

Informationen zur Zertifizierung von Krankenhäusern in Deutschland

Zu Beginn des Jahres wurde die Qualitätssicherung im Krankenhausbereich weiter gesetzlich verankert: Danach sind alle öffentlich zugelassenen Krankenhäuser und stationäre Versorgungseinrichtungen inklusive Rehabilitationseinrichtungen verpflichtet, innerhalb ihrer Einrichtung ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln (§ 135a ff).

Dies bedeutet, dass auch das Thema „Zertifizierung“ auf die Krankenhäuser zukommen wird. Nach wie vor soll diese Zertifizierung zwar freiwillig sein, praktisch gesehen wird aufgrund der zunehmenden Konkurrenzsituation und geplanter Vergütungsabschläge bei nicht nachgewiesener Qualität eine Zertifizierung der einzelnen Krankenhäuser unvermeidbar sein, wenn die Einrichtungen auf die volle Vergütung der Kostenträger angewiesen sind.

Somit hat das Interesse an dieser Thematik deutlich zugenommen, verbunden jedoch mit einer hohen Unsicherheit hinsichtlich der Auswahl eines geeigneten Verfahrens angesichts der stark divergierenden Zielsetzungen und methodischen Ansätze. Auch liegen seitens des Bundesgesundheitsministeriums weder klare Vorstellungen zur Einrichtung und Weiterentwicklung eines internen Qualitätsmanagements in einer stationären Einrichtung vor, noch existiert eine öffentliche Anerkennung ausgewählter Zertifizierungsstellen im Hinblick auf definierte Verfahren.

Während es in anderen Staaten (z. B. USA) bereits seit Jahrzehnten Zertifizierungen von Krankenhäusern und anderen Gesundheitseinrichtungen gibt, sind in Deutschland erst seit Ende der 90iger stationäre Einrichtungen zertifiziert.

Die Anfänge hierzu orientierten sich an einem Verfahren, das ursprünglich aus der Industrie stammt und auf das Gesundheitswesen übertragen wurde. Hierbei handelt es sich um die DIN EN ISO 9000-Reihe, ein Verfahren, bei dem vor allem Arbeits- und Organisationsabläufe standardisiert und kontrolliert werden, Aspekte der Ergebnisqualität allerdings weniger Berücksichtigung finden. Daher wird die Zweckmäßigkeit und Machbarkeit einer Krankenhauszertifizierung mittels der DIN EN ISO-Normenreihe seitens der Ärzteschaft kritisch hinterfragt und auch Kostenträger lehnten dieses Verfahren für eine globale Aussage zur Qualität eines Krankenhauses ab.

Auch das sogenannte EFQM-Modell (European Foundation for Quality Management), das inzwischen von einzel-

nen Kliniken und Praxen erfolgreich auf ihre Einrichtung abgebildet wurde und die Qualität der Ergebnisse gebührend mit berücksichtigt, war zunächst von der Industrie als ein für alle Branchen offenes System zur kritischen Selbstbewertung entwickelt worden. Übertragen auf das Gesundheitswesen hat dieses Verfahren bereits positive Signale für ihre Anwender und die gesamte Qualitätsdiskussion und Auseinandersetzung über die Zertifizierung gebracht.

Gesundheitspolitische Einrichtungen in Deutschland haben sich schon seit längerer Zeit geeinigt, ein eigenes Zertifizierungsverfahren zu entwickeln:

So beschlossen im Juni 1997 die Bundesärztekammer und der Verband der Angestellten-Krankenkassen/Arbeitgeber-Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) eine sogenannte Machbarkeitsstudie zur Etablierung des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern mit der Möglichkeit der nachfolgenden Zertifizierung. Das Verfahren orientiert sich an bewährten internationalen Methoden zur Zertifizierung im Gesundheitswesen wie die von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (Gemeinsame Kommission zur Akkreditierung von Gesundheitsorganisationen), dem Canadian Council on Health Services, der EFQM etc., welche bereits seit Jahren und Jahrzehnten im Gesundheitswesen angewandt worden sind und eine gute Ausgangsbasis für die Entwicklung eines deutschen Verfahrens bieten. Inzwischen haben sich weitere Verbände der Arbeitsgemeinschaft der Bundesärztekammer und der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV angeschlossen und gemeinsam die sogenannte „Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ (KTQ) gebildet. So ist seit kurzem die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als gleichwertiger Vertragspartner beigetreten; weitere Kooperationspartner sind der Deutsche Pflegerat, die proCum Cert GmbH (konfessionelle Krankenhäuser) sowie wissenschaftlich medizinische Fachgesell-

schaften. Ferner wird das Projekt vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen (Prof. Dr. Selbmann) wissenschaftlich begleitet und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gefördert.

Zielsetzung dieses deutschen Verfahrens ist es, durch Analyse, Verbesserung und Weiterentwicklung bestehender Strukturen und Arbeitsprozesse einen Motivationsschub im Krankenhaus auszulösen. Dabei wird der Patient in den Mittelpunkt der Bemühungen im Krankenhaus gestellt (Patientenorientierung der Prozesse und Ergebnisse), gleichzeitig gilt es, die Mitarbeiter zu fördern, ihre Zufriedenheit zu dokumentieren und zu verbessern (Mitarbeiterorientierung). Ein weiteres erklärtes Ziel der Zertifizierung durch die KTQ ist die Schaffung von Transparenz sowohl für die Patienten, aber auch für die Mitarbeiter des Krankenhauses und die niedergelassenen Ärzte, für die Krankenkassen und schließlich auch für die Krankenhäuser selbst im Sinne einer Vergleichsbewertung mit anderen Krankenhäusern (Benchmarking). Darüber hinaus wird eine solide Außendarstellung nach erfolgreicher Zertifizierung ermöglicht.

Wie soll nun die Zertifizierung im Einzelnen erfolgen?

Zunächst wird auf der Basis eines internen Qualitätsmanagements eine strukturierte Selbstbewertung des Krankenhauses vorgenommen, die der Suche von Schwachstellen dient und Möglichkeiten der Beseitigung derselben aufzeigen soll. Hierzu wird von der KTQ ein Bewertungskatalog zur Verfügung gestellt, der von den Krankenhäusern abgearbeitet wird und quasi als Basis für den Stand der Qualität dient. Diese Ergebnisse der Selbstbewertung sind die Grundlage für Qualitätsverbesserungsmaßnahmen im eigenen Hause und zugleich Basis für eine sich anschließende Fremdbewertung, die von akkreditierten

Zertifizierungsstellen durchgeführt wird. Sollte sich das Krankenhaus für eine anschließende Fremdbewertung entscheiden, kommt es zur Begehung des Krankenhauses durch beruflich gleichgestellte Visitoren, d. h., beruflich erfahrene, aktive und im Qualitätsmanagement geschulte Personen aus der ärztlichen, pflegerischen und verwaltenden Ebene eines Krankenhauses mit Leitungsfunktion. Neben Gesprächen mit den Leistungserbringern im Krankenhaus folgen auch Gesprächsrunden mit Patienten, Angehörigen und Repräsentanten des Krankenhauses. Dabei sollen die Visitoren den Fachkollegen im Rahmen der Begehung beratend zur Seite stehen und selbst gelungene Problemlösungen der Einrichtungen kennenlernen.

Im Rahmen der Umsetzung von Verbesserungspotentialen ist es erforderlich, dass im Anschluß an die Phase der Selbst- oder Fremdbewertung verschiedene Arbeitsgruppen im Krankenhaus eine Reihe von Projekten entwickeln, um in der Zielsetzung ein umfassendes Qualitätsmanagement aufzubauen, das sämtliche Daten über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Qualität dokumentiert, analysiert und daraus Verbesserungsvorschläge unterbreitet. An diesem Qualitätsmanagement müssen gleichsam alle Bereiche des Krankenhauses, wie Ärzte, Pflegekräfte, Verwaltung und Versorgungseinrichtungen beteiligt sein und unter der Leitung der Geschäftsführung dieses Qualitätsmanagement kooperativ erarbeiten und ständig weiterentwickeln. Dabei werden auch die bereits existierenden Verfahren der externen Qualitätssicherung sowie viele weitere, bereits existierende Arbeitsgruppen in einzelnen Krankenhäusern integriert (z.B. Arzneimittelkommission, Transfusionskommission u. a.).

Für die Leistungsmessung im Rahmen der Zertifizierung steht künftig ein Bewertungskatalog zur Verfügung, der in

Arbeitsgruppen von ausgewählten Experten aus den verschiedenen Berufsgruppen unter wissenschaftlicher Begleitung erarbeitet wurde. In der ersten Stufe werden folgende Bereiche erfaßt: Krankenhausleitung, Patientenbefragung, Chirurgie, Gynäkologie, Urologie, Orthopädie, Anästhesie und Intensivmedizin/pflege, Innere Medizin und Pflege. Die eigentliche Zertifizierung erfolgt durch akkreditierte dezentrale Organisationen (Zertifizierungsstellen), die sich akkreditierter KTQ-Visitoren bedienen. Dabei bereiten die Zertifizierungsstellen das Zertifikat vor und leiten es mit einer Empfehlung zur abschließenden Vergabe an die KTQ weiter. Die Zertifikate sind zeitlich begrenzt und müssen zu einem festgesetzten Termin erneuert werden. In diesem Sinne versteht es sich von selbst, dass in der Zwischenzeit der Prozess der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung fortgesetzt werden muss.

Wie ist der aktuelle Stand des Verfahrens?

Zur Zeit wird der in einer Pretestphase erstmals in einzelnen Krankenhäusern getestete Bewertungskatalog bezüglich seines Umfanges, seiner Verständlichkeit und Praktikabilität bewertet und nach Abschluss dieser Überarbeitung einem größeren Kreis von weiteren Krankenhäusern zur weiteren Überprüfung angeboten. Im Rahmen dieser Pilotphase, die im Mai 2000 beginnen und voraussichtlich bis Januar 2001 abgeschlossen sein soll, folgt die Selbstbewertung und Fremdbewertung der Krankenhäuser unter wissenschaftlicher Begleitung und Koordination durch die KTQ. Nach Abschluss dieser Phase soll das Verfahren aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse erneut überarbeitet und schließlich in den Routinebetrieb für alle Krankenhäuser, die sich zertifizieren lassen wollen, übernommen werden. Die Kosten des Verfahrens unterscheiden sich in direkte (Begehung, Zertifikatserteilung, Gemeinkostenanteil für alle Kran-

kenhäuser, die an der Zertifizierung teilnehmen) und indirekte (z. B. Ausfallzeiten während der Begehung) und sind durch die interessierten Krankenhäuser selbst zu tragen. Eine Refinanzierung soll durch die Einrichtung eines internen Qualitätsmanagementsystems geschehen, in dem z. B. Arbeitsabläufe optimiert und damit Ressourcen frei werden. **Weitere Informationen** sind derzeit u.a. über das Internet wie folgt verfügbar:

- *direkt über die KTQ-Homepage (<http://www.ktq.de>) oder*
- *direkt von der KTQ-Geschäftsstelle: c/o VdAK/AEV Siegburg Herr Beck, Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg Tel.: 02241/108-472*

Aufgrund der vorgestellten Entwicklungen zeichnet sich bereits jetzt ein deutliches Interesse an der Zertifizierung von Krankenhäusern und vergleichbaren Einrichtungen auch im Freistaat Sachsen ab. Schon aus diesem Grund, aber auch wegen des bereits fortgeschrittenen Verfahrens auf Bundesebene hat der Ausschuss „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ ein eigenes Expertengremium (AG Zertifizierung) damit beauftragt, aktuelle Sach- und Fachkompetenz den verschiedenen Gremien und den Mitgliedern der Sächsischen Landesärztekammer zur Verfügung zu stellen. So braucht eine Zertifizierung von Krankenhäusern die notwendigen und klar definierten Voraussetzungen, um einen „Wildwuchs“ im Sinne der reinen Verfolgung geschäftlicher Interessen zu verhindern. Damit gilt es auf Landesebene, möglichst frühzeitig an einem Verfahren mitzuwirken, das auf Bundesebene entwickelt wird und bei dem die Pilotphase in Kürze beginnen soll. Eine Zertifizierung von Krankenhäusern in Sachsen kann nur mit der Ärzteschaft erfolgen, wenn sich Anbieter zur Durchführung einer Zertifizierung vorher mit der Sächsischen Landesärztekammer und der Kranken-

hausgesellschaft Sachsen e.V. abstimmen und offiziell zugelassen sind. Für diese Zielsetzungen wird sich der Ausschuss für „QS in Diagnostik und Therapie“ zusammen mit der „Arbeitsgruppe Zertifizierung“ einsetzen. Darüber hinaus gilt es, mit den Betroffenen in den Einrichtungen in einen regen Dialog zu treten mit dem Ziel, Erfahrungen und Meinungen auszutauschen. Zu diesem Zweck wird im Verlauf des dritten Quartals, nach Vorliegen erster Erfahrungen aus der Pilotphase, eine Informationsveranstaltung für die Ärzteschaft von den Ausschuss- und Arbeitsgruppenmitgliedern zusammen mit der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V. angeboten werden; der genaue Termin wird rechtzeitig bekannt gegeben.

Die Zertifizierung von Krankenhäusern und stationären Einrichtungen ist eine große Herausforderung, kann aber auch als Chance für die Beteiligten genutzt werden. Es ist die Aufgabe der Ärzte in Zusammenarbeit mit den Selbstverwaltungsorganen, Qualitätsanforderungen an den Möglichkeiten und Ressourcen der Leistungserbringer zu orientieren und mit den gesundheitspolitischen Verbänden abzustimmen. Überzogene und unrealistische Qualitätsanforderungen müssen vermieden werden. Im Hinblick auf begrenzte Ressourcen im Gesundheitswesen gilt es, über die Einführung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems mit der Möglichkeit einer Zertifizierung an einem Gesundheitswesen mitzuwirken, das letztendlich allen zugute kommt, gute Qualität hält und weiterentwickelt und trotzdem bezahlbar bleibt.

AG Zertifizierung des Ausschusses „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ der Sächsischen Landesärztekammer

Herr Dr. Thilo Lipkow
Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska
Frau Lieselotte Hundt
Herr Dr. Torsten Schlosser
(Ansprechpartner bei der SLÄK)