

QUALITÄTSSICHERUNG
UND
KONTINUIERLICHE QUALITÄTSVERBESSERUNG:

GRUNDLAGEN EINER
BEDARFSGERECHTEN GESUNDHEITSVERSORGUNG

Gemeinsame Bestandsaufnahme
der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
über die Aktivitäten der Spitzenorganisationen der ärztlichen Selbstverwaltung
auf dem Gebiet der Qualitätssicherung in der Medizin 1955 bis 1995

Köln, April 1996

Inhalt

Vorwort	3
1. Bestandsaufnahme: Bedeutung der Qualitätssicherung für die ärztliche Berufsausübung	5
<i>1.1. Hintergrund: Fehlender Konsens über Ziele, Instrumente und Erfolge der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen</i>	5
<i>1.2. Qualitätssicherungsmaßnahmen im weiteren Sinne</i>	6
<i>1.3. Rechtliche Regelungen über die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung</i>	7
<i>1.4. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammern</i>	8
1.4.1. Qualitätssicherungsgremien in und bei der Bundesärztekammer	8
1.4.2. Weiterbildung als qualitätssichernde Maßnahme	13
1.4.3. Qualitätssicherung durch Fortbildung	13
1.4.4. Leitlinien und Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer	14
1.4.5. Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie	17
1.4.6. Patientenberatung und Begutachtung durch Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen	17
<i>1.5. Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung</i>	18
1.5.1. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen	22
1.5.2. Qualifikationserfordernisse für besondere vertragsärztliche Leistungen	23
1.5.3. Regelungen zur Qualitätssicherung in den Bundesmantelverträgen	24
1.5.4. Regelungen zur Qualitätssicherung im einheitlichen Bewertungsmaßstab	25
1.5.5. Qualitätssicherungsrichtlinien der KBV	25
1.5.6. Qualitätszirkel in der vertragsärztlichen Versorgung	27
1.5.7. Qualitätsbeurteilungsrichtlinien	28
1.5.8. Fachausschuß "Ärztliche Fachkundenachweise"	28
2. Aktuelle Defizite und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätspolitik im Gesundheitswesen	30
<i>2.1. Patientenorientierte Qualitätssicherung</i>	30
<i>2.2. Sachgerechte Verbraucherinformation und Transparenz im Gesundheitswesen</i>	31
<i>2.3. Rechtliche Aspekte</i>	32
<i>2.4. Koordination der Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung</i>	33
<i>2.5. Qualitätssicherung im stationären Bereich</i>	35
2.5.1. Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Akutkrankenhäusern	37
2.5.2. Qualitätssicherungsprogramme in Rehabilitationseinrichtungen	39
<i>2.6. Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung</i>	41
<i>2.7. Bereichsübergreifende Qualitätssicherung</i>	43
<i>2.8. Umfassendes Qualitätsmanagement</i>	45
2.8.1. Ärztliches Training anhand des Curriculums Qualitätssicherung	48
2.8.2. Leitlinien der Bundesärztekammer für Beratungen von Einrichtungen des Gesundheitswesens	49
2.8.3. Zertifizierung von Krankenhäusern	49
3. Ausblick: Von der Qualitätssicherung zur Kontinuierlichen Qualitätsverbesserung	51
4. Zusammenfassung: 10 Thesen der Ärzteschaft zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung	52
5. Literatur	56

Vorwort

Der Begriff Qualität hat in den letzten Jahren in allen Lebensbereichen unserer Gesellschaft einen besonderen Stellenwert erhalten. Dabei werden Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement zusehends zu beherrschenden Themen auch im Gesundheitswesen, häufig allerdings mit unterschiedlichen Inhalten.

Die Gründe für diese Entwicklung, die in einigen anderen Ländern (insbesondere in den USA, in Großbritannien, den Niederlanden und Skandinavien) schon weit vorangetrieben wurde, sind vielfältig. Als bestimmende Faktoren sind zu nennen:

- das zunehmende Bedürfnis der Öffentlichkeit nach Transparenz in den Dienstleistungssektoren;
- die zu befürchtende Minderung der medizinischen Versorgungsqualität bei knapperen finanziellen Ressourcen;
- das verstärkte Bewußtsein, daß Wirksamkeit und Zuverlässigkeit zahlreicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht ausreichend belegt sind;
- der Wettbewerb im Gesundheitswesen zwischen Kostenträgern auf der einen und Leistungserbringern auf der anderen Seite;
- kommerzielle Interessen Dritter.

In den aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen wird "Qualität" von allen Beteiligten als vorrangiges Versorgungsziel genannt, allerdings zunehmend unter den unterschiedlichsten Vorzeichen ordnungspolitischer, ökonomischer und fachbezogener oder partikularer Interessenpositionen.

Um eine einseitige Diskussion der Qualitätsfragen nur unter der Zielsetzung einer Effizienzsteigerung und Kostendämpfung zu vermeiden, bedarf es eines breiten gesellschaftlichen Konsenses über die Definition der Versorgungsqualität, über Ziele der medizinischen Qualitätssicherung und über die Angemessenheit der Methoden.

Die deutsche Ärzteschaft - vertreten durch die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Spitzenverbände der ärztlichen Selbstverwaltung - erachtet einen solchen Konsens für dringend erforderlich. Nur so kann vermieden werden, daß Qualitätssicherung zum einseitigen Kontrollinstrument, zum Mittel der Selbstdarstellung und Kompetenzabgrenzung oder ineffizient und unökonomisch betrieben wird.

Die vorliegende gemeinsame Bestandsaufnahme der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung soll zur Transparenz beitragen und so einen Konsensprozess über Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung im deutschen Gesundheitswesen stimulieren.

Sie mündet in **10 Thesen der Ärzteschaft zur medizinischen Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung.**

- (1) Medizinische Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung stehen im Dienste der Patientenversorgung.
- (2) Medizinische Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung dienen nicht primär der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.
- (3) Qualitätssicherungsprogramme müssen problemorientiert und koordiniert sein, die Qualität im ambulanten und im stationären Versorgungsbereich kann nicht unterschiedlich sein.
- (4) Die Angemessenheit von Qualitätssicherungsprogrammen muß konsequent evaluiert werden.
- (5) Transparenz, Kommunikation und Kooperation sind Voraussetzungen erfolgreicher Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung.
- (6) Umfassende interne Qualitätssicherung ist die Basis der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung.
- (7) Externe Qualitätssicherung soll den Anstoß zur vorrangigen Entwicklung interner Qualitätssicherungsverfahren geben.
- (8) Qualitätssicherung hat nur dann eine Chance auf Verwirklichung, wenn sie von der Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen getragen wird, qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen, das eigene Tun einer kontinuierlichen Überprüfung und Verbesserung zu unterziehen und es mit anderen zu vergleichen.
- (9) Qualität hat ihren Preis.
- (10) Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik im Gesundheitswesen.

Köln, 15. April 1996

Dr.med. Karsten Vilmar
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Dr.med. Winfried Schorre
Erster Vorsitzender der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung

1. Bestandsaufnahme: Bedeutung der Qualitätssicherung für die ärztliche Berufsausübung

1.1. Hintergrund: Fehlender Konsens über Ziele, Instrumente und Erfolge der Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen

In der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen um den Stellenwert der Qualitätssicherung wurde wiederholt die Behauptung aufgestellt, daß die Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich erheblich im Rückstand sei (2, 46). Im Gegensatz hierzu wird von anderer Seite hervorgehoben, daß "aus vielen Eindrücken unter Berücksichtigung des inter-nationalen Vergleichs und aus einer Reihe von Kenndaten geschlossen werden (kann), daß die medizinische Versorgung in Deutschland ...in vielerlei Hinsicht vorbildhaft ist. Das kommt auch in Umfragen über die Zufriedenheit der Versicherten und Patienten mit den Versorgungsverhältnissen zum Ausdruck"(4). Mehrfach wurde angemerkt, daß das deutsche Gesundheitssystem - gemessen an der Situation in den meisten vergleichbaren Ländern - über ein ausgesprochen umfassendes Regelwerk zur Steuerung der Strukturqualität verfüge (24, 45). Weißauer wies auf dem Chirurgenkongreß 1995 gar darauf hin, daß in Deutschland auf dem Gebiet der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung die Überreglementierung und Bürokratisierung bereits offensichtlich seien (53).

In der Vielzahl der Vorschriften für die Qualitätssicherung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland (8, 14, 28, 30, 34, 37, 49) spiegeln sich die unterschiedlichen Zuständigkeiten, Pluralität und föderale Strukturen des deutschen Gesundheits- und Sozialsystems wider. Dabei dominieren traditionell Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität. Dieses Ungleichgewicht ist unschwer durch die Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens zu erklären:

- Maßnahmen zur Sicherung der Strukturqualität / ärztlichen Qualifikation sind in der Mehrzahl bundeseinheitlich geregelt und werden durch die ärztliche Selbstverwaltung organisiert (zum Beispiel das ärztliche Weiterbildungssystem durch Bundesärztekammer und Ärztekammern, Regelwerke der vertragsärztlichen Versorgung mit Einfluß auf die ärztliche Qualifikation durch Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigungen).
- Instrumentarien zur Sicherung der Prozeß- und/oder Ergebnisqualität sind - mangels Akzeptanz und gesellschaftlichen Anreizes - für viele Bereiche noch nicht routinereif entwickelt oder, wenn vorhanden, aufgrund fehlender vertraglicher Strukturen zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern nicht in die Routineversorgung integriert worden.

Darüber hinaus wird häufig die Tatsache ignoriert, daß die medizinische Qualitätssicherung eine moderne Bezeichnung für ärztliche Maßnahmen darstellt, die zum obligatorischen Bestandteil ärztlichen Handelns gehören. Qualität ist ein Merkmal des alltäglichen Versorgungsgeschehens in Klinik und Praxis. Ärztinnen und Ärzte waren seit jeher, vor allem aus ihrer Verpflichtung gegenüber den sich ihnen anvertrauenden Patientinnen und Patienten heraus, gehalten, auf die Qualität ihrer Leistung zu achten, diese Qualität zu garantieren und weiterzuentwickeln.

Dementsprechend sind Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung der medizinischen Versorgung herausragende Aufgaben der ärztlichen Berufsausübung und somit zentrale Anliegen der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften, der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und der ärztlichen Berufsverbände (3, 10-12, 33, 52). Die verwirrende Vielzahl der Akteure, Gesetze und Verträge, von Begriffen, von unabgestimmten und unzureichend evaluierten Programmen und Verordnungen, fördert Intransparenz und Demotivation.

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung hoffen, mit der vorliegenden Bestandsaufnahme einen Beitrag zu Transparenz und Konsens auf dem Gebiet der medizinischen Qualitätssicherung leisten zu können. Die Analyse gründet auf den Publikationen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus den Jahren 1955 bis 1996. Die Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätspolitik im deutschen Gesundheitswesen wurden aus den Stellungnahmen der Deutschen Ärztetage, der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung entwickelt, unter Berücksichtigung von Schlüsselpapieren aus dem In- und Ausland (insbesondere 44, 2-5, 10, 12-14, 21-24, 26, 27, 33, 40, 41).

1.2. Qualitätssicherungsmaßnahmen im weiteren Sinne

Unter medizinischen Qualitätssicherungsmaßnahmen im weiteren Sinne versteht man alle Maßnahmen, durch welche die Qualität der gesundheitlichen Versorgung positiv beeinflusst werden kann.

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch eine Fülle lange verwendeter, qualitätssichernder Maßnahmen charakterisiert. Zu nennen sind unter anderem Weiter- und Fortbildung, Fachkundenachweise und Qualifikationen, Ausstattungsrichtlinien, regelmäßige Gerätekontrollen, externe Ringversuche (z.B. im klinisch-chemischen Labor), Zweitmeinungssysteme (z.B. bei Chefarztvisiten, Operationsassistenzen, Röntgenbesprechungen, Fallbesprechungen, Obduktionen, Todesfallbesprechungen, Hygienekommissionen, Arzneimittelkommissionen, multiprofessionellen Konsilien). Die arbeitsteilige Tätigkeit in den Krankenhäusern, aber auch die

professionelle Zusammenarbeit in Gemeinschaftspraxen und Praxisgemeinschaften des ambulanten Bereichs setzen Transparenz, Kooperationsmechanismen und gegenseitige interkollaborative Kontrollen voraus, sind also der Qualitätssicherung förderlich.

Weiterbildung und Fortbildung: Seit 1926 existiert in Deutschland eine ärztliche Weiterbildungsordnung, welche die Weiterbildung in den verschiedenen Fachgebieten regelt, und die seither ständig aktualisiert wird. Eine geordnete und kontrollierte Weiterbildung ist unverzichtbare Voraussetzung einer guten ärztlichen Strukturqualität, ebenso wie die lebenslange, berufsbegleitende Fortbildung. Fortbildung ist ein klassisches Instrument der Qualitätssicherung, seit jeher ärztliche Aufgabe und in Deutschland ärztliche Berufspflicht.

Handlungsleitlinien und Richtlinien wird allgemein eine große Bedeutung als Qualitätssicherungsinstrument zugesprochen. Die Entwicklung von Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen hat innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften eine lange Tradition. So veröffentlichen beispielsweise der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft seit mehr als 40 Jahren Leitlinien und Empfehlungen zu Fragen von fachübergreifender Bedeutung für die ärztliche Tätigkeit. Darüber hinaus werden seit 25 Jahren von den Qualitätssicherungsgremien der Bundesärztekammer Richtlinien für die Qualitätssicherung technischer Methoden mit Bezug zur ärztlichen Berufsausübung erarbeitet.

1.3. Rechtliche Regelungen über die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung

Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung ist Gegenstand unterschiedlicher rechtlicher Regelungen im ärztlichen Berufsrecht und im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V - u.a. §§ 135 ff). Dabei berücksichtigen die Vorschriften im SGB V derzeit nur unzureichend die berufsrechtliche Rechtslage, welche aus der landesrechtlichen Kompetenz zur Regelung der ärztlichen Berufsausübung entwickelt ist. So lautet § 8a des Heilberufsgesetzes des Landes Bremen: "(1) Die Kammern haben dafür Sorge zu tragen, daß Maßnahmen der Qualitätssicherung im Tätigkeitsbereich der Kammerangehörigen entwickelt und umgesetzt werden. Sie sind an Qualitätssicherungsvorhaben Dritter zu beteiligen, soweit Belange der jeweiligen Kammerangehörigen betroffen sind. (2) Die Kammern können von den Kammerangehörigen die zur Qualitätssicherung nach Absatz 1 erforderlichen Daten aus der Berufsausübung erheben und nach Auswertung dieser Daten Empfehlungen aussprechen"(Gesetzblatt der Freien Hansestadt Bremen vom 4.1.1996).

Die Berufsordnung muß von der Aufsichtsbehörde genehmigt werden. Sie enthält eine Reihe von qualitätssichernden Vorgaben, so zum Beispiel die Dokumentationspflicht, Verhaltensregeln des Arztes, die Verpflichtung zum konsiliarischen Beistand (second opinion) und insbesondere die Verpflichtung des Arztes "die von der Ärztekammer durchgeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit durchzuführen". Diese berufsrechtliche

Verpflichtung ist in allen Berufsordnungen der Bundesländer seit 1988 Teil des ärztlichen Berufsrechts.

Qualitätssichernde Bestimmungen sind auch in Landeskrankenhausgesetzen enthalten. So enthält das Landeskrankenhausgesetz für Nordrhein-Westfalen aus dem Jahr 1987 in § 7 folgende Bestimmung: "Die Krankenhäuser gewährleisten eine interne Qualitätssicherung. Darüber hinaus sind sie verpflichtet, im Einvernehmen mit der Ärztekammer und den Krankenkassen externe qualitätssichernde Maßnahmen durchzuführen".

Weitere gesetzliche Grundlagen mit Bezug zur Qualitätssicherung sind u.a. in der Approbationsordnung für Ärzte, im Weiterbildungsrecht, dem Arzneimittelgesetz, dem Medizinproduktegesetz, dem Strahlenschutzgesetz, der Röntgenverordnung sowie der Medizingeräteverordnung vorgegeben. Die Verabschiedung des Eichgesetzes 1970 ist als Ausgangspunkt für die systematische Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätskontrolle durch die ärztliche Selbstverwaltung zu identifizieren.

1.4. Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammern

Als Pflichtmitglied ist jeder Arzt der Aufsichtspflicht der für ihn zuständigen Landesärztekammer unterstellt. Instrumente der Landesärztekammern zur Steuerung der Strukturqualität sind die Berufsordnung mit der Verpflichtung jedes einzelnen Arztes zur Fortbildung und zur Berücksichtigung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, ferner das Weiterbildungsrecht und die Berufsgerichtsbarkeit. Zur Organisation spezieller Maßnahmen auf dem Gebiet der Prozeß- und Ergebnisqualität sind bei verschiedenen Landesärztekammern in Zusammenarbeit mit anderen Trägern (Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, und / oder Krankenhausgesellschaft / wissenschaftliche Fachgesellschaft) Projektgeschäftsstellen eingerichtet.

1.4.1. Qualitätssicherungsgremien in und bei der Bundesärztekammer

Die Koordination von Qualitätssicherungsmaßnahmen und -Projekten der Landesärztekammern erfolgt in den Gremien der Bundesärztekammer. Zu diesem Zweck bestehen ständige Ausschüsse und Arbeitskreise, die sich mit allgemeinen Fragen der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung sowie mit speziellen Themen, vorwiegend im technisch-diagnostischen Bereich befassen (s. Tab. 1). Daneben sind eigenständige, sogenannte Koordinierungsgremien etabliert, die sich der BÄK als organisatorischer Plattform bedienen. Hierzu gehören das Gremium "Zentraler Erfahrungsaustausch der 'Ärztlichen Stellen' gemäß

§ 16 Röntgenverordnung", sowie die Arbeitsgemeinschaften Chirurgie, Neonatologie und Herzchirurgie.

Die Rolle der BÄK liegt zum einen darin, selbst bzw. in Koordination mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbänden, der KBV, aber auch mit nationalen und internationalen Normungsgremien, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren und zu fördern.

Tab.1: Ausgewählte Qualitätssicherungsaktivitäten in und bei den Ärztekammern

1967	-	Fachnormenausschuß der BÄK und des deutschen Normenausschusses
1970	-	Arbeitskreis Richtlinien der BÄK zur Durchführung der statistischen Qualitätskontrolle und von Ringversuchen im Bereich der Heilkunde
1975	-	Mit Münchner Perinatalstudie Beginn überregionaler QS-Programme in Kooperation mit Ärztekammern
	-	Einrichtung von Schlichtungsstellen bei Landesärztekammern
seit 1978	-	Ausschüsse für Qualitätssicherung bei Landesärztekammern
	-	QS-Projektgeschäftsstellen bei Landesärztekammern
1979	-	Beschluß des 82. Deutschen Ärztetages zur Einrichtung eines Ausschusses der Bundesärztekammer "Rationalisierung und Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung"
1980	-	Leitlinien des 83. Deutschen Ärztetages zur Qualitätssicherung
	-	Einrichtung von Arbeitskreisen des Ausschusses Qualitätssicherung der BÄK
1983	-	Arbeitsgemeinschaft „Münchner Perinatalgespräch“
	-	Beschluß des 86. Deutschen Ärztetags zur Förderung der Qualitätssicherung
	-	Ständige Konferenz Qualitätssicherung der Landesärztekammern
1984	-	Positionspapier der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung
1986	-	Qualitätssicherung in "Blauen Papier" des 89. Deutschen Ärztetages
	-	Kooperationsvereinbarung zwischen BÄK und DKG zur QS
	-	mehrseitige Verträge mit Ärztekammern zur Qualitätssicherung beginnend mit Baden-Württemberg und Nordrhein
1988	-	Verankerung der Qualitätssicherung als ausdrückliche Verpflichtung in der ärztlichen Berufsordnung;
	-	Verankerung der Fortbildungspflicht in der Berufsordnung
1989	-	Sachstandsbericht der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung
1990	-	Gründung des gemeinsamen Ausschusses QS der BÄK und der KBV
1991	-	Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Herzchirurgie
	-	Gründung der Arbeitsgemeinschaft Chirurgie bei der Bundesärztekammer
1992	-	Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung als Ziel der Weiterbildung in der (Muster-) Weiterbildungsordnung
	-	Beschluß des Deutschen Ärztetages zur Einrichtung eines Kuratoriums für Qualitätssicherung
	-	Gründung der Arbeitsgemeinschaft „Zentraler Erfahrungsaustausch der ärztlichen Stellen nach § 16 RöV“ bei BÄK und KBV
1993	-	Gründung der "Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin" (BÄK, KBV, DKG, GKV)
1994	-	8 Thesen des 97. Deutschen Ärztetages zur Qualitätssicherung
1995	-	Gründung der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung
1996	-	Publikation des Curriculums Qualitätssicherung - Ärztliches Qualitätsmanagement durch BÄK und KBV

Zum anderen nimmt die BÄK eine Koordinierungsfunktion für Qualitätssicherungsmaßnahmen wahr, indem sie sich um Rahmenbedingungen für eine flächendeckende und einheitliche Einführung bewährter Verfahren in die medizinische Versorgung bemüht. Seit 1987 entwickelt die Bundesärztekammer - in enger Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften - Qualitätssicherungsrichtlinien und -Leitlinien zu speziellen fachlichen Themen, vorwiegend für die Bereiche der technischen Qualitätssicherung (s. Tab. 2)

Tab. 2: Qualitätssicherungs-Leitlinien und -Richtlinien der Bundesärztekammer 1971-1995

- Richtlinien zur Durchführung der *statistischen Qualitätskontrolle und von Ringversuchen* im Bereich der Heilkunde (Stand 12.7.1971) Dtsch Ärztebl 68 (1971) Heft 31, 2228-2231.
- Ausführungsbestimmungen der Bundesärztekammer zu den Richtlinien zur Durchführung der statistischen Qualitätskontrolle und von Ringversuchen im Bereich der Heilkunde. Dtsch Ärztebl 71 (1974) Heft 13, 959-965
- Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in *medizinischen Laboratorien* (Stand:16.10.1987). Dtsch Ärztebl 85 (1988) A699-706. Ergänzung (Stand 17.12.1993) Dtsch Ärztebl 91 (1994) A211-A213
- Positionspapier zur Qualitätssicherung in der *Pathologie*. Dtsch Ärztebl 88 (1991) B2557-A2558
- Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der *Immunhämatologie* (Stand: 10.1.1992). Dtsch Ärztebl 89 (1992) Heft 7
- Richtlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der *Mikrobiologie (Teil A und B)* (Stand: 10.1.1992). Dtsch Ärztebl 89 (1992) Heft 20
- Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der *Computertomographie* (Stand: 10.4.1992). Dtsch Ärztebl 89 (1992) Heft 49
- Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung *zytologischer Untersuchungen im Rahmen der Früherkennung des Zervixkarzinoms* (Stand: 17.12.1993). Dtsch Ärztebl 91 (1994) A365-A368
- Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung *ambulanter Operationen* (Stand: 13.4.1994) Dtsch Ärztebl 91 (1994) A2509-A2511
- Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung *endoskopischer Eingriffe* (Stand: 13.4.1994) Dtsch Ärztebl 91 (1994) A2511-A2512
- Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der *Röntgendiagnostik, Neufassung der Fassung von 1988* (Stand: 1.4.1995). Dtsch Ärztebl 92 (1995) A2272-A2285

Einrichtungen zur Qualitätssicherung bei der Bundesärztekammer

Arbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Chirurgie bei der Bundesärztekammer: Die Qualitätssicherungsmaßnahmen in der allgemeinen Chirurgie entstand auf Initiative der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. In den Ärztekammern Nordrhein und Baden-Württemberg wurde die Maßnahme 1986 beschlossen und bereits 1987/1988 flächendeckend auf freiwilliger Basis angeboten, sie wird derzeit zusätzlich in Westfalen-Lippe, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen durchgeführt. Daß eine weitere Verbreitung der Qualitätssicherungs-Maßnahme Chirurgie bisher noch nicht erfolgte, wird u.a. darauf zurückgeführt, daß Verträge nach § 112 SGB V (siehe Kap. 2.5.) in vielen Bundesländern noch ausstehen. Zur Koordination der Arbeit in den einzelnen Ländern wurde 1992 das Gremium Arbeitsgemeinschaft

Qualitätssicherung Chirurgie bei der BÄK konstituiert. Die BÄK übernahm dabei die Aufgabe, die Qualitätssicherungsmaßnahme Chirurgie in allen Kammerbereichen nach gleichen (zumindest vergleichbaren) Kriterien, die Vereinbarung einheitlicher Grundlagen der Dokumentation und einen Konsens über einen Mindestdatensatz für die Erhebung zu gewährleisten.

Bundeskuratorium "Qualitätssicherung Herzchirurgie": Nach Vorarbeiten der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie wurde 1990 ein Programm zur Qualitätssicherung in der Herzchirurgie routinereif. Zur flächendeckenden Etablierung wurde auf Initiative der Bundesärztekammer das Bundeskuratorium - getragen von der DKG, den GKV-Spitzenverbänden, der Bundesärztekammer und der Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie gegründet. Die Projektgeschäftsstelle für die bundesweite Auswertung ist bei der Ärztekammer Nordrhein angesiedelt.

Arbeitsgemeinschaft zur Qualitätssicherung in der Perinatalogie und Neonatologie: Qualitätssicherungs-Aktivitäten in der Perinatalogie gehen auf die Münchner Perinatalstudie (1975) zurück und dehnten sich nach und nach auf alle Bundesländer aus. Auf Landesebene gründeten sich die Perinatologischen Arbeitsgemeinschaften. Im gesamten Bundesgebiet sind mehr als 1000 Kliniken mit über 90 % der Geburten beteiligt. Probleme bereiten in einigen Ländern noch unklare vertragliche Regelungen (gemäß § 137 SGB V, Siehe Kap. 2.5.). Die bundesweite Koordination und Kooperation innerhalb des Gremiums Münchner Perinatalgespräch, in dem die Perinatologischen Arbeitsgemeinschaften der Länder vertreten sind, soll durch organisatorische Anbindung an die BÄK in Form einer Arbeitsgemeinschaft in Zusammenarbeit mit den Arbeitsgemeinschaften für Neonatologie intensiviert werden.

Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin: Auf Empfehlung der Bundesärztekammer wurde 1993 eine Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin gegründet. Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft sind die Bundesärztekammer, die KBV, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft; das Bundesgesundheitsministerium ist beratend beteiligt. Ziel der Arbeitsgemeinschaft ist es - in enger Zusammenarbeit mit den medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, den entsprechenden Arbeitsgemeinschaften und anderen Institutionen - in fachlich kompetenten Arbeitsgruppen Empfehlungen für Qualitätssicherungsmaßnahmen zu entwickeln. Die Tätigkeitsbereiche der Arbeitsgemeinschaft erstrecken sich auf

- Abstimmung und Feststellung des Qualitätssicherungsbedarfs in der ambulanten und stationären Versorgung (Situations- und Defizitanalyse),

- Abstimmung von Forschungs- und Entwicklungsschwerpunkten zur Qualitätssicherung (Fördermaßnahmen),
- Prüfung der Einführung von Qualitätssicherungsprojekten in der medizinischen Versorgung auf ihre Relevanz für die jeweilige Versorgungsfunktion (Prioritätenfestlegung),
- Abstimmung von Qualitätssicherungsprojekten im ambulanten und stationären Bereich, auch übergreifend,
- Unterstützung und organisatorische Hilfestellung bei der Entwicklung von Qualitätssicherungsprogrammen und ihrer Einführung in den Routinebetrieb, insbesondere bei der Sicherung der Finanzierung in der Entwicklungs- und Einführungsphase,
- Überprüfung eingeführter Qualitätssicherungsverfahren auf ihre Wirksamkeit (48).

1.4.2. Weiterbildung als qualitätssichernde Maßnahme

Strukturqualität im Rahmen der ärztlichen Berufsausübung wird insbesondere durch Qualifikationsnachweis gesichert. Sicherung der Qualität der ärztlichen Berufsausübung durch "strukturelle" Maßnahmen ist auch Aufgabe des Bundesgesetzgebers, soweit er für die Ausbildung der Ärzte zuständig ist. Die ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften haben hierbei nur beratende Funktion. Hingegen sind die Länder - und damit die Landesärztekammern - für das Facharztrecht zuständig, welches durch die Weiterbildungsordnungen geregelt ist. Aufgabe der Bundesärztekammer ist es, mit Hilfe einer (Muster-) Weiterbildungsordnung auf die Bundes-einheitlichkeit der Weiterbildungsgänge hinzuwirken. Die Weiterbildungsordnung ist nicht nur Lernzielkatalog für sich weiterbildende Ärzte, sondern Vorgabe für die Gegenstände der Facharztprüfungen. Die Richtlinien werden von den Ärztekammern bei Beurteilung der Frage zugrunde gelegt, ob eine gründliche und eingehende Weiterbildung erfolgt ist und nachgewiesen wurde. Weiterhin sind sie Anhalt für den Weiterbildungsbefugten, welche Weiterbildungsinhalte er in seiner Verantwortung, entsprechend dem Umfang seiner Weiterbildungsbefugnis, zu vermitteln hat.

1.4.3. Qualitätssicherung durch Fortbildung

Qualitätssicherung und ärztliche Fortbildung stehen miteinander in enger Wechselwirkung. Fortbildung ist ein Mittel zur Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung, umgekehrt lassen sich aus der Qualitätssicherung wichtige Hinweise auf den Bedarf an Fortbildung erkennen. Darüber hinaus ist es nötig, Ärztinnen und Ärzten die Methoden und Instrumente

der Qualitätssicherung in speziellen Fortbildungsangeboten zu vermitteln. Die ärztliche Berufsordnung verpflichtet jeden Arzt zur lebenslangen berufsbegleitenden Fortbildung. In der vertragsärztlichen Versorgung wird die Genehmigung für verschiedene ärztliche Maßnahmen vom Nachweis einer erfolgreich absolvierten Fortbildung abhängig gemacht. Grundlage schafft das Sozialrecht.

Schwerpunkt der Fortbildungsarbeit der Bundesärztekammer war in den letzten Jahren die Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätssicherung der Fortbildung (s. Tab. 3).

Tab. 3: Maßnahmen der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung der ärztlichen Weiterbildung und Fortbildung

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Leitsätze und Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung. Köln 1993• Empfehlungen der Bundesärztekammer zur Anerkennung von Fortbildungsveranstaltungen anderer Institutionen durch die Ärztekammern. In: Tätigkeitsbericht '95 der Bundesärztekammer, S. 457-459• Jährliche Empfehlungen zu Schwerpunktthemen der Ärztekammern für die ärztliche Fortbildung• Curricula für Weiter- und Fortbildungskurse (z.B. Kursbuch Allgemeinmedizin, Curriculum für ein Fortbildungsseminar in Geriatrie, Kursbuch Rettungsdienst, Kursbuch Umweltmedizin)• Multiplikatorenfortbildung (seit 1976: Interdisziplinäres Forum "Fortschritt und Fortbildung in der Medizin", Köln; seit 1994: "Fachsymposium der Bundesärztekammer für ärztliche Dozenten", Würzburg) |
|---|

1.4.4. Leitlinien und Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer

Seit mehr als 40 Jahren entwickelt der wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer Leitlinien und Empfehlungen im Sinne von systematisch entwickelten Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise in Gesundheitsförderung, Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation zu Themen von fachübergreifender Bedeutung für die ärztliche Tätigkeit (s. Tab. 4).

Tab. 4/1: Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer 1984-1995, Teil 1

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Wie sicher und wirksam ist die sog. Chelattherapie bei der Behandlung atherosklerotischer Gefäßerkrankungen. Dtsch Ärztebl 81 (1984) Heft 7 A436• Hinweise zur Verordnung oraler Kontrazeptiva. Dtsch Ärztebl 81 (1984) Heft 43 A3170• AIDS und die Sicherheit des Hepatitis-B-Impfstoffes. Dtsch Ärztebl 81 (1984) Heft 50 A3750-3751• Röteln-Impfung in der Schwangerschaft. Dtsch Ärztebl 82 (1985) Heft 7 A417-418• Zur Anwendung von Polyvinyl-Pyrolidon-Jod-Komplexen. Dtsch Ärztebl 82 (1985) Heft 19 A1434-1436• Zusammenhang zwischen stenosierender Laryngitis (Pseudo-Krupp) und Luftverschmutzung. Dtsch Ärztebl 82 (1985) Heft 41 A2971-2976 |
|--|

- Polychlorierte Dibenzodioxine und polychlorierte Dibenzofurane. Dtsch Ärztebl 83 (1986) Heft 4 A192-193
- Kriterien des Hirntodes. Entscheidungshilfen zur Feststellung des Hirntodes (Fortsetzung der
Stellungnahme von 1982) Dtsch Ärztebl 83 (1986) Heft 42 A2940-2946
- Empfehlungen zur Hepatitis B-Prophylaxe nach Exposition. Dtsch Ärztebl 83 (1986) Heft 46 A3208
- Empfehlungen zur pränatalen Diagnostik. Dtsch Ärztebl 84 (1987) Heft 10 A572-574

Tab. 4/2: Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer 1984-1995, Teil 2

- Formaldehyd. Dtsch Ärztebl 84 (1987) Heft 45 A3041-3048
- Richtlinien zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion (Neufassung 1987). Köln: Bundesärztekammer 1988, 1992
- Bedeutung des Nachweises einer HIV-Infektion bei Erwachsenen (Stand Dez. 1987) Dtsch Ärztebl 85 (1988) Heft 4 A142-144
- Ersatzdrogen. Dtsch Ärztebl 85 (1988) Heft 5 A244-245
- Therapie mit Frisch-, Gefrier- und Trockenzellpräparaten. Dtsch Ärztebl 85 (1988) Heft 5 A244-245
- Bedeutung des Nachweises einer HIV-Infektion bei Kindern. Dtsch Ärztebl 85 (1988) Heft 41 A2824-2828
- Empfehlungen zur präexpositionellen Tollwut-Prophylaxe und postexpositionellen Tollwut-Schutzbehandlung. Dtsch Ärztebl 86 (1989) Heft 9 A536-538
- Öffentliche Gesundheit (Public Health) Postgrad. Studiengang. Dtsch Ärztebl 86 (1989) Heft 14 A936-940
- Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes in der medizinischen Forschung. Dtsch Ärztebl 86 (1989) Heft 40 A2843-2845
- Belastung der Bevölkerung durch Perchlorethylen. Dtsch Ärztebl 86 (1989) Heft 49 A3810-3814
- Ansätze zur Therapie der manifesten HIV-Infektion im Erwachsenen- und im Kindesalter. Dtsch Ärztebl 86 (1989) Heft 51/52 A3945-3946
- Richtlinien zum Führen einer Knochenbank. Dtsch Ärztebl 87 (1990) Heft 1/2 A59-62
- Ersatzdrogen (Ergänzende Stellungnahme zu 1988). Dtsch Ärztebl 87 (1990) Heft 10 A775-777
- Empfehlungen zur ärztlichen Versorgung von Patienten mit HIV-assoziierten Infektionen. Dtsch Ärztebl 87 (1990) Heft 11 A858-866
- Doping im Sport. Dtsch Ärztebl 87 (1990) Heft 12 A953-958
- Memorandum zur Lage der epidemiologischen Krebsforschung in der Bundesrepublik Deutschland. Dtsch Ärztebl 87 (1990) Heft 13 A1033-1038
- Bakterielle Krankheitserreger. Grenzwerte zur Beurteilung der Empfindlichkeit und Resistenz. Dtsch Ärztebl 87 (1990) Heft 40 A2140-2141
- Belastung der Bevölkerung durch Asbest. Dtsch Ärztebl 88 (1991) Heft 27 A2402-2409
- Pränatale und perinatale Schmerzempfindung. Dtsch Ärztebl 88 (1991) Heft 47 A4157-4169
- Kriterien des Hirntodes. Dtsch Ärztebl 88 (1991) Heft 49 A4396-4407
- Arzneibehandlung im Rahmen "besonderer Therapierichtungen". Dtsch Ärztebl 89 (1992) Heft 10 A816-821, Broschüre: Köln: Bundesärztekammer 1992, 1993
- Probleme der Intensivpflege. Dtsch Ärztebl 89 (1992) Heft 19 A1754-1758
- Memorandum "Genetisches Screening" des Ständigen Arbeitskreises "Biomedizinische Ethik und Technologiefolgenschätzung beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer". Dtsch Ärztebl 89 (1992) Heft 25/26 A2317-2364
- Die sogenannte "Genomanalyse an Arbeitnehmern". Dtsch Ärztebl 89 (1992) Heft 30 A2561-2567
- Der gegenwärtige Stand der Gerontologie und der Geriatrie. Empfehlungen zu ihrer zukünftigen Entwicklung. Dtsch Ärztebl 89 (1992) Heft 47 A4025-4029
- Potentielle Gesundheitsgefahren durch Emissionen aus Müllverbrennungsanlagen. Dtsch Ärztebl 90 (1993) Heft 1/2 A52-60
- Erhebung von Fehlbildungen. Dtsch Ärztebl 90 (1993) Heft 9 A648-652
- Der endgültige Ausfall der gesamten Hirnfunktion ("Hirntod") als sicheres Todeszeichen. Dtsch Ärztebl 90 (1993) Heft 44 A2933-2935
- Chargendokumentation von Blut und Blutprodukten. Dtsch Ärztebl 91 (1994) Heft 10 A664
- Richtlinien für allogene Knochenmarktransplantation mit nichtverwandten Spendern. Dtsch Ärztebl 91 (1994) Heft 11 A716-766
- Ethische und rechtliche Probleme bei der Behandlung bösartiger Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Dtsch Ärztebl 91 (1994) Heft 46 A2353-2357
- Richtlinien zum Gentransfer in menschliche Körperzellen des Ständigen Arbeitskreises "Biomedizinische Ethik und Technologiefolgenschätzung beim Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer". Dtsch Ärztebl 92 (1995) Heft 11 A789-793
- Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und Plasmaderivaten. Köln: Deutscher Ärzteverlag (1995)

1.4.5. Qualitätssicherung der Arzneimitteltherapie

Zu Fragen der pharmakotherapeutischen Qualitätssicherung berät die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft seit 1952 als wissenschaftlicher Fachausschuß der Bundesärztekammer den Vorstand der Bundesärztekammer. Sie dient in gleicher Funktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Zur Qualitätssicherung der Arzneimittelversorgung tragen insbesondere folgende Aktivitäten bei: (1) Erfassung, Dokumentation und Bewertung unerwünschter Arzneimittelwirkungen in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), (2) die im Arzneimittelgesetz für die Arzneimittelkommissionen der Kammern der Heilberufe formulierte Aufgaben - z.B. als Stufenplanbeteiligte, (3) die regelmäßige Information aller Ärztinnen und Ärzte über aktuelle Aspekte der Arzneimitteltherapie durch ihre Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt, im Informationsblatt "Arzneiverordnung in der Praxis", sowie im Manual "Arzneiverordnungen (derzeit in der 17. Auflage), (4) die Entwicklung von Therapieempfehlungen gemäß Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Aufgrund der Kooperation mit dem BfArM konnten in den letzten 5 Jahren rund 80000 Berichte über unerwünschte Arzneimittelwirkungen ausgewertet und die Ergebnisse für Fortbildungsmaßnahmen der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie für die Arbeit in vertragsärztlichen Qualitätszirkeln verfügbar gemacht werden.

1.4.6. Patientenberatung und Begutachtung durch Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Landesärztekammern wurden als außergerichtliche Einrichtungen geschaffen, um die außerprozessuale Überprüfung von Behandlungsfehlervorwürfen und eine unabhängige, kostenlose Begutachtung und die Beratung von Patienten und Ärzten zu ermöglichen. Insgesamt existieren 9 solcher Stellen, wobei die Norddeutsche Schlichtungsstelle als einzige länderübergreifende Institution allein für 9 Landesärztekammern zuständig ist.

Während die Gutachterkommissionen sich auf die rein medizinische Beurteilung der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt, beschränken, beantworten die Schlichtungsstellen über die Aufklärung des medizinischen Sachverhalts hinaus auch juristisch, ob ein Haftungsanspruch

gegeben ist. Das Verfahren ist freiwillig und für Patienten kostenlos. Der ordentliche Rechtsweg bleibt offen.

Zur gegenseitigen Information und Abstimmung treffen sich die Vertreter der Kommissionen regelmäßig im Rahmen einer Ständigen Konferenz bei der Bundesärztekammer. In diesem Gremium werden gemeinsame Jahresübersichten erstellt, die u.a. im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer publiziert werden. Aus der bundesweiten Defizitanalyse werden Empfehlungen für Fortbildungsschwerpunkte der Ärztekammern entwickelt.

Die Übersicht über die Tätigkeit der Kommissionen im Zeitraum 1990 bis 1994 zeigt ein stetig wachsendes Interesse an ihrer Arbeit (s. Tab. 5).

Tab.5: Übersicht über die Tätigkeit der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen 1990 bis 1994 (nach Tätigkeitsberichten '92, '94, '96 der Bundesärztekammer)

Jahr	1990	1992	1994
Gesamtzahl der im abgelaufenen Jahr gestellten Anträge (n)	5155	6349	7934
Zur Sachentscheidung angenommene Fälle (n)	3265	3723	4721
Behandlungsfehler / Aufklärungsfehler verneint (n)	2346	2562	3175
Fehler bejaht (in % der angenommenen Fälle)	28,1	31,2	32,7

1.5. Qualitätssicherungsmaßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung

Die Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher Tätigkeit wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften der vertragsärztlichen Selbstverwaltung als eine der wichtigsten Voraussetzungen für den Erhalt und die Weiterentwicklung des Niveaus der ambulanten Gesundheitsversorgung angesehen.

Qualität in der ambulanten Gesundheitsversorgung bedeutet demnach eine bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte, dabei an der Lebensqualität orientierte Betreuung eines Patienten zur Lösung seiner somatischen und psychischen Probleme auf hohem Leistungsniveau. Die Sicherung der Qualität der ärztlichen Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung hat zum Ziel, die Qualität der Arbeitsprozesse und der Arbeitsergebnisse zu wahren und zu verbessern. Zur Erreichung dieses Zieles sind Problembereiche rechtzeitig zu identifizieren und zu analysieren, geeignete Problemlösungsansätze zu entwickeln und diese dann erfolgreich umzusetzen. Ausschüsse und Arbeitskreise, die sich systematisch mit Fragen der Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung beschäftigen, existieren bei der

Kassenärztlichen Bundes-vereinigung bereits seit über 20 Jahren. Die rechtlichen Grundlagen zur Erfüllung ihrer Aufga-ben sind im SGB V sowie den hieraus abgeleiteten Richtlinien und Verträgen geregelt.

Tab.6: Regelungen des SGB V mit besonderem Bezug zur Qualität und Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung

Paragrafen	Abs.	Inhalt
2: Leistungen	1	Qualität und Wirksamkeit haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen
12: Wirtschaftlichkeitsgebot	1	Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich sein
70: Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit	1	Bedarfsgerechte, gleichmäßige, dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung gewährleisten
	1	Versorgung muß ausreichend, zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten
72: Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung	2	Ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche Versorgung gewährleisten, anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse berücksichtigen
81: Satzung (der kassenärztl. Vereinigungen)	3	Verbindlichkeit von Verträgen und Richtlinien
	4	Bestimmungen über Fortbildungspflicht
	5	Bestimmungen über Sanktionen
92: Richtlinien der Bundesausschüsse	1	Richtlinien über die Gewähr der Versorgung, Richtlinienkatalog
115 b: Ambulantes Operieren im Krankenhaus	1	3seitig. Vertrag über Op-Katalog, einheitl. Vergütung, Maßnahmen zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit
135: Qualitätssicherung der vertragsärztlichen Versorgung	1	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
	2	Qualifikationserfordernisse
	3	Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung
135a: Qualitätssicherung bei ambulanten Vorsorgeleistungen und Rehabilitationsmaßnahmen		
136: Qualitätsprüfung im Einzelfall	1,1	Stichprobenprüfung
	1,2	Kriterien zur Qualitätsbeurteilung
	2	Ambulante ärztliche Leistungen im Krankenhaus

Bundesweite Geltung haben dabei neben dem SGB V selbst die Richtlinien des Ausschusses der Ärzte und Krankenkassen, der EBM sowie die Bundesmantelverträge mit Primärkassen und Ersatzkassen. Dabei liegt die Definition von Instrumenten zur Qualitätssicherung bestimmter vertragsärztliche Tätigkeiten seit dem Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes zum 1.1.1989 nicht mehr in der alleinigen Zuständigkeit der KBV, sondern in der gemeinsamen Zuständigkeit der KBV und der Spitzenverbände der Krankenkassen (im

Falle des ambulanten Operierens zusätzlich der Deutschen Krankenhausgesellschaft). Einzige Ausnahme ist die Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 2 SGB V, die von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereini-gung beschlossen wird.

Tab.7: Regelungen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung gemäß SGB V (Quelle: KBV-Tätigkeitsbericht)

Regelungen	QS-Bereiche	Regelungsinhalte
Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b Abs.1	Struktur-/ Ergebnisqual.	fachliche, apparative, räumliche Voraussetzungen sowie Anforderungen an die Dokumentation
Richtlinien für neue Untersuchungs-/ Behandlungsmethoden nach § 135 Abs.1 ^o .	Strukturqual. Prozeßqual.	fachliche und apparative Voraussetzungen
Qualifikationserfordernisse für besondere vertragsärztl.Leistungen nach §135Abs.2	Strukturqual.	fachliche, apparative, räumliche, organisatorische Voraussetzungen
KBV-Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 135 Abs. 3	Prozeßqual.	organisat. Voraussetzungen bei den Kassen- ärztlichen Vereinigungen, Regelungen für die Durchführung der Maßnahmen nach § 135 Abs. 1,2 und § 136
Qualitätssicherung bei ambulanten Vorsorgeleistungen / Rehabilitations- maßnahmen nach § 135 a	u.a. Strukturqual.	sind im einzelnen noch nicht festgelegt
Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien nach § 136 ^o für die Durchführung von Stichproben im Einzelfall	Ergebnisqual.	Anforderungen an die Ergebnisqualität der erbrachten Leistungen (z.B. diagnostische Bildqualität)

^o) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Die Grundsätze der vertragsärztlichen Qualitätspolitik wurden 1989 im "Handlungskonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung" wie folgt formuliert:

"Die Sicherung der Qualität ärztlicher Tätigkeit gehört aus dem Selbstverständnis ärztlicher Berufsauffassung heraus zu den wichtigsten Voraussetzungen für den Erhalt des hohen Niveaus der kassenärztlichen Versorgung. Die wichtigste Aufgabe der Qualitätssicherung besteht in der Schaffung und Erhaltung der strukturellen Voraussetzungen für eine hohe Qualität ärztlichen Handelns. Die Vorgehensweise der kassenärztlichen Selbstverwaltung muß darauf aus-gerichtet sein, von außerhalb eingebrachte Negativeinflüsse auf die Strukturqualität zu min-dern. Die Selbstverwaltung kann nicht dazu mißbraucht werden, Defizite der Strukturqualität, die auf solchen negativen Außeneinflüssen beruhen, durch

überzogene Anforderungen an die Prozeßqualität - z.B. durch ein Übermaß von Durchführungsbestimmungen - zu kompensieren" (Tätigkeitsbericht '89 der KBV).

1.5.1. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Nach § 91 Abs. 1 SGB V bilden die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen. Dieser Ausschuß beschließt - gemäß § 92 SGB V - die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten.

Tab.8: Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen mit Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Regelungen	QS-Bereiche	Regelungsinhalte
Arzneimittel-Richtlinien	Struktur-/ Prozeßqual.	Qualität der Therapeutika Definition der Maßnahmen
Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien	Prozeßqual. Strukturqual.	Definition der Maßnahme Dokumentation, Auswertung
Heil- und Hilfsmittel-Richtlinien	Struktur-/ Prozeßqual.	Qualifikation der Therapeuten, Qualität der Therapeutika Definition der Maßnahmen Empfehlungen für die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung
Kinder-Richtlinien	Prozeßqual. Strukturqual.	Definition der Maßnahmen und ihrer Durchführung, Dokumentation, Qualifikation Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen
Krebsfrüherkennungs-Richtlinien	Prozeßqual. Strukturqual.	Definition der Maßnahmen und ihrer Durchführung, Dokumentation
Richtlinien über künstliche Befruchtung	Struktur-/ Prozeßqual.	fachl. Voraussetzung, Definition der Maßnahmen und ihrer Durchführung
Mutterschafts-Richtlinien	Struktur-/ Prozeßqual.	fachliche Voraussetzung, Definition der Maßnahmen und ihrer Durchführung, Dokument.
NUB-Richtlinien (neue Unter- suchungs- und Behandlungsmethoden)	Strukturqual Prozeßqual.	fachl. Voraussetzung, Definition der Maßnahme. Dokumentation
Psychotherapie-Richtlinien	Strukturqual. Prozeßqual.	fachliche Voraussetzungen, Therapieformen

Er soll insbesondere Richtlinien beschließen über

- (1) ärztliche Behandlung,
- (2) Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten,
- (3) ärztliche Betreuung bei Schwangerschaft und Mutterschaft,
- (4) Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden,
- (5) Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhausbehandlung,
- (6) Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit,
- (7) Verordnung von im Einzelfall gebotenen medizinischen Leistungen und die Beratung über die medizinischen, berufsfördernden und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation,
- (8) Bedarfsplanung,
- (9) medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft nach § 27 a Abs. 1 SGB V.

Die Richtlinien sollen sicherstellen, daß das sowohl das Leistungsrecht als auch das Kassenarztrecht beherrschende Prinzip einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung ordnungsgemäß beachtet und durchgeführt wird (37), siehe Tab. 8.

Tab.9: Qualifikationsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (Stand 1.4.95)

Regelungsbereich	Fundstelle (Deutsches Ärzteblatt)			
Arthroskopische Operationen				1994, Heft 39
Herzschrittmacher-Nachsorge				1992, Heft 8
Kernspintomographische Untersuchungen		1992, Heft 8		1993, Heft 9
Laborrichtlinien		1992, Heft 50		1994, Heft 39
Langzeit-elektrokardiographische Diagnostik				1992, Heft 8
Strahlendiagnostik / -therapie		1993, Heft 7	1993, Heft 14	1994, Heft 13
Ultraschalldiagnostik	1993, Heft 8	1993, Heft 12	1994, Heft 39	1994, Heft 49
Zytologie im Bereich der gynäkologischen Krebsvorsorge			1992, Heft 15	1994, Heft 42

1.5.2. Qualifikationserfordernisse für besondere vertragsärztliche Leistungen

Für *bestehende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden*, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten des Arztes voraussetzen, vereinbaren die Kassen-ärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen (nach § 135 Abs. 2 SGB V) bundesweit einheitliche fachliche und apparative Qualifikationserfordernisse. Die Erfüllung der festgelegten Anforderungen ist Voraussetzung dafür, daß die entsprechenden Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeführt und abgerechnet

werden können. Erarbeitet werden diese Qualifikationserfordernisse im Gemeinsamen Ausschuß "Qualitäts-sicherung KBV / Spitzenverbände der Krankenkassen" nach Vorbereitung durch fachspezi-fische Beraterkreise (s. Tab 9).

1.5.3. Regelungen zur Qualitätssicherung in den Bundesmantelverträgen

Gemäß § 82 Abs. 1 SGB V schließt die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit den Verbänden der Primärkassen und denen der Ersatzkassen jeweils einen Bundesmantelvertrag, in dem als allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge der Umfang der vertragsärztlichen Versorgung geregelt wird. Auf diese Weise werden die Vorgaben des SGB V und der Richtlinien der Ärzte und Krankenkassen zu direkten Verpflichtungen der Vertragsärzte. Der Bundesmantelvertrag Ärzte / Ersatzkassen enthält zusätzlich Vereinbarungen für spezielle Versorgungsmaßnahmen mit der Angabe spezieller Qualitätsanforderungen (s. Tab. 10).

Tab.10: Qualitätsanforderungen in den Vereinbarungen des Bundesmantelvertrages Ärzte / Ersatzkassen (30), Stand 1.4.95

Regelungen	QS-Bereiche	Regelungsinhalte
Hausarzt-Vertrag	Struktur-/ Prozeßqual.	fachliche Voraussetzung, Beschreibung der Versorgungsfunktionen,
Diabetes-Vereinbarung	Struktur-/ Prozeßqual.	fachliche Voraussetzung, Durchführung der Maßnahme, Organisation, Qualität Betreuung
Onkologie-Vereinbarung	Strukturqual./ Prozeßqual.	fachl. Voraussetzg., Organisation, Dokumentation Durchführung der Maßnahmen, strukturelle Voraussetzungen, Teilnahme an QS-Maßnahmen
Schmerztherapie-Vereinbarung	Strukturqual. Prozeßqual.	fachl. Voraussetz., Durchführung der Maßnahme Teilnahme an Fortbildungen, Organisation,
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung	Strukturqual./ Prozeßqual./ Ergebnisqual.	fachl. Voraussetzung, Kooperationsverpflichtung Durchführung der Maßnahme, Evaluation

1.5.4. Regelungen zur Qualitätssicherung im einheitlichen Bewertungsmaßstab

Gemäß § 87 SGB V vereinbart die KBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab, durch den der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander festgelegt wird. Der EBM ist in bestimmten Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertung noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen.

Die Struktur des EBM in der zur Zeit gültigen Fassung ist unter anderem darauf angelegt, die Effizienz der vertragsärztlichen Versorgung zu erhöhen. In diesem Zusammenhang vereinbarten die Vertragspartner die Einführung zusätzlicher Maßnahmen der Qualitätssicherung in den EBM. Gedacht ist an Qualifikationskriterien als Abrechnungsvoraussetzung in Ergänzung zu den in einzelnen Kapiteln bereits vorhandenen Fachkundanforderungen (36).

Tab.11: Qualitätsanforderungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (31)

Maßnahme	Kapitel
Qualifikationsnachweise	Physikalisch-medizinische Leistungen (E) Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie (G II) Phoniatrie und Pädaudiologie (L IV) Orthopädisch-chirurgische konservative Leistungen (N X).
Anforderung an Ausstattung, personelle Bedingungen	ambulante Operationen (B VI) ambulante Anästhesien (B VI,VII) sonographische Untersuchungen (C VII) Anästhesien und Narkosen (D)
Dokumentations-Anforderung	Prävention (B IX) Empfängnisregelung (B X) Anästhesien und Narkosen (D) .
Histologische Untersuchung Qualitätssicherung im Labor	Chirurgie der Körperoberfläche (NII) Quantitative Laborleistungen (O)

1.5.5. Qualitätssicherungsrichtlinien der KBV

Nach zweijähriger Vorarbeit wurden im Mai 1993 die Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV auf der Grundlage des § 135 Abs. 3 SGB V beschlossen. Hiermit war unter anderem die Zielsetzung verbunden

- Qualitätssicherung als Aufgabe des einzelnen Arztes und der ärztlichen Selbstverwaltung ausdrücklich zu bestätigen,
- einheitliche inhaltliche und rechtliche Voraussetzungen für die Qualitätssicherungsmaßnahmen auf regionaler Ebene zu schaffen,
- einen größtmöglichen Gestaltungsspielraum für die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Durchführung der Richtlinien zu wahren,
- bereits regional praktizierte Qualitätssicherungsmaßnahmen zu bündeln,
- Qualitätszirkel als anerkanntes Verfahren zur Qualitätssicherung durch Eigeninitiative der Ärzte zu verankern,
- eine Grundlage für Verhandlungen zur Finanzierung der Kosten, die mit der Einführung von Verfahren zur Qualitätssicherung verbunden sind, zu formulieren.

Diese Richtlinien beschreiben Verfahren, die - in Ergänzung zu den umfassenden Regelungen zur strukturellen Qualitätssicherung - die Evaluation, Sicherung und Verbesserung der Prozeß- und Ergebnisqualität in der ambulanten Versorgung zum Ziel haben.

Die Richtlinien beschreiben vier gebräuchliche Qualitätssicherungsinstrumente (Qualitätszirkel-arbeit, Ringversuche, Stichproben im Einzelfall, Kolloquien - s. Tab. 12) und enthalten Vor-gaben für die administrativen Voraussetzungen zur kontinuierlichen Anwendung dieser Maßnahmen. Es ist geplant, die Richtlinien je nach Bedarf um weitere Qualitätssicherungs-verfahren und um einen speziellen Teil mit Regelungen zu bestimmten Versorgungsbereichen zu ergänzen.

Tab.12:Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV (29)

A.	Organisatorische Voraussetzungen
1.	Qualitätssicherungsbeauftragter der KV
2.	Qualitätskommission der KV
3.	Geschäftsstelle Qualitätssicherung bei der KV
B.	Verfahren zur Qualitätssicherung
1.	Qualitätszirkel (Ziele, Methodik, Dokumentation, Evaluation, organisatorische Unterstützung der Arbeit)
2.	Ringversuche (z.B. für Laboratorien)
3.	Qualitätsprüfungen im Einzelfall (Ziele, Umfang, Ablauf, Überprüfung am Ort der Leistungserbringung, Widerruf der Durchführungs- und Abrechnungsgenehmigungen)
4.	Kolloquien (Definition, Ziele, Ablauf, Prüfungsinhalte, Auflagen)

1.5.6. Qualitätszirkel in der vertragsärztlichen Versorgung

Von den in den Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV genannten Maßnahmen sind seit 1993 vorrangig die vertragsärztlichen Qualitätszirkel etabliert worden. Obwohl in der Richtlinie sehr präzise Vorgaben über Ziele, Methoden und Erfolgskontrolle der Arbeit in Qualitätszirkeln gemacht wurden, hat sich mittlerweile unter der Bezeichnung „Qualitätszirkel“ ein breites Spektrum ganz unterschiedlicher Formen ärztlicher Gruppenarbeit entwickelt. Dies liegt weitgehend an den sehr stark differierenden Konzepten, nach denen die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen den Aufbau der Qualitätszirkelarbeit gesteuert haben. Die Form der Arbeit wird dabei häufig durch die Moderatoren der Zirkel geprägt, die wiederum auf unterschiedlichste Weise geschult wurden (25, 50).

Tab.13: Vorgaben der Qualitätssicherung-Richtlinien der KBV für Qualitätszirkel

<p>A. Ziel der Qualitätszirkelarbeit <i>Weiterqualifizierung durch kritische Überprüfung der eigenen Tätigkeit</i> mittels</p> <ul style="list-style-type: none">• Beschreibung und Abbildung der eigenen Tätigkeit• Vergleich mit Kollegen und Erfahrungsaustausch• Analyse und Bewertung der eigenen Tätigkeit nach Qualitätskriterien• Feststellung von Übereinstimmung mit bestehenden Leitlinien• Identifizierung und Begründung von Abweichungen• Modifikation vorhandener Leitlinien gemäß den Bedingungen der ambulanten Praxis• Entwicklung und Anwendung praktikabler Problemlösungen• Überprüfung der Ergebnisse angewandter Problemlösungen <p>B. Arbeitsmethoden der Qualitätszirkelarbeit</p> <ul style="list-style-type: none">• auf freiwilliger Basis• mit selbstgewählten Themen• erfahrungsbezogen• auf der Grundlage des kollegialen Diskurses• mit Moderatoren• mit Evaluation ihrer Ergebnisse• kontinuierlich• mit festem Teilnehmerkreis• mit Ärzten gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen <p>C. Dokumentation (Datenbasis)</p> <ul style="list-style-type: none">• Verwendung der Praxisdokumentation der Teilnehmer als Arbeitsgrundlage der Qualitätszirkel• Dokumentation von Terminen, Themen, Teilnehmerzahl, Diskussionsverlauf der Qualitätszirkel <p>D. Evaluation der Qualitätszirkelarbeit</p> <ul style="list-style-type: none">• Bewertung ihrer Wirkung ist Voraussetzung für Qualitätssicherung mit Hilfe von Qualitätszirkeln• Evaluation durch Stichproben• Evaluationsziele: Arbeitsweise, Veränderung in der Versorgungszufriedenheit der Patienten• Veränderung in der beruflichen Lebensqualität der Teilnehmer
--

Eine Standardisierung der Qualitätszirkelarbeit ist für die Zukunft zu erwarten, da eine zunehmende Anzahl von KV'en Arbeitsempfehlungen und Arbeitsmaterialien für die Moderatoren und Teilnehmer erarbeiten. Nach einer aktuellen Umfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sind seit 1993 mehr als 1100 vertragsärztliche Moderatoren geschult worden (1). Die Anzahl der Vertragsärzte, die systematisch in Qualitätszirkeln arbeiten, ist bisher nicht bekannt. Allerdings zeigen die Ergebnisse zweier Umfragen aus den Jahren 1994 und 1995, daß - gemessen an der Zunahme der Qualitätszirkel - bei Vertragsärzten ein steigendes Interesse an dieser Art der Qualitätssicherungsarbeit besteht. Einzelne KV'en berichten, daß bereits mehr als 20 % aller Vertragsärzte in Qualitätszirkeln arbeiten. Einige KV'en haben in letzter Zeit Modelle für die Evaluation der Qualitätszirkelarbeit entwickelt.

1.5.7. Qualitätsbeurteilungsrichtlinien

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen auf der Grundlage des § 136 SGB V die Qualität der in der ambulanten Versorgung erbrachten Leistungen durch einzelfallbezogene Stichproben. Den Umfang und das Verfahren legt die Kassenärztliche Vereinigung im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen fest. Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen entwickelt in Richtlinien Kriterien zur Qualitätsbeurteilung, die Grundlage der Stichprobenprüfung sind. Es bestehen derzeit Qualitätsbeurteilungs-Richtlinien für die Röntgendiagnostik (einschließlich Computertomographie). In Vorbereitung sind Richtlinien für die Ultraschalldiagnostik und Kernspintomographie. Laut einer 1995 durchgeführten Umfrage führen Kassenärztliche Vereinigungen schwerpunktmäßig Stichprobenprüfungen in der Röntgendiagnostik, Ultraschalldiagnostik, Langzeit-EKG, nuklearmedizinischen In-vivo-/vitro-Diagnostik und arthroskopischen Chirurgie durch.

1.5.8. Fachausschuß "Ärztliche Fachkundenachweise"

Im Jahre 1992 wurde eine Kooperationsvereinbarung zur Bildung eines gemeinsamen Fachausschusses "Ärztliche Fachkundenachweise" zwischen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgeschlossen. Ziel des Ausschusses ist die Bemühung um eine einheitliche Strukturqualität unter Berücksichtigung des Vorranges von Berufsrecht vor Sozialrecht. Dabei wird die inhaltliche Gleichstellung von Anforderungen im Weiterbildungsrecht und von Qualifikationsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V angestrebt, um zu vermeiden, daß sich Ärzte zum gleichen Gegenstand unterschiedlichen

Qualifizierungs-regelungen unterwerfen müssen. An Beratungen des Ausschusses nehmen auch Vertreter der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherungen teil.

2. Aktuelle Defizite und Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätspolitik im Gesundheitswesen

2.1. *Patientenorientierte Qualitätssicherung*

Das Hauptziel aller Bestrebungen zur Qualitätssicherung ist die Optimierung der Patientenversorgung. Die Maßnahmen müssen sich daher sowohl am medizinischen Nutzen (26) als auch an den Bedürfnissen der Patienten orientieren. Allerdings werden die subjektiven Ansichten der Patienten über die Versorgungsqualität bisher in vielen Bereichen des deutschen Gesundheitssystems nicht ausreichend bzw. nicht systematisch berücksichtigt.

Patienten erwarten von der Behandlung eine Verbesserung der Lebensqualität und der Lebenserwartung, außerdem eine möglichst geringe Belastung und Gefährdung durch die Behandlung und in der Regel eine optimale Versorgung nach den geltenden 'Standards'.

Zur Verbesserung der Ergebnisqualität trägt somit nicht nur die Sicherung der Struktur- und Prozeßqualität bei, sondern auch die individuelle Bewertung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen durch den Patienten (5, 16, 22, 23, 27, 38, 47). Dies kann unter Umständen bedeuten, daß sich die Patientenbedürfnisse nicht mit den rein fachlich begründeten Betreuungsmaßnahmen decken. Die Leistungserbringer müssen akzeptieren, daß die optimale Behandlungsqualität vom Patienten durchaus anders definiert wird als von den professionellen Betreuern. Patientenorientierung der Betreuungsqualität könnte die Compliance fördern, wobei die Mitbestimmung des therapeutischen Ziels zunehmende Eigenverantwortung des Laien erforderlich macht. Hierauf hat die Bundesärztekammer bereits 1993 in ihrer Stellungnahme „Gesundheitsförderung als Aufgabe der Heilberufe“ (Tätigkeitsbericht '94) hingewiesen.

Alle im Gesundheitswesen Tätigen sollten sich zukünftig systematischer mit den Wünschen, Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten auseinandersetzen. Grundlage ist das individuelle Gespräch. Patientenorientierte Kommunikationstechniken sind in der Aus-, Weiter- und Fortbildung verstärkt zu trainieren. In Institutionen des Gesundheitswesens sollten formalisierte Verfahren zur Erfassung von Wünschen und Bewertungen der Patienten etabliert werden. Die systematische Auswertung und Kommentierung der Patientenangaben liefert Ansätze zur Verbesserung der Betreuungsqualität.

2.2. *Sachgerechte Verbraucherinformation und Transparenz im Gesundheitswesen*

Für den Patienten ist es schwierig, sich ein differenziertes Bild über die Qualität der Gesundheitsversorgung zu machen. Selbst die Veröffentlichung der Ergebnisse von Qualitätssicherungsprogrammen können nur selten eine Einschätzung vermitteln, ob die Qualität einer bestimmten Versorgungsleistung dem individuellen Bedarf entspricht. Daß Transparenz nicht mit sachgerechter Verbraucherinformation gleichzusetzen ist, zeigen die Beispiele der in deutschen Magazinen publizierten Übersichten über die Qualität von Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen oder die in den USA veröffentlichten Mortalitätsstatistiken nach Bypass-Operationen. Hier sind umfangreiches Wissen um die Qualität der Analyse, erheblicher spezieller Sachverstand über die strukturellen Verhältnisse der bewerteten Institutionen und fachliches Wissen Voraussetzung für Interpretation und relative Bewertung.

Verbesserte Verbraucherinformation und Transparenz des medizinischen Versorgungssystems sind wichtige Faktoren für patientenorientierte Verbesserung der medizinischen Qualität. Voraussetzung ist die Zugänglichkeit von Daten zur Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität. Derartige Informationen müssen nicht zuletzt auch dem Patienten in verständlicher Form übermittelt werden, beispielsweise über Hausärzte, Selbsthilfegruppen und Verbraucherzentralen. Einfach zu ermitteln und zu veröffentlichen sind Daten der Strukturqualität, während die Prozeß- und Ergebnisqualität Interpretation notwendig macht. Die Ergebnisqualität kann nur teilweise von den Versorgungseinrichtungen selbst geleistet werden, da das Ergebnis für den Patienten häufig erst dann genau erkennbar wird, wenn er in seine Aktivitäten des täglichen Lebens zurückgekehrt ist. Die Ergebnisqualität könnte durch gezielte Nacherhebung oder sinnvolle Auswertungen aus den Datenbanken der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen vervollständigt werden. Dabei sind die unterschiedlichen Qualitätsdimensionen, der Datenschutz und die Belange der Leistungserbringer zu berücksichtigen. Allerdings sind Bemühungen um Transparenz und Ergebnisqualität mit den Auflagen des Datenschutzes häufig nicht vereinbar.

Zur Transparenz gehört auch die korrekte Interpretation veröffentlichter Qualitätsergebnisse, z.B. Komplikationsraten. Solche Auswertungen geben für die Öffentlichkeit nur dann einen Sinn, wenn hinreichende Informationen über die strukturellen Voraussetzungen mitveröffentlicht werden (z.B. Einzugsgebiet des Krankenhauses, Schweregrad der Fälle, altersstandardisierte durchschnittliche Komplikationsraten bei vergleichbarem Schweregrad usw.).

Die Bundesärztekammer plant, durch eine Novellierung der Berufsordnung die Ankündigung von versorgungsorientierten Tätigkeitsschwerpunkten als Grundlage für Patienteninformationssysteme zu ermöglichen.

2.3. *Rechtliche Aspekte*

Die zahlreichen Einzelvorschriften im SGB V (§§ 112,115b, 135,136,137) sind nicht frei von widersprüchlichen Zuständigkeitsverteilungen und erschweren eine effektive Entwicklung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung bei niedergelassenen Vertragsärzten und in Krankenhäusern, auch in Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung.

Aus diesen Gründen erscheint eine systematische Novellierung der genannten Vorschriften erforderlich. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung dringen in ihrem Memorandum "Eckpunkte und Vorschläge zur Systematisierung der Regelungen über die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung im SGB V" vom 29. 2.1996 auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen dem Vorrang des Berufsrechts und den besonderen Regelungsnotwendigkeiten im System der gesetzlichen Krankenversicherung.

In diesem Zusammenhang werden folgende fünf Eckpunkte zur Weiterentwicklung von gesetzlichen Regelungen über die Qualitätssicherung genannt:

(1) Gesetzliche Regelungen müssen den unterschiedlichen Qualitätssicherungszielen Rechnung tragen und dementsprechend auf Regelungen zur Sicherung der Strukturqualität einerseits und zur Sicherung der Prozeß- und Ergebnisqualität ärztlicher Berufsausübung andererseits ausgerichtet sein.

(2) Strukturqualität wird insbesondere durch Qualifikation gesichert. Entsprechende Regelungen haben "statusbildenden" Charakter und bedürfen einer eindeutigen gesetzlichen Ermächtigung. Zur Sicherung der Prozeß- und Ergebnisqualität bedarf es wegen der Vielfalt der Modelle eines Gestaltungsspielraums der Selbstverwaltung. Von den inhaltlichen Regelungen für entsprechende Maßnahmen zu unterscheiden sind Regelungen, welche Konsequenzen aus der Nichtbeachtung entsprechender Qualitätssicherungsmaßnahmen ziehen.

(3) Qualitätssicherung der *ärztlichen Berufsausübung* ist *Aufgabe der Ärzteschaft*. Regelungsort für ein entsprechendes Regulationssystem ist vorrangig das ärztliche Berufsrecht.

Die Ermächtigung zur Selbstregelung durch die ärztliche Selbstverwaltung im Rahmen gesetzlicher Vorgaben ist hierbei leitendes Gliederungsprinzip in der Aufgabenverteilung von Staat und Selbstverwaltung.

(4) Zu beachten ist deshalb für Regelungen im SGB V der Vorrang des Berufsrechts. Dies hat unterschiedliche Folgen für die Sicherung der Strukturqualität und der Prozeß- und Ergebnisqualität ärztlicher Berufsausübung.

(5) Sicherung der Qualität der ärztlichen Berufsausübung durch "strukturelle" Maßnahmen ist Aufgabe des Bundesgesetzgebers, soweit er für die Ausbildung der Ärzte zuständig ist, und der Länder, soweit sie für das Facharztrecht und Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung zuständig sind und damit auch der Landesärztekammern im Rahmen ihrer Ermächtigung zur Normierung als untergesetzlicher Normgeber des Facharztrechts und des Qualitätssicherungsrechts. Normen zur Strukturqualität (z.B. bei Fachkundevoraussetzungen) sollten im SGB V nur ergänzend in Betracht gezogen werden können. Auch für Regelungen zur Prozeß- und Ergebnisqualität in der vertragsärztlichen Versorgung und der Krankenhausversorgung auf der Grundlage des SGB V sollte der Gesetzgeber auf eine Harmonisierung berufsrechtlicher und sozialrechtlicher Vorschriften bedacht sein.

2.4. Koordination der Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung

Zur Koordination der ärztlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Berufsrecht und Kassen-(Vertrags-)arztrecht gründeten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung im März 1995 die "Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin" (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung: "ÄZQ") als gemeinsame und paritätisch besetzte Einrichtung.

Die beiden Vertragspartner formulierten in der Gründungsvereinbarung (11) unter anderem folgende Ziele, die sie mit der Etablierung der ÄZQ verknüpften:

- Wahrung der Einheitlichkeit qualitätssichernder Regeln für die ärztliche Berufsausübung,
- wirksame und einheitliche Entwicklung und Ausführung der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung im Interesse der Patienten und der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

Die ÄZQ berät die Organe beider Häuser bezüglich der Effizienz, Evaluation und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Zentralstelle übernimmt insbesondere die

Vorbereitung und Abstimmung von Entwürfen für Empfehlungen der BÄK oder für Regelungen der KBV, welche im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben der Landesärztekammern sowie der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen die Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung betreffen. Sie soll die Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Wahrnehmung beschlossener Qualitätssicherungsmaßnahmen unterstützen.

Weiterhin koordiniert die Zentralstelle die Entwicklung wissenschaftlich begründeter und praktisch anwendbarer ärztlicher Handlungsempfehlungen und -leitlinien unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots (52). Zur Entwicklung einer Leitlinie werden - nach systematischer Aufbereitung der Literatur - die in der Thematik kundigen Mitgliedsgesellschaften der AWMF gebeten, die Arbeitskreise mit Experten zu besetzen. Das vorläufige Arbeitsprodukt eines jeden Expertenkreises wird vor Verabschiedung durch die Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung in einem öffentlichen Konsensprozeß zur Diskussion gestellt, mit allen an dem Thema Interessierten - auch mit Patienten- bzw Laienvertretern - diskutiert und unter Berücksichtigung der öffentlichen Eingaben festgeschrieben. Hierbei werden die international akzeptierten Konsensmethoden benutzt.

2.5. *Qualitätssicherung im stationären Bereich*

Forderungen nach Qualitätssicherungsmaßnahmen im stationären Bereich sind von den wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften und der ärztlichen Selbstverwaltung seit den 70er Jahren erhoben worden. Jedoch erst ein Jahrzehnt später wurden externe Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung auf Initiative einiger Landesärztekammern hin - zunächst auf der Grundlage mehrseitiger Verträge der Selbstverwaltung auf Landesebene - in einigen Ländern eingeführt. 1989 wurde die Qualitätssicherung in der stationären Versorgung auch gesetzlich bundesweit im SGB V verankert.

§ 137 SGB V verpflichtet "die nach § 108 zugelassenen Krankenhäuser sowie die Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Vertrag nach § 111 besteht, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen, und zwar unter Berücksichtigung der Behandlung der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse. Die Maßnahmen sind auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken. Sie sind so zu gestalten, daß vergleichende Prüfungen ermöglicht werden. Das Nähere wird für Krankenhäuser in den Verträgen nach § 112 (zweiseitige Verträge zwischen

den Landes-verbänden der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereini-

gungen der Krankenhausträger im Land) und für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in den Verträgen nach § 111 unter Beteiligung der Ärztekammern, soweit die Verträge Qualitätssicherungsmaßnahmen im Pflegebereich betreffen auch unter Beteiligung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe geregelt. In den Verträgen ist auch zu regeln, in welchen Fällen Zweitmeinungen vor erheblichen chirurgischen Eingriffen einzuholen sind."

§ 113 SGB V erlaubt die umfassende Überprüfung von Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung durch externe Prüfer, die von den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenkassen einvernehmlich mit dem Krankenhausträger bestellt werden.

Für nach Fallpauschalen abzurechnende Eingriffe werden nach der Novelle der Bundespflegesatzverordnung von 1994 qualitätssichernde Maßnahmen gefordert, die Bestandteil der Honorierungsvereinbarungen sind. Nach einer 1994 ohne Beteiligung der ärztlichen Selbstverwaltung oder anderer Berufsgruppen entwickelten "Rahmenempfehlung gemäß § 137 in Verbindung mit § 112 SGB V zur Sicherung der Qualität der Krankenhausleistungen bei Fallpauschalen und Sonderentgelten" wird von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Qualitätskontrolle der Krankenhausleistungen anhand von Stichproben bei 63 verschiedenen Versorgungsleistungen empfohlen. Dies soll dazu dienen, die Indikationsstellung für die Leistungserbringung (einschließlich der Auswahl alternativer Behandlungsformen), die Angemessenheit der Leistung, die Ergebnisqualität und die Erfüllung der personellen und sächlichen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen zu sichern (19). Mithilfe des Stichprobenverfahrens kann außerdem kontrolliert werden, ob die der Kalkulation der Fallpauschalen zugrundeliegenden Leistungen erbracht werden.

2.5.1. Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Akutkrankenhäusern

Der Schwerpunkt der Qualitätspolitik liegt derzeit im stationären Bereich auf der Etablierung des o.a. externen Qualitätssicherungssystems. Zu diesem Zweck wird von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein umfassendes Dokumentationssystem entwickelt, dessen Praktikabilität, Kosten und Wirksamkeit lebhaft und kontrovers diskutiert werden. Jahrelange nordamerikanische Erfahrungen mit vergleichbaren Programmen lassen an der Brauchbarkeit des Konzeptes zweifeln (siehe

hierzu 20, 44). Es besteht die Gefahr, für die "erwartete Qualität" der speziellen Leistung entsprechendes Leistungs- und Dokumentationsverhalten herauszufordern. Die Mängel des

geplanten Programms liegen nicht nur in der Begrenzung auf wenig definierte Leistungen im operativen Gebiet, deren langfristige Ergebnisqualitäten nicht zur Sprache kommen. Alle nichtoperativen und nichtärztlichen Leistungen sollen nach dem bekannten Planungsstand nicht erfaßt werden. Auch die Gefahr eines in die Leere gehenden Übermaßes an Dokumentation ist nicht ausgeschlossen.

Effizienz und Effektivität des aufwendigen Programmes sollten vor einer breiten Einführung wissenschaftlich evaluiert werden. Der überstürzten Einführung eines kostenintensiven, in seiner Wirksamkeit nicht bewiesenen Kontrollsystems ist entgegenzutreten. Vielmehr bietet es sich an, Verfahren, deren Wirksamkeit eindeutig belegt ist (zum Beispiel Perinatalerhebungen, Neonatalerhebungen, Qualitätssicherung in der Chirurgie), bezüglich der Akzeptanz zu evaluieren, zu verbessern und allgemein zu etablieren. Insbesondere ist darauf zu dringen, daß sich die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung nicht auf Dokumentation und Statistik beschränken (17). Im Sinne der Qualitätssicherung werden Erfassungen des Leistungs-geschehens erst wirksam, wenn aus ihnen Strategien zur Verhaltensbeeinflussung der Leistungserbringer bzw. zur Änderung von Strukturen abgeleitet werden.

Die laufenden Verfahren externer Qualitätssicherung können zwar Defizite der Qualität aufzeigen und den Anstoß zu entsprechenden Verfahren interner Qualitätssicherung geben, Voraussetzung für wirksame Qualitätsverbesserung in allen Bereichen der Krankenhäuser, nicht nur in den medizinischen, ist aber eher ein umfassendes Qualitätsmanagementprogramm (siehe Kap. 2.8.).

2.5.2. Qualitätssicherungsprogramme in Rehabilitationseinrichtungen

Im November 1993 stellten der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR) ein trägerübergreifendes „Reha-Qualitätssicherungsprogramm“ vor. Instrumente sind

- (1) die systematische Erfassung und Auswertung von Strukturmerkmalen der Kliniken und Klinikkonzepten, bezogen auf Indikationen, diagnostische und therapeutische Leistungen und Behandlungsziele;
- (2) Erhebung indikationsbezogener Therapiepläne, detailliert nach Art, Umfang, zeitlicher Abfolge und Behandlungszielen;
- (3) Qualitäts-Screening, das durch externe Beurteilung von Stichproben die Indikationsstellungen und die Behandlungsergebnisse ermöglicht. Die daraus gewonnenen klinik-

bezogenen Auswertungen werden vom Rentenversicherungsträger zu einer vergleichenden Prüfung verwendet.

- (4) Patientenbefragungen zur allgemeinen Patientenzufriedenheit und zum Rehabilitationsergebnis
- (5) Einführung von klinikinternen und klinikübergreifenden Qualitätszirkeln mit detaillierter Dokumentation- und Berichtspflicht.

Vorrangiges Ziel dieses „5-Punkte-Programms“ ist - nach Angabe von Bösel (7) der Ausbau der internen Qualitätssicherung. Hingegen betonen die Vertreter des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe und des Fachverbandes Sucht, daß das Programm im wesentlichen Instrumente zur externen Qualitätskontrolle enthalte (18). Außerdem merken diese an, daß sich die Träger der Rentenversicherung schwer täten, die Fachverbände mit ihrem gebündelten therapeutischen und strukturellen Sachverstand als gleichwertige Partner bei der Formulierung der einzelnen Programmpunkte anzuerkennen. Nachdem auch der Bundesverband Deutscher Privatkrankenanstalten für den allgemeinen Reha-Bereich erhebliche Bedenken gegen das 5-Punkte-Programm formuliert hat (43), sind die Fachverbände seit Sommer 1995 in die Diskussion um die Weiterentwicklung des Programmes einbezogen.

2.6. *Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung*

Im Gegensatz zum stationären Bereich besteht in der ambulanten Versorgung weitgehender Konsens über die Weiterentwicklung der Qualitätssicherungskonzepte. Dagegen wird der Anteil der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte, der sich systematisch um Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung kümmert, zum Teil skeptisch beurteilt.

Grundlagen der zukünftigen Qualitätspolitik für die ambulante Versorgung sind deshalb

- (1) Motivation der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte zur Teilnahme an wirksamen Qualitätssicherungsprogrammen,
 - (2) Weiterentwicklung von Programmen zur Verbesserung der Prozeß- und Ergebnisqualität,
 - (3) Evaluation und Modifikation eingeführter Qualitätssicherungsprogramme.
- Vorrangig sollen wissenschaftlich begründete und praktisch anwendbare Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung weiter entwickelt und ausgebaut werden, die Arbeitsabläufe in der alltäglichen Praxis beeinflussen können. Es handelt sich vor allem

um

Instrumente für die Sicherung und Verbesserung von Prozeß- und Ergebnisqualität, wie zum Beispiel Ärztliche Handlungsleitlinien, Qualitätsindikatoren, Qualitätskriterien, Qualitätszirkel und problemorientiertes Qualitätsmanagement in ambulanten Einrichtungen. Etablierte und geplante Maßnahmen müssen auf Wirksamkeit hin untersucht und gegebenenfalls modifiziert oder verlassen werden. Insbesondere müssen die Effekte der Instrumente zur Sicherung der Strukturqualität analysiert werden.

- Die neuen Möglichkeiten der kontinuierlichen, systematischen Dokumentation und Bewertung der Praxistätigkeit auf der Grundlage der Praxis-EDV gilt es, umfassend zu nutzen.
- Zur Verbesserung der Strukturqualität ist die ärztliche Fortbildung besser auf Praxiserfordernisse auszurichten. Elektronische Informationssysteme müssen zu diesem Zweck systematisch ausgebaut werden.
- Die Arbeit in Qualitätszirkeln ist weiter zu fördern. Die methodische und organisatorische Unterstützung ist weiter zu entwickeln. Dabei sollten die Abläufe stärker systematisiert und ihre Effekte konsequent evaluiert werden. Mindestanforderungen an die Qualitätszirkelarbeit, wie bereits formuliert (29), sollten nachweisbar eingehalten werden.
- Die Einschätzung der Ergebnisqualität durch die Patienten sollte zukünftig stärker in die Arbeit der Qualitätszirkel integriert werden. Zu diesem Zweck empfiehlt es sich, Instrumente zur Patientenbefragung für den ambulanten Bereich zu entwickeln.
- Alle die genannten Einzelfaktoren zur Qualitätsverbesserung sollten zu einem umfassenden Konzept des Qualitätsmanagements in der ambulanten Versorgung zusammengefaßt werden. Es sollten zukünftig Anreize geschaffen werden, um zur Teilnahme an einem solchen System zu motivieren. Insbesondere muß durch intensive Information und durch Training der Nutzen für die Berufsqualität vermittelt werden, der aus der Berücksichtigung des Qualitätsmanagements in der Berufspraxis resultiert.
- Der zusätzliche Aufwand für die Teilnahme an umfassendem, kontinuierlichem Qualitätsmanagement muß im Honorierungssystem der ambulanten Versorgung berücksichtigt werden.

2.7. Bereichsübergreifende Qualitätssicherung

Die traditionell ausgeprägte Trennung zwischen ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung ist eines der bedeutendsten Probleme für die umfassende Sicherung der Versorgungsqualität. Nachdem diese herkömmlichen Grenzen nun in Bewegung geraten sind,

können

zukünftig die Instrumente der medizinische Qualitätssicherung besser koordiniert und an den Problemen und Bedürfnissen der Patienten und Leistungserbringer orientiert werden. So müssen zum Beispiel bereichsübergreifend gleiche Tatbestände nach gleichen Methoden und Kriterien bewertet werden.

Für einzelne Indikationsbereiche sollten bereichsübergreifende Strukturen unterstützend tätig werden. So haben sich z.B. in der Betreuung onkologischer und rheumatologischer Patienten Leit- bzw. Koordinationstellen bewährt, die Versorgungsprozesse koordinieren, Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität auswerten und hieraus Vorgaben für Fortbildung und Training entwickeln. Mit Hilfe solcher Strukturen konnten auch die Ergebnisse ärztlicher Gesundheitsförderung und Präventionsmaßnahmen verbessert werden (54).

2.8. *Umfassendes Qualitätsmanagement*

Grundlage für Qualitätssicherung ist die Verantwortung jedes im Gesundheitswesen Tätigen für die Qualität einer erbrachten Leistung. Allerdings erweisen sich die Bemühungen um Qualität in komplexen Systemen wie den Institutionen des Gesundheitswesens dann häufig als relativ wirkungsarm, wenn sie als Einzelmaßnahmen in einzelnen Abteilungen oder Diensten oder gar als Einzelaktivitäten von Individuen verstanden werden. Voraussetzung für effektive Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist vielmehr die systematische Hinwendung zu einem problemorientierten Qualitätsmanagement.

Der Begriff des Qualitätsmanagements ist gegenwärtig nicht einheitlich definiert. Er reicht von einem Minimalkonzept, wonach von Qualitätsmanagement bereits dann gesprochen wird, wenn der Kreis "Qualitätsplanung, Qualitätsanwendung, Qualitätsergebnisüberwachung und revidierte Planung von Qualitätsmaßnahmen" in Teilen einer Institution (z.B. Krankenhaus) geschlossen ist, bis hin zu der Vorstellung, daß allein die ursprünglich für industrielle Zwecke entwickelte ISO-Normreihe 9004, Teil 2 - d.h. ein das ganze Unternehmen umfassendes ("totales") Qualitätsmanagementkonzept für Dienstleistungsbereiche inklusive eines Zertifizierungsverfahrens - darunter zu verstehen sei (nach 44).

Während das erste Konzept leicht verständlich ist, weil jede Art von Routine-Qualitätssicherung ohne Ergebniskontrolle und ohne daraus Konsequenzen zu ziehen, letztlich ins Leere läuft, gibt es hinsichtlich des industriellen Ansatzes inklusive Zertifizierung begründete Vorbehalte.

Sie beginnen bereits bei der Terminologie, wenn als oberster Grundsatz aufgestellt wird, daß "die Erfordernisse des Kunden" verstanden und erfüllt werden müssen. Diese allzu vorbehaltlose Übertragung des Kundenbegriffs auf den Patienten ist dessen persönlicher Situation unangemessen. Das Recht auf eine qualitätsgesicherte Versorgung hat ein Patient nicht als Dienstleistungskunde, sondern vor allem aus humanen und ethischen Gründen (26, 44).

Die möglicherweise sinnvolle Übertragung von Qualitätssicherungsmethoden aus industriellproduktiven Bereichen in die Gesundheitsversorgung sollte nicht mit einer unvorsichtigen Übernahme von Begriffen kombiniert sein, da frei wählbare materielle Produkte oder gewerbliche Dienstleistungen nicht mit der meist wenig freiwilligen medizinischen Versorgung gleich-gesetzt werden können. Die häufige Verbindung der Begriffe Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitspolitischen Diskussion läßt vergessen, daß der Patient Anlaß und Ziel für die Qualitätssicherung ist und nicht das Vermeiden einer Ressourcenverknappung (44).

Das Kernelement des umfassenden Qualitätsmanagements ist jedoch die Zusammenarbeit. Dabei hat die notwendige Implementierung bzw. Weiterentwicklung von Teamarbeit in medizinischen Institutionen über Abteilungen, Professionen und insbesondere deren etablierte Entscheidungsstrukturen hinweg, große psychologische Barrieren zu überwinden. Eigenverantwortung und delegierte Entscheidungsbefugnisse werden nicht überall als zwingende Voraussetzung für qualitative Leistungserbringung gesehen.

Darüber hinaus gibt es international keinen gesicherten wissenschaftlichen Beleg, daß das Ziel der Bemühungen um den Patienten, nämlich "die Verbesserung des Gesundheitszustandes und Bewahrung oder Verbesserung der Lebensqualität" mit Hilfe eines Organisationsentwicklungsprozesses, genannt "Total Quality Management", eher, besser oder ökonomischer zu erzielen ist als durch die Betreuung und Behandlung des Patienten unter "traditionellen" Umständen (1. Europäisches Forum "Quality Improvement", London, März 1996).

Eine allgemeine Anwendung des TQM-Konzeptes im Krankenhausbereich (oder gar im Bereich der Einzelpraxis) ist gegenwärtig mangels ausreichender wissenschaftlicher Daten über Effizienz und Effektivität bezüglich der Patientengesundheit, das heißt ohne weitere Erprobungsphasen und eine Überprüfung des in Einzelprojekten nachgewiesenen Nutzens, nicht sinnvoll.

Ein ersichtlicher Nutzen der Diskussion um das TQM-Konzept ist die Tatsache, daß hierdurch Verhaltensweisen und Methoden, die obligatorische Bestandteile von Maßnahmen zur Qua-

litätssicherung und Qualitätsverbesserung sind, unter neuen Gesichtspunkten diskutiert und in ihrer Bedeutung bewußt gemacht werden. So liegt ein ersichtlicher Vorteil des TQM-Ansatzes

darin, alle Bereiche im Krankenhaus bezüglich der Prozeß- und Systemoptimierung aufzugreifen. Erst darüber können Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung im Krankenhaus als eine gemeinsame Aufgabe verstanden und verwirklicht werden.

Kooperatives Zusammenwirken der verschiedenen Professionen eines Krankenhauses begünstigt die sinnvolle Zusammenstellung der Qualitätssicherungsthemen, die auch bei TQM nach einer Prioritätenliste angegangen werden müssen.

Davon unabhängig wird jede Profession zudem ein eigenes Konzept qualitativer Leistungen erstellen und sich bemühen müssen, dieses mit den Themen der anderen Professionen in Einklang zu bringen.

2.8.1. Ärztliches Training anhand des Curriculums Qualitätssicherung

Aus ärztlicher Sicht bedeutet Qualitätsmanagement mit dem Ziel der Qualitätssicherung und kontinuierlichen Qualitätsverbesserung in Institutionen des Gesundheitswesens folgendes:

- (1) kontinuierliche und systematische, fach-, berufs- und bereichsübergreifende Beobachtung, Beurteilung und - wenn erforderlich - Veränderung der diagnostischen, therapeutischen und betreuenden Strukturen und Prozesse ebenso wie der organisatorischen und administrativen Abläufe;
- (2) die Beurteilung der Ergebnisqualität unter Berücksichtigung des objektiven Nutzens und der subjektiven Bedürfnisse der Patienten;
- (3) die Verpflichtung sämtlicher Ebenen der Organisation auf konsentierete Qualitätsgrundsätze, sowie ständige Überprüfung und Verbesserung des festgelegten System des Qualitätsmanagements auf der Grundlage der Evaluation.

Die Ärztekammern und andere Veranstalter ärztlicher Bildungsmaßnahmen werden künftig den ärztlichen Mitarbeitern und Leitungspersonen Beratungs-, Fortbildungs- und Trainingsmaßnahmen zu Zielen, Methoden, Techniken und Resultaten des Qualitätsmanagements anbieten.

Grundlage ist das von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und AWMF entwickelte Curriculum "Qualitätssicherung - Ärztliches Qualitätsmanagement" (12).

Mit Hilfe dieser Bildungsmaßnahmen sollen Spezialisten für Qualitätssicherung entstehen, die sich als Führungspersonen vor dem Hintergrund ihrer praktischen ärztlichen Erfahrung problemorientiert für Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen einsetzen können.

2.8.2. Leitlinien der Bundesärztekammer für Beratungen von Einrichtungen des Gesundheitswesens

Die erfolgreiche Anwendung des Qualitätsmanagements in Institutionen des Gesundheitswesens setzt professionelle Beratung über die hierfür notwendigen Methoden und Techniken voraus. Da sich gegenwärtig unterschiedliche Vorstellungen zum Begriff des Qualitätsmanagement in der deutschen Qualitätssicherungsdiskussion festsetzen, sind aus ärztlicher Sicht Orientierungshilfen zu Grundlagen und Zielen von Beratungsmaßnahmen zum Qualitätsmanagement nötig. Zu diesem Zweck entwickelt die Bundesärztekammer zur Zeit Leitlinien für Beratungen von Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Qualitätssicherung und kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Die Leitlinien stellen eine Orientierungshilfe über die ärztlichen Vorstellungen zu problemorientiertem Qualitätsmanagement dar.

2.8.3. Zertifizierung von Krankenhäusern

Im Januar 1996 haben Bundesärztekammer, Deutsche Krankenhausgesellschaft und Spitzenverbände der Krankenkassen darauf hingewiesen, daß sie die Zertifizierung von Krankenhäusern nach den DIN/ISO-Normen 9000-9004 für nicht sachgerecht halten. Begründet wird diese Einschätzung damit, daß die DIN/ISO-Normen keine Beurteilung der medizinischen und pflegerischen Qualität der Patientenversorgung im Krankenhaus zuließen und daß die Patienten durch ein Zertifikat nach DIN/ISO-Normen zur der irrigen Annahme verleitet würden, daß die Qualität der Krankenhausversorgung in jeglicher Hinsicht optimal sei. Ein auf dieser Basis verliehenes Zertifikat bestätige aber nur das Vorhandensein eines Apparates zur Dokumentation organisatorischer und technischer Verfahrensabläufe. In der Praxis hieße dies, daß die Existenz von Vorgaben geprüft werde, nicht aber deren Einhaltung. Von der Zertifizierung würden weder die Ergebnisqualität der Behandlung gesichert bzw. transparent gemacht noch Anreize zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung gesetzt. Weiterhin würden auch die Notwendigkeit und Angemessenheit der medizinischen Leistung nicht erfaßt.

Anstelle der teuren und bezüglich des Nutzens zweifelhaften Zertifizierung nach den DIN/ISO-Normen wurde in Aussicht gestellt, mit allen Beteiligten Verfahren zur Qualitätssicherung und Qualitätsbeurteilung zu entwickeln, die den speziellen Erfordernissen des Krankenhausbereiches und vor allem den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden. Ziel müsse es sein, die Qualität der medizinischen Leistung zu sichern, Anreize zur

kontinuierlichen Qualitätsverbesserung zu setzen und die Transparenz des Versorgungsgeschehens zu erhöhen.

3. Ausblick: Von der Qualitätssicherung zur Kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

Qualität ist ein stets aktuelles Thema - nicht nur in der Medizin. Die Forderungen nach Qualitätsnachweisen, nach Qualitätssicherung sind ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, das nicht nur die Medizin betrifft, aber auch nicht vor ihr haltmacht. Sie sollten nicht primär als eine Unterstellung bisherigen schlechten Handelns aufgefaßt werden. Ärztinnen und Ärzte sind seit jeher verpflichtet auf Qualität zu achten, und die Ärzteschaft hat Beachtliches auf dem Gebiet der Qualitätssicherung geleistet. Es reicht allerdings nicht aus, auf die bisherigen Leistungen zu verweisen. Qualitätssicherung muß als ständige Herausforderung begriffen werden. Ziel ist die Gewährleistung gleichbleibend hoher Qualität und kontinuierliche sowie systematisch betriebene Qualitätsverbesserung einer patientenorientierten Gesundheitsversorgung. Die Grundprinzipien hierfür lauten: Freiwilligkeit, Selbstkontrolle, Methodik, Verbesserung von Information, Kommunikation und Kooperation, Entwicklung eines positiven Umgangs mit Fehlern in einem selbst lernenden System. Effektive Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung setzen voraus, daß die hierfür notwendigen Maßnahmen systematisch, berufs- und institutionsübergreifend im Sinne eines problemorientierten Qualitätsmanagements durchgeführt werden. Dies bietet die Möglichkeit, Probleme in Klinik und Praxis zu lösen, alltägliche Arbeitsabläufe zu optimieren und letztlich die Zufriedenheit der Patienten, aber auch die eigene Arbeitszufriedenheit zu steigern. Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung werden aus diesem Grund nicht als Bürde, sondern als Teil des ärztlichen Selbstverständnisses verstanden.

4. Zusammenfassung: 10 Thesen der Ärzteschaft zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

Die gemeinsame Bestandsaufnahme von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung "Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung: Grundlagen einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung" gibt einen Überblick über die Aktivitäten der ärztlichen Selbstverwaltung auf dem Gebiet der medizinischen Qualitätssicherung für einen Zeitraum von 40 Jahren. Vor dem Hintergrund dieser Analyse werden Vorschläge zur Weiterentwicklung der Qualitätspolitik im Gesundheitswesen formuliert, die sich - auf der Grundlage des Gesundheitspolitischen Programmes deutscher Ärzteschaft von 1994 - in Form von 10 Thesen zusammenfassen lassen:

(1) Medizinische Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung stehen im Dienste der Patientenversorgung

Qualitätssicherung schließt Maßnahmen ein, die dazu dienen, diagnostische, therapeutische und betreuende Prozesse sowie deren Ergebnisse zum Nutzen und Bedürfnis der Patienten zu optimieren. Dies setzt die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Qualitätskriterien voraus.

(2) Medizinische Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung dienen nicht primär der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit

Qualitätssicherungsmaßnahmen dienen nicht primär der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, sie können allerdings helfen, Unwirtschaftlichkeiten zu vermeiden.

(3) Qualitätssicherungsprogramme müssen problemorientiert und koordiniert sein, die Qualität im ambulanten und im stationären Versorgungsbereich kann nicht unterschiedlich sein.

Die Entwicklung, Einführung und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Routinebetrieb sind dynamische Prozesse. Dabei muß sich die Qualitätssicherung den sich wandelnden Problemen in der medizinischen Versorgung anpassen.

Bei grundsätzlich gleichem Leistungsgeschehen müssen im ambulanten und stationären Bereich jeweils die gleichen Maßstäbe für die jeweilige Qualitätssicherung gelten.

(4) Die Angemessenheit von Qualitätssicherungsprogrammen muß konsequent evaluiert werden

Qualitätssicherungsprogramme sind einer ständigen Evaluation zu unterziehen. Dabei müssen bereits eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen immer wieder auf ihre Effektivität und Effizienz hin überprüft und gegebenenfalls modifiziert werden.

(5) Transparenz, Kommunikation und Kooperation sind Voraussetzungen erfolgreicher Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung

Ausgangspunkt der Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen ist die Transparenz des medizinischen Versorgungsgeschehens. Sie setzt sachgerechte Information des einzelnen Patienten und der Öffentlichkeit mit Darstellung fachlicher und ethischer Betreuungsleitlinien voraus. Alle im Versorgungsbereich Beteiligten müssen in geeigneter Form miteinander kooperieren und sich abstimmen, um die Versorgungsqualität nicht nur zu erhalten, sondern möglichst noch zu verbessern.

(6) Umfassende interne Qualitätssicherung ist die Basis der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

Eine umfassende interne Qualitätssicherung sollte alle Bereiche des Gesundheitswesens fach- und professionsübergreifend erfassen. Sie verlangt eine patientenorientierte Ausrichtung und problemorientierte Kooperation der Gesundheitsberufe.

(7) Externe Qualitätssicherung soll den Anstoß zur vorrangigen Entwicklung interner Qualitätssicherungsverfahren geben

Externe Qualitätssicherungsmaßnahmen sollen vor allem auf Beratung abzielen und Hilfestellung geben zum Erkennen eigener Schwachstellen. Sanktionsmechanismen sind nicht das Ziel; sie sind erst bei nachweisbar unverändert schlechter Qualität oder/und prinzipieller Verweigerung der Teilnahme an Qualitätssicherungsmaßnahmen einzusetzen. Wenn für die Durchführung bestimmter Qualitätssicherungsprogramme Patientendaten benötigt werden, so müssen diese den Datenschutz berücksichtigen. Insbesondere für vergleichende Verfahren dürfen nur anonymisierte und/oder aggregierte Daten verwendet werden.

- (8) Qualitätssicherung hat nur dann eine Chance auf Verwirklichung, wenn sie von der Überzeugung und dem Bestreben des Einzelnen getragen wird, qualitativ hochwertige Leistungen zu erbringen, das eigene Tun einer kontinuierlichen Überprüfung und Verbesserung zu unterziehen und es mit anderen zu vergleichen.**

Qualitätssicherung kann in der Regel nur dann funktionieren, wenn sie von den Betroffenen akzeptiert und von ihnen selbst ein- und durchgeführt sowie weiterentwickelt wird. Erzwungene Qualitätssicherungsmaßnahmen werden als Fremdkontrolle empfunden, stoßen auf inneren Widerstand und sind deshalb erfahrungsgemäß weniger wirksam.

- (9) Qualität hat ihren Preis**

Systematisch angelegte Qualitätssicherungsmaßnahmen gehen in der Regel über die patientenorientierte Routinearbeit hinaus. Dies bedingt einen Mehraufwand, der nicht zu Lasten der Leistungserbringer gehen kann. Insbesondere bei externen, vergleichenden Maßnahmen, aber auch bei Verfahren zur Prüfung der Prozeß- und Ergebnisqualität, müssen besondere personelle und organisatorische Strukturen vorgehalten werden. Voraussetzungen hierfür sind Konsens und Akzeptanz bei den Kostenträgern. Die Verankerung von gesetzlichen Vorgaben genügt nicht.

- (10) Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung sind die Eckpfeiler einer Qualitätspolitik im Gesundheitswesen**

Gesellschaftlich konsentrierte Qualitäts- und Zielsetzungsvorgaben sind eine wichtige Grundlage für die Weiterentwicklung der medizinischen Qualitätssicherung hin zu einer Kultur der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen.

Voraussetzungen sind

- Unvoreingenommenheit gegenüber den Bemühungen aller Beteiligten im Gesundheitswesen um Sicherung bzw. Verbesserung der Versorgungsqualität,
- Gegenseitige Information und gegenseitiges Verständnis bezüglich der verschiedenen Definitionen von Qualität (aus Sicht der Patienten, der Leistungserbringer, des Managements, der Kostenträger),
- Problemorientierte Analyse und Optimierung der Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen: Integration der verschiedenen Qualitätsziele durch vorrangige Konzentration auf die Problemlösung im Bereich abteilungs-, berufs-, organisationsübergreifende Prozesse und Systeme.

5. Literatur

1. Anonym (1995) Ergebnisse einer Umfrage der Brendan-Schmittmann-Stiftung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Qualitätszirkelarbeit. *Niedergelassene Arzt* 1/96, 13-16
2. Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und -beamten der Länder - "AGLMB" (1995) Gewährleistung und systematische Weiterentwicklung der Qualität im Gesundheitswesen, Beratungsunterlagen für die 68. Gesundheitsministerkonferenz, Potsdam November 1995
3. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften - "AWMF" (1995) Prävention, Standards und zukünftige Entwicklungen in den medizinischen Spezialgebieten, - Leitlinien in Diagnostik und Therapie. *Z ärztl Fortbild* 89: 859-874
4. Arnold M (1995) *Solidarität 2000. Die medizinische Versorgung und ihre Finanzierung nach der Jahrtausendwende*. 2. Auflage. Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag
5. Assoc. for Quality in Health Care, British Medical Assoc., Nat Assoc. of Health Auth. and Trusts (1996) *Improving Quality in Healthcare. Partnership Agenda*. London, BMA
6. Bahrs O, Gerlach FM, Szecsenyi J (1995) *Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den niedergelassenen Arzt*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
7. Bösel G, Piwernetz K (1994) Total Quality Management in der stationären Rehabilitation. *F&w (führen und wirtschaften im Krankenhaus)* 11: 6/94
8. Bundesärztekammer (1955 bis 1996) *Tätigkeitsberichte*. Köln: Eigenverlag oder Deutscher Ärzteverlag
9. Bundesärztekammer (1985) *Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung*, Köln: Eigenverlag
10. Bundesärztekammer, Deutscher Ärztetag (1994) *Gesundheitspolitisches Programm der deutschen Ärzteschaft, beschlossen vom 97. Deutschen Ärztetag*. Köln, 1994
11. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (1995) *Vereinbarung der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Errichtung einer Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung)*. In: Bundesärztekammer (1996) *Tätigkeitsbericht '96*. Köln: Eigenverlag
12. Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (1996) *Curriculum Qualitätssicherung*. Band 1: *Ärztliches Qualitätsmanagement. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung*. Band 10. Köln
13. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1990) *Symposium zur Qualitätssicherung*. Forschungsbericht Nr. 203. Bonn: Eigenverlag
14. Bundesministerium für Gesundheit (1994) *Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik Deutschland: Bestandsaufnahme; Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit / Institut für Medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen*. Schriftenreihe des Baden-Baden, Nomos-Verlag
15. Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz (1994) *Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus*. Wien
16. Damkowski W, Görres S, Luckey K (1995) *Patienten im Gesundheitssystem. Patientenunterstützung und -beratung*. Beiträge zur Sozialpolitikforschung Band 10. Bremen, Maro Verlag
17. Eichhorn S (1993) *Qualitätssicherung im Krankenhaus als ärztliche Aufgabe*. In: Projektträgerschaft „Forschung im Dienste der Gesundheit“ (Hrsg) *Förderung der medizinischen Qualitätssicherung durch den Bundesminister für Gesundheit*. Bonn: Eigenverlag, S. 35-53
18. Fachverband Sucht (1996) *Stellungnahme des Fachverbandes Sucht zur aktuellen Diskussion des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungsträger*. *Sucht* 42: 45-53
19. Fack-Asmuth WG (1995) *Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelten. Stand des Verfahrens und aktueller Handlungsbedarf für die Krankenhäuser*. *Das Krankenhaus* 10/1995: 470-480
20. Felsenstein M (1996) *Externe Qualitätssicherung*. In: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (1996) *Curriculum Qualitätssicherung*. Band 1: *Ärztliches Qualitätsmanagement*. 1. (Werk-)Auflage. Köln: Eigenverlag, S. 175-181
21. Field MJ, Lohr KN (1990) *Clinical Practice Guidelines*. Washington DC: National Academy Press
22. Gaucher EJ, Coffey RJ (1993) *Total quality in health care. From theory to practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
23. Graham NO (1995) *Quality in health care. Theory, application, and evolution*. Gaithersburg MD: Aspen Publishers
24. Grol R (1996) *Quality improvement: an international commodity ?* *Quality in Health Care* 5:1-2
25. Herzog U (1995) *Die Aktivitäten in der Qualitätszirkelarbeit*. *Niedersächs Ärztebl* 68 (10/1995) 4-6
26. Jorke D (1996) *Ethische Entscheidungen im ärztlichen Handeln*. *Med Klinik* 91: 238-242
27. Kaltenbach T (1993) *Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf der Grundlage des Total Quality Management*. 2. Auflage, Melsungen: Bibliomed
28. Kassenärztliche Bundesvereinigung (1976-1995) *Tätigkeitsberichte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 1976-1994*. Köln: Eigenverlag

29. Kassenärztliche Bundesvereinigung (1993) Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 135 Abs. 3 SGB V. Dtsch Ärztebl 90 (Heft 21) C1045-1048
30. Kassenärztliche Bundesvereinigung (1995) Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Sozialversicherungs- und anderen Kostenträgern sowie Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und Belegarztgrundsätze Band 1 und 2. Köln: Deutscher Ärzteverlag, Loseblattsammlung
31. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Dienstaufgabe (1996) Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
32. Kersting T (1995) Qualitätssicherung in der Anästhesie. Materialien und Berichte der Robert Bosch Stiftung 42. Stuttgart: Bleicher Verlag
33. Kolkman FW (1993) Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung. In : Bundesärztekammer (Hrsg) Stenografischer Wortbericht des 96. Deutschen Ärztetages 1993. Köln: Bundesärztekammer Eigenverlag
34. Krimmel L, Schirmer HD (1993) Handbuch für den Kassenarzt. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
35. Mayer E, Walter B (1996) Management und Controlling im Krankenhaus. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag
36. Moewes M, Effer E, Hess R (1996) Kölner Kommentar zum EBM. Kommentierung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen. 2. Auflage. Köln: Deutscher Ärzteverlag
37. Peters H, Mengert G (1995) Peters Handbuch der Krankenversicherung. Teil II - Sozialgesetzbuch V, 19. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer
38. Piwernetz K, Selbmann HK, Vermeij DJB (1991) „Vertrauen durch Qualität“: Das Münchner Modell der Qualitätssicherung im Krankenhaus. Krankenhaus 11/1991: 557-560
39. Röhrig P (1996) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. Z Allg Med 72: 371-374
40. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1994) Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sachstandbericht 1994. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
41. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995) Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Sondergutachten 1995. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft
42. Schäfer OP, Herholz H (1996) Qualitätssicherung - eine Herausforderung für Ärzte. Dtsch Ärztebl 93: A238-240
43. Schuler W (1996) Editorial zum Thema „Qualitätssicherung in der Suchtkrankenhilfe“. Sucht 42: 4-5
44. Schwartz FW, Jakobi U, Klein-Lange M (1996) Qualitätssicherung in einem stärker wettbewerblich orientierten Gesundheitswesen. Expertise im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Hannover, Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, unveröffentlichtes Manuskript
45. Selbmann HK, Überla KK (1982) Quality assessment of medical care. Materialien und Berichte der Robert Bosch Stiftung. Stuttgart: Bleicher Verlag
46. Selbmann HK (1995) Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin. Materialien und Berichte der Robert Bosch Stiftung 30. Stuttgart: Bleicher Verlag
47. Spörkel H, Birner U, Frommelt B, John TP (1995) Total Quality Management. Forderungen an Gesundheitseinrichtungen. Berlin: Quintessenz-Verlag
48. Stobrawa F (1994) Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin. Die Sacharbeit kann beginnen. Dtsch Ärztebl 91: A884-886
49. Stobrawa F (1996) Qualitätssicherung / Qualitätsverbesserung - Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen - Gesetzliche und vertragliche Grundlagen. In Vorbereitung
50. Szecsenyi J, Gerlach M (1995) Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin. Nationale und internationale Perspektiven. Stuttgart: Hippokrates Verlag
51. Taylor D (1996) Quality and professionalism in health care: a review of current initiatives in the NHS. Br Med J 312: 626-629
52. Vilmar K (1995) Qualitätssicherung in der Medizin - das gemeinsame Anliegen aus Sicht der Bundesärztekammer. Langenbecks Arch Chir Suppl II (Kongreßbericht 1995) 822-828
53. Weißbauer W (1995) Rechtliche Konsequenzen der Qualitätssicherung. Langenbecks Arch Chir Suppl II (Kongreßbericht 1995) 815-819
54. Wiesemann A, Klimm HD, Nüssel E (1996) Das Östringer (Präventions-)Modell. Z ärztl Fortbild 90: 59-66
