

# Qualitätsmanagement: Zertifizierung nach KTQ® startet in die Routinephase

*Quality management in anaesthesiology: KTQ® becomes routine practice*

H. Krieter, C. Denz, N. Russ und K. van Ackern

Institut für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Universitätsklinikum Mannheim  
(Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. K. van Ackern)

**Zusammenfassung:** Die "Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus" (KTQ®) hat seit 1. Juli die Routinephase ihres neu entwickelten Zertifizierungsverfahrens begonnen. Basierend auf den Erfahrungen und Vorschlägen aus 25 Kliniken der Pilotphase und der Pilotvisitoren wurden das Verfahren und der Kriterienkatalog nochmals gründlich überarbeitet. Das häufig als zu undifferenziert bemängelte Bewertungssystem wurde vollständig ersetzt: Die aktuelle Systematik stützt sich auf die Plan-Do-Check-Act Struktur des Deming-Zyklus und erfordert eine separate Bewertung der Kriterien anhand dieser Aspekte. Im Gegensatz zur Pilotphase ergibt das neue Bewertungssystem eine konkrete Punktzahl. Eine Zertifizierung kann ausgesprochen werden, wenn mindestens 55% der individuellen Maximalpunktzahl erreicht wurden. Eine Zertifizierung nach KTQ® wird nur für die Klinik insgesamt möglich sein, nicht jedoch für einzelne Abteilungen. Vor diesem Hintergrund ist interessant, daß das neue Bewertungsverfahren neben dem Erreichungsgrad auch den Grad der Durchdringung in die Bewertung einbezieht. Hierdurch wird vor allem größeren Krankenhäusern mit zahlreichen Abteilungen, die einen unterschiedlichen Stand bei der Umsetzung eines Qualitätsmanagementsystems aufweisen, die korrekte Bewertung erleichtert. Als gemeinsames Projekt aller Spitzenverbände des deutschen Gesundheitswesens wird das KTQ®-Modell in den nächsten Jahren auf nationaler Ebene sicher eine wesentliche Rolle bei der Einführung und Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen in der klinischen Patientenversorgung spielen.

**Summary:** As a national approach to improve the quality of inpatient care, the "Kooperation für Trans-

parenz und Qualität in the hospital" (KTQ®) developed a new system for self-assessment and certification of quality management in German hospitals. The preliminary version of the KTQ® assessment model has been evaluated by 25 hospitals and routine practice in July 2002. As a result of the broad feedback of these hospitals, many changes and improvements have been made. Self-assessment and certification are equally based on the same criteria catalogue. All criteria of the KTQ® catalogue have been reviewed and modified. The rating was completely replaced by a new rating system which is based on the "Deming Circle": Each criterion has to be rated separately according to the following four principles: "Plan – Do – Check – Act". Moreover, the new system does not only account for the degree of achievement but also for the extent to which the system has been applied within an organization. This facilitates adequate rating of larger hospitals with many departments that differ in their implementation of quality management. Since all major players of the German health care system have joined to promote the KTQ® system for self-assessment and certification of hospitals, it will certainly become an important tool in the development of quality management in the next few years.

**Schlüsselwörter:** Qualitätsmanagement – Gesundheitsökonomie – Anästhesiologie – Qualitätsbewertung von Gesundheitsleistungen

**Key words:** Total Quality Management – Health Care Economics – Anaesthesiology – Health Care Quality Assessment.

## Einleitung

Mit Spannung wurde die für den 08.11.2001 in Berlin angekündigte Vorstellung des KTQ®-Verfahrens für die Routinephase erwartet. Nachdem monatelang über die aus der Pilotphase resultierenden Änderungen nur spekuliert werden konnte, liegen nun erstmals die Fakten vor. Was hat sich geändert? Und was, diese Frage ist angesichts der Vielzahl an Verbesserungsvorschlägen fast bedeutender, wurde besser?

## Das Konzept KTQ®

Als vor mehr als zwei Jahren die Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus gegründet wurde, setzten sich VDAK/AEV, BÄK und DKG ehrgeizige Ziele: Erstmals sollte ein speziell auf die Bedürfnisse der stationären Krankenversorgung ausgerichtetes Verfahren zur Zertifizierung eines Krankenhauses unter dem Aspekt des Qualitätsmanagement entwickelt werden. Man erwartete von der

## Qualitätsmanagement

Einführung eines solchen Systems, daß es auf breiter Front die Einführung von Qualitätsmanagement (QM) in den Krankenhäusern fördern und nachvollziehbar machen sollte. Im Gegensatz zu den bereits vorhandenen Darlegungsmodellen wie ISO 9000:2000 (5, <http://www.iso.ch/iso/en/iso9000-14000/tour/magical.htm>) oder dem EFQM Model of Excellence (5, <http://www.efqm.org>) sollte der neue Ansatz der KTQ® (5, <http://www.ktq.de>) vor allem die Akzeptanz und Anwendbarkeit solcher Systeme in der Klinik verbessern. Nachteile, mit denen die aus der Industrie und dem Dienstleistungsbereich stammenden Alternativen sowohl inhaltlich als auch sprachlich zu kämpfen haben (1, 6).

Nachdem die Entwicklungs- und Pilotphase vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert und durch eine eigene Geschäftsstelle koordiniert wurde, startete die Routinephase KTQ® im Juli 2002. Ein erster wichtiger Schritt konnte am 17.12.2001 in Siegburg vollzogen werden: Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat gründeten gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen die KTQ®-gGmbH. Zweck dieser Gesellschaft ist die Überführung des Zertifizierungsverfahrens in die Routine sowie dessen Trägerschaft. Weiterhin wird die Gesellschaft die kontinuierliche Weiterentwicklung des KTQ®-Modells begleiten. Dieser Zusammenschluß aller führenden Interessenverbände in einem gemeinsamen Projekt ist in der Gesundheitspolitik selten und läßt erwarten, daß das Konzept der KTQ® rasch weite Verbreitung finden wird.

vorliegt und über die Homepage der KTQ® bei der Deutschen Krankenhaus Verlagsgesellschaft bestellt werden kann (Bestellformular als PDF-Datei unter: <http://www.ktq.de>). Dieser Katalog war in der Version 3.0 bereits bei den in der Pilotphase teilnehmenden Krankenhäusern verwendet worden (2) und schließlich anhand der von den Pilothäusern und Pilotvisitoren gesammelten Bewertungen und Verbesserungsvorschläge überarbeitet worden.

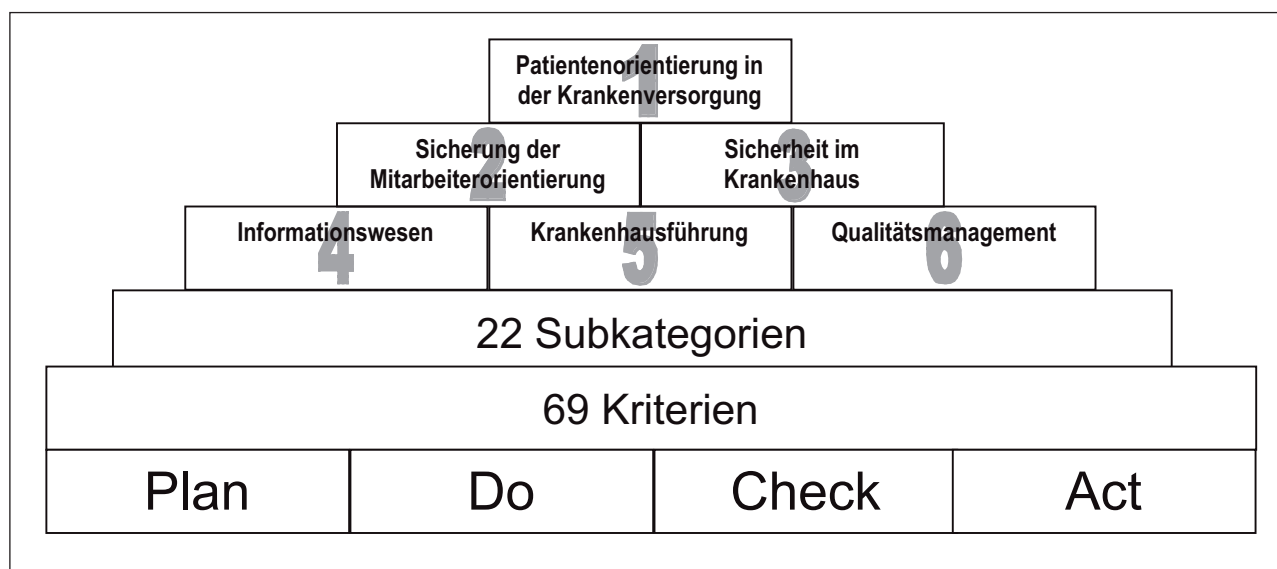
Abbildung 1 stellt den Aufbau dieses Kataloges dar. Vor allem die an den klinischen Strukturen und Abläufen ausgerichteten Themen in Verbindung mit einer klaren, dem klinischen Alltag nahestehenden Sprache machen diesen Katalog als Basis zur Selbstbewertung auch für mittlere und kleine Häuser attraktiv. Eine Selbstbewertung anhand des Kriterienkatalogs ist relativ einfach durchzuführen und gibt ein aktuelles Bild über den Status quo des Qualitätsmanagements eines Krankenhauses oder einer Abteilung wieder. Als eines der 25 Pilothäuser hat auch das Universitätsklinikum Mannheim an einer Selbst- und Fremdbewertung teilgenommen (3). Hier leisteten insbesondere die auf Abteilungsebene gesammelten Informationen wertvolle Hilfe bei der Identifizierung und Priorisierung von erfolgversprechenden Verbesserungsmaßnahmen. Selbstbewertungen können und sollen nach dem Konzept der KTQ® auch außerhalb einer konkret geplanten Zertifizierung beliebig oft wiederholt werden. Außer den Kosten für den eigentlichen Katalog und die investierte Arbeitszeit fallen hierbei keine weiteren Gebühren an.

### Der Kriterienkatalog

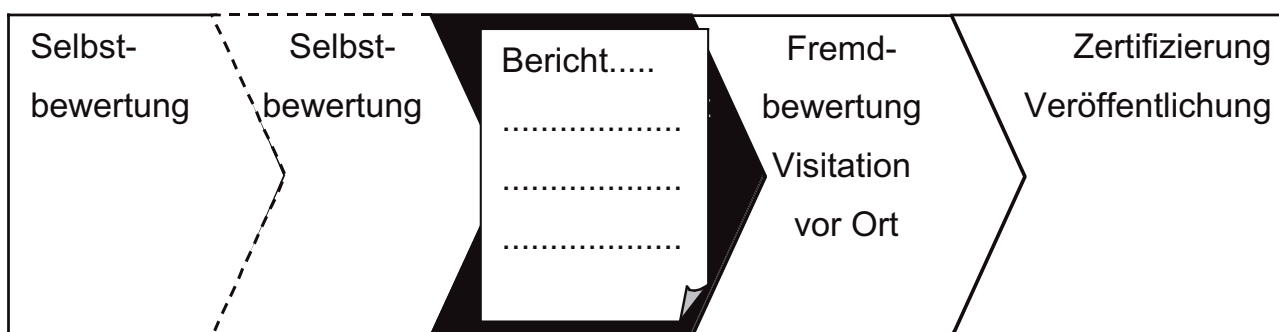
Grundlage der Selbst- und Fremdbewertung ist ein Kriterienkatalog, der inzwischen in der Version 4.0

### Konsensbericht

Neben der Einschätzung des eigenen Status quo und der Auswahl geeigneter Projekte zur Qualitätsver-



**Abbildung 1:** Struktur des Kriterienkatalogs der KTQ® in der Version 4.0. Die sechs Hauptkategorien gliedern sich in insgesamt 22 Subkategorien, denen wiederum 69 Kriterien unterlegt sind. Für die Bewertung der Kriterien ist das Plan-Do-Check-Act des Deming-Zyklus neu hinzugenommen worden.

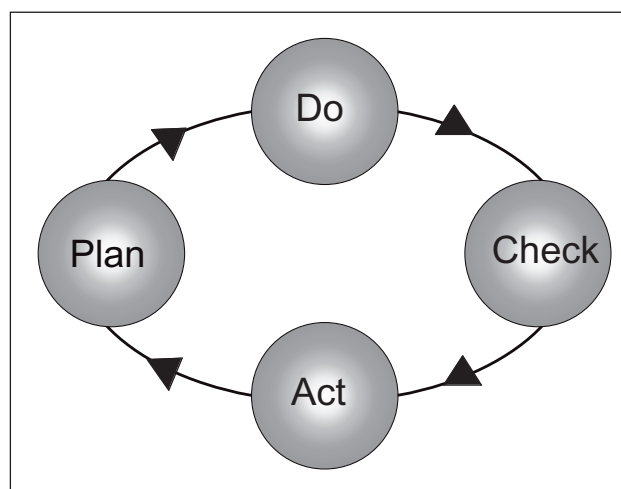


**Abbildung 2:** Ablauf des Zertifizierungsverfahrens nach KTQ®. Die Selbstbewertung anhand des Kriterienkatalogs kann ohne Mitwirken der Zertifizierungsstelle beliebig oft wiederholt werden. Spätestens bei Beantragung einer Zertifizierung muß ein vollständiger Selbstbewertungsbericht angefertigt werden, der als Grundlage der Fremdbewertung durch Visitoren dient. Die Visitoren machen sich nach Auswertung des Berichts vor Ort durch Gespräche und Besichtigung der Einrichtung ein Bild vom Grad der Umsetzung der QM Massnahmen. Wird die notwendige Punktzahl erreicht, wird das Zertifikat erteilt.

besserung dient der Selbstbewertungsbericht schließlich auch als Grundlage des eigentlichen Zertifizierungsverfahrens (Abb. 2). Bei Häusern mit mehreren Fachabteilungen ist es sinnvoll, diesen Bericht für jede Abteilung separat zu erstellen und die so gesammelte Information zu einem Konsensbericht zusammenzufassen. Die Zertifizierung ist nur für das gesamte Krankenhaus möglich; eine separate Zertifizierung einzelner Abteilungen eines Hauses wird von der KTQ® abgelehnt. Nur bei räumlich und organisatorisch getrennten Bereichen sind Ausnahmen möglich. Dieser Zwang zum Konsensbericht und das Bewertungsverfahren waren auch Hauptkritikpunkte am bisherigen KTQ®-Verfahren (1). Insbesondere bei größeren Häusern mit zahlreichen Fachabteilungen führte der Zwang zum Konsens in Verbindung mit der undifferenzierten Bewertungsskala (sehr gut, gut, verbesserungswürdig) zur Nivellierung der Unterschiede zwischen den Abteilungen. Zwar gab es Versuche, dieses Defizit durch sprachliche Formulierung auszugleichen. Hieraus ergaben sich häufig so schwammige Formulierungen wie: "Viele Abteilungen, manche Klinika, der überwiegende Teil u.s.w.". Aufgrund dieser Probleme ist nach wie vor zu diskutieren, ob für Kliniken der Maximalversorgung mit entsprechend vielen Fachabteilungen nicht die Darlegung nach KTQ® auch abteilungsweise ermöglicht werden sollte (1).

## Bewertungssystematik

Wie oben dargestellt, wurde die Bewertungssystematik des alten KTQ®-Katalogs als sehr verbesserungswürdig eingestuft. Diese von den Pilotkliniken gemeldeten Probleme wurden seitens der KTQ®-Arbeitsgruppe sehr ernst genommen und führten zu einer grundlegenden Neustrukturierung des Bewertungssystems, das sich nun vom Plan-Do-Check-Act des Deming-Zyklus ableitet (Abb. 3). Für jeden Schritt des Zyklus wird, sofern sinnvoll mit Fragen zu unterlegen, eine separate Bewertung durchgeführt. Dabei können für die Schritte Plan, Check und Act jeweils 0 - 3 Punkte vergeben werden. Die Bewertung der



**Abbildung 3:** Sogenannter Deming-Zyklus der kontinuierlichen Verbesserung: Planen (Plan), Umsetzen (Do), Prüfen (Check) und korrigierende Anpassung (Act) sorgen für ständige Verbesserung des Status quo. Die vier Schritte des Zyklus werden von der KTQ® als eigene Aspekte zur Bewertung jedes Kriteriums interpretiert.

Umsetzung (Do) erhielt mit 0 - 9 Punkten eine höhere Gewichtung. Die Punktwerte leiten sich aus zwei Bewertungsdimensionen – Durchdringungs- und Erreichungsgrad – ab. Durch diese differenziertere Bewertung ist es auch größeren Häusern möglich, den unterschiedlichen Durchdringungsgrad verschiedener Abteilungen besser abzubilden. Die einfache Addition der in den beiden Dimensionen erreichten Bewertungen ermöglicht jedoch auch, eine schlechte Durchdringung mit hohem Erreichungsgrad einzelner Abteilungen zu kompensieren. Dieser Verrechnungsmodus ergibt ein wesentlich weiches Kriterium als beispielsweise die Multiplikation der in jedem Aspekt erreichten relativen Ergebnisse.

Sind die Teilaspekte Plan, Do, Check und Act bewertet, werden die erzielten Punkte addiert und schließlich mit einem Bewertungsfaktor multipliziert. Dieser dient der höheren Gewichtung von besonders wichti-

## Qualitätsmanagement

gen, sogenannten "Kernkriterien", die mit dem 1,5fachen Punktwert in die Wertung eingehen. Da nur 34 der 69 Kriterien alle vier Aspekte des Plan-Do-Check-Act-Schemas enthalten, können maximal 1.299 Punkte erreicht werden. Dieser Maximalwert wird für jede Klinik noch adjustiert, d.h. Kriterien, die für die Struktur des betreffenden Hauses nicht anwendbar sind, werden aus der Wertung herausgenommen. Die maximal erreichbaren Punktwerte können daher zwischen den Kliniken differieren. Ein Zertifikat kann erteilt werden, wenn mindestens 55% dieser adjustierten Maximalpunktzahl erreicht werden.

### Wie geht es weiter?

Die KTQ® hat seit Juli 2002 mit der Zertifizierung begonnen. Diese werden nicht von der Gesellschaft selber, sondern von akkreditierten Zertifizierungsstellen durchgeführt.

Als ein neues, stark prozeßorientiertes "Gut-genug-Modell" fehlt dem KTQ®-System die Perspektive der Excellence von "Immer-besser-Modellen" wie beispielsweise dem Modell der EFQM. Andererseits lassen sich alle Kriterien des KTQ® im EFQM-Modell abbilden, so daß ein nach den Kriterien des EFQM aufgebautes QM-System gleichzeitig auch alle wesentlichen Punkte des KTQ®-Kriterienkatalogs enthält (4). Die größte Diskrepanz beider Modelle besteht nach wie vor im völligen Fehlen von Ergebniskriterien im KTQ®-System. So wird beispielsweise die Durchführung von Mitarbeiterbefragungen bewertet, nicht jedoch deren Ergebnisse. Die als Voraussetzung einer Zertifizierung geforderte Teilnahme an externen Maßnahmen zur Qualitätssicherung kann diese Lücke nicht füllen.

Auch auf dem Gesundheitsmarkt werden zunehmend Leistungen der stationären Krankenversorgung grenzübergreifend erbracht. War bislang vor allem bei der Kardiologie das Ausweichen auf ausländische Kliniken möglich, werden heute vermehrt Leistungen bundesdeutscher Kliniken zum Beispiel an skandinavische Kostenträger vermarktet. Diese zunehmende Globalisierung von Angebot und Nachfrage auch bei Gesundheitsleistungen wird besonders im europäischen Raum gefördert. Vor diesem Hintergrund ist die Frage berechtigt, ob ein rein nationales Zertifizierungssystem auf Dauer sinnvoll ist und Bestand haben wird. Auch andere Organisationen, wie beispielsweise die in den USA beheimatete Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), haben in den vergangenen Jahren ihre Aktivitäten auf dem internationalen Markt deutlich verstärkt (homepage: <http://www.jcaho.org>). In Konkurrenz zu den gut eingeführten Systemen wie EFQM und ISO 9000:2000 wird sich KTQ® schwertun, auch international Anerkennung zu finden.

Trotz der genannten Einschränkungen gebührt den Entwicklern des KTQ®-Verfahrens insgesamt großes Lob. Es ist in sehr kurzer Zeit gelungen, ein an den klinischen Bedürfnissen orientiertes und mit vertretbarem Aufwand umsetzbares Zertifizierungssystem zu schaffen, das sowohl im Rahmen der Selbstbewertung als auch bei der eigentlichen Zertifizierung den Stand eines QM-Systems darlegen kann. Sicher sind einige Details noch verbesserungsfähig, aber diesen Prozeß haben andere Verfahren ebenso durchlaufen.

Als gemeinsames Produkt aller Spitzenverbände des deutschen Gesundheitswesens wird die Zertifizierung nach KTQ® die klinische Szene der nächsten zwei, vielleicht drei Jahre nach Einführung des Routineverfahrens beherrschen. Aufgrund seiner speziell auf die klinischen Belange ausgerichteten Inhalte eignet es sich wie kaum ein anderes System zum Einstieg in das Qualitätsmanagement. Unsere Erfahrung mit diesem Verfahren in der Pilotphase haben dies bestätigt (3). Es ist relativ einfach umzusetzen, verdirbt aber auch nicht den Appetit auf Besseres (4)!

### Literatur

1. Bachleitner HW, Seyfarth-Metzger I: KTQ®-Pilotphase: Stellungnahme des Krankenhauses München-Schwabing. Das Krankenhaus 2001(6):507-511
2. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft (Hrsg.): KTQ®-Manual inkl. KTQ®-Katalog Version 3.0. Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Düsseldorf, 2000
3. Krieter H, Denz C, Kissel K: Qualitätsmanagement in der Anästhesie: Nutzen und Aufwand einer Selbstbewertung nach KTQ®. Anästhesiologie & Intensivmedizin 2001;42:613-617
4. Möller J: Nicht entweder – oder, sondern sowohl als auch. Qualitätsmanagement im Krankenhaus durch Verknüpfung von EFQM und KTQ®. ku-Sonderheft Qualitätsmanagement 6/2001:21-24
5. Möller J: Methoden der Bewertung der Qualität im Gesundheitswesen – Ein Überblick. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2001;6:26-33
6. Nabitz U: The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with the EFQM approach in health care. International Journal for Quality in Health Care 2000;3:191-201.

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Heiner Krieter, D.E.A.A.  
Institut für Anästhesiologie und Operative  
Intensivmedizin  
Universitätsklinikum Mannheim  
Theodor-Kutzer-Ufer 1 - 3  
D-68167 Mannheim.