

Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ[®]) – ein krankenhausspezifisches Zertifizierungsverfahren

Gesine Dannenmaier und Susanne Freitag

Die Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ[®]) ist eine Gesellschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerates. Die Gesellschaft (KTQ[®] gGmbH i. G.) wurde am 17.12.2001 gegründet mit dem Ziel, das Qualitätsmanagement durch die Etablierung des krankenhausspezifischen Zertifizierungsverfahrens KTQ[®] zu fördern. Mit der Überführung des KTQ[®]-Verfahrens in den Routinebetrieb endet die mehrjährige Projektphase, und den Krankenhäusern wird erstmalig die Möglichkeit geboten, sich der Herausforderung eines KTQ[®]-Zertifikates zu stellen.

Schlagwörter: Krankenhaus – Qualitätsmanagement – Zertifizierung – KTQ

Abstract (engl.) *The cooperation for Public Accountability and Quality in German Hospitals (KTQ[®]) – a certifying procedure for hospitals* – The KTQ is an association of the sickness funds, German Hospital Federation's, the German Medical Association's, and the German Nurses Council's umbrella organizations. The KTQ[®] gGmbH i. G. was founded on December 17, 2001 with a view to promoting quality management by establishing the certifying procedure KTQ[®] typical for the hospital environment. The implementation of the KTQ[®] procedure in day-to-day operation is ending the several years project stage, and hospitals are for the first time offered the possibility of facing the challenge which lies in obtaining the KTQ[®] certificate.

Key Words: hospital – quality management – certification – KTQ

Übersicht

- Einleitung
- Die KTQ[®]-Pilotphase
- Das KTQ[®]-Manual inkl. KTQ[®]-Katalog Version 4.0
- Die Selbstbewertung
- Die Fremdbewertung
- Die KTQ[®]-Zertifizierung
- Der KTQ[®]-Qualitätsbericht
- Organisation des Routinebetriebes

Einleitung

Das gemeinsame Ziel der Implementierung bzw. der Sicherung eines internen Qualitätsmanagements, aber auch der Transparenz über das Leistungsgeschehen in deutschen Krankenhäusern veranlasste den Verband der Angestellten-Krankenkassen/ Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (VdAK/AEV), die Bundesärztekammer (BÄK) und als dritter Vertragspartner die Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), eine „Machbarkeitsstudie zur Zertifizierung von Krankenhäu-

sern“ durchzuführen. Die Vertragspartner gründeten die Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ[®]). Die Förderung des Projektes durch das Bundesministerium für Gesundheit ermöglichte eine mehrjährige Projektphase, die von dem Institut für Medizinische Informationsverarbeitung (IMI) in Tübingen wissenschaftlich begleitet wurde. Die Zielsetzung des KTQ[®]-Zertifizierungsverfahrens beinhaltet die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie die verpflichtende Darstellung der Prozessabläufe in Form des KTQ[®]-Qualitätsberichtes nach einer erfolgreichen Zertifizierung. Im Mittelpunkt des Zertifizierungsverfahrens steht dabei der Patient mit seinen Bedürfnissen und Wünschen.

Mit dem Beitritt sämtlicher Spitzenverbände der Krankenkassen und des Deutschen Pflegerates, der bereits in der Projektphase als Kooperationspartner die Entwicklung des Zertifizierungsverfahrens mitgestaltet hat, sind nunmehr alle

Vertreter der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen als Gesellschafter der KTQ[®] gGmbH i. G. beigetreten.

Die KTQ[®] Pilotphase

Mit welchen Maßnahmen kann die Verbesserung des internen Qualitätsmanagements im Krankenhaus gefördert werden? Dieser Frage stellten sich die Vertragspartner der KTQ[®].

Zur Überprüfung des internen Qualitätsmanagements eines Krankenhauses wurde somit ein KTQ[®]-Manual entwickelt, das zwischenzeitlich als Version 4.0 über die Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH zu beziehen ist. Ein wichtiger Grundsatz des Verfahrens war von Beginn an der Bezug zur Praxis, um somit eine möglichst hohe Akzeptanz bei den Mitarbeitern im Krankenhaus zu erreichen. Der Weg bis dahin führte über die zuerst fachbezogene Besetzung der KTQ[®]-Ar-

beitsgruppen, deren Aufgabe darin bestand, Themengebiete (Kategorien) zur Überprüfung des Qualitätsmanagements im Krankenhaus festzulegen. Die Besetzung dieser Arbeitsgruppen erfolgte ausschließlich mit Krankenhauspraktikern in Zusammenarbeit mit den Projektarbeitsgruppen der KTQ®. Die ursprünglich fachspezifische Betrachtung der Prozesse im Krankenhaus wurde im Sinne einer berufsgruppen- und hierarchieübergreifenden Bearbeitung weiterentwickelt.

Auf Basis des KTQ®-Manuals der Version 3.0 wurde das Verfahren während der Pilotphase in 25 bundesweit ausgewählten Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen erprobt. Die Pilotkrankenhäuser hatten die Möglichkeit, den KTQ®-Katalog im Sinne einer Selbstbewertung zu bearbeiten und zu bewerten.

Parallel hierzu wurden die Visitoren durch ein KTQ®-Visitorentraining auf ihre Aufgaben im Rahmen der Visitationen (Fremdbewertungen) vorbereitet.

Die Auswertung sämtlicher verfahrensbegleitender Befragungen und die Rückmeldungen seitens der Projektverantwortlichen sowie aller beteiligten Mitarbeiter in den Pilotkrankenhäusern und der Pilotvisitoren wurden mit den Erfahrungen der KTQ®-Visitationsbegleiter zusammengetragen, um diese Erkenntnisse für die Weiterentwicklung des Verfahrens zu nutzen. Eine sehr wichtige Aussage der Pilotphase war die Bestätigung der hierarchie- und berufsgruppenübergreifenden Besetzung der Projektarbeitsgruppen im Krankenhaus.

Im Rahmen des zweiten KTQ®-Forums (Oktober 2001) in Kassel hatten die Pilotkrankenhäuser und Pilotvisitoren die Möglichkeit, ihre Erfahrungen während der Pilotphase mit der interessierten Öffentlichkeit zu diskutieren.

Zusammenfassend erbrachte die Pilotphase folgendes Ergebnis: Die Selbstbewertung seitens der Krankenhäuser sowie die anschließende Visitation ermöglicht, das Qualitätsmanagement eines Krankenhauses darzustellen und Verbesserungspotentiale zu erkennen. Als Unterstützung

für die Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements im Krankenhaus, aber auch zur Darstellung des Leistungsgeschehens im Sinne der Transparenz für die Kunden des Krankenhauses bestätigten die Erfahrungen der Pilotphase das KTQ®-Zertifizierungsverfahren.

Das KTQ®-Manual und KTQ®-Katalog

Das KTQ®-Manual sowie der KTQ®-Katalog wurden nach der Pilotphase unter Berücksichtigung der Anregungen und der Erfahrungen der Pilotkrankenhäuser und der Pilotvisitoren überarbeitet und fortgeschrieben.

Mit dem KTQ®-Manual der Version 4.0 bietet die KTQ® den Krankenhäusern in Deutschland ab 2002 die Möglichkeit, eine Selbstbewertung auf Grundlage der KTQ®-Kriterien durchzuführen und anschließend eine KTQ®-Zertifizierung anzustreben. Grundsätzlich ist eine Selbstbewertung nicht an eine nachfolgende Zertifizierung gebunden. Das KTQ®-Verfahren ist freiwillig und steht allen Krankenhäusern einschließlich der Universitätskliniken und der Fachkliniken zur Verfügung, mit Einschränkung der psychiatrischen Fachkliniken, denen die KTQ®, nachdem der KTQ®-Katalog bzgl. der Besonderheiten der psychiatrischen Versorgungsprozesse überarbeitet wurde, in naher Zukunft eine Zertifizierung (nach KTQ®) anbieten wird.

Zur Anwendung des Verfahrens enthält das KTQ®-Manual sowohl empfehlende als auch verbindliche Beschreibungen. Über eine ausführliche Darstellung der Selbst- und Fremdbewertung liefert das Manual zu folgenden Themen Informationen:

- Umgang mit Krankenhäusern unterschiedlicher Größe im Rahmen der KTQ®-Zertifizierung (Kapitel 4)
- Umgang mit gesetzlichen Bestimmungen im Rahmen der KTQ®-Zertifizierung (Kapitel 5)
- Qualitätsmanagement im KTQ®-Zertifizierungsverfahren (Kapitel 7) u. a.

Der KTQ®-Katalog ist in die folgenden sechs Kategorien unterteilt:

- Patientenorientierung in der Krankenversorgung
- Sicherstellung der Mitarbeiterorientierung
- Sicherheit im Krankenhaus
- Informationswesen
- Krankenhausführung
- Qualitätsmanagement

Eine Kategorie ist ein übergeordneter Begriff, der die einzelnen Sachgebiete bzgl. der zu bewertenden Qualität voneinander abgrenzt.

- | | |
|------------------|----------------|
| 1. Begriffsebene | „Kategorie“ |
| 2. Begriffsebene | „Subkategorie“ |
| 3. Begriffsebene | „Kriterium“ |

Abb. 1: Begriffshierarchie des KTQ®-Katalogs

Auf der nächsten Ebene gliedert die Subkategorie die Kategorie nach qualitätsrelevanten Themen. Die nachfolgende Kriterienebene faßt die Anforderungen, die als Fragen formuliert von den Krankenhäusern im Rahmen der Selbstbewertung bearbeitet werden sollen, zusammen. (Siehe Abbildung 1)

Die Kriterien wurden während der Pilotphase von den beteiligten Pilotkrankenhäusern, den Pilotvisitoren und der KTQ® gewichtet, d. h., es wurden Kriterien identifiziert, die für die Qualität der Patientenversorgung von besonderer Bedeutung sind. Diese essentiellen Kriterien werden als **Kernkriterien** bezeichnet, und bei der Bewertung wird der Kriterienpunktwert mit dem Faktor 1,5 gewichtet, um die Bedeutung für die Qualität hervorzuheben.

Anhand des Kernkriteriums 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

Abb. 2: Kriterium 1.3.11.3.1 Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung

Die Behandlung jedes Patienten wird umfassend, zeitgerecht und entsprechend professioneller Standards durchgeführt.

<p>Plan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Vorgehen ist fundiert • Es gibt explizit nachweisbare kriteriumsabhängige Planungen 	<p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Vorgehen ist strukturiert umgesetzt
<p>0 1 2 3</p>	<p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</p>
<p>Im Kriterium formulierten Fragen können folgende Aspekte umfassen</p>	
<p>1. Beschreiben Sie Ihre Planungen zur Durchführung einer hochwertigen und umfassenden Behandlung: • Z. B. zur Sicherstellung einer medizinisch indizierten Arzneimitteltherapie.</p> <p>• Zur Sicherstellung der Versorgung nach dem Facharztstandard?</p> <p>• Zur Sicherstellung einer adäquaten Schmerztherapie (z. B. liegt der postoperativen Schmerztherapie ein strukturiertes Konzept zugrunde? Regelt dieses Konzept die Verantwortlichkeit der Schmerztherapie?).</p> <p>• Zur Sicherstellung eines angemessenen Verfahrens bei Komplikationen?</p> <p>• Zur Sicherstellung der Durchführung histologischer und zytologischer Untersuchungen?</p> <p>• Zur Sicherstellung der Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln?</p>	<p>1. Wie gewährleisten Sie eine medizinisch indizierte und rechtzeitige Versorgung mit Arzneimitteln (z. B. über diagnosebezogene Therapieschemata als hausinterne Behandlungsleitlinien)?</p> <p>2. Wie stellen Sie eine Versorgung mit Arzneimitteln außerhalb der Betriebszeiten/ Öffnungszeiten des Versorgers sicher?</p> <p>3. Wie gewährleisten Sie, dass die Arzneimitteltherapie einheitlich dokumentiert wird?</p> <p>4. In welcher Form wird der Facharztstandard gewährleistet (Präsenzbereitschaft, Rufbereitschaft oder Rufdienst von Fachärzten o. ä.)?</p> <p>5. Ist die Versorgung nach dem Facharztstandard rund um die Uhr sichergestellt?</p> <p>6. Wird die Indikation zu invasiven Maßnahmen (z. B. operative Eingriffe, funktionsdiagnostische Maßnahmen) grundsätzlich von einem Facharzt gestellt?</p> <p>7. Wie gewährleisten Sie die Sicherstellung einer adäquaten Schmerztherapie (z. B. mittels einer Leitlinie, einer Anästhesie- Ambulanz, eines interdisziplinären Schmerzdienstes u. a.)?</p> <p>8. Wie gewährleisten Sie, dass alle Patientengruppen im Rahmen der Schmerztherapie (ambulante und/ oder stationäre Patienten, Kinder, Sterbende u. a.) berücksichtigt sind?</p> <p>9. Inwieweit liegen strukturierte Maßnahmen zur Vorbeugung von häufigen und schwerwiegenden Komplikationen vor und werden sie umgesetzt (Komplikationsprophylaxe)?</p> <p>10. Inwieweit liegen dokumentierte Handlungsanweisungen vor, wie beim Auftreten von typischen Komplikationen vorgegangen wird (z. B. bei Hüftluxationen, Recurrensparese, Platzbauch u. a.)?</p> <p>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.)?</p> <p>12. Inwieweit ist die rechtzeitige Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Stützstümpfe, Gehhilfen u. a.) während des stationären Aufenthaltes gewährleistet?</p> <p>13. Inwieweit besteht eine Zusammenarbeit mit Einrichtungen für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Orthopädiewerkstatt), um eine zügige und angemessene Versorgung sicherzustellen?</p>
<p>Check</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Effektivität des Vorgehens und der Umsetzung werden regelmäßig gemessen 	<p>Act</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lernorientierte Aktivitäten werden genutzt, um beste Praktiken und Verbesserungs möglichkeiten 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
<p>0 1 2 3</p>	<p>0 1 2 3</p>

Im Kriterium formulierten Fragen können folgende Aspekte umfassen

1. Wie überprüfen Sie die unter „PLAN“ und „DO“ genannten Maßnahmen (**Standardfrage**): Wird z. B. die Wirksamkeit des Schmerztherapiekonzeptes überprüft (z. B. durch Patientenbefragungen, Auswertungen der Schmerztherapieprotokolle u. a.)?

1. Welche Maßnahmen ergreifen Sie aufgrund Ihrer unter „CHECK“ festgestellten Ergebnisse (**Standardfrage**)?

(Anmerkung: Kompletter PDCA-Zyklus für einen Aspekt ausreichend)

PDCA-Schritt	Maximal erreichbare Punkte jeweils für (E) und (D)	Erreichungsgrad (E)	Durchdringungsgrad (D)	Ergebnis
Plan	3	E:	D:	½ (E+D)
Check	9	E:	D:	½ (E+D)
Check	3	E:	D:	½ (E+D)
Act	3	E:	D:	½ (E+D)
Summe	18			
Gewichtung als Kernkriterium	mal 1,5			
ERGEBNIS	max. 27			
Hinweis: Die Ergebnisse der einzelnen PDCA-Schritte werden addiert. Eine Aufrundung erfolgt erst in der Summenzeile				

Grundlage für die Punktbewertung. Jedem Kriterium ist eine Bewertungsmatrix nachgeordnet, welche die jeweils maximal erreichbare Punktzahl des Kriteriums abbildet (vgl. Bewertungsmatrix Abbildung 1). Die Summe aller Kriterienpunkte ergibt die Gesamtpunktzahl für das jeweilige Krankenhaus. Die maximal erreichbare KTQ⁰-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 – ausschließlich von Krankenhausespezern zusammengestellt – alle benannten qualitätsrelevanten Themen für den Krankenhausbereich ab.

Darüber hinaus wird das KTQ[®]-Manual kontinuierlich überarbeitet, und die Kriterien sowie der verfahrensbeschreibenden Konzepte werden den Forderungen der Praxis und den sich ändernden Anforderungen der Leistungsqualität angepasst.

Zur Zeit tagen z. B. die KTQ[®]-Arbeitsgruppen „Teilstationäre Versorgung/Konsiliarwesen“ und „Psychiatrische Versorgungsprozesse“, die den KTQ⁰-Katalog bearbeiten, um die Besonderheiten der jeweiligen Versorgungsprozesse abzubilden.

Die Selbstbewertung

Eine Selbstbewertung nach KTQ[®] ist eine umfassende und systematische Dokumentation und Bewertung der Leistungsqualität eines Krankenhauses. Als Ergebnis dieser Selbstbewertung werden Verbesserungspotentiale identifiziert und somit Stärken und Schwächen der Qualität erfasst.

Die nachfolgend beschriebene KTQ[®]-Bewertungssystematik wurde aufgrund der Anregungen und Erfahrungen der Pilotphase entwickelt.

Die Bewertungssystematik ist zweidimensional und berücksichtigt sowohl den

Erreichungsgrad als auch den Durchdringungsgrad der Anforderungen der Kriterien. Der *Erreichungsgrad* bezieht sich auf die Erfüllung der Kriterienanforderungen, d. h. auf die konkrete Beschreibung der Anforderungen im *Selbstbewertungsbericht*. Der *Durchdringungsgrad* erfragt die konsequente Umsetzung der Kriterienanforderungen über alle relevanten Bereiche des Krankenhauses hinweg.

Auf der Grundlage der KTQ[®]-Bewertungssystematik wird bei der krankenhausesinternen Selbstbewertung sowie der Fremdbewertung eine Wertung nach Punkten vorgenommen.

Die Fremdbewertung

Nachdem ein Krankenhaus einen Selbstbewertungsbericht erstellt hat und seine Chancen für eine Zertifizierung als gegeben einschätzt, kann es bei einer KTQ[®]-akkreditierten *Zertifizierungsstelle* seiner Wahl einen Antrag auf Fremdbewertung stellen. Die KTQ[®] veröffentlicht alle KTQ[®]-Zertifizierungsstellen auf der KTQ[®]-Homepage – www.ktq.de.

Den Zertifizierungsstellen obliegt die Prüfung der eingereichten Antragsunterlagen, die Auswahl der KTQ[®]-Visitoren sowie die anschließende Organisation der Fremdbewertung.

KTQ[®]-Visitoren sind beruflich aktive und erfahrene Persönlichkeiten aus dem Krankenhaus, die eine Leitungsfunktion ausüben, eine zusätzliche Qualifikation im Bereich des Qualitätsmanagements (z. B. das Curriculum der BÄK) aufweisen und ein spezielles KTQ[®]-Visitorentraining absolviert haben. Während der Pilotphase wurde die hohe Eingangsqualifikation der Visitoren, die von Seiten der Vertragspartner der KTQ[®] vorausgesetzt wird, bestätigt. Die Visitoren werden als kompetente Fachkollegen beschrieben, die den Krankenhausbetrieb kennen und, die die nötige Erfahrung mitbringen, um die zu zertifizierenden Krankenhäuser bzgl. des Qualitätsmanagements zu bewerten.

Die Fremdbewertung wird grundsätz-

lich durch ein Visitorenteam, welches sich jeweils aus einem Arzt, einem Ökonom und einer Pflegeperson zusammensetzt, durchgeführt und nimmt in der Regel einen Zeitraum von 3 Tagen in Anspruch.

Die ausgewählten Visitoren beurteilen, nachdem das Krankenhaus einer Fremdbewertung durch die benannten Visitoren zugestimmt hat, im ersten Schritt unabhängig voneinander den Selbstbewertungsbericht des Krankenhauses, und im zweiten Schritt hinterfragen Sie an ausgewählten Inhalten des Selbstbewertungsberichtes die Übereinstimmung mit der Praxis. Zu diesem Zweck begehnen die Visitoren das Krankenhaus und führen

- „Kollegiale Dialoge“ zu ausgewählten Themen (z. B. zur „Organisation des Entlassungsprozesses“),
- „Begehungen“ einzelner Abteilungen (z. B. die Notfallambulanz) und
- ein „Studium“ qualitätsrelevanter Dokumente (z. B. interne Leitlinien) durch.

Die Kollegialen Dialoge sollen in der Regel hierarchieübergreifend und in einem interdisziplinären Team durchgeführt werden, um das prozessorientierte Denken zu fördern und den Abbau von Informationsverlusten im Bereich der Schnittstellen zu unterstützen. Teilnehmer der Kollegialen Dialoge sind die Visitoren, ausgewählte Krankenhausmitarbeiter sowie ein Mitarbeiter der Zertifizierungsstelle (Visitationsbegleiter), der die Visitoren organisatorisch und administrativ unterstützt.

Für eine KTQ[®]-Zertifizierung sind folgende Voraussetzungen verbindlich:

- Eine Punktzahl, die mindestens 55 Prozent der „adjustierten“ KTQ[®]-Gesamtpunktzahl entspricht
- Die Veröffentlichung des KTQ[®]-Qualitätsberichtes nach der Zertifikaterteilung
- Die Beteiligung an allen externen verbindlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse der Fremdbewertung treffen die

Visitoren eine Entscheidung über die Zertifikatvergabe.

Dem Krankenhaus wird nach der Fremdbewertung von der Zertifizierungsstelle ein Visitationsbericht überreicht, der zu jedem Kriterium ausführlich die Ergebnisse der Fremdbewertung beschreibt. Der Visitationsbericht ist streng vertraulich an die Krankenhausleitung adressiert. Er ist für die Verwendung im Innenverhältnis gedacht und soll dem Krankenhaus individuelle Informationen zur Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagement liefern.

Die KTQ®-Zertifizierung

Eine Zertifizierung nach KTQ® hat den Vorteil, dass nicht nur Formalkriterien der Leistungsqualität, sondern die besonderen Belange des Krankenhauses berücksichtigt werden.

Nach der Visitation teilt das Visitoren-team der Zertifizierungsstelle die im Konsens getroffene Empfehlung zur Zertifikatvergabe mit. Die Zertifizierungsstelle leitet diese Empfehlung an die KTQ® weiter, die dieser Empfehlung in der Regel zustimmt.

Nachdem die Empfehlung zur Zertifikatvergabe von der KTQ® bestätigt wurde, wird dem Krankenhaus das KTQ®-Zertifikat sowie der KTQ®-Qualitätsbericht offiziell überreicht.

Ein KTQ®-Zertifikat ist auf drei Jahre befristet, nach Ablauf des definierten Zeitintervalls muss ein Krankenhaus erneut zertifiziert werden, wenn es weiterhin seine Qualität mit Hilfe des Zertifikates zum Ausdruck bringen will.

KTQ®-Qualitätsbericht

Der KTQ®-Qualitätsbericht soll dem definierten Ziel, der Transparenz, gerecht werden, indem er dem Leser auf der Ebene

der Kriterien eine zusammenfassende Beschreibung über die Qualität der Patientenversorgung sowie darüber hinaus Informationen über die Strukturmerkmale des Krankenhauses liefert. Zu den veröffentlichten Strukturdaten zählen:

- Allgemeine Leistungsmerkmale des Krankenhauses
- Daten der Personalbereitstellung
- Ausstattung mit medizinischen Geräten
- Räumliche Ausstattung des Krankenhauses

Die Strukturdaten, die vom Krankenhaus bereits im Rahmen der Antragstellung an die Zertifizierungsstelle eingereicht wurden, werden keiner Bewertung zugeführt, sondern dienen ausschließlich der Information der Visitoren sowie der Lesern des Qualitätsberichtes.

Der KTQ®-Qualitätsbericht wird, nachdem das Zertifikat übergeben ist, von dem zertifizierten Krankenhaus und der KTQ® veröffentlicht.

Der KTQ®-Qualitätsbericht soll insbesondere den Patienten eine Entscheidungshilfe bei der Auswahl des Krankenhauses sowie den niedergelassenen Ärzten eine Orientierung für die Entscheidung der Einweisung und Weiterbehandlung bieten. Er ist somit ein ideales Medium für die Öffentlichkeitsarbeit eines Krankenhauses.

Organisation des Routinebetriebes

Das KTQ®-Verfahren ist im Routinebetrieb von einer dezentralen Organisation mit klarer Aufgabenteilung gekennzeichnet.

Oberste Instanz ist die KTQ® gGmbH i. G., welche die Weiterentwicklung des Verfahrens koordiniert und sicherstellt.

Die Zertifizierungen werden dezentral vor Ort durch die KTQ®-akkreditierten Zertifizierungsstellen durchgeführt.

Bei den Zertifizierungsstellen handelt es sich um unabhängige Institutionen, denen die Organisation und Durchführung des Zertifizierungsprozesses unter Einhaltung der KTQ®-Verfahrensschritte obliegt.

Die Gesellschaft hat zur Durchführung ihrer Aufgaben eine Geschäftsstelle eingerichtet. Die KTQ®-Geschäftsstelle ist für die Koordination der Akkreditierung der Zertifizierungsstellen und der Visitoren verantwortlich sowie für die Organisation des KTQ®-Verfahrens und die Öffentlichkeitsarbeit.

Der Routinebetrieb hat begonnen, ab April 2002 werden die KTQ®-akkreditierten Zertifizierungsstellen erstmals Anträge auf Zertifizierung entgegennehmen, sodass ab Juli 2002 bei der KTQ® die ersten Anträge auf Zertifikatvergabe angenommen werden können.

Dipl.-Pfleger. Gesine Dannenmaier

KTQ®-Geschäftsstelle
Frankfurter Str. 84
53721 Siegburg
gesine.dannenmaier@ktq.de

Dipl.-Pfleger. Susanne Freitag
KTQ®-Geschäftsstelle
Frankfurter Str. 84
53721 Siegburg
susanne.freitag@ktq.de

Literatur

KTQ® (2002): KTQ®-Manual inkl. KTQ®-Katalog, 2. Auflage. Düsseldorf