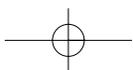
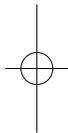
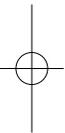


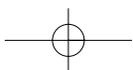
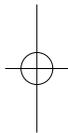
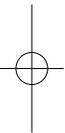


**Qualitätssicherung durch Ärztekammern
Qualitätsbericht von Bundesärztekammer und Landesärztekammern**

**Herausgeber: Bundesärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern**



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



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Abkürzungsverzeichnis	9
Einleitung	11
Qualitätssicherung als Aufgabe der Ärztekammern	11
Die Rolle der Bundesärztekammer	13
QS-Richtlinien der BÄK auf Basis bundesgesetzlicher Regelungen	15
Transfusionsmedizin	15
Transplantationsmedizin	15
Medizinproduktegesetz	16
Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung	16
Curriculäre Ärztliche Fort- und Weiterbildung in QS/QM	17
Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement	17
Curriculum Ärztliche Führung	17
Curriculum Evidenzbasierte Medizin (EbM)	18
Curriculum strukturierte medizinische Versorgung	18
Fortbildungskonzept Patientensicherheit	18
Kooperationen der BÄK zur Entwicklung und Umsetzung von QS und QM	19
Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)	19
Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)	20
Nationales Programm für Versorgungsleitlinien (NVL)	21
Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)	21
Zentraler Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung (ZÄS)	22
Deutsches Institut für Normung (DIN)	22
Deutsche Diagnostika Gruppe (DDG)	23
Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten (ZLG)	23
CIRSmedical Deutschland	23
Medical Error Reporting System – MERS	23
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.	24
Projektgruppe „Ärztliche Verfahrensbewertung“ (HTA)	24
Richtlinien zu QS/QM gem. SGB V	24
Aufgaben und Initiativen der Landesärztekammern	27
Einleitung	27
QS Fort- und Weiterbildungsangebote	27
Qualitätssicherung Hämotherapie	28
Qualitätssicherung Transplantationsmedizin	29
Ärztliche Stelle eingerichtet für Röntgendiagnostik	29
Ärztliche Stelle eingerichtet für Strahlentherapie	30
Ärztliche Stelle eingerichtet für Nuklearmedizin	30

Extern vergleichende Qualitätssicherung durch die Ärztekammern	31
Bundesweit verpflichtende QS-Leistungsbereiche nach § 137 SGB V	31
Zusätzliche QS-Leistungsbereiche auf Landesebene	32
Erprobung und Einführung neuer QS-Verfahren auf Landesebene	33
Einzelbeiträge der Landesärztekammern	35
Landesärztekammer Baden-Württemberg – Anästhesiologie übernimmt Vorreiterrolle	37
Bayerische Landesärztekammer – Schrittmacherfunktion und Riskmanagement	39
Ärztekammer Berlin – Das „Berliner Audit Modell“ zur QS in der Transfusionsmedizin	41
Landesärztekammer Brandenburg – Schnelle Entscheidungswege	43
Ärztekammer Bremen – Die unabhängige Patientenberatung	45
Ärztekammer Hamburg – Evaluation der Weiterbildung	47
Landesärztekammer Hessen – Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten	49
Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern – QS in der Gynäkozytologie	51
Ärztekammer Niedersachsen – Innovative Konzepte	53
Ärztekammer Nordrhein – Verbesserte Schlaganfallbehandlung	57
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz – Drittelparitätische Mitbeteiligung	59
Ärztekammer des Saarlandes – Verträge zur Qualitätssicherung	61
Sächsische Landesärztekammer – Peer Review Pathologie	63
Ärztekammer Sachsen-Anhalt – Ringversuche in der Labordiagnostik	65
Ärztekammer Schleswig-Holstein – Das Deutsche IVF-Register (D.I.R.): Qualitätssicherung in der Assistierten Reproduktionsmedizin	67
Landesärztekammer Thüringen – Externe Qualitätssicherung für Intensivstationen	71
Ärztekammer Westfalen-Lippe – Qualitätssicherung Onkologie	73
Ansprechpartner bei den Landesärztekammern für den Bereich Qualitätssicherung	75
Anhang: Leitlinien/Richtlinien/aktuelle Stellungnahmen der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung	77

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,

eine Gesundheitsreform jagt die andere. Der Sozialgesetzgeber schwankt zwischen Verstaatlichung der GKV-Regelversorgung und Umwandlung unseres Gesundheitswesens in einen von freiem Wettbewerb bestimmten Dienstleistungssektor. In dieser Umbruchsituation brauchen wir mehr denn je einen klaren Durchblick und fachlich unabhängige, von wirtschaftlichen Interessen freie Qualitätsvorgaben für die medizinische Versorgung.

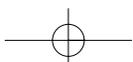
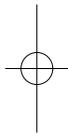
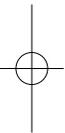
Mit der vorliegenden Broschüre wird erstmals ein zusammenfassender Überblick über die Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsmanagementinitiativen der Ärztekammern geschaffen. Die Ärztekammern erfüllen mit ihren Qualitätssicherungsprojekten einen öffentlichen Auftrag – fachkundig, patientenorientiert und versorgungsrealitätsnah, unberührt vom „Theaterdonner“ der Gesundheitsreformen auf Bundesebene. Qualitätssicherung lebt vom Engagement der Beteiligten und darf nicht nur ein politisches Lippenbekenntnis sein, sondern muss sich auf allen Ebenen der Versorgung beweisen. Die vorliegende Darstellung der verschiedenen Qualitätssicherungsaktivitäten der Ärztekammern auf Landes- und Bundesebene legt hiervon ein lebendiges Zeugnis ab.

Die Meinungen darüber, wozu Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement dienen sollen, gehen derzeit weit auseinander. Die einen sehen darin Instrumente der Kontrolle und Versorgungssteuerung, andere ein Marketinginstrument. Aus Sicht der Ärzteschaft müssen die Belange der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement gesehen werden, dies ist für uns eine unverhandelbare ärztliche Grundeinstellung.

Ich wünsche der Broschüre viele Leser und erhoffe mir hiervon den Eintritt in einen konstruktiven Dialog mit der interessierten Öffentlichkeit.

Ihr

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



Abkürzungsverzeichnis

Abs.:	Absatz
AG:	Arbeitsgruppe
AIDS:	erworbenes Immundefektsyndrom (englisch: Acquired Immune Deficiency Syndrome)
amb.:	ambulant
AWMF:	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄK:	Ärzttekammer
ÄZQ:	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK:	Bundesärztekammer
BQS:	Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung
COPD:	chronisch obstruktive Lungenerkrankung (englisch: chronic obstructive pulmonary disease)
CT:	Computertomografie
DDG:	Deutsche Diagnostika Gruppe
DNEBM:	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
GMG:	Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz GMG) vom 14. November 2003, Bundesgesetzblatt Jahrgang 2003 Teil I Nr. 55, ausgegeben zu Bonn am 19. November 2003, S. 2190-2258, http://www.bmgs.bund.de/downloads/GKV_Modernisierungsgesetz.pdf
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

Einleitung

Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement als Aufgabe der Ärztekammern

Im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns steht der Patient. Die Sicherung und kontinuierliche Verbesserung der Qualität der eigenen Arbeit zählt deshalb zum professionellen Selbstverständnis der Ärzteschaft. Dies betrifft auch die Identifikation von Risiken und Fehlerquellen im Sinne vorbeugender Maßnahmen. Verankert in den Heilsberufs- und Kammergesetzen der Länder, liegt die Zuständigkeit für die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung bei den Ärztekammern.

Zur Qualitätssicherung durch die Ärztekammern gehören die Qualifikation von Ärzten und Fachpersonal sowie die Ausstattung der Arbeitsstätte (Strukturqualität). Qualitätssicherung nimmt Einfluss auf die Abläufe in den verschiedenen Bereichen der medizinischen Versorgung und optimiert die Indikationsstellung sowie die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahme (Prozessqualität). Qualitätssicherung erstreckt sich insbesondere auch auf die Beobachtung und Prüfung der Ergebnisse diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen (Ergebnisqualität).

Voraussetzung der Qualitätssicherung ist die Bereitschaft zur selbstkritischen Überprüfung der diagnostischen und therapeutischen Prozesse. Qualitätssicherung führt zur Entdeckung von Qualitätsdefiziten bzw. Verbesserungspotentialen. Dies kann in der Regel nur funktionieren, wenn die Qualitätssicherung von den Betroffenen akzeptiert und von ihnen selbst ein- und durchgeführt sowie weiterentwickelt wird. Akzeptanz durch die Betroffenen ist eine wichtige Voraussetzung und Schlüssel zum Erfolg aller eingeleiteten Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Die Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern stellen die wichtigste Säule der Strukturqualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung dar. Des Weiteren verpflichtet die Berufsordnung die Ärztinnen und Ärzte, sich beruflich fortzubilden, um ihre Fachkenntnisse auf dem aktuellen Stand zu halten (vgl. § 4 Abs. 1 MBO). Auf Verlangen müssen Ärztinnen und Ärzte ihre Fortbildung gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen (vgl. § 4 Abs. 2 MBO). Das Fortbildungszertifikat der Landesärztekammern dient in der ambulanten Versorgung als Nachweis der Pflicht zur fachlichen Fortbildung für Vertragsärzte (§ 95d SGB V) sowie analog (§ 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V) als Nachweis für die Fachärzte im Krankenhaus.

Neben der generellen Verpflichtung zur Fortbildung schreibt die Berufsordnung auch die Teilnahme an speziellen, von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit vor (vgl. § 5 MBO).

Neben der Ordnungsfunktion übernehmen die Ärztekammern mit der Entwicklung und Durchführung 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 berufsgruppenübergreifenden Dialog. Sie stellen einen zentralen Bei-

Der Patient steht im Mittelpunkt ärztlicher QS/QM

3 Dimensionen von QS: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

QS/QM basiert auf Akzeptanz und Selbstkritikfähigkeit

Berufsrechtliche Kompetenz der Kammern für Weiterbildung und Fortbildung

Pflicht zur Teilnahme an QS/QM der Ärztekammern QS/QM als Beitrag zur kontinuierlichen Kompetenzentwicklung der Ärzte

**Adaption von
Qualitätssicherungs-
maßnahmen
durch den
Sozialgesetzgeber**

trag zur kontinuierlichen Weiterentwicklung der Kompetenzen des einzelnen Arztes („continuous professional development“) als auch der ärztlichen Profession als Ganzes dar.

Zahlreiche auf Landesebene entwickelte Maßnahmen zur Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung wurden zwischenzeitlich vom Sozialgesetzgeber aufgegriffen, so zum Beispiel das Verfahren der extern vergleichenden QS von Krankenhausleistungen. Seit 2001 sind nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom Sozialgesetzgeber dazu verpflichtet, an Maßnahmen der extern vergleichenden QS teilzunehmen (§ 137 Abs. 1 SGB V). Auch einrichtungsinternes Qualitätsmanagement, das maßgeblich im Rahmen eines vom BMG geförderten Projekts über die Zertifizierung von Krankenhäusern von der Ärzteschaft mitgeprägt und anschließend von vielen Krankenhäusern auf freiwilliger Basis eingeführt wurde, muss seit 2004 verpflichtend von allen – stationären und ambulanten – Leistungserbringern im GKV-System eingeführt und weiterentwickelt werden (§ 135a Abs. 2 SGB V).

**Ziel des
Sozialgesetzgebers:
Versorgungs-
steuerung durch
QS/QM**

Der Sozialgesetzgeber erwartet von der verpflichtenden Einführung von QS- und QM-Maßnahmen eine Steigerung von Effizienz und Wirtschaftlichkeit im GKV-System. Vor dem Hintergrund der anhaltenden Finanzierungskrise bzw. zunehmenden Ressourcenverknappung im GKV-System haben Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement einen Bedeutungswandel erfahren. Der Sozialgesetzgeber sieht hierin primär Instrumente der Versorgungssteuerung. Mit dem GMG von 2004 wurde ein „Wettbewerb um mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit“ ausgerufen, ein Weg, der laut Koalitionsvereinbarung mit dem GKV-WSG stringent weiterverfolgt werden soll. Den Krankenkassen wurde die Möglichkeit eröffnet, selektive Verträge abzuschließen. Zusätzlich sollen die GKV-Versicherten selber mehr Eigenverantwortung für ihre medizinische Versorgung übernehmen. Die Wahlfreiheiten der Versicherten im Hinblick auf die Art, Zugang zur GKV-Versorgung sowie finanziellen Selbstbehalt wurden erweitert. „Qualität“ und „Qualitätssicherung“ avancierten zu den am häufigsten genannten Begriffen in den Gesundheitsreformen der letzten Jahre.

**QS-Übernahme
durch den
Sozialgesetzgeber –
Doppelstrukturen,
Überbürokratisierung**

Problematisch hieran ist, dass die Übernahme von QS-/QM-Maßnahmen durch den Sozialgesetzgeber allzu häufig einmal zu einer Potenzierung von Dokumentationspflichten und Verwaltungsaufwand geführt bzw. zu der von allen Beteiligten – Ärzte, Patienten und Krankenkassen – beklagten Überbürokratisierung des Versorgungsalltags beigetragen hat. Der Dokumentation wurde dabei mehr Stellenwert eingeräumt als der konsequenten Bewertung und Ableitung notwendiger Maßnahmen. Der Bereich der so genannten Regelversorgung wurde überreglementiert. Gleichzeitig wurde vom Sozialgesetzgeber ein Schutzraum für neue Versorgungsformen und -verträge geschaffen, die der so genannten Regelversorgung langsam aber sicher die finanziellen Mittel entziehen, ohne dass klar ist, ob diese neuen Versorgungsverträge das international anerkannte hohe Qualitätsniveau der medizinischen Versorgung in Deutschland halten können oder nicht.

**QS/QM muss
patientenorientiert,
frei von wirtschaft-
lichen Interessen,
sachnah, fachkundig
erfolgen**

Wenn die Versichertenbeiträge im GKV-System der Qualität der Leistung und nicht allein dem Preis folgen sollen, bedarf es hierzu größerer Transparenz und allgemeinverbindliche, von wirtschaftlichen Interessen unabhängig definierte Qualitätsvorgaben. In Anbetracht der Umbruchsituation im deutschen Gesundheitswesen, die zwischen sozialgesetzlicher Überreglementierung der Regelversorgung und der Umwandlung des Gesundheitswesens in einen nach Wettbewerbskriterien agierenden Gesundheitsmarkt schwankt, sehen sich die Ärztekammern mehr denn je dazu motiviert, ihren öffentlichen Auftrag einer patientenorientierten und mit ärztlichem Sachverstand betriebenen Qualitätssicherung konsequent weiterzuverfolgen.

Die Rolle der Bundesärztekammer

Als Arbeitsgemeinschaft der Landesärztekammern stellt die Bundesärztekammer in den verschiedensten Gremien die Nahtstelle sowohl zwischen Bundes- und Landesebene, als auch zu den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften und ärztlichen Berufsverbänden dar. Auf der Basis verschiedener bundeseinheitlicher Regelungen ist die BÄK direkt eingebunden in die Entwicklung zahlreicher QS-Richtlinien. Die Bundesärztekammer unterhält gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), ist Gesellschafter der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS), sowie Gesellschafter der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen GmbH (KTQ). Als Repräsentant der verfassten Ärzteschaft arbeitet die BÄK u.a. mit im Forum Gesundheitsziele, im Kuratorium Health Technology Assessment (HTA) des DIMDI, im Aktionsbündnis Patientensicherheit, im Kuratorium des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und in verschiedenen anderen Gremien zu Qualitätsthemen in der Medizin (s. Abb. 1).

Bundesärztekammer verbindet die Landesebene mit der Bundesebene zu einem Netzwerk

Bundesärztekammer Vertretung der Ärzteschaft in Bundeseinrichtungen der Qualitätssicherung

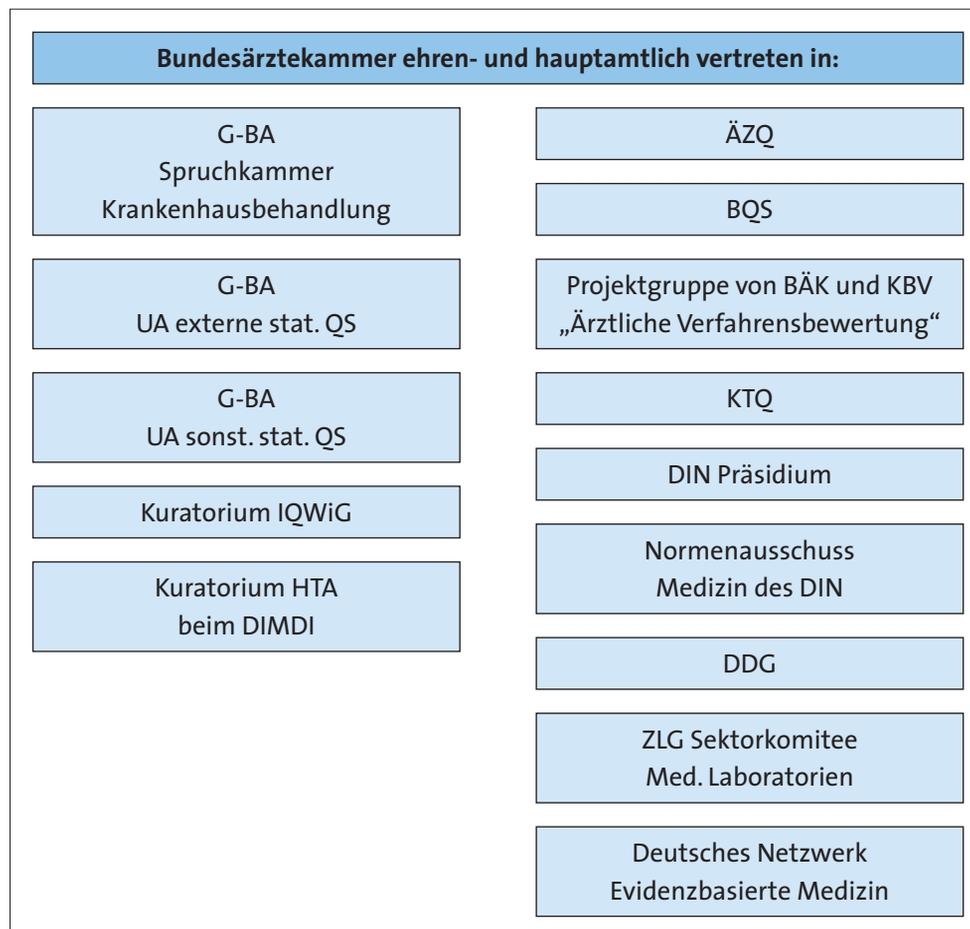
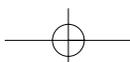
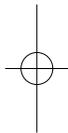
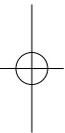


Abb. 1: Die Rolle der Bundesärztekammer



QS-Richtlinien der BÄK auf Basis bundesgesetzlicher Regelungen

Transfusionsmedizin

Seit 1998 obliegt es gemäß § 18 Transfusionsgesetz (TFG) der Bundesärztekammer, im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Anwendung von Blutprodukten festzustellen. Für QS-Maßnahmen ist eine Überwachung durch die Ärzteschaft vorgesehen, wobei mit der Einsetzung von Qualitätsbeauftragten seit 2001 zunächst ein System der Selbstkontrolle eingeführt wurde. Die ärztlichen Qualitätsbeauftragten für die Transfusionsmedizin sind den Landesärztekammern gegenüber auskunftspflichtig über die Einhaltung der nach der von der Bundesärztekammer herausgegebenen Richtlinie zur Hämotherapie vorgeschriebenen Qualitätsstandards. Verschiedene Landesärztekammern führen als freiwillige Weiterentwicklung der Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin Audit-Verfahren in diesem Bereich mit guten Erfahrungen durch.

Seit 2005 bieten die Ärztekammern einen von der Bundesärztekammer empfohlenen 40-Stunden-Kurs in Qualitätsmanagement in der Transfusionsmedizin an.

**Ärztliche
Qualitätsbeauftragte
für Transfusions-
medizin**

Transplantationsmedizin

Die Qualitätssicherung im Bereich der Transplantationsmedizin ist auf Bundesebene durch das Transplantationsgesetz (TPG) einerseits und das Sozialgesetzbuch (SGB) V andererseits in 2 verschiedenen Rechtskreisen geregelt. Aus § 137 SGB V entsteht für Krankenhäuser und damit auch für die Transplantationszentren die Verpflichtung zur Teilnahme an einrichtungsübergreifender vergleichender Qualitätssicherung. Auf der Grundlage der von der Bundesärztekammer im Jahr 2001 herausgegebenen Richtlinie zur Qualitätssicherung in der Transplantationsmedizin (§ 16 Abs. 1 Nr. 6 TPG) wurden zuerst für das Jahr 2004 Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Herztransplantation entwickelt. Die Umsetzung der nach SGB V vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Transplantationsmedizin erfolgte durch die von der Bundesärztekammer mit gegründete Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS). Im Verfahrensjahr 2007 sind alle Transplantationsleistungen vermittlungspflichtiger Organe (Herz, Lunge, Niere, Leber, Pankreas) von der Qualitätssicherung erfasst.

Auf Grundlage des TPG ist die Bundesärztekammer außerdem zuständig für die Entwicklung von Richtlinien über die Organspende, -vermittlung und -verteilung. Hierzu wurde von der Bundesärztekammer eine ständige Kommission für Angelegenheiten der Organtransplantation eingerichtet, die sich neben der Aufgabe der Richtlinienentwicklung für die Transplantationsmedizin Fragen der Förderung der Organspende und der regelmäßigen Information der Öffentlichkeit zu Fragen der Transplantationsmedizin widmet.

**Extern vergleichende
Qualitätssicherung in
der Transplantations-
medizin nach § 137
SGB V und der
Richtlinie der BÄK**

**Richtlinien der BÄK
über Organspende,
-vermittlung und
-verteilung**

Medizinproduktegesetz

Qualitätssicherung in der Laboratoriumsmedizin mit langer Tradition

Die Qualitätssicherung in der Laboratoriumsmedizin wurde ursprünglich im Jahr 1972 als freiwillige Maßnahme geschaffen und zwischenzeitlich in die Medizinprodukte-Betreiberverordnung übernommen. Nach der gesetzlichen Neuregelung, die eine nationale Umsetzungen von diesbezüglichen EU-Richtlinien darstellt, bleibt die Ärzteschaft für die Entwicklung von Richtlinien zur Qualitätssicherung medizinischer Laboratoruntersuchungen zuständig. Nach der jetzt gültigen Medizinprodukte-Betreiberverordnung bilden die Richtlinien der Bundesärztekammer die Grundlage für die Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen. Das zentrale Element in der Qualitätssicherung von Laboratoriumsuntersuchungen besteht nach der Richtlinie der Bundesärztekammer in der Durchführung von Ringversuchen. Die Aktualisierung der Richtlinie in 2007 sieht die Einführung eines systematischen Qualitätsmanagements in medizinischen Laboreinrichtungen vor.

Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung

Leitlinien der BÄK zu Röntgen und CT – Konkretisierung von Strahlenschutzanforderungen

Ebenfalls im Strahlenschutzrecht sind EU-Anforderungen in Form der Röntgen- und der Strahlenschutzverordnung in nationales Recht umgesetzt worden.

Die Bundesärztekammer hat aufgrund der Novellierung der Röntgenverordnung (RöV) 2004 je eine Arbeitsgruppe zur Überarbeitung der beiden Leitlinien zur QS in der Röntgendiagnostik und der Computertomographie eingesetzt. Die aktuellen Beratungen beziehen europäische Richtlinien, nationale und internationale Normen und den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik für die Novellierung ein. Wesentliches Moment wird auch weiterhin die Festlegung der Bildqualität nicht nur aus technischer, sondern aus medizinisch-ärztlicher Sicht sein.

Unabhängig von speziellen Regelungen wird die Bundesärztekammer auch zukünftig mit den Leitlinien Anforderungen an alle Betreiber von Röntgenanlagen und Computertomographen stellen.

Curriculäre Ärztliche Fort- und Weiterbildung in QS/QM

Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement

Seit dem Jahr 1996 gibt die Bundesärztekammer ein regelmäßig aktualisiertes Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement heraus. Es bildet die Grundlage für die seither von den Landesärztekammern angebotenen Kurse in Qualitätsmanagement für Ärzte. Im Unterschied zu den an industriellen Anforderungen orientierten Konzepten zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement versteht sich das von der AWMF und der KBV mit herausgegebene Curriculum der Bundesärztekammer als spezifisches Angebot für die besonderen Belange der medizinischen Versorgung, in deren Mittelpunkt immer der Patient gesehen werden muss.

Auch für das Gesundheitswesen gilt, dass Qualitätsmanagement mehr als die Addition vieler kleiner Teilschritte zur Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle bedeutet. Grundlage für die Wirksamkeit von Qualitätsmanagementsystemen ist das Verantwortungsbewusstsein jedes im Gesundheitswesen Tätigen für die Qualität der von ihm erbrachten Leistungen.

Das Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement fasst die in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung von Studenten und Ärzten zu beachtenden Aspekte zusammen. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement müssen wissenschaftlich begründbar und praktisch anwendbar sein. Der erfolgreich abgeschlossene 200-Std.-Kurs soll die Absolventen befähigen, Qualitätsmanagement mit spezifisch ärztlichen Inhalten patientenorientiert unter den Rahmenbedingungen des Versorgungsalltags umzusetzen.

Seit 2003 bildet die erfolgreiche Absolvierung des Kurses „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gemäß Curriculum der Bundesärztekammer die Voraussetzung für den Erwerb der Zusatzweiterbildung „Ärztliches Qualitätsmanagement“.

Die aktuelle Überarbeitung des Curriculums im Jahr 2006 erfolgte insbesondere im Hinblick auf Organisations- und Führungsverständnis, interprofessionelle Teambildung und Konzepte zur Patientenautonomie.

Insgesamt haben in den letzten 10 Jahren der Durchführung der Kurse mehr als 3 000 Ärztinnen und Ärzte diese erfolgreich absolviert.

Curriculum Ärztliche Führung

Wie beim Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement besteht die Zielsetzung des Curriculums Ärztliche Führung darin, ein Fortbildungsangebot spezifisch für das Gesundheitswesen zu schaffen. Leitenden Klinikärzten und Praxisinhabern wird in der derzeitigen Umbruchsituation unseres Gesundheitswesens eine Quadratur des Kreises abverlangt. Den Erwartungen an Unternehmenserfolg der Klinik oder Wirtschaftlichkeit der Praxis stehen begrenzte finanzielle und personelle Ressourcen, suboptimale Arbeitsorganisation und -bedingungen, zunehmende Demotivation und Stresssymptomatik bei den Mitarbeitern und Konflikte mit der kaufmännischen Geschäftsführung oder Vertragspartnern gegenüber. Dies macht die Vermittlung

Strukturierte Fortbildung der Ärzte in Qualitätsmanagement seit 1996

Besonderheiten von QM im Gesundheitswesen

Zusatzweiterbildung „Ärztliches QM“ seit 2003

Von Ärzten für Ärzte: Ausbau ärztlicher Führungskompetenzen als zentrales Element der ärztlichen Professionentwicklung

modernen Führungswissens u.a. über Organisationswandel, eine noch stärker am Patienten ausgerichtete Prozessorientierung sowie eine Steigerung von Kommunikations-, Kooperations- und Koordinationsfähigkeit erforderlich. Modernes Führungswissen und -können von Ärzten darf sich nicht auf betriebswirtschaftliches Know-how (DRG-Kenntnisse etc.) beschränken, sondern muss in hohem Maße auch psychosoziale Kompetenzen umfassen. Dies schließt die Schulung des eigenen Zeit- und Selbstmanagements einschließlich der Reflexion der eigenen Teamfähigkeit und der ärztlichen Burn-out-Problematik ein. Das Curriculum Ärztliche Führung wird im Jahr 2007 erstmals herausgegeben.

Curriculum Evidenzbasierte Medizin (EbM)

Vermittlung fundierter EbM- Kenntnisse

Dieses Curriculum bietet die methodische Basis, die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin systematisch und strukturiert zu lehren und zu lernen. Im Auftrag von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung wird dieses Curriculum seit 2002 gemeinsam vom ÄZQ und dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) herausgegeben.

Curriculum strukturierte medizinische Versorgung

Curriculum zu DMP aus ärztlicher Sicht

Das Curriculum strukturierte medizinische Versorgung ist seit 2003 unter Leitung des ÄZQ entwickelt worden und wird von der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam herausgegeben. Es thematisiert organisatorische und politische Rahmenbedingungen strukturierter Versorgung, z.B. Kooperationsformen zwischen haus- und fachärztlicher Ebene und zwischen ambulantem und stationärem Sektor. Einen besonderen Themenschwerpunkt stellt die Umsetzung von Disease-Management-Programmen aus ärztlicher Sicht dar.

Fortbildungskonzept Patientensicherheit

Befähigung zur Steigerung der Patientensicherheit durch Fortbildung

Grundlegend für die Prävention von Fehlern ist eine bei Ärzten und Pflegekräften entsprechend ausgeprägte Motivation und Fähigkeit, Fehlerquellen frühzeitig zu erkennen und mit wirksamen Maßnahmen Fehlerereignisse zu verhindern. Das ÄZQ hat deshalb ein „Fortbildungskonzept Patientensicherheit“ vorgelegt, das eine strukturierte und umfassende Handreichung zur Konzeption von Fortbildungsveranstaltungen im Bereich Patientensicherheit darstellt. Inhaltliche Schwerpunkte des Fortbildungskonzeptes beziehen sich auf die Förderung von Fehlerbewusstsein und Sicherheitskultur, die Stärkung kommunikativer Kompetenzen sowie die Befähigung der Akteure zur Steigerung der Versorgungssicherheit.

Kooperationen der BÄK zur Entwicklung und Umsetzung von QS und QM

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS)



Die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung wurde im Jahr 2001 gemeinsam von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung des Deutschen Pflegerates mit dem Ziel der Umsetzung der Qualitätssicherung nach § 137 SGB V gegründet. In § 137 SGB V wurden die ursprünglich von der Ärzteschaft auf freiwilliger Basis entwickelten Maßnahmen zur externen vergleichenden Qualitätssicherung von Krankenhausleistungen sozialgesetzlich verankert. Im Jahr 2007 müssen die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser für folgende Leistungsbereiche QS-Daten verpflichtend erheben:

- ▲ Ambulant erworbene Pneumonie,
- ▲ Aortenklappenchirurgie, isoliert,
- ▲ Cholezystektomie,
- ▲ Dekubitusprophylaxe (Pflege),
- ▲ Geburtshilfe,
- ▲ Gynäkologische Operationen,
- ▲ Herzschrittmacher-Aggregatwechsel,
- ▲ Herzschrittmacher-Implantation,
- ▲ Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation,
- ▲ Herztransplantation,
- ▲ Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation,
- ▲ Hüft-Endoprothesen und -komponentenwechsel,
- ▲ Hüftgelenknahe Femurfraktur,
- ▲ Karotis-Rekonstruktion,
- ▲ Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation,
- ▲ Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel,
- ▲ Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie,
- ▲ Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI),
- ▲ Koronarchirurgie, isoliert,
- ▲ Leberlebendspende,
- ▲ Lebertransplantation,
- ▲ Lungen- und Herz-Lungentransplantation,
- ▲ Mammachirurgie,
- ▲ Nierenlebendspende,
- ▲ Nierentransplantation,
- ▲ Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation.

BQS – von der freiwilligen ärztlichen Initiative ins SGB V

**Aufgaben der Fachgruppen:
Festlegung der Qualitätsindikatoren und Strukturierter Dialog mit den Krankenhäusern**

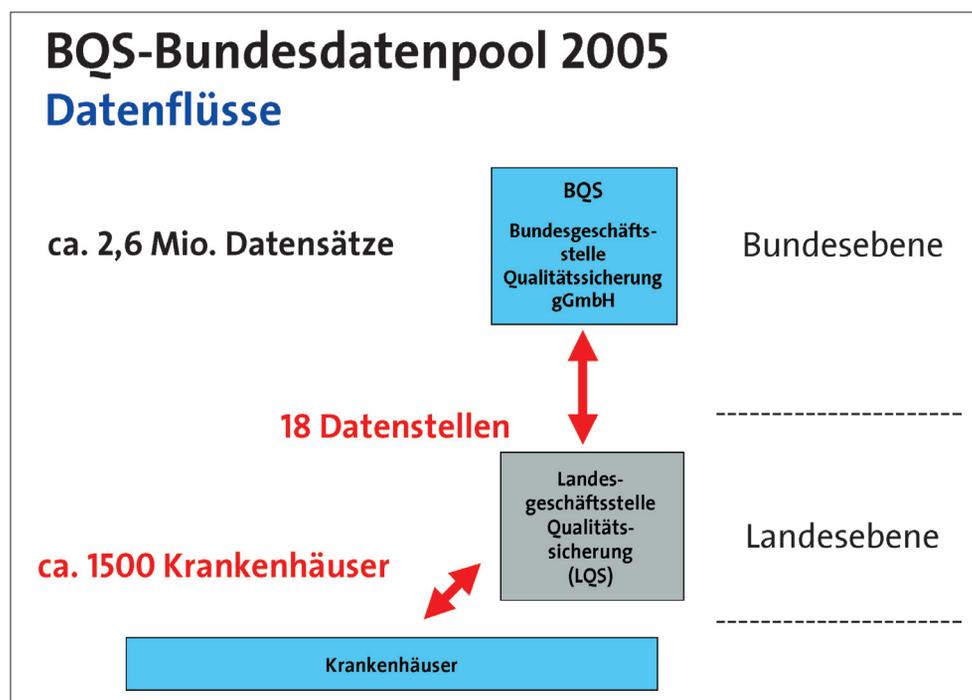


Abb. 2: BQS-Bundesdatenpool 2005 – Datenflüsse

Die BQS arbeitet bei der Umsetzung des Qualitätssicherungsverfahrens nach § 137 SGB V eng mit den Landesprojektstellen Qualitätssicherung zusammen.

Die Festlegung der Qualitätsindikatoren für die einzelnen Qualitätssicherungsleistungsbereiche erfolgt in fachlich unabhängigen Arbeitsgruppen (BQS-Fach- bzw. LQS-Arbeitsgruppen).

Die Ergebnisse der bundesweiten externen Qualitätssicherung werden jährlich von der BQS im Rahmen einer nationalen Konferenz vorgestellt und als Ergebnisreport im Internet veröffentlicht. Die Verteilung der Krankenhausergebnisse wird in Benchmarkgraphiken dargestellt. Auf Landesebene werden die Ergebnisse den einzelnen Krankenhäusern zugeordnet. Im Falle von Auffälligkeiten wird zwischen den Landesgeschäftsstellen und den betroffenen Krankenhäusern der so genannte strukturierte Dialog zur Aufklärung der Ursachen und ggf. Einleitung von Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt. Seit 2004 werden alle Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in einer Qualitätsindikatoren-Datenbank systematisch erfasst und kommentiert (s. Abb. 2).

**Instrumente der BQS-
Qualitätsdarstellung:
Bundesauswertung,
Benchmarkgraphiken,
Ergebniskonferenz,
Qualitätsindikatoren-
Datenbank**

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)



**Ärztliches Zentrum
für Qualität in der
Medizin von BÄK und
KBV**

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin wurde im Jahr 1996 als gemeinsame Einrichtung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegründet. Das ÄZQ ist in den letzten Jahren schwerpunktmäßig tätig gewesen auf dem Gebiet der Beurteilung von wissenschaftlich begründeten und praktisch anwendbaren Leitlinien für die ärztliche Tätigkeit in der ambulanten und stationären Versorgung. Ebenfalls bei der Etablierung von Informationen für Patienten und der Verbreitung der Grundlagen für das Qualitätsmanagement in der ambulanten ärztlichen Versorgung.

Nach Auslaufen des Leitlinien-Clearingverfahrens Ende 2005 liegt der Schwerpunkt der Arbeit des ÄZQ in der Entwicklung nationaler Versorgungsleitlinien (NVL).

Für dieses Programm konnte die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen-Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) als Kooperationspartner gewonnen werden.

Im Herbst 2005 übergab die Kassenärztliche Bundesvereinigung ihr internetbasiertes Fehlermeldesystem CIRSmEdical Deutschland dem ÄZQ zur Fortsetzung und weiteren Pflege in gemeinsamer Trägerschaft von KBV und Bundesärztekammer.

Nationales Programm für Versorgungsleitlinien (NVL)

Mit dem Ziel der Darlegung und Implementierung konsentierter, evidenzbasierter Handlungsempfehlungen für Leitlinien hatte die BÄK 2002 die Schirmherrschaft über das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien übernommen, welche dann 2003 durch einen Kooperationsvertrag zwischen Bundesärztekammer, KBV und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) abgelöst wurde. Die operative Durchführung und Koordination liegt beim ÄZQ. Die Besonderheit der Nationalen Versorgungsleitlinien besteht in ihrem sektorübergreifenden, interdisziplinären, berufsgruppenübergreifenden Ansatz und der Einbeziehung der Patienten.

Bislang wurden folgende NVL veröffentlicht:

- ▲ Asthma,
- ▲ Typ-2-Diabetes,
- ▲ COPD und
- ▲ Koronare Herzkrankheit.

Zu den Themen Depression, Herzinsuffizienz und Rückenschmerz sind weitere NVL in Arbeit.

Flankierend hierzu wurden bisher spezielle Patienten-Leitlinien für die NVL Asthma, COPD und Koronare Herzkrankheit herausgegeben.

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)



Bei KTQ® handelt es sich um ein spezifisch für die Belange des Gesundheitswesens ausgerichtetes Zertifizierungsverfahren, in dem aus Sicht der Ärzteschaft nicht Industrienormen und/oder technische Handlungseinleitungen, sondern die Belange und Bedürfnisse der Patienten im Mittelpunkt eines Qualitätsmanagementsystems stehen müssen. Nach der vom BMG geförderten Entwicklungsphase wurde in Kooperation von Bundesärztekammer, Deutscher Krankenhausgesellschaft, den Spitzenverbänden der Krankenkassen sowie unter Beteiligung des Deutschen Pflegerats im Jahr 2001 die KTQ-GmbH gegründet. Das KTQ-Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser hat sich seither zum Marktführer in Deutschland entwickelt.

Viele der Krankenhäuser haben sich noch auf freiwilliger Basis nach KTQ zertifizieren lassen, bevor die Einführung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement als Pflicht in das SGB V geschrieben wurde. Seit Inkrafttreten des GMG sind nach den Krankenhäusern nun auch alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtet, bis 2010 ein Qualitätsmanagementsystem in ihre Praxen einzuführen. KTQ® hat deshalb sein Zertifizierungsspektrum bereits im Jahr 2004 um ein spezielles Zertifizierungsverfahren für den niedergelassenen Bereich erweitert. Für

Erstes Programm für sektorübergreifende Versorgungsleitlinien unter Einbeziehung der Patienten

KTQ®:Sektorübergreifende Zertifizierung guter Qualität in der medizinischen Versorgung

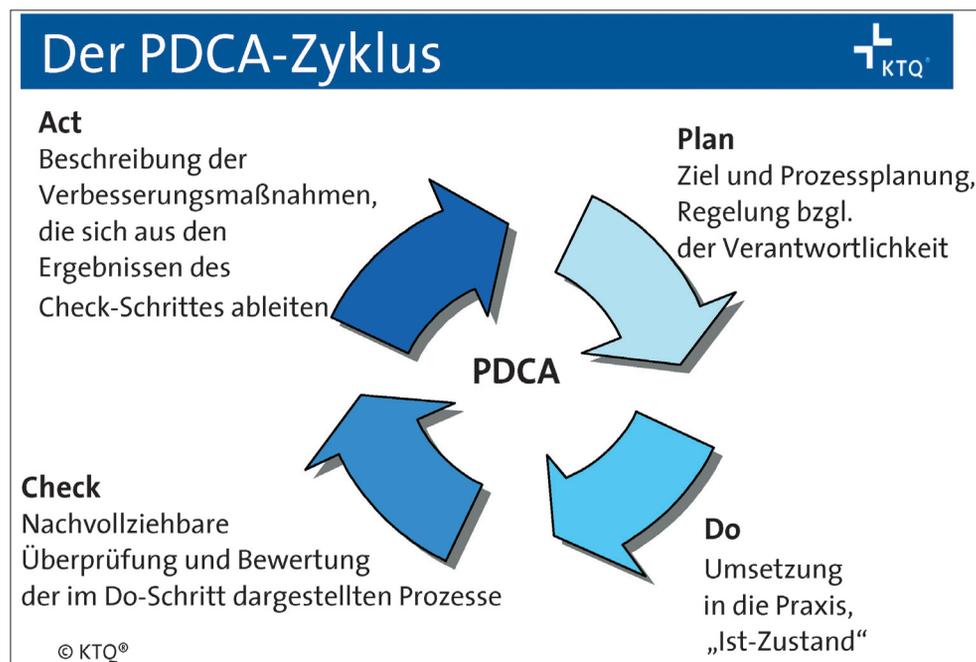


Abb. 3: Der PDCA-Zyklus

Kernstück der KTQ-Bewertung: Plan-Do-Check-Act (PDCA)

Reha-Einrichtungen sowie Pflegeeinrichtungen ist inzwischen ebenfalls eine Zertifizierung nach KTQ® möglich.

Die Bewertung des in die Versorgungseinrichtungen eingeführten Qualitätsmanagements erfolgt nach dem KTQ-Zertifizierungsverfahren in den Kategorien Patientenorientierung, Sicherheit im Krankenhaus bzw. in der Praxis, Informationswesen, Krankenhaus- bzw. Praxisführung und Qualitätsmanagement. Der erreichte Stand der Qualitätsmanagementumsetzung in den einzelnen Kategorien wird jeweils nach dem Prinzip des sogenannten PDCA-Zyklus beurteilt (s. Abb. 3), dies gilt sowohl für die vorbereitende Phase der Selbstbewertung als auch für die Fremdbewertung der Versorgungseinrichtung durch externe, von der KTQ-GmbH akkreditierte Visitoren. Nach erfolgreichem Abschluss einer Fremdbewertung erhält die Versorgungseinrichtung ein KTQ-Zertifikat, das 3 Jahre Gültigkeit besitzt. Um danach eine Rezertifizierung zu erlangen, müssen der Prozess der Selbstbewertung und die Fremdbewertung komplett neu durchlaufen werden.

Zentraler Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen nach Röntgenverordnung und Strahlenschutzverordnung (ZÄS)

Ärztliche Stellen bei Kammern und KVen begutachten die Betreiber von Röntgenanlagen

Die Ärztlichen Stellen sollen darauf hinwirken, dass die Vorgaben zur Qualitätssicherung gemäß Strahlenschutz- und Röntgenverordnung beachtet und die technischen Prüfungen ordnungsgemäß durchgeführt werden.

Bei ihrer Begutachtungs- und Beratungstätigkeit auf der Grundlage der „Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik“ und der „Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Computertomografie“ haben die Ärztlichen Stellen eine Mittlerfunktion zwischen dem Betreiber der Röntgenanlage oder einer strahlentherapeutischen Einrichtung und der für den Strahlenschutz zuständigen Aufsichtsbehörde auf Länderebene. Die Ärztlichen Stellen haben keine Sanktionsbefugnisse, melden aber Verstöße an die Länderbehörde, die über weitere Maßnahmen entscheidet.

In der Regel findet 2-mal jährlich ein zentraler Erfahrungsaustausch der Ärztlichen Stellen (ZÄS) statt, der vor 12 Jahren unter anderem auf Initiative der Bundesärztekammer begründet wurde. Themenschwerpunkt der derzeitigen Beratungen ist die zunehmende Verbreitung von digitalen Röntgenanlagen und Aufzeichnungssystemen.

Deutsches Institut für Normung (DIN)

Die Ärzteschaft arbeitet in einer Reihe von Normenausschüssen und Fachbereichen beim DIN mit, um zu gewährleisten, dass Normen, die Einfluss auf den Gebrauch von Produkten haben oder Dienstleistungen direkt betreffen, für den medizinischen Versorgungsalltag geeignet sind und nicht in die ärztliche Entscheidungskompetenz eingreifen. Die Tätigkeit der BÄK konzentriert sich hier auf die Normenentwicklung im Zuständigkeitsbereich des Normenausschusses Medizin (NAMed) und dessen verschiedenen Fachbereichen.

Mitarbeit der BÄK im NAMed

Deutsche Diagnostika Gruppe (DDG)

Die DDG wurde 1982 gegründet. Die BÄK ist ihr Anfang der 90er Jahre beigetreten. Ziel des regelmäßigen Meinungs- und Erfahrungsaustausches ist die Sicherstellung einer qualitativ hoch stehenden Labordiagnostik in der Bundesrepublik. Forderungen der DDG an das QM in medizinischen Laboratorien fließen auch in die aktuellen Arbeiten der BÄK zur Neuformulierung einer „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ ein.

Empfehlungen der Qualität in der Labordiagnostik durch die DDG

Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten (ZLG)

1995 wurde bei der ZLG das Sektorkomitee Medizinische Laboratorien mit der Zielsetzung eingerichtet, die Anforderungen an freiwillige Akkreditierungen von medizinischen Laboratorien zu vereinheitlichen. Neben zahlreichen Fachgesellschaften, Behörden und Akkreditierungsstellen wirkt auch die BÄK im Sektorkomitee mit. Ihr Anliegen ist es, Vorkehrungen dafür zu treffen, dass die Akkreditierung medizinischer Laboratorien, die in der Routineversorgung tätig sind, weiterhin freiwillig bleibt und eine Anerkennung für diejenigen Laboratorien darstellt, die sich besonders intensiv mit QS und QM auseinandersetzen.

QS der Akkreditierung von med. Laboratorien

CIRSmedical Deutschland

Als Teil der Qualitätssicherungsmaßnahmen betreibt die Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das internetbasierte Berichts- und Lernsystem CIRSmedical Deutschland der Deutschen Ärzteschaft für kritische Ereignisse und Fehler in der Medizin (www.cirsmedical.de bzw. www.forum-patientensicherheit.de/cirsmedical). Der Fokus dieses Berichtssystems liegt dabei darauf, umfassend Informationen zum Zustandekommen von fehlerhaften Behandlungsprozessen zu generieren, um so Erkenntnisse zur prospektiven Fehlervermeidung zu gewinnen. Bei CIRSmedical.de, das beim ÄZQ angesiedelt ist, handelt es sich um das

Initiative von BÄK und KBV: Lernen aus Fehlern und kritischen Zwischenfällen

bundesweit einzige Berichtssystem, das sowohl fachgruppen-, einrichtungs- als auch sektorenübergreifend Meldungen zu Beinaheschäden mit dem Ziel der Fehlerprävention erfasst und analysiert.

Medical Error Reporting System – MERS

Bundeseinheitliche Statistik zur Tätigkeit der Gutachterkommissionen der Schlichtungsstellen der LÄK

Die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern wird seit 2006 EDV-gestützt bundesweit einheitlich erfasst und in einer Bundesstatistik zusammengeführt. Die Daten geben nicht nur Auskunft über die Anzahl an Anträgen für eine außergerichtliche Begutachtung von Behandlungsfehler vorwürfen und den entsprechenden Ergebnissen der Begutachtungsverfahren. Sie informieren auch differenziert über den Kontext von Fehlergeschehen, die betroffenen Fachgebiete, die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen etc. Erst diese Informationen aus vorliegenden Schadensfällen bzw. Fehler vorwürfen liefern wichtige Hinweise zur Fehlerprävention, die u.a. Eingang in ärztliche Fortbildungsmaßnahmen finden.

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Netzwerk zur Förderung der Patientensicherheit

Im April 2005 hat sich das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. gegründet. Unter dem Dach des Aktionsbündnisses vernetzen sich über 120 Vertreter aus allen Bereichen des Gesundheitswesens (Ärzteschaft, Fachberufe, Patientenvertreter, Krankenkassen etc.), die sich mit dem Thema Fehlermanagement und Patientensicherheit auseinandersetzen. Übergreifendes Ziel dieses Netzwerkes ist es, die Patientensicherheit im deutschen Gesundheitswesen zu fördern. Im Vordergrund steht dabei u.a. die Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen, die Hilfestellung bei der Umsetzung von Strategien zur Fehlervermeidung und Steigerung der Patientensicherheit im Versorgungsalltag geben sollen. Die Bundesärztekammer engagiert sich im Rahmen des Aktionsbündnisses insbesondere im Bereich nutzerorientierte Berichtssysteme, d.h. bei der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen zu CIRS und Behandlungsfehlerregistern.

Projektgruppe „Ärztliche Verfahrensbewertung“ (HTA)

HTA: Nutzenbewertung von neuen Methoden in Diagnostik und Therapie

Ein neueres Instrument zur Unterstützung von Qualitätsorientierung in der Gesundheitsversorgung stellt das Health Technology Assessment (HTA) dar. HTA, ursprünglich ein Nebenprodukt der Technikfolgenabschätzung, hat die Nutzenbewertung insbesondere von neuen Methoden in Diagnostik und Therapie zum Gegenstand. Das Verfahren basiert auf umfassender, systematischer Literaturrecherche, strukturierter Auswertung und kritischer Bewertung der vorhandenen Evidenz und liefert auf diese Weise wissenschaftlich fundierte Entscheidungsgrundlagen im Hinblick auf den Einsatz neuer medizinischer Methoden im Versorgungsalltag.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) macht seit 2004 die Aufnahme oder den Verbleib einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode im Leistungskatalog der GKV von einer positiven Nutzenbewertung auf der Grundlage einer Evidenzanalyse im Sinne der HTA-Methodik abhängig.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung gründeten im Jahr 2001 eine gemeinsame Projektgruppe „Ärztliche Verfahrensbewertung“, um die

HTA-Methodik innerärztlich bekannter zu machen und durch die Erstellung eigener Assessments Qualitätsstandards für die Nutzenbewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu setzen. Die gemeinsame HTA-AG hat bislang 4 Assessments veröffentlicht:

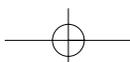
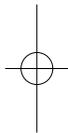
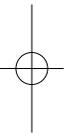
- ▲ Laserinduzierte interstitielle Thermotherapie (LITT) bei malignen Tumoren,
- ▲ Minimalinvasive Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz,
- ▲ Radiumchloridtherapie bei Morbus Bechterew,
- ▲ Permanente interstitielle Brachytherapie (Seed-Implantation) bei lokal begrenztem Prostatakarzinom.

Richtlinien zu QS/QM gem. SGB V

Die Zuständigkeit für die QS bei zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 137 SGB V liegt seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 1. Januar 2004 beim G-BA. Für diesen wurde eine Verfahrensordnung fertig gestellt, die unter anderem die Nutzenbewertung medizinischer Methoden nach sektorenübergreifenden Kriterien regeln soll.

Die Bundesärztekammer hat in den unmittelbar für die QS stationärer Leistungen zuständigen Unterausschüssen des G-BA und in der übergeordneten Spruchkammer nach § 91 (7) SGB V (Krankenhausbehandlung) lediglich eine Beteiligten-Funktion. Trotz dieses eingeschränkten Status positioniert sich die Bundesärztekammer regelmäßig mit fundierten Stellungnahmen zu den verschiedenen qualitätsrelevanten Themen in überzeugender Weise. Im Hinblick auf alle übrigen Richtlinienbeschlüsse des G-BA, welche die ärztliche Berufsausübung tangieren, ist die BÄK auf Basis des Stellungnahmerechts gemäß § 91 Abs. 8a SGB V regelhaft einzubeziehen.

**BÄK und G-BA:
Beteiligung an QS
gem. § 137 SGB V und
Stellungnahmerecht
gem. § 91 Abs. 8a SGB V**



Aufgaben und Initiativen der Landesärztekammern

Einleitung

Entsprechend der föderalen Struktur der Bundesrepublik Deutschland ist „Gesundheit“ zu wesentlichen Teilen Ländersache. Das gilt auch für die ärztliche Selbstverwaltung in Gestalt der Ärztekammern.

Organisationsstruktur und Tätigkeitsfelder der Kammern im Bereich der Qualitätssicherung unterscheiden sich, nicht zuletzt infolge der unterschiedlichen Kammergrößen, aber auch unterschiedlicher Prioritäten in den einzelnen Kammern.

Die Qualitätssicherung nimmt in allen Kammern eine herausragende Position ein. Dieses wird auch darin deutlich, dass in 16 der 17 Landesärztekammern hauptamtlich mehrere Personen im Bereich QS/QM tätig und in fast allen Geschäftsstellen eigene Abteilungen für QS/QM eingerichtet sind.

In mehr als 80 Prozent der Landesärztekammern besteht ein spezieller QS-Ausschuss. Auch mit den Kassenärztlichen Vereinigungen arbeiten fast alle Kammern regelmäßig zusammen.

**Hoher Stellenwert
der QS/QM in den
Ärztekammern**

QS/QM Fort- und Weiterbildungsangebote

QS/QM ohne entsprechende Qualifikationen ist nicht denkbar. Die Ärzteschaft hat sich mit verschiedenen Curricula dieser Aufgabe gestellt und bietet diesbezüglich Fort- und Weiterbildungsangebote an, die inzwischen Zusatzelemente für die berufliche Karriere sind.

Bis auf eine LÄK bieten alle anderen LÄK Kurse zur Qualifizierung auf dem Gebiet von QS/QM an (s. Abb. 4).

Kurse zum Curriculum QS/QM der BÄK werden derzeit von 15 LÄK angeboten, Kurse zum Curriculum Evidenzbasierte Medizin von 2 LÄK:

**Umfangreiches
QS/QM-Kursangebot
durch LÄK**

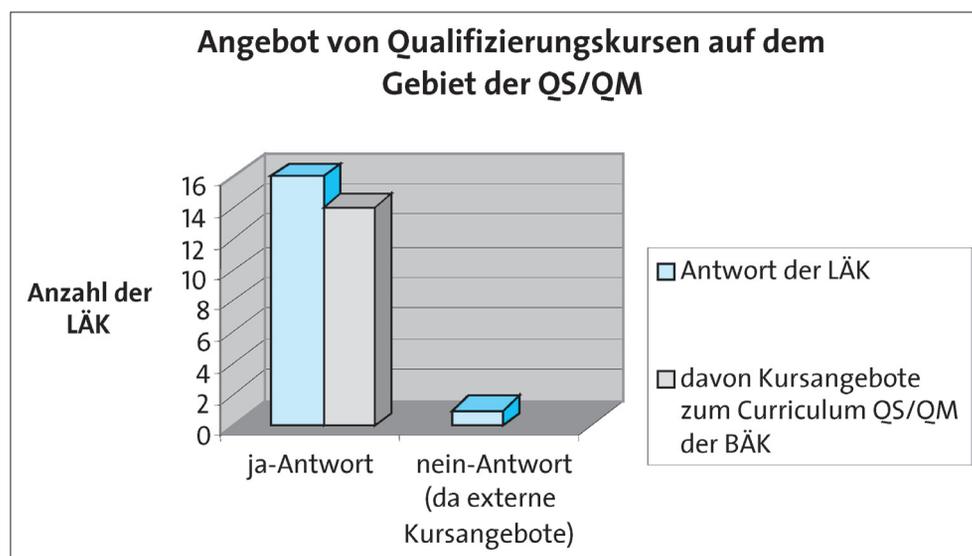


Abb. 4: Angebot von Qualifizierungskursen

Qualitätssicherung Hämotherapie

Breite Umsetzung der Qualitätssicherung in der Hämotherapie

Derzeit führen 16 LÄK eine QS zur Hämotherapie durch, wobei sich vor Inkrafttreten der neuen Richtlinie „Hämotherapie“ im November 2005 2 LÄK hier auf die Entgegennahme von Selbstverpflichtungen beschränken. Die Ärztekammer Berlin führt seit 2001 im Rahmen des „Berliner Audit Modells“ (vgl. Einzelbeitrag ÄK Berlin) externe Audits Blutprodukte anwendender Einrichtungen durch.

Inzwischen setzen fast alle LÄK die Qualitätssicherungsbestimmungen der 2005 novellierten Richtlinie „Hämotherapie“ um. Statt der Selbstverpflichtungserklärungen sind von den Qualitätsbeauftragten der transfundierenden Einrichtung zukünftig jährliche Qualitätsberichte zu erstellen. In der LÄK Hessen wurde ein erster Kurs zum neuen BÄK-Curriculum Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie bereits im Oktober 2005 angeboten. Inzwischen bieten nahezu alle LÄK solche speziellen 40h-Kurse an.

Qualitätssicherung Transplantationsmedizin

Verknüpfung der QS Transplantationsmedizin gemäß SGB V und TPG

Die Qualitätssicherung von Organtransplantationen nach der Richtlinie der Bundesärztekammer sieht eine Verknüpfung mit dem Verfahren der extern vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 SGB V vor (§ 16 Abs. 1 Nr. 6 TPG). Im Rahmen dieses Verfahrens melden die Transplantationszentren ihre QS-Daten direkt an die BQS (so genannten Direktverfahren). Daneben werden von 5 LÄK zusätzliche Maßnahmen zur Förderung der QS in der Transplantationsmedizin durchgeführt.

Ärztliche Stelle eingerichtet für Röntgendiagnostik

Ärztliche Stellen für Röntgendiagnostik flächendeckend eingerichtet

16 LÄK haben im Bereich der QS nach Röntgenverordnung eine Ärztliche Stelle für Röntgendiagnostik eingerichtet.

Eine LÄK verweist darauf, dass diese Stelle in ihrem Bundesland ohne ihre Beteiligung beim TÜV Süddeutschlands eingerichtet sei (s. Abb. 5).

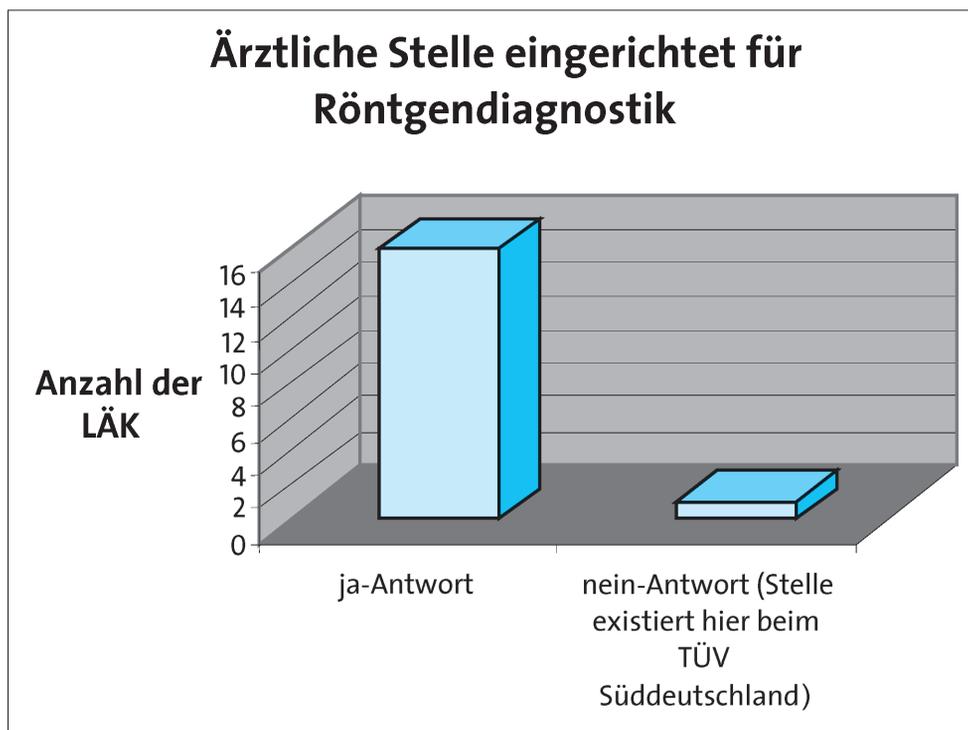


Abb. 5: Ärztliche Stelle eingerichtet für Röntgendiagnostik

Ärztliche Stelle eingerichtet für Strahlentherapie

15 LÄK haben im Bereich der QS nach Strahlenschutzverordnung eine Ärztliche Stelle für Strahlentherapie eingerichtet.

2 LÄK haben die Frage verneint, wobei 1 LÄK wiederum auf die beim TÜV Süddeutschland eingerichtete Stelle verwiesen hat.

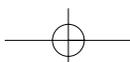
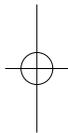
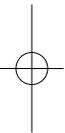
**Ärztliche Stellen für
Strahlentherapie
flächendeckend
eingrichtet**

Ärztliche Stelle eingerichtet für Nuklearmedizin

16 LÄK haben im Bereich der Qualitätssicherung nach RöV bzw. StrlSchV eine Ärztliche Stelle für Nuklearmedizin eingerichtet.

1 LÄK verweist auch hier auf die Stelle beim TÜV-Süddeutschland.

**Ärztliche Stellen für
Nuklearmedizin
flächendeckend
eingrichtet**



Extern vergleichende Qualitätssicherung durch die Ärztekammern

Bundesweit verpflichtende QS-Leistungsbereiche nach § 137 SGB V

Das Verfahren der extern vergleichenden Qualitätssicherung besteht in einem einrichtungübergreifenden Vergleich der Krankenhäuser zu ausgewählten Leistungsbereichen (Tracer-Diagnosen). Da die Ergebnisse seit 2001 auf Bundesebene gebündelt werden, wird das Verfahren heute oft nach der zuständigen Bundesgeschäftsstelle abgekürzt als „BQS-Verfahren“ bezeichnet.

Ursprünglich jedoch wurde das Verfahren von der Landesebene entwickelt. Als Prototyp der einrichtungübergreifenden Krankenhausvergleiche sei auf die Münchner Perinatalstudie der Bayerischen Landesärztekammer hingewiesen, die erstmals 1976 veröffentlicht wurde. Standardisierte Perinatal- und Neonatologierhebungen zur Qualitätssicherung der Geburtshilfe und der Neonatologie werden seit den 80er Jahren von allen Landesärztekammern durchgeführt.

Ein weiterer Vorläufer war die Qualitätssicherung in der Herzchirurgie, die bis Ende 2001 als bundesweites Verfahren von der Ärztekammer Nordrhein organisiert wurde.

Das Verfahren der extern vergleichenden Qualitätssicherung von Krankenhausleistungen wurde im Jahr 2000 vom Sozialgesetzgeber adaptiert (§ 137 Abs. 1 SGB V).

Welche QS-Leistungsbereiche auf Basis des § 137 SGB V im Jahr 2007 von den Krankenhäusern durchgeführt werden müssen, ist dem Kapitel zur BQS zu entnehmen (s. S. 19).

Die Teilnahme der Krankenhäuser an den QS-Verfahren gemäß § 137 SGB V ist obligatorisch und bei Nichterfüllung sanktioniert. Die Beteiligung der Landesärztekammern bei der Umsetzung wurde dagegen vom Gesetzgeber nicht verpflichtend vorgesehen.

Bei 14 (der insgesamt 17) Landesärztekammern gibt es eine vertraglich abgesicherte Teilnahme an QS-Verfahren nach § 137 SGB V. In 2 LÄK übernehmen externe Partner die Abwicklung der QS-Verfahren.

Eine Kammer ist nicht in das Verfahren auf Landesebene einbezogen (s. Abb. 6).

**Von der
Landesinitiative zum
flächendeckenden
Verfahren**

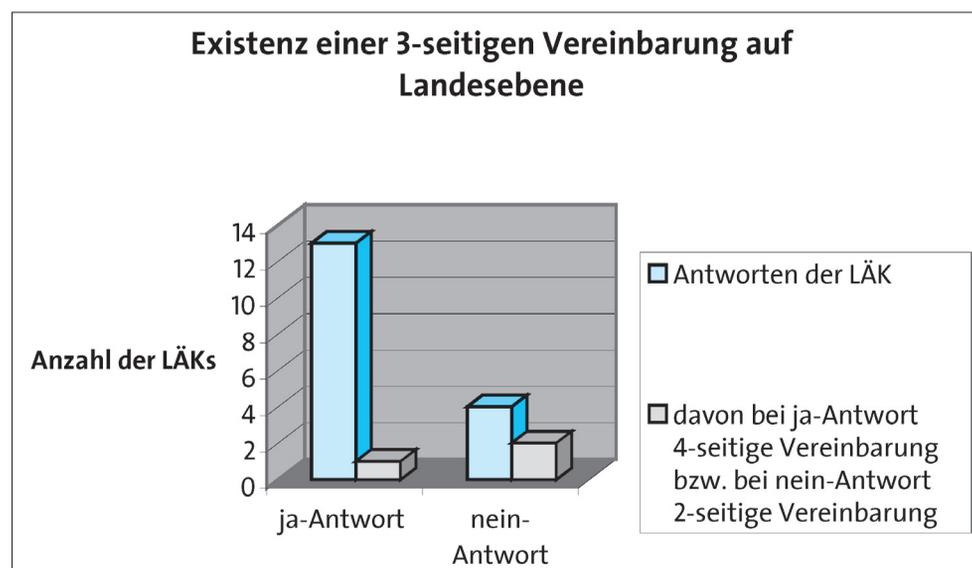


Abb. 6: Existenz einer 3-stufigen Vereinbarung auf Landesebene

Beteiligung der LÄK in den Lenkungs-gremien

15 von 17 LÄK sind in den jeweiligen Lenkungs-gremien der Länder für die extern vergleichende Qualitätssicherung vertreten.

Zusätzliche QS-Leistungsbereiche auf Landesebene

QS-Maßnahmen der Ärzt-kammern gehen über SGB V hinaus

Daneben geben 15 Kammern weitere, auf freiwilliger Basis bearbeitete QS-Leistungsbereiche an (s. Abb. 7):

- ▲ Neonatallerhebung (13),
- ▲ QS Schlaganfall (6),
- ▲ QS Dehnungsbehandlung der Halsschlagader (von 1 Kammer benannt),
- ▲ QS Anästhesiologie (1),
- ▲ QS Dekubitus (1),
- ▲ QS Appendektomie (1),
- ▲ QS Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom (1),
- ▲ QS Dekompression bei Sulcus-ulnaris-Syndrom (1),
- ▲ QS Endonasale NNH-Eingriffe (1),
- ▲ QS Kataraktoperationen (1),
- ▲ QS Knie-Schlittenprothesen-Erstimplantation (1),
- ▲ QS Leistenhernie (1),
- ▲ QS Septumkorrektur (1),
- ▲ QS Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) (1),
- ▲ QS Prostataresektion (1),
- ▲ QS Tonsillektomie (1),
- ▲ QS Varizenchirurgie (1),
- ▲ QS Herzchirurgie (1).

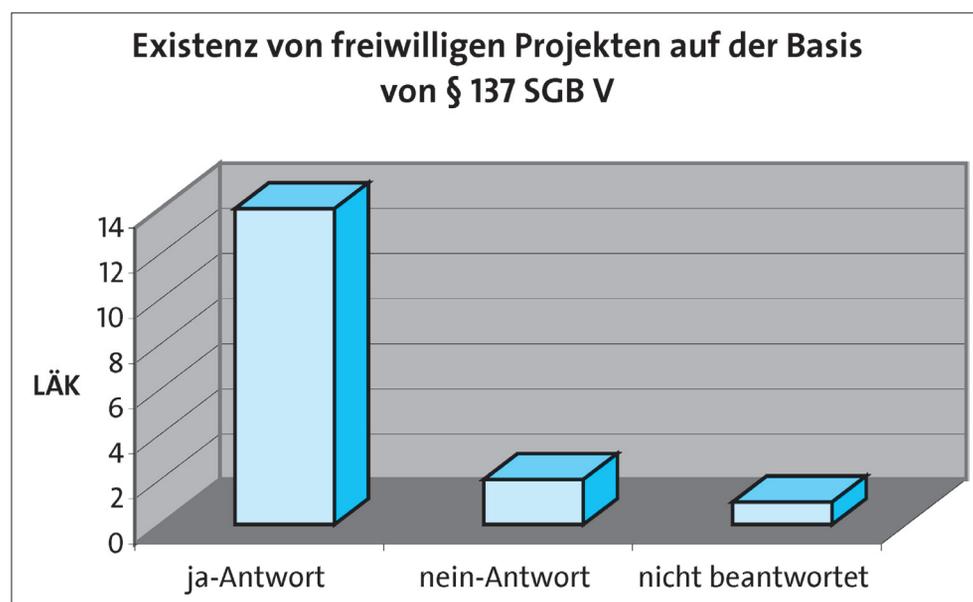


Abb. 7: Existenz von freiwilligen Projekten auf der Basis von § 137 SGB V

Erprobung und Einführung neuer QS-Verfahren auf Landesebene

Auf Basis ihrer in den Heilberufs- und Kammergesetzen verankerten Zuständigkeit für die QS ärztlicher Berufsausübung entwickeln und erproben die LÄK fortlaufend neue Projekte.

In einer aktuellen Abfrage gaben die LÄK folgen Einzelprojekte an (s. Abb. 8):

- ▲ Neugeborenencreening,
- ▲ QS Schlaganfallbehandlung, Ringversuche (Labor),
- ▲ QS in medizinischen Laboratorien,
- ▲ QS Hämotherapie,
- ▲ QS außerklinische Geburtshilfe,
- ▲ Herzinfarkt- Register, Evaluation und externe Vergleiche im Rahmen des Projektes „Neustrukturierung der Notfallversorgung von Patienten mit akutem Herzinfarkt“,
- ▲ QS Präklinische Notfallrettung,
- ▲ Auditverfahren Transfusionsmedizin,
- ▲ QS im Gesundheitssport,
- ▲ Zytologie (Zervixkarzinom),
- ▲ Anästhesieerhebung,
- ▲ QS Mukoviszidose,
- ▲ QS in der Psychotherapie,
- ▲ Peer Review in der Pathologie,
- ▲ IvF,
- ▲ Akutes Koronarsyndrom,
- ▲ ITM,
- ▲ Diabetologie,
- ▲ QS Onkologie,
- ▲ Zertifizierungsstelle für Brustzentren des Landes Nordrhein-Westfalen,
- ▲ Palliativmedizin,
- ▲ Qualitätssiegel für „Gesundheitssportangebote – Sport pro Gesundheit, Sport pro Reha“ in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Sportbund,
- ▲ Patientenberatungs- und -informationssysteme,
- ▲ Beschwerdestellen, u.a.
- ▲ Patientenberatungen und -informationssysteme, Bürgerinformation,
- ▲ Beschwerdestelle, Gutachter- und Schlichtungsstelle, Ombudsmann, -verein,
- ▲ IvF/ET Kommission,
- ▲ Kommission Lebendspende,
- ▲ Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters,
- ▲ Benchmarking Mukoviszidose,
- ▲ Patienten-/Zuweisebefragungen,
- ▲ Gesundheitsinformationsportal im Internet,
- ▲ spezielle interdisziplinäre Fortbildungsartikel für Ärzte mit einzusendenden Kontrollfragen,
- ▲ AIDS-Ausschuss.

**Kontinuierliche
Pflege und
Entwicklung neuer
QS-/QM-Projekte auf
Landesebene**

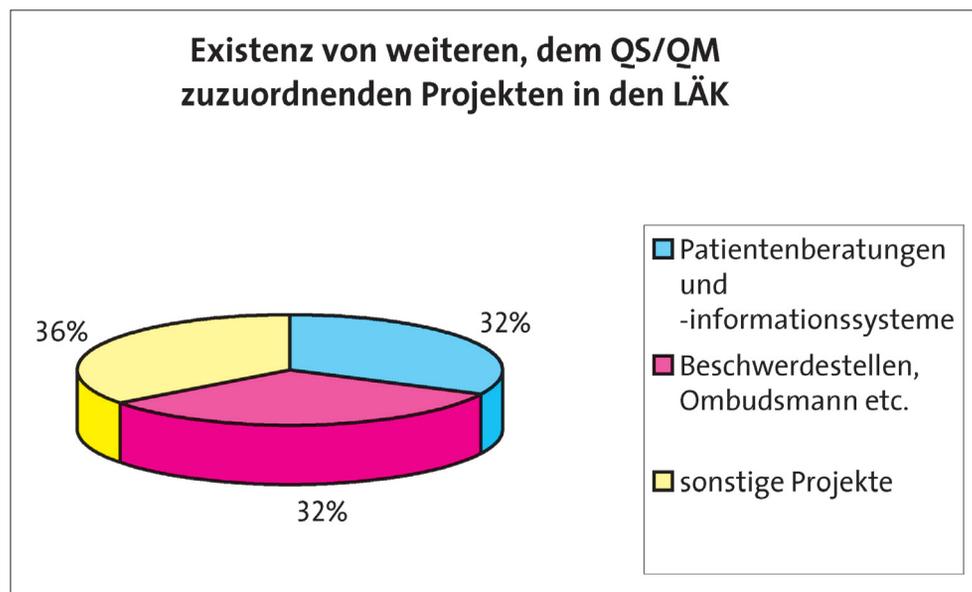
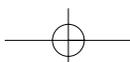
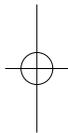
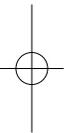


Abb. 8: Existenz von weiteren, dem QS/QM zuzuordnenden Projekten in den LÄK

Einzelbeiträge der Landesärztekammern

Um einen Einblick in die Vielfalt der von den Landesärztekammern initiierten Qualitätssicherungsprojekte zu geben, kommen nachfolgend die Ärztekammern selber zu Wort.

Um den Rahmen der Darstellung der Aktivitäten der Landesärztekammern nicht zu sprengen und den regionalen Veröffentlichungen nicht allzu sehr vorweg zu greifen, ist pro Landesärztekammer nur ein Projekt dargestellt. Weitere ausführliche Darstellungen erfolgen durch die Landesärztekammern selbst über ihre Landesärztekammerblätter, die Tätigkeitsberichte, die Internetseiten und öffentliche Veranstaltungen.



Landesärztekammer Baden-Württemberg – Anästhesiologie übernimmt Vorreiterrolle



Landesärztekammer
Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts

„Fehler in der Medizin und daraus resultierende Schäden müssen als allgegenwärtiges Risiko im Alltag des Versorgungsgeschehens gesehen werden“, so beginnt der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen das 4. Kapitel in seinem Gutachten 2003 „Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität“. Es wird unterschieden zwischen einer Fehlversorgung und vermeidbaren unerwünschten Ereignissen, die nach dem gegenwärtigen Stand bei Einhaltung aller Sorgfaltsregelungen für verhinderbar gehalten werden und die möglicherweise, aber nicht zwangsläufig zu einem konsekutiven Schaden bei Patienten führen. Unmissverständliche, allgemein akzeptierte Begriffsdefinitionen von Fehlern in der Medizin fehlen bislang. Unerwünschte Ereignisse (adverse events) bei Krankenhausbehandlungen liegen nach Untersuchungen in New York bei 3,7 Prozent von 31 000 untersuchten Fällen und verursachten Kosten in Höhe von 3,8 Milliarden US Dollar. Gut die Hälfte der Fälle wurde als potenziell vermeidbar eingeschätzt. Vergleichbare Zahlen liegen inzwischen aus Colorado und Utah, Australien, London und Neuseeland vor. Untersuchungen aus Deutschland fehlen bisher weitgehend. Das renommierte Institute of Medicine hatte bereits in seinem ersten Report „To Error is Human – Building a Safer Health System“ geschlossen, dass in den USA jedes Jahr zehntausende Amerikaner durch Fehler in der Versorgung sterben und in ihrem neuen Bericht „Crossing the Quality Chasm“ (Überschreiten der Qualitätskluft) grundlegende Anforderungen an ein neues Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts gestellt.

Anästhesiologie und Intensivmedizin haben bereits vielfältige Anstrengungen zur Analyse von komplikationsbehafteten Verläufen, Fehlern, ihrer Prävention und damit einem prospektiven Fehlermanagement unternommen.

Eine externe Qualitätssicherung Anästhesiologie in Baden-Württemberg wird seit 1999 und seit 2001 mit Unterstützung der Landesärztekammer durchgeführt. Dabei werden alle Anästhesien der teilnehmenden Kliniken nach dem Kerndatensatz der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) erhoben und die beobachteten Ereignisse Erwartungswerten gegenübergestellt. Die Ergebnisse werden abteilungsintern diskutiert und gegebenenfalls entsprechende Verbesserungsmaßnahmen initiiert. Darüber hinaus werden die Ergebnisse der teilnehmenden Kliniken von einer Expertengruppe bewertet, ohne dass diesen die Leistungserbringer namentlich bekannt sind. Die Kliniken haben eine nur der Landesärztekammer und ihr selbst bekannte Codenummer. Über Auffälligkeiten findet ein strukturierter Dialog zwischen der Expertengruppe und der jeweiligen Klinik statt. Dieser läuft über die Landesärztekammer, welche die Ver- und Entschlüsselung durchführt.

Diese Methode, die auch aus anderen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen bekannt ist, wurde seit dem letzten Jahr durch eine entscheidende, neue Maßnahme ergänzt.

Die seltenen Fälle mit einer Einstufung vor einem elektiven Eingriff in die ASA-Classification of Physical Status I (Patient normalerweise gesund), für die aber im Verlauf der Anästhesie eine AVB (Anästhesiologische Verlaufsbeobachtung) der Stu-

**Gutachten 2003 des
Sachverständigen-
rates für die Konzer-
tierte Aktion im
Gesundheitswesen**

**Allgemeingültige
Begriffsdefinitionen
von Fehlern in der
Medizin fehlen**

**Seit 1999 externe
Qualitätssicherung
Anästhesiologie in
Baden-Württemberg**

fe 4 oder 5 dokumentiert wurde (Verlegung auf die Intensivstation oder Tod des Patienten), werden systematisch herausgefiltert, um eine Ursachenanalyse zu ermöglichen. Es gehört sehr viel Mut und Professionalität dazu, sich diesem Problem zu stellen, Ursachen zu analysieren und die Frage der Vermeidbarkeit zu klären. Dieses Verfahren nimmt damit die Aufforderung des Sachverständigenrates nach einer neuen Kultur des Umgangs mit komplikationsbehafteten Behandlungsverläufen, Fehlern, der Medizinschadensforschung und den verstärkten Bemühungen einer Vermeidung von Fehlern und Schäden in beispielhafter Weise auf.

Neue Ergebnisse werden jährlich auf den Südwestdeutschen Anästhesietagen (SAT) vorgestellt.

Bayerische Landesärztekammer – Schrittmacherfunktion und Riskmanagement



**BAYERISCHE
LANDESÄRZTEKAMMER**

Die Bayerische Landesärztekammer führt im Sommer das 50. Seminar gemäß Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer durch und wird im Herbst die oder den 2000. QM-Seminar-Teilnehmer begrüßen können.

Masse muss nicht immer gleich Klasse sein – immerhin aber 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 sowie 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.

Mit regelmäßig stattfindenden, auch aus dem deutschsprachigen Ausland nachgefragten Riskmanagement-Seminaren nimmt die Bayerische Landesärztekammer eine Schrittmacherfunktion wahr bei der Beschäftigung mit einem Themenbereich, der gerade die bayerische Ärzteschaft seit Mitte der 70er Jahre des letzten Jahrhunderts bewegt und zwischenzeitlich ökonomisch und juristisch neue Dimensionen einnimmt. Jährliche „Alumni“-QM-Foren runden dieses Bild ab.

Eine „weitere Basis“ selbstverständlich realisierter QM-Tätigkeit der Bayerischen Landesärztekammer sind die auf hohem Anforderungsniveau arbeitenden Ärztlichen Stellen gemäß Strahlenschutz- sowie Röntgenverordnung. Der PDCA-Zyklus ist implementiert in die Überprüfungs- und Beratungs-Tätigkeit hinsichtlich Röntgendiagnostik und -therapie sowie Nuklearmedizin und Strahlentherapie.

Innovativ positioniert sich auch die Gutachterstelle der Bayerische Landesärztekammer: Im Zusammenhang mit der außergerichtlichen Abwicklung eingetretener Schadensfälle werden Konsequenzen gezogen für die gebietsbezogene Fehlerreduktion in Verbindung mit evidenzbasierten Leitlinien.

Qualitätsbezogenes gemeinsames Handeln praktiziert die Bayerische Arbeitsgemeinschaft zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ): Hier kooperieren – drittelparitätisch besetzt – Repräsentanten der Gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern, der Bayerischen Krankenhausgesellschaft 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 unter anderem.

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 datenschutzrechtli-

**50. QM-Seminar der
Bayerischen
Landesärztekammer
im Sommer 2007**

**PDCA-Zyklus ist in
Überprüfungs- und
Beratungs-Tätigkeit
implementiert**

**Bayerische Arbeits-
gemeinschaft zur
Qualitätssicherung
(BAQ) nach § 112 und
137 SGB V**

cher Belange individuell mit regionalem Bezug bei hoher Akzeptanz und sehr positiven Rückmeldungen aus den Krankenhäusern realisiert.

Die Kommission Qualitätssicherung der Bayerischen Landesärztekammer – unter ihrem Vorsitzenden, dem ressortzuständigen Vize-Präsidenten – berät den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer zu qualitätsrelevanten Fragestellungen, wie beispielsweise derzeit zu Qualitätssicherungsverfahren privatärztlich erbrachter Leistungen.

Ärztekammer Berlin – Das „Berliner Audit Modell“ zur QS in der Transfusionsmedizin



ÄRZTEKAMMER BERLIN

Der Vorstand der Ärztekammer Berlin (ÄKB) hat 2001 das „Berliner Modell“ für die Durchführung der Qualitätssicherung gemäß den Richtlinien der BÄK zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten beschlossen.

Berliner Konzept

Im „Berliner Modell“ werden externe Audits und interne Selbstbewertungen, jährliche Erfahrungskonferenzen zum Austausch der Ergebnisse und regelmäßige Fortbildungen durchgeführt.

- ▲ Ab 2007 sieht die Richtlinie einen jährlichen Qualitätsbericht des Qualitätsbeauftragten vor, für den die ÄKB eine Mustervorgabe zur Verfügung stellt.
- ▲ In allen stationären und ambulanten Einrichtungen wird im Verlauf von jeweils 3 Jahren ein Audit durchgeführt.
- ▲ Einrichtungen führen in den Jahren, in denen sie kein Audit haben, standardisierte Selbstinspektion durch. Vorgaben für diese Selbstinspektionen wurden von der BÄK erarbeitet.
- ▲ Die Protokolle der durchgeführten Audits werden in der ÄKB gesammelt und bewertet. 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.

**„Berliner Modell“:
externe Audits und
interne Selbstbewer-
tungen, Erfahrungs-
konferenzen und
Fortbildungen**

Durchführung der Audits

Die AuditorInnen

Für ihren Einsatz als Auditoren werden Transfusionsbeauftragte (TB), Transfusionsverantwortliche (TV) und Qualitätsbeauftragte (QB) aus den Einrichtungen in der ÄKB 2 Tage geschult.

Jeweils 2 Auditoren (möglichst ein TV/TB und ein QB) besuchen eine Einrichtung und führen dort ein Audit durch.

**Auditoren-Schulung
über 2 Tage**

Das Auditprotokoll

Der Verlauf und die Ergebnisse der Audits werden in einem standardisierten Protokoll dokumentiert. Das Auditprotokoll wurde von einer Gruppe QB und TV erstellt.

Die Fachgruppe

Der Vorstand der ÄKB hat eine 5-köpfige Fachgruppe zur Begleitung und Unterstützung des Projektes eingesetzt.

Fortbildungen

Die in der Richtlinie vorgegebenen 8/16 Std. Fortbildung für TV und TB und die 40 Stunden Seminare für die Qualifizierung der QB, sowie andere themenspezifische Fortbildungen werden regelmäßig angeboten.

Arbeitsgruppen

Um eine hohe Akzeptanz des „Berliner Modells“ und seiner Ergebnisse zu erreichen, werden für die unterschiedlichen inhaltlichen Anforderungen Arbeitsgruppen etabliert (AG Auditprotokolle, AG Musterfortbildungen, AG Musterjahresberichte), in denen QB, TV und TB ihre Fachkenntnisse einbringen.

Ziele und Perspektiven

Die vom Gesetz und den Richtlinien vorgegebenen Regelungen stellen die Basis für das Projekt dar, die durch eine kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen der ÄKB und allen Beteiligten ergänzt wird. 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.
- ▲ Hoher Informationsstand und aktive Mitarbeit aller am Projekt Beteiligten.

Ressourcen

Mehr Ressourcenbedarf bei Durchführung der QS in der Transfusionsmedizin

Für die Durchführung der Qualitätssicherung in der Transfusionsmedizin nach dem „Berliner Modell“ müssen nicht unerhebliche Ressourcen durch die Einrichtungen und Ärztekammer Berlin bereitgestellt werden:

- ▲ Bereitschaft von QB, TV und TB zur Mitarbeit und deren Freistellung durch die Einrichtungen, z.B. als Auditoren, in den Arbeitsgruppen und zu den Erfahrungskonferenzen,
- ▲ inhaltliche und organisatorische Bearbeitung des Projektes innerhalb der ÄKB,
- ▲ Mittel zur Finanzierung von Schulungen,
- ▲ Aufwandsentschädigungen der Auditoren,
- ▲ Ergebnisauswertungen,
- ▲ Erstellung von Informationsmaterial,
- ▲ Durchführung von Veranstaltungen (Räume, Verpflegung, Referenten).

Gebühren

Derzeit werden die Kosten für die Durchführung der Audits von der Ärztekammer Berlin getragen. Möglicherweise werden in den kommenden Jahren dafür Gebühren erhoben und Zertifikate erteilt.

Landesärztekammer Brandenburg – Schnelle Entscheidungswege



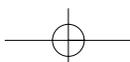
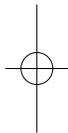
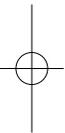
Die Aufgaben der Ärztekammern in puncto Qualitätssicherung sind äußerst vielfältig. Der Bericht zeigt aber auch, wie unterschiedlich diese Aufgaben von den einzelnen Landesärztekammern realisiert werden. Einen Überblick, wie die gestellten Anforderungen von der Landesärztekammer Brandenburg verwirklicht werden gibt das Organigramm.

Die Landesärztekammer Brandenburg gehört mit ihren rund 10 000 Angehörigen zu den kleineren Kammern. Nachteile der kleineren Kammern sind vor allem in der knappen finanziellen und personellen Ausstattung zu sehen. So müssen, zusätzlich zu den dargestellten Aufgaben, vom Referat QS noch weitere nicht unmittelbar der Qualitätssicherung zuzuordnende Arbeiten erledigt werden. Aus diesen Gründen wird von der Landesärztekammer Brandenburg das Hauptaugenmerk auf die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen gelegt.

Die – im Vergleich mit anderen Kammern – eher „dezentralen“ Strukturen im Land Brandenburg haben auch einige Vorteile: Die geringe Personalstärke in der Geschäftsstelle, die geringe Mitgliederzahl und die geringe Zahl von Einrichtungen im Gesundheitswesen führen zu einer besseren Überschaubarkeit, zu höherer Verantwortung und zu schnelleren Entscheidungswegen. Die Akteure im Land kennen sich gut und die Zusammenarbeit insbesondere mit anderen Institutionen gestaltet sich problemlos. Als Beispiel sei hier die ausgezeichnete Kooperation mit der Landeskrankengesellschaft und den Krankenkassenverbänden genannt. Diese führte zum Beispiel in der QS nach § 137 SGB V sehr frühzeitig zu echten 3-seitigen Verträgen und zu der Etablierung einer Landesgeschäftsstelle bei der Ärztekammer.

**Nachteil der kleinen
Ärztekammer:
knappe finanzielle
und personelle
Ausstattung**

**Vorteile durch die
dezentrale Struktur
Brandenburgs**



Ärztekammer Bremen – Die unabhängige Patientenberatung

ÄRZTEKAMMER
BREMEN



KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Im Land Bremen ist im Jahre 1998 die Unabhängige Patientenberatung als Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten eingerichtet worden. Zur Errichtung der Unabhängigen Patientenberatung (UPB) wurde gemeinsam von der Ärztekammer, dem Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales, den Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft im Herbst 1997 ein Trägerverein gegründet. Diesem Verein sind auch die Seestadt Bremerhaven, die Zahnärztekammer und die Psychotherapeutenkammer beigetreten.

Auf der Grundlage der Satzung hat die Unabhängige Patientenberatung folgende Aufgaben:

- ▲ Allgemeine Information von Patienten über vorhandene ambulante und stationäre Angebote und Behandlungsmöglichkeiten. Entgegennahme und Weiterleitung von Patientenwünschen und -anregungen.
- ▲ Bearbeitung von Patientenbeschwerden mit dem Ziel, zwischen Patient und Arzt bzw. Krankenhaus oder anderen Institutionen zu vermitteln. Dazu werden auf der Grundlage einer fachlich kompetenten Aufarbeitung der Beschwerde Vorschläge zur Lösung gemacht. Für die eventuelle Einsichtnahme in Patientenunterlagen ist die Zustimmung des Patienten erforderlich. Beratung von Patienten über weitergehende Möglichkeiten, wenn eine Schlichtung nicht gelingt.
- ▲ Mit Zustimmung des Patienten Weitergabe von Informationen an jeweils betroffene Institutionen, wie die Ärztekammer Bremen, die Krankenkassen, die Träger von Krankenhäusern oder den Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz, wenn weitere Maßnahmen von diesen Institutionen einzuleiten sind.
- ▲ Auswertung und Generalisierung der Erfahrungen aus den Einzelfällen mit dem Ziel, unter Beachtung datenschutzrechtlicher Bestimmungen diese Informationen in anonymisierter Form an die jeweils Betroffenen wie niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser usw. zurückzumelden, um Verbesserungspotenziale zu erschließen oder um den Patienteninteressen Rechnung zu tragen.
- ▲ Öffentlicher Ansprechpartner für alle Fragen des Patientenschutzes, bei der systematischen Ermittlung von Patientenwünschen, Vertretung der Patientensicht in Gremien sein.
- ▲ Mitwirkung bei Qualitätssicherungsmaßnahmen, vor allem um die Patientensicht und die Patienteninteressen einzubringen.
- ▲ Kooperation mit anderen Stellen, insbesondere Stellen an den Krankenhäusern, die für die allgemeine Patientenbetreuung bzw. die Bearbeitung von Patientenbeschwerden zuständig sind.

Die Finanzierung der UPB erfolgt auf der Grundlage einer gemeinsamen Vereinbarung durch die zuvor genannten Träger und sichert die unabhängige Beratungstätigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der UPB.

Seit der Errichtung der UPB wird jährlich ein Tätigkeitsbericht herausgegeben, in dem die UPB über den Umfang der Gespräche und Beratungen berichtet. Dazu gehört auch ein Erfahrungsbericht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, an den

**Einrichtung der
Unabhängigen
Patientenberatung
(UPB) 1998**

**Finanzierungsform
sichert Unabhängigkeit**

**Jährlicher
Tätigkeitsbericht**

sich ein Bericht über die inhaltlichen Schwerpunkte der Beratungen anschließt. In diesem Kontext wird auch auf die aufgetretenen Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten eingegangen. Der Umfang der Beratungen ist zwischenzeitlich auch auf den Bereich der Pflege erweitert worden.

Die UPB hat zur Information der Öffentlichkeit eine Homepage eingerichtet, in der Informationen über das Beratungsangebot, die Beratungsmöglichkeiten und die bisher geleistete Arbeit hinterlegt sind. Darüber hinaus gibt es einen Flyer mit dem in allgemeiner Form über das Beratungsangebot der UPB informiert wird.

UPB wird von den Menschen anerkannt

Die Anzahl der geführten Gespräche und Beratungen ist seit der Einrichtung der UPB stetig angestiegen. Daraus wird deutlich, dass die UPB von den Menschen anerkannt und wahrgenommen wird. Die detaillierte Entwicklung dieser Inanspruchnahme ist in den Tätigkeitsberichten der UPB dokumentiert.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Personen	1363	1944	2233	3162	2866	3488	4457
Kontakte	1884	2346	2636	3335	3735	4436	5521

Auswirkungen der Gesundheitsreform 2004

Nicht zuletzt auch durch die Gesundheitsreform im Jahre 2004 hat sich eine deutliche Veränderung in der Art der Anfragen und Beratungen ergeben. Die zunehmende Komplexität des Gesundheitssystems führte zu einer starken Zunahme der Informationsanfragen, mit denen sich die Patientinnen und Patienten eine Orientierung in ihrer Situation verschaffen möchten.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Kommunikationsprobleme Patient/Arzt/Krankenhaus u.a.	204	497	590	400	757	538	641
Haftpflichtfragen	215	282	316	351	341	288	309
Fragen zu Ärzten, Einrichtungen, Arzneimitteln, Therapien	421	416	1025	575	751	1010	711
Zuzahlungen/Befreiungen, einschließlich IGEL-Leistungen	72	380	409	373	453	490	685

Eine weitergehende differenzierte Darstellung der Inhalte der Anfragen kann den jährlichen Tätigkeitsberichten der UPB entnommen werden.

Unabhängiges Beratungsangebot verbessert die Versorgung deutlich

Die Zielsetzung die bei der Errichtung der Unabhängigen Patientenberatung formuliert wurde, hat sich als richtig erwiesen. Unabhängig von den beteiligten Organisationen ist es gelungen ein Beratungsangebot zu etablieren, in dem die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer Beratung unabhängig sind. Damit ist eine wichtige Feedback-Funktion in das Gesundheitssystem des Landes Bremen integriert worden, die auch zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung beiträgt.

Ärzttekammer Hamburg – Evaluation der Weiterbildung



**ÄRZTEKAMMER
HAMBURG**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die ambitionierteste Qualitätssicherungsmaßnahme der Ärztekammer Hamburg ist in 2006 und 2007 das Projekt „Qualitätsevaluation und -verbesserung der Weiterbildung“.

Hintergründe sind die große Unzufriedenheit der in Weiterbildung befindlichen, jungen Ärztinnen und Ärzte mit einer enormen Abwanderungstendenz ins Ausland oder in andere Berufsfelder sowie der Rückgang qualifizierten Nachwuchses in den Krankenhäusern.

Auf den ersten Blick handelt es sich um ein Projekt „in eigener Sache“ der Ärzteschaft. Neben der Verbesserung der Zufriedenheit von Weiterbildungsassistenten hinsichtlich ihrer Lernanforderungen und -bedarfe steht allerdings die qualitative Sicherung einer langfristig optimalen fachärztlichen Versorgung im Vordergrund.

Im Zuge der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung werden auch die Weiterbildungsbefugnisse geprüft und neu geordnet. Dies war bislang in der Regel nur bei Neuansetzungen und Veränderungsmeldungen durch die Weiterbildungsbefugten üblich. Zusätzlich zu den nach der Weiterbildungsordnung nunmehr vorgesehenen Jahresgesprächen, in denen sich Weiterbilder und Weiterbildungsassistent zukünftig einmal jährlich über Defizite, Etappenziele und Errungenschaften austauschen werden, wird eine systematische Befragung aller Weiterbildungsassistenten und Weiterbildungsbefugten durchgeführt, die positive wie negative Entwicklungen aus der Sicht beider Gruppen abbilden soll. Die Ergebnisse sollen durch individuelle Auswertungen sowie ein Benchmarking transparent gemacht werden und anschließend Eingang in Verbesserungsmaßnahmen finden, die entweder zentral seitens der Ärztekammer oder individuell seitens der Weiterbildungsstätte eingeleitet werden können. Ziel ist es, qualitative sowie organisatorische und inhaltliche Unterschiede bei den Weiterbildungsstätten aufzuzeigen, um potenziellen Bewerbern vorab eine Orientierung zu geben. Dass dadurch eine gewisse Konkurrenz um die besten Hochschulabsolventen entsteht, ist gewollt, suchen die Krankenhäuser doch zunehmend langfristige Mitarbeiter, die sie durch attraktive Personalentwicklung binden wollen.

An der Projektsteuerung sind neben dem Vorstand der Ärztekammer Hamburg der Weiterbildungsausschuss und der Ausschuss Qualitätssicherung beteiligt wie auch die kammernahe Organisation „Junge Ärzte“. Die Ärztekammer Hamburg strebt dabei eine enge Kooperation mit der Schweizer Ärztevereinigung (FMH) an, deren seit Jahren bewährtes Modell unter deutlicherer Einbindung der Weiterbildungsbefugten weitgehend übernommen werden soll.

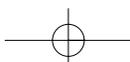
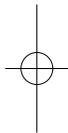
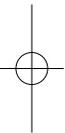
Große Abwanderungstendenz junger Ärzte

Besonders wichtig: Qualitative Sicherung einer optimalen fachärztlichen Versorgung

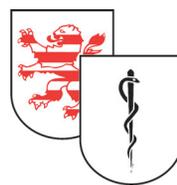
Transparenz durch individuelle Auswertungen und Benchmarking

Ziel: Orientierung für potenzielle Bewerber

Kooperation: Ärztekammer Hamburg, Organisation „Junge Ärzte“, Schweizer Ärztevereinigung angestrebt



Landesärztekammer Hessen – Arbeitsbedingungen und Arbeitszufriedenheit von Ärzten



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unter anderem durch die Rechtsprechung des europäischen Gerichtshofs zur Bewertung ärztlicher Bereitschaftsdienste im Krankenhaus als Arbeitszeit gerieten ab dem Jahre 2000 die Arbeitsbedingungen von Krankenhausärzten stärker in die öffentliche gesundheitspolitische Diskussion. Um die schon lange bekannten Missstände in diesem Bereich (nicht registrierte und unbezahlte ärztliche Mehrarbeit, Zweckentfremdung von Bereitschaftsdienst für Routinetätigkeiten, Nichteinhaltung gesetzlicher Arbeitszeitvorschriften etc.) durch empirische Daten auch wissenschaftlich zu dokumentieren, führte die Landesärztekammer Hessen (Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie) im Sommer 2001 mit großem Erfolg erstmalig eine repräsentative, anonyme, schriftliche Befragung von über 2000 hessischen Krankenhausärztinnen/-ärzten zu ihren Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten und ihrer Zufriedenheit im Beruf durch und erweiterte diese 2002 in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz und der Ärztekammer des Saarlandes auch auf diese beiden Bundesländer. Insgesamt befragten wir dabei fast 6000 Kolleginnen und Kollegen und konnten 3068 eingegangene Fragebögen auswerten. Die Ergebnisse bestätigten in vollem Umfang die Befürchtungen, dass:

- ▲ Krankenhausärzte in großem Umfang nicht dokumentierte und unbezahlte Mehrarbeit leisteten;
- ▲ in Bereitschaftsdiensten fast regelhaft die maximal zulässigen Arbeitsanteile überschritten und solche Dienste im Sinne unbezahlter Mehrarbeit (nicht zuletzt zur Erledigung während der normalen Dienstzeit nicht zu bewältigender Bürokratie) missbraucht wurden;
- ▲ gesetzlich vorgeschriebene Mindestruhezeiten von den Ärzten meist nicht eingehalten werden konnten;
- ▲ die Arbeits- und Berufszufriedenheit gerade der jüngeren Ärzte im Krankenhaus schon damals besonders durch die ständig weiter wuchernde Bürokratie belastet wurde.

In den folgenden Jahren haben wir dann regelmäßig (teilweise in Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Partnern) weitere empirische Untersuchungen zu aktuellen Fragestellungen durchgeführt:

- ▲ Schriftliche Befragung der jüngeren Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen, die berufsfremd oder in Elternzeit tätig waren, zu Details dieser berufsfremden Tätigkeit, den Gründen für ihren ‚Ausstieg‘ und besonders der Frauen zum Interesse an Teilzeittätigkeit und ‚Wiedereinstieg‘ in den Arztberuf nach Familienpause (2003).
- ▲ Online-Umfrage bei in Teilzeit im Krankenhaus tätigen Ärztinnen und Ärzten über Art, Umfang und Gründe ihrer Teilzeitarbeit und ihren Erfahrungen mit verschiedenen Teilzeitarbeitmodellen (2003 in Zusammenarbeit mit dem Marburger Bund).
- ▲ Untersuchung eines Jahrganges hessischer Absolventen des 3. Abschnittes der Ärztlichen Prüfung zu deren Berufswahl, -planung und -zielen, eventuellen Plä-

**Bewertung ärztlicher
Bereitschaftsdienste
seit 2000 verstärkt in
der Diskussion**

**Repräsentative
Befragung von knapp
6 000 Krankenhaus-
ärzten in Hessen,
Rheinland-Pfalz und
Saarland**

nen für eine ärztliche Tätigkeit im Ausland, sowie den Erfahrungen während des Studiums (2003/2004 mit Unterstützung des Hessischen Landesprüfungsamtes für Heilberufe).

- ▲ Eine sehr umfangreiche, prospektive Studie zur Erfassung von Auswirkungen der Einführung von DRG auf ärztliche Arbeitsbedingungen und Qualität der Patientenversorgung in hessischen Krankenhäusern. Rund 4000 Krankenhausärzte sollen im Rahmen dieses Projektes erstmalig Anfang 2004 und dann noch 2-mal im Abstand von jeweils etwa 1,5 Jahren schriftlich befragt werden. (Beginn 2003, 1. Befragung 2004, 2. 2006, 3. für 2007 geplant gemeinsam mit dem Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen und dem Wissenschaftszentrum Berlin).

**Systematische
Untersuchung zur
Abwanderung
deutscher Ärzte seit
2004**

Seit 2004 untersuchen wir systematisch den drohenden Mangel an qualifiziertem ärztlichem Nachwuchs, den Trend zur Abwanderung deutscher Ärzte ins Ausland und die dafür maßgeblichen Gründe. Diesem Zwecke dienten unter anderem folgende Erhebungen:

- ▲ Eine Untersuchung zu den ersten Berufserfahrungen als Arzt im Praktikum (AiP), aktuellen Fragen in Zusammenhang mit der Abschaffung des AiP, der Berufsplanung nach Ende des AiP und den Gründen für den Ausstieg jüngerer Ärzte aus der klinisch-ärztlichen Tätigkeit (2004, mit Unterstützung des Hessischen Landesprüfungsamtes für Heilberufe). Dabei ergaben sich unter anderem folgende wichtige und interessante neue Aspekte:
Die meisten Ärztinnen und Ärzte waren zu Beginn der AiP-Zeit schon fast 30 Jahre alt, viele sogar älter. Dies beruhte darauf, dass viele vor ihrem Medizinstudium bereits eine andere Ausbildung oder ein anderes Studium absolviert hatten. Bei Abschluss des Medizinstudiums wollten nur wenige (etwa 3 Prozent) der jungen Kolleginnen und Kollegen nicht klinisch-ärztlich tätig werden. Die häufig in der öffentlichen Diskussion beklagten „Ausstiegsquoten“ von 20–25 Prozent nach dem Studium treffen, zumindest für Hessen, so nicht zu. Es gibt vielmehr klare Hinweise dafür, dass erst negative Berufserfahrungen in der AiP- und Assistentenzeit Ursache der Abkehr von der klinisch-ärztlichen Tätigkeit sind.
- ▲ Retrospektive Analysen der Meldedaten der Landesärztekammer Hessen betreffend die Aufnahme einer Auslandstätigkeit sowie der bei der Kammer beantragten „Certificates of Good Standing“. Diese Bescheinigungen werden von einigen Ländern, z.B. Großbritannien, von deutschen Ärzten, die dort arbeiten wollen, verlangt (2005).
- ▲ Prospektive Befragung aller ein solches Certificate Beantragenden zu Details und Gründen der angestrebten ärztlichen Tätigkeit im Ausland (seit Beginn 2006).

**Aktuelle repräsentative
Befragung
hessischer Kranken-
hausärztinnen**

Derzeit läuft eine repräsentative Befragung hessischer Krankenhausärztinnen unter anderem zu ihrer Familiensituation und -planung, über das vorhandene Angebot und den Bedarf (nach Art und Menge) an geeigneter Kinderbetreuung sowie die Auswirkung einer Familiengründung auf die weitere Berufsplanung dieser Ärztinnen. Es zeichnet sich eine erfreulich hohe Rücklaufquote (ca. 60 Prozent der versandten Fragebogen) ab. Wir haben dafür einen maschinell auswertbaren 4-seitigen Fragebogen entwickelt. **Anderen Landesärztekammern steht auf Wunsch dieses Instrument für vergleichbare Untersuchungen in ihrem Zuständigkeitsbereich zur Verfügung.**

Die Veröffentlichungen der Ergebnisse unserer empirischen Projekte finden sich auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de) in der Rubrik Qualität & Versorgung.

Ärzttekammer Mecklenburg-Vorpommern – QS in der Gynäkozytologie



Nach Einführung des Deutschen Krebsfrüherkennungsprogramms 1971 erfolgte bei allen teilnehmenden Frauen systematisch der Zellastrich nach Papanicolaou. Dadurch gelang es, die Anzahl der Zervixkarzinome von jährlich etwa 36 Neuerkrankungen pro 100 000 Frauen auf 12 Fälle pro 100 000 Frauen zu reduzieren. Die zytologisch rechtzeitig diagnostizierten Vorstadien werden effektiv behandelt, so dass den betroffenen Frauen das Schicksal einer Erkrankung an Gebärmutterhalskrebs erspart bleibt.

Trotz dieser ausgesprochen erfolgreichen Bilanz werden immer wieder invasive Zervixkarzinome diagnostiziert. Um die Zahl der Karzinome weiter zu senken, hat unsere Ärztekammer eine Richtlinie erlassen, wie die Qualitätssicherung in der Gynäkozytologie erfolgen soll. Seit 1997 koordiniert eine Gemeinsame Kommission der Ärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung die vorgesehenen Maßnahmen.

Folgende Verfahren wenden wir dabei an:

- ▲ Vergleichende Jahressammelstatistik zytologischer und histologischer Befunde (seit 1997)
- ▲ Analyse der Screening-Teilnahme und des Tumorstadiums bei Patientinnen mit Zervixkarzinom (seit 2000)
- ▲ Fragebogen für Struktur und Organisation im zytologischen Labor (seit 2002).

In der Jahressammelstatistik erscheint jede Frau unabhängig vom Anlass der zytologischen Untersuchung (präventiv, kurativ) nur einmal mit der höchsten PAP-Gruppe.

Bei operativer Abklärung wird zusätzlich die histologische Diagnose eingetragen.

Jede zytologisch tätige Einrichtung übermittelt ihre Ergebnisse an die Ärztekammer, wo sie anonymisiert und in relative Zahlen überführt werden. Die Qualitätssicherungskommission wertet diese Daten aus. Das Praxis- bzw. Institutsergebnis wird den einzelnen Zytologen zusammen mit dem Gesamtergebnis bekannt gegeben.

Bei Patientinnen mit einem Zervixkarzinom erfragen wir das Tumorstadium und den histologischen Typ. Außerdem wird die Teilnahme der Frau am zytologischen Screening festgehalten.

Wir unterscheiden 3 Gruppen:

- ▲ Regelmäßige, jährliche Teilnahme,
- ▲ unregelmäßige, nicht jährliche Teilnahme,
- ▲ keine Teilnahme in den letzten 5 Jahren vor Diagnosestellung.

Neben diesen Verfahren zur Ergebnisqualität sind Fragen zur Struktur- und Prozessqualität zu beantworten. Von rund 400 000 untersuchten Frauen pro Jahr in unserem Bundesland konnten wir bisher 3,3 Millionen zytologischer Befunde auswerten.

Die Analyse der Screening-Anamnesen erweist sich als aussagekräftige Methode zur Beurteilung sowohl der Qualität der Zytodiagnostik als auch zur Bewertung der Effektivität des Präventionsprogramms. Unsere Daten führen zu folgenden Schlussfolgerungen:

Seit Einführung des Deutschen Krebsfrüherkennungsprogramms ist die Anzahl der Zervixkarzinome um 2 Drittel gesunken

Koordination: Kommission aus Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung

3,3 Millionen zytologische Befunde bislang

Die meisten Karzinome und die fortgeschrittenen Karzinome treten bei gar nicht oder unregelmäßig untersuchten Patientinnen auf. So wäre eine Erhöhung der Teilnehmerate die wichtigste Maßnahme zur Senkung von Restinzidenz und Restmortalität des Zervixkarzinoms.

Neue, kostenintensive Screeningverfahren können weder Inzidenz noch Mortalität wirksam reduzieren, da sie die große Gruppe der Nicht-Teilnehmerinnen nicht erreichen würden.

Hohe Qualitätsanforderungen an die den Abstrich entnehmenden Gynäkologen ebenso wie an die Zytologen sollten dazu führen, dass Screeningversager seltener werden.

Ärzttekammer Niedersachsen – Innovative Konzepte

äkn ärzttekammer
niedersachsen

Das „Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“ (ZQ) wurde 1996 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 für Qualitätsmanagement offen steht. Das Spektrum an Verfahren und Projekten zur Qualitätsverbesserung, Qualifizierungsangeboten, Seminaren und Befragungen ist breit gefächert.

Aus der Niedersächsischen Perinatalerhebung und der Zusammenführung perinatologischer und neonatologischer Datensätze von Frühgeborenen < 1500 g Geburtsgewicht seit 1991 (ca. n = 8000) hat sich ein landesweites Modellvorhaben zur „**Nachuntersuchung von Frühgeborenen**“ < 28 Wochen Gestationsalter entwickelt. Es handelt sich dabei um den erstmaligen Ansatz einer sektorübergreifenden Qualitätsanalyse (Geburtshilfe → Neonatologie → spätere entwicklungsfördernde Maßnahmen). Ziel des Projekts ist die landesweite Erhebung des Entwicklungsstandes dieser Hochrisikokinder (jährlich etwa 200) im Alter von 6 Monaten und 2, 5 und 10 Jahren. Zu den definierten Zeitpunkten werden körperliche, entwicklungsneurologische sowie psychologische Beurteilungen vorgenommen. Dadurch können gezielte Fördermaßnahmen eingeleitet werden, Eltern und die behandelnden Einrichtungen sollen eine adäquate Unterstützung erfahren. Darüber hinaus sollen diese Langzeitergebnisse – ohnehin eine methodisch-konzeptionelle und praktische Herausforderung bezüglich der Machbarkeit! – als weiterer Mosaikstein einer Qualitätsbeurteilung der geburtshilflichen und neonatologischen Versorgung dienen und zudem wichtige Informationen für gesundheitsökonomische Entscheidungen liefern.

Die Erhebungen, die zu einem Teil prospektiv und zum anderen Teil retrospektiv angesetzt sind, werden methodisch vom ZQ betreut und finden flächendeckend in allen Sozialpädiatrischen Zentren unter Mitwirkung aller 25 niedersächsischen Kinderkliniken statt.

Mit der auf 3 Jahre angelegten Langzeitstudie zur Nachuntersuchung Frühgeborener will die Qualitätsinitiative, der niedersächsische Verein zur Förderung der Qualität im Gesundheitswesen e.V., die Grundlagen für mehr Versorgungsqualität von Frühgeborenen schaffen. Das in Deutschland bisher einmalige Projekt wird von der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) finanziell gefördert. Die Schirmherrschaft hat Bundesfamilienministerin Dr. med. Ursula von der Leyen übernommen.

Aus dem bundesweiten Verfahren „**Qualitätssicherung Mukoviszidose**“, mit dem seit 1995 einmal jährlich Daten zum Vitalstatus aller in Deutschland lebenden Mukoviszidosepatienten erhoben werden (Stufe I) und darüber hinaus einige Ambulanzen alle durchgeführten Diagnostik- und Therapiemaßnahmen bei jedem Patientenkontakt detailliert erfassen (Stufe II), haben sich 2 weitere Projekte entwickelt:

Mit dem Projekt „**Benchmarking bei der Versorgung von Mukoviszidosepatienten**“ wird das Managementinstrument „Benchmarking“ – Lernen von den Besten – von 12 Mukoviszidose-Ambulanzen systematisch eingesetzt, um anhand konsentierter Qualitätsindikatoren zum Entwicklungs- und Ernährungsstatus, zur Lungenfunktion und zu Infektionen, Massivkomplikationen sowie zur Lebensqualität

**„Zentrum für
Qualitätsmanage-
ment im
Gesundheitswesen“
(ZQ) 1996 gegründet**

**Landesweites
Modellvorhaben
„Nachuntersuchung
von Frühgeborenen“
< 28 Wochen
Gestationsalter**

**Ziel: Entwicklungs-
stand dieser
Hochrisikokinder
erfassen**

**3-jährige Langzeit-
studie in 25 Kinder-
kliniken soll mehr
Versorgungsqualität
schaffen**

**12 Mukoviszidose-
Ambulanzen setzen
das Benchmarking-
Konzept projekt-
orientiert ein**

Planungsphase, Analyse der Leistungslücken, Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen

(CFQ) die bestmögliche Behandlungsstrategie für ihre Patienten herauszuarbeiten. Dabei wird das Benchmarking-Konzept im eigentlichen Sinne eingesetzt: Der Planungsphase mit der Auswahl der Qualitätsmaße und der Vergleichspartner folgt die Analyse der Leistungslücken sowie die gezielte Entwicklung von Verbesserungsmaßnahmen und deren Etablierung in Routine. Da bei der Versorgung dieser chronisch-kranken Patientengruppe die konsequente Umsetzung gezielter Therapiestrategien von entscheidender Bedeutung für den Vitalstatus und die Lebensqualität ist, hat sich als ein erstes Ergebnis im Projekt

- ▲ die Optimierung der Antibiotikatherapie,
- ▲ die Optimierung der Lungenfunktionsmessung und ihrer therapeutischen Konsequenzen,
- ▲ die Optimierung der Dokumentation der Patientenbefunde

ergeben.

Regelmäßige Kontrolle des Projektstands und der aktuellen Ergebnisse

Die Ambulanzeleiter sowie weitere Therapeuten der 12 beteiligten Ambulanzen treffen sich 2-mal jährlich, um den Benchmarking-Prozess aktiv voranzutreiben und sich über den Projektstand und die aktuellen Ergebnisse auszutauschen. Die Diskussion ist dabei gekennzeichnet durch einen sehr offenen Umgang mit den eigenen Ambulanzstatistiken sowie eine dynamische Entwicklung der Projektziele. Das Benchmarking-Projekt läuft von 2004 bis 2007 und ist eines der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) geförderten 10 Modellvorhaben. Das Projektmanagement und die wissenschaftlich-methodische Begleitung erfolgen durch das ZQ in enger Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Tübingen (Klinische Projektleitung: Prof. Dr. med. Martin Stern). Aktuelle Informationen: www.benchmarking-qm.de.

Start des Projekts „Sozialoffensive“ Ende 2005

Daneben wurde in Anknüpfung an das Verfahren „Qualitätssicherung Mukoviszidose“ Ende 2005 das Projekt „Sozialoffensive“ initiiert: Ausgehend von der Hypothese, dass Kinder und Jugendliche aus sozial schwächeren Familien häufiger eine suboptimale Lungenfunktion aufweisen, da sie möglicherweise in der Durchführung der zeitaufwendigen Therapiestrategien nicht so konsequent unterstützt werden wie ihre Altersgenossen aus Familien mit höherem Sozialstatus. Es wird daher anhand gezielter Datenanalysen, gefolgt von eingehenden Befragungen, zunächst untersucht, wie sich die Situation in Deutschland aktuell darstellt. Auf dieser Basis sollen dann gezielte Interventionsstrategien entwickelt werden, um diese Familien entsprechend zu unterstützen und damit den betroffenen Kindern die gleichen Chancen auf einen guten Vitalstatus und damit einen guten Start in Schule und Beruf zu geben. Diese Initiative wird, wie die „Qualitätssicherung Mukoviszidose“, vom Patientenverband Mukoviszidose e.V. gefördert.

Entwicklung gezielter Interventionsstrategien auf Basis einer Situationsanalyse

Als spezifisches **QM-Konzept für niedergelassene Ärzte und ihre Praxisteams** wurde aus dem 200 Stunden umfassenden Kursprogramm „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gemäß BÄK-Curriculum eine weniger umfangreiche Variante für 1 Arzt und 1 Arzthelferin jeder teilnehmenden Praxis entwickelt. Unter der Formel „10 x 10“ lief 2003 der Pilotkurs mit 10 Praxen in Osnabrück. Seither wurden in Hannover, Aurich, Hameln, Braunschweig, Oldenburg, Gifhorn, Celle und weiteren Orten zahlreiche QM-Kurse für Arztpraxen durchgeführt – mittlerweile hat sich „5 x 5“ als feste Formel für 5 teilnehmende Praxen und 5 Seminartermine etabliert. Mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Landesverband Niedersachsen, wurde ein spezielles Angebot für Kinderärzte entwickelt. Ergänzt wird die Seminarpalette für Praxen durch QM-Kompaktkurse für Arzthelferinnen und medizinische Assistenzberufe, die Aufgaben im Qualitätsmanagement übernehmen wollen. Auch die Zertifizierungskonzepte für Arztpraxen wie KTQ (BÄK) und QEP (KBV) haben ihren festen Platz im Seminarangebot.

Spezifisches QM-Konzept „5 x 5“ für Arzt und Arzthelferin

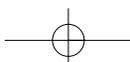
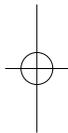
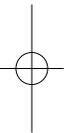
Das Bestreben, immer wieder innovative Konzepte zur Qualitätsverbesserung umzusetzen, wurde durch die Verleihung des **Deutschen Preises für Qualität im Gesundheitswesen 2003 an das ZQ**, „mittlerweile ein Markenzeichen im deutschen Gesundheitswesen“, gewürdigt. Er wurde verliehen für die besonderen Verdienste bei der Verbreitung und für die Initiativen zur Fortentwicklung des Qualitätsmanagements im deutschen Gesundheitswesen.

2005 wurde das ZQ in „Zentrum für **Qualität und Management** im Gesundheitswesen“ umbenannt. Diese Namensänderung berücksichtigt die inhaltliche und strukturelle Weiterentwicklung: die gesamte Qualitätsentwicklung in Klinik und Praxis, auch die Themen Patientensicherheit und Risikomanagement, Integrierte Behandlungspfade, Moderation, Rhetorik, Beschwerdemanagement, Kostenoptimierung und Führungsseminare gehören zum umfangreichen Angebotsspektrum. So bleibt das ZQ aktuelle Informationsplattform und kompetenter Dienstleister auf diesem für die Zukunft des Gesundheitswesens so wichtigen Gebiet.

Weitere Informationen: www.zq-aekn.de

**Verleihung des
Deutschen Preises für
Qualität im
Gesundheitswesen
2003 an das ZQ**

**Umbenennung in
„Zentrum für
Qualität und
Management im
Gesundheitswesen“**



Ärztekammer Nordrhein – Verbesserte Schlaganfallbehandlung



Das Institut für Qualität im Gesundheitswesen Nordrhein (IQN) ist eine gemeinsame Einrichtung von Ärztekammer Nordrhein und Kassenärztlicher Vereinigung Nordrhein. Das Institut widmet sich satzungsgemäß der Aufgabe, die von beiden Körperschaften als dringlich erachteten Projekte im Bereich der Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung anzustoßen und die für die Projektentwicklung notwendigen Schritte umzusetzen.

Das Projekt „Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung“ wurde im Jahr 2000 in Nordrhein unter dem Dach des IQN etabliert. Ziel ist eine Versorgungsverbesserung durch Förderung der Qualitätssicherung der Schlaganfallbehandlung.

Dazu dient

- ▲ die Erfassung der Versorgungswirklichkeit
- ▲ das Erkennen von Verbesserungspotentialen
- ▲ die Schaffung einer stabilen Diskussionsbasis zur Verbesserung der Behandlungsqualität
- ▲ der Hilfestellung bei der Umsetzung der erkannten Verbesserungspotentiale

Dokumentiert werden Patienten, die mit den Symptomen eines akuten Schlaganfalls aufgenommen werden. Die Dokumentation endet mit der Entlassung/Verlegung des Patienten.

- ▲ Eine Erhebungsmaske wird als EDV-Datei oder auf Papier kostenlos zur Verfügung gestellt. Die Items umfassen soziodemographische Kenndaten, Komorbiditäten, neurologische Ausfälle, Schlaganfallschweregrad, diagnostische Untersuchungen und Therapien.
- ▲ Die Patientendaten werden dem IQN in anonymisierter Form zugeleitet: Bei Papierdokumentation senden die Kliniken die ausgefüllten Erhebungsbögen an das IQN. Das IQN gibt die Daten in die Datenbank ein.
- ▲ Bei EDV-mäßiger Datenerfassung senden die Kliniken die Daten auf geeigneten Datenträgern an das IQN.
- ▲ Das IQN prüft eingehende Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität. Fehlerhafte oder unvollständige Datensätze/Bögen werden mit einem Fehlerprotokoll an die dokumentierende Klinik zur Korrektur zurückgesandt. Damit wird eine hohe Datenqualität ermöglicht.

In regelmäßigen Abständen werden Auswertungen durchgeführt und den Abteilungen zugesandt:

- ▲ Klinikindividuelle Auswertungen
In Grafiken und Tabellen werden die erhobenen Items für jede Abteilung dargestellt.
- ▲ Vergleichende Auswertungen
Über ein anonymisiertes Benchmarking kann sich jede Abteilung mit den anderen teilnehmenden Kliniken vergleichen. Durch programmtechnische Vorkehrungen ist die Anonymität der Kliniken gewährleistet.

**Institut für Qualität
im Gesundheits-
wesen Nordrhein
(IQN)**

**Etablierung des
IQN-Projekts
„Qualitätssicherung
in der Schlaganfall-
behandlung“**

**Durchführung
regelmäßiger
Auswertungen**

Bei Bedarf werden Auswertungen in elektronischer Form zum Beispiel für einen Qualitätsbericht zur Verfügung gestellt. Weiterhin werden die eigenen Rohdaten der jeweiligen Klinik zugeschickt.

Teilnehmen können alle an der Schlaganfall-Akutversorgung beteiligten neurologischen, internistischen und geriatrischen Abteilungen sowie Stroke Units. Die Teilnahme ist freiwillig und kostenlos. Das IQN-Projekt ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfall-Register, ein freiwilliger Zusammenschluss von Schlaganfall-Qualitätssicherungsprojekten in den Bundesländern.

20 Kliniken mit 1649 Patienten nahmen im 1. Halbjahr 2005 am kostenlosen und freiwilligen Projekt teil

Im 1. Halbjahr 2005 beteiligten sich 20 Kliniken mit 1649 Patienten an diesem freiwilligen Projekt des IQN. Bis Ende 2005 hatten 31 internistische, geriatrische und neurologische Abteilungen einschließlich Stroke Units ihre Teilnahme zugesagt. Für jeden Patienten umfassen die erhobenen Items soziodemographische Kenndaten, Komorbiditäten, neurologische Ausfälle, Schlaganfallschweregrad, diagnostische Untersuchungen und Therapien. Halbjährlich werden die dokumentierten Items den teilnehmenden Kliniken in Form von Feedbackberichten zurückgespiegelt. Anhand dieser klinikspezifischen und Kliniken vergleichenden Auswertungen können die Abteilungen Verbesserungspotenziale erkennen und Maßnahmen zur Optimierung der Behandlung von Patienten mit Schlaganfall einleiten. Abteilungen, die in diesem Rahmen Fortbildungsveranstaltungen durchführen, werden auf Wunsch vom IQN unterstützt. Allen teilnehmenden Abteilungen wurde vom IQN ein Zertifikat über die Projektteilnahme ausgestellt.

Kontinuierliche Weiterentwicklung des Projektes geplant

Vorgesehen ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Projektes. So wird das IQN 2006 beispielsweise freiwillige „Follow-up“-Module zur Darstellung der Qualität der poststationären Versorgung anbieten. Eine Überarbeitung des derzeitigen Erhebungsinstrumentes mit einer Straffung des Dokumentationsaufwandes wird 2006 ein wesentlicher Schwerpunkt der Projektarbeitsgruppe „Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung“ sein. Anfang 2007 soll ein verkürzter Erhebungsbogen eingeführt werden, der die Daten zur Bestimmung der wichtigsten Qualitätsindikatoren erhält.

Beispiele aus den erhobenen Daten:

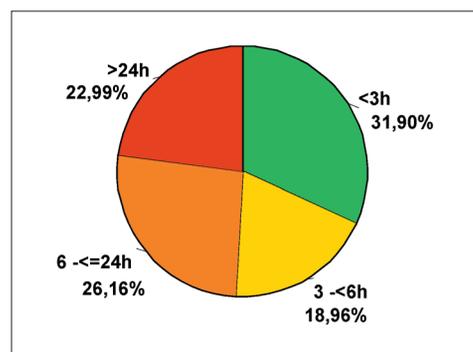


Abb.: Prähospitalzeit bei Patienten mit bestätigter Schlaganfalldiagnose

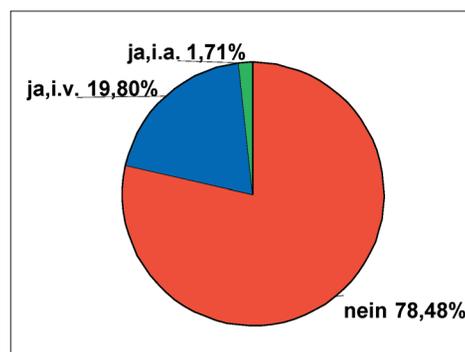


Abb.: Lyse Therapie bei Patienten mit Hirninfarkt oder TIA die innerhalb von 3 h eingeliefert wurden

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz – Drittelparitätische Mitbeteiligung



**Landesärztekammer
Rheinland-Pfalz**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Bei der externen vergleichenden Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V gibt es in Rheinland-Pfalz insofern eine Besonderheit, als in diesem Kammerbereich abweichend von den anderen Kammern ein spezieller Weg für das Engagement in der externen Qualitätssicherung gewählt worden ist. 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 sowie unter Beteiligung von Vertretern der Pflegeberufe wurde eine vertragliche Regelung für Rheinland-Pfalz geschaffen, bei der gegen das mehrheitliche Votum eines der 3 Vertragspartner keine Beschlussfassung möglich ist.

Die externe vergleichende Qualitätssicherung unter Beteiligung der Landesärztekammer ist derart geregelt, dass unter Beteiligung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz eine Gesellschaft in Form einer GmbH gegründet worden ist, der die Aufgaben der Durchführung komplett übertragen worden sind. Die Landesärztekammer ist somit als Drittelpartner der GmbH SQMed für die gesamte Umsetzung der Qualitätssicherung zuständig und mitverantwortlich.

Außerhalb der bundesweit einheitlichen Verfahren der Qualitätssicherung entsprechend den Beschlüssen bei der BQS und neuerdings im Gemeinsamen Bundesausschuss betreut die GmbH als Projekte auf Landesebene auch die Neonatalerhebung und die Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung.

Wie in den anderen Bundesländern auch ist ein Schwerpunkt der externen vergleichenden Qualitätssicherung die Umsetzung der so genannten BQS-Verfahren. Von den im Jahre 2005 beschlossenen 19 Verfahren waren 4 so genannte direkte Verfahren, die also unmittelbar von der BQS für das gesamte Bundesgebiet geregelt wurden. Dazu gehörten die Koronarchirurgie, die kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und die Herztransplantation.

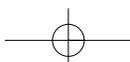
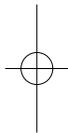
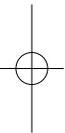
Zu den indirekten Verfahren, die damit unmittelbar in den Aufgabenbereich der Länder und somit in Rheinland-Pfalz in den Aufgabenbereich der Geschäftsstelle Qualitätssicherung der SQMed gGmbH fielen, gehörten die Herzschrittmacher-Erstimplantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Explantation, Karotis-Rekonstruktion, Cholecystektomie, gynäkologische Operation, Geburtshilfe, hüftgelenksnahe Femurfraktur, Hüftendoprothesen-Erstimplantation, Hüftendoprothesen-Wechsel, Knie-Totalendoprothesenerstimplantation, Knie-Totalendoprothesen-Wechsel, Mammachirurgie, die Koronarangiographie und die ambulant erworbene Pneumonie.

**Spezieller Weg der
Landesärztekammer
in der externen
Qualitätssicherung
(QS)**

**Drittelparitätische
Mitbeteiligung – kein
Beschluss gegen das
Votum eines der 3
Vertragspartner**

**GmbH SQMed –
Landesärztekammer
als Drittelpartner für
QS zuständig**

**Betreuung der
Neonatalerhebung
und QS in der
Schlaganfallbehand-
lung**



Ärztekammer 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 – wie 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 im jährlichen Qualitätsbericht zusammengestellt und aufgearbeitet.

Im stationären Bereich ist die Ärztekammer des Saarlandes in einem 4-seitigen Vertrag über die Qualitätssicherung in den saarländischen Krankenhäusern mit den Verbänden der Krankenkassen im Saarland der Saarländischen Krankenhausgesellschaft 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 weiterentwickelt werden. Die krankenhäusübergreifende Qualitätssicherung macht es möglich, die Qualität der Versorgung in den Kliniken laufend zu beobachten und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung, soweit erforderlich, einzuleiten. Damit werden die krankenhäusinternen 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 sowohl für die Indikationsstellung, für die Leistungserbringung, für die Angemessenheit der Leistung, für die Ergebnisqualität als auch für die personellen und sachlichen Voraussetzungen zur Erbringung der Leistung. Damit wird es dem Arzt und den Pflegekräften aber auch der Krankenhausleitung ermöglicht, die Qualität der Behandlung und der Versorgungsabläufe zu beurteilen und den Behandlungserfolg, zu sichern und gegebenenfalls zu verbessern. Ein Qualitätsbüro, eingerichtet bei der Saarländischen Krankenhausgesellschaft, 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 aufzuberei-

Ambulant und stationär steht die medizinische Versorgung auf hohem Niveau

Etwa 30 Prozent aller ambulanten Leistungen unterliegen besonderen Qualitätssicherungsmaßnahmen

QS stationär vertraglich geregelt: Ärztekammer, Krankenkassenverbände, Krankenhausgesellschaft, Pflegeorganisationen

Valide Datenbasis macht die Qualität der Leistungen vergleichbar

Qualitätsbüro – Organisation der QS-Maßnahmen

**Lenkungsausschuss –
Koordination und
Weiterentwicklung
der QS-Maßnahmen**

ten. 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.

**Gemeinsames Ziel:
Sicherstellung und
Verbesserung der
Qualität in der
medizinischen
Versorgung**

Trotz angespannter finanzieller Rahmenbedingungen und unterschiedlicher Interessenlagen auf vielen Gebieten ist es ein gemeinsames Anliegen der ärztlichen Selbstverwaltung, die Qualität in der medizinischen Versorgung der Patienten zu sichern und weiter zu verbessern.

Sächsische Landesärztekammer – Peer Review Pathologie



1999 fasste der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer den Beschluss, das Peer Review Verfahren Pathologie im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer einzuführen.

Inzwischen ist dieses eine akzeptierte und bundesweit angesehene Methode der ärztlichen Qualitätssicherung mit der Zielsetzung der Qualitätsverbesserung und gegenseitigen kollegialen Unterstützung.

Mittlerweile entstand eine vom Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer beschlossene „Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“. Sie trägt das Votum aller beteiligten Pathologen im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer im Sinne eines konsentierten Beschlusses.

Ausgehend vom Positionspapier des Arbeitskreises „Pathologie“ des Ausschusses „Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung“ der Bundesärztekammer, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 88, 3885–3886 (1991), haben sich mehrere Institute für Pathologie und Gemeinschaftspraxen für Pathologie oder Zytologie seit dem 14. Mai 1999 zur Ausübung einer inter-institutionellen Qualitätskontrolle auf freiwilliger Basis zusammengeschlossen. Ziel ist die Verbesserung der Prozess- und insbesondere Ergebnisqualität mittels einer gegenseitigen Qualitätsbeurteilung durch Fachkollegen (Peer Review Verfahren Pathologie) anhand definierter Kriterien. Über die Teilnahme an der freiwilligen Qualitätskontrolle Pathologie wird eine Bestätigung durch die Sächsische Landesärztekammer ausgestellt.

Die Teilnahme am Peer Review Verfahren Pathologie im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer ist freiwillig. Sie kann sich auch über den Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer hinaus erstrecken. So können unter der Voraussetzung der Berücksichtigung der Richtlinie „Freiwillige Qualitätskontrolle – Pathologie“ auch Praxen/Institute (Institutionen) aus Ärztekammerbereichen anderer Bundesländer teilnehmen.

Für die inhaltliche Koordination und Organisation des Peer Review Verfahrens Pathologie im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer steht ein aus dem Kreis der teilnehmenden Institutionen benannter Fachkollege jeweils für den ost- und westsächsischen Bereich zur Verfügung. Darüber hinaus unterstützt das Referat Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer die Durchführung des Peer Review Verfahrens Pathologie hinsichtlich Terminplanung, Versand von Einladungen bis hin zur administrativen Begleitung der Zertifikatsvergabe.

Mehrfach jährlich treffen sich die Teilnehmer im Wechsel in einer der teilnehmenden Institutionen oder in anderen geeigneten Räumlichkeiten. Für die betreffenden Einrichtungen werden nach Zufallskriterien die Untersuchungsfälle mit Immunhistologie von 2 Tagen und 5 Sektionsfälle aus dem Zeitraum zwischen dem 1. Tag des Monats der letzten Sitzung bis einschließlich des letzten Tages des der geplanten Sitzung vorangegangenen Monats ausgewählt.

Eine Ausnahme bilden zytodiagnostische Einrichtungen. Hier werden die zytologischen Fälle eines Tages (nach Vormusterung) und die immunzytologischen Fälle einer Woche ausgewählt.

Einführung des Peer Review Verfahrens Pathologie

**Ziel: Verbesserung
der Prozess- und
Ergebnisqualität
durch gegenseitige
Qualitätsbeurteilung**

**Koordination und
Organisation des
Verfahrens**

**Auswahl der
immunhisto-
logischen und
zytodiagnostischen
Untersuchungen**

Die Fälle der die Sitzung ausrichtenden Institution werden vom Koordinator des Peer Review Verfahrens Pathologie ausgesucht. Für seine eigene Einrichtung von dem Teilnehmer, bei dem das vorhergehende Treffen stattgefunden hat.

Neben den Schnittpräparaten sind anonymisierte Kopien der Untersuchungsanträge und der Befund der jeweiligen Fälle vorzulegen.

Jeder Fall soll durch die anderen Teilnehmer anhand eines standardisierten Auswertungsbogens nach Qualität der Schnittpräparate, ggf. erforderlichen Zusatzuntersuchungen, Inhalt der Begutachtung ggf. mit Differentialdiagnose beurteilt und ggf. schriftlich kommentiert werden. Kritikpunkte werden anschließend gemeinsam diskutiert.

An den Treffen können Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen und der Sächsischen Landesärztekammer teilnehmen. Diese sind rechtzeitig vor dem Treffen zu informieren.

Von jedem Treffen ist ein zusammenfassendes Protokoll vom Koordinator zu erstellen, aus dem die gastgebende Institution, die anwesenden Vertreter der einzelnen Einrichtungen sowie die Ergebnisse der Bewertung hervorgehen. Jede Institution erhält hiervon eine Kopie.

**Bei positiver
Bewertung: Teil-
nahmebestätigung
der Ärztekammer
(3 Jahre Gültigkeit)**

Im Falle einer positiven Bewertung erfolgt eine Weiterleitung des Protokolls an den Ausschuss „Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie“ der Sächsischen Landesärztekammer. Die Sächsische Landesärztekammer erstellt eine Bestätigung über die Teilnahme an der „freiwilligen Qualitätskontrolle Pathologie“ – Peer Review Verfahren Pathologie. Diese hat eine Gültigkeit von 3 Jahren.

Ärztekammer Sachsen-Anhalt – Ringversuche in der Labordiagnostik



Die Richtlinie der Bundesärztekammer zur „Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen“ schreibt in § 3.2.1 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 dieser Richtlinie der Bundesärztekammer erfolgt.

Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung sind zwingender Bestandteil der einzelnen Leistung, daher ist sowohl für den stationären als auch den ambulanten Bereich die Teilnahme an 4 Ringversuchen pro Jahr, wovon mindestens 2 erfolgreich absolviert sein müssen, nachzuweisen.

Die Meldung über die erfolgreiche Ringversuchsteilnahme hat für den stationären Bereich an die zuständige Landesärztekammer, für den ambulanten Bereich an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zu erfolgen.

Hierbei treten regelmäßig Doppelzuständigkeiten (durch zum Beispiel ermächtigte Ärzte oder Tätigkeit als Laborarzt in einer Gemeinschaftspraxis der Niedergelassenen neben der Tätigkeit als Leiter eines Krankenhauslabors) auf.

Um Mehrfachmeldungen der Ringversuchsteilnahme aufgrund dieser Konstellationen zu vermeiden, haben sich die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor 2 Jahren auf ein gemeinsames Vorgehen verständigt.

Alle Ringversuchszertifikate werden an eine gemeinsame Postadresse gesandt und in Abständen von 3 Monaten erfolgt durch die zuständigen Mitarbeiter beider Körperschaften ein Abgleich.

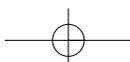
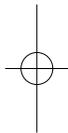
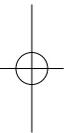
Seither können wir sowohl eine Akzeptanzsteigerung bei den Einsendern als auch eine Effizienzzunahme gegenüber dem vorher üblichen Einzelabgleich bei jeder Körperschaft berichten.

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.

**Nachweispflicht über
erfolgreiche
Teilnahme an
Ringversuchen in der
Labordiagnostik**

**Interne und externe
QS – jährlicher
Nachweis von
4 Teilnahmen,
davon mindestens
2 erfolgreich**

**Gemeinsames
Vorgehen zur
Vermeidung von
Mehrfachmeldungen**



Ärzttekammer Schleswig-Holstein – Das Deutsche IVF-Register (D.I.R.): Qualitätssicherung in der Assistierte 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 zum Beispiel 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, wenn man die gesellschaftliche Akzeptanz der Fortpflanzungsmedizin als sichere und erfolgreiche Behandlungsform erhöhen und gleichzeitig Missverständnissen vorbeugen wollte – die Sammlung und die zuverlässige Auswertung der durch die Fortpflanzungsmedizin erzielten Ergebnisse sowie deren öffentliche Diskussion unerlässlich ist.

In Deutschland bemüht man sich seit 1982 um die Datenerhebung und -auswertung für die durchgeführten Behandlungen, erzielten Schwangerschaften und geborenen Kinder. Diese ersten Arbeitsgruppen, welche die Notwendigkeit einer solchen zentralen Datenerfassung erkannt hatten, waren noch alle universitäre Einrichtungen. Da zu diesem Zeitpunkt noch keinerlei rechtliche Vorschriften bestanden, war dies eine aus freien Stücken unternommene Anstrengung. Aus diesem freiwilligen Zusammenschluss aller in Deutschland die Techniken der assistierten Reproduktion ausübenden medizinischen 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 D.I.R. für die reproduktionsmedizinischen Zentren schließlich verpflichtend geworden. Mittlerweile nehmen über 120 Zentren am D.I.R. teil.

Das D.I.R. 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 des D.I.R.

Datensammlung

Vor 1997 konnten die Zentren ihre Behandlungsdaten und -ergebnisse als schriftlichen Fragebogen oder aber als Computerdatei unter Benutzung eines D-Base-Programms dem D.I.R. zur Auswertung übermitteln. Ab 1997 wurde bei allen am D.I.R. teilnehmenden Zentren ein einheitliches Datenerfassungsprogramm installiert. Seit diesem Zeitpunkt war die Dateneingabe über einen Fragebogen nicht mehr möglich. Das Erfassungsprogramm erlaubte nun die Eingabe vollständig dokumentierter Behandlungen. Der Fragenkatalog deckt seitdem alle relevanten Aspekte der Behandlung zur assistierten Reproduktion ab. Die Dateneingabe selbst kann in

Methoden der assistierten Reproduktionsmedizin gehen mit Informationsbedürfnis der Öffentlichkeit einher

Seit 1982 – Erhebung/Auswertung von Daten für Behandlungen, Schwangerschaften und Geburten

Deutsche IVF-Register (D.I.R.) – Zusammenschluss aller medizinischen Einrichtungen zur assistierten Reproduktion

Seit 1997 einheitliches Programm zur Datenerfassung

Dateneingabe retrospektiv oder prospektiv

retrospektiver oder aber prospektiver Form erfolgen. Im letzteren Fall muss die Anlage der Datei innerhalb von 8 Tagen nach Beginn der Stimulationsbehandlung erfolgen, damit der Behandlungszyklus als prospektiv erfasst gelten kann. 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 „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.

Seit 2006 neues Erfassungsprogramm

Im vergangenen Jahr wurde das herkömmliche Erfassungsprogramm durch eine neue – bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein entwickelte – Software abgelöst. Dieses datenbankbasierte Programm 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.

Ergebnisse des D.I.R.

Regelmäßiges Feed- back über Behand- lungsergebnisse

Um den Zentren eine Rückmeldung über Ihre Behandlungsergebnisse zu geben, erhalten diese 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 Übersicht aller Zentren (anonymisiert) einordnet, so dass das Zentrum sehen kann, wo es sich im bundesweiten Vergleich befindet. Diese Auswertungen dienen auch dem Vorstand und dem Kuratorium des D.I.R. sich ein Bild von den Ergebnissen in den Zentren machen zu können. Darüber hinaus können diese Auswertungen in ähnlicher Form auch 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.

Zahl der IVF-Behand- lungen von 13 598 1995 auf über 105 000 2003 gestiegen

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 etwa 1982 nur 742 IVF-Behandlungen in 5 Zentren im gesamten damaligen Bundesgebiet durchgeführt wurden, wurden 1992 bereits 12 867 solcher Behandlungen registriert. 1993 wurde die ICSI (intracytoplasmatische Spermieninjektion) in Deutschland noch nicht als Behandlungsmethode durch das D.I.R. registriert: Für 1995 belaufen sich die Zahlen auf 13 598 Zyklen und für 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 Behandlungszahlen verzeichnet werden. Ein Rekordhoch wurde 2003 mit über 105 000 Behandlungen erreicht. In 2004 sank diese Zahl allerdings auf 65 000 Zyklen. Hier spiegelt sich die Einflussnahme der gesundheitspolitischen Rahmenbe-

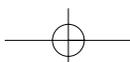
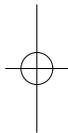
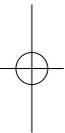
dingungen wider, die sich durch die Maßgaben des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes deutlich geändert haben.

Insgesamt ließen sich dank der Datenerfassung und -auswertung durch das D.I.R. im Laufe der Jahre positive Trends verzeichnen: Die Schwangerschaftsraten betragen nun rund 28 Prozent pro Embryotransfer bei IVF- und ICSI-Behandlungen, die Abortraten liegen bei knapp 20 Prozent pro Schwangerschaft und Transfer. Darüber hinaus konnte erfreulicher Weise ein kontinuierlicher Rückgang der Mehrlingschwangerschaften verzeichnet werden.

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 D.I.R. den größten Teilnehmer dar. Die Berichte des EIM zählen zu den weltweit meistzitierten Quellen im Bereich Reproduktionsmedizin. Die ESHRE hat aufgrund der guten Datenqualität des D.I.R. Interesse an einer englischsprachigen Version der D.I.R.-Erfassungssoftware „DIRpro“ bekundet.

Behandlungsergebnisse können sich auch international sehen lassen



Landesärztekammer Thüringen – Externe Qualitätssicherung für Intensivstationen



Das Projekt Qualitätsmanagement in der Intensivmedizin wurde im Jahr 2002 eingerichtet und dient dem Ziel, unter dem Dach der Landesärztekammer Thüringen eine externe Qualitätssicherung für Intensivstationen aller Fachrichtungen zu etablieren. Das primäre Ergebnis ist die Bereitstellung von qualitäts- und leistungsrelevanten Daten aus den Intensivstationen Thüringens sowie deren Aufbereitung und Interpretation unter fachlichen Gesichtspunkten durch ein intensivmedizinisches Expertenteam. Es entsteht so eine Beschreibung der intensivmedizinischen Situation, die den Teilnehmern als Maßstab für die Qualität ihrer eigenen Struktur und Leistung dienen kann. Durch die Fortführung der Dokumentation über den zeitlichen Verlauf kann die beteiligte Klinik den eigenen Qualitätsfortschritt messen und belegen.

Dieser externe Qualitätsvergleich hat den besonderen Fokus auf dem konkreten Ergebnis des Behandlungsprozesses und ist deshalb eine wichtige Ergänzung zu den Strategien der Zertifizierung nach ISO 9001 und KTQ, bei denen eine Prozessoptimierung ohne explizite Berücksichtigung des Therapieergebnisses angestrebt wird. Die gepoolten Daten werden in der Landesärztekammer Thüringen automatisiert ausgewertet und den teilnehmenden Kliniken in Form von Mittelwerten, Indizes etc. im Vergleich zu den anonymisierten Daten der anderen Teilnehmer zur Verfügung gestellt.

Im Gegensatz zu anderen Qualitätssicherungs-Programmen, bei denen die Datensammlung und Auswertung per Bericht meistens jährlich stattfindet, erlaubt das Modell der Landesärztekammer Thüringen auch beliebig kürzere individuelle Datenabgabetermine und damit eine engmaschigere eigene Prozesskontrolle: Die Datenauswertung kann jederzeit vom Einsender online erfolgen. Man ist nicht auf jährliche Qualitätsberichte angewiesen, sondern kann schon direkt nach der elektronisch verschlüsselten Übermittlung und Integration der eigenen anonymisierten Daten in den Benchmarkserver die aktualisierten Auswertungsergebnisse über die Homepage der Landesärztekammer Thüringen im Internet abrufen.

Die Auswertungen sind direkt über ein Online-System mittels Web-Zugang (<http://www.laek-thueringen.de/> → Qualitätssicherung → Qualitätsmanagement ITS) aufrufbar.

Im April 2005 konnte die 1. Version des „Benchmarkservers Intensivmedizin“ erstmals der Öffentlichkeit vorgestellt werden. Jede beteiligte Intensivstation kann seitdem im Internet nach Überprüfung der Autorisierung strukturierte Qualitätsberichte in Form von Diagrammen, bei denen die Daten der eigenen Station mit den anonymisierten Daten aller eingesandten Intensivstationen im Benchmarking dargestellt werden, aufrufen.

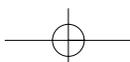
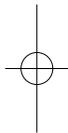
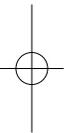
Dieser Kerndatensatz gibt neben der Information zur Struktur der beteiligten Intensivstation, den Patientenstammdaten, den Verlaufsdaten und dem Behandlungsaufwand auch das Ergebnis (Outcome) der intensivmedizinischen Behandlung wieder und hat den landesweiten Aufbau eines Registers zum Ziel.

2002: Einführung des Projekts QM in der Intensivmedizin
Ziel: Etablierung einer externen QS für Intensivstationen aller Fachrichtungen

Externer Qualitätsvergleich ist ergebnisorientiert und gute Ergänzung zur Zertifizierung nach ISO 9001 und KTQ

Thüringer Modell erlaubt kürzere Intervalle der Datenabgabe

Vorstellung der 1. Version des „Benchmarkservers Intensivmedizin“ im April 2005



Ärztékammer Westfalen-Lippe – Qualitätssicherung Onkologie



Westfalen-Lippe
Ärztékammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Am 26. April 2004 ist die „Vereinbarung zur Etablierung der Qualitätssicherung in der Versorgung von Tumorpatienten in Westfalen-Lippe“ geschlossen worden und rückwirkend zum 1. Januar 2004 in Kraft getreten. Vertragspartner sind die Verbände der Kostenträger, die Onkologischen Schwerpunkte, die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe und die Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL).

Ziel der QS Onkologie ist es, die qualitätsgesicherte ambulante und stationäre Behandlung onkologischer Patienten in Westfalen-Lippe unter Beachtung der §§ 135a, 137 SGB V nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft flächendeckend sicherzustellen und eine qualifizierte Diagnose, Therapie und Nachsorge zu gewährleisten. Durch das abgestimmte Vorgehen aller Beteiligten sollen mögliche Qualitätsmängel in einem QM-Zyklus behoben werden.

Über die Qualitätssicherungsmaßnahmen wird erstmals ein sektorübergreifendes und interdisziplinäres Bindeglied zwischen dem stationären und niedergelassenen Bereich aufgebaut sowie ein einheitliches und verbindliches Qualitätssicherungssystem Onkologie in Westfalen-Lippe etabliert.

Durch die Weiterentwicklung einer standardisierten Tumordokumentation unter Verwendung von abrechnungsrelevanten Routinedaten und Dokumentationen für andere QS-Anforderungen (Brustzentren, DMP, externe QS nach § 137 SGB V) werden zukünftig die Dokumentationsanforderungen auf einen vertretbaren Umfang beschränkt.

Die Leistungserbringer kommen auch ihrer nach dem neuen Krebsregistergesetz in Nordrhein-Westfalen bestehenden Meldepflicht nach, wenn die Daten für die Qualitätssicherungsmaßnahmen gemeldet werden. Ein Austausch der Daten wird mit dem Epidemiologischen Krebsregister bidirektional vorgenommen, sodass die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der Datensätze optimiert werden kann.

Die ÄKWL nimmt in diesem Verfahren zum einen die Aufgabe der Koordinierungsstelle wahr: Die Administration und Moderation von fachlichen Arbeitsgruppen zu den 3 Tumorentitäten Mammakarzinom, Prostatakarzinom und Kolorektales Karzinom, die im 1. Schritt den Auftrag hatten, Qualitätsindikatoren festzulegen und Dokumentationsinhalte zu identifizieren, konnte erfolgreich zum Abschluss gebracht werden.

In der weiteren wichtigen Funktion als Auswertungsstelle werden sämtliche Auswertungen für die QS Onkologie in Westfalen-Lippe vorgenommen. Eine erste Probeauswertung nach den Basis-Indikatoren mit den vorhandenen QS-Datensätzen auf einer zentralen Datenbank, die von der KVWL verwaltet und gepflegt wird, wurde im März 2006 dem Lenkungsausschuss QS Onkologie präsentiert.

An der Weiterentwicklung des Qualitätssicherungs-Managementverfahrens für die Onkologie mit zeitnahen Auswertungen und Feedback an die Leistungserbringer ist die ÄKWL aufgrund der umfangreichen Erfahrungen als Geschäftsstelle Qualitätssicherung und Zertifizierungsstelle für Brustzentren maßgeblich beteiligt.

Eine ausgiebige Kontaktpflege und aktive Zusammenarbeit mit verschiedenen Organisationen (Epidemiologisches Krebsregister NRW gGmbH, Krebsgesellschaft Nordrhein-Westfalen/Masterplangruppen, Fachgesellschaften, Deutsches Krebsfor-

**Seit Anfang 2004
gültig: Die
„Vereinbarung zur
Etablierung der
Qualitätssicherung in
der Versorgung von
Tumorpatienten in
Westfalen-Lippe“**

**Ziel: ambulante und
stationäre Behand-
lung von Krebs-
patienten nach
§§ 135a, 137 SGB V
sicherstellen**

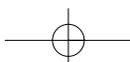
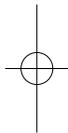
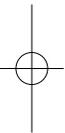
**Bidirektionaler
Austausch der Daten
mit dem
Epidemiologischen
Krebsregister**

**ÄKWL als
Koordinierungs- und
Auswertungsstelle**

schungszentrum Heidelberg, Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, Bundesärztekammer) wird dauerhaft gepflegt, damit zukünftig nach Möglichkeit ein einheitliches Vorgehen im Hinblick auf eine standardisierte Tumordokumentation und Qualitätssicherung Onkologie in Gesamt-NRW und darüber hinaus erreicht werden kann.

Adressen und Ansprechpartner bei den Landesärztekammern für den Bereich Qualitätssicherung

Landesärztekammer Baden-Württemberg Matthias Felsenstein	Jahnstraße 40 70597 Stuttgart	Tel.: 0711/769890 Tfx.: 0711/7698950	info@laek-bw.de www.laek-bw.de
Bayerische Landesärztekammer Dr. J. W. Weidinger	Mühlbaurstraße 16 81677 München	Tel.: 089/4147-0 Tfx.: 089/4147280	blaek@blaek.de www.blaek.de
Ärztekammer Berlin Christa Markl-Vieto	Friedrichstraße 16 10969 Berlin	Tel.: 030/408060 Tfx.: 030/408063499	kammer@aekb.de www.aekb.de
Landesärztekammer Brandenburg Dr. Wolf Schmidt	Dreifertstraße 12 03044 Cottbus	Tel.: 0355/78010-0 Tfx.: 0355/78010-36	post@laekb.de www.laekb.de
Ärztekammer Bremen Franz-Josef Blömer	Schwachhauser Heerstraße 30 28209 Bremen	Tel.: 0421/3404200 Tfx.: 0421/3404209	info@aekhb.de www.aekhb.de
Ärztekammer Hamburg Dr. Carsten Leffmann	Humboldtstraße 56 22083 Hamburg	Tel.: 040/22802596 Tfx.: 040//2209980	post@aekhh.de.de www.aerztekammer-hamburg.de
Landesärztekammer Hessen Dr. Roland Kaiser	Im Vogelsgesang 3 60488 Frankfurt	Tel.: 069/976720 Tfx.: 069/97672128	info@laekh.de www.laekh.de
Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern Dr. Holger Dietze	August-Bebel-Straße 9a 18055 Rostock	Tel.: 0381/492800 Tfx.: 0381/4928080	info@aek-mv.de www.aek-mv.de
Ärztekammer Niedersachsen Dr. Brigitte Sens	Berliner Allee 20 30175 Hannover	Tel.: 0511/38002 Tfx.: 0511/3802240	info@aekn.de www.aekn.de
Ärztekammer Nordrhein Dr. Hans-Georg Huber, M. san.	Tersteegenstraße 9 40474 Düsseldorf	Tel.: 0211/43020 Tfx.: 0211/43021200	Aerztekammer@aekno.de www.aekno.de
Landesärztekammer Rheinland-Pfalz Dr. Jürgen Hoffart	Deutschhausplatz 3 55116 Mainz	Tel.: 06131/288220 Tfx.: 061318/2882288	kammer@laek-rlp.de www.laek-rlp.de
Ärztekammer des Saarlandes Michael Hoffmann	Faktoreistraße 4 66111 Saarbrücken	Tel.: 0681/40030 Tfx.: 0681/4003340	info-aeks@aeksaar.de www.aerztekammer-saarland.de
Sächsische Landesärztekammer Dr. Maria Eberlein-Gonska	Schützenhöhe 16 01099 Dresden	Tel.: 0351/82670 Tfx.: 0351/8267412	dresden@slaek.de www.slaek.de
Ärztekammer Sachsen-Anhalt Dr. Manuela Wolf	Doctor-Eisenbart-Ring 2 39120 Magdeburg	Tel.: 0391/60546 Tfx.: 0391/60547000	gf@aeksa.de www.aeksa.de
Ärztekammer Schleswig-Holstein Cornelia Ubert	Bismarckallee 8–12 23795 Bad Segeberg	Tel.: 04551/8030 Tfx.: 045518/803180	aerztekammer@aeksh.de www.aeksh.de
Landesärztekammer Thüringen Andrea Fathke Ursula Liebeskind	Im Semmicht 33 07751 Jena-Maua	Tel.: 03641/6140 Tfx.: 03641/614169	verwaltung@laek-thueringen.de www.laek-thueringen.de
Ärztekammer Westfalen-Lippe Dr. Jochen Bredehöft	Gartenstraße 210–214 48147 Münster	Tel.: 0251/9290 Tfx.: 0251/9292999	posteingang@aekwl.de www.aekwl.de



Anhang: Leitlinien/Richtlinien/Stellungnahmen der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung

- ▲ Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung quantitativer laboratoriumsmedizinischer Untersuchungen
- ▲ Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Immunhämatologie
- ▲ Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Mikrobiologie (Teil A und B)
- ▲ Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik, Neufassung der Fassung von 1988
- ▲ Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Computertomographie
- ▲ Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung zytologischer Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung des Zervixkarzinoms
- ▲ Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen
- ▲ Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung endoskopischer Eingriffe
- ▲ Positionspapier zur Qualitätssicherung in der Pathologie
- ▲ Empfehlung der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der gastrointestinalen Endoskopie
- ▲ Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung der Magnet-Resonanztomographie
- ▲ Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement 4. überarbeitete Auflage 2007
- ▲ Curriculum Psychosomatische Grundversorgung. Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen, 2. überarbeitete Auflage 2001
- ▲ Curriculum strukturierte med. Versorgung, 1. Auflage 2003
- ▲ Richtlinie zur Organtransplantation gem. § 16 Transplantationsgesetz „Anforderungen an die im Zusammenhang mit einer Organentnahme und -übertragung erforderlichen Maßnahmen zur Qualitätssicherung“