

KTQ[®] und die Zertifizierung von Krankenhäusern

von *Dr. med. U. Paschen, A. Bastek*
Stabsstelle Medizinische Qualitätssicherung
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
Tel.: 040/42803-6105
Fax: 040/42803-8932
E-Mail: u.paschen@uke.uni-hamburg.de

Einleitung

Die Leistungserbringer in der Krankenversorgung sind durch Gesetzesreform zur „Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen“ verpflichtet worden. Haben sie es bisher an Eifer um die Qualität fehlen lassen?

Offensichtlich bestehen noch immer erhebliche Unklarheiten über die Ziele und Aufgaben der Qualitätssicherung im Krankenhaus. Das Gesetz hält weiter an den hinlänglich diskutierten „einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung“ fest, als ob man (wie in der Industrie der 60er Jahre) die Ergebnisqualität durch statistische Vergleiche verbessern könnte.

Neu ist, was die §§ 137 und 137d verlangen, nämlich „einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“. Den Verbänden lässt der Gesetzgeber noch Zeit, um die „grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“ zu vereinbaren. Deswegen verdienen die Bemühungen des VDAK, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft besondere Aufmerksamkeit, die im Vorgriff auf Vereinbarungen zu einer „Kooperation für Transparenz und Qualität KTQ[®]“ gefunden haben. Die erste Runde ist gelaufen. Pretest und Testlauf sind abgeschlossen. Hier sollte geprüft werden, ob das bisher bekannt gewordene Konzept der KTQ[®] und der Anforderungskatalog dem zu fordernden Stand von Wissenschaft und Technik in der Qualitätslehre entsprechen und mit der „fachlich gebotenen Qualität erbracht“ wurden. Inzwischen nähren die durchsickernden Informationen Zweifel, ob die Verbände sich im fachlichen Rahmen bewegen werden.

Standpunkt Qualitätslehre

Das Konzept der KTQ[®] wird hier aus der Sicht der „klassischen“ Qualitätslehre untersucht. Mit „Qualitätssicherung und -management“ darf und kann vom Gesetzgeber nur gemeint sein, was z. B. die Normen des Deutschen Institutes für Normung (DIN) oder vergleichbare Dokumente als Repräsentanten des Standes der Technik darunter verstehen. Der Gesetzgeber kann die Leistungserbringer nicht auf Außenseitermethoden festlegen.

Schließlich muss er berücksichtigen, dass er Krankenhausbetreibern und branchenverwandten Dienstleistern und Produzenten bereits aus anderen Verordnungen Anforderungen zum Qualitätsnachweis stellt. Dazu zählen Strahlenschutz- und Röntgenverordnung, Medizinprodukte-Betreiberverordnung, Transfusionsgesetz und zahlreiche weitere Vorschriften. Die „Vereinbarungen zu den grundsätzlichen Anforderungen“ der Qualitätssicherung in Krankenhäusern müssen damit kompatibel sein. Der Gesetzgeber kann nichts anderes wollen.

Jede Branche erwartet bei der Qualitätssicherung Rücksicht auf ihre Besonderheiten. Bei den Krankenhäusern ist das nicht anders. Qualitätssicherung muss aber in der Medizin nicht neu erfunden werden. Die wissenschaftliche Methode, die Statistik und der „Null-Fehler“-Anspruch haben der Medizin zu einer glänzenden Verbindung von Wissen und Handeln verholfen. Qualitätssicherung ist in der Medizin, Pharmazie, dem Labor, Gerätebau, der Hygiene, dem Umgang mit Blut und Strahlen usw. festverankert. Von hier aus hat der Qualitätsgedanke andere Bereiche erfasst, wie die Lebensmittelüberwachung, Transportdienste und Hotelleistungen. Sicher sind bei einer Ausdehnung des Qualitätsgedankens auf die Betriebsführung (wie fast überall) noch weitere Erfolge zu erzielen. Das wird nur gelingen, wenn man voneinander lernt und sich des bereits vorliegenden Standards bedient.

Die „Institution“ KTQ[®]

Die KTQ[®] beruht auf einer Kooperation zwischen VdAK, Bundesärztekammer und Deutscher Krankenhausgesellschaft. Weitere Kooperationspartner sind der Deutsche Pflegerat und die proCum Cert GmbH, eine Tochter der Ecclesia Versicherungen in Detmold. Die Partner sind über nicht näher bekannte Verträge verbunden, bilden jedoch bisher keine Institution mit Satzung oder Organen. Die Kooperation wird aus Mitteln des Bundes gefördert. KTQ[®] ist ein Warenzeichen allein des VdAK.

Die KTQ[®] (welche juristische Person das nun auch sein mag) hat sich das Ziel gesetzt, ein „spezifisches Zertifizierungsverfahren für die deutschen Krankenhäuser“ zu erarbeiten. Dazu soll ein Bewertungskatalog von fachlichen Arbeitsgruppen (Krankenhausleitung, Pflege, Chirurgen, Internisten usw.) beraten werden. Die drei „Qualitätsdimensionen“ Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sollen berücksichtigt werden, um Qualitätskriterien für die Messung der Ergebnisqualität abzuleiten, so der Projektplan.

Zunächst möchte KTQ[®] sich bescheiden als Informations- und Kontaktstelle anbieten. Später – da kommen kaum Zweifel auf – soll KTQ[®] wohl als Akkreditierungsstelle das gesamte Zertifizierungsverfahren steuern. Unabhängige Zertifizierungsstellen und persönliche Visitoren sollen sich bei der KTQ[®] akkreditieren lassen. KTQ[®] will ein Schulungsprogramm für Visitoren aufbauen, letztlich über die Erteilung der Zertifikate entscheiden und eine Liste der zertifizierten

Krankenhäuser publizieren. Später will KTQ[®] den Bewertungskatalog weiterentwickeln.

Inzwischen wurde der Bewertungskatalog an interessierte Kreise gegeben. Was bietet er? Und was kann daraus werden?

Der Bewertungskatalog

Sicherlich haben der VdAK und seine Kooperationspartner das politische Gewicht, einen Bewertungskatalog zu erstellen, den niemand ignorieren kann. Wer will schon in einem Wettbewerb als gewogen und zu leicht befunden ausscheiden? Die KTQ[®]-Partner werden schon gemeinsam darauf achten, dass die Messlatte nicht in schwindelnder Höhe liegt. Welche Kriterien sollen helfen, zwischen gut und schlecht zu unterscheiden? Gibt es überhaupt objektive, überall gleiche Merkmale für gute oder schlechte Krankenhäuser?

Was der Bewertungskatalog auch enthalten wird - er wird zwei grundsätzliche Probleme nicht lösen können:

Problem: Qualitätsforderungen und Kosten

Für Qualität gibt es keine objektiven Kriterien. Man hat Erwartungen oder stellt Forderungen – werden sie erfüllt, ist man zufrieden. Von sowieso vorausgesetzten Qualitätsmerkmalen abgesehen, sind Qualitätskriterien immer gleichzusetzen mit Qualitätsforderungen. Nun muss, wer Anforderungen an seinen Leistungserbringer stellt, dafür bekanntlich zahlen. Langfristig jedenfalls erhält man Leistungen nur, wenn man genügend Geld dafür herausrückt. Wenn die Kostenträger also einen Forderungskatalog aufstellen, werden sie den Preis für die Einhaltung ihrer „Qualitätskriterien“ erfahren. Oder sollen die Qualitätsvorstellungen niedrig gehängt werden? Vielleicht sogar unter das längst Mögliche und Nötige, um nicht für die Folgekosten aufkommen zu müssen? Über Qualitätsforderungen können nur die Vertragsparteien verhandeln, die sich auch über den Preis einigen müssen. Das kann ihnen keine noch so hoch aufgehängte Jury abnehmen. Die Kostenträger werden das schnell merken, wenn ihr „Kriterienkatalog“ auf begeisterte Verwaltungsdirektoren stößt: Sie erfüllen gerne jede der darin enthaltenen Forderungen, wenn die Kassen die Kosten tragen.

Problem: Qualität und Anspruchsniveau

Vertragspartner können und müssen sich zunächst über das Anspruchsniveau bei gegebenem Budgetrahmen einigen. Abstrakte Vorstellungen zur „Güte von Krankenhausleistungen“ münden in einen endlosen unfruchtbaren Streit. Inzwischen wurde eingeräumt, dass der Kriterienkatalog wohl nicht für alle Krankenhäuser gleich aussehen kann.

In der deutschen Gesundheitspolitik spielt die Diskussion um Qualität auf verschiedenen Anspruchsniveaus bisher keine Rolle. Wahrscheinlich wird der Unterschied noch gar nicht verstanden. Lieber zerrauft man sich um Rationalisie-

rung und Leistungseinschränkung. Aber ist nicht weniger manchmal mehr? Krankenhäuser und ihre Leistungen müssen dem Bedarf angepasst sein. Untererfüllung darf hart bestraft werden. Zu Recht dankt Übererfüllung niemand. Was habe ich von einem NMR-Spektrum meines arthrotischen Knies? Was nützt mir ein Chirurg in meiner Nähe, der mangels Nachfrage aus der Übung gekommen ist? Über die Anforderungen kann man nur vor Ort verhandeln. Unter Qualität verstehen wir (fachlich gesehen) die Konformität der Leistungen mit den Vereinbarungen, die inhaltlich verhandelt worden sind.

Man hat gelegentlich versucht, „Qualität“ über spezifische Anforderungen wie bei Gütesiegeln zu definieren. Das wirft eine Reihe von Problemen auf. An ein Kreiskrankenhaus sind andere Forderungen zu stellen als an eine Universitätsklinik - nicht höhere oder niedrigere, sondern eben andere.

Folgerichtig müssten für jeden Krankenhaustyp eigene Anforderungskataloge aufgestellt werden. Genau das wird KTQ[®] weder leisten können noch wollen. Sehr schnell wird man bei der Erprobung des Kataloges merken, dass die Forderungen entweder zu kurz oder zu weit greifen - noch häufiger, dass sie einfach weit weg sind von vielem, das ohnehin schon verlangt und geleistet wird.

Die Pilotphase

Für die Teilnahme an der Pilotphase der Bewertung gelten strenge Bedingungen: Mitmachen dürfen nur Krankenhäuser, die dem Vorhaben positiv gegenüber stehen. Jedes Krankenhaus muss eine Verpflichtungserklärung (!) unterschreiben, sich dem KTQ[®]-Verfahren unterzuordnen. „Wer nicht ordentlich mitarbeitet und dessen Betreuung sich nicht lohnt, wird wieder ausscheiden müssen“, so Dr. Scheinert vom VdAK am 3.12.1999 in Bonn.

Bekannt wurde, dass 25 Krankenhäuser an der Selbst- und an der Fremdbewertung teilnehmen sollen. Als Instrument dient der Bewertungskatalog der Version 3.0. Nur leider taugt er nicht zur Bewertung.

Der Katalog enthält Qualitätsforderungen in unterschiedlicher Konkretisierungsstufe. Die erste Stufe wird „Kategorie“ genannt, z. B. „Patientenorientierung in der Krankenversorgung“ oder „Sicherheit im Krankenhaus“. Die zweite Konkretisierungsstufe heißt „Standard“, was verwirrend ist. Denn hier werden Abläufe im Krankenhaus aufgezählt, auf die man die Forderung der „Kategorie“ anwenden soll. In unserem Beispiel an die Aufnahme, Ersteinschätzung, Planung und Durchführung der Behandlung und Entlassung. Es folgt das „Kriterium“ als dritte Konkretisierungsstufe. Erst dort werden einzelne Fragen gestellt, die man mit etwas gutem Willen mit Ja oder Nein beantworten kann. Verbergen sich hinter diesen Fragen wieder Qualitätsanforderungen in einer weiteren Konkretisierungsstufe? Vielfach ja: Ein „Kriterium“ lautet z. B. „Integration von Patienten in die Behandlung“. Gemeint ist wohl die Einbeziehung des Patienten in Entscheidungen vor und im Behandlungsverlauf und seine aktive Beteiligung daran.

Woran soll man die Verwirklichung dieses „Kriteriums“ erkennen? An täglichen Visiten, Information über Krankenhauswahlleistungen und einem Informationsblatt mit „Überblick über das Krankenhaus, seine Einrichtungen und seine Organisation“, der Patientenaufklärung und Schulung von Patienten. Nur daran oder fehlt hier nicht einiges, was längst selbstverständlich ist? Gehört nicht die Aufklärung und Einwilligung vor dem Eingriff dazu? Was muss unbedingt sein, damit das „Kriterium“ als „Erfüllt“ abhakt wird? Oder reicht eine einzige Fehlanzeige für ein „Nicht erfüllt“? Was führt zum k.o.? Oder sind die Fragen nur als Themenvorschläge gedacht, die dem Visitor als Anhalt dienen?

Meistens sind die Konkretisierungen mehr als dürftig: So wird 1.5.4 „Koordination der Entlassung“ tiefsinnig erläutert mit „Der Entlassungsprozess erfolgt koordiniert“. Und die Frage lautet: „Ist sichergestellt, dass Entlassungen zeitgerecht und geordnet ablaufen...?“ - eben koordiniert sind.

Der Gebrauch des Wortes „Kriterium“ verführt zur Vorstellung, hier könne etwas von einander geschieden werden. Das ist aber nicht der Fall. Die sprachliche Irreführung stammt aus dem Bewertungsmodell der EFQM, wo Bewertungsgesichtspunkte „Kriterien“ genannt werden, was sie aber auch da nicht sind.

„Bewertung“ verspricht, dass ein Grad der Erfüllung gewichtet werden kann, vielleicht „ganz – fast – wenig – nicht“ erfüllt. So könnte man Punkte sammeln und für einzelne „Kriterien“ dann angeben, wann sie als erfüllt oder nicht erfüllt gelten können. Fehlanzeige bei bestimmten Kriterien müsste zum Abbruch der Bewertung oder zumindest zur Abwertung führen. Zur Zeit ist jedenfalls an keiner Stelle nachvollziehbar, wann der Visitor auf welcher Grundlage einer „Zertifizierung“ zustimmen soll und nicht.

Damit bleibt am KTQ[®]-Katalog unklar, was eigentlich zertifiziert wird. Die Einhaltung bestimmter Qualitätsforderungen? Was ist, wenn sie nicht zutreffen? Wer entscheidet, ob sie nicht zutreffen? Wenn mehr zu fordern wäre – wer weist darauf hin?

All diese drängenden Fragen lösen sich auf, wenn man sich klar macht, dass der Katalog der KTQ[®] gar nicht Qualität als Übereinstimmung mit den Kundenforderungen prüft, sondern nur eine von KTQ[®] für besonders wünschenswert gehaltene Beschaffenheit. Mal wird nach diesem, mal nach jenem intensiver gefragt - je nachdem, wie eifrig die Fachgruppen „ihre“ Vorstellungen beigesteuert haben. Ob und wofür das alles Sinn macht, bleibt offen. Kann es sein, dass hier Anspruchsniveau oder Gebrauchswert mit Qualität verwechselt werden? Überraschen würde das nicht, weil Projektplan und Kriterienkatalog der KTQ[®] den modernen Qualitätsbegriff als Konformität mit den Kundenforderungen nicht kennen.

Verbindlichkeit des Kataloges

Nehmen wir einmal an, der Bewertungskatalog wäre verständlich und prüfbar – wie verbindlich kann ein solcher Katalog sein? Wenn die Vertragspartner in der Gestaltung ihrer Beziehungen frei sein sollen, kann man ihnen Qualitätsforderungen nicht vorschreiben. Der Kontrahierungszwang passt nicht zusammen mit allgemeinen Qualitätsforderungen eines Kostenträgers. Wenn sich Hersteller untereinander auf Qualitätssiegel mit bestimmten Anforderungen einigen, ist das schon problematisch genug. Qualitätssiegel unterliegen wettbewerbsrechtlich einer Genehmigungspflicht. Selbst eine staatliche Verordnung könnte die Teilnehmer am Markt nicht zu einer bestimmten Qualität verpflichten.

Es würde verwundern, wenn sich der Gesetzgeber noch auf so etwas einließe. Schließlich hat er sich in Zeiten des „Globalen Konzepts“ der EU aus der nationalen Qualitätsüberwachung weitgehend zurückgezogen, sogar aus der Lebensmittel- oder Umweltschutzüberwachung. Er überlässt den Vertragspartnern, ob sie in den Grenzen des Budgets und den Erfordernissen der Versorgung ein Angebot annehmen oder nicht.

Ob alle Punkte im Katalog bleiben, darf schon heute aus der Erfahrung in anderen Branchen als unwahrscheinlich angesehen werden. Darf das Fehlen eines Parkplatzes zur Abwertung führen? Vielleicht hat eine Reha-Klinik bewusst darauf verzichtet. Gehören Auskünfte zu baulichen Gegebenheiten („Strukturparameter“) zur Bewertung oder lässt man darüber lieber die Kunden urteilen?

Selbst wenn eine Vereinbarung nach § 137 zustande kommt, wird man abwarten müssen, ob sich nicht ein Krankenhausbetreiber auf seine Rechte zur Gestaltung des Krankenhausbetriebes berufen will. Die Entstehungsgeschichte der Apotheken- oder Pharmazeutischen Betriebsverordnung lehrt, dass solche Vorschriften eine sehr hohe Rechtssetzungskompetenz erfordern. Nur der Gesetzgeber kann in begründeten Fällen zum Schutz der Bürger in die Betriebsführung so nachhaltig mit spezifischen Forderungen eingreifen.

KTQ[®] als Zertifizierer oder Hüter eines Gütesiegels?

Noch ist KTQ[®] keine greifbare Einrichtung. Aber schon - oder gerade deshalb? - wird über die Zusammenballung mehrerer Funktionen bei KTQ[®] spekuliert. KTQ[®] will nicht nur den „Bewertungskatalog“ schaffen, pflegen und weiter entwickeln. Nein, sie will das Akkreditierungssystem selbst leiten. Sie will „Visitoren“ ausbilden. Sie will Zertifizierungsstellen akkreditieren (deren Rechte, Aufgaben und Bezahlung gänzlich offen sind), sie lenken und überwachen. KTQ[®] allein behält das Recht, die Zertifizierung auszusprechen.

Zu allem Überfluss ist das Warenzeichen KTQ[®] in der Rubrik „Beratung von Unternehmen“ eingetragen. Soll das heißen, dass KTQ[®] auch Beratungsleistungen für die Krankenhäuser anbieten will? Das wäre ein Verstoß gegen die Re-

geln der Unabhängigkeit der Prüfer, der jedem Missbrauch Vorschub leistet. Verbunden mit den Vereinbarungen nach § 137 wird das zu einer halbamtlichen Monopolstellung eines Quasi-Gütesiegels führen, die wettbewerbsrechtlich nicht akzeptabel ist.

Eine der fruchtbarsten Ideen der modernen Qualitätslehre ist die vom „Unabhängigen Dritten“. Einem Zeugen oder Makler ähnlich prüft und bezeugt er, dass die ihn dafür bezahlenden Vertragspartner ihre Vereinbarungen zur Qualität einhalten. Als unabhängige „third party“ soll er zwischen den beiden Parteien das nötige Vertrauen schaffen. Damit das funktioniert, muss der Anforderungskatalog von einer anderen Institution stammen, als von derjenigen, die die Einhaltung des Kataloges prüft. So stammt der Leitfaden zum QM-System der ISO 9001 von einem Normungsinstitut, das selbst nicht prüft. Der Zertifizierer bestätigt als „Unabhängiger Dritter“ die Konformität mit den Anforderungen der Norm, unabhängig von den Interessen als Vertragspartner. Das hat sich besser bewährt als das Akkreditierungssystem der Joint Commission, die einen Standard akkreditiert, den sie selbst aufgestellt hat. Das hat zu erheblichen Konflikten geführt: Spätestens bei der Einführung des Indikatorensystems ORYX rebellierten die Krankenhäuser, weil sie sich von ihrem Akkreditierer zu Leistungen gezwungen sahen, mit denen dieser ganz offensichtlich eigene Interessen verfolgte.

Im europäischen Akkreditierungssystem sind die Vertragspartner aus gutem Grund in der Auswahl ihres Zeugen frei. Wenn einer der Vertragspartner an der Prüfung beteiligt ist, verliert das Verfahren nicht nur an Objektivität (was noch zu verschmerzen wäre), sondern an ausgleichender Kraft. Man stelle sich vor, die politischen Parteien würden sich auf einen Wirtschaftsprüfer einigen, der ihnen dann die ordnungsgemäßen Umgang mit Spendengeldern attestiert.

Visitoren

Als Neuwort ist der „Visitor“ erschienen, wohl in Alliteration zu Auditor oder Assessor. Bisher hießen solche Begeher sprachlich korrekt „Visitatoren“ von lateinisch visitare für besuchen. Ganz so unverbindlich, wie das englische „visitor“ einen Besucher oder Kurgast bezeichnet, ist der Besuch des Visitors allerdings nicht. Er/sie soll gleich als Team (in Analogie zur Führungstrias des Krankenhauses) anrücken. Die Visitoren sollen selbst Leitungserfahrung haben und mindestens fünf Jahren im Amt gewesen sein. Studierten Kaufleuten werden zwei Jahre gutgeschrieben, eine Vergünstigung, die den ärztlichen Visitoren nicht gewährt wird. Sie sollen das Curriculum der Bundesärztekammer durchlaufen und ein Training bei KTQ[®] absolviert haben. Sie müssen von KTQ[®] akkreditiert sein. Die Initiatoren verweisen auf reges Interesse von Bewerbern. Abzuwarten bleibt, wie viele auf Dauer mitmachen wollen, wenn KTQ[®] an der Auffassung festhält, Visitoren könnten für eine Aufwandsentschädigung arbeiten.

Überschlagsmäßig muss man für einen so hochkarätigen Visitor einen Tagessatz von DM 2.500,- zuzüglich Reisekosten veranschlagen. Dauert die Visite nur zwei Tage und nimmt sich das Team nur einen Tag Zeit für die Berichterstattung (womit man nur bei einer Abteilung oder einem sehr kleinen Krankenhaus auskommen wird), belaufen sich die Kosten für den einfachsten Besuchsdienst auf kaum weniger als DM 30.000,-. Wenn KTQ[®] die Kosten nicht übernimmt, werden die Arbeitgeber der Visitoren die Visiten verdeckt bezahlen oder die Gutachter einen freien Tag nehmen müssen. Wer erwartet, dass sich auf dieser Basis ein Akkreditierungssystem für 2.500 Krankenhäuser im Regelbetrieb etablieren lässt?

Wenn die Visitoren den „Know-how-Transfer intensivieren“ und den „kollegialen Dialog mit der Leitungsebene führen“, wie Prof. Dr. Kolkmann für die KTQ[®] auf der Präsentationsveranstaltung am 3.12.1999 in Bonn ausführte, klingt das bedenklich. Ist das eine höfliche Umschreibung von Beratung? Darin müssen sie Enthaltung üben. Sie sollen prüfen, mehr nicht.

Die hoch und heilig versprochene Vertraulichkeit kann nur schwer für die Visitoren gelten: Da sie selbst Betreiber von Krankenhäusern sind, dürften sie immer etwas mitnehmen und an andere weitergeben. Aktive Krankenhausleiter sind nicht lebenslänglich an ihren Arbeitgeber gebunden. Wer heute von weit anreist, um sine ira et studio zu visitieren, übernimmt vielleicht morgen die Leitung des Nachbarkrankenhauses. Sperrfristen wird man kaum mit den Visitoren vereinbaren können.

Wahrscheinlich bleiben ohnehin nur gerade aus dem Amt geschiedene Würdenträger als Visitoren übrig. Sie werden die besuchten Häuser mit Urteilen und Ratschlägen überziehen, die, aus reichem Erfahrungsschatz geschöpft, gerade den innovativen Krankenhausleitern das Leben schwer machen. Ein Satz wie „In Tübingen haben wir das immer so und so gemacht...“ kann in Chemnitz oder Husum sehr lästig klingen.

Zertifizierungsstellen

Unklar bleibt, welche Aufgaben KTQ[®] den Zertifizierungsstellen zuschreibt. Sie sollen die Antragsunterlagen der Krankenhäuser bearbeiten, die „Strukturparameter“ erfassen, die Visitoren koordinieren und die Besuche organisieren. Dazu gehören die Auswahl der Visitoren und Zusammenstellung der Teams, deren Unterstützung, Terminkoordination und Detailabstimmung sowie Begleitung (was auch immer das sein mag). Die Zertifizierungsstellen sollen den Bericht auswerten und damit die Erteilung des Zertifikates durch KTQ[®] vorbereiten.

Wer für diese Tätigkeit vorgesehen ist, wird nicht gesagt. Sollen die etablierten Zertifizierer wie TÜV, Lloyds Register oder Landesgewerbeanstalt Bayern (um nur drei zu nennen) sich dem widmen? Werden sie dafür bezahlt? Der Aufwand sollte nicht unterschätzt werden.

Wie soll die Beziehung der Visitoren zu den Zertifizierungsstellen sein? Wenn die Visitoren direkt bei KTQ[®] akkreditiert sind, werden sie sich nur bedingt den Zertifizierungsstellen unterordnen (können). Wie geht man bei Konflikten vor?

Was heißt „Auswertung des Berichtes“, wer wertet womit und wie aus? Zwar heißt es, dass die Krankenhäuser unter den akkreditierten Zertifizierungsstellen „frei“ wählen können. Das wird ihnen nichts nützen: Sie sind auf KTQ[®] als einzigem Zertifikatserteiler angewiesen. Also sind die Häuser nur frei in der Wahl eines Organisations- und Koordinationsbüros, das „Zertifizierungsstelle“ genannt wird, aber gar keine ist.

Erfahrungen mit anderer Zertifizierungssystemen

In ihrem Konzept behauptet die KTQ[®], dass die Joint Commission International bei der Erarbeitung des Kataloges beratend tätig gewesen sei. Dann hätten aber einige bedeutende Lehren aus deren Erfahrungen beherzigt werden müssen, die auch in den offiziellen Dokumenten der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) erwähnt werden:

- Eine Bewertung von Krankenhäusern anhand von Forderungskatalogen muss durch eine Prüfung des QM-Systems auf Konformität mit einem Standard ersetzt werden. So vollzogen mit der Agenda of Change, der Umwandlung des Bewertungskataloges der JCAHO in ein QM-System. Dort heißen die Elemente zwar „functions“ und sicher bestehen im Vergleich zur ISO immer noch einige Unebenheiten, aber grundsätzlich ist die Umstellung weitgehend abgeschlossen.
- Probleme ergeben sich daraus, dass die JCAHO den Standard, den sie prüft, selbst aufgestellt hat und ihn weiterentwickelt. So gerät sie immer wieder in Verdacht, die Anforderungen zum eigenen Vorteil heraufzuschrauben. Unter anderem daran ist das Indikator-Projekt zunächst gescheitert.
- Die Monopolstellung eines Zertifizierers ist unbedingt zu vermeiden. In den USA macht der JCAHO ihre marktbeherrschende Stellung viel zu schaffen und die Kunden eher misstrauisch.

Prüfer (ob man sie nun Auditoren, Assessoren oder Visitoren nennt, ist reine Wort-Mantik) sollen explizite Merkmale prüfen, nicht auf Grundlage eigener Wertvorstellungen Meinungen oder gutgemeinte Ratschläge verbreiten. Sie sollen auf keinen Fall Mitbewerber sein, auch nicht im hintersten Winkel der Republik, vielleicht noch nicht einmal vom Fach. Sie müssen sich lediglich im Krankenhaus auskennen, wissen, wo die Probleme im Qualitätsnachweis liegen und wo erfahrungsgemäß das eine oder andere geschönt wird. Eine gewisse Fachfremdheit kann zwar mal zur Sturheit im Detail führen. Ausgeschlossen sind aber fruchtlose Diskussionen fachlicher Art, die den „Besuchern“ eher leicht fallen, zumal sie für die Folgen ihrer Ratschläge nicht eintreten müssen.

In Deutschland sind anders als in den Vereinigten Staaten viele Qualitätsanforderungen an Krankenhäuser bereits explizit in Gesetzen, Verordnungen usw. gestellt. Das gilt für die Personalzertifizierung (bei uns Staatsexamen oder Weiterbildungsordnung), die Sicherheit von Geräten (geregelt in der MPBetreibV), die Arbeits- und Sicherheitsgesetzgebung und den Strahlenschutz. Warum soll ein Zertifizierer weniger bestätigen, als die Krankenhäuser sowieso schon erfüllen müssen? Ein Zertifizierungsverfahren darf nicht tiefer stapeln, als unsere Krankenhäuser schon heute gebaut sind.

Schlußfolgerung

Wir alle erhoffen uns eine Aufwertung des Qualitätsgedankens im Umgang der Kostenträger mit den Krankenhäusern. Wo bisher nur über Geld gesprochen wurde, sollten zukünftig auch Qualitätsvereinbarungen geschlossen werden. Ähnlich wie die Buchführung dem Nachweis von Einnahmen und Ausgaben dient, muss ein Verfahren gefunden werden, mit dem Krankenhäuser die Qualität ihrer Arbeit nachweisen können. Kataloge vermeintlich wichtiger Qualitätsforderungen sind dafür kein Instrument. Sie gehen am Wesentlichen vorbei oder lassen sich nur erfüllen, wenn die Kostenträger dafür auch die Finanzierung übernehmen. Niemand kann in dieser Weise von außen in die Betriebsführung eingreifen, um sich Verhandlungen über das Qualitätsniveau bestimmter Leistungen zu ersparen. Was der Kostenträger verlangen kann, ist der Nachweis der vereinbarten Qualität. Dem dienen die allseits bekannten QM-Systeme, die lediglich besser auf das Krankenhaus interpretiert werden müssen. Leider leistet KTQ[®] dafür keinen wesentlichen Beitrag.

Literatur:

Beck, Thomas; Schoppe, Christiane
Krankenhauszertifizierung
Das Krankenhaus 1/2000, Seite 20