



**Qualitätssicherung durch Ärztekammern
Qualitätsbericht von Bundesärztekammer und Landesärztekammern**

2. Ausgabe 2008/09

**Herausgeber: Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern**

Impressum:

Satz: Plaumann, 47807 Krefeld

Druck und Bindung: Druckerei Zimmermann, 58802 Balve

Copyright © 2009 by

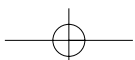
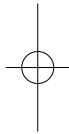
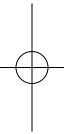
Deutscher Ärzte-Verlag GmbH

Dieselstraße 2, 50859 Köln

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Einleitung	7
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement als Aufgabe der Ärztekammern – 7	
Teil 1: Die Rolle der Bundesärztekammer	9
Gremien und Einrichtungen bei der Bundesärztekammer – 9	
Initiativen der BÄK in anderen Gremien – 13	
Schwerpunkte der Qualitätssicherung durch die BÄK – 17	
Teil 2: Qualitätssicherung auf Landesebene	23
Zusammenfassende Darstellung – 23	
Einzeldarstellungen der Landesärztekammern – 27	
Adressen und Ansprechpartner bei der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern für den Bereich Qualitätssicherung	65
Abkürzungsverzeichnis	67

Mit den in diesem Werk verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.



Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

Versorgungsqualität und Wettbewerb – wie geht das zusammen? Das ist eine der zentralen Fragen, mit denen sich Ärzte und andere Gesundheitsberufe in Krankenhäusern, MVZ und Praxen zunehmend auseinandersetzen müssen. Es reicht heute nicht mehr aus, dass Ärzte dafür Sorge tragen, dass die Qualität der Patientenversorgung auf höchstmöglichem Niveau erbracht und kontinuierlich verbessert wird. Vielmehr kommt es im Zeitalter des sogenannten „Wettbewerbes“ im Gesundheitswesen gerade auch darauf an, dass wir Ärzte auch darlegen können,

- a) wie gut die von uns erbrachte Leistung tatsächlich ist, als auch
- b) mit welchem Engagement wir uns stets dafür eingesetzt haben, dass die Versorgungsqualität für Patienten in Deutschland gewährleistet bleibt.

Nach vielen Jahren eher punktueller Darstellung der ärztlichen Aktivitäten war es an der Zeit, eine Gesamtübersicht zu erstellen. Die erste Auflage des gemeinsamen Qualitätsberichtes der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern ist sehr positiv

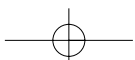
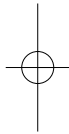
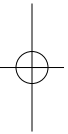
aufgenommen worden und hat zur Fortschreibung des Berichtes mit einigen neuen Schwerpunkten in der Darstellung geführt.

In einem Gesundheitswesen, das sich immer komplexer gestaltet, ist es für alle Beteiligten schwierig, die richtige Information zur richtigen Zeit am richtigen Ort zur Hand zu haben. Mit der vorliegenden zweiten Auflage des Qualitätsberichtes möchten wir für den Bereich der qualitätssichernden Maßnahmen der Ärzteschaft eine aktualisierte Handreichung zur Verfügung stellen, die einen Einblick in die Vielfalt der ärztlichen Aktivitäten zu geben vermag.

Weit über die Regelungen gemäß Sozialrecht hinaus sind die Ärztekammern dank eines großen Engagements aller Ärztinnen und Ärzte tätig, um zum Nutzen des Patienten und zu seinem Schutz eine Versorgung zu sichern, die im internationalen Vergleich eine Spitzenposition einnimmt.

Wir wünschen dem Bericht wieder viele Leser und erhoffen uns die Fortsetzung des konstruktiven Dialogs mit der interessierten Öffentlichkeit.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. J.-D. Hoppe
Dr. Günther Jonitz



Einleitung

Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement als Aufgabe der Ärztekammern

Ärztliches Handeln war und ist geprägt von der Verantwortung für die Qualität der eigenen Leistungen. Die verfasste deutsche Ärzteschaft fühlt sich diesem Prinzip mehr denn je verpflichtet. Angesichts des Paradigmenwechsels im Gesundheitswesen hin zu einem qualitätsorientierten Wettbewerb halten wir es für nötig, einer breiten Öffentlichkeit die Leitgedanken unseres ärztlichen Handelns transparent zu machen. Das geschieht mit der **Agenda „Gute Medizin heute und morgen** – Wie muss sich ärztliches Handeln im 21. Jahrhundert entwickeln, um die gesellschafts- und gesundheitspolitischen Anforderungen aufzunehmen? (Qualitätsziele 2010 der deutschen Ärzteschaft)“.

Die Medizin befindet sich in einem krisenhaften Wandel der demographischen, wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen. Im Alltag wird die **wachsende Diskrepanz zwischen medizinisch Möglichem, Nötigem oder Wünschenswertem und sozial Finanzierbarem** in Deutschland immer stärker spürbar. Das hat zu einer signifikanten Veränderung der Handlungsmöglichkeiten und Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe geführt, insbesondere auch der Ärztinnen und Ärzte. Dieser Prozess wird sich auch künftig fortsetzen.

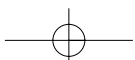
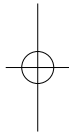
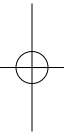
Vor diesem Hintergrund hat die Ärzteschaft folgende **Ziele** für die qualitätsorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens:

- ▲ **Bessere Transparenz** der Verfügbarkeit und der Qualität medizinischer Leistungen
- ▲ **Förderung hoher medizinischer Qualität** – insbesondere auch über die Grenzen der ambulanten, stationären und rehabilitativen Versorgung hinweg
- ▲ **Förderung kontinuierlicher Verbesserungsmaßnahmen** einschließlich qualitätsorientierter Anreizsysteme anstelle von Sanktionen

Ärztinnen und Ärzte sind sich des Vertrauens des einzelnen Patienten und der Gesellschaft bewusst. Sie verstehen dies als Auftrag für eine gute Medizin heute und morgen. Die Selbstverwaltung der Ärzte in den Kammern setzt ihn als Selbstverpflichtung zur Qualitätssicherung um. Die Landesärztekammern sind – auch durch die Heilberufsgesetze der Länder – verpflichtet, für organisatorische Maßnahmen zur Qualitätssicherung Sorge zu tragen.

Neben dieser Ordnungsfunktion übernehmen die Landesärztekammern mit der Entwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zugleich Dienstleistungsaufgaben für ihre Mitglieder. Die Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammern verstehen sich dabei weniger als Kontrollinstrument denn als Förderung der Qualität durch Schaffung von Transparenz, Unterstützung von interkollegialem Austausch und positive Verstärkung von Lernbereitschaft. Auf Bundesebene bestehen verschiedene Qualitätssicherungsgremien. Sie arbeiten zum Teil als zentrale Plattformen der Landesärztekammern, zum Teil als Ausschüsse oder Einrichtungen der Bundesärztekammer und zum Teil in anderen Institutionen unter Mitwirkung der Bundesärztekammer.

Der jetzt in zweiter Auflage vorliegende Bericht über die Qualitätssicherungsaktivitäten von Bundesärztekammer und Landesärztekammern gliedert sich in zwei Teile. Er zeigt zum einen die **Aktivitäten zur Qualitätssicherung auf Bundesebene**. Der zweite Block präsentiert die **Aktivitäten in den einzelnen Ländern**. Dazu hat die Bundesärztekammer auch für diese zweite Auflage des Qualitätsberichts wieder eine Erhebung bei den Landesärztekammern durchgeführt.



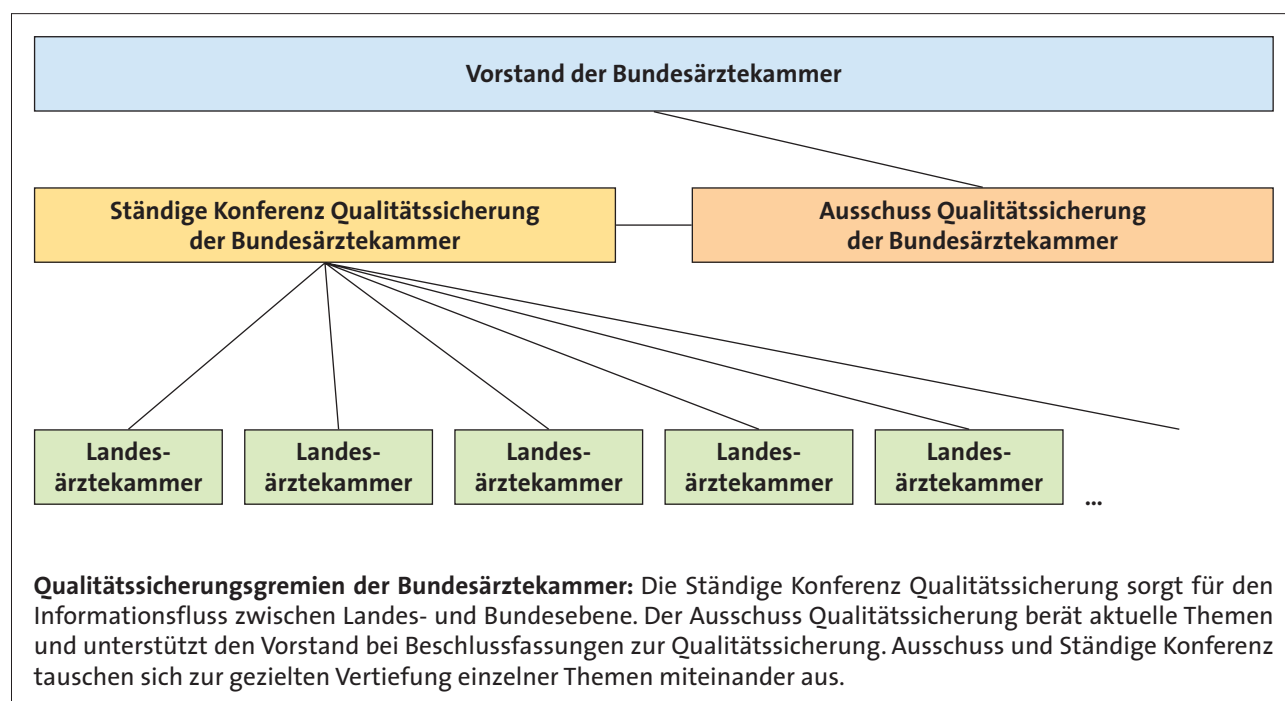
Teil 1: Die Rolle der Bundesärztekammer

Mit mehreren Befassungen auf den Deutschen Ärztetagen hat die deutsche Ärzteschaft klare Vorgaben zur qualitätsorientierten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens gemacht. Die Bundesärztekammer übernimmt dabei die **Rolle des unabhängigen Sachwalters der Interessen einer qualitativ hochwertigen Behandlung und humanen Betreuung kranker Menschen**. Als untergesetzlich normgebende Instanz definiert die Bundesärztekammer Grundregeln und wird substitutiv durch eigene oder gemeinsame Projekte aktiv. Die **Sachkompetenz der Bundesärztekammer** mit Blick auf eine unabhängige Qualitätssicherung gilt dabei als so solide, dass auch der Gesetzgeber der BÄK immer mehr Aufgaben übertragen hat. Dazu zählen zum Beispiel die bei der Geschäftsführung der BÄK angesiedelten Gebiete der Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin, in der Transplantationsmedizin, im Labor und im Röntgen und Strahlenschutz. Ein Ausschuss Qualitätssicherung und eine ständige Konferenz Qualitätssicherung ge-

hören ebenfalls zu den Gremien, die bei der BÄK direkt angesiedelt sind. Dabei fungiert sie als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern auch als Schnittstelle zwischen Bundes- und Landesebene und zu den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbänden.

Die BÄK ist zudem eingebunden in die **Entwicklung von Qualitätssicherungs-Regelungen** unterschiedlicher, die medizinische Versorgung oder die ärztliche Berufsausübung betreffender Gesetze auf Bundesebene. Dazu arbeitet sie **in zahlreichen Gremien und Institutionen** auch über die Selbstverwaltungsebene des Gesundheitswesens hinaus mit. Beispiele sind das Deutsche Institut für Normung (DIN), die Deutsche Diagnostika Gruppe (DDG) und die Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten. Darüber hinaus verfolgt sie einige besondere Projekte, die beispielhaft dargestellt werden.

Gremien und Einrichtungen bei der Bundesärztekammer



Ausschuss Qualitätssicherung

Der Ausschuss Qualitätssicherung ist ein **zentrales Steuerungsgremium**. Er berät aktuelle und strategische Themen der Qualitätssicherung. So bereitet er die Positionierung der Bundesärztekammer bei Angelegenheiten der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) oder der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ®) vor und unterstützt den Vorstand der Bundesärztekammer bei Beschlussfassungen. Durch inhaltliche Rückkopplungen mit der Ständigen Konferenz Qualitätssicherung werden einzelne Themen gegebenenfalls einer breiteren Diskussion mit Vertretern der Landesebene zugeführt.

Zu den wichtigsten Themen, die der Ausschuss im Berichtszeitraum besprochen hat, zählt ohne Zweifel die **Weiterentwicklung der externen vergleichenden Qualitätssicherung unter der sektorenübergreifenden Perspektive** als Folge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes. Im Zentrum der Besprechungen stand in diesem Zusammenhang die Rolle der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) als derzeit maßgebliche Institution für den stationären Sektor. In enger Abstimmung mit der Ständigen Konferenz Qualitätssicherung analysierte der Ausschuss Qualitätssicherung die strategischen Möglichkeiten, die in vielen Jahren unter Begleitung der Ärzteschaft aufgebaute Kompetenz der BQS zusammen mit etablierten Strukturen auf Länderebene zu bewahren und im Sinne der gesetzlichen Aufgabenerweiterung weiter zu entwickeln. Auf die notwendige Erweiterung der Qualitätssicherung über die Sektorengrenzen hinweg hatte die Bundesärztekammer wiederholt hingewiesen. Dabei regte sie auch an, dass die für Qualitätssicherung in Krankenhäusern zuständigen Landesgeschäftsstellen und Lenkungsorgane sich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen als für die vertragsärztliche Qualitätssicherung zuständigen Einrichtungen abstimmen sollen. Die konkrete Realisierung dieser Empfehlung ist auf der Landesebene umzusetzen. Für die Bundesebene hatte sich der Ausschuss Qualitätssicherung bereits frühzeitig dafür ausgesprochen, der KBV eine Mitgesellschafterrolle bei der BQS vorzuschlagen. Diese Option wurde von der KBV positiv aufgenommen, steht aber unter dem Vorbehalt des Ausgangs des Ausschreibungsverfahrens für das Institut nach § 137a SGB V.

Ein zweites Thema von zentraler Bedeutung in den Beratungen des Ausschusses war die **Diskussion um einen qualitätsorientierten Wettbewerbsrah-**

men im Gesundheitswesen und die künftige Rolle der Ärzteschaft. Die stärkere Marktorientierung zeigt sich im ambulanten Sektor vor allem in Form **neuer Vertragsformen** unter Aufhebung bisheriger Kontrahierungszwänge. Im stationären Bereich hat die Einführung des **DRG-Preissystems** mit Verweildauerverkürzungen und Bettenabbau für einschneidende Veränderungen gesorgt. Ein weitergehender Preiswettbewerb ist hier durch den Kontrahierungszwang für die Krankenkassen bislang ausgeschlossen. Krankenkassen und BMG haben aber bereits zu erkennen gegeben, dass für elektive Leistungen über eine Aufhebung dieses Kontrahierungszwangs nachgedacht wird. **Aus Sicht der Qualitätssicherung erfordert die politisch gewollte wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens effektive Instrumente, um ökonomischen Fehlanreizen gegenzusteuern.** Der Ausschuss Qualitätssicherung diskutierte daher die **Möglichkeiten und Grenzen künftiger Zulassungskriterien** für die Leistungserbringer, die ein Mindestmaß an Versorgungsqualität und Patientensicherheit gewährleisten sollen. Gefragt wurde auch nach der **Bedeutung der neuen Vielfalt von Informationsangeboten wie Qualitätsberichten und Krankenhausführern als Entscheidungsgrundlage für Patienten** bei der Wahl des Behandlungsortes und für Kostenträger bei der Suche nach Vertragspartnern. Thema waren zudem mögliche monetäre Anreizstrukturen, mit denen nach dem Vorbild vornehmlich US-amerikanischer **Pay-for-Performance-Konzepte** die Erfüllung von Qualitätsvorgaben belohnt und ein Unterschreiten von Mindeststandards mit Abschlägen bestraft werden sollen. Der Ausschuss Qualitätssicherung stellte zu den teilweise wenig reflektierten, teilweise aus politischem Kalkül bewusst vereinfacht dargestellten Maßnahmen und vermeintlichen Vorzügen eines sogenannten Qualitätswettbewerbs noch **erheblichen Entwicklungsbedarf** fest. Nur wenn die Instrumente, Methoden und Standards für einen solchen Qualitätswettbewerb patientenorientiert, frei von wirtschaftlichen Interessen und unter adäquater Einbeziehung der Expertise der im Gesundheitswesen tätigen Professionen entwickelt werden, kann ein fairer Wettbewerb zustande kommen.

Ständige Konferenz Qualitätssicherung

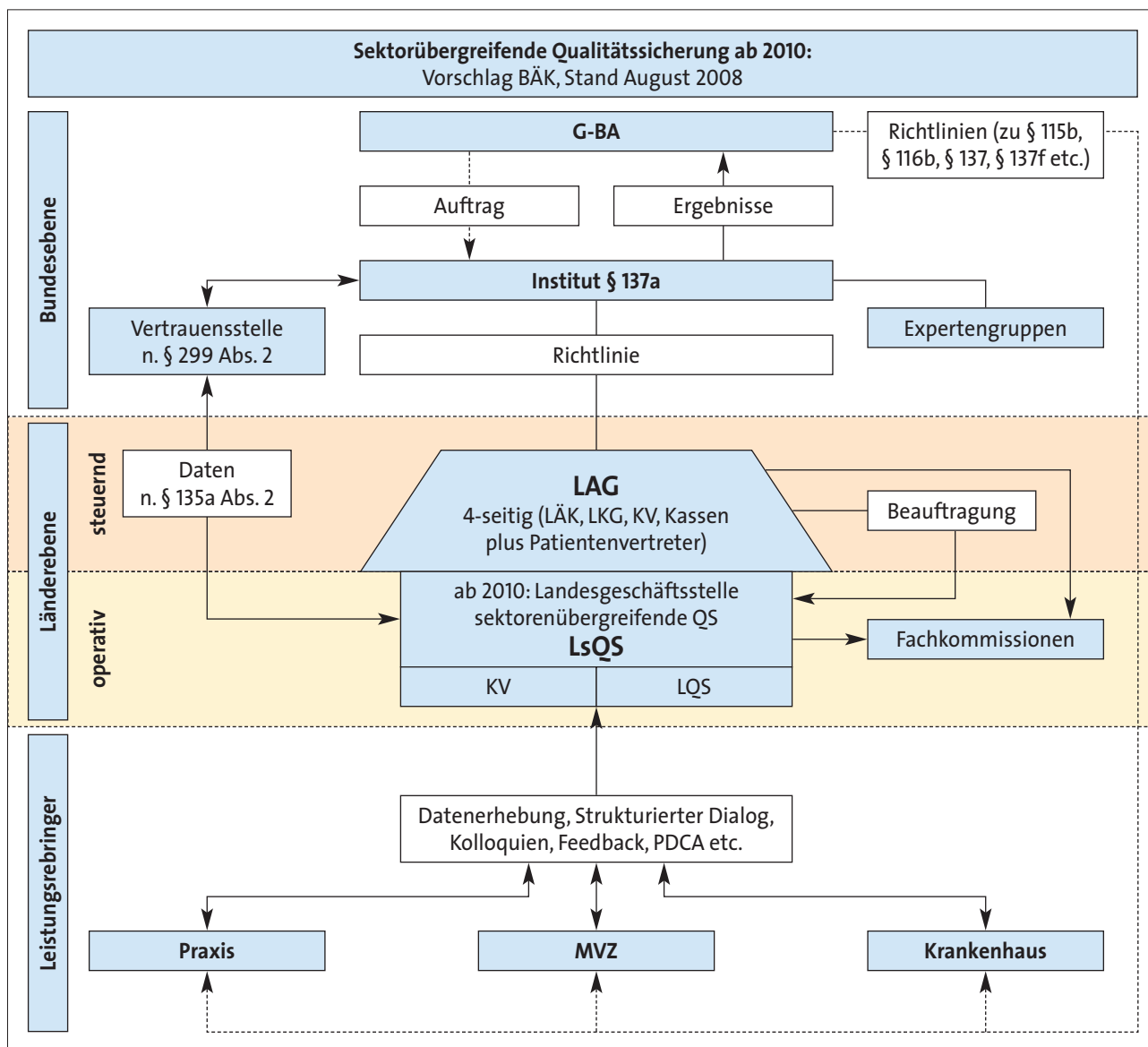
Die Ständige Konferenz Qualitätssicherung bei der Bundesärztekammer **koordiniert die Aktivitäten**

der Landesärztekammern und den ständigen Informationsfluss zwischen Landes- und Bundesebene. Ein Schwerpunkt war die Diskussion über den Entwurf eines „Qualitätsprogramms der deutschen Ärzteschaft“. Im Kontext des im Jahr 2007 vorgestellten „Kammerübergreifenden Qualitätsberichts“ war deutlich geworden, dass noch einige Leitsätze zu Grundlagen und Zielsetzung in der Qualitätssicherungsarbeit von Bundesärztekammer und Landesärztekammern formuliert werden müssen. Erste Konturen dieses „Qualitätsprogramms der deutschen Ärzteschaft“ hat die Ständige Konferenz schon in der Dezembersitzung 2007 beschlossen. Vorgesehen ist, dass Bundesärztekammer und Landesärztekammern auf dieser Basis ihre Aktivitäten zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement weiterentwickeln und sie stärker als bisher in der Öffentlichkeit präsentieren. Dabei müssten nach Auffassung der Ständigen Konferenz sowohl die Ärzte selbst sich noch intensi-

ver mit Qualitätssicherungsarbeit identifizieren als auch die breite Öffentlichkeit besser erreicht werden.

Wie schon im Ausschuss war ein weiterer Beratungsgegenstand der Ständigen Konferenz die **sektorenübergreifende Qualitätssicherung**. Hier sprach sich die Ständige Konferenz dafür aus, die im stationären Bereich bewährten Verfahren und Strukturen der externen vergleichenden Qualitätssicherung durch die BQS und die Landesgeschäftsstellen zu nutzen. Diese Strukturen sind nach Auffassung der Ständigen Konferenz um eine Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beziehungsweise den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder zu erweitern. Einen entsprechenden **Strukturvorschlag** hat die Ständige Konferenz in der Frühjahrsitzung 2008 verabschiedet (siehe Graphik).

Ein weiteres Thema der Ständigen Konferenz war die **Zertifizierung** von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Die Mitglieder bevorzugen nach wie vor



das **Prinzip der Freiwilligkeit** für die komplette Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen. Die gegenwärtige Marktführerposition des Zertifizierungsverfahrens KTQ® im Bereich der deutschen Krankenhäuser ist begrüßt worden. Die Ständige Konferenz „Qualitätssicherung“ betrachtet es allerdings mit Sorge, dass **zunehmend sektorale Zertifizierungen von Zentren** um sich greifen und dabei weder die Kriterien eines Zentrums noch die der Zertifizierung immer ganz klar sind. Es wurde eindeutig festgehalten, dass **Zertifizierungen nach einer einheitlichen Grundkonzeption** erfolgen sollten und insbesondere Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht immer wieder den kompletten Zyklus in einem Audit durchlaufen müssen, wenn Qualitätsdarlegungen im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens von verschiedenen Seiten verlangt werden. Begrüßt hat die Ständige Konferenz, dass KTQ® das Konzept verfolgt, den Nachweis über ein funktionierendes Qualitätsmanagementsystem bei anderen Zertifizierungsverfahren anzuerkennen und dann nur noch Spezifika bei den Zertifizierungen von Zentrumseigenschaften abzufragen.

Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin

Im Mai 2007 hat die BÄK die **fünfte Informationsveranstaltung zur Überwachung des Qualitätssicherungssystems im Bereich der Hämotherapie** seit Einführung dieser Aufgabe der Landesärztekammern in die Hämotherapierichtlinie im Jahr 2000 durchgeführt. Dort haben die Vertreter der Landesärztekammern über ihre Erfahrungen bei der Umsetzung der Qualitätssicherungsanforderungen der Hämotherapierichtlinie und deren Überwachung berichtet. Eine **gewisse Routine in der Überwachung** hat sich demnach insoweit ergeben, als alle transfundierenden Einrichtungen die von ihnen verlangten Dokumente bei den Landesärztekammern einreichen. Der **Dialog zwischen Landesärztekammern und Einrichtungen** wird den Berichten zufolge sukzessive konstruktiver. Die Einrichtungen geben ihre ursprünglich ablehnende Haltung, die auf dem Vorwurf von zuviel Bürokratie beruhe, zunehmend zugunsten eines Austausches auf fachlicher Ebene auf. Viele Landesärztekammern arbeiten mittlerweile mit einem internetbasierten Erhebungsinstrument, das die meisten Anwender gern annehmen.

Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen

Seit 1. April 2008 ist die **neue „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ in Kraft**. Sie wurde von der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen der BÄK in mehrjährigen Beratungen erarbeitet. Die Richtlinie gliedert sich in zwei Teile. Teil A enthält grundlegende Anforderungen an ein Qualitätsmanagement. Sie beziehen sich auf internationale Normen und sind mit den nationalen Anforderungen abgeglichen, so dass keine Widersprüche in der Erfüllung der verschiedenen gesetzlichen Anforderungen entstehen. Teil B soll differenzierte Anforderungen an die spezifischen Bereiche der Labordiagnostik enthalten. Dies beginnt mit Teil B 1 „Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“. Anschließend werden sich weitere Bereiche, die nach und nach von Arbeitsgruppen entwickelt werden. **Damit sollen bisher nebeneinander stehende Richtlinien zur Qualitätssicherung in der klinischen Chemie, der Mikrobiologie und der Immunhämatologie zusammengefasst werden**. Zugleich ist geplant, dass Bereiche erfasst werden, für die Regelungen der Bundesärztekammer bislang fehlen, zum Beispiel die Qualitätssicherung bei qualitativen Untersuchungen und bei Untersuchungen von Krankheitserregern. In einer **Übergangszeit von zwei Jahren** kann die Qualitätssicherung noch nach der bisherigen „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ durchgeführt werden. Dann müssen die Voraussetzungen für das in Teil A beschriebene Qualitätsmanagement geschaffen sein.

Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung

Im November 2007 hat der Vorstand der Bundesärztekammer die **Neufassung der beiden Leitlinien zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik und in der Computertomographie** beschlossen. Mit diesen Leitlinien werden gemäß Röntgenverordnung die Erfordernisse der medizinischen Wissenschaft für die Anwendung von Röntgenstrahlen am Menschen konkretisiert. Zwei Arbeitsgruppen mit Vertretern aller betroffenen Fachgesellschaften, des Industrieverbandes, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und

der Ärztlichen Stellen nach Röntgenverordnung haben die Neufassung seit 2004 erarbeitet. Wesentliches Moment für die Leitlinien ist auch weiterhin die **Festlegung der diagnostischen Bildqualität** aus medizinisch-ärztlicher Sicht. Daraus ergeben sich dann **grundlegende Anforderungen an technische Parameter**. Als Grundlage dienten die europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik, in der pädiatrischen Röntgendiagnostik, in der Computertomographie und in der Mammografie. Die Arbeitsgruppen haben zudem die einschlägigen internationalen und nationalen Normen herangezogen. Die Texte sind auf der Homepage der Bundesärztekammer veröffentlicht.

Zentraler Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen Röntgen

Mindestens einmal pro Jahr treffen sich die Ärztlichen Stellen Röntgen zum sogenannten zentralen Erfahrungsaustausch. Das ist in § 83 der Strahlenschutzverordnung und 17a der Röntgenverordnung geregelt. Dabei werden auch **Grundlagen für eine weitestgehend einheitliche Anwendung der Strahlenschutz- und der Röntgenverordnung auf Länderebene** geschaffen. Zuletzt hat der Zentrale Erfahrungsaustausch **einheitliche Kriterien für die Beurteilung der Qualität der Einrichtungen** erarbeitet. Ein vierstufiges Raster fand dazu die Zustimmung aller Beteiligten:

- ▲ Ohne Mängel
- ▲ Geringe Mängel mit Empfehlungen zur Optimierung
- ▲ Mängel mit Auflagen für den Weiterbetrieb. Die Einhaltung wird nach kurzer Zeit überprüft.
- ▲ Schwere Mängel mit dem Hinweis, dass die Anlage ohne die Erfüllung der mitgeteilten Auflagen nicht weiter betrieben werden darf. Bei Weiterbestehen der Mängel erfolgt in der Regel eine Meldung an die Genehmigungsbehörde, die den Betrieb der Anlage unterbinden kann.

Die Einrichtung von Ärztlichen Stellen bei den Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen hat sich bereits bewährt. Das zeigen die Fälle, in denen nach der Bewertung der Ärztlichen Stellen Betreibern von Anlagen die Erlaubnis wegen fortgesetzter Verstöße entzogen wurde. Das dient dem Patientenschutz und ist ein Beweis für das Funktionieren der Selbstverwaltung.

Initiativen der BÄK in anderen Gremien

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Die Bundesärztekammer kann auf zwei Weisen gestaltend in Richtlinienbeschlüsse des G-BA eingreifen. Neben der **unmittelbaren Beteiligung in Unterausschüssen und Arbeitsgruppen** des G-BA geschieht das durch die **Abgabe schriftlicher Stellungnahmen** zu Beschlussentwürfen des G-BA. Bis Mitte 2008 war die Bundesärztekammer an den Beschlüssen des G-BA zu allen Themen der Qualitätssicherung bei nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern beteiligt, wenn auch mit lediglich beratendem Charakter ohne Stimmberechtigung. Die Beratungsthemen des Unterausschusses „Externe stationäre Qualitätssicherung“ waren auf die Aufgaben der BQS fokussiert. Die BQS war vom Unterausschuss „Externe stationäre Qualitätssicherung“ beauftragt worden, Indikatoren zu identifizieren, die zur Information von Patienten und Versicherten geeignet sind. Diese Analyse sollte dem G-BA die Entscheidung ermöglichen, ob und wie Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach § 137 SGB V verpflichtend und einheitlich dargestellt werden können. Die Bundesärztekammer hat die Weiterentwicklung einer öffentlichkeits-tauglichen Qualitätsberichterstattung frühzeitig unterstützt. Mittlerweile werden **erste Erfahrungen mit den Qualitätsberichten der Krankenhäuser** und den darin dargestellten Ergebnissen ausgewertet. Die eigentliche Gestaltung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser ist dabei Sache des Unterausschusses „Sonstige stationäre Qualitätssicherung“.

Mit der **Neustrukturierung des G-BA** zum 1. Juli 2008 ist es zu einer Einschränkung der Beteiligungsfunktion der Bundesärztekammer gekommen. Die BÄK wirkt jetzt nur noch bei **Fragen der ärztlichen Fortbildung, Mindestmengen planbarer Leistungen, Zweitmeinungen vor Eingriffen und der Gestaltung der Qualitätsberichte** mit. Nicht beteiligt ist sie an den Beschlussvorbereitungen zu der künftig sektorenübergreifend auszurichtenden Qualitätssicherung nach § 135a und § 137 (neu) SGB V. Sie hat sich trotzdem intensiv gemeinsam mit den Landesärztekammern mit der **sektorenübergreifenden Qualitätssicherung** befasst und eigene Vorschläge für die Strukturen erarbeitet. Als Gesellschafterin der BQS, deren bisheriges Augenmerk auf dem stationären Sektor lag, hat sich die BÄK für eine Wahrnehmung des § 137a-Auftrags durch die BQS ausgespro-

chen und gleichzeitig in Abstimmung mit der Kasenärztlichen Bundesvereinigung die Kooperation des vertragsärztlichen und des stationären Sektors vorbereitet. Bei Beschlüssen des G-BA, deren Gegenstand die Berufsausübung der Ärzte berührt, hat die BÄK jedoch Gelegenheit zur Stellungnahme. Sie erhält dazu die beschlussreifen Richtlinien-Entwürfe des Ausschusses. Die reguläre Frist von vier Wochen ist angesichts der Themenvielfalt und der zunehmenden Stellungnahmeaufforderungen eher knapp. Grundsätzlich prüft die BÄK die Entwürfe auf folgende Kriterien:

- ▲ Kompatibilität der G-BA-Richtlinien mit ärztlichem Behandlungsauftrag/Berufsrecht
- ▲ Auswirkungen auf Versorgungsqualität und Patientensicherheit
- ▲ Transparenz über Entscheidungsgrundlagen/-findung
- ▲ Qualität der Gesamtbewertung im Versorgungskontext
- ▲ Beitrag zur Entbürokratisierung (Datensparsamkeit, Vermeidung von Doppelregelungen/Parallelstrukturen)

Die Zahl der Stellungnahmen der BÄK hat sich von 2006 auf 2007 fast verdreifacht. 2006 gab die BÄK 13 Stellungnahmen ab. 2007 waren es 37. Die Stellungnahmen können nach Aufhebung der Vertraulichkeit auf der Homepage der BÄK nachgelesen werden.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)

Die BÄK ist in den Gremien des IQWiG auf vielfältige Weise vertreten. Als Trägerverband ist sie im Stiftungsrat des IQWiG durch ihren Hauptgeschäftsführer Professor Christoph Fuchs vertreten. Im beratenden Kuratorium des IQWiG wird die BÄK als Organisation des Gesundheits- und Sozialwesens durch die stellvertretende Hauptgeschäftsführerin Dr. Regina Klakow-Franck, repräsentiert. Die Mitglieder des Kuratoriums können vor einer Veröffentlichung von wissenschaftlichen Empfehlungen durch das IQWiG Stellungnahmen abgeben.

Die Vielzahl der Berichtsformen und der Ressorts des IQWiG bringt eine schwer überschaubare Vielfalt an Publikationen hervor. Deshalb hat die BÄK eine **Online-Datenbank** in Dezernat 3 eingerichtet, in der die aktuellen Projekte des IQWiG in übersichtlicher

Form abgelegt und die dahinterliegenden Berichte durch Datei-Verknüpfungen jederzeit abrufbar sind. So wird der **Bedarf nach Stellungnahmen** frühzeitig erkannt. Andere Dezernate oder Einrichtungen wie die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) oder das Ärztliche Zentrum für Qualität (ÄZQ) können rechtzeitig informiert werden.

Mit Blick auf die **Kosten-Nutzenbewertung von Arzneimitteln** bestätigt die BÄK im Grundsatz den Handlungsbedarf zur Entwicklung von Instrumenten, die zu einer stärkeren Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung beitragen sollen. Allerdings ließ der zuletzt im Dezember 2006 begutachtete **Methodenreport des IQWiG** Zweifel an der gesundheitsökonomischen Expertise des IQWiG aufkommen. Die dortigen Vorfestlegungen könnten unter anderem dazu führen, dass der gesundheitsökonomische Wert medizinischer Maßnahmen unterschätzt wird. **Insgesamt könnte ein Hemmnis für die Implementierung innovativer Arzneimittel resultieren.** Ob die punktuellen Kosten-Nutzenbewertungen neuer Arzneimittel durch das IQWiG tatsächlich zu einer wirksamen Steuerung der Arzneimittelausgaben beitragen werden, ist aus Sicht der BÄK fraglich. Die ausführlichen Stellungnahmen der Bundesärztekammer zur Methodik des IQWiG sind auf der Homepage der BÄK nachzulesen.



Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)

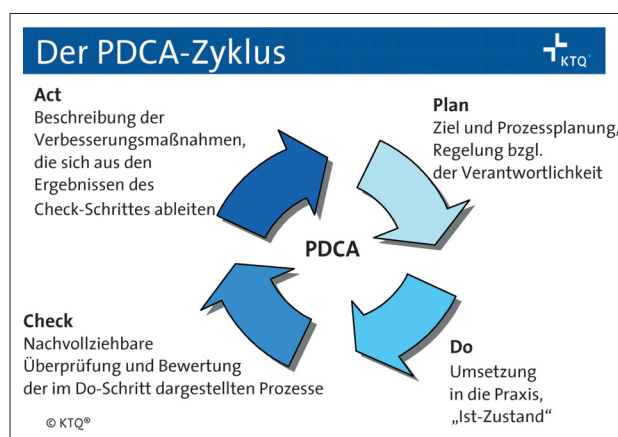
Das ÄZQ versteht sich insbesondere als **Kompetenzzentrum für medizinische Leitlinien und Patienteninformationen**. Das ÄZQ ist schwerpunktmäßig damit befasst, das **Programm für Nationale Versorgungsleitlinien** operativ durchzuführen und zu koordinieren (zum Thema NVL siehe Abschnitt NVL). Zudem arbeitet es an der Initiierung und Weiterentwicklung der evidenzbasierten Medizin, beurteilt Methoden und Instrumente der Qualitätsförderung und fördert die Transparenz in der Medizin zum Beispiel mit Hilfe von Leitlinien, Qualitätsindikatoren und Patienteninformationen. Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt ist die **Fortentwicklung im Bereich Patientensicherheit/Fehler** in der Medizin. Unter organisatorischer Leitung des ÄZQ wurde im Dezember 2008 auf Initiative des Aktionsbündnisses Patientensicherheit eine strukturierte Zusammenarbeit der Fehler-

melde- und -lernsystembetreiber ‚CIRSNet‘ gegründet (siehe Abschnitt „Patientensicherheit“). Seit 2000 unterhält das ÄZQ einen **unabhängigen Patientensicherheitsdienst** gemeinsam mit dem Patientenforum bei der Bundesärztekammer. Auch der Themenbereich Qualitätsmanagement wird über das Internetangebot Q-M-A des ÄZQ bedient. Das ÄZQ ist eine **gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung**. Es unterstützt beide Institutionen bei ihren Aufgaben in der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung. Einzelheiten zu den Aktivitäten des ÄZQ sind im Internet unter www.azq.de zu finden.



Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTKQ®)

Die BÄK ist Gesellschafter der KTKQ-GmbH, wie auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutsche Pflegerat, die Spitzenverbände der Krankenkassen und seit Herbst 2004 der Hartmannbund. Bis Ende 2008 sind insgesamt **642 Krankenhäuser nach KTKQ® erstzertifiziert und 260 Krankenhäuser rezertifiziert**. Damit hat sie die Marktführerposition im Krankenhausbereich in Deutschland inne. Seit 2004 steht auch ein Zertifizierungsverfahren für den ambulanten Bereich (Arzt-, Zahnarzt- und Psychotherapeutenpraxis) zur Verfügung. **Bis zur Jahresende 2008 sind ferner 38 Praxen und MVZ nach KTKQ® zertifiziert worden**. 2005 wurde speziell für Praxen und Institute der Pathologie und Zytologie ein angepasster Katalog entwickelt. Mit spezifischen Zertifizierungsverfahren für den Bereich Rehabilitation (2005) sowie für ambulante Pflegeeinrichtungen, Hospize und alternative Wohnformen (2006) umfasst das KTKQ-Zertifizierungsverfahren nun das gesamte Spektrum der gesundheitlichen Versorgung von Patienten. **20 Rehabilitationskliniken und neun Pflegeeinrichtungen und Alternative Wohnformen haben das KTKQ-Zertifizierungsverfahren bis 31. Juli 2008 erfolgreich durchlaufen**. Als freiwilliges Verfahren zielt es auf die Implementierung eines internen Qualitätsmanagements und die stetige Verbesserung von Behandlungsprozessen.



Die Bewertung nach dem KTKQ-Zertifizierungsverfahren erfolgt in allen Versorgungsbereichen nach der einheitlichen Systematik des PDCA-Zyklus. In der ersten Phase wird der Stand der Einführung von Qualitätsmanagement in einer Selbstbewertung beurteilt. In der zweiten Phase nehmen externe, von der KTKQ® akkreditierte Visitoren eine Fremdbewertung vor. Zu Grunde gelegt werden in beiden Phasen die Kategorien Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit, Informationswesen, Führung und Qualitätsmanagement. Für den Erhalt des KTKQ-Zertifikates muss ein **KTKQ-Qualitätsbericht** erstellt werden. Er untergliedert sich in Strukturdaten und Kriterienbeschreibung. Um vermeidbare Doppeldokumentationen auszuschließen hat die KTKQ® im Jahr 2007 die Anforderungen an den Qualitätsbericht dahingehend verändert, dass für den Krankenhausbereich der Abschnitt zu den Strukturdaten durch die Einreichung des strukturierten Qualitätsberichtes gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V ersetzt werden kann.

Das übergeordnete Ziel der Arbeit des Gesellschafterausschusses im Jahr 2008 war es, die Vorteile transparent zu machen, die sich für Einrichtungen ergeben, die nach einem Verfahren zertifiziert sind, das sektorenübergreifende Standards setzt. Vor dem Hintergrund der Flexibilisierung von Organisationsformen wird als weiteres wichtiges Thema die Frage der Zertifizierung von Zentren betrachtet. Der derzeit beobachtete „Zertifizierungswildwuchs“ wird kritisch diskutiert. **Eine systematische Auseinandersetzung zur Zukunft der Zertifizierung im Gesundheitswesen ist gefordert**.



Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)

Die BÄK ist neben der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung des PKV-Verbandes und dem Deutschen Pflegerat Gründungsgesellschafter der BQS. Die in Düsseldorf ansässige BQS ist zuständig für die Umsetzung des Verfahrens der externen vergleichenden Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V für Krankenhäuser in Deutschland. Seit 2004 ist als Folge des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) der Gemeinsame Bundesausschuss neuer Auftraggeber der BQS.

Die Gesundheitsreform fordert mit dem neuen § 137a SGB V, dass der G-BA eine „fachlich unabhängige“ Institution mit der Entwicklung sektorenübergreifender Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität und anschließender Beteiligung an der Durchführung einer einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragt. Aus Sicht der Bundesärztekammer stellt die BQS die prädestinierte Institution zur Entwicklung und Umsetzung der **sektorenübergreifenden Qualitätssicherung** dar. Von entscheidender Bedeutung für den Erhalt des funktionierenden Systems der externen vergleichenden Qualitätssicherung wird auch der **Erhalt der auf Landesebene in den zurückliegenden Jahren aufgebauten Strukturen** sein. Den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, die unter Leitung der je nach Bundesland unterschiedlich besetzten Lenkungsgremien (darunter Landesärztekammern) stehen, ist es gelungen, eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den lokalen Krankenhäusern zu etablieren.

Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)

Unter Beteiligung der Ärzteschaft hat sich im Jahr 2005 ein deutschlandweites Bündnis „Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.“ (APS) etabliert (<http://www.aktionsbuenndnis-patientensicherheit.de>), das **zwischenzeitlich über 200 Mitglieder** aus den Bereichen ärztliche Selbstverwaltung, medizinische Fachgesellschaften, Gesundheitsfachberufe, Patientenvertreter und andere vereinigt. Die Bundesärztekammer wirkt beim APS durch die persönlichen Mitglied-

schaften von Dr. Günther Jonitz, Vorsitzender der Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer und Dr. Regina Klakow-Franck, stellvertretende Hauptgeschäftsführerin der Bundesärztekammer mit. Darüber hinaus ist seit 2007 das ÄZQ als Institution APS-Mitglied.

Das APS will den Austausch zwischen den Beteiligten im Gesundheitswesen fördern und konkrete Lösungsvorschläge für Patientensicherheitsprobleme erarbeiten. Verschiedene Arbeitsgruppen veröffentlichen ihre Ergebnisse als **praxisorientierte Handlungsempfehlungen** für alle Interessierten. Die Bundesärztekammer beteiligt sich aktiv in den Arbeitsgruppen CIRS und Behandlungsfehlerregister. Zentrales Arbeitsfeld in den beiden Arbeitsgruppen ist es, einen „Kerndatensatz“ zu definieren, der es erlaubt, dass anonymisierte Informationen aus unterschiedlichen CIRS oder Behandlungsfehlerregistern zusammengeführt werden. So sollen bestimmte **Problemschwerpunkte und mögliche Ursachenmuster von überregionaler Bedeutung frühzeitig identifiziert** werden. Die AG Behandlungsfehlerregister hat einen ersten Entwurf eines Minimaldatensatzes konsentiert, der sich in seinen Dimensionen am Datensatz der gemeinsamen Statistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen orientiert.

Das APS und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft führen zudem gemeinsam das Projekt **Aktionsplan Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)** des Bundesgesundheitsministeriums durch. Bis zum Jahr 2010 werden dabei umfassende Maßnahmen zur Verbesserung der AMTS getroffen, die sich auf die Etablierung und Verbesserung der Sicherheitskultur, Arzneimittelinformationen, Strategien zur Risikovermeidung und Forschung zur AMTS beziehen.

In einem **Trainingszentrum** hat das APS in Kooperation mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe Seminare zu Themen der Patientensicherheit durchgeführt. Analoge Seminare fanden in der Ärztekammer Berlin und der Bayerischen Landesärztekammer statt. Sie basieren auf dem vom ÄZQ entwickelten und vom Vorstand der BÄK beschlossenen **Curriculum Patientensicherheit**.

Das APS und die BÄK waren 2008 auch **auf internationaler Ebene** aktiv. Bereits seit längerem ist Dr. Günther Jonitz vom Bundesgesundheitsministerium in ein Beratungsgremium der EU-Kommission zum Thema Patientensicherheit entsandt. Auf das Betreiben dieses Gremiums hin ist 2007 das **EU-Netzwerk „EUNetPaS“** entstanden. Sein Ziel ist die Förderung

des internationalen Austausches zum Thema Patientensicherheit und der Entwurf von Verbesserungsvorschlägen zur Patientensicherheit etwa im Bereich Aus-, Weiter- und Fortbildung oder Medikationssicherheit. Seit 2008 wird das EUNetPaS, an dem alle EU-Mitgliedstaaten beteiligt sind, durch ein Gesundheitsprogramm der EU-Kommission gefördert. Aktiver Partner von EUNetPaS für Deutschland ist das APS. Als Schwerpunkt des Engagements von deutscher Seite aus wurde neben der Mitarbeit in Steuerungsgruppe und Evaluation das Thema „Education and Training“ ausgewählt. Auch hier ist das Curriculum Patientensicherheit die wegweisende Grundlage.

International aktiv sind die BÄK und das APS auch in der **Initiative „High 5“**. Dabei handelt es sich um ein Projekt der World Alliance for Patient Safety, des Commonwealth Fund und des WHO Collaborating Centre on Patient Safety, das von der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) und der Joint Commission International (JCI) geführt wird. Das Projekt „High 5“ konzentriert sich auf fünf der neun „Patient Safety Solutions“ der WHO. Es behandelt folgende Themen:

1. Management von konzentrierten injizierbaren Medikamenten
2. Sicherstellung der richtigen Medikation bei Übergaben im Behandlungsprozess
3. Kommunikation bei Übergaben im Behandlungsprozess
4. Verbesserte Handhygiene, um Krankenhaus assoziierte Infektionen zu vermeiden
5. Vermeidung von Eingriffsverwechslungen

Ziel des Projektes „High 5“ ist es, die fünf „Solutions“ in den am Projekt beteiligten Ländern in Krankenhäusern zu implementieren und die dadurch erreichte Verbesserung der Patientensicherheit zu evaluieren. Die Länder Australien, Kanada, Großbritannien, USA, Neuseeland, Niederlande und Deutschland sind an einer Beteiligung interessiert.

Schwerpunkte der Qualitätssicherung durch die BÄK

Schwerpunkt I: Patientensicherheit

Patientensicherheit im historischen und internationalen Kontext

Das Thema Patientensicherheit hat sowohl in Deutschland als auch im internationalen Kontext in

den vergangenen Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Auslöser für eine in der breiten Öffentlichkeit aber auch einer intensivierten innermedizinisch geführten Diskussion war **der im Jahr 1999 erschienene Bericht „To Err is Human“** des US-amerikanischen Institute of Medicine, der Fragen zur Häufigkeit und zu den Ursachen von Fehlern in der Medizin erstmalig in einer sehr umfassenden Weise dargelegt hat.

Bereits 1995 befasste sich die Ständige Kommission Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer mit dieser Thematik. Nach **Vergabe des Berliner Gesundheitspreises** der Ärztekammer Berlin, gemeinsam mit dem AOK Bundesverband und der AOK Berlin, an wegweisende Projekte des „Lernens aus Fehlern“ im ambulanten und stationären Bereich im Jahre 2003 zeigte sich eine große öffentliche und politische Resonanz auf dieses Thema. Ein einstimmiger **Beschluss des 108. Deutschen Ärztetages 2005** in Berlin forderte zum konstruktiv-sachlichen Umgang mit diesem Thema auf und ermöglichte die Bildung der Netzwerkorganisation „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ mit zentralem Engagement der Ärzteschaft.

Zwischenzeitlich deutet sich an, dass **auf EU-Ebene Patientensicherheit zunehmend als übergeordnetes Thema aller Mitgliedstaaten betrachtet** wird – unabhängig davon, dass die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung weiterhin bei den einzelnen Mitgliedstaaten selbst und nicht etwa bei der EU-Kommission liegt. Die EU-Kommission begründet ihren Vorstoß mit dem Anspruch, dass der Schutz der EU-Bevölkerung vor fehlerhafter medizinischer Versorgung in allen Ländern gleichermaßen gewährleistet sein müsse. Ausschlaggebend dafür ist, dass Patienten immer häufiger Gesundheitsdienstleistungen in Nachbarländern in Anspruch nehmen und auch Ärzte und Angehörige anderer Gesundheitsberufe nicht nur in ihren Herkunftsländern, sondern zunehmend Ländergrenzen überschreitend beruflich tätig sind.

Im internationalen Kontext ist die Definition von Patient Safety eher weit gefasst. Sie greift zum Beispiel auch Aspekte wie den Zugang zu medizinischer Leistung auf. Dagegen wird in Deutschland insbesondere aus ärztlicher Sicht Patientensicherheit in einem engeren Sinne als Teilbereich von Qualitätssicherung verstanden. **Die systematische Befassung mit der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung ist zentrale Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung und immanenter Bestandteil des professionellen ärztlichen Selbstverständnisses.**

Patientensicherheit aus Sicht der BÄK

Aus Sicht der Bundesärztekammer ist das Thema Patientensicherheit vor allem mit dem Anliegen verbunden, Fehler zu vermeiden. In dieser Perspektive stellt Patientensicherheit gemäß dem Grundsatz „**Primum nil nocere**“ (lat.: zuallererst nicht schaden) das Kernanliegen ärztlichen Handelns dar. Hauptbestandteil einer verbesserten Sicherheitskultur ist ein Umgang mit Fehlern, der nicht durch die Frage „WER ist schuld?“ sondern „WAS ist schuld?“ geprägt ist.

Themenschwerpunkte im Bereich Patientensicherheit in Deutschland wie international sind die **Datenerfassung zur Fehlerhäufigkeit, Fehleranalysen** (Ursachen, Fehlertypen), **Umgang mit Fehlern** (Sicherheitskultur, Lernen aus Fehlern) und **Fehlerprävention** (Patientensicherheitsindikatoren, konkrete Handlungsstrategien). Zentrale Forderungen der BÄK sind: Problemschwerpunkte in der Patientenversorgung müssen identifiziert werden. Die Ursachen müssen analysiert und wo möglich beseitigt werden. Das Lernen aus Fehlern muss kultiviert werden, und zur Verbesserung der Versorgungsqualität sind Maßnahmen zu treffen.

Die Bundesärztekammer hatte Gelegenheit, auf dem **internationalen Kongress „Patient Safety Research Conference – Shaping the European Agenda“** vom 24.–26.09.2007 in Porto, Portugal (<http://www.patientsafetyresearch.org>) ihre Perspektive auf das Thema Patient Safety darzulegen. Die Federführung des Kongresses, an dem rund 400 ausgewählte Experten aus über 60 Ländern teilgenommen hatten, lag bei der WHO – World Alliance for Patient Safety in Kooperation mit dem University College London und dem Land Portugal, das in 2007 die EU-Präsidentschaft innehatte.

Patientensicherheit als Tätigkeitsfeld der BÄK

Die Bundesärztekammer engagiert sich mit unterschiedlichen Aktivitäten im Bereich der Patientensicherheit: Ein **Beispiel** ist die **Erfassung von Behandlungsfehlervorwürfen**. Basis jeglicher Anstrengung zur Erfassung und Verbesserung der Versorgungsqualität ist das Wissen darum, in welcher Häufigkeit Fehler hierzulande auftreten, welche Fehler sich ereignen, welche negativen Auswirkungen sie für Patienten zur Folge haben und welche Ursachen ihnen zugrunde liegen. Daten zu diesen Fragen werden in Deutschland von unterschiedlichen Stellen erfasst. So gehen Behandlungsfehlervorwürfen bei Patientenberatungsstellen, Krankenkassen, Haftpflichtversicherungen aber auch Gerichten und Rechtsmedizini-

schen Instituten ein und nicht zuletzt bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern. Seit 2006 werden die Daten mit Hilfe des **Medical Error Reporting Systems (MERS)** EDV-gestützt erfasst und in einer Bundesstatistik einheitlich zusammengeführt.

Ein weiteres Beispiel ist die **Erfassung von Beinaheschäden**. Um Erkenntnisse für die Fehlerprävention zu erlangen, ist die Analyse von freiwilligen Meldungen zu Beinaheschäden besonders wertvoll, weil sie wie **Frühwarnsysteme** auf kritische Momente in der Patientenversorgung aufmerksam machen können. Die BÄK bietet gemeinsam mit der KBV das **CIRS Medical** (Critical Incidence Reporting System) als internetbasiertes Fehlerberichts- und Lernsystem an, das anonymisierte freiwillige Meldungen zu Beinaheschäden bundesweit erfasst und analysiert (<http://www.cirsmedical.de>). Dieses System, das unter Federführung des ÄZQ bereitgestellt wird, wurde im Jahr 2007 einem **Relaunch** unterzogen. Ein deutlich verschlanktes Berichtsformular und erweiterte Möglichkeiten in der Suchfunktion erhöhen die Nutzerfreundlichkeit. So erlaubt es die Suche jetzt, nach bestimmten Kriterien zum Beispiel Fachgebiete zu differenzieren. Künftig können Nutzer auch Untergruppen einrichten, so dass unterschiedlichen, geschlossenen Gruppen ein jeweils „eigenes“ CIRS zur Verfügung steht. Ein im Jahr 2008 eingerichteter Fachbeirat wird die Weiterentwicklung des Fehlermeldesystems insbesondere im Bereich der Fallanalysen und Rückmeldungen zu den Berichten begleiten.

Auch auf dem Gebiet des Lernens aus Fehlern engagiert sich die BÄK. Dahinter steht das Bestreben, dass Fehlerereignisse sich nicht wiederholen, sondern ein ständiger Prozess der Qualitätsverbesserung in Gang gesetzt wird. Voraussetzungen sind, dass man wichtige Erkenntnisse aus der Fehlerforschung kennt, eigene Prozesse analysieren und Verbesserungsmaßnahmen einleiten kann. Diese Fähigkeiten müssen trainiert werden. Im Rahmen des ärztlichen Fortbildungscurriculums Ärztliches Qualitätsmanagement widmet sich deshalb ein Modul gesondert dem Thema Fehlermanagement. Darüber hinaus bietet insbesondere das **Fortbildungskonzept Patientensicherheit** eine geeignete Grundlage für die Konzipierung von spezifischen Fortbildungsangeboten.

Schwerpunkt II: Programm für Nationale Versorgungsleitlinien (NVL)

Nationale Versorgungsleitlinien sollen **systematische, evidenzbasierte Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen Gesundheitsproblemen schnittstellenübergreifend und interdisziplinär** zur Verfügung stellen. So sollen praktikable Handlungsempfehlungen nach dem besten verfügbaren Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin regelmäßig aktualisiert werden. Das Programm für NVL von Bundesärztekammer (BÄK), Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) nimmt sich vorrangig solcher Versorgungsbereiche an, für die ein Konsens zwischen den zuständigen Fachgruppen über wissenschaftlich begründete und praktikable medizinische Maßnahmen notwendig erscheint. Anders als die gesetzlichen Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V (DMPs) verstehen sich die nationalen Versorgungsleitlinien als **ein allein ärztlichem Sachverstand und wissenschaftlicher Evidenz geschuldetes Konzept** unter ausdrücklicher Einbeziehung der Bereiche der Prävention und der Rehabilitation. Die Versorgungsleitlinien des NVL-Programms gehören zu den meistverbreiteten deutschsprachigen Leitlinien. Für die BÄK und die KBV ist das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) mit der operativen Durchführung und Koordination des Programms betraut (siehe auch im Internet unter www.azq.de oder www.versorgungsleitlinien.de).

Derzeit sind Nationale Versorgungsleitlinien zu den Themen Asthma, Typ-2-Diabetes (Augenkomplikationen und Fußkomplikationen), chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und koronare Herzkrankheit (KHK) verfügbar. Zu den Themen Depression, Herzinsuffizienz, Kreuzschmerz sowie diabetische Nephropathie und diabetische Neuropathie sind NVL in Arbeit.

Nationale Versorgungsleitlinien bestehen in der Regel aus mehreren Komponenten. Die Leitlinien im engeren Sinne liegen als **Kurzfassung** mit Darlegung der konsentierten Versorgungseckpunkte und -empfehlungen, der Empfehlungsgrade und der zugrunde liegenden Quellen und als Langfassung mit zusätzlichen Evidenzgraden und Querverweisen zu den Quellen vor. Darüber hinaus gibt es **Patientenversionen** als laienverständliche Begleitinformationen, **Praxishilfen** in Form kurzer Informationen (Kitteltaschenversionen, Check-

listen, Praxishilfen) für Ärzte und medizinisches Personal und schließlich **Methoden-Berichte** mit Angaben zur Methodik der Erstellung der jeweiligen Leitlinie.

Unabhängig von den einzelnen Versorgungsleitlinien informiert ein **grundsätzlicher Methodenreport für das gesamte NVL-Programm** über Hintergründe, Ziele und Verfahrensweisen. Im Methodenreport ist auch eine systematische Vorgehensweise bei der Einbeziehung von Patienten in das Programm für NVL verankert. Erstmals waren Patienten bei der Erstellung der NVL Asthma erfolgreich einbezogen worden. Seit 2005 sind sie regelmäßig am NVL-Programm beteiligt.

Schwerpunkt III: Fortbildung zur Qualitätssicherung

Fortbildung und Qualitätssicherung hängen eng zusammen. Bereits seit 1996 entwickelt die BÄK auch Fortbildungen zur Qualitätssicherung. So wird das Curriculum Evidenzbasierte Medizin (EbM) seit 2005 angeboten. Ebenfalls bereits etabliert ist das Curriculum Patientensicherheit. Das Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement wurde bereits zum vierten Mal weiterentwickelt. Erst kürzlich gestartet ist dagegen das Curriculum Ärztliche Führung.

Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement

Anfang 2007 ist die **vierte Auflage des Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement** erschienen. In sie flossen die Rückmeldungen aus den bis dahin bereits umgesetzten Kursen ein. Die bewährte Grundstruktur des Curriculum ist auch in der vierten Auflage erhalten geblieben. Wie gefordert wurden aber **neue Schwerpunkte** gesetzt.

Das Curriculum wurde gemeinsam von BÄK, KBV und AWMF erarbeitet. Dahinter stand die Entscheidung, den an industriellen Anforderungen orientierten Konzepten zur Qualifizierung auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements ein eigenes Curriculum entgegenzusetzen, das speziell Ärztinnen und Ärzte für die systematische Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsmanagement-Projekten im Gesundheitswesen qualifiziert. Umgesetzt wird das Konzept zur Qualifizierung auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements und der angewandten Qualitätssicherung von den Landesärztekammern oder autorisierten Kursveranstaltern.

Nach und nach führten alle Landesärztekammern die **Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmana-**

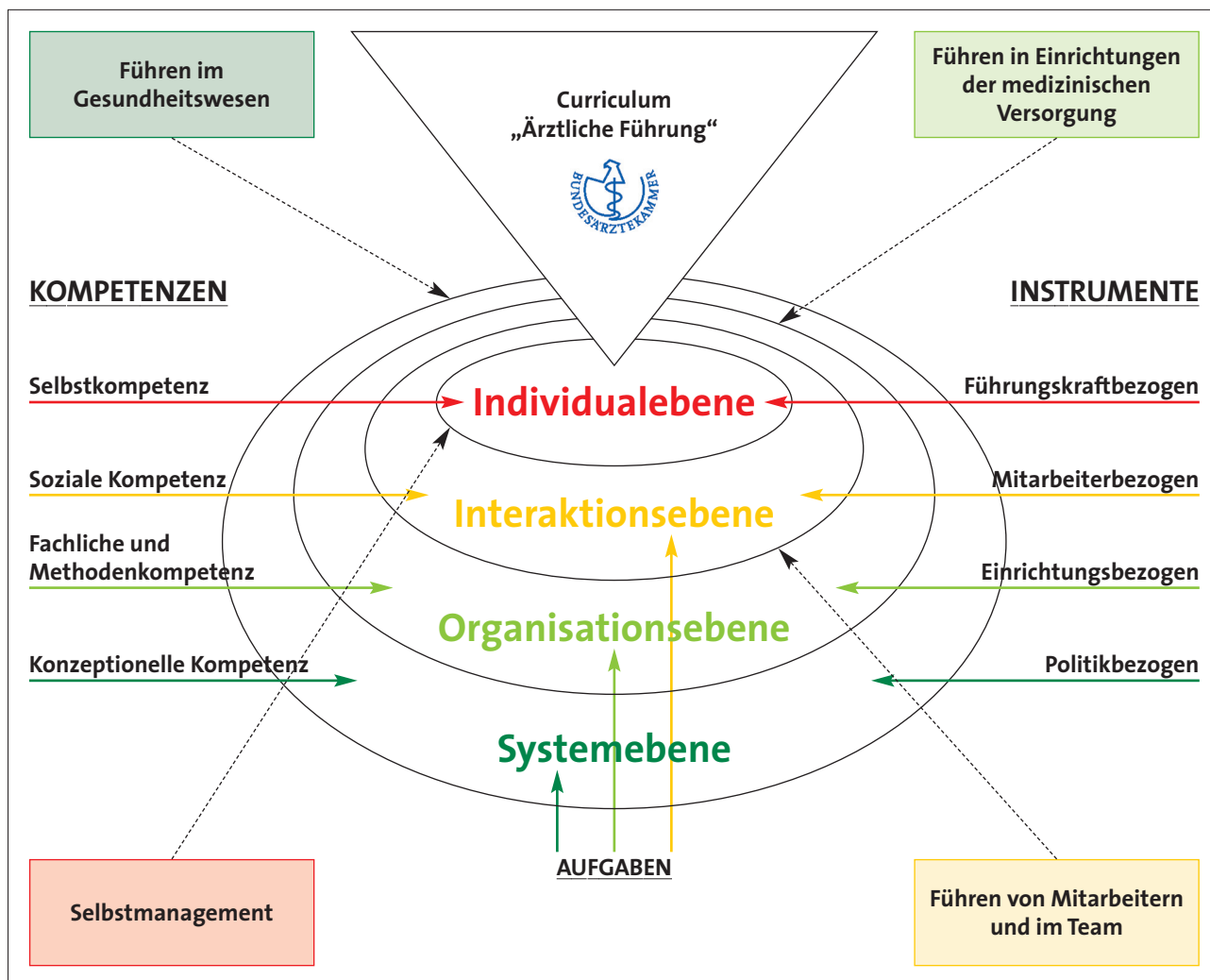
gement“ ein. Damit können Ärztinnen und Ärzte, die das Curriculum erfolgreich absolviert haben, in immer mehr Landesärztekammern die Zusatzbezeichnung beantragen und nach Anerkennung ihre entsprechende Qualifikation auch förmlich ausweisen. **Die Perspektive für die Qualifizierungsmaßnahme auf dem Sektor Qualitätsmanagement ist nach wie vor positiv.** Der Trend zur gesetzlich verpflichtenden Einführung von Qualitätsmanagement in den Einrichtungen des Gesundheitswesens macht zusätzlich deutlich, dass ein permanenter Bedarf an qualifizierten Ärztinnen und Ärzten besteht, die diese Prozesse steuern und begleiten.

Curriculum Ärztliche Führung

Wie kann es gelingen, sich mit den weitreichenden Veränderungsprozessen im Gesundheitswesen auf eine Weise auseinanderzusetzen, die gewährleistet, dass die ärztliche Grundmotivation der „Hinwendung zum Menschen“ auch angesichts zunehmender ökonomischer und administrativer Zwänge erhalten bleibt? Das ist für viele Ärzte heute die Kernfrage ih-

res Handelns. Bei gleich bleibend hohen Ansprüchen an die Qualität der Versorgung führen zunehmend begrenzte finanzielle und personelle Ressourcen dazu, dass die Anforderungen an die Leistungserbringer stetig steigen. Wachsende Arbeitsbelastung bei den Mitarbeitern und Konflikte mit der kaufmännischen Geschäftsführung oder Vertragspartnern sind die Folge.

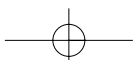
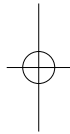
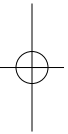
Damit Ärzte künftig eine Führungsrolle im Gesundheitswesen und in der Leitung von Versorgungseinrichtungen behaupten können, reicht eine bloße Addition zusätzlicher betriebswirtschaftlicher Kenntnisse zur medizinisch fachlichen Kompetenz nicht aus. **Unter den gewandelten Rahmenbedingungen muss der Kanon ärztlicher Kompetenzen ausgebaut und neben fachlicher Kompetenz vor allem auch die Sozialkompetenz und Selbstorganisation ärztlicher Führungskräfte kontinuierlich weiterentwickelt werden.** Dem soll das Curriculum Ärztliche Führung Rechnung tragen. Es versteht sich damit auch als **Beitrag zu einer berufspolitischen Standortbestimmung** des Arztberufes heute.



Ausgehend vom ersten Entwurf aus dem Jahr 2004 wurden in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer zwei Pilotseminare durchgeführt und systematisch ausgewertet. Nach positiver Bewertung des weiterentwickelten Entwurfs durch den Ausschuss „Qualitätssicherung“ und die Ständige Konferenz „Qualitätssicherung“ wurde 2007 ein Peer Review Verfahren mit 25 Fachexperten aus dem Gesundheitswesen durchgeführt. Im selben Jahr ist das Fortbildungsangebot Curriculum Ärztliche Führung in der Schriftenreihe „Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung“ veröffentlicht worden.

Das Curriculum hebt darauf ab, das Gestaltungspotenzial ärztlicher Führungskräfte in Bezug auf die Entwicklung von Einrichtungen des Gesundheitswesens insgesamt zu stärken, die regionale und gesetzgeberische Situation im Gesundheitssystem richtig einzuschätzen und sich als Ärzteschaft sowohl im Krankenhaus als auch in der ambulanten Versorgung

aktiv an der Planung zu beteiligen. Dazu ist ein **Grundverständnis von ökonomisch-strategischen Prozessen** und von Organisationswandel und -steuerung sowie **Aufgeschlossenheit gegenüber Managementmethoden** unabkömmlich. Zudem gewinnen Aspekte der **Personalführung und Mitarbeiterorientierung** gerade in Umbruch- und Krisenphasen eine zentrale Bedeutung für das Gelingen von Prozessen der **Organisationsentwicklung**. Das Curriculum Ärztliche Führung will **Ärzte in Leitungspositionen und ärztliche Führungsnachwuchskräfte** darin unterstützen, sich auf der Basis von theoretischem Grundlagenwissen, Anwendung von Führungsinstrumenten, Austausch von Erfahrungen sowie durch Training von sozialen Kompetenzen systematisch mit Führungsfragen auseinanderzusetzen und sich für die Bewältigung ihrer konkreten Aufgaben alltagstaugliche Handlungskonzepte und Fertigkeiten anzueignen.



Teil 2: Qualitätssicherung auf Landesebene

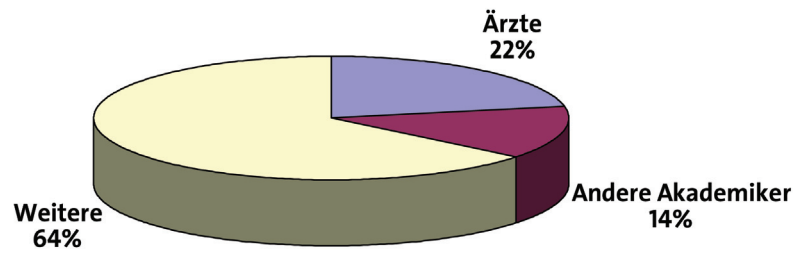
Alle Landesärztekammern erfüllen die gesetzlichen Aufgaben der Qualitätssicherung, zum Beispiel nach dem Transfusions- und dem Transplantationsgesetz oder im Bereich des Strahlenschutzes nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung. Darüber hinaus entwickeln die Kammern aber auch ein breites Spektrum von Aktivitäten der Qualitätssicherung, die mit ihrem berufsrechtlichen Auftrag erfasst sind. Um dieses Spektrum auf Landesebene darzustellen, hat die BÄK eine Erhebung bei den Landesärztekammern durchgeführt. Zusammenfassende Ergebnisse und Einzeldarstellungen der Landesärztekammern zu besonderen Projekten der Qualitätssicherung sind nachfolgend dargestellt. Weitere ausführlichere Darstellungen der Aktivitäten auf Landesebene erfolgen durch die Landesärztekammern, zum Beispiel über deren Internetauftritte und die jährlichen Tätigkeitsberichte.

Insgesamt rund 120 Mitarbeiter sind in den Landesärztekammern für den Bereich Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement hauptamtlich abgestellt. Die Größe der Abteilungen oder Organisationseinheiten für Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in den einzelnen Landesärztekammern schwankt zwischen 1 und 27. Sie steht in keinem Zusammenhang mit der Größe der einzelnen Landesärztekammern. Das tatsächliche Engagement der Landesärztekammern lässt sich nicht allein an der Zahl der hauptamtlich direkt in diesem Sachgebiet angestellten Mitarbeiter ableiten. In einigen Kammern ist der Themenkomplex ausgegliedert, in einigen sind ehrenamtlich tätige Ärzte zeitlich überproportional tätig. Die Mehrzahl der Organisationseinheiten ist gegenüber Vorstand, Präsidium oder dem Hauptgeschäftsführer berichtspflichtig, während nur sieben dem zuständigen Aus-

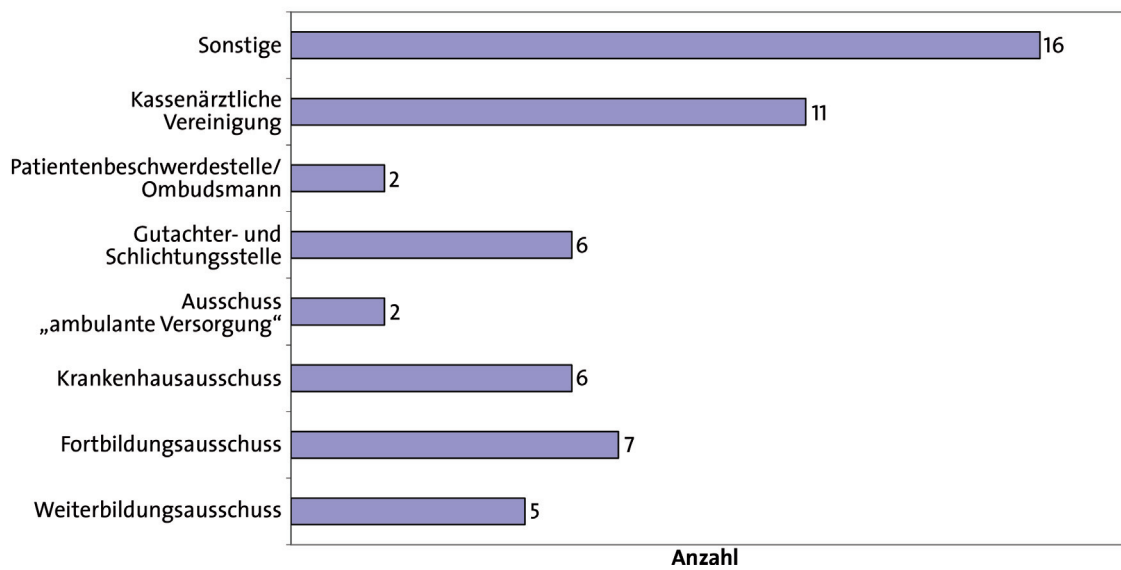
Zusammenfassende Darstellung



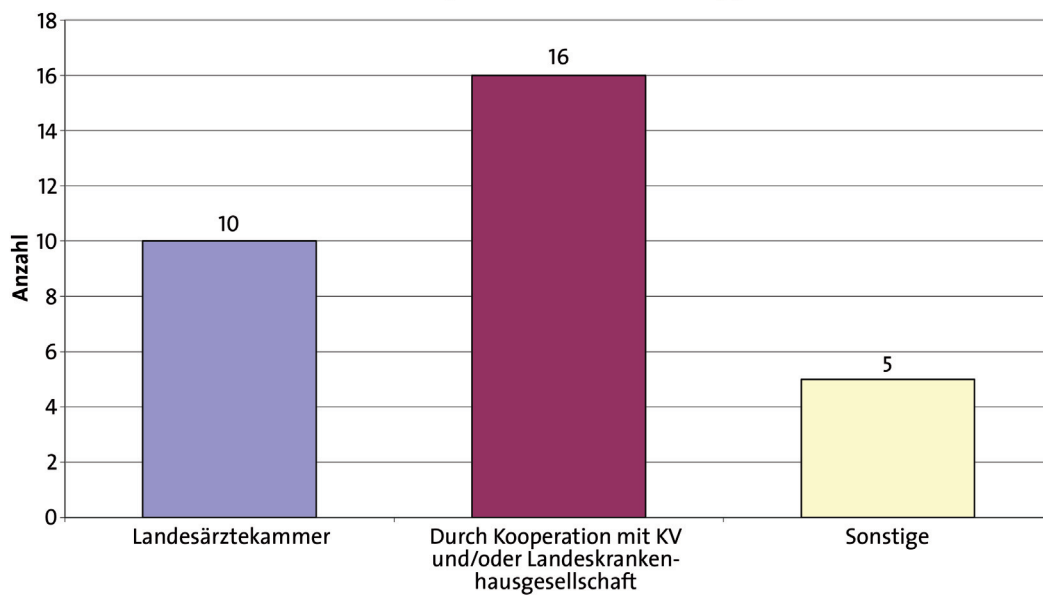
Welche Qualifikation haben die hauptamtlich beschäftigten Personen?



Findet eine regelmäßige Zusammenarbeit mit anderen Gremien und Einrichtungen der Landesärztekammer sowie anderen Organisationen statt?



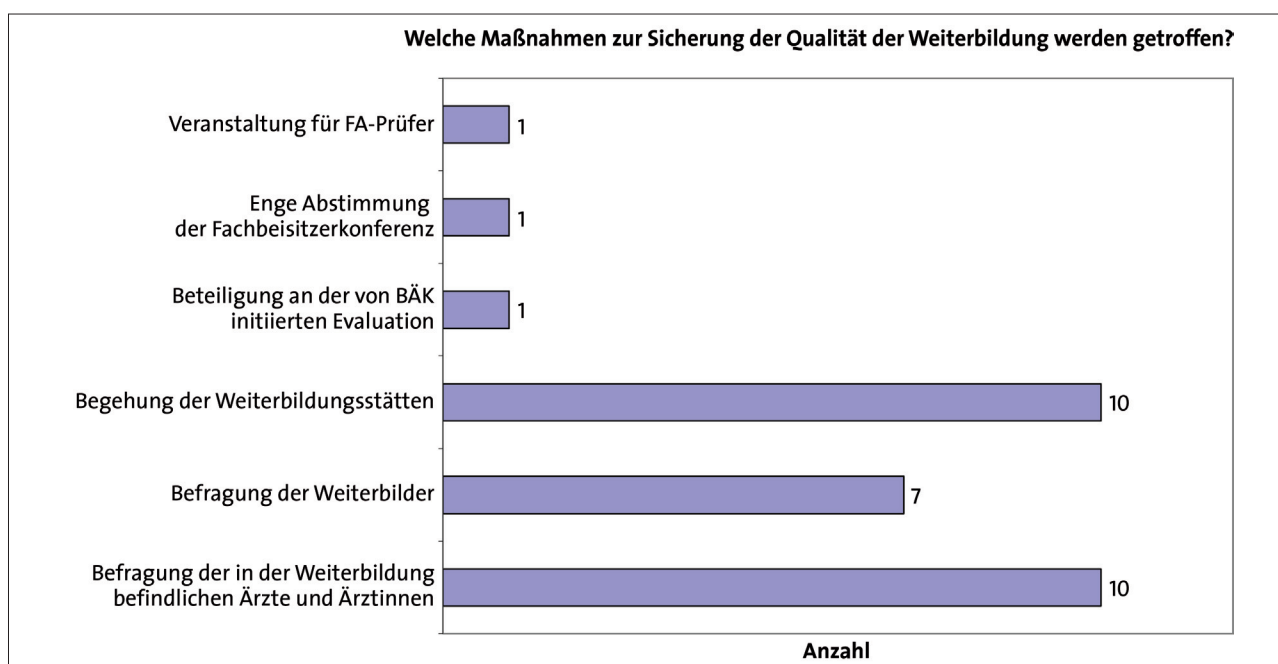
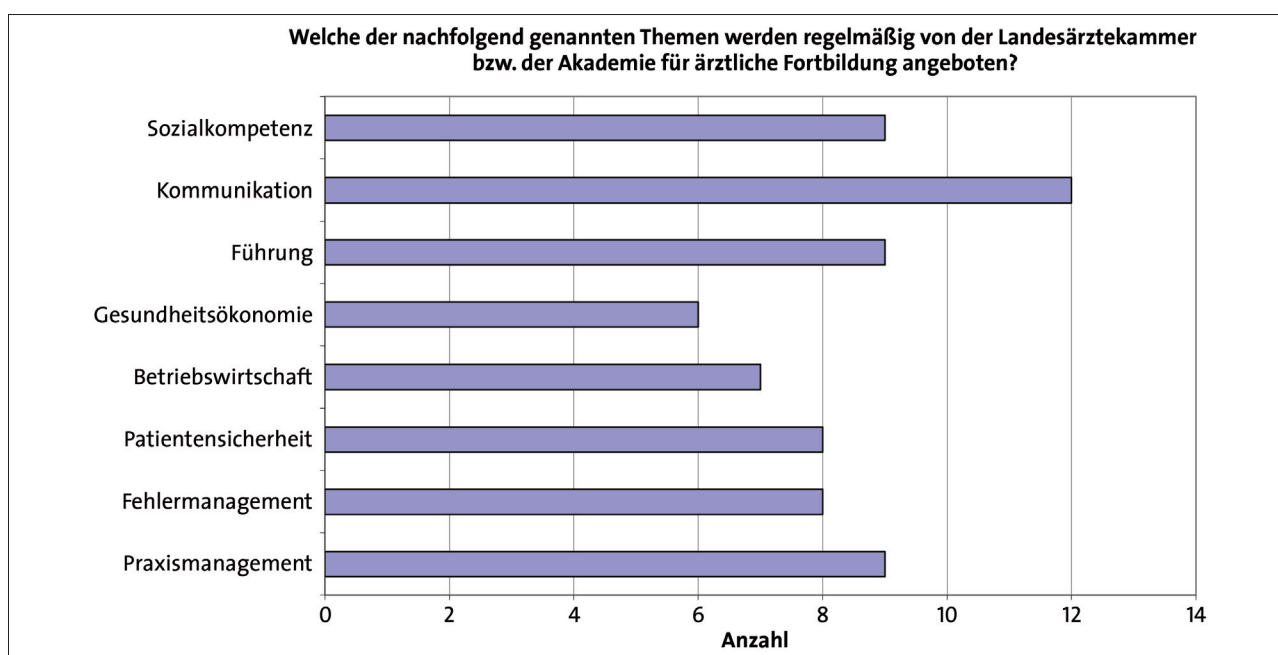
Wie wird sektorübergreifende Qualitätssicherung gewährleistet?



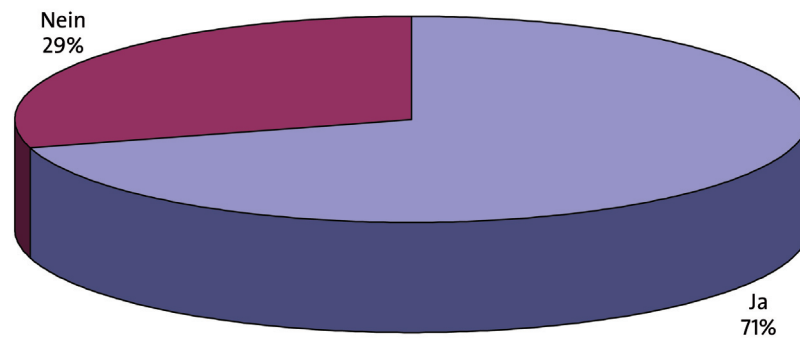
schuss Qualitätssicherung und nur drei der Delegiertenversammlung gegenüber Berichtspflicht haben.

Die Organisationseinheiten beraten die Themen zu 75 Prozent nach einem vorher festgelegten Themenkatalog. Dabei findet meist eine regelmäßige Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, insbesondere der Kassenärztlichen Vereinigungen und den Fortbildungs- sowie Weiterbildungsausschüssen statt. Ebenfalls eingebunden in die Beratungen sind in sechs Fällen die Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern. Die sektorenübergreifende Qualitätssicherung wird in 16 von 26 Fällen durch eine Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung und mit der Landeskrankenhausgesellschaft gewährleistet.

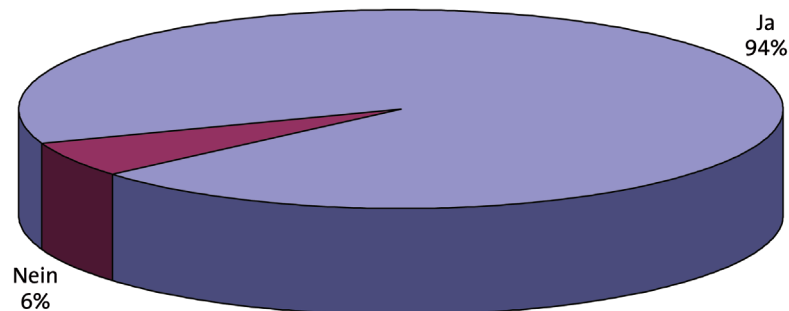
Alle Landesärztekammern bieten Kurse gemäß dem „Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement“ an, zum Teil in Eigenregie, zum Teil durch Beauftragung Dritter und teils auch durch gemeinsame, länderübergreifende Aktivitäten. Die weitaus meisten Ärztekammern bieten zum Qualitätsmanagement ferner den speziellen 40-Stunden-Kurs zum Qualitätsmanagement in der Transfusionsmedizin an. Eine Landesärztekammer bietet vertiefend zum Ärztlichen Qualitätsmanagement Kurse im Risikomanagement an. Darüber hinaus werden von einigen Landesärztekammern Kurse in Moderationstechniken durchgeführt. Partiiell finden Kurse zu anderen Befähigungsnachweis-Systemen statt, zum Beispiel zu QEP und EFQM.



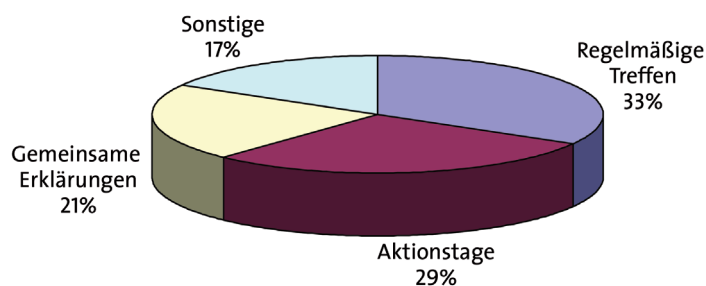
Existieren allgemeine Kriterien für die Erteilung der Befugnis auf der Basis der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung?



Findet eine Kooperation mit den anderen Heilberufen auf Landesebene statt?



In welcher Form findet die Zusammenarbeit statt?



Ein weiterer Schwerpunkt ist die Sicherung der Qualität der Weiterbildung. Hier werden in sämtlichen Kammern bereits Logbücher oder Dokumentationsbögen für die Durchführung der Weiterbildung verwendet. Ebenfalls findet in fast 90 Prozent der Kammern ein strukturiertes Programm für die Weiterbildung statt, das auch überprüft wird. Weitere Maßnahmen zur Sicherung der Weiterbildung sind sowohl Befragungen der Weiterbildner in 7 von 17 Fällen, Befragungen der in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte (10 von 17) und Begehungen der Weiterbildungsinstitute (10 von 17).

Anzumerken ist zur Weiterbildung noch, dass 2009 ein Projekt „Evaluation der Weiterbildung“ gestartet wurde, um in noch stärkerem Maße als bisher Ablauf und Ergebnisse auf den Prüfstand zu stellen und die Qualität der Weiterbildung zu verbessern.

Bei der Frage nach möglichen Risiken oder Fehlentwicklungen in der Qualitätssicherung oder dem Qualitätsmanagement warnen manche Kammern vor Datenansammlung und Bürokratienanstieg. Sie beklagen fehlende Akzeptanz in den Kliniken durch erheblichen Dokumentationsaufwand und dass Qualitätssicherung immer noch nicht als Teil ärztlicher Tä-

tigkeit angesehen werde, fordern dass die Anzahl der Qualitätsmerkmale auf die klinisch relevanten reduziert wird und dass Qualitätssicherung in ärztlicher Hand bleibt. Auch vor der Gefahr der Fehlinterpretation durch Laien/Patienten bei Veröffentlichung der Ergebnisse der Qualitätssicherung wird gewarnt.

Einzeldarstellungen der Landesärztekammern

Folgende besondere Projekte haben die Kammern im Rahmen der Umfrage benannt:

Baden-Württemberg:

- ▲ QS Zytologie
- ▲ QS Operative Behandlung des Bronchial-Karzinoms
- ▲ QS Anästhesiologie, (QS Präklinische Notfallrettung, Neonatalogie)

Bayern:

- ▲ QM-Seminare in Kooperation mit LÄK Thüringen und KV Thüringen
- ▲ Seminar-Entwicklung Ärztliche Führung auf Wunsch/in Kooperation mit BÄK

Berlin:

- ▲ „Berliner Konzept“ zur QS in der Transfusionsmedizin
- ▲ Berliner Neonatalerhebung
- ▲ Berliner Schlaganfallregister und ADSR
- ▲ Qualitätssicherung im Gesundheitssport

Brandenburg:

- ▲ QS Rettungsmedizin
- ▲ QS Betriebsmedizin
- ▲ QS Onkologie

Hamburg:

- ▲ „Evaluation der Weiterbildung“ ein Projekt der Ärztekammer Hamburg in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Bremen der FMH Ärztevereinigung der Schweiz und den HELIOS-Kliniken.
- ▲ Qualitätssicherung in der Schlaganfallversorgung, zusammen mit der Landesgeschäftsstelle EQS und Hamburger Krankenhäusern sowie der Gesundheitsbehörde.
- ▲ „Hamburg gegen den Herzinfarkt – jede Minute zählt“ ein Projekt der Kardiologischen Kliniken, der Gesundheitsbehörde und der Ärztekammer Hamburg.

- ▲ www.Hamburger-Krankenhausspiegel.de ein Projekt der Hamburger Krankenhäuser, der Techniker Krankenkasse, der Verbraucherzentrale und der Ärztekammer Hamburg.
- ▲ „Hamburger Qualitätsvergleich Ernährung und Flüssigkeitsversorgung bei Altenheimbewohnerinnen“ ein Projekt der Hamburgischen Pflegegesellschaft mit Beteiligung der Ärztekammer Hamburg

Mecklenburg-Vorpommern:

- ▲ Neonatalerhebung
- ▲ Gynäkozytologie (Zytologie des Zervixkarzinoms) mit KV

Niedersachsen:

- ▲ Nachuntersuchung von Frühgeborenen
- ▲ Qualitätsentwicklung Mukoviszidose (Bericht)
- ▲ DR6 – induzierte Veränderungen auf Organisationen, Professionals, Patienten und Qualität – sowie diverse weitere

Rheinland-Pfalz:

- ▲ SQ-Med. Projekt Schlaganfallversorgung
- ▲ Hörscreening bei Neugeborenen

Saarland:

- ▲ WB-Qualitätsmanagement
- ▲ Kursentwicklung Hämotherapie
- ▲ Register Plastisch-operative Medizin
- ▲ Neonatalerhebung

Sachsen-Anhalt:

- ▲ Zusammenarbeit mit KV bei QS Labor
- ▲ Teilnahme am DIR

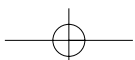
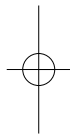
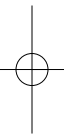
Schleswig-Holstein:

- ▲ Deutsches IVF-Register
- ▲ QS Herzinfarkttherapie
- ▲ Med-Findex, Arzt-Findex, Patientenombudsmann e.V.

Thüringen:

- ▲ JTM-Projekt 2006: Gewalt gegen Kinder – Leitfaden

Im Folgenden werden ausgewählte Projekte der Landesärztekammern kurz vorgestellt. Details dazu sind bei den Landesärztekammern zu erfahren, ebenso die Darstellung weiterer Landesprojekte.



Landesärztekammer Baden-Württemberg: Externe Qualitätssicherung Anästhesiologie in Baden-Württemberg



Landesärztekammer
Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Das Fachgebiet der klinischen Anästhesiologie hat durch seine zahlreichen Schnittstellen und zentralen Serviceleistungen im operativen Krankenhausbetrieb eine Schlüsselstellung als **Dienstleister für alle klinischen Fächer**. Das verpflichtet zu einem effektiven Qualitätsmanagement. Deshalb hat die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) die Qualitätssicherungsmaßnahme „**Anästhesiologie in Baden-Württemberg**“ als eigenständig verantwortete Maßnahme entwickelt und 1999 zunächst mit Unterstützung von Sponsoren in Baden-Württemberg eingeführt. Seit 2001 wird das Projekt von der Landesärztekammer finanziert. Seitdem führt die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung Anästhesiologie“ diese Maßnahme zusammen mit der Abteilung Fortbildung und Qualitätssicherung der Landesärztekammer in Baden-Württemberg durch. Es handelt sich um eine landesweite Qualitätssicherungsmaßnahme.

Für jede durchgeführte anästhesiologische Maßnahme werden Daten anhand eines Kerndatensatzes mit **116 Kennziffern zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** erhoben. Ein Schwerpunkt des Datensatzes stellt die perioperative Dokumentation von **Anästhesie-Verlaufsbeobachtungen (AVB)** dar. Außerdem enthält die Datensatzdefinition epidemiologische Informationen der anästhesiologischen Routineversorgung jedes behandelten Patienten. Eine Beschreibung des Datensatzes findet sich auf der Website des „Forum Qualitätssicherung und Ökonomie“ der DGAI (<http://www.qm-anaesthesie.de/download.htm>).

Die Datenübersendung erfolgt nach Ablauf des Kalenderjahres pseudonymisiert an die Landesärztekammer. Die Identität der teilnehmenden Einrichtungen ist nur den mit der Bearbeitung betrauten Mitarbeitern der Landesärztekammer bekannt. Bei einem externen Auftragforschungsinstitut erfolgt anschließend die Auswertung der pseudonymisierten Daten. Jede teilnehmende Klinik erhält eine **zweiteilige Bewertung**. In einem deskriptiven Teil, der 49 Seiten umfasst, erfolgt eine vergleichende Auswertung, unter anderem nach Anästhesiearten und -zei-

ten, Risikogruppen und Altersverteilung. Der Hauptteil ist der 66-seitige Qualitätsbericht. Zunächst wird darin die Dokumentationsqualität dargestellt. Gefordert ist, dass der Datensatz formal richtig ist (keine logischen und Syntaxfehler). Als Merkmal dienen mehrere Parameter. Die Inzidenz der AVB sollte in einem durch wissenschaftliche Publikationen festgelegten Erwartungshorizont liegen. Dieser wurde zunächst an die Versorgungsstufe des Krankenhauses angelehnt, im Verlauf dann an den präoperativen Risikozustand des Patienten adaptiert und auf die relevanten AVB beschränkt. Die Daten der Einrichtungen, die diese Voraussetzungen erfüllen, bilden eine **Referenzpool-datenbank**, zu denen alle teilnehmenden Einrichtungen in Beziehung gesetzt werden. In den Auswertungen der einzelnen Einrichtungen sind die dokumentierten Werte bestimmten Erwartungswerten gegenübergestellt. Neben der reinen Häufigkeit der AVB-Werte in Bezug zu Erwartungswerten aus der Literatur, welche die Versorgungsstufe betreffen, werden die AVB-Werte zusätzlich verglichen mit einem berechneten Erwartungswert. Dieser wird in einer multifaktoriellen logistischen Regressionsanalyse aus dem Gesamtrisikopotenzial der Patientenpopulation eines Krankenhauses errechnet. Somit können einrichtungsspezifische Faktoren Eingang in die Analyse finden. Auch die **Schweregrade** der AVB-Ereignisse werden mit dem Referenzpool verglichen. So kann man sehen, ob eher leichtgradige oder eher schwergradige AVB dokumentiert werden. Auffälligkeiten sind aus der Abweichung der einzelnen Teilnehmer vom Durchschnitt aller Referenzeinrichtungen ersichtlich. Dann ist es Aufgabe der einzelnen Einrichtung, diesen Auffälligkeiten nachzugehen. Zusätzlich werden die Auswertungen durch die **Experten-Arbeitsgruppe** beurteilt. Jede teilnehmende Einrichtung erhält eine **strukturierte Rückmeldung**, die auch eine Verlaufsbeurteilung über die Kalenderjahre umfasst.

In einer weiteren Auswertung werden **einzelne kritische Fälle** analysiert. Es handelt sich um die Fälle, in denen schwerwiegende Verläufe dokumentiert waren, obwohl die Patienten keinerlei erhöhtes Risi-

koprofil aufwiesen. Die Landesärztekammer ordnet diese Fälle den Einrichtungen zu, schreibt die Teilnehmer an und bittet um die Übersendung der anonymisierten Fallunterlagen (Anästhesie-Protokolle, Beschreibungen aus Sicht der Einrichtung, Epikrisen etc.) zur Erschließung einer kritischen Fallbeschreibung. Die Fälle wurden teilweise tabellarisch mit einer Kurzinformation wiederum anonym von den Einrichtungen zurückgemeldet. Etliche Einrichtungen haben jedoch namentlich gegenüber der Arbeitsgruppe Informationen zu den Ereignissen gegeben. Die Aufarbeitung dieser Fälle führte nach Rückmeldung aus den Einrichtungen – abhängig vom Sachverhalt – zu einer erneuten Schulung der Mitarbeiter der jeweiligen Krankenhäuser über die Dokumentation der Parameter oder zu Änderungen der organisatorischen Abläufe oder der medizinischen Maßnahmen. Dem Fachpublikum wurden ausgewählte Fälle zu dieser Thematik wiederholt im Rahmen der Südwestdeutschen Anästhesietage (SAT) präsentiert.

Die gesamte Qualitätssicherungsmaßnahme umfasst den **Vergleich der Klinikergebnisse mit den Populationsergebnissen** als Form der externen Qualitätssicherung und die fallorientierte systematische **Analyse kritischer Einzelereignisse** und unerwartet schwerer Verläufe als Komponente der internen Qualitätssicherung. Die am Referenzkollektiv orientierte Auswertung ermöglicht dem Teilnehmer die Bestimmung seiner Positionierung gegenüber den Landesdaten. Die Einzelfallaufarbeitung eröffnet den Fachkollegen das Lernen aus den Fehlern/Beinahe-Fehlern anderer. Es können bereits dort Präventionsmaßnahmen implementiert werden, wo sich eine bestimmte Komplikation bisher noch nicht ereignet hat. Da die Disziplin Anästhesiologie neben der Chirurgie und Orthopädie als besonders risikobehaftet eingeschätzt wird, ist eine **fundierte Fehlererhebung**, die konsequente Fehlervermeidungsstrategie ermöglicht, als ein **wichtiger Schritt zur Risikominimierung** zu werten.

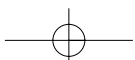
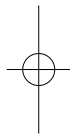
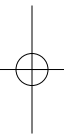
Bayerische Landesärztekammer: Sektorübergreifendes Qualitätsmanagement und Patientensicherheit



Die Bayerische Landesärztekammer hat bis zum Sommer 2008 **mehr als 100 Seminare gemäß Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement** der Bundesärztekammer mit mehr als 2.000 Teilnehmern durchgeführt. Masse muss nicht immer Klasse sein – immerhin allerdings hat die Bayerische Landesärztekammer im Jahr 2004 speziell hinsichtlich der QM-Seminare auch den „Qualitätspreis im Deutschen Gesundheitswesen“ verliehen bekommen. Mit dem KTQ®-Pilot-Visitoren-Seminar im Jahr 2000 und dem Pilot-Seminar „Ärztliche Führung“ im Jahr 2005 gemeinsam mit der Bundesärztekammer engagiert sich die Bayerische Landesärztekammer wiederholt im Metier QM-bezogener und -relevanter Erwachsenen-Qualifizierung. Die **Qualifizierung Leitender Ärztinnen und Ärzte** ist für die Bayerische Landesärztekammer ein wichtiges Anliegen. So konnte im Frühjahr 2008 das dritte Seminar „Ärztliche Führung“ gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2007 realisiert werden. Mit regelmäßig stattfindenden, auch aus dem deutschsprachigen Ausland nachgefragten **Riskmanagement-Seminaren** nimmt die Bayerische Landesärztekammer eine Schrittmacherfunktion bei der Beschäftigung mit einem Themenbereich ein, der zwischenzeitlich ökonomisch und juristisch neue Dimensionen gewinnt. Im Herbst 2008 wird das zehnte Seminar „Risikomanagement und Patientensicherheit“ der Bayerischen Landesärztekammer stattfinden. Jährliche „Alumni“-QM-Foren beim Nürnberger Fortbildungskongress der Bayerischen Landesärztekammer runden dieses Bild ab.

Qualitätsbezogenes gemeinsames Handeln praktiziert die **Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Quali-**

tätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ): Hier kooperieren – drittelparitätisch besetzt – Repräsentanten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern, der Bayerischen Krankengesellschaft wie auch die Bayerische Landesärztekammer auf der Basis von Verträgen gemäß § 112 in Verbindung mit 137 SGB V aus dem Jahre 1995 in höchst konstruktiver Art und Weise unter beratender Stimme von leitenden Mitarbeitern aus Universitäten, Ministerien, der Privaten Krankenversicherung, Patientenvertretern und anderen. Schon im Vorfeld der aktuell umzusetzenden Regelungen gemäß § 137a SGB V ist die Bayerische Landesärztekammer bemüht um eine **Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hinsichtlich einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung**. Neben bundesweit verpflichtenden Programmen erfolgt eine freiwillige Dokumentation zu Appendektomie, Inguinalhernien-OP, OP wegen Karpaltunnelsyndrom (bis 2005), Kataraktoperation (bis 2005), Nasenscheidewandkorrektur, Tonsillektomie, Prostataresektion und periphere PTA. Des Weiteren engagiert sich die BAQ bei QS-Projekten in Bayern zu Neonatologie, Versorgung von Schlaganfallpatienten, anästhesiologischen Verlaufsbeobachtungen sowie Carotis-PTA (deutschsprachiges Register). Der immer wieder thematisierte „strukturierte Dialog“ bei der Aufarbeitung der Erhebungsergebnisse wird dabei von der BAQ unter Wahrung datenschutzrechtlicher Belange individuell mit regionalem Bezug bei hoher Akzeptanz und sehr positiven Rückmeldungen aus den Krankenhäusern realisiert.



Ärzttekammer Berlin: „Berliner Konzept“ QS in der Transfusionsmedizin – externe Audits



ÄRZTEKAMMER BERLIN

2001 hat der Vorstand der Ärztekammer Berlin (ÄKB) das „Berliner Konzept“ für die Durchführung der Qualitätssicherung gemäß den Richtlinien der BÄK zur **Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und Anwendung von Blutprodukten** beschlossen. In allen stationären und ambulanten Einrichtungen wird seitdem im Verlauf von jeweils drei Jahren ein Audit durchgeführt. Die ÄKB sammelt und bewertet die Protokolle der Audits. Die Ergebnisse werden im Rahmen der **jährlichen Erfahrungskonferenzen** mit allen Beteiligten beraten. Besonders häufig auftretende Mängel und Hinweise auf Informationsdefizite werden als Anregung für Fortbildungen genutzt und dienen der Weiterentwicklung des Projekts. Für den jährlichen Qualitätsbericht des Qualitätsbeauftragten der Einrichtung wurde ein einheitlicher Musterjahresbericht entwickelt.

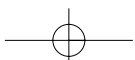
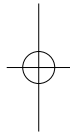
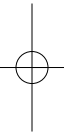
Zur Durchführung der Audits werden als Auditoren **Transfusionsbeauftragte, Transfusionsverantwortliche und Qualitätsbeauftragte** aus den beteiligten Einrichtungen in der ÄKB zwei Tage **geschult**. Jeweils zwei Auditoren besuchen eine Einrichtung. Das Audit wird dokumentiert. Bis 2007 wurden die Audits nach einem standardisierten Auditprotokoll durchgeführt. 2008 werden die Auditprotokolle erstmals von den Einrichtungen selbst ausgefüllt, an die Auditoren gesandt und von diesen ausgewertet. Anhand der Auswertung entscheiden die Auditoren welche konkreten Fragestellungen besondere Aufmerksamkeit erhalten sollen. Diese einrichtungsinternen Schwerpunkte nehmen etwa ein Drittel des Audits in Anspruch, allgemeine und jährlich auf der Erfahrungskonferenz festgelegte Schwerpunkte rund zwei Drittel.

Der Vorstand der ÄKB hat eine **fünfköpfige Fachgruppe zur Begleitung und Unterstützung des Projektes** eingesetzt. Die in der Richtlinie vorgegebenen 8/16-Stunden-Fortbildung für Transfusionsverantwortliche und -beauftragte, die 40-Stunden-Seminare für die Qualifizierung der Qualitätsbeauftragten und die 200-Stunden-Kurse „Ärztliches Qualitätsmanagement“ werden regelmäßig angeboten. Um die Akzeptanz der Ergebnisse der Audits zu sichern, werden Arbeitsgruppen etabliert (AG Auditprotokolle, AG Musterfortbildungen, AG Musterjahresberichte).

Wichtige Qualitätskriterien für einen erfolgreichen Ablauf des Projektes sind

- ▲ die Sicherung und Verbesserung der vorhandenen Qualität in den Einrichtungen,
- ▲ die kontinuierliche Verbesserung in Bezug auf die Ergebnisse für die Patienten,
- ▲ die kontinuierliche Verbesserung in Bezug auf die Ergebnisse für die Leistungserbringer,
- ▲ Akzeptanz, hoher Informationsstand und aktive Mitarbeit aller an dem Projekt Beteiligten.

Für die Durchführung der Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin müssen **erhebliche Ressourcen** durch die Einrichtungen und durch die Ärztekammer Berlin bereitgestellt werden. Das Projekt wird von Mitarbeitern der ÄKB bearbeitet. Zudem sind Finanzmittel zur Finanzierung von Schulungen und Aufwandsentschädigungen der Auditoren, für Ergebnisauswertungen, Informationsmaterial und für die Durchführung von Veranstaltungen nötig. Bis 2009 ist es der ÄKB jedoch gelungen, die Kosten durch das Einwerben von **Sponsoren** auf einem sehr niedrigen Niveau zu halten.



Landesärztekammer Brandenburg: Qualitätssicherung Betriebsärztliche und Rettungsmedizinische Versorgung

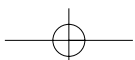
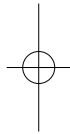
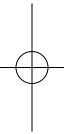


Über die gesetzlichen Qualitätssicherungsaufgaben hinaus befasst sich in der Landesärztekammer Brandenburg ein regelmäßig tagender Ausschuss mit Fragen der Qualitätssicherung und mit der Etablierung neuer Verfahren. In zwei dem Ausschuss unterstellten Arbeitsgruppen werden konkrete Projekte gezielt vorangebracht.

Die **Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung** sieht ihre wesentliche Aufgabe in der Sicherung einer qualitativ hochwertigen arbeitsmedizinischen Versorgung. Die betriebsärztliche Betreuung hat in unserem Gesundheitssystem eine **Sonderstellung**. Sie gehört weder zum stationären noch zum ambulanten GKV-System. Obwohl die Arbeitsmedizin wichtige Aufgaben im Bereich Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsberatung und Prävention und die gesetzliche Verpflichtung der Arbeitgeber zur arbeitsmedizinischen Betreuung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern nach dem Arbeitssicherheitsgesetz sicherstellt, sind die Möglichkeiten für die Durchsetzung der Interessen des Fachgebietes begrenzt. Es fehlt eine starke Lobby. Umso wichtiger erscheint daher die Unterstützung durch die Ärztekammer. Erschwerend kommt hinzu, dass durch das Fehlen einer verbindlichen Gebührenordnung der ökonomische Druck auf die einzelnen Arbeitsmediziner enorm ist. Teilweise stellt sich die Frage, wie mit den ausgehandelten Mitteln die Leistung in der gebotenen Qualität erbracht werden kann. Einen **Lösungsansatz** sieht die Arbeitsgruppe in der **Qualitätsdarlegung durch das Qualitätssiegel der Gesellschaft zur Qualitätssicherung in der betriebsärztlichen Betreuung (GOB)**. Daher setzen sich die Arbeitsgruppenmitglieder intensiv für diese Qualitätssicherungsmaßnahme ein. Auf Tagungen und Kongressen, in Qualitätszirkeln und sonstigen Veranstaltungen machen sie auf die Bedeutung der Qualitätssicherung aufmerksam. Den Arbeitgebern

wird erklärt, welcher Vorteil darin liegt, einen zertifizierten arbeitsmedizinischen Dienst zu wählen. Das Instrument des Qualitätssiegels, das maßgeblich durch den Vorsitzenden der Arbeitsgruppe mitgestaltet wurde, kann effektiv dazu beitragen die qualitativ hochwertige betriebsärztliche Betreuung zu erhalten und zu verbessern.

Die **Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Rettungsmedizin** befasst sich intensiv mit der Vorbereitung für eine landesweite Auswertung qualitätsrelevanter Daten. Zurzeit gibt es im Land Brandenburg mehrere **Insellösungen** zur Erfassung und Auswertung notfallmedizinischer Daten. Durch Gespräche mit dem zuständigen Ministerium und die Einbeziehung der Ärztlichen Leiter Rettungsmedizin hat die Arbeitsgruppe erfolgreich auf das Erfordernis einer **landesweiten Qualitätssicherung** aufmerksam gemacht. Die Arbeitsgruppe hat dazu konkrete Vorschläge von der organisatorischen Struktur bis zu detaillierten Inhalten unterbreitet. Unter anderem hat sie anhand von drei Tracer-Diagnosen – Apoplexie, akutes Koronarsyndrom und Reanimation – **Auswertungsroutinen** erarbeitet, die mit relativ geringem Aufwand wichtige Aussagen zur notärztlichen Versorgung treffen können. Angestrebt wird die verpflichtende elektronische Erfassung qualitätsrelevanter Daten, die zunächst nicht über den Datensatz des DIVI-Notarztprotokolls hinausgehen sollen. Die Auswertung soll in den jeweiligen Rettungsdienstbereichen unter der Verantwortung des Ärztlichen Leiter Rettungsdienst durchgeführt werden. Zusätzlich sollen die Daten landesweit zusammengeführt werden und durch eine geeignete Fachkommission bewertet werden. Auf Vorschlag der Arbeitsgruppe wurden daher Formulierungen in die geplante **Novellierung des Brandenburgischen Rettungsdienstgesetzes** aufgenommen, die eine elektronische Datenerfassung und eine landesweite Auswertung vorsehen.



Ärzttekammer Bremen: Patientenberatung und Weiterbildung

ÄRZTEKAMMER
BREMEN



KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Die Unabhängige Patientenberatungsstelle Bremen e. V. (UPB) steht seit dem 1. Januar 1998 für Patientinnen und Patienten zur Verfügung. Im Trägerverein sind neben der Ärztekammer, die Senatorin für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, die Krankenkassen, die Krankenhausgesellschaft, die Seestadt Bremerhaven, die Zahnärztekammer und die Psychotherapeutenkammer Mitglied. Die Anzahl der Beratungen ist seit der Errichtung der UPB stetig gestiegen. Das zeigt, dass die UPB von den Menschen anerkannt und zunehmend wahrgenommen wird. Auch im Jahre 2007 ist eine weiterhin ansteigende Inanspruchnahme zu verzeichnen. Die UPB hat zur Information der Öffentlichkeit eine **Homepage** eingerichtet (www.patientenberatung-bremen.de), in der Informationen über das Beratungsangebot, die Beratungsmöglichkeiten und die bisher geleistete Arbeit hinterlegt sind. Dem **jährlichen Tätigkeitsbericht** kann der Umfang der Gespräche und Beratungen entnommen werden. Dazu gehört ein Erfahrungsbericht der Mitarbeiterinnen, an den sich ein Bericht über die inhaltlichen Schwerpunkte der Beratungen anschließt. In diesem Kontext wird auch auf die aufgetretenen Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten eingegangen.

Die Ärztekammer Bremen nimmt zudem am **Projekt „Evaluation der Weiterbildung“** teil. Die Weiterbildung zum Facharzt dient der individuellen Spezialisierung nach der medizinischen Hochschulausbildung und insbesondere auch der Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung. In Zeiten des Nachwuchsmangels kann ein hochwertiges Weiterbildungsangebot einen Wettbewerbsvorteil für Kliniken und Praxen darstellen. Bislang hatten die Weiterbildungsbefugten keine Möglichkeit, ihre Bemühungen um eine gute Weiterbildung systematisch zu evaluieren. Es ist eine Kernaufgabe der Ärztekammern, die Weiterbildung der Fachärztinnen und Fachärzte von morgen langfristig sicherzustellen. Die Ärztekammer Bremen hat sich deshalb der Initiative der Ärztekammer Hamburg angeschlossen, die auf eine Darstellung der Weiterbildungssituation, sowohl aus Sicht der Weiterbildungsassistenten als auch der

Weiterbildungsbefugten abzielt. Dabei sollten **Stärken, Schwächen und Verbesserungspotenziale** aufgezeigt werden, um gemeinsam mit allen Beteiligten gezielte Maßnahmen einleiten zu können. In diesem Zusammenhang erschien auch der Vergleich zwischen den beiden Hansestädten interessant. Nicht zuletzt sollten zudem Mängel, die die Ärzteschaft nicht zu vertreten hat, deutlicher benannt werden können.

Die **Befragung der Weiterbildungsassistenten** in diesem Pilotprojekt fand in enger Anlehnung an das etablierte Erhebungsverfahren der Schweizer Ärztesellschaft FMH (Foederatio Medicorum Helvetico-rum) statt. Die FMH verfügt über eine inzwischen zehnjährige Erfahrung mit einmal pro Jahr stattfindenden Befragungen, der Erstellung von anschaulichen, abteilungsbezogenen Ergebnissen und deren Rückmeldung an die Weiterbildungsstätten. Die von der FMH mit der Durchführung des Projektes beauftragte Sozialforschungsstelle der Universität Zürich unter Leitung von Prof. Michael Siegrist übernahm auch die Auswertung der Bremer und Hamburger Daten. Von besonderem Interesse ist in Deutschland die Einschätzung der Weiterbildungssituation durch die Befugten unter den sich derzeit stark wandelnden Strukturbedingungen. Die Ärztekammer Hamburg hatte deshalb zusätzlich einen **Fragebogen für die Weiterbildungsbefugten** entwickelt. In Zusammenarbeit mit dem Datenverarbeitungsinstitut quant – Service für das Gesundheitswesen – wurde die Gesamtbefragung im Wesentlichen online durchgeführt. Durch dieses Vorgehen entfiel die manuelle Dateneingabe durch Dritte mit den damit verbundenen Fehlermöglichkeiten und hohen Kosten.

Die Ärztekammer Bremen hat sich entschieden, zunächst nur die an den Kliniken tätigen Assistenten und Weiterbildungsbefugte zu befragen. Der Präsident und Vorsitzende des Ausschusses „Ärztliche Weiterbildung“, Dr. Klaus-Dieter Wurche, hat diesen Anlass genutzt, alle Kliniken des Landes Bremen zu besuchen, um die Umfrage zur Evaluation der Weiterbildung vorzustellen. In diesem Rahmen konnten auch viele weitere Fragen zur Weiterbildung und zu

anderen Themen im persönlichen Gespräch geklärt werden. Schon im Vorfeld gab es hier **viel positive Resonanz** und wenige kritische Stimmen. In Hamburg sind auch in ambulanten Einrichtungen tätige Weiterbildungsassistenten und -befugte befragt worden.

Von den **Weiterbildungsassistenten** waren 89 Fragen zu beantworten, die sich in die folgenden Themenbereiche gliedern:

- ▲ Vermittlung von Fachkompetenzen (28 Fragen)
- ▲ Fehlerkultur (3 Fragen)
- ▲ Lernkultur (7 Fragen)
- ▲ Evidence-based medicine (4 Fragen)
- ▲ Entscheidungskultur (2 Fragen)
- ▲ Betriebskultur (4 Fragen)
- ▲ Führungskultur (6 Fragen)
- ▲ Globalbeurteilung (3 Fragen)

Weitere 14 Fragen befassen sich mit der Eigenaktivität, dem Weiterbildungskonzept, der Arbeitssituation und dem Arbeitszeitgesetz. Durch die Vergabe von nicht fortlaufenden sechsstelligen Befragungsschlüsseln war zum einen die Anonymität, zum anderen die Sicherheit, dass jeder Beteiligte nur einmal mitmacht, gewährleistet.

Der Fragebogen für **Weiterbildungsbefugte** beinhaltete 33 Fragen zu den Themen Wochenarbeitszeit und deren prozentuale Aufteilung auf verschiedene Tätigkeiten, Arbeitszeitgesetz und Vereinbarung mit der Weiterbildung, Weiterbildungskonzept, notwendige Rotationen, Einschätzung der Mitarbeiter und Budget für Fort- und Weiterbildung. Defizite und Anregungen zur Verbesserung der Weiterbildung konnten im Freitext formuliert werden.

Mit dieser ersten Umfrage liegt eine **informative Ist-Erhebung** mit vielen möglichen Anknüpfungspunkten vor. Im Vergleich zu Voruntersuchungen erscheinen die Ergebnisse realistisch. Es finden sich Unterschiede zwischen den einzelnen Fachgruppen, in einigen Punkten auch regional. Spannend ist der **Vergleich der beiden Gruppen Weiterzubildende/Weiterbilder**. Hier sind sowohl gute Übereinstimmungen der Aussagen festzustellen wie auch erhebliche Diskrepanzen in der Wahrnehmung. So können beispielsweise die Angaben zu den Arbeitszeiten, zur Aufgliederung der Wochenarbeitszeit in verschiedene Tätigkeitsfelder, zur Überstundendokumentation, zum theoretischen Weiterbildungsangebot, zum Fort- und Weiterbildungsbudget, zur Realisierung notwendiger Rotationen und zur Einschätzung der Folgen des Arbeitszeitgesetzes teilweise gut miteinander verglichen werden. **Das Vorhandensein von Weiterbildungsplänen (Curricula) wird hingegen sehr unterschiedlich eingeschätzt.** Bei einer nächsten Erhebung wäre ein noch besserer Abgleich der Fragen beider Gruppen wünschenswert.

Durch das Projekt ist die Qualität der Weiterbildung in den Fokus gerückt. Auch andere Landesärztekammern haben **großes Interesse an einer systematischen Evaluation** signalisiert. Vor einem nächsten Durchgang wären insbesondere Überlegungen anzustellen, wie die Akzeptanz und damit die Rücklaufquote verbessert werden kann. Neben der Veröffentlichung der Ergebnisse sind als nächste konkrete Schritte Beratungen in den Gremien vorgesehen. Zusätzliche Auswertungen unter bestimmten Fragestellungen sind möglich.

Ärztammer Hamburg: Qualitätsverbesserung der Weiterbildung/Pilotprojekt der Ärztekammern Hamburg und Bremen



**ÄRZTEKAMMER
HAMBURG**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Aus Sorge um die Qualität der Weiterbildung vor dem Hintergrund der DRG-Bedingungen, ökonomischen Rahmenbedingungen, des Nachwuchsmangels und der Abwanderung von jungen Ärzten startete der Ausschuss Qualitätssicherung der Ärztekammer Hamburg 2003 eine Qualitätsverbesserungsinitiative, der sich Bremen 2006 anschloss. Grundsätzlich dient die Weiterbildung zum Facharzt zwar der individuellen Spezialisierung nach der medizinischen Hochschulausbildung. Durch die Sicherstellung der Einhaltung von Standards kommt ihr aber insbesondere auch eine Rolle in der Qualitätssicherung späterer ärztlicher Berufsausübung zu. Bislang hatten die Beteiligten keine Möglichkeit, ihre Bemühungen um eine gute Weiterbildung systematisch zu evaluieren. Nun liegen erstmals Aussagen dazu vor. 44 Prozent der Befugten und 25 Prozent der Assistenten in Hamburg beteiligten sich an der Befragung.

Wichtigste Ergebnisse in Kürze

- ▲ Assistenten: 49,3% Frauen, 50,7% Männer.
- ▲ 88% zum Zeitpunkt der Befragung Vollzeit beschäftigt, 9% in Teilzeit mit mehr als 20 Wochenstunden, der Rest mit weniger als 20 Wochenstunden.
- ▲ Neun Prozent geben an, sie werden vom Chefarzt „weitergebildet“, 66 Prozent durch Oberärzte, die übrigen von erfahrenen Assistenten.
- ▲ Ein Drittel gibt an, dass die Weiterbilder pädagogische Kompetenzen vermissen lassen und 56 Prozent erhalten selten oder nie Rückmeldung „was sie bei ihrer praktischen Arbeit richtig oder falsch gemacht“ haben.
- ▲ 47 Prozent bemängeln zu wenig Zeit für die Klärung von Fragen. Die Hälfte findet, dass ihre Vorgesetzten nicht gut motivieren können.
- ▲ 63% geben an, selbst Beiträge zur Weiterbildung anderer zu leisten.
- ▲ 86% geben an, kaum oder gar nicht in Suchstrategien nach bester Evidenz unterrichtet zu werden.
- ▲ Zwei Drittel haben selbst keine Gelegenheit an wissenschaftlichen Publikationen zu arbeiten und/oder wollen das auch nicht.
- ▲ 83% besuchen Weiterbildungsveranstaltungen außerhalb der Regelarbeitszeit. 93% erhalten die Kosten nur teilweise oder gar nicht erstattet.
- ▲ 88% arbeiten auf der Basis lediglich mündlich (35%) oder gar nicht (53%) vereinbarter Ziele.
- ▲ Mehr als zwei Drittel geben an, über Entscheidungen, die ihre Weiterbildung betreffen, nicht ausreichend oder gar nicht informiert zu werden.
- ▲ Die Wochenarbeitszeit der Assistenten beträgt durchschnittlich 48 Stunden. 63% können ihre Arbeit kaum oder gar nicht in der vereinbarten Arbeitszeit erledigen. 70% fühlen sich durch administrative Aufgaben eingeschränkt. Ein Drittel empfindet negative Auswirkungen des Arbeitszeitgesetzes auf ihre Weiterbildung. Nur 56% können ihre Ruhezeiten häufig oder regelmäßig einhalten, ein Drittel gibt an, nach Bereitschaftsdiensten häufig oder regelmäßig weiterzuarbeiten und dies in 90% der Fälle im regulären Tätigkeitsfeld. Überstunden werden teilweise (38%) oder vollständig (51%) dokumentiert und zu 80% in Freizeit, Geld oder einer Mischform vergütet.
- ▲ 62% würden ihre Weiterbildungsstätte mit allenfalls leichten Einschränkungen weiterempfehlen. Ebenso viele sind mit ihrer Arbeitssituation einigermaßen bis sehr zufrieden.

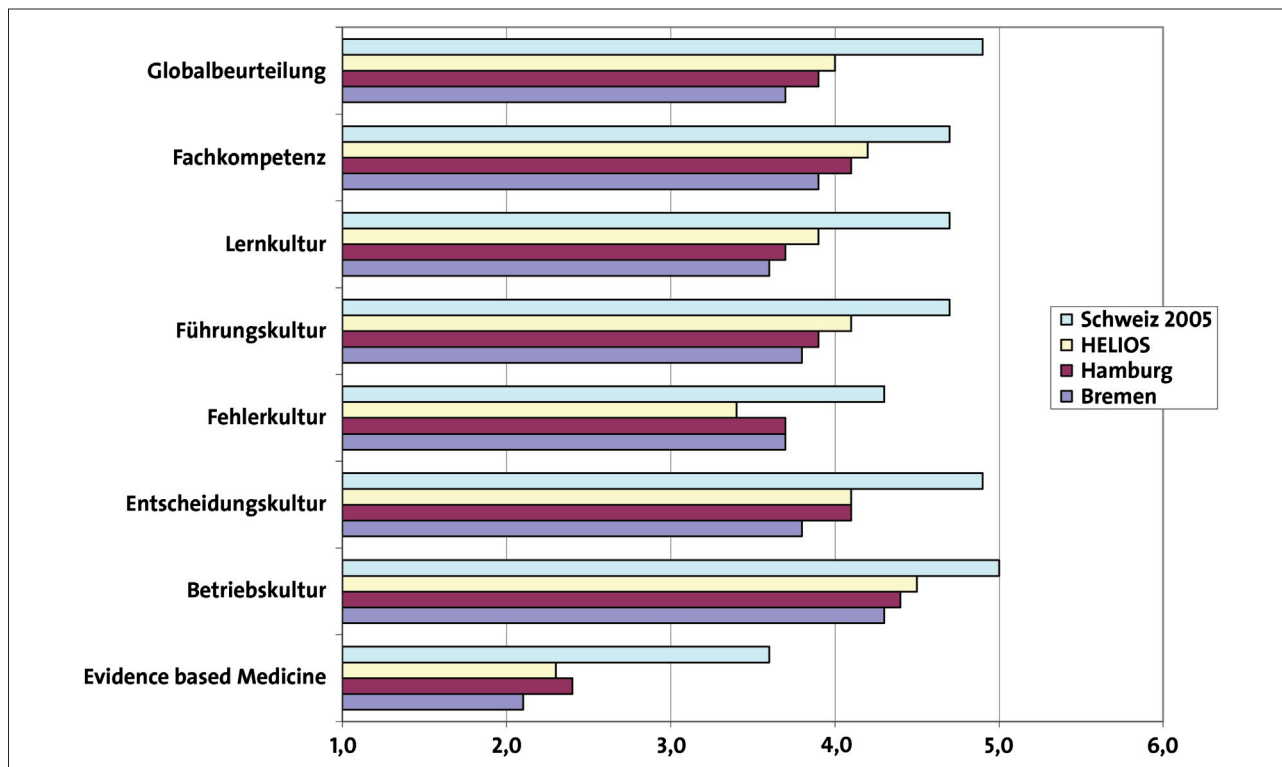
Eine Auswertung nach stationärer und ambulanter Tätigkeit zeigt bei der Beurteilung auf der Skala von 1 bis 6 Unterschiede von teilweise mehr als einer Einheit (Abb. 1). Ein Vergleich zwischen den Fachbereichen der konservativen und der operativen Medizin fällt weniger unterschiedlich aus. Die Unterschiede zwischen Hamburg und Bremen sind noch geringer. Da die HELIOS-Kliniken eine Untersuchung nach demselben Verfahren im DÄB (Jg. 104, Heft 5 v. 2.2.2007, S. A243–246) und die Schweizer ihre Ergebnisse in der Schweizerischen Ärztezeitung (2006; 87: 48, S. 2081–2083) veröffentlicht haben, ergeben sich folgende Vergleichsmöglichkeiten.

Die Mehrzahl der **Befugten** äußert, dass eine gute Weiterbildung innerhalb der tariflichen Arbeitszeit nicht mehr zu leisten sei. Mehr Ressourcen seien nö-

tig. Es wird deutlich, dass die Weiterbildung mit ihren Aspekten wie Vorhandensein und Einhaltung eines strukturierten Weiterbildungsplans, Sicherstellung der Rotationen, Vorhaltung aller diagnostischer Verfahren, Verfügbarkeit von ExpertInnen und der Durchführung von Karrieregesprächen nicht überall geleistet werden kann. Tendenziell werden die Assistenzärzte hinsichtlich ihrer Einsatzbereitschaft, Eigeninitiative und Motivation positiv eingeschätzt. So gibt nur eine Minderheit an, auf Assistenzärzte am liebsten ganz verzichten zu wollen und/oder mit einer reinen Facharztabteilung günstiger arbeiten zu können. Nach ersten Rückmeldungen von Weiterbildungsbefugten wird das **Befragungsprojekt tenden-**

ziell positiv aufgenommen. Es ergeben sich **vielfältige Ansatzpunkte zur Verbesserung.**

Die Ergebnisse der Befragung sind in Hamburger und Bremer Kammergremien zusammenfassend vorgestellt worden und werden aktuell noch bezüglich ihrer Konsequenzen weiter beraten. **Erste Anschlussprojekte sind gestartet.** Die anderen Landesärztekammern und die Bundesärztekammer wurden im Rahmen eines Symposiums im Juni 2007 in Berlin informiert. Das Interesse war so groß, dass für eine nächste Befragungsrunde mit einem **deutlich erweiterten Teilnehmerkreis von Landesärztekammern** gerechnet werden kann.



Landesärztekammer Hessen: Aufbereitung von Medizinprodukten



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Landesärztekammer Hessen hat eine **Vereinbarung mit dem Hessischen Sozialministerium (HSM)** über die Sachkenntnis von Arzthelfer(n/innen) und Medizinischen Fachangestellten für die Aufbereitung von Medizinprodukten in ärztlichen Praxen geschlossen. Fast alle ärztlichen Praxen verwenden Medizinprodukte und sind somit verpflichtet, auch die einschlägigen umfangreichen und für den einzelnen Arzt nur schwer überschaubaren Vorschriften und Richtlinien zu beachten. Eine ordnungsgemäße **Aufbereitung von Medizinprodukten** mit Blick auf deren funktionelle und hygienische Anwendungssicherheit ist aber auch eine **wichtige Voraussetzung ärztlichen Behandlungserfolges und ein Gebot des Patienten- und Anwenderschutzes**. Zur Aufbereitung gehören nicht nur Reinigung, Desinfektion und Sterilisation einschließlich der damit zusammenhängenden Arbeitsschritte, sondern auch die Prüfung und gegebenenfalls Wiederherstellung der technisch-funktionellen Sicherheit. Die Aufbereitung hat den allgemein anerkannten Regeln der Technik sowie den Arbeitsschutz- und Unfallverhütungs-Vorschriften zu folgen. § 4 Abs. 2 Satz 1 Medizinprodukte-Betreiber-Verordnung schreibt als wichtigste Anforderung vor, dass die Aufbereitung keimarm oder steril zur Anwendung kommender Medizinprodukte unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren so durchzuführen ist, dass der Erfolg dieser Verfahren nachvollziehbar gewährleistet und die Sicherheit und Gesundheit von Patienten, Anwendern oder Dritten nicht gefährdet wird. Eine ordnungsgemäße Aufbereitung wird dann vermutet, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut (RKI) und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) (nachfolgend als RKI-BfArM-Empfehlung bezeichnet) zu den „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ aus dem Jahre 2001 beachtet wird. Die Aufbereitung darf nur entsprechend qualifiziertem Personal übertragen werden, das auf Grund seiner Ausbildung und praktischen Tätigkeit über die erforderlichen

Sachkenntnisse bei der Instandhaltung von Medizinprodukten und über die hierfür erforderlichen Räume einschließlich deren Beschaffenheit, Größe, Ausstattung und Einrichtung, sowie über die erforderlichen Geräte und sonstigen Arbeitsmittel verfügt. Nach der Wartung oder Instandsetzung an Medizinprodukten müssen die für die Sicherheit und Funktionstüchtigkeit wesentlichen konstruktiven und funktionellen Merkmale geprüft werden, soweit sie durch die Instandhaltungsmaßnahmen beeinflusst werden können. Die mit solchen Prüfungen Beauftragten müssen ebenfalls die entsprechenden Voraussetzungen erfüllen und in ihrer fachlichen Beurteilung weisungsunabhängig sein.

§ 36 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes (IFSG) bietet den regional zuständigen Gesundheitsämtern seit 2000 die Rechtsgrundlage für die infektionshygienische Überwachung ärztlicher Praxen – auch in Form regelmäßiger gebührenpflichtiger Begehungen und ohne das früher erforderliche Vorliegen von Hinweisen auf eine aktuelle Gefahrensituation. Die **Gesundheitsämter** in Hessen führen seit einigen Jahren nach eigenem Ermessen in unterschiedlicher aber insgesamt zunehmender Intensität und Häufigkeit solche **Routinebegehungen** durch. Dabei wurden nicht selten auch **Mängel** hinsichtlich der für die Aufbereitung keimarm oder steril anzuwendender Medizinprodukte erforderlichen Sachkenntnis des Praxispersonals konstatiert und (unter Verweis auf die oben erwähnten RKI-BfArM-Empfehlung) der Nachweis einer Fortbildung nach Curricula der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV) gefordert. Selbst die Fortbildung „Ambulantes Operieren“ an der Carl-Oelemann-Schule (nachfolgend: COS) für Arzthelferinnen der LÄKH wurde nicht als ausreichende Qualifikation akzeptiert. Dies führte zu zahlreichen **Beschwerden und Hilferufen** betroffener niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowohl bei der COS als auch bei der Stabstelle Qualitätssicherung der LÄKH.

Um für diesen Bereich eine möglichst landeseinheitliche und für die Ärzte in Praxen transparente und berechenbare **Vorgehensweise der Überwa-**

chungsbehörden zu erreichen, gleichzeitig sicherzustellen, dass geltende Vorschriften beachtet und in einer mit dem Praxisalltag vereinbaren Weise umgesetzt werden und schließlich für Arzthelferinnen oder Medizinische Fachangestellte **geeignete Fortbildungen** anbieten zu können, haben sich das Hessische Sozialministerium (HSM) und die LÄKH in einem sehr konstruktiven Dialog auf eine gemeinsame Vorgehensweise geeinigt. Die zuständigen Fachreferate im HSM haben gemeinsam mit der LÄKH die **Ist-Situation in den Praxen analysiert** und ein **Fortbildungsprogramm erarbeitet**, um derzeit noch bestehende Defizite in der Sachkunde des Praxispersonales für die Aufbereitung von Medizinprodukten bis einschließlich der Risikogruppe „Kritisch B“ nach RKI-BfArM-Empfehlung der vertragsärztlichen Situation angepasst und innerhalb eines überschaubaren Zeitrahmens zu lösen. Angesichts der relativ großen Zahl der diese Qualifikation benötigenden Personen einerseits und der zur Verfügung stehenden begrenzten Kapazitäten der COS andererseits wurde die Umsetzung über einen Drei-Jahres-Zeitraum ab 01.01.2008 vereinbart. Spätestens ab 01.01.2011 soll dann in jeder Praxis, die steril anzuwendende Medizinprodukte aufbereitet, mindestens ein Mitarbeiter über die notwendige Sachkenntnis verfügen. Vorgesehen sind dafür unter anderem folgende Maßnahmen:

- ▲ Arzthelfer/innen bzw. Medizinische Fachangestellte mit abgeschlossener Berufsausbildung, die noch keine Fortbildung „Ambulantes Operieren“ absolviert haben, können – sofern sie in einem Eingangstest ausreichende einschlägige Grundkenntnisse nachweisen – die zur Aufbereitung von Medizinprodukten erforderliche Sachkenntnis in einem 30-Stunden-Kurs der COS erwerben. Über die erfolgreiche Teilnahme erhalten sie ein vom HSM und der LÄKH gemeinsam getragenes Zertifikat.
- ▲ Arzthelfer/innen bzw. Medizinische Fachangestellte, die bereits eine Fortbildung „Ambulantes Operieren“ an der COS absolviert haben, können durch einen 14-Stunden-Kurs an der COS die Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten hinzu erwerben. Zertifikat wie oben.
- ▲ Zukünftige Kurse „Ambulantes Operieren“ der COS werden 80 Stunden umfassen und die Sachkenntnis zur Aufbereitung einschließen.

Für die Zukunft wird in Abstimmung mit dem Ministerium davon ausgegangen, dass Medizinische Fachangestellte im Rahmen ihrer kompletten Ausbildung nach neuer Ausbildungsordnung bereits die erforderliche Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten in ärztlichen Praxen erwerben und dafür keine zusätzliche Fortbildung benötigen.

Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern: Qualitätssicherung in der Gynäkozytologie



Die Einführung der gynäkologischen Früherkennungsuntersuchung in Deutschland 1971 hat zu einer **deutlichen Reduktion der Inzidenz und der Mortalität des Zervixkarzinoms** geführt. Trotz des Präventionsprogramms mit der zytologischen Untersuchung als wesentlichem Bestandteil ist **seit den 90er Jahren die Erkrankungshäufigkeit nicht mehr wesentlich gesunken**. Nach Angaben des Robert-Koch-Institutes erkranken aktuell jährlich etwa 6.200 Frauen an einem Zervixkarzinom, im Jahr 2005 starben 1.626 Frauen daran. So steht die Frage nach der Qualität in der Zytologie auf der Tagesordnung.

Die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern hat eine **Richtlinie für die externe Qualitätssicherung in der gynäkologischen Zytodiagnostik** erlassen. Seit 1997 sind die zytologisch tätigen Einrichtungen verpflichtet, ihre Untersuchungsergebnisse an eine Qualitätssicherungskommission zu melden. Jede Patientin wird unabhängig vom Anlass der zytologischen Untersuchung nur einmal mit der höchsten PAP-Gruppe erfasst. Die jährliche Zusammenfassung erfolgt mittels einer Jahressammelstatistik als Vergleich zytologischer Befunde mit den Ergebnissen der histologischen Abklärung. Seit dem Jahr 2000 wird zusätzlich bei invasiven Zervixkarzinomen die **Screening-Anamnese** der betroffenen Frauen **analysiert**. Je nach der Teilnahme am Screening werden drei Gruppen unterschieden: regelmäßig = jährlich; unregelmäßig = nicht jährlich; gar nicht = ohne Untersuchung in den letzten fünf Jahren vor Diagnosestellung. Seit 2002 gehen zusätzlich zu diesen Daten der Ergebnisqualität Parameter zur Prozess- und Strukturqualität in die Auswertung ein. Jährlich wurden etwa 400.000 Frauen untersucht, sodass bisher **mehr als vier Millionen zytologischer Befunde ausgewertet** werden konnten. Bei einer weiblichen Bevölkerung von rund 740.000 Frauen über 18 Jahren lässt sich eine Teilnehmerate von etwa 55 Prozent pro Jahr errechnen. In der Literatur wird für erfolgreiche Screening-Programme eine Erfassungsrate von mindestens 80 Prozent gefordert. **Auffällige zytologische Befunde** ab Gruppe III wurden in 1,25 Prozent der Fälle erhoben. In etwa einem Viertel dieser Fälle erfolgte die

operative Klärung, das entspricht 0,33 Prozent aller untersuchten Frauen. Bei insgesamt etwa 6900 Patientinnen wurde eine Zervikale Intraepitheliale Neoplasie Grad 3 histologisch gesichert. **519 Zervixkarzinome** wurden in den Jahren 2000 bis 2006 von den zytologisch tätigen Kollegen registriert. 55 Prozent der Frauen mit Karzinomen waren in den letzten fünf Jahren vor Diagnosestellung gar nicht zytologisch untersucht wurden, weitere 30 Prozent nur unregelmäßig. Angaben zum Tumorstadium erbrachten folgende Ergebnisse: Stadium pT1 wurde bei 71 Prozent der Patientinnen diagnostiziert. Die höheren Stadien ab pT2 waren vor allem bei Nicht-Teilnehmerinnen nachweisbar (108 von 132 Fällen). Um unsere Daten auf Vollständigkeit zu überprüfen, haben wir für die Jahre 2004, 2005 und 2006 einen **Abgleich mit dem Krebsregister** vorgenommen. Dadurch konnten wir auch Frauen einbeziehen, deren Zytologie außerhalb unseres Bundeslandes erbracht wurde. Außerdem wurden Patientinnen erfasst, deren Karzinomerkrankung ohne vorherige Zytologie an die Tumorzentren gemeldet wurde. Für die ausgewerteten Jahre ergab sich eine fast identische Verteilung hinsichtlich der Screening-Anamnese: 60 Prozent Karzinome ohne vorangegangenes Screening, 31 Prozent mit unregelmäßiger Untersuchung und neun Prozent sogenannter „Screening-Versager“: Frauen mit Karzinomen trotz jährlicher Untersuchung. Bei diesen Patientinnen dominiert das Stadium pT1.

Wesentliche **Schlussfolgerung** aus unseren Daten: **eine Reduktion der Restinzidenz des Zervixkarzinoms kann am effektivsten durch eine höhere Teilnehmerate an der Früherkennungsuntersuchung erreicht werden**. Neue Screening-Methoden können die Inzidenz nicht wesentlich beeinflussen und noch weniger die Mortalität, da sie der großen Gruppe der Nicht-Teilnehmerinnen nicht zugute kommen würden. Unsere Bemühungen zur Qualitätssicherung und die dabei erhobenen **Daten** sind bundesweit auf großes Interesse gestoßen und **mehrfach publiziert** worden. Wesentliche Bestandteile unseres Verfahrens fanden Eingang in die neue Qualitätssicherungsrichtlinie der Kassenärztlichen Bun-

desvereinigung, die seit 01.10.2007 in Kraft getreten ist. Die Auswertung der Screening-Anamnesen bei invasiven Karzinomen wurde dabei leider nicht berücksichtigt.

Ärztammer Niedersachsen: Zentrum für Qualität und Management im Gesundheitswesen“ (ZQ)

äkn ärztammer
niedersachsen

Das ZQ wurde 1996 – damals unter dem Namen Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen – als Einrichtung der Ärztekammer Niedersachsen etabliert. Seither steht mit dem ZQ erstmals innerhalb einer Ärztekammer ein **Dienstleistungsbetrieb** bereit, der allen Berufen und Institutionen im Gesundheitswesen als **Kompetenzzentrum** offen steht. Das Spektrum an Verfahren und Projekten zur Qualitätsverbesserung, Qualifizierungsangeboten, Seminaren und Befragungen ist breit gefächert. Gerade ist es um ein **innovatives Vorhaben** erweitert worden, die **CF-Qualitätsentwicklung**.

Das bis Ende 2007 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderte Projekt „Benchmarking in der Mukoviszidose-Versorgung“ und das Pilotprojekt „Sozialoffensive Mukoviszidose“ sind zwei Projekte der Vorjahre, die nun als „CF-Qualitätsentwicklung“ (CF = cystic fibrosis = Mukoviszidose) zur nachhaltigen Umsetzung in der Routineversorgung bei Mukoviszidose zusammengefasst werden. **Das Gesamtkonzept** zielt darauf, mit der Einführung und stringenten Nutzung von Methodik, Werkzeugen und Strategien des Qualitätsmanagements die ergebnisorientierte und prospektiv geplante Vorgehensweise bei der Versorgung dieser chronisch-kranken Patienten weiter zu verbreiten und damit eine **Beschleunigung der Qualitätsentwicklung in der Mukoviszidosebehandlung** zu erreichen. Das neue Projekt setzt auf dem etablierten bundesweiten Verfahren „Qualitätssicherung Mukoviszidose“ auf, das vom Grundkonzept als ein Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen angelegt ist. Dieses wird seit 1995 mit zirka 100 beteiligten CF-Ambulanzen, das heißt mit mehr als 90 Prozent Flächendeckung bundesweit umgesetzt. Alle Projekte werden vom Mukoviszidose e.V. finanziell gefördert.

Die Methodik des **Benchmarking** wird im ersten Teilprojekt als Ergänzung zur Qualitätssicherung Mukoviszidose etabliert. Mit dem Ansatz „**Lernen von den Besten**“ sollen optimierte Versorgungsprozesse und -strukturen zur intensiveren Qualitätsverbesserung entwickelt werden und somit möglichst viele Einrichtungen zur Erreichung der identifizierten und konsentierten Benchmarks gebracht werden. Eine

wichtige Basis bilden dabei die Ergebnisse aus dem früheren BMG-Benchmarkingprojekt: Zwölf CF-Ambulanzen, zusammen mit insgesamt rund 1.500 Patienten hatten in drei PDCA-Zyklen mit Hilfe von etablierten Ergebnis-Indikatoren (u.a. Lungenfunktion, körperlicher Status, Infektionsstatus, Antibiotikatherapie, Lebensqualität) konsequent das zyklische Messen, Bewerten, Modifizieren und Umsetzen zur Qualitätsverbesserung erlernt und angewandt. Die besondere methodische Herausforderung bestand dabei in der Bewertung einer chronischen Erkrankung, mit letztendlich „fatalem“ Ausgang, im sehr unterschiedlichen Vitalstatus der Patienten und der oft erst längerfristigen Wirkung von Maßnahmen. Das Spektrum der **Maßnahmen** reichte von der Veränderung des Einbestellungsmodus, der Vereinheitlichung der Diagnostik (Lungenfunktion, Labor etc.), der Etablierung strukturierter Teamrunden, der Einführung von Dokumentationsstandards (u. a. „Therapiekalender“) bis zu ersten Ansätzen der Therapieoptimierung. Während bei Projektende für alle versorgten Patienten zusammen nur geringe Ergebnisverbesserungen festgestellt wurden, konnten für einige Patientengruppen **in einzelnen Ambulanzen durch die Maßnahmen deutlich bessere Ergebnisse** erzielt werden.

Nun wird die auf Kennzahlen basierende, geplante und ergebnisorientierte Arbeitsweise auf zwei Benchmarking-Gruppen (25–30 Einrichtungen, ca. 2.700 Patienten) zu verschiedenen Themenschwerpunkten (u. a. Antibiotikatherapie) ausgedehnt. Die dabei entwickelten Maßnahmen werden dann allen Ambulanzen der Qualitätssicherung Mukoviszidose systematisch und strukturiert zugänglich gemacht. Das ZQ ist für die methodische Gestaltung und Koordination dieses Projekts zuständig; die Medizinische Projektleitung hat Prof. Dr. Martin Stern, Universitätsklinikum Tübingen.

Das **Teilprojekt „CF-Sozialoffensive“** basiert auf einem Pilotprojekt 2006/2007, in dem mittels strukturierter (Telefon-)Interviews zum Sozialstatus der Familien und der Analyse der zugehörigen klinischen Daten für Patienten über 18 Jahren ein **starker Zusammenhang zwischen längerfristig schlechtem Vitalstatus und niedrigem Sozialstatus** belegt wer-

den konnte. In dem auf vorläufig zwei Jahre ausgelegten Projekt werden nun gezielt Interventionsstrategien für Kinder und Jugendliche mit anhaltend schlechtem Gesundheitszustand entwickelt. Es findet eine **strukturierte Identifikation dieser Patienten** durch die CF-Ambulanz mit zusätzlicher Unterstützung durch Daten aus der zentralen Qualitätssicherung statt. Während einer multiprofessionellen Teamsitzung, bei Bedarf mit externen Experten, wird ein **Interventionsprogramm** mit Zielsetzungen, Maßnahmenplan, Aufgabenpaketen, Verantwortlichkeiten, Zeitplan, Checkpunkten und Ressourcenplanung ausgearbeitet. Dieses Programm mit Aktivitäten, die oft das soziale Familienumfeld betreffen und

für die Ambulanzen allein nicht lösbar sind, wird mit Patienten und/oder Eltern abgestimmt und zuletzt für beide Seiten verbindlich vereinbart. Initiator und Projektleiter ist Prof. Dr. Horst von der Hardt aus Burgwedel. Die methodische Begleitung leistet das ZQ. Es steuert und überwacht auch die Maßnahmenpläne aller Ambulanzen und nimmt systematische Analysen und eine abschließende Evaluation vor. Ziel dieses QM-Ansatzes ist neben einer aktuellen Versorgungsunterstützung die Entwicklung genereller Präventivmaßnahmen zur Vermeidung derartiger Problemfälle. Ab Mai 2008 begann die Umsetzung für den ersten Jahrgang mit rund 120 Patienten.

Ärztekammer Nordrhein: Projekt zur Verbesserung der Verordnungssicherheit in der Arztpraxis



Seit Beginn 2007 widmet sich das **Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN)** der Frage der Sicherheit der Verordnung von Arzneimitteln. Das Projekt verfolgt das Ziel, Ärzte in Praxis und Klinik für die Relevanz und Problematik der Verordnungssicherheit zu sensibilisieren und Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Das Projekt gliedert sich in die folgenden Bereiche:

- ▲ **Sensibilisierung und Fortbildung**
 - **Fortbildungsveranstaltungen**, zum Beispiel: „Verordnungssicherheit im Alltag – wo liegen die Fallstricke?“, „Was tut man wenn ... – Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall“, „Adäquate Antikoagulation vor, bei und nach operativen Eingriffen“, „Die Gabe von Psychopharmaka bei Komorbiditäten – worauf muss man bei der Kombination mit Psychopharmaka achten?“
 - **Veröffentlichungen** im „Rheinischen Ärzteblatt“ und in „KVNo aktuell“ gehen auf die wichtigsten Fehlerursachen bei der Verordnung ein und besprechen Vermeidungsstrategien.
 - Die erarbeiteten Informationen werden zusätzlich in Form von **Informations-Flyern** übersichtlich zugänglich gemacht. In Arbeit sind Flyer zu den Themen „Unerwünschte Arzneimittelwirkungen – wann muss man was wie melden?“ und „Kommunizieren und Handeln nach einem Zwischenfall“
- ▲ **Identifizierung von Instrumenten zur Erhöhung der Verordnungssicherheit**
 - Vorstellung der gängigsten Software-Produkte zur Erhöhung der Verordnungssicherheit und Bewertung aus Sicht des IQN
 - Gezielte Befragung von Ärztinnen/Ärzten in der Praxis bezüglich Anforderungen, Bedürfnissen und Wünsche zur Alltagstauglichkeit
- ▲ **Definition eines Anforderungsprofils an computergestützte Verordnungssysteme** aus den Ergeb-

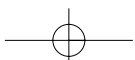
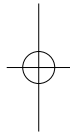
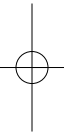
nissen von Produkt-Vorstellung und Befragung (in Planung)

- ▲ Förderung der sinnvollen **Einbindung computergestützter Verordnungssysteme in den Praxisalltag**

Das IQN veranstaltet zudem drei bis vier Mal pro Jahr Fortbildungen in Zusammenarbeit mit der **Gutachterkommission für ärztliche Behandlungsfehler (GAK)** mit dem Ziel, Ärztinnen und Ärzte anhand von Beispielen aus den Daten der GAK für **typische Mechanismen bei der Entstehung von Behandlungsfehlern** zu sensibilisieren. In den Veranstaltungen wird zu relevanten Vorwürfen aus medizinischer und juristischer Sicht Stellung genommen. Aktuelle Behandlungswege und -überlegungen werden diskutiert. 2008 wurde die 40. gemeinsame Veranstaltung mit der Gutachterkommission durchgeführt. Thema waren Indikationsstellung sowie Fehler und Gefahren bei der Schilddrüsenoperation am 12. November 2008 in Düsseldorf.

Weitere Themen im Berichtszeitraum waren unter anderem:

- ▲ Leistenhernie – Komplikationen und Fehler bei der Therapie
- ▲ Fehler und Gefahren bei der intravenösen Anwendung von – insbesondere gewebenekrotisierenden Therapeutika
- ▲ Das Wirbelsäulensyndrom – Fallstricke in der Differentialdiagnostik
- ▲ Katarakt-Operationen – was müssen vor- und nachbehandelnde Ärzte beachten?
- ▲ Adäquate Antikoagulation vor, bei und nach operativen Eingriffen
- ▲ Organisationsverschulden in Klinik und Praxis
- ▲ Kniegelenksendoprothetik – mögliche Fehler und Gefahren in der operativen und postoperativen Versorgung



Landesärztekammer Rheinland-Pfalz: Drittelparitätische Mitbeteiligung bei der externen vergleichenden Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V und Nachbefragung (Follow up) in der Schlaganfallbehandlung



Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Rheinland-Pfalz hat einen speziellen Weg für das Engagement in der externen **Qualitätssicherung** gewählt. Mit Inkrafttreten des § 137 SGB V, der im großen Maß eine bundesweite Qualitätssicherung eingeführt hat, hat die Landesärztekammer Rheinland-Pfalz in diesem Sektor eine drittelparitätische Mitbeteiligung angestrebt und erreicht. Zusammen mit den anderen Partnern, der Landeskrankengesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen und unter Beteiligung von Vertretern der Pflegeberufe wurde eine vertragliche Regelung geschaffen, bei der **gegen das mehrheitliche Votum eines der drei Vertragspartner keine Beschlussfassung möglich** ist. Für die externe vergleichende Qualitätssicherung wurde unter Beteiligung der Landesärztekammer eine GmbH gegründet. Sie nimmt alle organisatorischen Aufgaben wahr. Die Landesärztekammer ist als Drittpartner der **SQMed GmbH** für die gesamte **Umsetzung der Qualitätssicherung** zuständig und mitverantwortlich. Außerhalb der bundesweit einheitlichen Verfahren der Qualitätssicherung entsprechend den Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses betreut die GmbH auch die **Neonatalerhebung** und die **Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung** als Projekte auf Landesebene.

Wie in den anderen Bundesländern auch ist ein Schwerpunkt der externen vergleichenden Qualitätssicherung die Umsetzung der bundeseinheitlichen Verfahren. Von den für das Jahr 2008 festgesetzten 24 Leistungsbereichen waren acht sogenannte direkte Verfahren, die von der BQS bundesweit einheitlich für das gesamte Bundesgebiet betreut wurden. Dazu gehörten die Herzchirurgie (mit Koronar- und Klappenchirurgie) und die verschiedenen Transplantationen (Herz, Leber, Niere, Lunge, Pankreas). Zu den 16 indirekten Verfahren, die definitionsgemäß in den Aufgabenbereich der Länder und somit in Rheinland-Pfalz in den Aufgabenbereich der Geschäftsstelle Qualitätssicherung der SQMed GmbH fielen, gehörten die Herzschrittmacher-Erstimplantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-explantation, Karotis-Rekonstruk-

tion, Cholezystektomie, gynäkologische Operationen, Geburtshilfe, Hüftgelenksnahe Femurfraktur, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, -Wechsel und -Komponentenwechsel, Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation, Knie-Endoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel, Mammachirurgie, die Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI), ambulant erworbene Pneumonie und der Generalindikator Dekubitusprophylaxe.

Bei den Landesprojekten wurden **14 neonatologische Abteilungen/Kliniken** im Rahmen der Neonatalerhebung und **78 Abteilungen/Kliniken bei der Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung** betreut. Zu Letzterem wurde im Rahmen eines zeitlich befristeten Zusatzprojektes auch eine **Nachbefragung (Follow-up)** von Schlaganfallpatienten drei Monate und zwölf Monate nach dem Akutereignis durchgeführt. Ziel ist es, **mehr Informationen zur Ergebnisqualität** zu gewinnen, als es durch die relativ kurze Beobachtung des Krankheitsverlaufs während der stationären Behandlung möglich ist.

90 Tage nach Eintritt des Ereignisses sollten die Patienten nachbefragt werden, die vom 01.01.2006 bis zum 31.12.2007 durch das Landesprojekt „Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung“ erfasst wurden. Damit aus den Krankenhäusern eine Übermittlung der dafür erforderlichen Adressdaten erfolgen konnte, wurde **in Zusammenarbeit mit dem Datenschutzbeauftragten des Landes** ein generelles **Zustimmungsverfahren** mit Widerspruchserklärung nach Information entwickelt. Ein einheitliches Informationsschreiben samt Widerspruchsmöglichkeit wurde allen beteiligten Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Der **Fragebogen** enthält einige Fragen zu den aktuellen Lebensumständen und Medikationen, zu zwischenzeitlich zusätzlich erfolgten Krankenhaus- oder Reha-Behandlungen und einen Katalog von Fragen zu Fähigkeiten des täglichen Lebens, die so strukturiert sind, dass aus den Antworten der Barthel-Index ermittelt werden kann. Die Daten werden in einer Datenbank erfasst und Plausibilitätskontrollen unterzogen. Bei Unstimmigkeiten erfolgen gezielte Rückfragen. Die Nachbefragung erfolgt durch

Zusendung des Fragebogens mit Freiumschlag für die Rücksendung. Bei trotz Erinnerungsschreiben ausbleibender Antwort wird versucht, einen telefonischen Kontakt herzustellen. Scheitert die Postzustellung unter der angegebenen Adresse und ist auch telefonisch kein Kontakt möglich, wird eine Adressauskunft oder Information über ein eventuelles Versterben beim Einwohnermeldeamt eingeholt.

Aus dem Jahr **2006** konnten von insgesamt 11.027 Krankenhausfällen **8.652 Fälle** in die Nachbefragung einbezogen werden. Aus dem Jahr **2007** sind es, bedingt durch eine technische Umstellung, **6.040 von 12.249 vollstationären Behandlungsfällen**. Antworten liegen von 6.250 Fällen aus dem Jahr 2006 (Antwortrate: 72%) und bislang 5.293 des Jahres 2007 (vorläufige Antwortrate: 88%) vor. **Zusätzlich** zur 90-Tage-Nachbefragung wird ab dem 01.01.2008 eine **Nachbefragung** der Behandlungsfälle aus dem

Jahr 2007 **nach einem Jahr** vorgenommen, die sich des leicht angepassten Fragebogens für die 90-Tage-Nachbefragung bedient.

Die Fragebögen werden nach folgenden Kriterien ausgewertet:

- ▲ Tod innerhalb 90 Tagen
- ▲ Tod oder Abhängigkeit nach 90 Tagen
- ▲ Reinsult oder TIA binnen 90 Tagen nach Ereignis
- ▲ Reinsult oder TIA binnen 90 Tagen nach Ereignis mit Zustandsverschlechterung
- ▲ Herzinfarkt innerhalb von 90 Tagen nach TIA oder HI
- ▲ Re-Insult/TIA, Herzinfarkt oder Tod innerhalb von 90 Tagen
- ▲ Behandlung der arteriellen Hypertonie

Geplant ist, dass zur Auswertung Parameter für eine **Risikoadjustierung** herangezogen werden.

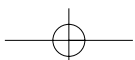
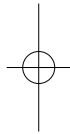
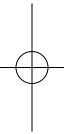
Ärzttekammer des Saarlandes: Verträge zur Qualitätssicherung



Die saarländischen Patientinnen und Patienten erhalten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich eine medizinische Versorgung, die qualitativ auf hohem Niveau angesiedelt ist. Die Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeiten teilen sich die ärztlichen Organisationen im Saarland. Während die Kassenärztliche Vereinigung für die Qualitätssicherung im ambulanten Bereich zuständig ist, widmet sich die Ärztekammer der Qualitätssicherung im stationären Bereich. Die ärztlichen Organisationen schaffen somit die Voraussetzung für eine patientengerechte, hochwertige, qualifizierte und wirtschaftliche medizinische Versorgung. **Im ambulanten Bereich unterliegen etwa 30 Prozent aller Leistungen, die gesetzlichen Krankenversicherten im Rahmen der ambulanten Behandlung zur Verfügung stehen, besonderen Qualitätssicherungsmaßnahmen.** In 40 Bereichen, beispielsweise der Koloskopie oder der Schmerztherapie, können Ärzte an der Versorgung nur dann teilnehmen, wenn sie bestimmten Anforderungen genügen. So müssen neben der fachlichen Qualifikation auch teilweise technische und organisatorische Voraussetzungen durch Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden. Damit wird sichergestellt, dass Leistungen, deren Ergebnis in hohem Maße von besonderen Qualitätsanforderungen abhängt, nur von entsprechend qualifizierten Ärzten angeboten werden. Die vielfältigen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden in einem **jährlichen Qualitätsbericht** zusammengestellt und aufgearbeitet.

Im stationären Bereich ist die Ärztekammer des Saarlandes in einem **vierseitigen Vertrag über die Qualitätssicherung in den saarländischen Krankenhäusern** mit den Verbänden der Krankenkassen im Saarland der Saarländischen Krankenhausesellschaft und dem Dachverband der Pflegeorganisationen Saarland eingebunden. Mit diesen Qualitätssicherungsverträgen wurden die Voraussetzungen geschaffen, dass einrichtungsübergreifende Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den saarländischen Krankenhäusern von den Vertragsbeteiligten einvernehmlich durchgeführt, ausgewertet und weiterent-

wickelt werden. **Die krankenhausesübergreifende Qualitätssicherung macht es möglich, die Qualität der Versorgung in den Kliniken laufend zu beobachten und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einzuleiten**, wenn sie nötig sind. Damit werden die krankenhausesinternen Anstrengungen um eine hohe Qualität der stationären Versorgung sinnvoll ergänzt. Auf Grundlage einer validen Datenbasis wird eine vergleichende Qualität der Leistungen in allen saarländischen Krankenhäusern vorgenommen. Dies gilt für Indikationsstellung, Leistungserbringung, Angemessenheit, Ergebnisqualität und die personellen und sachlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistung. Arzt, Pflegekräfte und Krankenhausleitung erhalten so die Möglichkeit, die Qualität der Behandlung und der Versorgungsabläufe zu beurteilen und den Behandlungserfolg zu sichern und gegebenenfalls zu verbessern. Ein **Qualitätsbüro**, eingerichtet bei der Saarländischen Krankenhausesellschaft, zeichnet für die organisatorische Durchführung verantwortlich. Es hat insbesondere die Aufgabe, Erhebungsinstrumente und Auswertungsroutinen für die Daten aus den Krankenhäusern zu erarbeiten, die beteiligten Kliniken und Fachabteilung zu beraten und die Daten für die Qualitätssicherungsmaßnahme aufzubereiten. Ein **Lenkungsausschuss**, in dem alle Vertragspartner vertreten sind, koordiniert die Maßnahmen der Qualitätssicherung und entwickelt sie weiter. Die **Entwicklung von Untersuchungskriterien und Qualitätsanforderungsprofilen** ist Aufgabe verschiedener Fachausschüsse. Diese führen auch die **Qualitätsvergleiche** durch und informieren den Lenkungsausschuss über die Ergebnisse der Auswertung. Werden aufgrund der Dokumentationen und Datenauswertung Auffälligkeiten oder Besonderheiten in einem Krankenhaus festgestellt, kann der Lenkungsausschuss **verschiedene Maßnahmen** veranlassen. Das Krankenhaus kann zur Stellungnahme aufgefordert werden. Es kann eine Beratung oder die Empfehlung von Fortbildungsmaßnahmen erfolgen, und es können Besprechungen mit dem im Krankenhaus Verantwortlichen stattfinden.



Sächsische Landesärztekammer: Rahmenbedingungen für die Weiterbildung in Sachsen – Ergebnisse einer Befragung von Facharztkandidaten



Die Situation von Weiterbildungsassistenten steht seit Jahren im Mittelpunkt zahlreicher Debatten auf Bundes- und Landesebene. Gerade die Veränderung der Arbeitsbedingungen zum Beispiel durch die Einführung der DRGs und die Umsetzung des einschlägigen Arbeitsgerichtsurteils des Europäischen Gerichtshofs haben häufig einen ungünstigen Einfluss auf die Konstellationen in der Weiterbildungsphase. Vor diesem Hintergrund und insbesondere nach der Diskussion zum Deutschen Ärztetag 2006 zu Kurzeitarbeitsverträgen hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer in seiner Sitzung im Dezember 2006 beschlossen, eine **anonyme Befragung von Weiterbildungsassistenten zur Zufriedenheit mit der Weiterbildung und den Rahmenbedingungen** über einen Zeitraum von einem Jahr durchzuführen. Vorausgegangen waren bereits Befragungen im Jahr 2003 durch den Ausschuss „Junge Ärzte“ und eine einmonatige Erhebung im Dezember 2005. Letztere zeigte auf einer Skala von 1 (sehr unzufrieden) bis 10 (sehr zufrieden) eine Zufriedenheit, die im Mittel bei 7 lag.

Der nun entwickelte Bogen für die Befragung im Jahr 2007 widmete sich auch dem **Thema Kurzeitarbeitsverträge**. So hatte der Deutsche Ärztetag 2006 festgestellt, „dass kurze und ultrakurze Laufzeiten von Arbeitsverträgen interkollegialem ärztlichen Verhalten widersprechen und eine Weiterbildung entsprechend der Weiterbildungsordnung nicht gewährleisten“. Darauf hat die Ärztekammer Sachsen alle Weiterbildungsbefugten im September 2006 in einem Schreiben hingewiesen. Auf Beschluss des Vorstandes wurden außerdem die Kriterien fehlender persönlicher und/oder fachlicher Eignung von Weiterbildungsbefugten ergänzt. Sie sehen nunmehr eine **Überprüfung der persönlichen Eignung des Weiterbildungsbefugten** vor, wenn das Arbeitszeitgesetz und/oder Gesetz über die Befristung von Arbeitsverträgen zum Zwecke der Weiterbildung verletzt wird.

Der **zweiseitige Fragebogen** zur Assistentenbefragung wurde in enger Abstimmung mit dem Aus-

schuss Weiterbildung entwickelt und vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer im Dezember 2006 verabschiedet. Neben Angaben zu Geschlecht und Alter wurde die Tätigkeitsstätte und der angestrebte Facharzt oder die Schwerpunktbezeichnung erfragt. Die Fragebögen wurden vor der Prüfung in der Sächsischen Landesärztekammer dem Facharztkandidaten ausgehändigt und konnten vor oder nach der Prüfung ausgefüllt in einen Stimmzettelbehälter gegeben werden. Auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6 konnten die Facharztkandidaten die Weiterbildungsmöglichkeiten während der regulären Arbeitszeit, die speziellen Weiterbildungsangebote des Weiterbildungsbefugten, die Möglichkeit zur Freistellung für die Inanspruchnahme externer Weiterbildungsangebote, die Betreuung durch den zuständigen Weiterbilder, die kollegiale Zusammenarbeit an der Weiterbildungsstätte und die Beratung durch die Sächsische Landesärztekammer bewerten. Die Erhebung zur Zufriedenheit mit der Weiterbildung (Auswahlmöglichkeiten von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“) wurde ergänzt durch eine Bewertung des Schwierigkeitsgrads für die Erfüllung der Richtlinien der Weiterbildungsordnung (von „angemessen“ bis „sehr hoch“). Zwei Fragen dienen dazu, die Problematik der Kurzeitarbeitsverträge zu erfassen, weitere widmeten sich der Vergütung und der Belastung mit Tätigkeiten, die nicht der Weiterbildung zuzuordnen sind.

Von den 467 im Jahr 2007 zur Prüfung ausgehändigten Bögen wurden **327 Fragebögen zurückgegeben und ausgewertet (Rücklaufquote 70%)**. Der größte Teil der anonym Befragten kam aus der Altersgruppe 30 bis 39 Jahre, etwas mehr als die Hälfte waren Frauen. Die Hälfte der antwortenden Weiterbildungsassistenten hatte ihre Weiterbildungszeit an Krankenhäusern (55 Prozent) absolviert. 29 Prozent der Weiterbildungsassistenten waren an Universitätskliniken, acht Prozent in der Niederlassung tätig. Die Daten zu den am häufigsten angestrebten Facharzttiteln sind der Tabelle zu entnehmen.

Angestrebte Facharztbezeichnungen (häufigste Angaben, absolut)

Allgemeinmedizin	32
Anästhesiologie	22
Arbeitsmedizin	7
Augenheilkunde	8
Chirurgie	24
Dermatologie	6
Gynäkologie/Geburtshilfe	19
Innere (mit Schwerpunkt)	78
Kinder- und Jugendmedizin	18
Labormedizin	7
HNO	8
Neurologie	10
Orthopädie/Unfallchirurgie	8
Psychiatrie/Psychotherapie	18

Ergebnisse

16 Prozent der Befragten waren mit ihrer Weiterbildung sehr zufrieden, 53 Prozent überwiegend zufrieden (Abbildung 1). Äußerst positiv wurde die **Kollektialität** während der Absolvierung der Weiterbildungszeit empfunden (38 Prozent sehr gut, 46 Prozent gut), die Weiterbildungsmöglichkeiten und spezielle Weiterbildungsangebote sowie die Möglichkeiten zur Freistellung für die **Inanspruchnahme externer Weiterbildungsangebote** wurden auf einer Schulnotenskala von über 50 Prozent der Befragten mit sehr gut oder gut beurteilt. Nahezu 70 Prozent beurteilten die Möglichkeit zur Freistellung für die Teilnahme an Kursen und Tagungen zur Nutzung exter-

ner Weiterbildungsangebote mit sehr gut (35 Prozent) oder gut (32 Prozent).

58 Prozent der Befragten empfanden die Vergütung während der Weiterbildung als angemessen, 35 Prozent als niedrig und weitere sieben Prozent als sehr niedrig. 68 Prozent der Befragten gaben an, über einen Arbeitsvertrag zu verfügen, der in seinem zeitlichen Umfang der erteilten Weiterbildungsbefugnis des Weiterbildungsbefugten entsprach. Diese Zahl entspricht der Angabe über die ausgestellten Kurzzeitarbeitsverträge: **70 Prozent hatten während ihrer Weiterbildung keine Kurzzeitarbeitsverträge**, wohingegen 27 Prozent aus unterschiedlichen Gründen mehrere Kurzzeitarbeitsverträge abschließen mussten. Nahezu 60 Prozent der Befragten gaben den Schwierigkeitsgrad für die Erfüllung der Richtlinien der Weiterbildungsordnung als angemessen an.

Erfreulich war die hohe Beteiligungsrate der Facharztkandidaten. Diese lässt sich auf die persönliche Aushandigung des Fragebogens zurückführen. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Bögen in einer Prüfungssituation ausgefüllt wurden. Die Zielgruppe umfasst **ausschließlich Facharztkandidaten**, das heißt Kolleginnen und Kollegen, die mindestens eine fünfjährige Assistenzarztzeit durchlaufen haben. **Insofern darf der geringe Anteil derjenigen, die mehrere Kurzzeitarbeitsverträge in Kauf nehmen mussten, als positiver Trend angesehen werden.** Unterschiede zwischen operativen und konservativen Fächern zeigten sich bei dieser Frage nicht. Als häufigste Gründe für mehrere Kurzzeitarbeitsverträge – im Übrigen überproportional an den Universitätskliniken – wurden Vorgaben des Arbeitgebers, Elternzeitvertretung und Arbeitsstellenwechsel angegeben. Die Weiterbildungsbedingungen wurden auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6 durch-

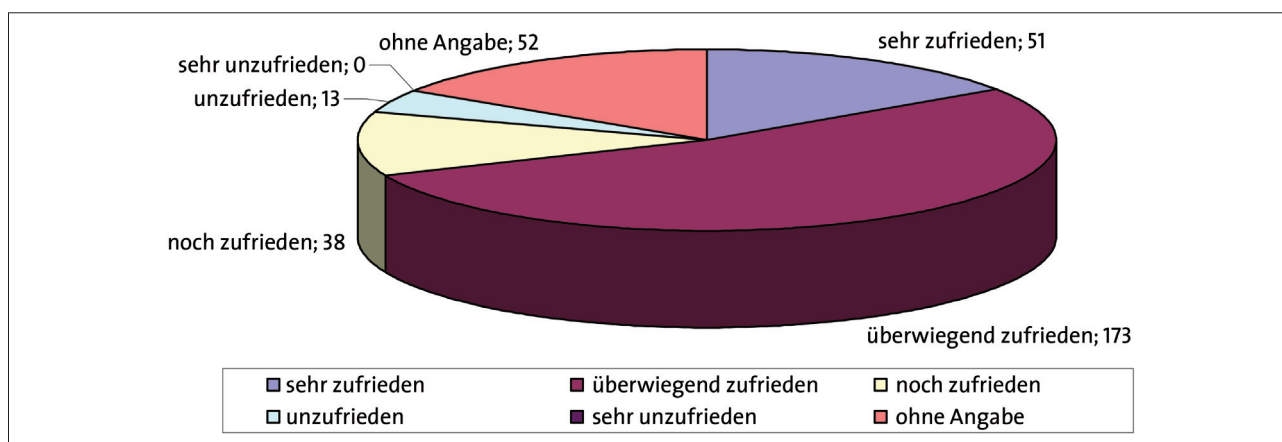


Abbildung 1: Zufriedenheit mit der Weiterbildung/Fragestellung: Wie waren Sie mit Ihrer Weiterbildung zufrieden? (Angaben in absoluten Zahlen)

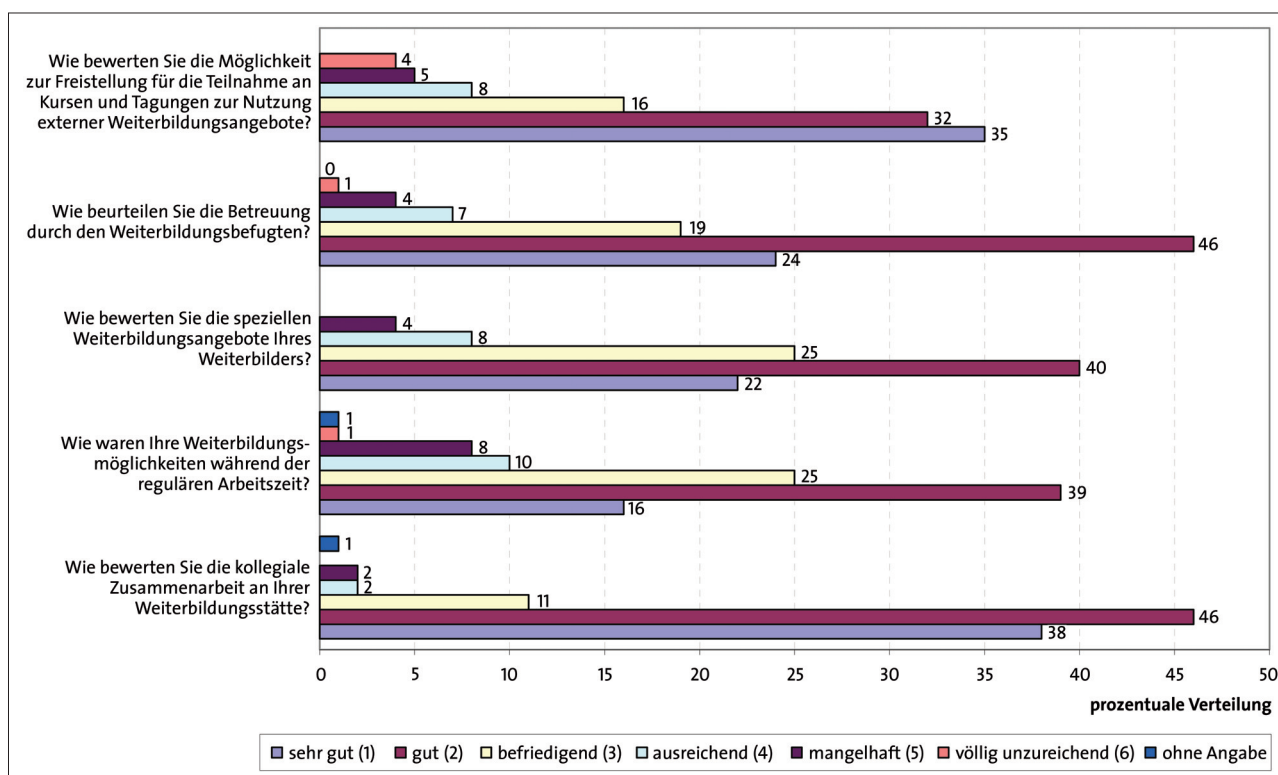
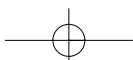
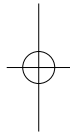
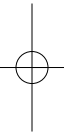


Abbildung 2: Ergebnisse (Prozentuale Verteilung auf Schulnotenskala 1 bis 6)

schnittlich gut bewertet. Mehr als die Hälfte der Befragten (57%) war mit zusätzlichen, über die Weiterbildung hinausgehenden Tätigkeiten belastet. 41 Prozent verneinten die Frage. Die Verteilung über Tätigkeitsstätten und Fachgebiete war nahezu gleich. Der Schwierigkeitsgrad für die Erfüllung der Weiterbildungsrichtlinien wurde von in operativen Fächern tätigen Kollegen häufiger als hoch empfunden als in konservativen Fachrichtungen. Die **Betreuung durch den Weiterbildungsbefugten** wurde durch die Befragten durchschnittlich mit 2,25 (Skalierung 1 bis 6) bewertet. Gerade die zum 1. Januar 2006 in Kraft getretene Weiterbildungsordnung sieht jährlich ein Gespräch zwischen Weiterbildungsbefugtem und Weiterbildungsassistenten vor. Es bietet den Weiterbildungsassistenten die Möglichkeit, auch im Sinne von

Zielvereinbarungsgesprächen über ihr Fortkommen in der individuellen Weiterbildung zu berichten und dies auch zu dokumentieren.

Die Sächsische Landesärztekammer plant **Veranstaltungen für Weiterbildungsassistenten** mit dem Ziel, frühzeitig über die Inhalte der Weiterbildung, Weiterbildungsgänge und Möglichkeiten über eine spätere Tätigkeit in der Patientenversorgung zu informieren. **Informationsveranstaltungen für Weiterbildungsbefugte** und Beratungen von Weiterbildungsbefugten runden das breite Angebot ab. Weiterbildungsassistenten können sich zudem bei Problemen in der Weiterbildung an die Ombudspersonen der Sächsischen Landesärztekammer wenden (E-mail: ombudsstelle@slak.de).



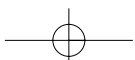
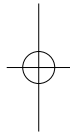
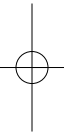
Ärzttekammer Sachsen-Anhalt: Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bei der Umsetzung der Richtlinie zur „Qualitätssicherung quantitativer laboratoriums- medizinischer Untersuchungen“



Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur „Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ schreibt eine **Nachweispflicht über die erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen** für jeden in der Labordiagnostik tätigen Arzt verbindlich vor. Es sind sowohl laboratoriumsmedizinische Untersuchungen im stationären als auch im ambulanten Sektor zu erfassen. In der vertragsärztlichen Versorgung sind quantitative Laborleistungen nur dann berechnungsfähig, wenn ihre Durchführung nach Maßgabe der Richtlinie der Bundesärztekammer erfolgt. Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung sind zwingender Bestandteil der einzelnen Leistung. Daher ist **sowohl für den stationären als auch für den ambulanten Bereich** die Teilnahme an vier Ringversuchen pro Jahr, wovon mindestens zwei erfolgreich absolviert sein müssen, nachzuweisen. Der für die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen Verantwortliche ist verpflichtet, der zuständigen Ärztekammer die ihm von der ausgewählten Referenzinstitution erteilten Teilnahmebescheinigungen und Ringversuchszertifikate einzureichen, wenn er sie nicht aufgrund vertragsärztlicher Regelungen der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zuleiten muss. Daraus ergeben sich regelhaft **Doppelzuständigkeiten**, zum

Beispiel bei ermächtigten Ärzten oder Tätigkeit als Laborarzt in einer Gemeinschaftspraxis der Niedergelassenen neben der Tätigkeit als Leiter eines Krankenhauslabors.

Um **Mehrfachmeldungen** der Ringversuchsteilnahme aufgrund dieser Konstellationen zu vermeiden, haben sich die Ärztekammer und die KV Sachsen-Anhalt auf ein gemeinsames Vorgehen verständigt, das entsprechend der im Folgenden erläuterten Vereinbarung umgesetzt wird. Alle Ringversuchszertifikate werden an eine gemeinsame Postadresse gesandt. Ein **gemeinsamer Abgleich auf Vollständigkeit** und die geforderte Anzahl an erfolgreich absolvierten Ringversuchen erfolgt in Abständen von drei Monaten durch die zuständigen Mitarbeiter beider Körperschaften. Seit dem Jahre 2004 können wir aufgrund dieser Maßnahme sowohl eine **Akzeptanzsteigerung** bei den Einsendern als auch eine **Effizienz-zunahme** gegenüber dem vorher üblichen Einzelabgleich bei jeder Körperschaft berichten. Darüber hinaus bietet diese gemeinsame Sammlung von Qualitätsdaten aus dem stationären und ambulanten Bereich die Möglichkeit, eine durchgängig durchgeführte und selbstverständliche **externe Qualitätssicherung belegbar** zu dokumentieren.



Ärzttekammer Schleswig-Holstein: Qualitätssicherung in der assistierten Reproduktionsmedizin



Die Etablierung der Methoden der assistierten Reproduktionsmedizin zur Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches brachte von Beginn an auch die Forderung der Öffentlichkeit nach Information und Transparenz in diesem hochsensiblen Bereich mit sich. Es galt unter anderem von Anfang an der Sorge Einhalt zu gebieten, dass die Krankheitshäufigkeit während der Schwangerschaft, oder die Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit in der Neugeborenenphase der durch assistierte Reproduktion entstandenen Kinder erhöht sein könnten. Schnell hatten die Reproduktionsmediziner erkannt, dass die Sammlung und die zuverlässige Auswertung der durch die Fortpflanzungsmedizin erzielten Ergebnisse und deren öffentliche Diskussion unerlässlich ist, wenn man die gesellschaftliche Akzeptanz der Fortpflanzungsmedizin als sichere und erfolgreiche Behandlungsform erhöhen und gleichzeitig Missverständnissen vorbeugen wollte.

In Deutschland bemüht man sich seit 1982, also bereits seit über 25 Jahren, um die Datenerhebung und -auswertung für die durchgeführten Behandlungen, erzielten Schwangerschaften und geborenen Kinder. Die ersten Arbeitsgruppen, die die Notwendigkeit einer solchen zentralen Datenerfassung erkannt hatten, waren noch universitäre Einrichtungen. Aus diesem freiwilligen Zusammenschluss der Einrichtungen entwickelte sich schließlich das **Deutsche IVF-Register (D.I.R.)**. Mit der Novellierung der Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion in Deutschland durch die Bundesärztekammer im Jahre 1998 war die Teilnahme am DIR für die reproduktionsmedizinischen Zentren schließlich verpflichtend geworden. Mittlerweile wirken **mehr als 120 Zentren** mit. Das DIR ist eine Einrichtung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG e.V.) mit eigener Geschäftsordnung. Es wird getragen von der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF e.V.) und dem Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren (BRZ). Seit 1996 ist die Ärztekammer Schleswig-Holstein Sitz der Geschäftsstelle.

Ab **1997** wurde bei allen am D.I.R. teilnehmenden Zentren ein **einheitliches Datenerfassungsprogramm** installiert. Es erlaubt die Eingabe vollständig dokumentierter Behandlungen. Der Fragenkatalog deckt alle relevanten Aspekte der Behandlung zur assistierten Reproduktion ab. Die Dateneingabe selbst kann in retrospektiver, sollte aber bevorzugt in prospektiver Form erfolgen. Damit der Behandlungszyklus als prospektiv erfasst gelten kann, muss die Anlage der Dokumentation innerhalb von acht Tagen nach Beginn der Stimulationsbehandlung erfolgen. Das Register versucht also, Kriterien wie sie aus prospektiven klinischen Studien her bekannt sind, auf die bundesweite Datenerhebung zu übertragen. Dies allein stellt schon ein wichtiges Qualitätskriterium dar. In den vergangenen Jahren konnten dabei immer **über 80 Prozent der dokumentierten Behandlungen in prospektiver Form erhoben** werden. Bezogen auf die sogenannten „Frischzyklen“ (ohne Kryo-Transferzyklen) liegt der Prozentsatz der prospektiven Zyklen sogar bei ca. 95 Prozent. Hinter diesen Fakten verbirgt sich eine enorme Anstrengung und Arbeitsleistung der einzelnen teilnehmenden Zentren. Mittlerweile ist von Vorstand, Kuratorium und Geschäftsstelle des D.I.R. ein **neues Programm (DIRpro) zur Erfassung der Behandlungsdaten und -ergebnisse** entwickelt und eingeführt worden. Diese datenbankbasierte Software wurde bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein programmiert. Sie verfügt über eine vorgelagerte Schnittstelle, die die **schnelle Umsetzung von Änderungen ohne großen Programmieraufwand** erlaubt. Die reproduktionsmedizinisch tätigen Zentren liefern ihre Daten zumeist quartalsweise an die Geschäftsstelle des D.I.R. Hier werden die Daten aller Zentren gesammelt und ausgewertet.

Um den Zentren eine **Rückmeldung** über Ihre Behandlungsergebnisse zu geben, erhalten sie regelmäßig **Kurzstatistiken**, die alle relevanten Daten in einer Baumstruktur aufzeigen. Darüber hinaus fließen die Daten des jeweiligen Zentrums in ein **Zentrumsprofil** ein, das sämtliche Behandlungsergebnisse in einer anonymisierten Übersicht aller Zentren einord-

net, so dass das Zentrum sehen kann, wo es sich im bundesweiten Vergleich befindet. Anhand dieser Auswertungen können sich auch Vorstand und Kuratorium des D.I.R. ein Bild von den Ergebnissen in den Zentren machen. Darüber hinaus können die Auswertungen in ähnlicher Form den Landesärztekammern zur Verfügung gestellt werden. Einmal im Jahr werden die Daten dann ausführlich statistisch aufbereitet und im **Jahrbuch des Deutschen IVF-Registers** der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Auch Sonderauswertungen zu speziellen Fragestellungen aus Politik oder Wissenschaft können erstellt werden.

Das D.I.R. kann mittlerweile nicht nur exakte Aussagen zur jeweils aktuellen Situation sondern auch einen ausgezeichneten **historischen Überblick zur Entwicklung der assistierten Reproduktion in Deutschland** geben. Verfolgt werden können die Entwicklungen in allen relevanten Fragestellungen von der Zahl der Behandlungen, über die Altersverteilung, die Stimulationsprotokolle, die Schwangerschaftsraten, bis hin zu den Geburten- und Abortraten. Während zum Beispiel 1982 nur 742 IVF-Behandlungen in fünf Zentren im gesamten damaligen Bundesgebiet durchgeführt wurden, wurden 1992 bereits 12.867 solcher Behandlungen registriert. Während 1993 die ICSI (intracytoplasmatische Spermieninjektion) in Deutschland noch nicht als Behandlungsmethode durch das D.I.R. registriert wurde, belaufen sich die Zahlen für 1995 auf 13.598 Zyklen und im Jahre 1998 auf 23.578 ICSI-Behandlungen pro Jahr. Bereits 1996 wurden erstmals mehr ovarielle Stimulationen für die ICSI als für die konventionelle IVF durchgeführt. Insgesamt konnte über die Jahre ein stetiger Aufwärtstrend bei den Behandlungszah-

len verzeichnet werden. Ein Rekordhoch wurde 2003 mit über 105.000 Behandlungen erreicht. 2004 sank diese Zahl allerdings auf 64.000 Zyklen. Hier spiegelt sich die Einflussnahme der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen wieder, die sich durch die Maßgaben des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes deutlich geändert haben. Der Negativtrend setzte sich auch in den darauf folgenden Jahren fort.

Insgesamt wurden **zwischen 1996 und 2006 über 671.000 Behandlungszyklen** an das D.I.R. gemeldet und ausgewertet. Beeindruckend ist dabei auch die Zahl der nach IVF, ICSI und Kryo-Embryotransfer-Zyklen geborenen Kinder: **104.674 Kinder erblickten zwischen 1997 und 2006 das Licht der Welt**. Dies entspricht in etwa der Einwohnerzahl von deutschen Großstädten wie Trier, Erlangen oder Hildesheim. Die **Schwangerschaftsraten** betragen nun rund 29 Prozent pro Embryotransfer bei IVF- und ICSI-Behandlungen. Die **Abortraten** liegen bei knapp 20 Prozent pro Schwangerschaft und Transfer. Darüber hinaus zeigt sich ein **kontinuierlicher Rückgang der Mehrlingsschwangerschaften**. In Anbetracht der Einschränkungen und Auflagen, die das Deutsche Embryonenschutzgesetz den Reproduktionsmedizinern macht, sind das sehr gute Behandlungsergebnisse, die sich auch im internationalen Vergleich behaupten können. Das Register liefert die deutschen Ergebnisse regelmäßig an das European IVF-Monitoring Programm (EIM), eine Initiative der ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) zur europaweiten IVF-Datensammlung. Hier stellt das DIR den größten Teilnehmer dar. Die Berichte des EIM zählen zu den weltweit meistzitierten Quellen im Bereich Reproduktionsmedizin.

Landesärztekammer Thüringen: Intensivstationen und Gewalt gegen Kinder

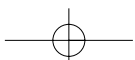
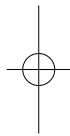
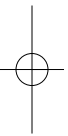


Seit das Projekt „**QS Intensivmedizin der LÄK Thüringen**“ gestartet wurde, hat sich die Zahl der teilnehmenden Krankenhäuser stetig erhöht. Es werden regelmäßig Datensätze eingebracht. Besonders erfreulich ist, dass sich inzwischen auch **mehrere Krankenhäuser aus anderen Bundesländern** aktiv beteiligen. Da mit der Erweiterung der Grundgesamtheit der gegenseitige Vergleich aussagestärker wird, ist diese Entwicklung sehr zu begrüßen. Der im Jahr 2007 perfektionierte **Internetauftritt** auf der Homepage der Landesärztekammer Thüringen gibt den teilnehmenden Kliniken die Möglichkeit in einem **Forum** kurzfristige Informationen und Vergleiche vorzunehmen. Die erfolgte Dokumentation wird grafisch unterstützt. Die wichtigsten Parameter (SAPS-II, TISS-28, Beatmungszeiten, etc.) werden auf einen Blick dargestellt, so ist neben der optischen Kontrolle auf Vollständigkeit der Dokumentation auch die Beurteilung des Parameterverlaufs möglich. Die Software erzeugt den **Datensatz für den Benchmarkprozess** und berechnet gleichzeitig den OPS-Code 8-980 „Intensivmedizinische Komplexbehandlung“, der in das Krankenhausinformationssystem (KIS) des Hauses zurückgespielt werden kann. Die Benchmarkdaten können direkt aus der Anwendung heraus übertragen werden. Die administrative Seite des Benchmarkservers stellt neben der Teilnehmerverwaltung (Kliniken oder Stationen), eine Benutzerverwaltung (Accounts) und eine Gruppenverwaltung zur Verfügung. Zusätzlich kann die LÄK teilnehmenden Kliniken oder Stationen das Recht einräumen, für Ihren Datenbereich eigene Accounts zu vergeben und diese zu administrieren. Um die Anonymität der Datenquellen zu gewährleisten, erhält jeder Teilnehmer von der LÄK Thüringen in Schriftform einen Teilnehmerschlüssel, der keinen Rückschluss auf das teilneh-

mende Haus zulässt. Im Rahmen einer Kooperation wird dem Wissenschaftlichen Arbeitskreis der DGAI die Mitarbeit im Koordinierungsausschuss angeboten. Gleichzeitig sichert die LÄK Thüringen zu, erforderliche Änderungen an den Softwarewerkzeugen und dem Benchmarkserver zur Unterstützung des „Minimalstandards“, ebenso wie für die Arbeit von Regionalgruppen eventuell wichtige „Trigger-Parameter“ erfassbar und online auswertbar zu gestalten.

Ein zweites zentrales Projekt der LÄK Thüringen ist der **Leitfaden für Ärzte „Gewalt gegen Kinder“**. Damit sollen die Wachsamkeit von Ärztinnen und Ärzten geschärft, ihre Kenntnisse zur Diagnose und Diagnosesicherung sowie der Rechtslage vertieft und erweitert und die Berufsgruppe ermutigt werden, couragiert in den nötigen Fällen einzugreifen. Insofern ist der Leitfaden ein **wichtiger Baustein zur Gewaltprävention**. Er enthält einen Serviceteil mit den Hilfseinrichtungen für Opfer und Angehörige sowie ein Verzeichnis der Beratungsmöglichkeiten in Thüringen. Im Hauptteil wird das Problem „häusliche Gewalt“ und die Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen und Professionen herausgestellt. Zudem wurden die rechtlichen Grundlagen eingearbeitet. Zum ärztlichen Vorgehen bei Gewalt gegen Kinder und Jugendliche sind folgende Punkte dargestellt:

- ▲ Gewalt in der Familie – ein gesellschaftliches Problem
- ▲ Was ist Gewalt gegen Kinder und Jugendliche
- ▲ Diagnostische Kriterien
- ▲ Ärztliches Vorgehen bei Misshandlungs- und Gewaltverdacht
- ▲ Problem der multiprofessionellen Kooperation
- ▲ Probleme von Ärzten im Umgang mit Kindesmisshandlung
- ▲ Defizite und Forderungen



Ärztammer Westfalen-Lippe: „Wer die Qualität anderer prüft, sollte seine eigene Qualität darlegen können“



Westfalen-Lippe
Ärztammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Das Ressort **Qualitätssicherung** der Ärztkammer Westfalen-Lippe nimmt eine Vielzahl unterschiedlichster Aufgaben wahr, die sich auf sechs Arbeitsbereiche verteilen. Für die Kammer selbst und externe Partner stellt es eine breite Palette von Dienstleistungen in Qualitätssicherung, Schulung, Qualitätsmanagement und Zertifizierung zur Verfügung. Insgesamt stehen für all diese Aufgaben **fast 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter** zur Verfügung. Unter den sieben FachärztInnen mit Qualitätsmanagement- und Auditorenqualifikation finden sich GesundheitswissenschaftlerInnen, Medizininformatiker, Gesundheitsökonominnen, EFQM-Assessoren und QEP-Trainer. Zu den Sachbearbeiterinnen der Abteilung zählen MTRA, Arzthelferinnen, Krankenschwestern, die ebenfalls teilweise über QM- und DIN-ISO-Auditorinnenqualifikationen verfügen.

„Wer die Qualität anderer prüft, sollte seine eigene Qualität darlegen können“, so lautete das Argument, mit dem der Kammervorstand 2004 beschloss, ein **Qualitätsmanagementsystem im Ressort Qualitätssicherung** einzuführen. Dabei fiel die Wahl auf das Qualitätsmanagementsystem nach **DIN EN ISO 9001:2000**. Hierbei handelt es sich zwar um eine Norm aus der Industrie, sie eignet sich aber auch hervorragend für den Dienstleistungssektor. Hintergrund der Entscheidung war, dass die Kammer von der Landesregierung den Auftrag erhalten hatte, die Zertifizierung für die Brustzentren in NRW zu übernehmen. Für die Einführung des QM-Systems hat es sich bewährt, auf die „Säulen des QM“ aufzubauen: **Prozessorientierung, Mitarbeiterorientierung, Kundenorientierung**. Dabei galt es, zunächst die laufenden Prozesse zu identifizieren, diese zu beschreiben und dann in Flussdiagrammen mit den einzelnen Arbeitsschritten und Zuständigkeiten zur Abbildung zu bringen. Das Ergebnis sind Verfahrensbeschreibungen und -anweisungen. Weil die Arbeitsprozesse den Mitarbeitern selbst gehören und nicht den Chefs, wurden sie auch von den Mitarbeitern selbst beschrieben und in einem QM-Handbuch zusammengefasst. Dabei gilt: So viel wie nötig und sinnvoll. Die Anforderungen der ISO-Norm müssen erfüllt sein und die tägliche Arbeit soll dadurch unterstützt wer-

den. Auch **Leitungsaufgaben** sind im QM-System klar definiert. Die wichtigsten: Das Kernstück der Leitungsaufgabe ist die einmal jährlich systematisch durchgeführte Bewertung der Ergebnisse. In diesem sogenannten **Managementreview** werden alle Zahlen und Ergebnisse aus dem abgelaufenen Jahr zusammengetragen und bewertet: Was haben wir erreicht, wo gab es Schwierigkeiten und wie soll es weitergehen? Dabei werden gleichzeitig auch Verbesserungsmöglichkeiten ausgelotet. Zudem werden **Verantwortlichkeiten** und Kompetenzen festgelegt. Mitarbeiter erwarten, dass die Leitung ihre Aufgaben zuverlässig erledigt, als Coach und Ansprechpartner zur Verfügung steht und die erforderlichen Ressourcen bereitstellt. Dazu gehören auch Mitarbeiter-Schulungen. Führung heißt aber auch, QM vorzuleben: QM hört schließlich nicht einen Meter vor dem Schreibtisch des Chefs auf. **Mitarbeiterorientierung** ist nicht nur ein gezielter Personaleinsatz unter Nutzung von Qualifikationen, Interessen und Fähigkeiten. Vielmehr steht ein Menschenbild dahinter, das von gegenseitiger Wertschätzung geprägt ist: „Keiner von uns ist so schlau wie wir alle zusammen!“ Im Dienst der **Kundenorientierung** wird den Mitarbeitern das Bewusstsein vermittelt, dass sie ihre Arbeit für die Kunden verrichten, die im Falle des Ressorts QS ja zumindest zum Teil „unfreiwillige“ Kunden sind. Eine ständige Verbesserung wird durch **kontinuierliche Anwendung des PDCA-Zyklus** erreicht. Dabei wird die Erreichung der Ergebnisse nicht dem Zufall überlassen, sondern die Prozesse werden geplant, durchgeführt, überprüft und dann ggf. Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet. Dazu tragen auch die jährlichen internen und externen Audits bei. Für ein funktionierendes **Fehlermanagement** bedarf es einer offenen Kommunikation untereinander über aufgetretene Fehler. Eine begleitende sorgfältige Fehleranalyse ist notwendig, um zukünftige Fehlervermeidung zu gewährleisten. Heute blicken wir auf vier Jahre QM-Aktivitäten im Ressort QS zurück (Erstzertifizierung 2005 und erste Rezertifizierung im April 2008). Mit Blick auf die vergangenen „QM-Jahre“ lässt sich folgender Nutzen beschreiben:

- ▲ QM erhöht die Transparenz der Arbeit nach innen und außen.
- ▲ QM macht Arbeitsprozesse verbindlich und effizient. Zuständigkeiten einschließlich Vertretungen sind eindeutig geregelt. Die Prozesse sind standardisiert, Abweichungen sind dann möglich, wenn sie sinnvoll erscheinen. Eine plausible Begründung ist allerdings immer erforderlich.
- ▲ QM ist eine Methode zur kontinuierlichen Verbesserung der Arbeit: Mit Qualitätsmanagement erhöhen wir die Chance, dass das Ergebnis unserer Dienstleistung eine gute Qualität aufweist und die Anforderungen unserer Kunden erfüllt werden.

Adressen und Ansprechpartner bei der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern für den Bereich Qualitätssicherung

Bundesärztekammer Dipl.-rer.soc. Manfred Brüggemann	Herbert-Lewin-Platz 1 10623 Berlin	Tel.: 030/400456-0 Tfx.: 030/400456-378	info@baek.de www.bundesaerztekammer.de dezernat3@baek.de
Landesärztekammer Baden-Württemberg Matthias Felsenstein	Jahnstr. 40 70597 Stuttgart	Tel.: 0711/769890 Tfx.: 0711/7698950	info@laek-bw.de www.laek-bw.de matthias.felsenstein@laek-bw.de
Bayerische Landesärztekammer Dr. med. J. W. Weidringer	Mühlbaurstr. 16 81677 München	Tel.: 089/4147-209 Tfx.: 089/4147-831	blaek@blaek.de www.blaek.de j.w.weidringer@blaek.de
Ärztekammer Berlin Angelika Mindel-Hennies Christa Markl-Vieto Estrada	Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Tel.: 030/40806-1000 Tfx.: 030/40806-1099 Tel.: 030-25932636 Fax: 030-40805-55-1400	kammer@aekb.de www.aekb.de a.mindel-hennies@aekb.de c.markl@aekb.de
Landesärztekammer Brandenburg Dr. med. Wolf Schmidt	Dreifertstr. 12 03044 Cottbus	Tel.: 0355/78010-0 Tfx.: 0355/78010-36	post@laekb.de www.laekb.de wolf.schmidt@laekb.de
Ärztekammer Bremen PD Dr. jur. Heike Delbanco	Schwachhauser Heerstr. 30 28209 Bremen	Tel.: 0421/3404-234 Tfx.: 0421/3404-209	info@aekhb.de www.aekhb.de heike-delbanco@aekhb.de
Ärztekammer Hamburg Dr. med. Carsten Leffmann	Humboldtstr. 56 22083 Hamburg	Tel.: 040/22802596 Tfx.: 040/2209980	post@aekhh.de.de www.aerztekammer-hamburg.de carsten.leffmann@aekhh.de
Landesärztekammer Hessen Dr. med. Roland Kaiser	Im Vogelsgesang 3 60488 Frankfurt	Tel.: 069/976720 Tfx.: 069/97672128	info@laekh.de www.laekh.de roland.kaiser@laekh.de
Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Dr. med. Holger Dietze	August-Bebel-Str. 9a 18055 Rostock	Tel.: 0381/492800 Tfx.: 0381/4928080	info@aek-mv.de www.aek-mv.de qualitaet@aek-mv.de
Ärztekammer Niedersachsen Dr. phil. Dipl.-Sozialwiss. Brigitte Sens	Berliner Allee 20 30175 Hannover	Tel.: 0511/38002 Tfx.: 0511/3802240	info@aekn.de www.aekn.de sens@zq-aekn.de
Ärztekammer Nordrhein Dr. Hans-Georg Huber, M.san.	Tersteegenstr. 9 40474 Düsseldorf	Tel.: 0211/4302-0 Tfx.: 0211/43021-1555	Aerztekammer@aekno.de www.aekno.de hghuber@aekno.de
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz Dr. med. Jürgen Hoffart	Deutschhausplatz 3 55116 Mainz	Tel.: 06131/288220 Tfx.: 06131/2882288	kammer@laek-rlp.de www.laek-rlp.de hoffart@laek-rlp.de
Ärztekammer des Saarlandes Michael Hoffmann	Faktoreistr. 4 66111 Saarbrücken	Tel.: 0681/40030 Tfx.: 0681/4003340	info-aeks@aeksaar.de www.aerztekammer-saarland.de

Sächsische Landesärztekammer Dr. med. Katrin Bräutigam Dr. med. Maria Eberlein-Gonska	Schützenhöhe 16 01099 Dresden	Tel.: 0351/82670 Tfx.: 0351/8267412	dresden@slaek.de www.slaek.de sekraegf@slaek.de maria.eberlein-gonska@ uniklinikum-dresden.de weiterbildung@slaek.de
Ärztekammer Sachsen-Anhalt Dr. med. Manuela Wolf	Doctor-Eisenbart-Ring 2 39120 Magdeburg	Tel.: 0391/60546 Tfx.: 0391/60547000	gf@aeksa.de www.aeksa.de pgs-quali@aeksa.de
Ärztekammer Schleswig-Holstein Cornelia Ubert	Bismarckallee 8-12 23795 Bad Segeberg	Tel.: 04551/8030 Tfx.: 04551/803180	aerztekammer@aeksh.org www.aeksh.de qs@aeksh.prg
Landesärztekammer Thüringen Ursula Liebeskind	Im Semmicht 33 07751 Jena-Maua	Tel.: 03641/6140 Tfx.: 03641/614169	verwaltung@laek-thueringen.de www.laek-thueringen.de beratungsstelle@ laek-thueringen.de
Ärztekammer Westfalen-Lippe Dr. med. Jochen Bredehöft	Gartenstr. 210-214 48147 Münster	Tel.: 0251/9290 Tfx.: 0251/9292999	posteingang@aekwl.de www.aekwl.de jochen.bredehoeft@aekwl.de

Abkürzungsverzeichnis

Abs.:	Absatz
AG:	Arbeitsgruppe
amb.:	ambulant
AWMF:	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄK:	Ärztekammer
ÄZQ:	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK:	Bundesärztekammer
BQS:	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
CT:	Computertomografie
DDG:	Deutsche Diagnostika Gruppe
DNEbH:	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
DIMDI:	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIN:	Deutsches Institut für Normung
EbM:	Evidenzbasierte Medizin
EFQM:	European Foundation for Quality Management
ET:	Embryotransfer
EU:	Europäische Union
G-BA:	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
gGmbH:	Gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HTA:	Health Technology Assessment
IQWiG:	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IvF:	In-vitro-Fertilisation
KBV:	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KTQ:	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LÄK:	Landesärztekammer
NNH:	Nasennebenhöhle/n
NVL:	Nationales Programm für Versorgungsleitlinien
QM:	Qualitätsmanagement
QS:	Qualitätssicherung
RöV und StrlSchV:	Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung
SGB V:	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung
stat.:	stationär
TEP:	Totalendoprothese
TFG:	Transfusionsgesetz
TPG:	Transplantationsgesetz
UA:	Unterausschuss
ZÄS:	Zentraler Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung
ZLG:	Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten

