

## 8. KTQ-Forum in Berlin

### „Qualitätsorientierter Wettbewerb“ im Fokus

Mit knapp 600 Teilnehmern war das 8. KTQ-Forum am 24. November in Berlin erneut sehr gut besucht. Unter den Teilnehmern befand sich auch eine Delegation des chinesischen Gesundheitsministeriums. KTQ ist inzwischen in allen Bereichen des Gesundheitswesens verbreitet. 625 Krankenhäuser sind zertifiziert, davon mehr als 200 bereits zum zweiten Mal. „Durch ist das KTQ-Zertifikat ein Stück wertvoller geworden“, sagte KTQ-Geschäftsführerin Gesine Dannenmaier zum Auftakt der Veranstaltung. Zertifiziert waren zu diesem Zeitpunkt zudem 32 Arztpraxen und MVZ, 23 Reha-Einrichtungen, 19 Pflege-Einrichtungen und erstmals auch ein Hospiz. Dem Ludwigshafener Hospiz Elias wurde das KTQ-Zertifikat im Rahmen des Forums überreicht. Dannenmaier stellte klar, dass die KTQ sich auf diesen Erfolgen nicht ausruhen will. „Wir haben unsere Hausaufgaben aus den Rückmeldungen erledigt“, sagte sie. Die Gesellschaft in der Trägerschaft der DKG, der Bundesärztekammer, der GKV, des DPR und des Hartmannbundes hat den Katalog für die Krankenhauszertifizierung überarbeitet. Einzelheiten dazu wurden in Berlin von Dannenmaier präsentiert. Dem Wunsch vieler Einrichtungen nach mehr Weiterbildung sei die KTQ mit dem Ausbau der KTQ-Akademie entgegengekommen. Das fünfzügige Visitorentraining ist nun offen für alle Interessierten. Auch die Fresh-Up-Kurse für Visitoren wurden überarbeitet.

#### BMG kündigt erweiterten Wettbewerb an

Den Auftakt zum gesundheitspolitischen Plenum des Forums unter dem Motto „Qualitätsorientierter Wettbewerb im Gesundheitswesen – Politik und Praxis“ machte Franz Knieps, Abteilungsleiter für Gesundheitsversorgung, Kranken- und Pflegeversicherung im BMG. Wettbewerb sei kein Wert an sich, so Knieps,

sondern nur ein Instrument, um Qualität zu verbessern und mit begrenzten Ressourcen umzugehen. Knieps plädierte für Pragmatismus. Wettbewerb müsse sich an den jeweiligen Gegebenheiten vor Ort orientieren und zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern anders aussehen als in Berlin. Knieps vertrat die Auffassung, dass Wettbewerb in der Privaten Krankenversicherung nicht so gut funktioniere wie in der Gesetzlichen. GKV-Versicherte könnten ihre Krankenversicherung leichter wechseln als PKV-Versicherte „und sollten das auch tun, wenn sie unzufrieden sind“. Auch der Gesundheitsfonds fördert aus Sicht des BMG den Wettbewerb, und zwar insbesondere mit konkurrierenden Versorgungsangeboten. Insgesamt hätten neue Versorgungsformen zwar bislang noch einen geringen Anteil an der Versorgung. „Gleichwohl haben sie das Denken und Handeln der Akteure deutlich verändert“, so Knieps. Er kündigte an, dass der Gesetzgeber diesen Weg auch nach den Bundestagswahlen 2009 weiter gehen werde. Die Grenzen des Wettbewerbs sind aus der Sicht der Politik offenbar noch nicht erreicht. Einer erweiterten Wettbewerbsordnung steht nach Knieps Auffassung jedoch die Trennung zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich im Weg. Der BMG-Abteilungsleiter plädiert für eine Annäherung der Sektoren in doppelter Hinsicht. Zum einen müssten die Honorarsysteme vereinheitlicht werden. Das würde heißen, dass ambulante Fachärzte nach Fallpauschalen bezahlt werden, denn am Krankenhausentgeltgesetz will Knieps derzeit nicht rütteln. Zum anderen müsse die Bedarfsplanung verschmolzen werden. Auch hier stünden dem ambulanten Sektor größere Änderungen bevor als dem stationären. In Sachen Qualität beobachtet Knieps eine wachsende „Konkurrenz der Modelle“. Hier müsse für Transparenz gesorgt werden. Sein Ausblick auf das Wahljahr 2009: „Wir werden 2009 diskutieren, auf

welchen Parametern ein Wettbewerb um Qualität und Effizienz aufgebaut werden muss, damit 2010 weitere Wettbewerbsparameter ins System eingeführt werden können.“

Krankenkassen plädieren für Ergebnisverantwortung

#### Wettbewerb um Ausgabensenkung führt zu Qualitätseinbußen

Aus der Sicht der Krankenkassen schilderte anschließend der stellvertretende Vorsitzende der Techniker Krankenkasse, Dr. Christoph Straub, warum ein *qualitätsorientierter* Wettbewerb nötig ist. Laut Dr. Straub, der seit Januar 2009 Mitglied des Vorstands der Rhön-Klinikum AG ist – dort unter anderem zuständig für medizinische Entwicklung und Qualitätssicherung –, führt ein Wettbewerb um Ausgabensenkung „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ zu einer Senkung der Qualität. Umgekehrt gelte aber: „Wer sich um Qualität kümmert, steigert Effizienz.“ Ein Wettbewerbsrahmen werde zwar gebraucht, weil Patienten in einer akuten Erkrankungssituation Qualität nicht gestalten könnten. Qualität müsse sich im Wettbewerb jedoch von unten nach oben entwickeln und könne nicht top-down verordnet werden. Wettbewerb an sich sei vor allem nötig, um die Innovationskraft des deutschen Gesundheitssystems zu erhalten. Daher stelle sich die Frage, wie er organisiert werden soll.

„Wir brauchen Freiheit für die Akteure“, sagte Straub. Als einen „Kernwert“ der Gesetzlichen Krankenversicherung im Deutschland des 21. Jahrhunderts betrachtet er dabei die Wahlfreiheit der Versicherten bei gleichzeitigem Kontrahierungszwang der Krankenkassen. Er plädierte aber auch dafür, die Gestaltungskompetenz und Verantwortung von Kassenmanagern zu stärken. Sie müssten zum Beispiel dafür verantwortlich gemacht werden, „wenn sie schlechte Programme auflegen“. Als Problem

betrachtet er die teils mangelnde Transparenz und Vergleichbarkeit verschiedener Angebote. Auch an Qualitätsdarlegungssysteme stellt er die Anforderung, dass sie vollständig und gleichwertig sein müssen, „damit sie die Qualität des Systems abbilden und allen eine Basis für Bewertung und Orientierung geben“. Als Qualitätskriterium hält Straub auch Mindestmengen für sinnvoll. „Normative Vorgaben“ seien erlaubt, wenn sie ausreichend gesichert seien. Im GKV-System werde aus seiner Sicht die Aufnahme von Innovationen in den GKV-Katalog zu sehr reguliert, während die anschließende Qualitätssicherung neuer Maßnahmen im System vernachlässigt werde. Er verwies auf die Erfahrungen mit Drug Eluting Stents. „Es gibt kein System, das sichert, dass die Leistungserbringung nach politischen und medizinischen Kriterien sinnvoll erfolgt“, so Straub. Sein Fazit: „Ergebnistransparenz, Gestaltungsfreiheit, Verantwortlichkeit für das, was man tut – dann können wir auf dem Weg zu mehr Qualität weiterkommen.“

#### Podiumsdiskussion thematisiert Pay for Performance

An der anschließenden Podiumsdiskussion beteiligten sich neben Dr. Straub und Knieps auch der Vorsitzende des KTQ-Gesellschafterausschusses, Dr. Günther Jonitz. Mechthild Mügge, Mitglied im Gesellschafterausschuss der KTQ, vertrat die verhinderte Präsidentin des Deutschen Pflgerates, Marie-Luise Müller. Eine Absage erteilte sie dem Beschluss, Schulnoten für die Qualität von Pflegeheimen zu vergeben, um mehr Transparenz zu schaffen. Dies entspreche alten Menschen nicht. Auch Jonitz kritisierte dieses System. Es führe zu einem falschen Wettbewerb. Für die KTQ sei es daher wichtig, „keine Schulnoten zu vergeben“. Stattdessen müsse das graue KTQ-Kreuz stärker vermittelt werden. Jonitz kündigte dazu eine Marketingkampagne an, die sich auch an die regionalen Krankenkassen wenden soll. Er sprach sich zudem dafür aus, dass zertifizierte Qualität sich in der Honorierung widerspiegeln müsse. Diesen Schritt zu vollziehen betrachtet Dr.



Blick in den gut gefüllten Vortragssaal beim 8. KTQ-Forum in Berlin

Straub aus der Kassensicht als schwierig. Zum einen müsse strikte Neutralität zwischen unterschiedlichen Qualitätsdarlegungssystemen herrschen. Zum anderen hätten Qualitätssicherungs- und Honorarsysteme derzeit „nichts miteinander zu tun“. Daher rühre auch das Phänomen, dass die Verhandlungsführer der Krankenkassen „keine große Offenheit für Qualitätsthemen“ mitbrächten. Sie seien in den letzten Jahren immer stärker auf das Kerngeschäft der Honorarverhandlungen fokussiert worden. „Wenn sich hier etwas ändern soll, muss man die beiden Welten der Qualitätssicherung und der Vergütung stringent verbinden“, so Straub.

Dem Ruf nach einem Pay-for-Performance-System begegnete BMG-Abteilungsleiter Knieps mit einer Mahnung vor übereilten Schritten. „Wenn man genauer hinschaut, zeigen sich enorme Schwierigkeiten im ambulanten und stationären Bereich, für Performance zu bezahlen“, sagte er. Zugleich verwies er darauf, dass im ambulanten Bereich mit dem § 136 Absatz 4 SGB V Differenzierungsmöglichkeiten für qualitätsabhängige Honorare geschaffen worden seien. Knieps plädierte dafür, dass die Art der Qualitätsnachweise freiwillig und offen sein müsse und dagegen, dass gesetzliche Regelungen für Zertifizierungsverfahren vertieft werden.

Jonitz räumte ein, dass an der Bekanntheit des KTQ-Zertifikats noch ge-

arbeitet werden könne, zeigte sich aber zugleich überzeugt, dass in zehn bis fünfzehn Jahren die Hälfte bis zwei Drittel der Krankenhäuser in Deutschland KTQ-zertifiziert sein werden. „Wir wollen, dass möglichst alle Krankenhäuser diese Prozesse implementieren“, erklärte auch Bernd Metzinger, Geschäftsführer in der DKG, in einer Pressekonferenz anlässlich des Forums. Die Absicht der KTQ sei es, durch internes Qualitätsmanagement in den Einrichtungen Abläufe zu optimieren. Die Krankenhäuser seien hier Vorreiter, im ambulanten Bereich gebe es dagegen deutlichen Nachholbedarf.

#### Verleihung des KTQ-Award

Zum Abschluss der Plenarveranstaltung wurde der KTQ-Award 2008 verliehen. Mit diesem Preis wurden bereits zum vierten Mal Einrichtungen des Gesundheitswesens für herausragende Qualitätsmanagement-Leistungen ausgezeichnet. Er stand dieses Mal im Zeichen der Mitarbeiterorientierung und ging an das Klinikum am Weissenhof in Weinsberg und das LWL-Pflegezentrum Marsberg „Haus Stadtberge“. Für vorbildlich erachteten die Juroren das Projekt zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in dem Pflegezentrum und die Einführung des Mitarbeiterjahresgesprächs im Weinsberger Klinikum. Die Jury hob besonders hervor, dass im Klinikum alle Mitarbeiter



Übergabe des KTQ-Awards an das Klinikum Weissenhof in Weinsberg (links) und das LWL-Pflegezentrum Marsberg „Haus Stadtberge“

berufsgruppenübergreifend mit externen Beratern für Mitarbeitergespräche geschult werden und dass die Gespräche in drei Schwerpunkte gegliedert seien. Dies habe im Ergebnis dazu geführt, dass der Fortbildungsbedarf für das Jahr 2009 geplant und – nach einer ebenfalls beschlossenen Erhöhung des Fortbildungsbudgets – personenzentriert umgesetzt werden könne.

### Vorstellung des neuen KTQ-Katalogs für Krankenhäuser

Ein vielfältiges Workshop-Programm prägte den Nachmittag der 8. KTQ-Forumsveranstaltung. Patientensicherheit, Team-Management, Prozessorientierung, Mitarbeitermotivation und das Messen weicher Erfolgsfaktoren sind nur einige Themenbeispiele. Manch einem Teilnehmer fiel die Wahl zwischen 24 praxisorientierten Workshops in zwei Zeitblöcken schwer. Deutlich mehr Interessenten als angemeldet entschieden sich für die Vorstellung des neuen KTQ-Katalogs Version 6.0 für den Bereich Krankenhaus durch die KTQ-Geschäftsführerin. Der Workshop war so gefragt, dass er wegen Überfüllung des Seminarraums kurzerhand in den Plenarsaal verlegt werden musste.

Dannenmaier gab einen Überblick über die Katalogänderungen. Neu ist unter anderem, dass der Selbstbewertungstext als durchgängiger Text mit bis zu 400 000 Zeichen zugelassen wird. Er muss aber alle Elemente des PDCA-Zyklus enthalten. Neu ist zudem, dass

die Einrichtungen eine Bescheinigung über die Zertifizierungsinhalte für ihre Selbstdarstellung erhalten. „Damit wollen wir den Informationsgehalt des Verfahrens erweitern“, sagte Dannenmaier. Neuerungen aufgrund der Rückmeldungen aus einer Befragung gab es auch im Bewertungssystem. Dies sei aber „keine ganz andere Welt, sondern einfach eine Verfeinerung“, so die KTQ-Geschäftsführerin. Der Übergang von Version 5.0 nach 6.0 sei nicht schwierig, eine klare Übersetzung in das neue System jedoch nicht durchgängig möglich. Der neue Katalog soll ab Mai 2009 zur Anwendung kommen. Geplant ist, dass der alte Katalog ab 2010 seine Gültigkeit verliert.

Einige Beispiele für Änderungen: Statt 21 gibt es nun 25 Subkategorien. Die Kriterien wurden von 72 auf 63 reduziert, davon sind 31 (bisher 25) Kernkriterien. Differenziert wurde zum Beispiel die Hygienethematik. Redundanzen sind unter anderem bei den Themen Ethik, Sterben und Tod beseitigt worden. Neue Themen: Risikomanagement, Patientenaktivierung/Selbsthilfe und Vernetzung. „Die inhaltliche Grundstruktur hat sich nicht geändert“, so Dannenmaier. Sie versicherte, dass der Katalog leichter zu bearbeiten sei als der bisherige.

Tipps aus dem Erfahrungsschatz einer Visitorin gab anschließend Ingrid Seyfarth-Metzger. Die meisten Probleme beobachtete sie beim Zyklus-Abschnitt „Check“. Sie erläuterte deshalb die dazugehörigen Instrumente Befragungen, Begehungen und Messgrößen. Bege-

hungen könne jede Klinik für sich entwickeln, sie böten sich unter anderem für den Check von Brandschutz, Datenschutz und Hygiene an. Bei Befragungen sei eine Standardisierung und Systematisierung sinnvoll. Zielgrößen müssten genau festgelegt und ihre Erreichung geprüft werden. Bei den Messgrößen riet sie dazu, zuerst die vorhandenen Daten zu nutzen, bevor neue erhoben werden. „Bedauerlich“ ist aus ihrer Sicht, dass selten mit den externen Qualitätssicherungsdaten gearbeitet wird. „Generell ist es wichtig, den Sprung zu schaffen, dass Kerngrößen auch im Alltagsgeschäft genutzt werden“, so Seyfarth-Metzger.

### Neue KTQ-Software

Der bestbesuchte Workshop im zweiten Teil des Nachmittagsprogramms stellte die neue KTQ-Zert®-Software vor. „KTQ-Zert stellt die gesamte Funktionalität für die Erstellung der Selbstbewertung zur Verfügung“, sagte Erich Reifinger vom Softwarehersteller Nexus. Zudem sei sie für den gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsbericht geeignet. Die Software wird nach Reifingers Angaben nach und nach von allen Visitoren eingesetzt und löst die bisherige KTQ-Software ab. Statt des Update-Verfahrens gibt es einen Vertrag zur Software-Pflege.

Weitere Informationen zum KTQ-Forum und Unterlagen zu den Themen der Workshops: [www.ktq.de](http://www.ktq.de)

Angela Mißbeck