnahme an den externen Qualitätssicherungsverfahren, die seit dem 1. Januar 2001 gesetzlich vorgeschrieben ist). Ein konkretes Konzept wird rechtzeitig vor Beginn des KTQ®-Routinebetriebs veröffentlicht.

☛ **„Wichtige Bereiche und Abteilungen von Krankenhäusern können derzeit im Selbstbewertungsbericht nicht abgebildet werden.“**

KTQ® hat sich für eine sukzessive inhaltliche Entwicklung entschieden und dies von Anfang an auch in der Öffent-



Möbel für Menschen

Planung, Beratung, Herstellung, Ausführung:

- PHYROplan-Objekteinrichtungen
- Büro- und Archivierungseinrichtungen
- Lager- und Betriebseinrichtungen
- Umkleide- und Garderobeneinrichtungen
- Labor- und Medizineinrichtungen

C + P Möbelsysteme GmbH & Co. KG, 35236 Breidenbach
Tel. 0 64 65/9 19-3 50, Fax -3 59, E-Mail: info@cpmoebel.de

lichkeit so dargestellt. Es wird damit nicht von dem Gesamtziel eines krankenhaumfassenden Ansatzes abgerückt. Aus Sicht der KTQ® ist es vorrangiges Ziel, eine methodisch saubere Grundstruktur des Kriterienkatalogs zu erstellen. Ist dies erreicht, können ohne Probleme weitere Bereiche/Abteilungen angedockt und somit abgebildet werden. Zwischenzeitlich haben weitere KTQ®-Expertengruppen zu den Themen Pathologie, Labor, Apotheke und Physiotherapie getagt. Im Laufe des Jahres werden andere Arbeitsgruppen (Kinder, bildgebende Verfahren, HNO, Augen, Dermatologie sowie Psychiatrie und Neurologie) mit der inhaltlichen Weiterentwicklung beauftragt.

Auch die neuen Inhalte werden erst nach einem Praxistest freigeschaltet. Deshalb werden neue Module im Katalog ab 2002 mitlaufen, jedoch nicht gleich in die Bewertung des Krankenhauses eingehen. Jetzt und auch künftig gilt: Nur getestete Inhalte fließen in eine Bewertung ein. Diese Vorgehensweise hat den Vorteil, dass das Verfahren in den Kernbereichen starten kann und weitere Inhalte geordnet und getestet hinzukommen. Mit diesem Ablauf geht KTQ® konform mit der Empfehlung des wissenschaftlichen Instituts.

☞ **„Warum wird die Erfüllung bestimmter gesetzlicher Vorschriften explizit abgefragt (zum Beispiel Arbeitszeitgesetz, Arbeitsschutz, Brandschutz, Katastrophenschutz), andere jedoch nicht?“**

Der Verweis auf gesetzliche Vorschriften findet sich im KTQ®-Katalog überall dort, wo diese die Sicherheit der Patienten und Mitarbeiter tangieren. Es kann nicht Aufgabe von KTQ® oder der KTQ®-Visitoren sein, im Krankenhaus die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften zu überprüfen, zumal hierfür andere Prüfinstanzen verantwortlich sind. Gleichwohl wird dem Krankenhaus bei der Auseinandersetzung mit dem KTQ®-Katalog im Rahmen der Selbstbewertung klar, bei welchen KTQ®-Kriterien außerdem gesetzliche Vorschriften existieren.

☞ **„... wird ein verfahrensimmanentes Gütekriterium, nämlich das der Objektivität, nicht eingehalten ... Kommen verschiedene Bewerter, die das gleiche Verfahren benutzen, auch zu den gleichen Resultaten?“**

Auch dieser Punkt steht in engem Zusammenhang mit der Bewertungssystematik. Die Bewertung durch die Visitoren muss für das Krankenhaus nachvollziehbar und objektiv sein. KTQ® stellt hohe Anforderungen an die Qualifikation der künftigen Visitoren. Die Visitoren werden speziell auf das Verfahren und ihre Tätigkeit geschult. Ein wichtiger Bestandteil künftiger Visitorenschulungen wird es sein, die Konsensfindung im Visitorenteam zu trainieren. Diese Notwendigkeit wird im Übrigen auch beim EFQM-Modell erkannt. Zudem soll die Funktion des Begleiters als Bindeglied zwischen den Visitoren und der Zertifizierungsstelle beibehalten werden, um zusätzlich die Methodenkonformität im Verfahren sicherzustellen.

☞ **„Der Aufwand für die Erstellung der Selbstbewertung und für die Organisation und Durchführung der Visitation ist sehr groß ... Darüber hinaus soll das ganze Verfahren und die KTQ®-**

Geschäftsstelle aus den Beiträgen der Vertragspartner – also im Wesentlichen der DKG – finanziert werden.“

Der Aufwand, den die Krankenhäuser bei einer KTQ®-Selbst- und Fremdbewertung zu leisten haben, ist in der Tat hoch. Echten Nutzen bringt das Verfahren jedoch in erster Linie dann, wenn die Mitarbeiter an der Erstellung der Selbstbewertung auch in entsprechenden Arbeitsgruppen beteiligt werden. Die KTQ® hat eine Empfehlung zur Durchführung der Selbstbewertung vorgeschlagen, die auf den interdisziplinären und abteilungsübergreifenden Konsens abzielt.

Überlegungen zum Aufwand bei KTQ® können aber einem Vergleich mit anderen Bewertungsverfahren standhalten: Die indirekten Kosten einer KTQ®-Zertifizierung variieren in Abhängigkeit von den jeweiligen Erfahrungen des Krankenhauses zum Thema Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung. Hinsichtlich des internen Aufwands sei der Hinweis erlaubt, dass die Vorgehensweise dem EFQM-Modell ähnelt, das ebenfalls eine kriterienbezogene Auseinandersetzung in Arbeitsgruppen fordert. Die Zertifizierungskosten bei einer DIN EN ISO-Zertifizierung sind nicht unerheblich. Sie werden in der Literatur uneinheitlich mit 30 000 bis 50 000 DM angegeben.

KTQ® selbst wird sich im Wesentlichen aus den Lizenzgebühren der Zertifizierungsstellen refinanzieren müssen. In der Entwicklungsphase konnten die Vertragspartner dankenswerterweise auf Fördermittel des BMG zurückgreifen; der darüber hinaus gehende Aufwand wurde von den Verbänden zu gleichen Teilen getragen.

Generell gilt: Nur ein für die Krankenhäuser brauchbares Verfahren rechtfertigt auch den Aufwand. Das erste Echo aus der Pilotphase zeigt, dass viele Krankenhäuser gerade die interne Kommunikation im Rahmen der KTQ®-Selbstbewertung als echten Benefit des Verfahrens werten. Die krankenhauserne Transparenz wird zur Optimierung von Prozessen, insbesondere in den Schnittstellenbereichen, führen.

Als erfreulich ist auch die Aussage des KMS zu werten, dass KTQ® eine wichtige Aufgabe erfüllt hat: Das Thema Einführung von Qualitätsmanagement für Krankenhäuser in Deutschland wurde auf die Tagesordnung gesetzt. Das KMS stellt ebenfalls fest, durch die Beschäftigung mit den Kategorien des Manuals und die Erstellung des Selbstbewertungsberichts, vor allem in der Kategorie Patientenorientierung, „Anregungen für Verbesserungen erhalten“ zu haben.

☞ **„Schon jetzt bieten zahlreiche Firmen Krankenhäusern Beratungen an, wie sie das Zertifikat erhalten können, ohne wirklich umfassendes Qualitätsmanagement einzuführen.“**

Es spricht nichts dagegen, wenn sich Krankenhäuser bei der Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems extern beraten lassen. KTQ® erteilt jedoch Bestrebungen eine eindeutige Absage, wenn suggeriert wird, dass die Beratung zum Erhalt des KTQ®-Zertifikats ver helfe. Wir halten Schulungen, die über eine reine Information zum KTQ®-Verfahren hinausgehen, zum jetzigen Projektent-

wicklungsstand für verfrüht und daher bedenklich. Fundierte Inhalte können erst dann vermittelt werden, wenn sie auch anwendungsreif sind. KTQ®-intern hat man sich darauf verständigt, von einer aktiven Unterstützung (Referententätigkeit) solcher Veranstaltungen abzusehen. Für den Routinebetrieb ist es wichtig, dass die Krankenhäuser fundierte Seminare klar erkennen können, zugleich aber wissen, dass Beratung und Durchführung der Zertifizierung nicht in einer Hand liegen können. Diese Trennung ist auch ein Grundprinzip der ISO-Zertifizierungsverfahren.

Schlussbemerkung

Generell kann davon ausgegangen werden, dass alle Verfahren, die zu einer Zertifizierung führen, sich von reinen Selbstbewertungen durch einen gewissen Prüfungsaspekt unterscheiden. KTQ® versucht, beide Ansätze miteinander zu kombinieren, mit dem besonderen Charme, dass hier ein Verfahren etabliert wird, das von Anfang an krankenhausspezifische Inhalte aufweist. Eine Interpretation von ursprünglich für die Industrie entwickelten Inhalten ist nicht erforderlich. Ein Krankenhaus ist komplexer als ein reiner Dienstleistungs- oder ein reiner Produktionsbetrieb.

Man kann davon ausgehen, dass die Selbstbewertung in den Krankenhäusern im ersten Jahr des KTQ®-Routinebetriebs mehr Raum einnehmen wird als die Fremdbewertung. Nicht vergessen werden darf, dass in der Pilotphase eine direkte Abfolge der Selbst- und Fremdbewertung lediglich zur Erprobung simuliert wurde, um den Verfahrensablauf zu testen. In der Praxis werden viele Krankenhäuser nach der Selbstbewertung zunächst die Zeit dafür nutzen, das erkannte Verbesserungspotenzial zu realisieren, ehe sie sich zu einer Fremdbewertung entschließen.

In vielen Krankenhäusern ist noch Aufbauarbeit zu dem Thema Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement zu leisten, bevor KTQ® als Ausweis eines praktizierten Qualitätsbewusstseins greifen kann. Die für ein Qualitätsmanagement-System notwendigen Strukturen sind zu schaffen: Mitarbeiter müssen im Qualitätsmanagement geschult, Qualitätsprojekte initiiert und Prozesse durchleuchtet werden – bei der Wahl der geeigneten Methoden

und Maßnahmen macht KTQ® keine Vorgabe. Die Auseinandersetzung mit dem EFQM-Modell kann dabei genauso hilfreich sein wie die Nutzung berufsgruppenübergreifender Audits. Dieses ebenfalls vom BMG geförderte Projekt könnte – abgestimmt auf KTQ®-Inhalte – sogar eine sehr gute Vorbereitung auf eine KTQ®-Fremdbewertung darstellen.

Die Zielsetzungen von KTQ® sind in der Tat mehrdimensional, aber aus unserer Sicht nicht widersprüchlich. Es gibt einen Bedarf für ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren, welches Eigeninitiative und Selbstbewertung voraussetzt, dann aber nach erfolgter Visitation auch Gelegenheit gibt, das Erreichte durch ein Zertifikat darzulegen und zu kommunizieren. Hier geht KTQ® über den EFQM-Ansatz bewusst hinaus.

KTQ® wird mit Hilfe der Pilotkrankenhäuser und Pilotvisitoren, der in die Arbeitsgruppen eingebundenen Experten, der wissenschaftlichen Begleitung durch das IMI und durch den Sachverstand aus den Reihen der KTQ®-Vertrags- und Kooperationspartner alles daran setzen, ein inhaltlich gereiftes und für die Krankenhäuser praktikables Zertifizierungsverfahren anzubieten. Das bisherige Echo ermuntert uns, den eingeschlagenen Weg fortzusetzen. KTQ® ist sich sehr bewusst, dass bis zur geplanten Anwendung des Verfahrens im Jahr 2002 noch wichtige Elemente auszuarbeiten sind. Dies wird mit aller Sorgfalt geschehen, valide Kritik ist dabei jederzeit willkommen.

Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Kolkmann,

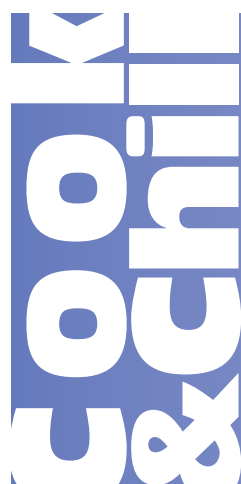
KTQ®-Projektleiter für die BÄK/

Dr. med. Hanns-Dierk Scheinert, KTQ®-Projektleiter für den VdAK/AEV/

Dipl.-Kauffrau Christiane Schoppe,

KTQ®-Projektmanagement für die DKG/

Dr. Martin Walger, KTQ®-Projektleiter für die DKG ■



Speisenverteilung mit System

Wir bauen maßgeschneiderte Speiserverteilsysteme. Ohne Kompromisse.

Warme Speisen bleiben heiß, Kaltes bleibt wirklich kalt. Mit dem qualitativ hochwertigen und hygienegerechten Systemen von Cidelcem Iseco kein Problem. Für jede Anwendung eine optimale Lösung: Kompetenz und Erfahrung aus einer Hand.

Mit Sicherheit eine gute Entscheidung!



CIDELCEM
ISECO GmbH

CIDELCEM ISECO GmbH
Danziger Straße 2 • 77694 Kehl
Telefon 0 78 51-8 999 80 • Fax 0 78 51-8 999 828
eMail cidelcem@proxy.de

