



Foto: Coloures-pic – Fotolia

# Das Beispiel KTQ-Zertifizierung

## Umsetzung gesetzlicher Vorgaben für Qualitätsmanagement und Patientensicherheit im Krankenhaus

**D**er G-BA-Beschluss vom 23. Januar 2014 zur Änderung der Qualitätsmanagement-Richtlinie für Krankenhäuser (KQM-RL) trat am 17. April 2014 in Kraft. Damit wurden die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitäts- und Risikomanagement verbindlich festgelegt, was – so sieht es der Gesetzgeber vor – von Krankenhäusern verpflichtend einzuhalten ist. Die Einführung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitäts- und Risikomanagement sowie einrichtungsinternen Fehlermelde- und Berichtssystemen sollen die Qualität der medizinischen Versorgung und als deren Bestandteil die Patientensicherheit kontinuierlich sichern und verbessern. Die bewährte KTQ-Methodik „von Praktikern für Praktiker“ wurde von einem Expertenteam 2014 neu aufgegriffen und der neue KTQ Katalog 2015 an die veränderten Rahmenbedingungen für das Krankenhaus angepasst. Die bisherigen 63 Kriterien wurden auf 55 Kriterien in den bekannten und beschriebenen sechs Kategorien verringert. Mit praxisorientierten Formulie-

rungen sind das neue Patientenrechtegesetz, die Empfehlungen des Aktionsbündnisses Patientensicherheit und die KQM-RL vollständig im neuen KTQ-Katalog abgebildet.

Einen besonderen Stellenwert haben im KTQ-Zertifizierungsverfahren vor allem präventive Aspekte und die Reduzierung potenzieller Risiken. Durch die Berücksichtigung sicherheits-, insbesondere haftungsrelevanter Aspekte ergibt sich für die Kliniken bei Verwendung des KTQ-Katalogs 2015 ein Mehrwert, der sich durch die verbesserte Effizienz und Wirtschaftlichkeit auch ökonomisch durch eine mögliche Reduzierung der Haftpflichtversicherung einer Klinik abbildet. Zudem sind die Kliniken in der Lage, die Wettbewerbsfähigkeit ihrer Einrichtung nachhaltig zu stärken.

### KTQ-Verfahren – was ist neu?

Bei der Weiterentwicklung des neuen KTQ-Katalogs standen die folgenden Anliegen aus der Praxis im Mittelpunkt:

- Ergänzung aktueller Anforderungen an die Qualität und Sicherheit im Krankenhaus.

*Der Gesetzgeber hat die Leistungserbringer zur Ein- und Durchführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements einschließlich eines Risikomanagements verpflichtet. Mit dieser Verpflichtung gehen der Aufbau und die Weiterentwicklung konkreter Strukturen, Prozesse und einrichtungsinterner Abläufe und Entscheidungsprozesse einher. Letztlich dient dies einer Qualitätsverbesserung und erhöhten Patientensicherheit im Krankenhaus.*

*Mit welchen Qualitätsmanagementsystemen die Einrichtungen im Einzelnen arbeiten und wie sie diese vor Ort ausgestalten, können sie selbst entscheiden und an die individuellen Erfordernisse anpassen. Mit Hilfe von Zertifizierungen und Anerkennungen lässt sich mittlerweile eine wachsende Anzahl an Einrichtungen im Gesundheitswesen ihr funktionsfähiges Qualitätsmanagementsystem in Teilbereichen oder für die gesamte Einrichtung bescheinigen.*

- Besondere Berücksichtigung risikorelevanter Themen und Kennzeichnung der Themen, die unter haftungsrechtlichen Aspekten besonders sicherheitsrelevant sind. ▶

- Kompaktere, übersichtlichere Darstellung der Themen mit eindeutigem Bezug zum PDCA-Zyklus.
- Reduzierung der bisherigen Redundanzen.
- Reduzierung des bisherigen Aufwands bei der Erarbeitung der Selbstbewertung.

Im Folgenden werden für alle 6 KTQ-Kategorien beispielhaft Themen mit Praxisbeispielen dargestellt, die einen besonderen Bezug zur Patientensicherheit und/oder zur G-BA-Richtlinie haben.

**Kategorie 1: Patientenorientierung**

Wesentliche Inhalte des G-BA-Beschlusses zur Weiterentwicklung der neuen QKM-RL beziehen sich auf *Patientenorientierung* und *Patientensicherheit*. Im neuen KTQ-



Dr. med. Doris Voit, MBA  
Deutsche Krankenhausgesellschaft, Berlin



Dr. med. Harald Hollnberger  
Klinikum St. Marien, Amberg



Dipl.-Kffr. (FH) Nermin Cabrera Fugardo, MBA  
Deutsches Herzzentrum Berlin, Berlin



Diplom-Wirtschaftsingenieur Carsten Thüsing  
Kliniken der Stadt Köln gGmbH, Köln

Katalog finden sich von der leitliniengerechten Therapie im Kriterium 1.1.2 mit der Dokumentation bei Therapieabweichungen, der Indikationsqualität (Kriterium 1.4.3) bis zur interprofessionellen Behandlung (Kriterium 1.4.2) alle Merkmale wieder, die eine multi-professionelle und patientenorientierte Therapie im heutigen klinischen Umfeld erfordert. Dies gilt auch für klinische Unterstützungsprozesse wie die Einbeziehung von Case Management und Medizinischer Fachassistenz (Kriterium 1.4.2) und die Delegation ärztlicher Leistungen (Kriterium 1.4.1).

Am Beispiel der Notfallversorgung (Kriterium 1.2.1) lässt sich die durchgängige Abbildung des Plan-Do-Check-Act-Zyklus sehr gut nachvollziehen. Im klinischen Umfeld der zentralen Notaufnahme können elektronische Dokumente erstellt werden, die die Triage von Patienten nach Dringlichkeit der Versorgung, die Präsenz von Pflegekräften und Ärzten sowie das Therapieende per Zeitstempel dokumentieren. Zeitziele werden entsprechend des gewählten Triage-Systems nach Dringlichkeitsgrad für die ärztliche Versorgung definiert.

Über die Auswertung entsprechender Kennzahlen, etwa zur fachabteilungsspezifischen Umsetzung der maximalen Wartezeiten nach den definierten Dringlichkeitsstufen, lässt sich die Versorgungsqualität von Notfallpatienten aussagekräftig abbilden. So sind Aussagen zur Patientenzahl pro Zeiteinheit und zum damit verbundenen Personalbedarf möglich. Auf der Basis der Tagesprofile der Patientenzahlen lassen sich Dienstplanmodelle entwickeln, die dem individuellen Bedarf dieser Notaufnahme angepasst sind.

**Kategorie 2: Mitarbeiterorientierung**

In der Kategorie 2 *Mitarbeiterorientierung* wird unter Kriterium 2.1.1 auch die Qualifikation der Mitarbeiter thematisiert, die für die steigenden medizinischen und pflegerischen Anforderungen in den Krankenhäusern kontinuierlich fort- und weitergebildet werden müssen. Gerade neue Mitarbeiter

müssen sich Wissen aneignen, das auf die Anforderungen ausgerichtet ist und sich in der neuen sozialen Umgebung zurechtfinden, was zumindest anfangs erst einmal ihre Produktivität schmälert. Eine zertifizierte Einrichtung muss eine berufsgruppen- und bereichsspezifische Einarbeitung inklusive Betreuung und Begleitung sicherstellen. Da durch eine strukturierte Einarbeitung bei den Mitarbeitern eine hohe Sicherheit bei der Ausführung ihrer Tätigkeit gewährleistet wird, wurde das Thema im Kriterium 2.1.3 aufgegriffen und muss wie in allen Kriterien nach dem kompletten PDCA-Zyklus beschrieben werden. Gezielte Schulungen können im Rahmen der Personalentwicklung (Kriterium 2.1.1 – in Verbindung mit Kriterium 5.1.2) auch Potenziale bei Führungskräften freisetzen, Persönlichkeitsprofile unterstützen und Führungskompetenzen vermitteln.

**Kategorie 3: Sicherheit und Risikomanagement**

Im neuen KTQ-Katalog firmiert jetzt die Kategorie 3 bei Fokussierung auf haftungsrechtlich relevante Details unter der Begrifflichkeit *Sicherheit und Risikomanagement* mit den Subkategorien *Patientenbezogene Risiken* und *Schutz- und Sicherheitskonzepte*. Neu ist hier zum Beispiel das Kriterium 3.1.1 Methoden des klinischen Risikomanagements, in dessen Gestaltung jetzt die Forderungen des G-BA aus §5 der QKM-RL sowie die Erfahrungen aus klinischen Umsetzungen eingeflossen sind (zum Beispiel die Methoden Risikoaudit oder Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen). Eine Sicherheitskultur, der niederschwellige Zugang und die Anwendung von Fehlermeldesystemen (Critical Incident Reporting Systems) und die klinische Umsetzung im Sinne der vollständigen Abbildung des PDCA-Zyklus sollen etabliert werden.

Um ein Beispiel für diese Kategorie zu nennen: Durch eine Betriebsvereinbarung im Krankenhaus kann die Anonymität und der niederschwellige Zugang zu einem CIRS den Mitarbeitern kommuniziert werden. Die Meldung eines CIRS-Falles sollte auch per PC in

einer anonymisierten Form ermöglicht werden. Über das Meldesystem erfolgt die Rückmeldung an die externen Fachgutachter und/oder die klinikinterne CIRS-Gruppe oder die geschulten CIRS-Vertrauenspersonen. Die externen Fachgutachter unterstützen die fachliche Bewertung des Falles und stellen einen Bezug zu ähnlichen Fällen her, die im Internet veröffentlicht werden. Die interne CIRS-Gruppe übernimmt die Risikobewertung und leitet präventive Maßnahmen ein.

Die wesentlichen, anonymisierten Informationen zu dem Fall, insbesondere die daraus abgeleiteten Verbesserungen, sind klinikintern, zum Beispiel im Intranet, für alle Mitarbeiter einzusehen und nachzuverfolgen. Auch die Mitarbeiterzeitschrift kann hierfür als Medium genutzt werden. Externe „Fälle des Monats“ sollten nach Prüfung der Relevanz in die Bearbeitung des hausinternen CIRS integriert werden. Mit einem strukturierten Berichtswesen auch für die Krankenhausleitung inklusive Bewertung und Weiterentwicklung des CIRS lässt sich ein funktionierendes CIRS im vollständigen PDCA-Zyklus (Kriterium 3.1.1, Thema 3) gut abbilden.

Für das klinische Risikomanagement sind zudem in besonderer Weise die Aspekte Eigen- und Fremdgefährdung (Kriterium 3.1.2.), medizinisches Notfallmanagement (Kriterium 3.1.3), Organisation der Hygiene (Kriterium 3.1.4), Infektionsmanagement (Kriterium 3.1.5), Arzneimittel (Kriterium 3.1.6), Blutkomponenten und Plasmaderivate (Kriterium 3.1.7) und Medizinprodukte (Kriterium 3.1.8) relevant.

In der Subkategorie *Schutz- und Sicherheitskonzepte* (3.2) wurden die bisherigen fünf Kriterien um die Thematik Ausfall von Systemen (zur Patientenversorgung) erweitert (Kriterium 3.2.6). Hierzu gehören etwa der Ausfall der EDV und deren Subsysteme, der Zentralsterilisation, der Wasserversorgung, von medizinischen Gasen, der Telefonanlage oder der Stromversorgung. Die besondere Risikorelevanz des Brandschutzes (Kriteri-

um 3.2.2) wird im neuen KTQ-Katalog herausgestellt, die Thematik Datenschutz (Kriterium 3.2.3) erfährt inhaltlich und auch haftungsrechtlich eine neue Bewertung.

#### **Kategorie 4: Informations- und Kommunikationswesen**

Zum Ziel einer Sicherheitskultur gehört es, die Behandlungsabläufe zum Schutz der Patienten auch strukturell zu verbessern. Entsprechend der neuen gesetzlichen Informations-, Aufklärungs- und Dokumentationspflicht wird es für das medizinische Behandlungsteam unverzichtbar, die patientenorientierten Tätigkeiten in einem „behandlungszentrierten Prozessablauf“ IT-gestützt abzubilden. Dadurch ist ein reduzierter Dokumentationsaufwand gewährleistet und gleichzeitig ein den gesetzlichen Ansprüchen genügender Dokumentationsgrad.

### **„Vorteilen der elektronischen Speicherung von Behandlungsdaten stehen allerdings auch Gefahren gegenüber, wie zum Beispiel deren Verlust oder der unberechtigte Zugriff.“**

Beispielsweise sind im Rahmen der Sturz- und Dekubitus-Erfassung (abgebildet im Kriterium 3.1.2 Eigen- und Fremdgefährdung) durch eine elektronische Dokumentation regelmäßige stationsbezogene Auswertungen möglich, die neben der Erhebung von Sturzrisiken auch klare Aussagen zum Einsatz von präventiven Maßnahmen und der Folgetherapie möglich machen. Durch zum Beispiel unterjährige Auswertungen mit der Darstellung der Daten im zeitlichen Verlauf und deren Kommunikation in den Stationsleitungsbesprechungen sind Aussagen über längere Zeiträume hinweg möglich, um die Effizienz einer konsequenten Sturzprophylaxe nachvollziehen und bewerten zu können.

Eine papierlose Dokumentation trägt eher zur Vollständigkeit bei, und die Evaluation kann automatisiert und ohne großen Mehraufwand erfolgen. Bei der Erfassung von Risiken zum Dekubitus verhält es sich ähnlich. Hier nimmt die Er-

fassung von bereits vor der Aufnahme vorhandenen Dekubiti einen besonderen Stellenwert ein. Neben dem Einsatz präventiver Maßnahmen bei Erreichen bestimmter Risiko-Scores kann auch der Heilungsverlauf durch die Differenzierung nach Schweregraden nachvollzogen werden.

In der Kategorie *Informations- und Kommunikationswesen* unter 4.1.1 Netzwerkstruktur und Datensysteme werden die Krankenhausinformationssysteme als ein besonders sicherheitsrelevantes Thema beschrieben und klare Regelungen zum externen Datenzugriff erwartet. Dazu gehört auch die Vernetzung der elektronischen Patientendokumentation mit der papiergestützten Dokumentation. Das neue KTQ-Manual fordert in der Kategorie *Informations- und Kommunikationswesen* unter 4.2.1 klare Zuständigkeiten

in der Erfassung, Führung und Dokumentation des Behandlungsverlaufes und der therapeutischen Beratungen.

Die Dokumente zu ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen sowie aller weiteren Mitbehandelnden sind aufzubewahren. Vorteilen der elektronischen Speicherung von Behandlungsdaten stehen allerdings auch Gefahren gegenüber, wie zum Beispiel deren Verlust oder der unberechtigte Zugriff. Bei der Datensicherung gilt es daher, diese Gefährdungen möglichst auszuschließen und die unter Einsatz moderner technischer Datendokumentations- und Archivierungsverfahren gespeicherten Gesundheitsdaten vor Missbrauch besonders zu schützen. Die Archivierung patientenbezogener Daten und revisionssichere Langzeitar Archivierung wird als ein sicherheitsrelevantes Kriterium unter 4.2.2. Verfügbarkeit und Archivierung in der Kategorie *Informations- und Kommunikationswesen* aufgegriffen. ▶



## Kategorie 5: Führung

Die in der KQM-Richtlinie besonders hervorgehobene Stellung der Themen „Verantwortung“ und „Führung“ sind weiterhin in Kategorie 5 mit dem Titel *Unternehmensführung* (bisher „Führung“) im neuen KTQ-Manual abgebildet. Die aktive Mitwirkung der Führungskräfte, insbesondere der Krankenhausleitung, hat auf den Erfolg des Qualitätsmanagements sowie des Risikomanagements einen maßgeblichen Einfluss. Um die in der Kategorie 3 (Kriterium 3.1.1) als Thema benannte *Fehler- und Sicherheitskultur* erfolgreich zu etablieren, sollte diese in die Führungsgrundsätze integriert werden. Hierbei sollte betont werden, dass Führungskräfte Anerkennung und Kritik zeitnah, konkret und in einer angemessenen Weise ansprechen und auch selbst in der Lage sind, Kritik anzunehmen und Fehler einzugestehen.

Um den ebenfalls in der KQM-Richtlinie geforderten PDCA-Zyklus nach Deming (Grundlage der KTQ-Bewertungsmethode) anzuwenden, ist nach einer Zielsetzung

**„Die aktive Mitwirkung der Führungskräfte, insbesondere der Krankenhausleitung, hat auf den Erfolg des Qualitätsmanagements sowie des Risikomanagements einen maßgeblichen Einfluss.“**

mit Kennzahlen eine Umsetzung, etwa durch ein Führungskräfteentwicklungsprogramm, sowie die Evaluation, etwa im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung, und die anschließende Ableitung von Verbesserungen notwendig.

In der KTQ-Kategorie *Unternehmensführung* wird unter 5.2.1 Entwicklung, Vermittlung und Umsetzung der Strategie und Zielplanung die in der KQM-Richtlinie geforderte Verantwortlichkeit der Krankenhausleitung für die Unternehmensziele konkretisiert. Unter Bezugnahme zum Leitbild/zur Unternehmensphilosophie/zur Marke sind konkrete Unternehmensziele abzustimmen und zu kommunizieren. Diese sind auf die Abteilungen anzuwenden und zum Bei-

spiel über jährliche Zielvereinbarungs-/Fördergespräche mitarbeiterbezogen zu vereinbaren.

Dabei sind nicht nur ökonomische Ziele, sondern auch Qualitätsziele zu konkretisieren. Die in der KQM-Richtlinie benannte Verantwortung der Führungsebene geht in der Praxis einher mit einer „Verpflichtung zu einer ethisch, moralisch und humanitären Werteorientierung (Qualitätskultur)“, was in der KTQ-Kategorie *Führung* durch die Kriterien „5.1.1 Philosophie und Leitbild“ und „5.1.3 Ethische, kulturelle und religiöse Verantwortung“ abgebildet wird.

## Kategorie 6: Qualitätsmanagement

Alle in der KQM-Richtlinie definierten Anforderungen an die Ziele, die Ablauf- und Aufbauorganisation sowie an die Ressourcen und die Effektivität eines einrichtungsübergreifenden Qualitätsmanagements sind in der KTQ-Kategorie *Qualitätsmanagement* enthalten und anhand der einzelnen Themen konkretisiert. Hierzu gehören auch die klar geregelten Zuständigkeiten mit geeigneten Res-

ourcen, die mit der Zielplanung für die wesentlichen Aktivitäten des Qualitätsmanagements übereinstimmen. Diese können etwa in der Form eines QM-Jahresplans mit konkreten Zielen für die wesentlichen Aktivitäten nach einer Vorplanung im QM-Team und Rückkoppelung mit den für das QM benannten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor Ort erarbeitet werden.

Die abschließende Planung sollte im Rahmen eines Zielvereinbarungsgesprächs zwischen der QM- und der Krankenhausleitung erfolgen, um dann anschließend in der Betriebsleitung beziehungsweise im QM-Lenkungsgremium und im Betriebs-/Personalrat oder bei der Mitarbeitervertretung vorgestellt zu werden.

Bei den Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen sind die Definition von messbaren Zielen- sowie die Anwendung von validen Fragebögen möglichst unter Berücksichtigung von Benchmarkwerten wesentlich. Sowohl das Befragungskonzept als auch die Befragungsergebnisse und die daraus abgeleiteten Verbesserungen sind an alle Mitarbeiter zu kommunizieren. Auch hier ist die Verknüpfung zur Patientensicherheit ein wichtiger Bestandteil. Besonders sicherheitsrelevante Themen wie die Patientenaufklärung oder die Händedesinfektion können sowohl aus den Ergebnissen von Patienten- und Mitarbeiterbefragungen sowie aus den Erkenntnissen des strukturierten Beschwerdemanagements analysiert und im Rahmen von Aktionsplänen bearbeitet werden.

Beim Umgang mit internen und externen Qualitätsindikatoren (Kriterium 6.4.1), deren Stellenwert auch durch das neu gegründete IQ-TiG weiter steigen wird, ist ein strukturiertes Berichtswesen mit klaren Zielen und Schwellenwerten wichtig. Dies betrifft vor allem den Bezug zur Patientensicherheit, zum Beispiel durch Qualitätsindikatoren zu Hygiene oder zu Komplikationen.

In der Praxis kommt es darauf an, relevante risikoadjustierte Indikatoren zu verwenden, deren Ergebnisse vor Ort in den Teams, gegebenenfalls auch fach- und berufsgruppenübergreifend, analysiert werden, um daraus gezielte Verbesserungen für die Patientenversorgung abzuleiten. Diese sollten wiederum kommuniziert und nachweisbar umgesetzt werden.

## Perspektiven für die Zukunft

Um den vollständigen Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses zu erfüllen, werden derzeit die drei sektorspezifischen QM-Richtlinien (KQM-RL für nach §108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, ÄQM für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren, ÄZQM für die vertragszahnärztliche Versorgung) harmonisiert und um weitere wichtige und aktuelle The-

men ergänzt. Es ist davon auszugehen, dass bei den Beratungen des G-BA zu Qualitäts- und Risikomanagement auch Zertifizierungen und deren Bewertung künftig eine Rolle spielen.

Der G-BA hatte am 21. August 2014 die Gründung einer Stiftung für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen beschlossen und damit die Basis für die Errichtung des entsprechenden Instituts (IQTiG) gelegt.

In der zeitgleich beschlossenen Stiftungssatzung wurde in §7 Abs. 1 Nr. 7 festgelegt, dass das neue Institut sich mit der Aussagekraft von Zertifizierungen folgendermaßen befasst: Es hat „...Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln, die in der ambulanten und stationären Versorgung verbreitet sind, zu entwickeln und anhand dieser Kriterien über die Aussagekraft dieser Zertifikate und Qualitätssiegel in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form zu informieren.“

### Fazit

Es gibt derzeit keine gesetzliche Regelung für Kriterien und Anforderungen, die die Grundlage für eine Zertifizierung von Krankenhäusern bilden und damit eine einheitliche, allgemeingültige Aussage über die Qualität der Einrichtung darstellen.

Mit der verbesserten Außenwirkung nach einer Zertifizierung

geht in der Regel auch eine größere Innenwirkung einher. Einerseits kann eine Zertifizierung denjenigen Leistungserbringern einen Wettbewerbsvorteil bringen, wenn sie über ein funktionierendes QM-System und eine gelebte Sicherheitskultur verfügen; mittels Zertifizierung ist eine Risikominimierung, eine verbesserte Patientenversorgung und eine höhere Ergebnisqualität zu erreichen.

Andererseits zielt sie – als ein aktiver interner Prozess der Reflektion und Selbstkritik – auf eine verstärkte Motivation des Personals sowie der Verbesserung von internen Strukturen und Prozessen ab. Der Stellenwert von Qualitäts- und klinischem Risikomanagement kann also durch den Zertifizierungsprozess deutlich gestützt und gefördert werden.

Die Erfüllung eines vorab definierten Kriterienkataloges bildet die Grundlage jedes Zertifizierungsverfahrens. Im Rahmen des KTQ-Zertifizierungsprozesses bestätigen unabhängige Fachgutachter, dass die der Zertifizierung zugrunde gelegten Kriterien erfüllt sind. Daher ist zu begrüßen, dass das neue IQTiG mit der Entwicklung von Kriterien beauftragt wird, die Grundlagen für eine bessere Vergleichbarkeit zu schaffen – zugunsten einer größeren Transparenz.

Sofern also einheitliche und vergleichbare Vorgaben und Überprü-

fungsverfahren existieren, ist die freiwillige Teilnahme an einem Zertifizierungsprozess weiterhin zu begrüßen. Die Autoren sehen das KTQ-Zertifizierungsverfahren hierfür als besonders geeignet, da es die Anforderungen der KQM-RL konkret und praxisbezogen abbildet, das Thema Patientensicherheit auch mit nutzbaren Vorteilen für die Haftpflichtversicherungsprämie betont, eine differenzierte Stärken-Schwächen-Analyse als Grundlage für die Priorisierung der QM-Aktivitäten beinhaltet und den PDCA-Zyklus konsequent anwendet – das heißt, es geht nicht nur um Konzepte, sondern um deren Umsetzung, Überprüfung und Weiterentwicklung zur Verbesserung der Patientenversorgung. ■

Dr. med. Doris Voit, MBA  
Dr. med. Harald Hollnberger  
Dipl.-Kffr. (FH) Nermin Cabrera Fugardo,  
MBA  
Diplom-Wirtschaftsingenieur  
Carsten Thüsing

Anschrift für die Verfasser:  
Deutsche Krankenhausgesellschaft  
Wegelystraße 3  
10623 Berlin

Das KTQ-Forum ist Ihre Informationsbörse zum Thema „Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“.

- Informieren Sie sich über aktuelle Entwicklungen im QM,
- lernen Sie ausgezeichnete Projekte aus der Praxis kennen,
- kontaktieren Sie unsere Aussteller,
- kommen Sie bei der Abendveranstaltung mit Entscheidungsträgern aus der Branche ins Gespräch.

Unser diesjähriges Schwerpunktthema lautet:

15 Jahre KTQ® – Qualität hat Zukunft!  
Mit einem Vortrag von Dr. med. Christof Veit,  
Leiter des Instituts für Qualitätssicherung  
und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG)

Dazu gibt es ein breites Spektrum an Plenarvorträgen.  
Zudem verleihen wir den KTQ-Award.

Weitere Informationen finden Sie  
unter [www.ktq.de](http://www.ktq.de).

Wir freuen uns auf Sie!

**KTQ®**

Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

**15. KTQ-Forum**

am 16. und 17.10.2015 • im Hotel „andel's“ Berlin