



---

# **BUNDES ÄRZTE KAMMER**

---

**Curriculum  
Ärztliches  
Qualitätsmanagement**

4. Auflage 2007

---

**Herausgeber:**

**Bundesärztekammer**

**Kassenärztliche Bundesvereinigung**

**Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen  
Medizinischen Fachgesellschaften**

---

# Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement

---

- 4. überarbeitete Auflage 2007 -

Herausgeber: Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)



**Texte und Materialien der Bundesärztekammer  
zur Fortbildung und Weiterbildung**

Bundesärztekammer  
Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen  
Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)

---

Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Texte und Materialien  
der Bundesärztekammer  
zur Fortbildung und Weiterbildung

Band 10: Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement

Herausgeber:  
Bundesärztekammer  
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)  
Ublerstr. 20  
40223 Düsseldorf

Redaktion:

M. Schrappe, R. Klakow-Franck, W. Müller, B. Gibis, M. Brüggemann, M. Kelterbaum

Und alle Kursveranstalter (siehe Verzeichnis im Kapitel 7)

sowie für das „Glossar“ die GMDS-Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in der Medizin“

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

**Curriculum Ärztliches Qualitätsmanagement**

**4. überarbeitete Auflage**

Hrsg. von: Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung,  
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachge-  
sellschaften

ISSN 0945-1951

NE:

Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und  
Weiterbildung, Band 10, 2007

**Wichtiger Hinweis:**

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen und Warenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Weiterverbreitung der namentlich nicht gekennzeichneten Beiträge des Werkes ist in inhaltlich unveränderter Form erlaubt, wenn den Herausgebern ein Belegexemplar zugestellt wird.

Eine weitere Verwertung der namentlich gekennzeichneten Beiträge über das Werk hinaus außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsschutzes ist ohne Zustimmung der Autoren unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

© Bundesärztekammer · Berlin · 2007

# Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Vorwort</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Bedeutung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement für die ärztliche Berufsausübung</b>	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>Einführung in das Curriculum</b>	<b>7</b>
	3.1 Ausgangssituation und Zielsetzung des Curriculums	7
	3.2 Erneute Überarbeitung des Curriculums: 4. Auflage	9
	3.3 Stufen des Curriculums	9
	3.4 Durchführung, Bezeichnung und Realisierung	10
	3.5 Zeitumfang	11
	3.6 Abschlüsse	11
	3.7 Verbindung zu anderen Qualifikationen	12
<b>4.</b>	<b>Gliederung des Curriculums</b>	<b>15</b>
	Vorbemerkungen	15
	4.1 Kursgestaltung	15
	4.2 Gliederung der Lerngebiete: Übersicht	18
	4.3 Detailbeschreibung der Lerngebiete	23
	4.3.1 Lerngebiet 1: Basis des Qualitätsmanagements- Ethik, Recht, Organisations- und Führungsverständnis, Konzepte zur Patientenautonomie	23
	4.3.2 Lerngebiet 2: Methoden für das Qualitätsmanagement	29
	4.3.3 Lerngebiet 3: Qualitätsmanagement	41
	4.3.4 Lerngebiet 4: Bezüge zur Gesundheitsökonomie	46
	4.3.5 Lerngebiet 5: Entwicklung und Realisierung von Qualitätsmanagement-Programmen in der Praxis (Demonstration und Praktikum)	49
<b>5.</b>	<b>Glossar</b>	<b>52</b>
<b>6.</b>	<b>Literaturhinweise</b>	<b>83</b>
	Vorbemerkung	83
	Ausgewählte Einzelbeiträge:	84
	Zeitschriften zum Qualitätsmanagement	92
<b>7.</b>	<b>Ansprechpartner, Fortbildungsveranstaltungen</b>	<b>93</b>
<b>8.</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>97</b>
<b>9.</b>	<b>Stichworte, Index</b>	<b>99</b>

# 1. Vorwort

Die Übernahme von Verantwortung für die Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung zählt zum professionellen ärztlichen Selbstverständnis. Als ausdrückliche Verpflichtung für den Arzt wurde die Qualitätssicherung 1988 in der Berufsordnung für Ärzte verankert.

Nachdem bereits durch die vom Deutschen Ärztetag 1992 verabschiedete (Muster-) Weiterbildungsordnung verlangt wurde, dass Fachärzte Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Qualitätssicherung in ihrem Fachgebiet nachweisen müssen, ist im Zuge der letzten Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung im Jahr 2003 eine Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ eingeführt worden. Auch in der Approbationsordnung für Ärzte ist die Vermittlung von Kenntnissen in der Qualitätssicherung vorgeschrieben. In den Heilberufsgesetzen der Bundesländer ist die Qualitätssicherung als Aufgabe der Ärztekammern festgelegt.

In Anbetracht des in den letzten Jahren gestiegenen Wirtschaftlichkeits- und Wettbewerbsdruck im Gesundheitswesen haben Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der medizinischen Versorgung ein starkes öffentliches Interesse erlangt. Zahlreiche von der Ärzteschaft entwickelten Initiativen zur Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement wurden zwischenzeitlich vom Gesetzgeber aufgegriffen und in sozialgesetzliche Vorschriften und Richtlinien überführt, teilweise leider in der zu stark vereinfachenden Erwartung, durch Qualitätskontrollen Wirtschaftlichkeits- und Effizienzreserven im Gesundheitswesen heben zu können. Im Ergebnis hat dies zu einer Vielzahl von sozialgesetzlichen Vorschriften zu Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung geführt. Diese bedürfen dringend einer Zusammenführung und Verschlinkung im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagementkonzepts für das Gesundheitswesen, das den Leistungserbringern im Gesundheitswesen die erforderlichen Freiräume zur Qualitätsweiterentwicklung und kontinuierlichen Verbesserung aus Eigeninitiative wiedergibt. Festzuhalten ist außerdem, dass in Anbetracht der begrenzten Ressourcen im GKV-System der Patient mehr Eigenverantwortung übernehmen müssen. Für die Ärzteschaft bedeutet dies, dass Verfahren des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung noch stärker als bisher unter dem Blickwinkel des Benefits für den Patienten betrachtet werden müssen.

Das „Curriculum Qualitätssicherung“ fasst die in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung von Studenten und Ärzten zu beachtenden Aspekte einer wissenschaftlich begründeten und praktisch anwendbaren Qualitätssicherung zusammen. Der erfolgreich abgeschlossene Kurs soll die Absolventen dazu befähigen, Qualitätsmanagement mit spezifischen ärztlichen Inhalten im Versorgungsalltag zu implementieren.

Ärztekammern, Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung als Körperschaften öffentlichen Rechts sowie der Bundesärztekammer als Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern obliegt auf unterschiedlicher gesetzlicher Grundlage die Sicherung der Qualität



der ärztlichen Berufsausübung. Die dabei auftretenden medizinischen und methodischen Probleme sind für die ärztliche Selbstverwaltung können nur in enger Zusammenarbeit mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und den ärztlichen Berufsverbänden gelöst werden. Durch die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis kann die medizinische Versorgung der Patienten in Praxis und Krankenhaus noch besser und sicherer werden.

Die gemeinsame Herausgabe eines Werkes über das ärztliche Qualitätsmanagement als Leitlinie für die Aus-, Weiter- und Fortbildung ist daher ein konsequenter Schritt der ärztlichen Spitzenorganisationen in Deutschland, um trotz knapper Ressourcen auch in Zukunft eine den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechende individuelle Versorgung der Patienten zu sichern.

Prof. Dr. Dr. h. c. J.-D. Hoppe  
Präsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetages

Dr. A. Köhler  
Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen  
Bundesvereinigung

Prof. Dr. A. Enke  
Präsident der Arbeitsgemeinschaft der  
Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften

## 2. Bedeutung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement für die ärztliche Berufsausübung

Die Begriffe Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement haben in den letzten Jahren in allen Lebensbereichen unserer Gesellschaft einen besonderen Stellenwert erhalten. Die Diskussion über diese Begriffe und dahinterstehenden Inhalte ist zusehends auch zum Thema im deutschen Gesundheitswesen geworden. Allerdings muss bei genauer Betrachtung festgestellt werden, dass die einzelnen Akteure im Gesundheitswesen nicht immer mit den einzelnen Begriffen auch dieselben Inhalte verbinden.

Offenkundig verstehen Ärztinnen und Ärzte sowie die anderen Fachberufe im Gesundheitswesen etwas anderes unter Qualität und unter Qualitätssicherung als die Kostenträger, die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die Politik. Letztere meinen sehr häufig nur Wirtschaftlichkeit.

Um eine allzu einseitige Diskussion von Qualitätsfragen ausschließlich unter der Zielsetzung von Effizienzsteigerung und Kostendämpfung zu vermeiden, muss ein breiter gesellschaftlicher Konsens über die Definition der Versorgungsqualität über die Ziele der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und über die Angemessenheit der anzuwendenden Methoden zur Erreichung der Ziele hergestellt werden.

Dazu ist es erst einmal wichtig festzustellen, dass auch nach international gefestigter Nomenklatur Qualität keine feststehende Größe ist. Sie ist nicht von Dritten vorgegeben, sondern ist das Ergebnis von Abstimmungsprozeduren zwischen Kunde und Lieferant, Dienstleister und Empfänger der Leistung. Aus medizinischer Sicht muss der Nutzen für den Patienten der Ausgangspunkt für Qualitätssicherungsmaßnahmen sein.

Die nach dem vorgenannten Prinzip definierte Qualität gilt es mit einem abgestuften System von Qualitätskontrolle, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Alltag zu realisieren.

Explizit als Qualitätssicherung betitelte Regelungen gelangen allmählich in das Bewusstsein der Öffentlichkeit. Daneben gibt es aber eine Reihe von anderen Elementen, in der Überprüfung des eigenen Handelns durch die Berufe im Gesundheitswesen, die nicht von vornherein als Qualitätssicherungsmaßnahmen deklariert sind. Dadurch entsteht manchmal der Eindruck und wird von interessierten Kreisen auch so verbreitet, als gebe es nur sehr wenig qualitätssichernde Maßnahmen im deutschen Gesundheitswesen. Dies ist so nicht zutreffend. Allerdings hatten und haben die meisten der traditionellen Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Medizin einen eher unsystematischen Charakter. Es fehlte und fehlt auch bis heute in vielen Teilen noch an einer geeigneten Systematik, passenden organisatorischen und methodischen Voraussetzungen, angemessenen Zielen und einer er-

gebnisorientierten Überprüfung der Wirksamkeit dieser qualitätssichernden Maßnahmen. Hier helfen die Methoden des Qualitätsmanagements, wie sie seit vielen Jahren in der Industrie bereits praktiziert werden. Bei der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen im Gesundheitswesen ist allerdings zu prüfen, ob die für den industriellen Bereich gestellten Verfahren übertragen werden können oder ob es mehr oder weniger umfangreicher Modifikationen bedarf oder ob sogar ein spezifisches System entwickelt werden muss. Zu beachten ist auch, dass zwar von Erfahrungen im Ausland profitiert werden kann, dass aber dort funktionierende Verfahren zur Etablierung von Qualitätsmanagement nicht unbedingt direkt übertragen werden können. Systemunterschiede in der Finanzierung und Organisation der medizinischen Versorgung haben unterschiedliche Prioritäten und Umsetzungen von Qualitätssicherungs-/Qualitätsmanagementmaßnahmen zur Folge. Holzschnittartig sei dazu ausgeführt, dass Deutschland mit seinem Sozialversicherungssystem als Grundlage für die Finanzierung von Leistungen im Krankheitsfall einen Mittelweg beschreitet. Dem steht auf der einen Seite gegenüber ein System des staatlichen Gesundheitswesens in Großbritannien, das recht dirigistisch und stringent geführt wird und auf der anderen Seite ein liberales, der Privatinitiative überlassenes System wie in den USA.

Qualitätsmanagement ist mehr als die Addition vieler kleiner Teilschritte der Qualitätssicherung und der Qualitätskontrolle. Erfolgreiches Qualitätsmanagement setzt Kritikfähigkeit und Veränderungsbereitschaft voraus und impliziert die Bereitschaft der ständigen Selbstbewertung und der Überprüfung von Prozessen mit dem Ziel, Änderungen, wo immer notwendig, herbeizuführen. Qualitätsmanagement ist also selbst ein ständiger Prozess mit Ziel der kontinuierlichen Verbesserung.

Grundlage für die Wirksamkeit von Qualitätsmanagementsystemen ist das Verantwortungsbewusstsein jedes im Gesundheitswesen Tätigen für die Qualität der von ihm erbrachten Leistungen. Die Bemühungen um Qualität in komplexen Systemen, wie es auch das Krankenhaus eines ist, aber auch im Bereich der ambulanten Versorgung erweisen sich als wirkungsarm, wenn sie als Einzelmaßnahmen in den Abteilungen oder Diensten oder gar als Einzelaktivitäten von Individuen verstanden werden. Voraussetzung für Qualitätssicherung und kontinuierliche Qualitätsverbesserung ist demzufolge die systematische Hinwendung zu einem problemorientierten, abteilungs- und berufsgruppenübergreifenden Qualitätsmanagement.

Zum Begriff Qualitätsmanagement ist festzustellen, dass er nicht einheitlich definiert ist. Es wird von Qualitätsmanagement u. U. schon dann gesprochen, wenn der Kreis Qualitätsplanung, Qualitätsanwendung, Qualitätsüberwachung und revidierte Planung von Qualitätsmaßnahmen in Teilen einer Institution, z. B. im Krankenhaus oder in der Arztpraxis geschlossen ist, bis hin zu der Vorstellung, dass allein die ursprünglich für industrielle Zwecke entwickelte ISO-Normen Reihe 9000 Garant für ein umfassendes (totales) Qualitätsmanagementkonzept für Dienstleistungsbereiche ist.

Während das erste Konzept leicht verständlich ist, weil jede Art von Routinequalitätssicherung ohne Ergebniskontrolle und ohne daraus Konsequenzen zu ziehen letztlich ins Leere läuft, gibt es hinsichtlich des industriellen Ansatzes durchaus eine Reihe von Vorbehalten.

Die sinnvolle Übertragung von Qualitätssicherungsmethoden aus dem industriellen Bereich in das Gesundheitswesen sollte nicht mit einer unvorsichtigen Übernahme von Begriffen kombiniert sein und auch nicht durchgängig die dort durchaus berechtigten Verfahren transformieren. Dies insbesondere deshalb nicht, weil in der Industrie die häufige Verbindung der Begriffe Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitspolitischen Diskussion vergessen lässt, dass der Patient Anlass und Ziel für die Qualitätssicherung ist und nicht das Vermeiden von Aufwendungen.

Das Kernelement des umfassenden Qualitätsmanagements ist die Zusammenarbeit. Dabei hat die notwendige Implementierung bzw. Weiterentwicklung von Teamarbeit in medizinischen Institutionen über Abteilung, Profession 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.

Ein unübersehbarer Nutzen der Diskussion um Qualitätsmanagementkonzept ist die Tatsache, dass hierdurch Verhaltensweisen und Methoden, die obligatorischen Bestandteile von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung sind, unter neuen Gesichtspunkten diskutiert und in ihrer Bedeutung bewusst gemacht werden. So liegt der Vorteil von Qualitätsmanagementansätzen 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.

Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen sollte dazu führen, dass nicht jeder Sektor für sich seine Qualität definiert und sichert, sondern dass alle Akteure gemeinsam und sektorübergreifend sich auf die Qualität der Patientenversorgung konzentrieren. Dies schließt nicht aus, dass die sogenannten Leistungserbringer im Gesundheitswesen gewissermaßen als Teilmenge eines umfassenden Qualitätsmanagementkonzeptes in ihrem konkreten Verantwortungsbereich kontinuierliche Qualitätsverbesserung betreiben und spezifische Qualitätssicherungs- und Qualitätskontrollmaßnahmen entwickeln. Diese Instrumente dürfen aber nicht zum Selbstzweck werden, sondern müssen sich immer dem Gesamtkonzept zuordnen lassen.

Vielfach kann festgestellt werden, dass die Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen nicht ausreichend oder gar nicht über die Qualität der eigenen Leistung und der Leistung der übrigen Beteiligten Bescheid wissen, weil sie darüber keine Rückmeldung erhalten. Mit Hilfe des Qualitätsmanagement sollen sie Informationen über tatsächliche Qualität der erbrachten Leistungen erhalten. Bei ungenügen-

der Qualität müssen die Ursachen gesucht werden, um anschließend Verbesserungsmaßnahmen in die Wege zu leiten. In dem Zusammenhang ist die Feststellung zu treffen, dass es sich nicht um ein Qualitätssicherungsregelkreis handelt, wenn bei festgestellten Qualitätsmängeln jeder auf den anderen zeigt. Vielmehr ist es Aufgabe eines umfassenden Qualitätsmanagement dafür Sorge zu tragen ist, dass gemeinsam Schwachstellen identifiziert und diese beseitigt werden.

Eine Verbesserung der Qualität der Versorgung führt letztlich auch zu Kosteneinsparungen. Nichts ist so teuer wie eine ineffektive Versorgung. Um eine effektive Versorgung und letztlich dann auch effiziente Versorgung der Patienten zu gewährleisten, ist das Zusammenspiel ärztlicher und pflegerischer, aber auch infrastruktureller Maßnahmen im Krankenhaus dringend erforderlich. Die Integration aller letztlich am Versorgungsprozess beteiligten Einrichtungen und Personen ist zwingend erforderlich. Seit Jahren gilt der Satz: Wer vor allem die Kosten beachtet, senkt die Qualität - wer vor allem die Qualität beachtet, senkt die Kosten!

Es ist natürlich aufwendiger und schwieriger, das Zusammenspiel aller in der Versorgungskette einbezogene Abteilungen bzw. Personen zu beurteilen, als die Qualitätsmerkmale, der im Zuge der Behandlung erbrachten Einzelleistungen (z. B. im Bereich der Laboratoriumsmedizin und der Strahlendiagnostik). Wenn dieser Aufwand nicht gescheut wird, wird Qualitätssicherung für Ärzte, Krankenpflegekräfte, die Angehörigen der medizinisch-technischen Dienste sowie alle anderen Mitarbeiter im Krankenhaus und Praxis nicht nur zu einer Verpflichtung sondern zu einer menschlichen Haltung. Qualitätsmanagement und die damit einhergehende Formulierung der Qualitätspolitik der jeweiligen Einrichtung sorgt dafür, dass Qualitätssicherung als selbstverständlicher Bestandteil des eigenen Handelns akzeptiert und praktiziert wird.

Qualitätsmanagement und die verschiedenen Instrumente, die dabei zur Anwendung kommen, dienen somit letztlich nicht nur der Verbesserung der Patientenversorgung, sondern sind auch ein Instrument zur Förderung der Professionalität und der Erhöhung der Zufriedenheit im gewählten Beruf.

## 3. Einführung in das Curriculum

### 3.1 Ausgangssituation und Zielsetzung des Curriculums

Ursprung und Entwicklung des Curriculums Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement (QS/ÄQM) ist die Diskussion um die Formulierung von Inhalten zu den Forderungen in der Musterweiterbildungsordnung von 1992, wonach in allen Fachgebieten auch Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung vermittelt werden sollten. Im August 1994 hat der Vorstand der Bundesärztekammer die Einrichtung einer Arbeitsgruppe unter Moderation von Professor Dr. Otto Rienhoff, Göttingen, mit der Aufgabe beschlossen, ein Curriculum zu entwickeln, das diese Anforderungen in der Weiterbildung mit Inhalten füllt. Die Arbeitsgruppe hat mit diesem Kernauftrag begonnen, das Umfeld der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements zu durchleuchten, um daraus eine Systematik zur Vermittlung von Kenntnissen zu entwickeln.

Es wurde sehr schnell die Erkenntnis gewonnen, dass man in der Ausformulierung von Anforderungen nicht am Kenntnisumfang gemäß Weiterbildungsrecht stehen bleiben könne, sondern dass hier Weiterungen zu berücksichtigen sein werden. Dies führte zu der Entwicklung eines Lehr- und Lernzielkataloges, der längerfristig auch als Grundlage für die Verankerung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement für das Studium der Medizin dienen sollte.

Darüber hinausgehend wurde der Tatsache Rechnung getragen, dass es schon zum damaligen Zeitpunkt eine Reihe von Einrichtungen im Gesundheitswesen gab, die eine hauptamtliche Stelle für einen Qualitätsmanager oder einen Qualitätsbeauftragten eingerichtet haben. Die Ausfüllung dieser Funktion erfordert natürlich ein umfassenderes Wissen über Fragen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements, als es in der normalen Tätigkeit in Klinik und Praxis vermittelt werden kann.

Als Reaktion auf diese Entwicklungen etablierten sich zahlreiche Fortbildungsaktivitäten mit dem Ziel, den steigenden Bedarf an qualifizierten Ärzten und Angehörigen der anderen medizinischen Berufe zu befriedigen. Die Heterogenität dieser Angebote ließ jedoch viele Fragen hinsichtlich eines verbindlichen und allgemein akzeptierten Standards offen.

Die Thematik der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements wurde auch von anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen erkannt und teilweise in Ausbildungskonzepte integriert. Unterschiedliche miteinander konkurrierende Zertifizierungskonzepte wurden entwickelt, die von unterschiedlichen Anbietern propagiert werden. Es soll auf diesem Hintergrund bereits jetzt darauf hingewiesen werden, dass bei der Entwicklung des Curriculums die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und Anbietern früh gesucht wurde, mit beiderseitigem Nutzen, wie an der Kooperation mit dem Deutschen Pflegerat gezeigt werden konnte.

Letztlich ist als Konsequenz dieser Entwicklungen ein Dreistufenkonzept entstanden, das dem Curriculum auch in seiner aktuellen, überarbeiteten Version zugrunde liegt.

Auch die 4. Auflage ist von einer Redaktionsgruppe, in der alle Kursveranstalter vertreten waren, unter Einbeziehung vieler Anregungen aus dem Kreis der Kursteilnehmer sowie anderer Akteure aus dem Qualitätsmanagement erarbeitet worden.

Mit dem Curriculum wird der Anspruch erhoben, Ärzte in die Lage zu versetzen, die Komplexität des Themas Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen zu erfassen, damit umzugehen und die Thematik in der ärztlichen, aber auch in der allgemeinen Öffentlichkeit transparent zu machen und zu vertreten.

Bei der Erarbeitung des Konzeptes ergaben sich mehrere Probleme grundsätzlicher Bedeutung. Eines dieser Probleme bestand darin, dass man mit ein und demselben Instrumentarium drei Zielgruppen erreichen wollte:

Zielgruppe 1: Ärzte ohne oder mit allenfalls geringen Vorkenntnissen vom Thema;

Zielgruppe 2: Ärzte mit Teilkenntnissen, z. T. mit sehr profunden Kenntnissen von Einzelaspekten der Qualitätssicherung, aber ohne bewusste Reflektionen des Zusammenhangs;

Zielgruppe 3: Ärzte, die eine hauptberufliche oder schwerpunktmäßige Befassung mit dem Thema anstreben.

Wegen der Heterogenität dieser Zielgruppen ist es im Curriculum nicht zu vermeiden, dass einzelne Kapitel Selbstverständlichkeiten beschreiben oder zumindest Dinge, die als selbstverständlich erscheinen. Eine weitere Konsequenz bestand darin, dass in der ersten Auflage zusätzlich zur Beschreibung des eigentlichen Curriculums noch zahlreiche einführende Arbeiten zum Thema Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement aufgenommen wurden, um in einem gewissen Umfang Propädeutik zu betreiben. Diese Beiträge zu verschiedenen konkreten Aktivitäten auf dem Gebiet der Qualitätssicherung, aber auch zu Grundsatzfragen der rechtlichen und politischen Einordnung, machten natürlich deutlich, welchen Standpunkt die Herausgeber zu diesem Thema vertreten. Damit ist das Curriculum nicht nur eine Grundlage für die Wissensvermittlung im 200-Stunden-Kurs, sondern auch ein deutliches politisches Signal, das im Übrigen gut verstanden wurde.

Pragmatische Gesichtspunkte haben eine große Rolle gespielt: Es bestand immer ein Spagat zwischen Vermittlung fundierten Wissens und der Tatsache, dass kein spezifisches Curriculum alle Wissenslücken schließen kann. Wissenslücken aus anderen Bereichen können nicht mit diesem Kursangebot geschlossen werden, sondern müssen Gegenstand anderer Fort- und Weiterbildungsaktivitäten sein. Ein Beispiel aus dieser Diskussion ist der Umfang in der Vermittlung von Wissen zu Statistik, Informatik und EDV (s. Gliederung des Curriculums, 2. Lerngebiet). Einerseits kann gar nicht genug betont werden, wie zentral diese Fähigkeiten für die professionelle Gestaltung von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind. Andererseits bestehen bei vielen Ärzten gerade hier große Wissens-

lücken, die in Studium und Weiterbildung offensichtlich nicht vollständig geschlossen werden konnten. In einem Kurs zum Qualitätsmanagement, der insgesamt nicht mehr als 200 Stunden umfasst, ist es jedoch ebenfalls nicht möglich, hier vollständig Abhilfe zu schaffen, so dass für besonders Interessierte auf spezielle Fortbildungsmöglichkeiten verwiesen werden muss.

### **3.2 Erneute Überarbeitung des Curriculums: 4. Auflage**

In den Jahren 1999, 2000 und 2002 fanden Treffen von Kursabsolventen auf Bundesebene statt. Während dieser Treffen wurden viele kritische Anregungen eingebracht, insgesamt jedoch eine positive Bilanz des bisherigen Curriculums und der zugehörigen Kurse gezogen. Diese Bewertung ergab sich auch bei verschiedensten Rückkopplungen ehemaliger Kursabsolventen an die Landesärztekammern, die Bundesärztekammer und vor allem die Kursveranstalter. Ausgewiesene Fachleute auf dem Gebiet der Qualitätssicherung des Qualitätsmanagements schlossen sich dieser Bewertung an. Im ständigen Austausch mit den Kursveranstaltern, die auf Landesebene aktiv das Curriculum umsetzen, wurde regelmäßig über die Bedeutung des Curriculums diskutiert und eine Aktualisierung auf den Weg gebracht. Unter Leitung von Herrn Professor M. Schrappe, Witten-Herdecke, wurden die Veränderungen im Umfeld während der Tätigkeit von Qualitätsmanagern aufgegriffen und in eine Modifikation des Curriculums „Ärztliches Qualitätsmanagement“ umgesetzt. Grundsätzliche Veränderungen des Kurskonzeptes wurden nicht vorgenommen. Es sind allerdings einige neue Schwerpunkte, so z. B. in der Organisationslehre, zum Fehlermanagement, zur Patientensicherheit und zum Risikomanagement neu gesetzt worden. Das Lerngebiet „Entwicklung und Realisierung von Qualitätsmanagement-Programmen in der Praxis“ ist noch konkreter auf die Durchführung von Präsentationen eines Qualitätssicherungsprojektes im Rahmen der Absolvierung des Curriculums fokussiert worden. In den übrigen Kapiteln der jetzt vorliegenden Neuauflage der Publikation sind ebenfalls Aktualisierungen und Straffungen vorgenommen worden. Insgesamt hat eine Verschlankung stattgefunden. Grundlegende einführende Beiträge sind nunmehr in der Publikation weitestgehend entfallen. Hier kann mittlerweile vieles vorausgesetzt werden, bzw. durch das aktualisierte Literaturverzeichnis aufgearbeitet werden.

### **3.3 Stufen des Curriculums**

Unabhängig davon, ob die Kurse modular oder horizontal aufgebaut werden, sollte die Wissensvermittlung in den drei Stufen des Kursablaufs folgende Ziele verfolgen:

- Absolventen der Stufe I (Basiswissen) - sind in der Lage, in Ausübung ihres eigenen Berufes in verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens auftauchende Qualitätsbegriffe und -



anforderungen zu verstehen und bezüglich der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten einzuordnen.

- Absolventen der Stufe II (Fachqualifikation) - können problem- bzw. zielorientierte Qualitätszirkel moderieren, die Ergebnisse methodisch aufarbeiten und in ein unternehmerisches Gesamtkonzept einordnen. Sie sind in der Lage innerhalb eines Qualitätsmanagementsystems eigenverantwortliche Aufgaben (z. B. auf Abteilungsebene) zu übernehmen, wie z. B. Umsetzung gesetzlich vorgeschriebener Vorgaben, Begleitung von Kundenbefragungsprojekten oder der Hinführung der Einrichtung zu einer Zertifizierung.
- Absolventen der Stufe III (Zusatzqualifikation) - können die aktuellen Methoden im Qualitätsmanagement nicht nur anwenden sondern auch innerhalb des Teams bzw. der Einrichtung vermitteln. Sie können die Geschäftsführung in Fragen des Qualitätsmanagement beraten und ein QM-System in Einrichtungen des Gesundheitswesens implementieren und weiterentwickeln.

### **3.4 Durchführung, Bezeichnung und Realisierung**

Die Kursdurchführung soll liberal gehandhabt werden, so dass nach spezifischen Bedürfnissen der Teilnehmer die Gewichtungen in den stundenzahlmäßigen Zuordnungen zu den einzelnen Themenkatalogen vorgenommen und die Abfolgen der Vermittlung der Themen festgelegt werden können. Im Endergebnis müssen aber alle Themen behandelt worden sein, um den Teilnehmern den erfolgreichen Abschluss des Kurses und damit die Bezeichnung "Qualitätsmanager" zukommen zu lassen.

Nachdem schrittweise einzelne Landesärztekammern in den Jahren nach Verabschiedung des Curriculums „Ärztliches Qualitätsmanagement“ die anerkannten und des erfolgreichen Abschlusses unterschiedlich zum Teil durch Einführung von Zusatzbezeichnungen geregelt hatten, hat der 107. Deutscher Ärztetag 2004 auf Antrag des Vorstandes der Bundesärztekammer beschlossen, die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ in das ärztliche Weiterbildungsrecht aufzunehmen. Damit können die ärztlichen Absolventen des Kurses nunmehr eine förmliche, nach dem Weiterbildungsrecht anerkannte Bezeichnung führen, soweit in ihrer zuständigen Landesärztekammer der vorgenannte Beschluss des 107. Deutschen Ärztetages rechtswirksam in Satzungsrecht übertragen worden ist.

Damit ist zugleich gewährleistet, dass die Abschlüsse auf Landesebene bzw. einzelne Blöcke des Kurses von den Landesärztekammern gegenseitig anerkannt werden, soweit die Kurse von den Landesärztekammern direkt durchgeführt werden bzw. von Kursveranstaltern, die von den Landesärztekammern förmlich dazu autorisiert sind.

Es ist sichergestellt, dass die Kursveranstalter untereinander die Kursblöcke gegenseitig anerkennen, die nach Maßgabe dieses Curriculums absolviert wurden.

### 3.5 Zeitumfang

Die Grundausbildung zum ärztlichen Qualitätsmanagement sollte innerhalb einer Woche (in 40 Stunden, auch geblockt in 2 x 20 Stunden) absolviert werden können. Die Fachqualifikation ist darum anschließend zu absolvieren und kann nach weiteren 80 Stunden erworben werden. Hier kann eine Vermittlung in Form von Kursen, Seminaren, Lehrgängen usw. kumulierend erfolgen. Besonderer Wert ist darauf zu legen, dass Wissen, Fähigkeiten und auch eine patientenorientierte mentale Bindung an den Qualitätsgedanken vermittelt werden. Die Zusatzqualifikation wird in weiteren 80 Stunden erworben. Auch hier kann die vertiefende Wissensvermittlung in Form von Kursen, Seminaren, Lehrgängen usw. kumulierend erfolgen. Ein wesentlicher Inhalt der dritten Stufe ist die Durchführung, Präsentation und Diskussion eigener Qualitätsmanagementprojekte.

### 3.6 Abschlüsse

Die einzelnen Stufen werden mit einem Kolloquium bzw. einer Prüfung abgeschlossen. Die Themen und Ergebnisse des Kolloquiums bzw. der Prüfung werden dokumentiert. Der Abschluss wird entsprechend bescheinigt.

Durch die erfolgreiche Teilnahme am gesamten Fortbildungsgang werden spezielle Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Bereich des Qualitätsmanagements nachgewiesen, über die die Teilnehmer ein Zertifikat erhalten. Voraussetzungen für die Verleihung des Zertifikats sind der Nachweis der Teilnahme am Fortbildungsgang „Ärztliches Qualitätsmanagement“ und die erfolgreiche Teilnahme an einer Abschlussprüfung nach Maßgabe dieses Curriculums.

Für die ärztlichen Teilnehmer besteht nunmehr die Möglichkeit, mit der Vorlage des Zertifikats über die erfolgreiche Teilnahme am Kurssystem bei der Landesärztekammer die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ zu beantragen und zuerkannt zu bekommen (siehe oben, Kapitel 3.4). Insoweit ist dieses Curriculum einem Kursbuch gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung gleichgestellt. Die Einzelheiten des Verfahrens zur Anerkennung der Zusatzbezeichnung werden in der jeweiligen Weiterbildungsordnung nach Landesrecht geregelt.

Die Anerkennung des vollständig nach diesem Curriculum abgeschlossenen Kurses beinhaltet nach Auffassung der Herausgeber dieses Curriculums die Anerkennung für Moderatoren für die Qualitätszirkelarbeit gemäß den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinie gemäß § 135 Abs. 3 SGB V vom 28. Mai 1993).

Stufe III wird mit einer Prüfung abgeschlossen. Die Prüfung soll das Niveau des Kurses dokumentieren und dem Kursteilnehmer den Nachweis erlauben, dass er die vermittelten Lerngebiete entsprechend dem in Stufe III geforderten Qualifikationsniveau beherrscht. In diesem Sinne dient die Prüfung

sowohl der Transparenz und Qualitätsdarlegung des einzelnen Kursanbieters als auch der Ergebnisqualität der Qualifizierungsmaßnahme.

Angesichts von im Detail des Aufbaus abweichenden aber in der Ergebnisqualität bewährten Kurskonzepten verzichtet das Curriculum darauf, formale Vorgaben über Art, Dauer und Durchführung der Prüfung nach Stufe III zu machen. Vielmehr verpflichtet es jeden Kursanbieter, sein Prüfungsverfahren unter Bezugnahme auf sein didaktisches Konzept offenzulegen.

### **3.7 Verbindung zu anderen Qualifikationen**

Ziel des in diesem Curriculum beschriebenen Fortbildungsganges zum ärztlichen Qualitätsmanagement ist der Erwerb eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in Theorie und Praxis des Qualitätsmanagements. Der erfolgreiche Abschluss der curricularen Ausbildung ist eine ideale Voraussetzung um ärztliches Qualitätsmanagement im Krankenhaus zu betreiben, aber auch um Zertifizierungsverfahren im Krankenhaus zu koordinieren.

Die Ausbildung zu Auditoren, Assessoren und Visitoren von Zertifizierungs- bzw. Selbstbewertungssysteme ist im vorliegenden Curriculum nach mehrfachen Diskussionen nicht explizit enthalten, kann jedoch im Rahmen der Gestaltungsfreiheit der Kursanbieter integriert werden.

Das KTQ<sup>®</sup>-Verfahren, das mit dem Jahr 2002 im Routinebetrieb läuft und eine Kombination von periodischer Selbst- und Fremdbewertung darstellt, ist insofern mit dem vorliegenden Curriculum verbunden, als dass die Aufgabe der im Qualitätsmanagement geschulten Ärzte einerseits die Koordination und Erstellung der Selbstbewertung und andererseits- bei entsprechender Schulung - die Beteiligung an Visitationen ist. Gleiches gilt vom Grundsatz her für das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung entwickelte Verfahren "Qualität und Entwicklung in Praxen", QEP<sup>®</sup>, mit welchem die Anforderungen an Qualitätsmanagement in den Praxen von Vertragsärzten gemäß § 136 a unterstützt wird. Die Fremdbewertung wird von beruflich gleichgestellten externen "Visitoren" durchgeführt. Visitoren sind in Krankenhaus und Praxis beruflich aktive und erfahrene Persönlichkeiten aus der ärztlichen, pflegerischen und verwaltenden Ebene mit i.d.R. Leitungsfunktion. Ärztliche Visitoren müssen neben der ärztlichen Qualifikation und der Berufserfahrung über umfassende Kenntnisse im Qualitätsmanagement - basierend auf Schulungen analog den Anforderungen dieses "Curriculums Qualitätsmanagement" der Bundesärztekammer - verfügen. Das vorliegende Curriculum ist somit auch im Feld der Zertifizierung eine wichtige Grundlage für den Qualifikationserwerb spezifischer Visitoren.

Inhaltliche Überschneidungen gibt es mit den Curricula zur Evidenz-basierten Medizin und zur Strukturierten Versorgung sowie das in Erprobung befindliche Curriculum zur Ärztlichen Führung, die ebenfalls von der Bundesärztekammer herausgegeben worden sind. Gleichzeitig hat die Diskussion jedoch immer wieder ergeben, dass diese Curricula trotz der Überschneidungen ihren eigenen Stellenwert haben, der vor allem in dem jeweiligen Blickwinkel und der Schwerpunktsetzung besteht. Die Erfahrung zeigt, dass besonders interessierte Ärztinnen und Ärzte mehrere dieser Curricula absolvieren, um die jeweils angrenzenden Fachgebiete komplett übersehen zu können, nachdem sie in einem ersten Curriculum an die Thematik herangeführt worden waren.

## Stufen des Curriculums Qualitätssicherung

I. Basiswissen	II. Fachqualifikation	III. Zusatzqualifikation
<b>1. Zielgruppen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärzte in der Weiterbildung</li> <li>• Studenten Medizin</li> </ul>	<b>1. Zielgruppe:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärzte in der Weiterbildung</li> </ul>	<b>1. Zielgruppe:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärzte in der Weiterbildung</li> <li>• Chef-, Oberärzte</li> </ul>
<b>2. Voraussetzung:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medizinstudium</li> </ul>	<b>2. Voraussetzungen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einjährige Weiterbildung,</li> <li>• Kurs Stufe I</li> </ul>	<b>2. Voraussetzungen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärzte mit fünfjähriger Berufserfahrung oder abgeschlossener Weiterbildung</li> <li>• Kurse Stufe I und II</li> </ul>
<b>3. Ausbildungsziel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von Basiswissen</li> <li>• Schärfung von Verständnis für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen</li> </ul>	<b>3. Ausbildungsziel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von Kenntnissen, Anwendungsbereichen und Fertigkeiten des Qualitätsmanagements</li> <li>• Vertiefung des QM-Verständnisses</li> </ul>	<b>3. Ausbildungsziel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermittlung von Kompetenz und Verantwortlichkeit für Qualitätsmanagement im eigenen beruflichen Wirkungsbereich</li> </ul>
<b>4. Funktion des Absolventen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in einem Qualitätsteam/ Projekt mitwirken</li> </ul>	<b>4. Funktion des Absolventen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) unterstützen</li> <li>• Qualitätsmanagementsystem ausgestalten</li> <li>• Qualitätsteams/Qualitätszirkel moderieren</li> </ul>	<b>4. Funktion des Absolventen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätsmanagementsystem (QMS) konzipieren und initiieren</li> <li>• QMS pflegen</li> <li>• Qualitätsteams/-zirkel gründen und anleiten</li> <li>• QM-Handbuch erstellen</li> <li>• auditieren</li> <li>• Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB)</li> </ul>
<b>5. Dauer und Art:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ca. 40 Stunden</li> <li>• bevorzugt innerhalb einer Woche durchgängig</li> <li>• Kurse, Seminare</li> </ul>	<b>5. Dauer und Art:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ca. 80 Stunden</li> <li>• Kurse, Seminare</li> <li>• Projektarbeit, Szenario</li> </ul>	<b>5. Dauer und Art:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ca. 80 Stunden kumulativ</li> <li>• Kurse, Seminare</li> <li>• Projektarbeit</li> </ul>
<b>6. Inhalte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Basiswissen</li> <li>• Definition, Ziele und Umfeld von Qualitätssicherung und –management</li> <li>• Qualitätsbewusstsein</li> <li>• Qualitätsmanagement als integratives Element</li> </ul>	<b>6. Inhalte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intensivierung der Themen aus Block I</li> <li>• Qualitäts- und Management-Werkzeuge</li> <li>• Basiswissen Ökonomie, Statistik und juristische Implikationen</li> <li>• Moderationstraining</li> <li>• Projektmanagement</li> </ul>	<b>6. Inhalte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Führungs- und Kommunikationstechniken</li> <li>• Qualitätsmanagement aus der Perspektive verschiedener Beteiligte in der Gesundheitsversorgung</li> <li>• Auditorentraining</li> <li>• Vermittlung von Methoden</li> <li>• Evaluation</li> </ul>
<b>7. Kursabschluss:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolloquium</li> <li>• Qualifizierungsnachweis (Teilnahmebescheinigung)</li> </ul>	<b>7. Kursabschluss:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lösung eines Szenarios /Kolloquium</li> <li>• Qualifizierungsnachweis (Teilnahmebescheinigung)</li> </ul>	<b>7. Kursabschluss:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Präsentation eigener Projekte/ Szenario</li> <li>• Qualifizierungsnachweis (Teilnahmebescheinigung)</li> </ul>
		<b>8. Abschluss des Curriculums:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“</li> <li>• Zertifikat</li> </ul>

## 4. Gliederung des Curriculums

### Vorbemerkungen

Das vorliegende Curriculum soll eine Leitlinie für Qualifikationsmaßnahmen von Ärzten auf dem Gebiet des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen sein und die aktuellen Anforderungen bezüglich der Kenntnisse und Fähigkeiten für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung beschreiben und zusammenfassen.

Dieses Kapitel soll bei den Akademien für ärztliche Fortbildung der Landesärztekammern sowie anderen Trägern von Fortbildungsveranstaltungen gemäß dem Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement der Bundesärztekammer inhaltlich und formal einheitliche Standards der Kursdurchführung sicherstellen, dabei aber didaktische und organisatorische Gestaltungsmöglichkeiten offen lassen. Auf übliche Standards der Kursdurchführung (wie z.B. Teilnehmerbetreuung, Vorbereitung von Arbeitsunterlagen, Medieneinsatz usw.) wird hier deshalb nicht weiter eingegangen. Die Verantwortung für die Verwendung und Aktualisierung der hier formulierten Vorgaben liegt deshalb auch bei den vorgenannten Stellen. Mitgeltende Dokumente (z.B. die Leitsätze und Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung und eventuelle weitere Vorgaben der Fortbildungsträger) sind ebenfalls zu beachten.

In der Kompetenz des jeweiligen Kursveranstalters liegt es auch, ob der Kurs modular oder horizontal aufgebaut wird. Im modularen Kursaufbau wird ein Thema abschließend behandelt, bevor das nächste Thema aufgegriffen wird, während der horizontale Aufbau alle bzw. die meisten Themen in jedem Kursteil wieder aufgreift und vertieft. Angesichts der knappen zeitlichen Rahmenbedingungen ist der modulare Kursaufbau sehr viel rationeller, während von vielen Kursteilnehmern der redundante, zwangsläufig zu Wiederholungen Anlass gebende horizontale Aufbau gerade aus diesem Grunde positiv beurteilt wird.

Gleiches gilt für die POL-Anteile des Kurses, die auf den letzten Kursteil konzentriert, aber auch in die einzelnen Kursteile eingestreut werden können.

Die niedergelegten Lerninhalte und Lernziele werden in geeigneter Weise in Kursen vermittelt und der Lernerfolg überprüft. Da die durch ärztliche Organisationen sowie von anderen Fortbildungsträgern nach diesem Curriculum angebotenen Lehrveranstaltungen auch formal kompatibel sein sollen, müssen diese Kurse in geeigneter Weise geprüft und zertifiziert werden.

### 4.1 Kursgestaltung

Das vorliegende Curriculum stellt eine Leitlinie für die Aus-, Weiter- und Fortbildungsaktivitäten auf dem Feld des Qualitätsmanagements in Praxis und Klinik dar. Damit soll die Gestaltung von Lehrveranstaltungen bzw. Lehrprogrammen an möglichst vielen Stellen angelegt werden. Diese können auf der Basis der Vorgaben frei und variabel gestaltet werden, sofern sie

- die Qualifikationsstufen I-III berücksichtigen,
- die vorgegebenen Lerngebiete, Lerninhalte und Lernziele entsprechend der angestrebten Qualifikationsstufe umfassen,
- die Rahmenbedingungen für angemessene Durchführung der Kurse sicherstellen und
- die methodischen Empfehlungen des Curriculums angemessen berücksichtigen.

Zu den positiven Erfahrungen bei der Einführung des Qualitätsmanagements in das Gesundheitswesen gehört, dass ihre entwickelten Methoden (Gruppenarbeit, die systematische Analyse des Versorgungsprozesses, die Orientierung an Patientenbedürfnissen und das Experimentieren mit neuen Lösungen) dieser Form des Arbeitens den Charakter von persönlicher Herausforderung, Selbstverantwortung und kreativem Handeln verleihen. Die Autoren halten es für wichtig, diese motivierende Erfahrung aus der eigenen praktischen Tätigkeit in der Kursgestaltung zum Ausdruck zu bringen.

### **Qualifikationsstufe I - 40 Stunden**

Dieser Kursteil richtet sich an Teilnehmer ohne Vorkenntnisse und soll über die Vermittlung von Basiswissen das Grundverständnis für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen schaffen. Daher liegt in diesem Kursteil der Schwerpunkt auf der Begrifflichkeit der für das Qualitätsmanagement relevanten Nomenklatur, den gesetzlichen Grundlagen, und einer ersten, praktisch auch in der Kleingruppenarbeit trainierten Prozessanalyse. Ebenso sollten Basistechniken wie die Leitlinienerstellung angesprochen werden, auch ein erster Einstieg in die gesundheitsökonomische und betriebswirtschaftliche Thematik ist Bestandteil dieses Kursteiles. Die Lerngebiete Dialogfähigkeit und Kommunikationstechniken können im Sinne eines Moderatorentrainings durchaus bereits in diesem Teil eingebracht werden, können aber auch zu Beginn des 2. Teiles vorgesehen werden. Sicherlich ist es aus praktischen Erwägungen sinnvoll, dass Moderatorentaining früh innerhalb des Gesamtkurses vorzusehen.

### **Qualifikationsstufe II - 80 Stunden**

Dieser Kursteil hat zum Ziel, eigenverantwortlich tätige Ärzte mit klinischer Erfahrung in die Lage zu versetzen, Aufgaben im Medizinischen Qualitätsmanagement zu übernehmen. Die Lernziele des Basiskurses werden wieder aufgenommen und vertieft, teilweise durch zusätzliche Inhalte ergänzt und mit dem Ziel vermittelt, dass die Teilnehmer in den Lerngebieten die Fähigkeit zur selbstverantwortlichen Anwendung und kritischen Beurteilung erwerben. Verstärkt wird in Form von Fallbesprechungen

in Kleingruppen gearbeitet. Neu aufgenommen werden insbesondere Statistik und Epidemiologie sowie die Zertifizierungsthematik. Die betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Thematik wird weiter vertieft, die Entwicklung von Praxisleitlinien wird in Kleingruppen geübt und in den Rahmen der nationalen Diskussion gestellt.

### **Qualifikationsstufe III - 80 Stunden**

Dieser Kurs wendet sich an erfahrene Ärzte in Leitungspositionen, die nach Abschluss des Kurses Leitungsverantwortung für das Qualitätsmanagement übernehmen können. Die Kleingruppenarbeit sollte im Vordergrund stehen, es erscheint zweckmäßig, ein praxisbezogenes Projekt im Bereich des Qualitätsmanagements durch jeden der Teilnehmer erarbeiten zu lassen. Die kompetente und umfassende Berichterstattung über je ein praktisches Qualitätsmanagement-Vorhaben mit Kolloquium bildet den Abschluss des Kurses und kann die Funktion einer Prüfung erfüllen. Thematisch sollten in diesem Kursteil zusätzlich medikolegale Aspekte, spezifische Kenntnisse über einzelne Indikatoren (z. B. Technik der Patientenzufriedenheitsbefragung), sowie einzelne Zertifizierungskonzepte, die im Qualitätsmanagement eine Rolle spielen, zur Sprache kommen. Auf dem Gebiet der Statistik ist es sicher angebracht, in diesem Kursteil praktisch die Umsetzung in ein Datenbank- bzw. Auswertungssystem zu üben. Gleiches gilt für die Literaturrecherche im Internet. Kleingruppenarbeit, eine Fortführung des Trainings zur persönlichen Kompetenz (z. B. Leitungskompetenz) runden den Kurs ab. Gleiches gilt für den Bereich Evidence-based Medicine und Gesundheitsökonomie/Betriebswirtschaftslehre. Falls an der Qualifikation eines Teilnehmers bzw. der Durchführung des Qualitätsmanagement-Vorhabens Zweifel verbleiben, sollte Gelegenheit zur erneuten Teilnahme an einem, evtl. zeitlich verkürzten, Kurs der Qualifikationsstufe III gegeben werden.



## **4.2 Gliederung der Lerngebiete: Übersicht**

### **1 Basis des Qualitätsmanagement**

#### **1.1 Ethische Grundlagen**

- 1.1.1 Ethik und medizinisches Handeln
- 1.1.2 Menschenrechte
- 1.1.3 Rationierung

#### **1.2 Rechtliche Aspekte**

- 1.2.1 Berufsrecht
- 1.2.2 Sozialrecht
- 1.2.3 Haftungsrecht
- 1.2.4 Rechtskonflikt

#### **1.3 Organisationstheorie, Management und Führung**

- 1.3.1 Grundzüge
- 1.3.2 Organisationstheoretische Grundmodelle
- 1.3.3 Aufbauorganisation
- 1.3.4 Organisatorische Integration

#### **1.4 Persönliche Kompetenz und berufliches Selbstverständnis**

- 1.4.1 Lernfähigkeit
- 1.4.2 Dialogfähigkeit
- 1.4.3 Berufliches Selbstverständnis

#### **1.5 Konzepte der Patientenautonomie**

- 1.5.1 Theorie des Patientenverhaltens
- 1.5.2 Selbstbestimmungsrecht des Patienten
- 1.5.3 Patient als Nutzer des Gesundheitssystems
- 1.5.4 Internationale Modelle
- 1.5.5 Rechtliche Randbedingungen

### **2 Grundlagen und Methoden für das Qualitätsmanagement**

#### **2.1 Unterstützende Techniken**

- 2.1.1 Terminologie (Inhalt des Glossars)

- 
- 2.1.2 Dokumentationstechniken
  - 2.1.3 Informations-, Kommunikations- und Datenverarbeitungstechniken
  - 2.1.4 Nutzung von Informationssystemen
  - 2.1.5 Managementwerkzeuge
  
  - 2.2 Statistik und klinische Epidemiologie**
  
  - 2.3 Evidence-based Medicine (EbM)**
    - 2.3.1 EbM zur Bewertung klinischer Evidenz
    - 2.3.2 Health Technologie Assessment (HTA)
  
  - 2.4 Qualitätsmodelle**
    - 2.4.1 Qualität von Dienstleistungen
    - 2.4.2 Qualität als Erfüllung von Kundenanforderungen
    - 2.4.3 Qualitätsmodelle und deren Entwicklung
  
  - 2.5 Qualitäts- und Ergebnismessung**
    - 2.5.1 Grundlagen der Qualitäts- und Ergebnismessung
    - 2.5.2 Indikatoren
    - 2.5.3 Zufriedenheitsmessung
  
  - 2.6 Methoden der Qualitätssicherung**
    - 2.6.1 Einrichtungsinterne Qualitätslenkung
    - 2.6.2 Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen
    - 2.6.3 Begutachtungs- und Prüfungsverfahren
  
  - 2.7 Moderation und Qualitätszirkel**
    - 2.7.1 Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen
    - 2.7.2 Moderation
    - 2.7.3 Feedback
  
  - 2.8 Prozessmanagement**
    - 2.8.1 Feedback
    - 2.8.2 Voraussetzungen der Prozessanalyse
    - 2.8.3 Fehleranalyse
    - 2.8.4 Ergebnisbewertung

**2.9 Patientensicherheit und Risikomanagement**

2.9.1 Grundlagen

2.9.2 Haftungsrecht und Organisationsverschulden

**2.10 Fortbildung und Information****2.11 Leitlinien****2.12 Gesetzliche Regelungen zum Qualitätsmanagement**

2.12.1 Gesellschaftliches und politisches Umfeld

2.12.2 Gesetzliche, normative und vertragliche Regelungen

- 3 Qualitätsmanagement**
- 3.1 Terminologie**
- 3.2 Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit**
- 3.3 Führung zur Qualität**
- 3.4 Ziele des Qualitätsmanagements**
- 3.5 Managementmethoden**
- 3.6 Organisation des Qualitätsmanagement**
- 3.7 OM-Darlegungskonzepte**
  - 3.7.1 Abgrenzung von Zertifizierung und QM Darlegung
  - 3.7.2 Zertifizierungsverfahren
  - 3.7.3 Selbstbewertungskonzepte
- 3.8 Rahmenbedingungen für das Qualitätsmanagement**
- 3.9 Nutzen des Qualitätsmanagements**
  - 3.9.1 Nutzen für den Patienten
  - 3.9.2 Nutzen für die eigene Berufsausbildung
  - 3.9.3 Nutzen für die Institutionen
  - 3.9.4 Nutzen für die Gesellschaft
- 4 Gesundheitsökonomie**
- 4.1 Grundlagen der Gesundheitsökonomie**
- 4.2 Grundlagen der Ökonomie**
- 4.3 Finanzierung von stationärer und ambulanter Versorgung**
- 4.4 Kosten-Nutzen Abschätzung des Qualitätsmanagements**

- 5 Entwicklung und Realisierung von Qualitätsmanagementprogrammen in der Praxis**
- 5.1 Auswahl Projektinhalt**
- 5.2 Projektauftrag gestalten**
- 5.3 Projektplanung**
- 5.4 Projektdurchführung und -steuerung**
- 5.5 Projektdokumentation**
- 5.6 Projektpräsentation**

### 4.3 Detailbeschreibung der Lerngebiete

#### 4.3.1 Lerngebiet 1: Basis des Qualitätsmanagements- Ethik, Recht, Organisations- und Führungsverständnis, Konzepte zur Patientenautonomie

Qualitätsmanagement im Sinne des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses kann nur zum Erfolg führen, wenn es in ein grundlegendes Verständnis von externen und internen Rahmenbedingungen eingebettet ist. Externe Rahmenbedingungen geben den gesellschaftlichen Blickwinkel wieder, hier spielen Menschenbild, Wertehierarchien und die ethischen Schulen, rechtliche Aspekte und Konzepte zum Selbstbestimmungsrecht sowie zum Verhalten von Patienten eine wichtige Rolle. Die internen Rahmenbedingungen beziehen sich auf die arbeitsteilige Erbringung der medizinischen Dienstleistung in Organisationen unterschiedlicher Größe und Struktur. Kontinuierliche Verbesserung setzt ein grundlegendes Verständnis der Funktionsweise und Entwicklung von Organisationen voraus. Diese organisationstheoretische Herangehensweise wird durch die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Führungskonzepten abgerundet.

Die Gesamtheit der externen und internen Rahmenbedingungen stellt das Umfeld für ein Konzept von Qualitätsmanagement dar, das Qualitätsmanagement als einen elementaren Teil des ärztlich-professionellen Selbstverständnisses versteht, wobei dies ebenso für das professionelle Selbstverständnis der anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen gilt. Dieses professionelle Selbstverständnis ist durch eine große Bedeutung der beruflichen Autonomie gekennzeichnet und stellt hohe Anforderungen an die Kommunikations-, Team- und Lernfähigkeit sowie die Eignung zur Führung. Die grundsätzliche Offenheit für einen Wandel des professionellen Selbstverständnisses ist zu diskutieren.

Die gesundheitsökonomischen und betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen und deren Auswirkungen werden später dargestellt (Lerngebiet 4). Hier ist jedoch auf die Rolle der Patienten einzugehen, deren öffentliche und gesundheitspolitische Rezeption sich in den letzten Jahren dramatisch verändert hat. Den Patientenvertretern kommt z.B. im Gemeinsamen Bundesausschuss eine wichtige Rolle zu. Das aktuelle Verständnis der Autonomie der Patienten basiert nicht nur auf dem informellen Selbstbestimmungsrecht, sondern weist Patienten Kundeneigenschaften zu, die sie in gesundheitsökonomischer Hinsicht zum aktiven Partner machen.

Lerngebiet	Lerninhalt
<b>1. Basis des Qualitätsmanagements – Ethik, Recht, Organisations- und Führungsverständnis, interprofessionelle Teambildung, Konzepte zur Patientenautonomie</b>	

## 1.1 Ethische Grundlagen

### 1.1.1 Ethik und medizinisches Handeln

Utilitarismus, Deontologie und Tugendethik

Theorie der sozialen Gerechtigkeit

Hierarchie und Wandel gesellschaftlicher Werte

Ethik und Handlungslegitimation

Konsequenzen des medizinisch-technischen Fortschritts für das Handeln im Gesundheitswesen

Solidarität, Risikoadäquanz und Selbstverantwortung als Grundlagen von Gesundheitssystemen

### 1.1.2 Menschenrechte

Deklarationen des Weltärztebundes

### 1.1.3 Rationierung

Abgrenzung Rationierung und Rationalisierung

Gesundheitsversorgung im Wettbewerb mit anderen gesellschaftlichen Belangen um die Attribution von Ressourcen

Ressourcenknappheit und Qualität

## 1.2 Rechtliche Aspekte

- 1.2.1 Berufsrecht                      Berufsordnungen der Landesärztekammern (mit spez. Bezug zur Qualität ärztlicher Berufsausübung)
- Hippokratischer Eid
- Struktur der verfassten Ärzteschaft Vertrauen schaffen
- 1.2.2 Sozialrecht                      Begriffe des medizinischen Standards, der Zweckmäßigkeit, der notwendigen, ausreichenden und wirtschaftlichen Leistungserbringung (SGB V)
- 1.2.3 Haftungsrecht                    Anspruchsgrundlagen des Haftungsrechtes
- Grundlagen des informellen Selbstbestimmungsrechtes
- Grundzüge der Sicherungs- und Risikoaufklärung
- 1.2.4 Rechtskonflikt                    Potentielle Konflikte zwischen Sozial-, Berufs-, Straf- und Haftungsrecht

## 1.3 Organisationstheorie, Management und Führung

- 1.3.1 Grundzüge                      Begriff der Organisation
- Leistungen der Organisation: Arbeitsteilung und Integration



1.3.2 Organisationstheoretische Grundmodelle Grundmodelle der klassischen, neo-klassischen und modernen Schulen: Bürokratie-Modell, Human-Relations-Ansatz und Human Resources-Ansatz, systemtheoretischer Ansatz

Hawthorne-Experimente als Ausgangspunkt des Human-Relation Modells

Begriff und Wesen der Organisationsentwicklung

Organisationslernen und Wissensmanagement als Grundvoraussetzung für die Veränderung von Organisationen durch Qualitätsmanagement

Begriff der Organisationskultur (zur Sicherheits- bzw. „Fehler“-kultur s. Patientensicherheit unter Lerngebiet 3)

1.3.3 Aufbauorganisation Funktionale (verrichtungsorientierte) Organisation

Divisionale (Sparten-) Organisation

Matrix-Modelle

Aufbauorganisatorische Ansatzpunkte des Qualitätsmanagements

Vor- und Nachteile der Organisationstypen hinsichtlich der Wirksamkeit von Qualitätsmanagement

1.3.4 Organisatorische Integration Vertikale und Horizontale Integration

Einordnung der aktuellen Diskussionen z.B. zu Profit-Center-Modellen, Zentrumsbildung

Steigerung der Integrationsleistung der Organisation

## **1.4 Persönliche Kompetenz und berufliches Selbstverständnis**

---

1.4.1 Lernfähigkeit	Lernen durch Berufspraxis  Formales Lernen (z.B. POL, Selbsterfahrungsgruppen)  Leistungen der Organisation: Arbeitsteilung und Integration
1.4.2 Dialogfähigkeit	Gruppenfähigkeit und Teamfähigkeit  Grundlagen der Kommunikation  Konfliktbewältigung
1.4.3 Berufliches Selbstverständnis	Berufliche, wissenschaftlich-fachliche Qualifikation und Professionalität  Eigene Grenzen und Möglichkeiten erkennen  Umgang mit eigenen materiellen Interessen und subjektiven Bedürfnissen  Vertrauen zum Patienten schaffen  Zielgerichtetes und ergebnisorientiertes Handeln
<b>1.5 Konzepte der Patientenautonomie</b>	
1.5.1 Theorie des Patientenverhaltens	Compliance-Modell  Adherence-Modell  Shared Decision Making-Modell (SDM)
1.5.2 Selbstbestimmungsrecht des Patienten	Selbstbestimmungsrecht, informelles Selbstbestimmungsrecht, Problematik von Vorabverfügungen

- 
- 1.5.3 Patient als Nutzer des Gesundheitssystems    Patienteninformation
- Gesundheitsökonomischer Bezug: Wahlmöglichkeiten und Nutzensteigerung durch den Patienten
- Problem des moral hazard
- Stellung der Patientenverbände im aktuellen gesundheitspolitischen Kontext
- Wissenschaftliche Basis des „Health Consumerism“ einschätzen lernen
- 1.5.4 Internationale Modelle    Synopse der stark differierenden nationalen und internationalen Modelle
- Vor- und Nachteile der Supply-orientierten Modelle
- Vor- und Nachteile der Demand-orientierten Modelle
- 1.5.5 Rechtliche Randbedingungen    Patientenverfügung

### 4.3.2 Lerngebiet 2: Methoden für das Qualitätsmanagement

Das Handwerkszeug des Qualitätsmanagements steht im Mittelpunkt dieses Lerngebietes. Naturgemäß müssen am Anfang Kenntnisse über Nomenklatur, Statistik und Epidemiologie vermittelt werden. Hier wird es vor allem darauf ankommen, die Handhabbarkeit der Verfahren im Auge zu behalten und sie methodisch von anderen Verfahren, z.B. der Arzneimittelforschung, abzugrenzen. Die Kenntnis der methodischen Ansätze im einzelnen erstreckt sich von den klassischen Verfahren wie Autopsie, Konsil und Begutachtung über Zertifizierungs- und Weiterbildungsprozeduren bis hin zur Akkreditierung von Personen und Institutionen oder die Analyse von Handlungsabläufen z. B. anhand von Tracer-Diagnosen. Naturgemäß wird auch hier erneut die Arbeit in Qualitätszirkeln angesprochen werden, die sich hervorragend in Kleingruppen üben lässt, allerdings durch exaktes methodisches Vorgehen über die Technik der Prozessanalyse begleitet sein muss. Die Erfahrung zeigt, dass die erfolgreiche Arbeit in Qualitätszirkeln für die Akzeptanz eines professionellen Qualitätsmanagements von zentraler Bedeutung ist.

Ein wichtiger Aspekt bei der Vermittlung der Werkzeuge ist es, deren methodische Grenzen aufzuzeigen. Hier muss der Arzt lernen, Prioritäten zu setzen und die Möglichkeiten eines vorgesehenen Qualitätsmanagementverfahrens kritisch abzuschätzen. Es muss vermittelt werden, dass nicht die Sammlung von Daten (Datenfriedhöfe) im Vordergrund von Maßnahmen stehen darf, sondern das pragmatische Untersuchungsmodell und die zügige Auswertung, um möglichst schnell geeignete Verbesserungen erkennen und einleiten zu können. In diesem Zusammenhang ist insbesondere der Begriff des Indikators einzuführen und in einer praktischen Anwendung zu trainieren.

In Zukunft werden die Themen Patientensicherheit und Risiko-Management eine immer größere Rolle spielen. Für das Verständnis von Fehlern ist es notwendig zu erkennen, dass Fehler und Schäden am Ende eines fehlerträchtig ablaufenden Prozesses stehen. Die am Ende (sharp end) den letzten fehlerhaften Schritt verantwortenden Personen dürfen nicht alleine als Schuldige identifiziert werden, sondern sind aufgrund des Prozesses in einer sehr fehleranfälligen Situation gewesen – in der Analyse des Zustandekommens des Fehlers ist wiederum die Prozessanalyse das adäquate Herangehen. Der für das Verständnis zentrale Begriff des „Beinahe-Fehlers“, der Fehler zählen hilft, bevor es zu einem Schaden gekommen ist, ist im theoretischen Konzept des Qualitätsmanagements mit dem Begriff des Indikators identisch.

Einer der wichtigsten Grundsätze des Qualitätsmanagements besteht in der Quantifizierung von Prozessdaten und Ergebnissen (Outcome) sowie der Evaluation der durchgeführten Interventionen. Die Aufgabe macht eine Auseinandersetzung mit den Methoden der Statistik

und Klinischen Epidemiologie zwingend notwendig. Die statistische Beschreibung muss operative Entscheidungen absichern, die auf einer Prozessanalyse beruhen, damit Fehlentscheidungen aufgrund von Fehlinterpretationen einzelner Daten vermieden werden. Die Folgen für Patienten und die ökonomischen Folgen solcher Fehlentscheidungen können sehr groß sein. Es ist nicht möglich, im Rahmen des Curriculums alle verfügbaren Methoden soweit zu vermitteln, dass ein selbständiger Einsatz möglich ist. Es sollten Basiskonzepte der deskriptiven Statistik vermittelt werden, die einfache Häufigkeitsbeschreibungen und Streuungsmaße umfassen, und weiterführende Kenntnisse insoweit, dass eine Absprache mit professionellen Statistikern und Epidemiologen möglich ist. Wichtig ist, dass frühzeitig zu vermitteln, dass der Zweck der Datenerhebung und die deskriptive statistische Analyse kein neues Wissen über therapeutische Verfahren begründen können.

Auch der Auseinandersetzung mit praktischen Fragen der Softwareauswahl kommt große Bedeutung zu. Es muss nachdrücklich vermittelt werden, dass Daten nur dann zuverlässig erhoben werden können, wenn sie vollständig und richtig, sowie einer statistischen Auswertung leicht zugänglich sind und den Bedürfnissen des Datenschutzes Rechnung getragen wird.

Bei der Erfassung von Daten müssen leicht verständliche und eindeutige Begriffe der Feldbeschreibungen verwendet werden. Die Führung des Erfassers durch die Folge der Eingabefelder muss selbsterklärend gestaltet sein, damit Fehleingaben unwahrscheinlich werden.

Im Rahmen dieses Curriculums gilt es nicht, fundiertes EDV-technisches Wissen zu vermitteln, sondern Anwendungskennnisse und Fertigkeiten. Teilnehmer ohne Grundkenntnisse in der EDV-Anwendung sollten entsprechende Einführungskurse außerhalb des Curriculums absolvieren.

<b>Lerngebiet</b>	<b>Lerninhalt</b>
<b>2 Grundlagen und Methoden für das Qualitätsmanagement</b>	
<b>2.1 Unterstützende Techniken</b>	
2.1.1 Terminologie	Glossar  Insbesondere  Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen
2.1.2 Dokumentationstechniken	Datenerhebung  Datenerfassung und -validierung  Datenspeicherung  Datenschutz und Datensicherheit
2.1.3 Informations-, Kommunikations- und Datenverarbeitungstechniken	EDV-Einsatzfelder  Software-Werkzeuge  Netzwerke  Multimedia  Telematikanwendungen
2.1.4 Nutzung von Informationssystemen	Fachinformationsdienste  Literaturdatenbanken
2.1.5 Management-Werkzeuge	Beispiele für Qualitäts-Werkzeuge ("Q7") - Fehlersammelliste - Histogramm - Qualitätsregelkarte - Paretdiagramm - Korrelationsdiagramm

- Brainstorming
- Ursache-Wirkungs-Diagramm nach Ishikawa

Beispiele für Management-Werkzeuge ("M7")

- Affinitätsdiagramm
- Relationendiagramm
- Baumdiagramm
- Matrixdiagramm
- Portfolio
- Netzplan
- Problem-Entscheidungsplan

Weitere Beispiele

- Qualitätstechniken für den Dienstleistungsbereich ("D7")
- Kreativitätstechniken ("K7")
- FMEA
- RADAR

Methoden zur Organisation von Arbeitsabläufen

Projektmanagement

PDCA

## **2.2 Statistik und klinische, Epidemiologie**

Deskriptive Statistik

Grundbegriffe analytischer Statistik

Epidemiologische Methoden

Mortalitäts- und Morbiditätsstatistiken

Komorbiditätsproblematik und Risikoadjustierung

Statistische Testverfahren

Grundbegriffe der Planung klinischer Studien

Rechtliche Rahmenbedingungen und Datenschutz bei Studien

## **2.3 Evidence-based Medicine (EbM)**

---

2.3.1 EbM zur Bewertung klinischer Evidenz	Ziele von EbM Instrumente zur Bewertung klinischer Studien Einführung in die Metaanalyse Einführung in den systematischen Review Die Cochrane-Collaboration Bedeutung von EbM bei der Erstellung von Leitlinien - Nationale Leitlinien - Institutionelle Leitlinien - Patientenpfade
2.3.2 Health Technologie Assessment (HTA)	Ziele von HTA
<b>2.4 Qualitätsmodelle</b>	Dimensionen und Kategorien der Qualität
2.4.1 Qualität von Dienstleistungen	Abgrenzung von Gütern und Dienstleistungen Uno-actu Prinzip Beispiele für Kunden- und Interessengruppen im Gesundheitswesen
2.4.2 Qualität als Erfüllung von Kundenanforderungen	- Patienten - Leistungserbringer - Kostenträger - Investoren - Gesellschaft - Politik
2.4.3 Qualitätsmodelle und deren Entwicklung	Qualitätsmodell nach Donabedian - Strukturqualität - Prozessqualität - Ergebnisqualität  Total Quality Management (TQM)  Institute of Medicine - Overuse - Underuse



- Misuse

Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO)

National Committee for Quality Assurance (NCQA)

Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS)

DIN EN ISO

## **2.5 Qualitäts- und Ergebnismessung**

### 2.5.1 Grundlagen der Qualitäts- und Ergebnismessung

Zieldefinition

Operationalisierung von Zielen

Messung der Zielerreichung

### 2.5.2 Indikatoren

Qualitäts- und Outcomeorientierung

Indikatoren zur Prozess- und Ergebnismessung

Entwicklung von Indikatoren

Validierung von Indikatoren

Beispiele

- Lebensqualität

- Patientenzufriedenheit

- Verweildauer

- Komplikationshäufigkeiten

Indikatoren in Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen

### 2.5.3 Zufriedenheitsmessung

Dimensionen der Zufriedenheit

Instrumente zur Zufriedenheitsmessung

Grundzüge der Interview- und Fragebogenmethoden

Durchführung von Zufriedenheitsmessungen

Bedeutung des Rücklaufs

Rückkoppelung der Ergebnisse

Nutzung der Ergebnisse für Verbesserungsmaßnahmen

## 2.6 Methoden der Qualitätssicherung

### 2.6.1 Einrichtungsinterne Qualitätslenkung

Visite

Konsil

Fallkonferenz

Autopsie

Zweitmeinungsverfahren

Mortalitätskonferenz *Risikomanagement*

Einzelfallanalyse

Interne Leistungs-, Fall- und Komplikationsstatistiken *Risikomanagement*

Interne Audit- und Selbstbewertungsverfahren

#### *Gesetzlich fundierte*

Arbeitssicherheitsausschuss

Arzneimittelkommission

Hygienekommission

Transfusionskommission

### 2.6.2 Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen

Kategorien der Qualitätssicherung

- Fachspezifisch

- Fachübergreifend

- Einrichtungsübergreifend

- Sektorenübergreifend

- Berufsgruppenübergreifend

Längsschnittstudien

---

	Querschnittstudien
	Auswahl und Auswertung von Indikatoren
	Totalerhebung versus Stichprobenverfahren
	Verfahren mit externen Qualitätsvergleichen gemäß § 137 SGB V
	Benchmarking
	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)
2.6.3 Begutachtungs- und Prüfungsverfahren	Peer Review
	Zertifizierung und Akkreditierung
	Prüfungen durch Kostenträger und Aufsichtsbehörden
<b>2.7 Moderation und Qualitätszirkel</b>	
2.7.1 Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen	Einsatzgebiete
	- Themenzentriert
	- Monoprofessionell
	- Multiprofessionell
	- Abteilungsbezogen
	- Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung
	- Qualitätszirkel in neuen Versorgungsmodellen (Praxisnetzen, integrierte Versorgung)
	Rahmenbedingungen
2.7.2 Moderation	Moderatorenrolle
	Moderationstechniken
2.7.3 Feedback	Effektivitätssteigerung durch Feedback
	Die Survey-Feedback-Methode
	- Durchführung
	- Erfolgsfaktoren
<b>2.8 Prozessmanagement</b>	

---

2.8.1 Technik der Prozessanalyse	Grundlagen des Prozessmanagements Planung und Organisation Problemsammlung Problemauswahl und Kondensierung Perspektiven der Ablaufanalyse - Zeitachse - Personalressourcen - Raumressourcen Graphische Darstellung von Abläufen Integrierte klinische Behandlungspfade Integration in die Patientendokumentation IT-Unterstützung
2.8.2 Voraussetzungen der Prozessanalyse	Problemauswahl Autorisierung Zielformulierung Beteiligte
2.8.3 Fehleranalyse	Failure Mode and Efficiency Analysis (Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse, FMEA) Ursachenanalyse Risikominimierung
2.8.4 Ergebnisbewertung	Kennzahlen und Indikatoren als Ergebnisse der Prozessanalyse Prozess-Monitoring durch Kennzahlen und Indikatoren Feedback Prozess-Audit

## **2.9 Patientensicherheit und Risikomanagement**

### 2.9.1 Grundlagen

Definition von Risikomanagement

- Die haftungsrechtliche Sicht
- Die betriebswirtschaftliche Sicht
- Der Systemansatz

“Begrifflichkeiten“

Modelle der Fehlerentstehung

Erkennen und Zählen von Fehlern

Fehlerprävention und Minimierung der Fehlerfolgen

Public Disclosure-Problematik

Medikationsfehler

Risikomanagement-Werkzeuge

- Failure Mode and Efficiency Analysis (Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse, FMEA)
- Szenario-/Kreativitätstechniken
- Fault Tree Analysis (Fehlerbaumanalyse, FTA)
- Expertenbefragung

### 2.9.2 Haftungsrecht und Organisationsverschulden

Zivilrechtliche und strafrechtliche Verantwortung

Grundlagen der Arzthaftung

- Vertragliche Haftung
- Deliktische Haftung

Aufklärungspflicht

Dokumentationspflicht

## **2.10 Fortbildung und Information**

Grundlegende Techniken und ihre Effektivität

Motivation durch Kompetenzsteigerung

Anforderungen an Qualifikation und Fortbildung

---

	Evaluation und Zertifizierung ärztlicher Fortbildung
<b>2.11 Leitlinien</b>	Nationale und institutionelle Leitlinien
	Integrierte Behandlungspfade
	Konsensustechniken
	- Delphi
	- Nominaler Gruppenprozess
	Erstellung von Leitlinien
	Disseminierung von Leitlinien
	Implementierung von Leitlinien
	Evaluation von Leitlinien
	Effektivität von Leitlinien
<b>2.12 Gesetzliche Regelungen zum Qualitätsmanagement</b>	
2.12.1 Gesellschaftliches und politisches Umfeld	Vertragspartner und Interessengruppen im Gesundheits- und Sozialwesen
	Allgemeine gesetzliche Vorgaben und Rahmenvereinbarungen
	Politische Rahmenbedingungen
2.12.2 Gesetzliche, normative und vertragliche Regelungen	Aufgaben und Struktur der ärztlichen Selbstverwaltung
	Standesrechtliche Grundlagen
	Sozialrechtliche Grundlagen
	Spezialgesetze
	- Medizinprodukterecht
	- Arzneimittelrecht
	- Transfusionsgesetz
	- Infektionsschutzgesetz
	- Röntgenverordnung

## Richtlinien

### **4.3.3 Lerngebiet 3: Qualitätsmanagement**

Der durch die Lerngebiete Motivation, Voraussetzungen und Methoden vorbereitete Arzt in Aus- und Weiterbildung ist in der Lage, sich in Verfahren des Qualitätsmanagements aktiv einzubringen und dabei den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen. Im nächsten Schritt lernt er, welche qualitätsorientierten Managementmethoden es gibt und wie er in den verschiedenen Ansätzen zielstrebig eine hohe Qualität in der Prävention, der Patientenbehandlung und der Rehabilitation durch geeignete Führung der entsprechenden Einrichtungen bzw. Maßnahmen organisieren kann.

Neben grundsätzlichen Managementkenntnissen, die in diesem Bereich erforderlich sind, soll der Arzt insbesondere den Aufwand verschiedener Qualitätsmanagementmaßnahmen im Rahmen des Qualitätsmanagements kritisch abschätzen und in Bezug zu den gewünschten Zielen und Ressourcen setzen können.

Wichtig für das Qualitätsmanagement ist auch, die notwendigen Rahmenbedingungen – insbesondere für aufwendige Verfahren – gestalten oder kritisch hinterfragen zu können. Schließlich müssen der berufliche Nutzen des Qualitätsmanagements anderen Kollegen vermittelt und die Leistungen des Qualitätsmanagements der Öffentlichkeit dargelegt werden.



<b>Lerngebiet</b>	<b>Lerninhalt</b>
<b>3 Qualitätsmanagement</b>	
<b>3.1 Terminologie</b>	Siehe Glossar
<b>3.2 Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit</b>	Interessen verschiedener Berufsgruppen Berufsgruppenspezifische Problemstellungen Formen der berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit
<b>3.3 Führung zur Qualität</b>	Rolle und Verantwortung der Leitungsebene Organisation des Qualitätsmanagements Entscheidungsdelegation versus Entscheidungscentralisation Top down versus Bottom up
<b>3.4 Ziele des Qualitätsmanagements</b>	Erhöhung der Qualitätsfähigkeit der Gesundheitseinrichtung (oder Organisation) Erhöhung der Effektivität der medizinischen Versorgung Erhöhung der Effizienz der medizinischen Versorgung Verbesserung der Prozessqualität Verbesserung der Lebensqualität des Patienten Verbesserung der Patientenzufriedenheit Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit Erhöhung der Mitarbeitermotivation

**3.5 Managementmethoden** Total Quality Management (TQM)

Organisationsentwicklung

Change Management

Systemlehre

Management-Werkzeuge

- Benchmarking

- Business Reengineering

- Balanced Scorecard

**3.6 Organisation des Qualitätsmanagement**

Qualitätspolitik

Qualitäts- und Betriebsziele

Projektentwicklung

Projektmanagement

Öffentlichkeitsarbeit

Das Qualitätshandbuch

- Zweck

- Gliederung

- Erstellung und Pflege

- Umsetzung

**3.7 QM-****Darlegungskonzepte**3.7.1 Abgrenzung von Zertifizierung und QM-Darlegung  
Bewertung der Verfahren

Qualitätsbeurteilung durch interne Maßnahmen

Qualitätsbeurteilung durch externe Verfahren

und ihrer Anwendungsfelder

Supervision

Audit, Visitation

---

3.7.2 Zertifizierungsverfahren	alphabetisch! Und ® - DIN EN ISO 9001:2000/9004:2000 - JCAHO, JCI - KTQ - QEP - EPA
3.7.3 Selbstbewertungskonzepte?	- EFQM  Qualitätsbericht nach § 137 SGB V
<b>3.8 Rahmenbedingungen für das Qualitätsmanagement</b>	Struktur, Ressourcen und Umsetzung des einrichtungsinternen QM  Mitarbeiter-Qualifikation/Motivation  Berufsbilder im Qualitätsmanagement
<b>3.9 Nutzen des Qualitätsmanagements</b>	
3.9.1 Nutzen für den Patienten	Patientenzufriedenheit  Lebensqualität  Versorgungsqualität
3.9.2 Nutzen für die eigene Berufsausbildung	Einstiegsmöglichkeit in das Management - Krankenhaus - Organisationen des Gesundheitswesens  Erwerb von Kenntnissen der Personalführung  Förderung der eigenen Arbeit durch Erwerb gruppendynamischer Techniken - Supervision - Moderation im Qualitätszirkel Work-Life-Balance

- 3.9.3 Nutzen für die Institutionen
- Steigerung der Qualitätsfähigkeit der Organisation
  - Effektivitätssteigerung
  - Effizienzsteigerung
  - Sparsamer Umgang mit Ressourcen
  - Integrierte Versorgungsformen
  - Bessere Kooperation mit anderen Institutionen
  - Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit
  - Geringere Fluktuation
  - Bessere Marktposition
- 3.9.4 Nutzen für die Gesellschaft
- Transparenz und Information
  - Bessere Zusammenarbeit der Leistungsanbieter
  - Integration der Versorgung

#### **4.3.4 Lerngebiet 4: Bezüge zur Gesundheitsökonomie**

In der täglichen Praxis des Qualitätsmanagements werden betriebswirtschaftliche Aspekte häufig berührt. Die Zusammenarbeit mit der Verwaltung, der Finanzbuchhaltung und dem Controlling ist von größter Bedeutung. Der in den Techniken des Qualitätsmanagements unterrichtete Arzt muss hier als kundiger Gesprächspartner zur Verfügung stehen und Perspektiven für die Projektierung des medizinischen Leistungsangebotes und das medizinische Controlling entwickeln können. Als Beispiele sind die medizinisch korrekte Dokumentation und Abrechnung zu nennen, der erfolgreiche Einsatz der verschiedenen Entgeltformen und Strategien zur Vermeidung von Fehlbelegungen.

Darüber hinaus werden durch die Arbeit des Qualitätsmanagements volkswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Aspekte angesprochen und in vielen Diskussionen für die zunehmende Tendenz zur "Ökonomisierung der Medizin" verantwortlich gemacht. Der Arzt im Qualitätsmanagement muss in der Lage sein, diese Diskussionen in den ökonomischen Kontext einzuordnen. Entsprechend sollte der Qualitätsmanager gängige Positionen zu Themen kennen, die die aktuelle Diskussion prägen; hier ist z.B. die Debatte zur altersbedingten Rationierung von medizinischen Leistungen und die monetäre Berechnung des medizinischen Nutzens zu nennen.

Die ökonomische Thematik ist für das Verständnis des Qualitätsmanagements von großer Bedeutung. Es muss dem Eindruck entgegenwirken, das Qualitätsmanagement sei einzig als Mittel zur Erzielung von Einsparungen zu verstehen. Durch die Vermittlung zwischen den Partnern im ambulanten Bereich und Krankenhaus können die ökonomischen Chancen verdeutlicht werden, nicht zuletzt auch durch die Versachlichung der notwendigen Diskussionen. Im Sinne einer "Investition in die Zukunft" stellt sich das Qualitätsmanagement als wichtige Hilfe bei der Bewältigung von strukturell bedingten Schwierigkeiten dar.

<b>Lerngebiet</b> <b>4 Gesundheitsökonomie</b>	<b>Lerninhalt</b>
<b>4.1 Grundlagen der Gesundheitsökonomie</b>	<p>Zielsetzung gesundheitsökonomischer Betrachtungen</p> <p>Typen der gesundheitsökonomischen Analyse</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- CEA</li><li>- CUA</li><li>- CBA</li></ul> <p>Blickwinkel gesundheitsökonomischer Analysen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Leistungserbringer</li><li>- Kostenträger</li><li>- Gesellschaft</li></ul> <p>Konzepte der monetären Bewertung von Leben und Gesundheit</p> <p>Diskontierung</p> <p>Sensitivitätsanalyse</p> <p>Finanzierung des Gesundheitswesens</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Solidarprinzip</li><li>- Risikoprämien</li><li>- Selbstbeteiligung</li><li>- Steuerfinanzierung</li></ul> <p>Ursachen des Anstieges der Gesundheitskosten</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Demographie und Generationenvertrag</li><li>- Wissenschaftlich-technischer Fortschritt</li></ul> <p>Der Patient als Kunde</p> <p>Rationalisierung versus Rationierung</p> <p>Altersrationierung</p>
<b>4.2 Grundlagen der Ökonomie</b>	<p>Grundbegriffe und Modelle der Ökonomie</p> <p>Grundlagen der Organisationslehre und Unternehmensführung</p> <p>Einführung in das betriebliche Rechnungswesen (Kostenleis-</p>

tungsrechnung)

**4.3 Finanzierung von stationärer und ambulanter Versorgung**

Fallpauschalenbasierte Entgeltsysteme / DRGs

Codierung / Klassifikation

Strategien in der Fehlbelegungsdiskussion

Organisation und Finanzierung der vertragsärztlichen Versorgung

- Sicherstellungsauftrag

- Gesamtvergütung

- Honorarverteilung

Integrierte Versorgung

Strukturverträge und Modellvorhaben

Medizinische Versorgungszentren (MVZ)

Disease-Management-Programme (DMP)

Direkte Kontrahierung und Managed Care

**4.4 Kosten-Nutzen-Abschätzung des Qualitätsmanagements**

Kosten des Qualitätsmanagements

Effektivität und Effizienz des Qualitätsmanagements

Kosten-Nutzen-Analyse

#### **4.3.5 Lerngebiet 5: Entwicklung und Realisierung von Qualitätsmanagement-Programmen in der Praxis (Demonstration und Praktikum)**

Das gesamte Lernprogramm ist schließlich an einem praktischen Beispiel (z.B. in der jeweiligen Abteilung oder im privaten Bereich) unter Anleitung durch einen erfahrenen ärztlichen Qualitätsmanager zu demonstrieren und einzuüben. Von der Problemanalyse und Methodenauswahl über die Durchführung bis zur Evaluation werden alle Schritte eines in einem Managementkonzept integrierten Qualitätssicherungsverfahrens durchlaufen. Im Vordergrund der Bemühungen steht, den einzelnen Arzt die verschiedenen Situationen, wie z.B. bei der Indikatorenauswahl, den interprofessionellen Gesprächen, der Qualitätszirkelarbeit usw., üben zu lassen. Nur durch die Demonstration und die Übung wird am Ende des Curriculums verdeutlicht, warum die Vielzahl der persönlichen und der technischen Voraussetzungen sowie die detaillierten Methodenkenntnisse benötigt werden, um auf Dauer die Qualität der ärztlichen Berufsausübungen in allen Sparten des Gesundheitswesens auf aktuell gültiger Basis zu garantieren.



<b>Lerngebiet</b> <b>5 Seminarbegleitendes Praxisprojekt</b>	<b>Lerninhalt</b>
<b>5 Entwicklung und Realisierung von Qualitätsmanagementprogrammen in der Praxis</b>	Eigenverantwortliche Entwicklung, Durchführung und Präsentation von Qualitätsmanagementprojekten  in der stationären Versorgung  in der ambulanten Versorgung  sektorübergreifend  multiprofessionell
<b>5.1 Auswahl Projektinhalt</b>	Qualitätsverbesserungsprojekt Qualitätsplanungsprojekt  Internes Projekt (eigene Einrichtung) Externes Projekt (andere Einrichtung)  Stationärer Bereich Ambulanter Bereich Übergreifender Bereich
<b>5.2 Projektauftrag gestalten</b>	Zielvereinbarung /-definition Projektskizze
<b>5.3 Projektplanung</b>	Projektorganisation (Auftraggeber, Projektleitung, Projektteam, Moderation, Beratung) Projektplan (Plan Do Check Act) Strukturplanung (Aufgabenplanung) Ablauf- und Zeitplan (Prozess) Ressourcenplanung Risikoplanung Auswahl Instrumente intern (Brainstorming, Moderationstechniken, etc.) Auswahl Instrumente zur Messung (Befragungstools, Fokusgruppen, etc.) Kommunikations- und Entscheidungsstruktur

<b>5.4 Projektdurchführung und -steuerung</b>	Auf der Basis der Projektplanung und der im Kurs erlernten Methoden und Inhalte
<b>5.5 Projektdokumentation</b>	Schriftliche Abschlussarbeit (Projektergebnisse Meilensteine)
<b>5.6 Projektpräsentation</b>	Ergebnispräsentation Reflexion Evaluation

## 5. Glossar

Das folgende Glossar erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es spiegelt die Meinung der Redaktionsgruppe wieder und berücksichtigt die seit der ersten Veröffentlichung des Curriculums Qualitätssicherung an die Herausgeber herangetragenen Wünsche. Viele der aufgenommenen Begriffe sind eindeutig und klar definiert – auch im internationalen Gebrauch. Andere Begriffe werden in unterschiedlicher Weise verwendet oder unterliegen noch einer definitorischen Entwicklung. Auch kontroverse Begriffsdefinitionen finden sich – vor allem dort, wo die Begriffe „Qualitätsmanagement“ und „Qualitätssicherung“ einfließen.

Das Glossar baut bei einer Reihe von Kernbegriffen aus dem Gebiet Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement auf dem Glossar der GMDS-Arbeitsgruppe „Qualitätsmanagement in der Medizin“<sup>1</sup> der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie auf. In deren Arbeit sind Definitionen aus einschlägigen Normen eingeflossen. Die Texte sind wahlweise für dieses Glossar auszugsweise oder in geringfügiger Abwandlung übernommen. Für diese konstruktive Zusammenarbeit danken die Herausgeber an dieser Stelle der GMDS bzw. der vorgenannten Arbeitsgruppe. Die komplette Ausarbeitung der GMDS-Arbeitsgruppe ist zu beziehen über [www.egmds.de/en/journals/mibe/2007-3/mibe000051.shtml](http://www.egmds.de/en/journals/mibe/2007-3/mibe000051.shtml) Die hieraus zitierten Definitionen sind mit \* gekennzeichnet.

Um diese Kernbegriffe gruppieren sich eine Vielzahl von Termini, die im Umfeld der Qualitätssicherung häufig verwandt werden. Zu diesen Begriffen hat das Redaktionsteam Texte verabschiedet, ohne dass im Einzelfall ein Literaturnachweis usw. erfolgte. Die Definitionen lehnen sich in einigen Fällen auch an das *Wörterbuch der Medizinischen Informatik* (Hrsg. H. J. Seelos) an. Manche Begriffe werden in verschiedenen Berufsfeldern unterschiedlich definiert.

Viele Begriffe entstammen der statistischen Qualitätskontrolle oder der Fehlerforschung in der Medizin. Ihre Inhalte lassen sich häufig sinngemäß auch auf andere Fragestellungen übertragen. In der Regel vergrößert sich jedoch bei diesem Prozess die Unschärfe der Begriffsbezeichnung. Da Qualitätssicherung immer stärker mit der Thematik Patientensicherheit verbunden wird, sei bezüglich weiterer Begriffe auch auf das entsprechende Glossar des ÄZQ verwiesen ([www.forum-patientensicherheit.de/glossar\\_fags](http://www.forum-patientensicherheit.de/glossar_fags)).

---

<sup>1</sup> Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements: B. Sens, B. Fischer, A. Bastek, J. Eckardt, D. Kaczmarek, U. Paschen, B. Pietsch, S. Rath, T. Ruprecht, C. Thomeczek, C. Veit, P. Wenzlaff; 3. Auflage 2007

\* Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ):

Das ÄZQ ist unter dem Namen „Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin“ – in der Kurzform Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung (ÄZQ) - als gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung im März 1995 gegründet worden. Im Juli 1997 wurde sie in eine Gesellschaft des bürgerlichen Rechts umgewandelt. Die Gremien des ÄZQ sind paritätisch von den beiden Trägerorganisationen besetzt. Im Januar 2003 erfolgte die Umbenennung der ÄZQ in „Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin“.

Ziele der Arbeit des ÄZQ sind die Unterstützung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung bei ihren Aufgaben im Bereich der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung.

Der Aufgabenschwerpunkte des ÄZQ betrafen zwischen 1995 und 2005 die Bereiche

- Sondierung und methodischen Bearbeitung von Innovationen auf dem Gebiet der medizinischen Qualitätsförderung
- Initiierung und Weiterentwicklung der evidenzbasierten Medizin
- Qualitätsmanagement in der Medizin
- Patientensicherheit / Fehler in der Medizin
- Beurteilung von Methoden und Instrumenten der Qualitätsförderung und Transparenz in der Medizin

Der aktuelle Schwerpunkt der Aufgaben liegt in der

- Durchführung des deutschen Programms für Nationale Versorgungsleitlinien,
- Verbreitung eines Informationsangebotes zum Qualitätsmanagement in Arztpraxen,
- Betreiben einer Informationsplattform für Patienten,
- Betreiben einer Informationsplattform zum Thema Patientensicherheit (Forum Patientensicherheit - <http://www.forum-patientensicherheit.de/>)

Akkreditierung:

“Formelle Anerkennung der Kompetenz einer Organisation oder Person, bestimmte Leis-

tungen erbringen zu dürfen, durch eine dazu legitimierte Institution, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht.“ (ursprünglich bzw. gemäß DIN EN ISO 17025:2000: ‘...eines Prüflaboratoriums, bestimmte Prüfungen oder Prüfungsarten auszuführen’).

#### Algorithmus:

Eine Vorschrift zur Lösung einer Aufgabe in endlich vielen definierten Schritten. Realisierungen von Algorithmen in der Informatik sind z. B. Computerprogramme.

#### \*Anforderung:

“Erfordernis oder Erwartung, das oder die festgelegt, üblicherweise vorausgesetzt oder verpflichtend ist. “Üblicherweise vorausgesetzt” bedeutet, dass es für die Organisation, ihre Kunden und andere interessierte Parteien übliche oder allgemeine Praxis ist, dass das entsprechende Erfordernis oder die entsprechende Erwartung vorausgesetzt ist. Ein Bestimmungswort darf verwendet werden, um eine spezifische Anforderungsart zu bezeichnen, z. B. Produktanforderung, Qualitätsmanagementanforderung, Kundenanforderung. Eine festgelegte Anforderung ist eine Anforderung, die beispielsweise in einem Dokument angegeben ist. Anforderungen können von verschiedenen interessierten Parteien aufgestellt werden.”

#### \*Anspruchsklasse:

„Kategorie oder Rang, die oder der den verschiedenen Qualitätsanforderungen an Produkte, Prozesse oder Systeme mit demselben funktionellen Gebrauch zugeordnet ist. Beispiel: Klassen bei Flugscheinen oder Kategorien von Hotels in einem Hotelführer. Bei der Festlegung einer Qualitätsanforderung sollte die Anspruchsklasse generell angegeben werden.“

#### \*Audit:

“Systematischer, unabhängiger und dokumentierter Prozess zur Erlangung von Auditcherweisen und zu deren objektiver Auswertung, um zu ermitteln, inwieweit Auditkriterien erfüllt sind.“ Dem aus dem Englischen stammende Begriff entspricht im Deutschen am ehesten „Revision“ oder „Überprüfung“. Im Kontext mit Qualitätsmanagement ist das Audit ein durch eine externe („unabhängige“) Stelle erfolgendes Begutachtungsverfahren von Organisationen bzgl. der Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems → Zertifizierung.

#### \*Behandlungspfade:

Ein Integrierter Behandlungspfad (IBP) ist ein Steuerungsinstrument, das den optimalen Weg eines speziellen Patiententyps mit seinen entscheidenden diagnostischen und the-

rapeutischen Leistungen und seiner zeitlichen Abfolge festlegt. Interdisziplinäre und interprofessionelle Aspekte finden ebenso Berücksichtigung wie Elemente zur Umsetzung, Steuerung und ökonomischen Bewertung.

**Beinahefehler:**

Fehlerhafte Ereignisse, die sich nicht zu einem unerwünschten Ereignis entwickeln (near misses)

**\*Benchmarking:**

“Benchmarking ist der Prozess, Produkte, Dienstleistungen und Praktiken gegen den stärksten Mitbewerber oder die Firmen, die als Industrieführer angesehen werden, zu messen.“ Benchmarking ist damit ein Konzept zum Vergleich bestimmter Kennzahlen mit dem Besten der jeweiligen Klasse (benchmarks = Höhenmarken) und damit zum Streben nach Exzellenz. Ansatzpunkte für Benchmarking können Prozesse, Systeme, Produkte und Dienstleistungen bezüglich Kosten, Qualität, Zeit, Kunden-, Mitarbeiterzufriedenheit etc. sein.

**Betreiberverordnung:**

Verordnung auf der Basis des Medizinproduktegesetzes, die Einzelheiten der Anwendung von Medizinprodukten regelt.

**Bewertung:**

“Tätigkeit zur Ermittlung der Eignung, Angemessenheit und Wirksamkeit der Betrachtungseinheit, festgelegte Ziele zu erreichen.“ Beispiele: Managementbewertung, Entwicklungsbewertung, Bewertung von Kundenanforderungen und Bewertung von Fehlern.“ Eine Bewertung setzt Aufzeichnungen und die Analyse von Daten wie z. B. Audit- und Benchmarking-Ergebnisse, technische und wirtschaftliche Risikoanalysen, Qualitätsanalysen, Rückmeldungen von Kunden, Abschätzung von Verbesserungspotential voraus. Bei der Bewertung kann die Effizienz einbezogen werden.

**Biometrie:**

Lehre von der Theorie und Anwendung mathematisch-statistischer Methoden im biologischen Bereich. Sie umfasst die statistischen Aspekte der Planung, Durchführung und Auswertung von Versuchen und Beobachtungsstudien.

**Black-Box-Methode:**

Analysetechnik. Betrachtung eines Systems als schwarzen Kasten (in dem man also nichts erkennen kann) unter Vernachlässigung seiner inneren Struktur und Abläufe. Das

Systemverhalten (Funktion) kann dann anhand der wirkungsspezifischen Input-Output-Relationen analysiert werden.

#### Brainstorming:

Ideenfindungstechnik. Eine hinsichtlich ihrer problemrelevanten Kenntnisse und Erfahrungen heterogene Gruppe von ca. 5 bis 10 Personen sucht gemeinsam unter der Leitung eines Moderators nach Ideen zur Lösung eines vorgegebenen Problems. Sämtliche Ideen werden dokumentiert, zum Abschluss der Brainstormingsitzung systematisiert und von der Gruppe bewertet (bewertete Vorschlagsliste). Wichtige Regeln für die Durchführung eines Brainstormings sind: keine Kritik oder Beurteilung der Ideen während der Sitzung, Entwicklung möglichst vieler Ideen (Quantität vor Qualität), außergewöhnliche Ideen und die gedankliche Weiterentwicklung bereits genannter Ideen sind erwünscht.

#### Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS):

Die BQS hat am 01.01.2001 ihre Tätigkeit aufgenommen. Gesellschafter der BQS gGmbH sind die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesärztekammer und der Verband der privaten Krankenversicherung. Aufgabe ist es, die Leitung und Koordination der inhaltlichen Entwicklung und organisatorische Umsetzung der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V zu übernehmen.

#### CAQ:

*Computer Aided Quality assurance*. Einsatz computergestützter Informationssysteme (z.B. Expertensysteme) im Produktionsprozess, die die Qualitätssicherung unterstützen sollen. Siehe auch → *Watch dog-function*.

#### Case Management:

Leitlinien-gestützte, sektorübergreifende und durch Fachkräfte unterstützte Versorgungsform, die sich auf individuelle Patienten oder kleine Patientengruppen bezieht, und eine Verbesserung der Versorgung zum Ziel hat.

#### CBO:

*Centraal Begleigingsorgaan voor de interkolligiale Toetsing*. Organisation den Niederlanden für die Qualitätssicherung im Krankenhaus. 1979 gegründet von der Nationalen Organisation der Fachärzte und der Vereinigung der Krankenhausedirektoren infolge eines Berichtes über den Sachstand der Qualitätssicherung in den niederländischen Krankenhäusern. Da in den Niederlanden die fachärztliche Versorgung fast ausschließlich in Krankenhäusern angesiedelt ist, ist die CBO damit gleichzeitig für die Qualitätssicherung im fachärztlichen Bereich zuständig.

**CEN:**

*Comité Européen de Normalisation*. Europäische Normierungsbehörde ähnlich → DIN und → ISO.

**Change Management:**

ist das professionelle Gestalten, Planen und Durchführen von Veränderungsprozessen mit dem Ziel der optimalen Abstimmung der Komponenten und der optimalen Leistungsfähigkeit eines Unternehmens. Der Erfolg eines Wandels hängt von vielen, verschiedenen Faktoren ab, vor allem aber auch von den Mitarbeitern. Die Herausforderung liegt dabei in einem schnellen, reibungslosen, akzeptierten und erfolgreichen Veränderungsprozess.

**Checkliste:**

Systematisierte Liste der für einen Vorgang bedeutsamen Einzelaspekte, z. B. als Prüfliste vor dem Start eines Flugzeuges oder zur systematisierten Erhebung von Befunden bei der körperlichen Untersuchung. Ziel des Einsatzes von Checklisten ist es, insbesondere für sich wiederholende Problemstellungen (adaptive) Vorgehensmodelle anzubieten, die eine vollständige und ggf. vergleichbare Ausführung von Tätigkeiten garantieren.

**Controlling:**

Ein Prozess, der auf dem betrieblichen Regelkreis von Zielsetzung, Aktion, Abweichungsanalyse und Reaktion aufbaut. Controlling soll die betrieblichen Adaptions- und Koordinationsaufgaben wirkungsvoll unterstützen, damit die Unternehmensziele erreicht werden können.

Abweichungsanalysen, Ursachenforschung sowie die Gestaltung aufeinander abgestimmter Planungs- und computergestützter Berichtssysteme für die betriebliche Führung sind weitere Bestandteile des Controllings. Dazu bedarf es insbesondere einer vertikalen (Detaillierung bzw. Verdichtung von Daten auf den einzelnen betrieblichen Ebenen), horizontalen (gesamtzielorientierte Aggregation der Daten auf der obersten Führungsebene) und zeitlichen Koordination der entsprechenden Informationsprozesse.

Controlling ist nicht synonym mit „Kontrolle“. Es geht als umfassende Hilfe zur Betriebsführung weit darüber hinaus. Da der Controlling-Instanz (intern, extern) keine Entscheidungskompetenz obliegt, ist „Controlling“ jedoch nicht mit dem Begriff „Steuerung“ gleichzusetzen. Siehe auch → Medizin-Controlling.

**CQI:**

*Continuous Quality Improvement*. Fortwährende Verbesserung der Qualität.



#### Data Warehouse:

Neuer Begriff für betriebliche Auswertungssysteme, die es erlauben sollen, in einfacher Form Auswertungen für Führungsaufgaben auf allen Ebenen eines Betriebes zu erhalten. Data Warehouse Ansätze stehen in der allgemeinen Tradition von Datenbanken und Management-Informationssystemen. Sie erstellen ihre Daten direkt oder aus anderen DV-Systemen entsprechend den vorgegebenen Auswertungszielen. Die Gefahr besteht, dass bei dieser Abbildung Kontextinformationen von Daten verloren gehen und → Serendipity entstehen können.

#### Datenqualität:

Die Eigenschaft eines Datums in Bezug auf die Gütekriterien → Objektivität, → Validität und → Reliabilität.

#### Delphi-Technik (Delphi-Verfahren, Delphi-Konferenz):

Die Delphi-Technik, die bereits 1948 entwickelt wurde, ist eine interaktive Umfragemethode. Charakteristisch sind das kontrollierte Feedback und die Befragung einander unbekannter, anonymisierter Teilnehmer. Ablauf: (1) Einholung anonymisierter Meinungen von Experten mit Hilfe eines Fragebogens oder eines Interviews. (2) Durchführung mehrerer Befragungsrunden, wobei nach jeder Runde die eingetroffenen Antworten zusammengefasst und den Befragten erneut zur Begutachtung zugeschickt werden. So kommt es zur systematischen Modifikation und Kritik der zusammengefassten anonymen Antworten. (3) Erreichung einer Gruppenantwort durch eine Zusammenfassung (häufig statistisch) der individuellen Meinungen in einer Abschlussrunde. Das Delphi-Verfahren sollte abgeschlossen werden, wenn eine Konvergenz der Meinungen erkennbar wird oder wenn das Interesse der Teilnehmer spürbar abnimmt

#### DIN:

Deutsches Institut für Normung e. V. Das DIN ist auf der Basis eines Vertrages mit der Bundesrepublik Deutschland verantwortlich für die Normungsarbeit in Deutschland. Das DIN koordiniert ferner die Normungsaktivitäten auf internationaler Ebene und ist diesbezüglich „nationale Spiegelorganisation“ zu → ISO und CEN.

#### DIN EN ISO 9000:2000 ff:

Diese internationale, erstmals Ende der 80er Jahre entwickelte Normenreihe gibt Empfehlungen und Standards zum Qualitätsmanagement (Organisation, Aufbau, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung, Dokumentation, Zertifizierung von Qualitätsmanagementsystemen): DIN EN ISO 9000:2000 definiert Grundlagen und Begriffe, DIN EN ISO 9001:2000 (= *Teilmenge von DIN EN ISO 9004:2000*) legt Anforderungen an

Qualitätsmanagementsysteme fest und ist Grundlage einer entsprechenden Zertifizierung, DIN EN ISO 9004:2000 stellt einen Leitfaden zur Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen und einer durchgängigen Leistungsverbesserung in der Organisation dar. Vorgaben zur Qualität eines Produkts oder einer Dienstleistung gehören nicht zum Inhalt der Normen: die Qualität des Produkts bzw. der Dienstleistung sowie die zur Zielerreichung erforderlichen Unternehmensprozesse legt das zu zertifizierende Unternehmen fest. Akkreditierte Zertifizierungsstellen überprüfen im Rahmen einer Zertifizierung durch besonders geschulte Auditoren, ob die in DIN EN ISO 9001:2000 festgelegten Standards nachgewiesen werden können bzw. ob in den folgenden Überwachungs- bzw. Rezertifizierungsaudits die ständige Verbesserung nachgewiesen werden kann.

#### Disease Management:

Eine sektorübergreifende Versorgungsform, die sich an Patientenpopulationen mit speziellen Risiko-Konstellationen und nachgewiesenen Qualitätsdefiziten der Versorgung richtet, und durch den Einsatz Evidenz-basierter Leitlinien sowie durch die Eigeninitiative von Patienten eine Verbesserung des Outcomes erreicht (relative Wirksamkeit).

#### Dokumentation:

Niederschrift oder technische Protokollierung von medizinischen Handlungen und Ereignissen. Man unterscheidet oft freitextliche Dokumentation von kodierter Dokumentation (z. B. mit der Internationalen Klassifikation der Diagnosen ICD). Die Dokumentation ist Grundlage jeglicher Aussagen zur Qualität.

#### DRGs:

Diagnosis Related Groups, Fallpauschalen mit Risikoadjustierung. Kostenhomogene fallgruppenbezogene Zuordnung und Abrechnung der in Anspruch genommenen Leistungen in Behandlung, Pflege, Verwaltung etc. im Rahmen der stationären Krankenhausversorgung Grundlage der Entgelte sind die Daten der Kosten- und Leistungsrechnung und der medizinischen Dokumentation. Die auf Deutschland angepasste, ursprünglich in Australien entwickelte Unterform der DRGs wird ab 2004 als Abrechnungssystem im deutschen Krankenhaussektor eingeführt. Wie alle pauschalisierenden Systeme erfordern DRGs flankierende Maßnahmen zur Absicherung der Qualität der Leistungserbringer und Patientenflüsse.

#### EbM:

Evidence-based Medicine. Systematischer Gebrauch der gegenwärtig besten wissenschaftlichen Erkenntnis für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung des individuellen Patienten.

**Effektivität:**

Wirksamkeit: „Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden.“ Eine Maßnahme ist effektiv, wenn sie geeignet ist, das formulierte Ziel zu erreichen.

**\*Effizienz:**

„Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den eingesetzten Ressourcen.“ Eine Maßnahme ist effizient, wenn eine vorgegebene Wirkung (Effektivität) mit geringst möglichem Ressourceneinsatz erreicht oder alternativ ihre Wirksamkeit bei vorgegebenen Ressourcen maximiert wird. Das bekannteste Instrument zur Effizienzbestimmung ist die Kosten-Wirksamkeits-Analyse (engl. cost-benefit analysis).

**EFQM:**

European Foundation for Quality Management. 1988 gegründete Stiftung führender europäischer Unternehmen zur Förderung des Qualitätsmanagements (nach dem US-amerikanischen Vorbild Malcom-Baldrige sowie in Konkurrenz dazu), u. a. durch den European Quality Award (EQA). Das EFQM-Modell für Excellence ist Grundlage eines strukturierten Assessment-Verfahrens zur (Selbst-)Analyse von Stärken und Verbesserungspotentialen in einer Organisation und deren Bewertung in einem gewichteten Kriterienmodell.

**\*Empfehlungen:**

„Vorschlag einer Möglichkeit des Handelns oder Unterlassens.“ Empfehlungen sind Ratschläge von Institutionen oder Experten für die Gesundheitsversorgung auf der Basis einer bestehenden Rechtsgrundlage oder der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Eine bereits in Fachkreisen konsenterte Empfehlung stellt häufig die Vorstufe einer Leit- bzw. Richtlinie dar. Obwohl Empfehlungen einen wesentlich geringeren normativen Charakter haben als Leit- oder Richtlinien, kann das Nichteinhalten unter Umständen – je nach Breite des erzielten Konsenses bzw. der Angesehenheit einzelner Experten – auch forensische Konsequenzen haben.

**Epidemiologie:**

Lehre von der Verbreitung und den Ursachen bzw. Risiken von Krankheiten in der Bevölkerung. Methodisches Werkzeug sind spezielle statistische Verfahren und Methoden. Früher war die Epidemiologie die Lehre von den Seuchen.

**Ergebnisqualität (outcome quality):**

Veränderungen des Gesundheitszustandes eines Patienten bzw. einer Bevölkerungs-

gruppe als Ergebnis bestimmbarer therapeutischer oder diagnostischer Maßnahmen bzw. Interventionen in die Versorgungsabläufe.

#### Evaluation:

Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (z. B. Auswirkungen auf die Patientenversorgung, auf das Wohlbefinden von Patient und Arzt, auf das ärztliche Selbstverständnis etc.) hinsichtlich vorher festgelegter Kriterien. Auch alle Verfahren zum Qualitätsmanagement müssen evaluiert werden, um ihre Leistung und Kosten im Kontext des Gesundheitssystems bewerten zu können.

#### Expertensysteme:

Computerprogramme, die Ratschläge und Wissen wie ein menschlicher Experte bereitstellen sollen. Die Forschung nach solchen Methoden läuft unter verschiedenen Überschriften seit den 50er Jahren. Bisher haben nur wenige Programme weitere Anerkennung gefunden – so z.B. in der automatischen EKG-Analyse oder der Abklärung eines akuten Abdomens. → *watch dog-function*.

#### Externe Qualitätssicherung:

In Deutschland in der Regel Verfahren der systematischen, standardisierten Datenerhebung und –auswertung, bezogen auf ganze Fachgebiete oder Diagnosegruppen.

Beispiele: Perinatalogie, Neonatologie, Chirurgie, Herzchirurgie, Nierenersatztherapie.

Ähnliche Verfahren werden praktiziert für die Laboratoriumsmedizin und die Radiologie.

Seit 2001 ist die externe Qualitätssicherung nach § 137 bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung zusammenfasst.

#### Fachinformationsdienste:

Auskunftssysteme auf elektronischer oder Papierbasis, die Fakten- oder Literaturinformationen zu einer bestimmten Fragestellung bereitstellen können. Neben kommerziellen Anbietern gibt es nationale Einrichtungen, so das Deutsche Institut für medizinische Information und Dokumentation (DIMDI) oder in den USA die National Library of Medicine (NLM), die Dienste bereitstellen.

#### \*Fähigkeit:

„Eignung einer Organisation, eines Systems oder eines Prozesses zum Realisieren eines Produkts, das die Anforderungen an dieses Produkt erfüllen wird.“

#### Fallpauschalen/Sonderentgelte:

Deutsche Version der → *Diagnosis Related Groups* bzw. *Patient Management Groups*.

Bei Fallpauschalen werden sämtliche Behandlungsleistungen pro Fall mit festgelegten

Sätzen vergütet während mit Sonderentgelten spezielle Leistungen vergütet werden. Da dieses pauschalierte Entgeltsystem die Gefahr sinkender Qualität der Versorgung in sich birgt, benötigt es als Korrektiv vermehrte externe Qualitätssicherungsmaßnahmen.

#### Feedback:

Die Rückmeldung über das eigene Handeln und seine Ergebnisse als Prozess in einem Regelkreis. Es hat deutlichen Einfluss auf das Verhalten und ist eines der elementaren und effizienten Mittel zur Verhaltensänderung.

#### \*Fehler:

Unerwünschter Unterschied zwischen beobachteten, gemessenen oder berechneten Zuständen oder Vorgängen einerseits und wahren, festgelegten oder theoretisch korrekten Zuständen oder Vorgängen andererseits. Das Institute of Medicine (IOM) definiert Fehler als „Versagen eines Plans oder Nutzung eines falschen Plans zum Erreichen eines Zieles“. Man unterscheidet Fehler nach ihrer Ursache oder nach dem Ereignis ihres Eintretens, aber auch nach dem Fehlerverhalten (vgl. DIN 44.300). Fehlerforschung war in den 50er Jahren eine der Wurzeln der späteren Qualitätssicherung.

#### Fehlerrate:

Häufigkeit von Fehlern bezogen auf gleiche Vorgänge bzw. Abläufe oder in Datenbeständen.

#### Gesundheitsberichterstattung:

Sammelbegriff für verschiedenste Verfahren, den Gesundheitszustand einer Zielpopulation zu beschreiben. In der Regel werden statistische Verfahren aus der Epidemiologie verwandt.

#### Haloeffekt:

Systematischer Beurteilungsfehler (Wells 1907). Er beschreibt die Gefahr, bei der Beurteilung von Einzelaspekten einer Fragestellung nicht objektiv, sondern entsprechend einem bereits vorhandenen Bild vom Ganzen zu urteilen. Dies führt zu einer Nivellierung der Einzelaussagen bzw. einer irrelativen Vergrößerung der Eigenschaftsinterkorrelation.

#### Health-Accounting:

Freiwillige Qualitätskontrolle im Krankenhaus unter Mitwirkung der Patienten (USA, 70er Jahre). In strukturierter Gruppenarbeit werden Probleme herausgearbeitet. Insbesondere falsch positive und falsch negative Fälle der Diagnostik werden analysiert. Therapiekontrolle durch Vergleich des prä- und posttherapeutischen Zustandes.

**Health Technology Assessment (HTA):**

Evaluation eines medizinischen Verfahrens hinsichtlich des Nachweises seiner Sicherheit, absoluten Wirksamkeit, Kosten, Kosteneffektivität, Akzeptanz und juristischen sowie ethischen Implikationen, sowohl in absoluter Betrachtung als auch in Vergleich zu anderen in Konkurrenz stehenden Verfahren (n. S. Perry, JAMA 1981)

**Indikation:**

Grund zur Durchführung einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme im Kontext des jeweiligen Krankheitsgeschehens. Die korrekte Indikation und deren nachvollziehbare Dokumentation in der Patientenakte sind Ziel und Grundlage jeglicher Qualitätssicherung in der Medizin.

**Indikator:**

siehe → Qualitätsindikator

**Integrierte Versorgung:**

Form der sektorübergreifenden Versorgung nach §§140a ff SGB V, die als Bestandteil der Gesundheitsreform 2000 die Kooperation von ambulantem und stationärem Sektor unter risikoadjustierter Ausgliederung von Teilbudgets, direkten Verträgen mit den Kostenträgern und der Möglichkeit von Prämienermäßigungen der eingeschriebenen Patienten beabsichtigte (s. Disease Management, Case Management).

**\*Integriertes Managementsystem:**

Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich der Qualität, des Umweltschutzes, des Arbeitsschutzes und weiterer Komponenten.

**Interne Qualitätssicherung:**

siehe → Qualitätssicherung

**ISO:**

Internationale Standardisierungsorganisation. Deutsches Mitglied ist → DIN. Die Länder der Europäischen Union müssen ISO-Normen übernehmen, wenn das Europäische Normierungskomitee (→ CEN) ebenfalls ISO-Normen übernimmt.

**JCAHO:**

Joint Commission on Accreditation of Hospitals; Gemeinsame Kommission für die Akkreditierung von Organisationen des Gesundheitswesens in den USA ([www.jcaho.org](http://www.jcaho.org)). Eine private Vereinigung ohne Gewinnzweck, die Regeln für den Betrieb von Gesundheitseinrichtungen erlässt, Umfragen durchführt und Akkreditierungen vornimmt.

#### Klassifikationen:

Schlüsselsysteme für Diagnosen und Therapien. In Deutschland wird zurzeit gesetzlich die *International Classification of Diagnoses (ICD)* und der von der *International Classification of Procedures in Medicine (ICPM)* abgeleitete *Operationsschlüssel nach § 301 SGB V (OPS-301)* eingesetzt. Klassifikationen sind Ordnungssysteme. „Klassifizierung“ ist die Erstellung eines Ordnungssystems und „Klassierung“ die Einordnung eines Falles in ein Ordnungssystem.

#### Klinische Studien:

Systematisches Verfahren zur Prüfung der Wirksamkeit und Verträglichkeit von Medikamenten, Heilmitteln oder Interventionen. Klinische Studien (speziell Phase IV-Studien) sind unentbehrlich für die Qualität der Weiterentwicklung therapeutischer Maßnahmen. Sie gehören i.d.R. nicht zur internen Qualitätssicherung. Klinische Studien können Leitlinien begründen. Erst mehrere klinische Studien, die vergleichend ausgewählt worden sind (→ Netzanalyse) begründen einen neuen Erkenntnisschritt in der medizinischen Wissenschaft. Klinische Studien erfordern ein Höchstmaß an Datenqualität und eine Hypothese, die geprüft wird. Beides ist in der Regel in Datensammlungen im Bereich der Qualitätssicherung nicht gegeben. Qualitätssicherungsstudien können darum in der klinischen Forschung in der Regel nur als Hypothesenquelle verwandt werden.

#### \*Konformität:

„Erfüllung einer Forderungen.“

Kommentar: Konformität bezeichnet einen Zustand, der dadurch charakterisiert ist, dass Qualitätsmerkmale die Anforderungen erfüllen. Dies wird durch Prüfungen und Verifizierungen nachgewiesen. Im Rahmen einer Zertifizierung eines Qualitätsmanagementsystems wird z. B. geprüft, ob alle Anforderungen gemäß DIN EN ISO 9001:2000, KTQ® bzw. QEP® erfüllt sind; ansonsten darf keine Konformität mit dieser Norm bzw. den Prüfkatalogen bestätigt werden. Bezüglich der „Produktkonformität“, d. h. die Erfüllung aller Anforderungen an ein Produkt bzw. eine Dienstleistung, ist es Aufgabe der obersten Leitung, dies entsprechend sicherzustellen und aufrechtzuerhalten. Dazu gehören u. a. die Schulung der Mitarbeiter sowie die Aufstellung von Investitions-, Wartungs- und Instandhaltungsplänen. Ebenso ist die Arbeitsumgebung zum Erreichen der Produktkonformität festzulegen (im Krankenhaus wie in der Arztpraxis z. B. Sicherstellung adäquater Bedingungen für das ambulante Operieren, Einhaltung der Strahlenschutzverordnung beim Röntgen). Zur Sicherstellung der Konformität dienen die ständigen Mess- und Überwachungsmaßnahmen (Qualitätslenkung). Die „Produktfreigabe“ (z. B. Entlassung des Patienten, Freigabe eines Behandlungsverfahrens) erfolgt demgemäß erst nach Prüfung auf Konformität.

### Konsensuskonferenz:

Methode zur Konsensfindung. Ablauf von Konsensuskonferenzen: (1) Bildung einer Vorbereitungsgruppe. (2) Themenauswahl und Zerlegung der Fragestellung in möglichst sich nicht überschneidende Unterthemen durch die Vorbereitungsgruppe. (3) Bildung eines Panels (9-15 Experten, Anwender und Laien) und Verteilung der Unterthemen auf Panelmitglieder durch die Vorbereitungsgruppe. (4) Zusammenstellung des Stands des Wissens und der Erfahrungen durch die Vorbereitungsgruppe. (5) Breit gestreute Einladung zur Konsensuskonferenz mit ausführlichen Unterlagen über den Stand des Wissens und der Erfahrungen durch Panelmitglieder. (7) Offene Diskussion, eventuell in Arbeitsgruppen. (8) Versuch einer Konsensusfindung (inklusive „weiße“ Felder, zu erwartender Effizienz und Evaluationsstrategie) im Plenum. (9) Offizielle Bekanntmachung in einer Art konzertierter Aktion. → vgl. auch Delphi

### Kriterium:

Kennzeichen, unterscheidendes Merkmal.

### KTQ®:

Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen ([www.ktq.de](http://www.ktq.de)). Ein 1997 zunächst von der Bundesärztekammer und dem Verband der Angestellten Krankenkassen (VdAK) initiiertes, später unter Mitwirkung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Deutschen Pflegerat, proCUMCert GmbH und allen GKV-Kassen entwickeltes Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser, Arztpraxen und Reha-Einrichtungen, das sich an das erprobte Verfahren der Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations (→ JCAHO) in den USA anlehnt und seit 2002 Routinereife erlangt hat.

### \*Kunde:

„Organisation oder Person, die ein Produkt empfängt.

Beispiel: Verbraucher, Klient, Endanwender, Einzelhändler, Nutznießer, Käufer. Ein Kunde kann der Organisation angehören oder ein Außenstehender sein.“

DIN EN ISO 9000:2005

### Leitlinien:

Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen. Sie sind Orientierungshilfen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren", von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.

### \*Lieferant:

„Organisation oder Person, die ein Produkt bereitstellt.



Beispiel: Hersteller, Vertriebseinrichtung, Einzelhändler, Verkäufer eines Produkts oder Erbringer einer Dienstleistung oder Bereitsteller von Informationen. Ein Lieferant kann der Organisation angehören oder ein Außenstehender sein. In einer Vertragssituation wird ein Lieferant manchmal als „Auftragnehmer“ bezeichnet.“

#### Logikfehler:

Systematischer Beurteilungsfehler (Newcomb 1931). Eine ursprünglich bei der Beurteilung von Persönlichkeitsstereotypen festgestellte Gefahr, den Ausprägungsgrad verschiedener Eigenschaften deshalb ähnlich oder gegensätzlich zu beurteilen, weil der Beurteiler vermutet, dass die Messparameter zusammenhängen. Anstelle echter Beobachtung reflektiert das Urteil aus dem Wissen gefolgerte Beziehungen zwischen Parametern.

#### Managed Care:

Managed Care (MC) kann übergeordnet als „Geführte Versorgung“ übersetzt werden *[und wurde in den USA als „optimiertes“ Versorgungskonzept entwickelt*. Eine exakte Definition des Begriffes gibt es jedoch nicht. In MC-Modellen wird versucht den einzelnen Patienten über Zuweisungs- und Behandlungsleitlinien *[-leitlinien?]* jeweils der kostengünstigsten Behandlungsform auf einem definierten Behandlungsniveau zuzuführen. Unterschiedlichste private oder staatliche Organisationen können hierzu verschiedene MC-Techniken zur Erreichung ihrer Ziele anwenden.

#### Medical Controlling:

Auf medizinische Leistungen fokussierter Teil des → Controlling. Im weiteren Sinne Teil des Qualitätsmanagements in der Medizin mit beschränkterem betrieblichen Fokus.

#### Medizinproduktegesetz (MPG):

Deutsche Rechtsnorm, die drei EU-Richtlinien, die den Bereich der Medizinprodukte betreffen, in nationales Recht verbindlich umsetzt. Mit dem MPG sind die EU-Richtlinien für aktive implantierbare Geräte, für Medikalprodukte und In-vitro-Diagnostika in nationales Recht verbindlich überführt.

#### Medizinische Informatik:

Wissenschaft von der Informationsverarbeitung und der Gestaltung informationsverarbeitender Systeme in der Medizin und im Gesundheitswesen. Ärzte können die Bereichsbezeichnung Medizinische Informatik erwerben und damit die DV-technischen Grundlagen des Qualitätsmanagements in besonderer Weise nachweisen.

#### \*Merkmal:

“Kennzeichnende Eigenschaft.

Ein Merkmal kann inhärent oder zugeordnet sein.

Ein Merkmal kann qualitativer oder quantitativer Natur sein.

Es gibt verschiedene Klassen von Merkmalen,

z. B. physikalische, z. B. mechanische, elektrische, chemische oder biologische Merkmale;

sensorische, z. B. bezüglich Geruch, Berührung, Geschmack, Sehvermögen, Gehör; verhaltensbezogene, z. B. Anständigkeit, Ehrlichkeit, Wahrheitsliebe;

zeitbezogene, z. B. Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Verfügbarkeit;

ergonomische, z. B. physiologische oder auf Sicherheit für den Menschen bezogene

Merkmale; funktionale, z. B. Spitzengeschwindigkeit eines Flugzeuges.”

Mildefehler:

Systematischer Beurteilungsfehler. Fehler, der im Hinblick auf eine Person ohne Rücksicht auf zu beurteilende Einzelvariablen auftritt. Entsprechend einem Urteil über die Person werden einzelne Variablen günstig oder ungünstig befundet. Diesem, die seitlichen Enden der Verteilung betreffenden Fehler entspricht für das Zentrum der Verteilung der → Fehler der Zentraltendenz, der darin besteht, dass Befunder extreme Urteile vermeiden. Ursache letzteren Urteilsverhaltens ist in der Regel Unsicherheit oder Unkenntnis.

Mindestmengen:

Indikator, der die Anzahl der in einem Zeitraum erbrachten Leistungen beschreibt, und in § 137 SGB V für die Zulassung zur Erbringung von Leistungen vorgeschrieben ist (siehe Volume-Outcome Beziehung).

Moderator:

Person, die die Leitung und ggf. Vorbereitung einer Veranstaltung mit mehreren Teilnehmern (z.B. Qualitätszirkel) übernimmt. Das im ursprünglichen Wortsinn enthaltene „moderieren“ (= mäßigen) gilt dabei als ebenso wichtig wie die Anregung einer sachlichen Auseinandersetzung.

Monitor:

Person oder technische Einheit zur Prozessüberwachung. Als Person versteht man darunter einen Beobachter, der einen Soll-Ist-Vergleich durchführt. S.a. → Self-monitoring. Ein Studienmonitor ist z. B. verantwortlich für Qualität und Verfügbarkeit der Daten entsprechend Studienplan.

Nationale Versorgungsleitlinien:

Nationale Versorgungsleitlinien sind ärztliche Entscheidungshilfen für die strukturierte medizinische Versorgung (Disease Management, integrierte Versorgung) auf der Grundlage

der besten verfügbaren Evidenz. Das deutsche Programm für nationale Versorgungsleitlinien (NVL-Programm) ist eine gemeinsame Initiative der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zugunsten von Qualität und Transparenz in der Medizin. Es ist organisatorisch beim ÄZQ angesiedelt.

#### Nominaler Gruppenprozess:

Von Delbecq et al. (1975) entwickelter Gruppenentscheidungsprozess. Das Ergebnis ist eine Liste von Ideen und Stellungnahmen, die nach ihrer Wichtigkeit geordnet sind. Ablauf: (1) Jeder Teilnehmer verfasst zunächst für sich allein, ohne Diskussion schriftliche Antworten zu den vorgegeben Problemen und Fragen. (2) Die Antworten werden gesammelt und allen Mitgliedern gezeigt, ohne jedoch den Autor zu nennen. (3) Die einzelnen Mitglieder nehmen in einer gemeinsamen Runde nacheinander Stellung zu den gesammelten Antworten. (4) Die Schritte (1)-(3) können mehrmals wiederholt werden. (5) Nach mehreren Runden einigen sich die Teilnehmer durch Wahl oder Rangbildung schließlich auf einen bestimmter Satz von Antworten.

#### Norm:

Vielfältig verwandter Begriff mit unterschiedlichen Inhalten. Der Inhalt richtet sich auch nach dem Kontext des Begriffes. Im rechtlichen Bereich meint er etwas anderes als zum Beispiel bei der Erarbeitung von Regeln für die Industrie und Dienstleistungen. Nach der Definition des DIN ist eine Norm ein Dokument, das mit Konsens erstellt und von einer anerkannten Stelle angenommen wurde und das für die allgemeine und wiederkehrende Anwendung Regeln, Leitlinien und Merkmale für Tätigkeiten oder deren Ergebnisse festlegt, wobei ein optimaler Ordnungsgrad in einem gegebenen Zusammenhang angestrebt wird. Normen sollen auf den gesicherten Ergebnissen von Wissenschaft, Technik und Erfahrungen basieren und auf die Förderung optimaler Vorteile für die Gesellschaft abzielen.

#### Nutzen:

Wertbegriff, der entsprechend dem jeweiligen Messmodell objektiv (Kosten-Nutzen-Analyse: Geldeinheiten) oder subjektiv (Nutzwertanalyse: subjektive Nutzwerte) definiert ist.

#### Obduktion:

Eröffnung einer Leiche, um die Todesursache festzustellen. Die makroskopische Untersuchung können mikroskopische und Laboruntersuchungen ergänzen. Die Obduktion dient im besonderen Maß der Qualitätssicherung in der Medizin, einerseits durch den Obduzenten einschließlich der klinisch-pathologischen Konferenz, andererseits als Selbstkontrolle

der klinisch tätigen Ärzte bezüglich der Treffsicherheit ihrer Diagnostik und Therapie und in gewisser Weise bezüglich der ursprünglichen Prognose. Die Obduktion stellt darüber hinaus ein wichtiges Element zur Beantwortung epidemiologischer Fragestellungen dar und ist eine wesentliche Hilfe bei der Aufklärung unklarer Todesfälle.

#### Objektivität:

Zuverlässigkeit einer Beobachtung unabhängig von dem Untersucher. Es wird eine intrapersonelle von einer interpersonellen Objektivität unterschieden. Letztere wird auch als Konkordanz bezeichnet.

#### Patientensicherheit:

Patientensicherheit ist das Produkt aller Maßnahmen in Klinik und Praxis, die darauf gerichtet sind, Patienten vor vermeidbaren Schäden in Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren.

#### PAS:

Professional Activity Study. Freiwillige Studie, an der sich etwa 2.000 Krankenhäuser in den USA und Kanada Anfang der 80er Jahre beteiligten. In den einzelnen Kliniken wurden mittels Fragebogen Daten erhoben, die dann zentral ausgewertet wurden. Klinikstatistiken wurden zusammen mit akademischen Standards und regionalen Ergebnissen an die Kliniken zurückversandt.

#### \*Peer Review:

“Peer Review ist definiert als eine kontinuierliche, systematische und kritische Reflexion durch mehrere Angehörige einer Berufsgruppe über die eigene Leistungsfähigkeit und die der Kollegen – unter Verwendung eines strukturierten Prozesses und mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung.“ Unter dem Begriff „Clinical Audit“ oder „Medical Audit“ wird im angelsächsischen Sprachgebrauch ein Konzept verstanden, das ein Peer review speziell für medizinische Behandlungsprozesse darstellt und demzufolge ausschließlich fachlich gleichgestellten ärztlichen Kollegen zur gegenseitigen Beratung vorbehalten ist („peers“) Dieser Vorgang beginnt zum Beispiel mit der systematischen Aufzeichnung ärztlichen Tuns und anschließender Beurteilung der erbrachten ärztlichen Leistungen durch qualifizierte Gutachter.

#### PEP:

(Performance and Evaluation Procedure). Freiwillige, von der Ärzteschaft in den USA getragene Studie aus den 80er Jahren, an der 4.500 Kliniken beteiligt waren. Es wurden Krankenhausstrukturparameter erhoben und ausgewertet und spezielle Problembereiche mittels standardisierter Fragebogen durchleuchtet.

**Pflegeprozess:**

Ein methodischer Ansatz zur Planung und Steuerung pflegerischer Maßnahmen. Der Pflegeprozess gliedert sich in sechs Verfahrensschritte: 1. Informationssammlung (Pflegeanamnese), 2. Feststellen von Bedürfnissen und Möglichkeiten des Patienten, 3. Festlegung des Pflegezieles, 4. Planung der Pflegemaßnahmen, 5. Pflegerische Tätigkeit und 6. Beurteilung ihrer Wirkung auf den Patienten.

**Pflegestandard:**

siehe → Standard

**Plausibilitätskontrolle:**

Die Überprüfung von Ergebnissen im Kontext mit anderen verfügbaren Angaben aus parallel oder schon früher erstellten Befunden (Befundmusterkontrolle, Trendkontrolle) sowie anhand von Grenzwerttabellen oder nach empirischen Regeln (Extremwertkontrolle, Regelprüfung). Die jeweiligen Entscheidungsgrenzen können nach sachlogischen Gesichtspunkten vorgegeben oder mit Hilfe explorativer Datenanalysen statistisch ermittelt werden.

**Präzision:**

Bezeichnung für das Ausmaß der Übereinstimmung der Ergebnisse wiederholter Messungen unter vorgegebenen Versuchsbedingungen. Die quantitative Angabe wird als Abweichung bezeichnet.

**Präzisionskontrolle:**

Systematische statistische Kontrolle – etwa eines Messverfahrens – über den Grad der Abweichung bei gleichen Proben.

**PRO:**

Professional Review Organizations (Fachliche Überprüfungsgremien). Für bestimmte geographische Gebiete zuständige Organisationen, die sich im Rahmen des PRO- Programms vertraglich zur Evaluierung der medizinischen Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit, Qualität und Kostenwirksamkeit der Versorgung der Leistungsempfänger des Medicare- Programms in den USA (Bundesprogramm für die ärztliche Versorgung von Personen über 65 Jahren) verpflichtet haben. Peer Review Improvement Act, PL 97-248, 1992

**Problemorientiertes Krankenblatt:**

Von Medizinern entworfenes Verfahren der medizinischen Dokumentation, bei dem problemorientiert alle diagnostischen und therapeutischen Alternativen schriftlich dokumentiert werden. So wird der Prozess der Behandlung nachvollziehbar und einem Qualitätsmana-

gement zugänglich. Dies ist bei dem in Deutschland üblichen Dokumentationsverfahren, die nur Ergebnisse aber nicht die Fragestellungen festhalten, nicht möglich.

**\*Produkt:**

“Ergebnis eines Prozesses.

Es gibt vier übergeordnete Produktkategorien:

Dienstleistungen (z. B. Transport), Software (z. B. Rechnerprogramm, Wörterbuch), Hardware (z. B. mechanisches Motorteil), verfahrenstechnische Produkte (z. B. Schmiermittel). Viele Produkte bestehen aus Elementen, die zu verschiedenen übergeordneten Produktkategorien gehören. Ob das Produkt als Dienstleistung, Software, Hardware oder verfahrenstechnisches Produkt bezeichnet wird, hängt vom vorherrschenden Element ab. Zum Beispiel besteht das Angebotsprodukt „Auto“ aus Hardware (z. B. den Reifen), verfahrenstechnischen Produkten (z. B. Kraftstoff, Kühlflüssigkeit), Software (z. B. Motorsteuerungssoftware, Betriebsanleitung) und Dienstleistung (z. B. den vom Händler gegebenen Erläuterungen zum Betrieb).

Eine Dienstleistung ist das Ergebnis mindestens einer Tätigkeit, die notwendigerweise an der Schnittstelle zwischen dem Lieferanten und dem Kunden ausgeführt wird und üblicherweise immateriell ist.“

**Profil:**

Graphische Darstellung einer überschaubaren Anzahl von Merkmalen oder Messwerten, deren Werte in der Regel vertikal übereinander angeordnet werden. Dadurch entsteht der Eindruck eines Profils – insbesondere, wenn die Messwerte noch durch Linien miteinander verbunden werden. Der graphisch häufig eindrucksvollen Darstellung (Profile sind deshalb sehr beliebt) steht das Problem gegenüber, dass das Profil selbst einen nicht definierten Aussagewert hat.

**Projekt:**

Ein nach methodischen Regeln im Rahmen einer Projektorganisation ablaufender Problemlösungsprozess. Wichtig ist, dass Projekte einen definierten Anfang und ein festgelegtes Ende haben.

**Projektgeschäftsstelle:**

Servicebüro, das eine oder mehrere externe Qualitätssicherungsmaßnahmen oder –projekte auf Landes- oder Bundesebene koordiniert und/oder durchführt. Hierzu gehören nicht nur der tägliche Dokumentations- und Auswertungsbetrieb, sondern auch Planung, wirtschaftlicher Betrieb und Evaluation der Maßnahmen sowie die Unterstützung korrespondierender interner Qualitätssicherungsmaßnahmen.

**\*Prozess:**

„Satz von in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung stehenden Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt. Eingaben für einen Prozess sind üblicherweise Ergebnisse anderer Prozesse. Prozesse in einer Organisation werden üblicherweise geplant und unter beherrschten Bedingungen durchgeführt, um Mehrwert zu schaffen. Ein Prozess, bei dem die Konformität des dabei erzeugten Produkts nicht ohne weiteres oder in wirtschaftlicher Weise verifiziert werden kann, wird häufig als "spezieller Prozess" bezeichnet.“

**Prozessqualität:**

Ein Aspekt der Qualität der medizinischen Versorgung, der alle medizinischen Aktivitäten unter Einbeziehung der interpersonellen und interaktionalen Aspekte umfasst. Hierzu gehören Art und Weise der Diagnostik und Therapie, z. B. der Medikamentenverordnung, aber auch der Gesprächsführung, der Anamneseerhebung, Rechtzeitigkeit, Angemessenheit usw. Beeinflusst wird der Behandlungsprozess u. a. durch die Persönlichkeit und Einstellung von Arzt und Patient und der Wechselwirkung zwischen beiden, aber auch durch gesellschaftliche und ethische Gesichtspunkte.

**PSRO:**

Professional Standards Review Organisation. Auf gesetzlicher Grundlage beruhende Erhebung, der Anfang der 80er Jahre bereits etwa 80% der US-Kliniken angeschlossen waren. Es werden Einweisungsnotwendigkeit und Liegezeiten kontrolliert. Spezielle Problembereiche werden ebenfalls identifiziert und mit standardisierten Techniken untersucht. Weitere Hilfen sind Klinik-, Arzt- und Patientenprofile. Das Gesamtsystem ist regional organisiert; zu jedem lokalen PSRO gehört eine begrenzte Anzahl von Versorgungseinheiten.

**\*Qualität:**

„Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt.

Die Benennung „Qualität“ kann zusammen mit Adjektiven wie schlecht, gut oder ausgezeichnet verwendet werden. Inhärent“ bedeutet im Gegensatz zu „zugeordnet“ „einer Einheit innewohnend“, insbesondere als ständiges Merkmal.“

Ein inhärentes Merkmal ist definiert als Qualitätsmerkmal, ein Merkmal als eine kennzeichnende Eigenschaft. Eine Anforderung ist definiert als ein Erfordernis oder eine Erwartung, das oder die festgelegt, üblicherweise vorausgesetzt oder verpflichtend ist.

**Qualitäts(an)forderung (Requirements for quality):**

Formulierung der Erfordernisse oder deren Umsetzung in eine Serie von quantitativ oder qualitativ festgelegten Forderungen an die Merkmale einer Einheit zur Ermöglichung ihrer

Realisierung und Prüfung. Es ist entscheidend, dass die Qualitätsforderung die festgelegten und vorausgesetzten Erfordernisse des Kunden voll widerspiegelt. Der Begriff „Forderung“ erfasst sowohl marktbezügliche als auch vertragliche als auch interne Forderungen einer Organisation. Sie können in den unterschiedlichen Planungsstufen entwickelt, detailliert und aktualisiert werden. Quantitativ festgelegte Forderungen an die Merkmale enthalten z. B. Nennwerte, Bemessungswerte, Grenzabweichungen und Toleranzen. Die Qualitätsforderung sollte in funktionalen Bedingungen ausgedrückt und dokumentiert werden.

#### Qualitätsbericht:

Gesetzlich ab 2005 (für 2004) gemäß § 137 SGB V vorgeschriebene Veröffentlichung mit Angaben zum Spektrum und Anzahl der Leistungen sowie dem Stand der Qualitätssicherung aller zugelassenen Krankenhäusern, der u. a. im Internet veröffentlicht werden soll und die Basis für Empfehlungen von Zuweisern sowie Kostenträgern bildet. (Möglichkeit für Patienten, sich zu informieren)

#### \*Qualitätsdarlegung:

Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Transparenz über Qualität gerichtet ist. Qualitätsdarlegung dient der Darstellung qualitätsrelevanter Informationen nach innen (betriebliches Qualitätsberichtswesen, Selbstbewertung, Managementreview) und nach außen (Qualitätsberichte, Zertifizierung, Qualitätspreise). Unter der Qualitätsdarlegung nach außen sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Kunden und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen schaffen, dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt.

#### Qualitätsmanagementbeauftragter (QMB):

Beauftragter der obersten Leitung mit der festgelegten Befugnis und Verantwortung dafür, dass ein Qualitätsmanagementsystem festgelegt, verwirklicht und aufrechterhalten wird, alle QM-Maßnahmen konsequent umgesetzt werden und deren Wirksamkeit kontinuierlich überprüft und dargestellt wird.

#### \*Qualitätsindikator:

“Quantitatives Maß, welches zum Monitoring und zur Bewertung der Qualität wichtiger Leitungs-, Management-, klinischer und unterstützender Funktionen genutzt werden kann, die sich auf das Behandlungsergebnis beim Patienten auswirken. Ein Indikator ist kein direktes Maß der Qualität. Es ist mehr ein Werkzeug, das zur Leistungsbewertung benutzt werden kann, das Aufmerksamkeit auf potentielle Problembereiche lenken kann, die einer intensiven Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürfen könnten.“ Qualitätsindikatoren bilden die Qualität einer Einheit durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt ab.



Man kann sie auch als qualitätsbezogene Kennzahlen („Qualitätskennzahlen“) bezeichnen. Die Ausprägung eines Indikators kann mit guter bzw. schlechter Qualität in Verbindung gebracht werden. Hierzu verwendet man definierte Ausprägungen des Indikators, den sog. Referenzwert oder Referenzbereich. Qualitätsindikatoren sind struktur-, prozess- und/oder ergebnisbezogen. Darüber hinaus müssen Qualitätsindikatoren – je nach Anwendung – den Anforderungen der Validität, Reliabilität, Sensitivität und Spezifität genügen.

#### Qualitätskontrolle: :

Obsolet: Dieser Begriff wird im Deutschen nicht definiert. Von seiner Benutzung wird abgeraten. (Maßnahmen zur fortlaufenden Überwachung der Qualität von in Masse produzierten Gütern und erbrachten Dienstleistungen, z. B. die im Eichgesetz sowie in Richtlinien der Bundesärztekammer und ihren Ausführungsbestimmungen geregelte „Qualitätskontrolle“ im medizinischen Laboratorium (Richtigkeitskontrolle, Präzisionskontrolle, Ringversuche) werden der Qualitätssicherung zugerechnet.) vgl. Qualitätslenkung.

#### \*Qualitätslenkung:

Teil des Qualitätsmanagements, der auf die Erfüllung von Qualitätsanforderungen gerichtet ist. Qualitätslenkung umfasst Arbeitstechniken und Tätigkeiten, deren Zweck sowohl die Überwachung eines Prozesses als auch die Beseitigung von Ursachen nicht zufriedenstellender Ergebnisse in allen Phasen der Leistungserbringung ist. Der englische Begriff „to control“ bedeutet „steuern“, „betätigen“, „regeln“, „regulieren“. Davon leitet sich der streng im betriebswirtschaftlichen Sinne zu interpretierende Begriff „Controlling“ bzw. „quality control“ ab.

#### \*Qualitätsmanagement:

Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität, die üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung umfassen. Qualitätsmanagement umfasst demgemäß alle Aspekte im Rahmen der Unternehmensführung, die im Zusammenhang stehen mit der von der obersten Leitungsebene formulierten, grundlegenden Einstellung sowie den Absichten, Zielsetzungen und Maßnahmen in Bezug auf die Erreichung und Verbesserung von Qualität. Dabei sind vielfältige Einflussmöglichkeiten zu berücksichtigen, insbesondere Aspekte der Wirtschaftlichkeit, der Gesetzgebung, der Arbeitssicherheit, des Gesundheitsschutzes und der Umwelt. Hinzu kommen die Wünsche und Anforderungen der Kunden. Die Unternehmensleitung trägt eine nicht delegierbare Verantwortung für das Qualitätsmanagement

und muss darüber hinaus auch aktiv für die konsequente Umsetzung auf allen Hierarchieebenen sorgen.

\*Qualitätsmanagement: -Handbuch (quality manual)

Dokument, in dem das Qualitätsmanagementsystem einer Organisation festgelegt ist.

QM-Handbücher können hinsichtlich Detaillierung und Format an die Größe und Komplexität einer einzelnen Organisation angepasst sein. Ein QM-Handbuch kann sich auf die Gesamtheit der Tätigkeiten einer Organisation oder nur auf einen Teil davon beziehen. Titel und Zweckbestimmung des Handbuches spiegeln den Anwendungsbereich wider.

\*Qualitätsmerkmal:

Inhärentes Merkmal eines Produkts, Prozesses oder Systems, das sich auf eine Anforderung bezieht.

Inhärent bedeutet „einer Einheit innewohnend“, insbesondere als ständiges Merkmal.

Ein einem Produkt, einem Prozess oder einem System zugeordnetes Merkmal (z. B. der Preis eines Produkts, der Eigentümer eines Produkts) stellt kein Qualitätsmerkmal dieses Produkts, Prozesses oder Systems dar.“ DIN EN ISO 9000:2005

\*Qualitätsplanung:

Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Festlegen der Qualitätsziele und der notwendigen Ausführungsprozesse sowie der zugehörigen Ressourcen zur Erfüllung der Qualitätsziele gerichtet ist.

\*Qualitätspolitik:

Übergeordnete Absichten und Ausrichtung einer Organisation zur Qualität, wie sie von der obersten Leitung formell ausgedrückt wurden. Generell steht die Qualitätspolitik mit der übergeordneten Politik der Organisation im Einklang und bildet den Rahmen für die Festlegung von Qualitätszielen.

\*Qualitätssicherung:

Teil des Qualitätsmanagements, der auf das Erzeugen von Vertrauen darauf gerichtet ist, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden. In der aktuellen Terminologie wird Qualitätssicherung – gemäß der wörtlichen Übersetzung – als „Qualitätszusicherung“ verstanden. Hierunter sind Aktivitäten zu verstehen, die bei Kunden und Partnern im Gesundheitswesen Vertrauen schaffen, dass eine Organisation alle festgelegten, üblicherweise vorausgesetzten und verpflichtenden Erfordernisse und Erwartungen erfüllt. In der Gesundheitsversorgung in Deutschland spielte der Begriff Qualitätssicherung bisher eine zentrale Rolle für verschiedenste Aktivitäten. Es wurde traditionell zwischen interner und externer Qualitätssicherung unterschieden. „Interne Qualitätssicherungsmaßnahmen“ umfassten

durchaus auch Aspekte der Qualitätsverbesserung und des Qualitätsmanagements. Unter „externer Qualitätssicherung“ wurden insbesondere Qualitätssicherungsmaßnahmen mit externen Vergleichen verstanden. Einige der bekanntesten Maßnahmen – z. B. Perinatalogie, Neonatologie, Allgemeine Chirurgie – beruhen auf diesem Verfahren. Im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung [§ 137 SGB V (seit 1989)] zur Qualitätssicherung in der stationären Versorgung spielt das Prinzip der vergleichenden Prüfung ebenfalls eine zentrale Rolle. Für die Gesamtheit aller qualitätswirksamen Tätigkeiten und Zielsetzungen in einer Organisation soll nach allgemeinen Übereinkünften in den nationalen und internationalen Normungsgremien soll dafür der Begriff „Qualitätsmanagement“, zur Anwendung gelangen.

\*QM-Bewertung bzw. Bewertung des Qualitätsmanagementsystems:

Regelmäßige, systematische Beurteilung der Eignung, Angemessenheit, Wirksamkeit und Effizienz des Qualitätsmanagementsystems in Übereinstimmung mit der Qualitätspolitik und den Qualitätszielen durch die oberste Leitung. Diese Bewertung schließt die Ermittlung des Handlungsbedarfs, auch im Hinblick auf Möglichkeiten für Verbesserungen und Änderungsbedarf für das Qualitätsmanagementsystem sowie der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele (Anpassung an sich ändernde Erfordernisse und Erwartungen interessierter Parteien) ein.

Qualitätsmanagement-System (QM-System):

Managementsystem zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität, d.h. die zur Verwirklichung des Qualitätsmanagements erforderliche Organisationsstruktur, Verfahren, Prozesse und Mittel. Bei der Gestaltung ihrer QM-Systeme sind die Organisationen grundsätzlich frei.

\*Qualitätsverbesserung:

Teil des Qualitätsmanagement, der auf die Erhöhung der Fähigkeit zur Erfüllung der Qualitätsanforderungen gerichtet ist. Dies umfasst alle in einer Organisation ergriffenen Maßnahmen zur Erhöhung der Effektivität und Effizienz von Tätigkeiten und Prozessen, um zusätzlichen Nutzen sowohl für die Organisation als auch für ihre Kunden zu erzielen. Qualitätsverbesserung und Qualitätsplanung sollten zusammenwirken. Erkenntnisse aus der Qualitätsverbesserung können sich auf die Qualitätsplanung auswirken. Beispiel: Das Steuerungsgremium der Krankenhausabteilung diskutiert regelmäßig die für den Arbeitsbereich der Abteilung relevanten, neu erschienenen Veröffentlichungen und beschließt ggf. Verbesserungsmaßnahmen für die Arbeit der Abteilung, die sich z. B. in Änderungen der Therapieschemata niederschlagen. (vgl. → Ständige Verbesserung)

**\*Qualitätsziel:**

„Etwas bezüglich Qualität Angestrebtes oder zu Erreichendes.

Qualitätsziele beruhen im Allgemeinen auf der Qualitätspolitik der Organisation.

**\*Qualitätszirkel:**

„Ein Qualitätszirkel ist eine kleine institutionalisierte Gruppe von 5 – 12 Mitarbeitern, die regelmäßig zusammentreffen, um in ihrem Arbeitsbereich auftretende Probleme freiwillig und selbstständig zu bearbeiten“. Diese Definition entspricht den einrichtungsinternen Qualitätszirkeln in Organisationen des Gesundheitswesens, die sich im Allgemeinen berufsgruppen- oder abteilungsübergreifend zusammensetzen. Traditionell hat die Qualitätszirkelarbeit besonders im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung eine andere Akzentuierung („peer review group“) und einen anderen Stellenwert, wie er sich in der folgenden Definition ausdrückt: "Ärztliche Qualitätszirkel sind auf freiwilliger Initiative gründende Foren für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch, der problembezogen, systematisch und zielgerichtet ist und der in gleichberechtigter Diskussion der Teilnehmer eine gegenseitige Supervision zum Ziel hat."

**QEP®:**

Das Konzept „Qualität und Entwicklung in Praxen“ ist ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder erarbeitetes modulares Konzept zur Implementierung von Qualitätsmanagement in Arztpraxen. Es ermöglicht niedergelassenen Ärzten auf der Basis eines Manuals und nach entsprechender Schulung oder Hinweis ein umfassendes Qualitätsmanagement einzuführen und bis zu einer externen Bewertung zu entwickeln.

**Referenz (-wert, -bereich):**

Der Referenzbereich ist das Intervall, innerhalb dessen die Ausprägung eines Qualitätsindikators als „unauffällig“ definiert wird. Ein Referenzwert ist ein Referenzbereich, dessen Unter- und Obergrenze zusammenfallen. Referenzbereiche bzw. -werte müssen im Rahmen der Qualitätsforderung festgelegt werden. Diese Festlegung kann entweder empirisch (statistisch) oder normativ (Expertenkonsens) erfolgen.

**Reliabilität:**

Zuverlässigkeit. Gütekriterium, das die Messgenauigkeit eines Verfahrens angibt. Im Hinblick auf menschliche Messungen wird auch von Objektivität bzw. Interbeobachterübereinstimmung gesprochen. Der eng verwandte Begriff der „reproducibility“ wird im engeren Sinne für die Wiederholungstabilität eines technischen Messvorganges verwandt. Psycho- und Soziometrie bestehen zu einem überwiegenden Teil aus Reliabilitäts- und Validi-

tätstesten. Diese werden dann exakter nach dem jeweils verwandten Bestimmungsverfahren bezeichnet (z. B. Split-half-Reliabilität).

#### Revision:

Prüfung definierter Ergebnisse (z. B. Jahresabschluss), Prozesse (z. B. automatisierte Datenverarbeitung) oder Systeme (z.B. Anwendungssysteme) durch unabhängige Personen innerhalb (interne Revision) oder außerhalb (externe Revision) eines Unternehmens.

#### Richtigkeitskontrolle:

Verfahren zur Qualitätskontrolle zur Feststellung der → Validität von Messungen, z.B. im medizinischen Laboratorium. Es werden Untersuchungen von definierten Referenzmaterialien durchgeführt und diese Resultate mit den zuvor mit einer Referenzmethode ermittelten Sollwerten verglichen.

#### Richtlinie:

Richtlinien sind von einer rechtlich legitimierten Institution konsenterte, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich ziehen.

#### Ringversuch:

Externe Qualitätskontrollmethode. Die Qualität von Analysemethoden wird anhand von zugesandten Kontrollmaterialien überprüft. Die Überwachung von Ringversuchen im Laborbereich der ambulanten Versorgung obliegt z. B. den Kassenärztlichen Vereinigungen. Die erfolgreiche Teilnahme an den vorgeschriebenen Ringversuchen ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Laborleistungen bei den Krankenkassen.

#### \*Risikomanagement/Risk Management:

Unter Risikomanagement versteht man den planvollen Umgang mit Risiken. Dies umfasst die Analyse (Identifikation, Messung und Gewichtung) potentieller Risiken und die Festlegung einer Risikostrategie mit dem Ziel, die Risiken zu beherrschen.

#### \*Selbst-/Fremdbewertung:

“Die Selbstbewertung einer Organisation ist eine umfassende und systematische Bewertung der Tätigkeiten und Ergebnisse der Organisation, die auf das Qualitätsmanagementsystem oder ein Exzellenzmodell bezogen werden.” Die Fremdbewertung einer Organisation ist die Validierung der Selbstbewertung durch eine dritte Partei.

**Self-monitoring:**

Die Selbstkontrolle durch kontinuierliches Beobachten des eigenen Handelns.

**Serendipity:**

Begriff aus einem arabischen Märchen. Mit ihm werden Schlussergebnisse aus Datenanalysen bezeichnet, die zufällig entstehen und nicht in Bezug auf ihre → Validität interpretierbar sind. Serendipities sind die größte Gefahr bei unsystematischen Datenanalysen.

**\*Ständige Verbesserung:**

Wiederkehrende Tätigkeiten zum Erhöhen der Fähigkeit, Anforderungen zu erfüllen. Das Konzept der ständigen Verbesserung (bislang im angloamerikanischen Sprachgebrauch als „Continuous quality improvement, CQI“ bzw. im Deutschen als kontinuierlicher Verbesserungsprozess, KVP bekannt, früher auch als „Qualitätskreis“ oder „Qualitätsspirale“ beschrieben) geht zurück auf W.E. Deming und den von ihm – basierend auf Vorarbeiten seines Lehrers Shewhart - entwickelten Plan-Do-Check-Act-Zyklus (PDCA), der zugleich Anwendungs- und Erklärungsmodell ist.

**\*Standard:**

Eine normative Vorgabe qualitativer und/oder quantitativer Art bezüglich der Erfüllung vorausgesetzter oder festgelegter Qualitätsforderungen. Der englische Begriff „standard“ ist im Deutschen mit „Norm“ zu übersetzen. Allgemein werden Begriffe wie Maßstab, Norm, Richtschnur, Leistungs- und Qualitätsniveau hierunter verstanden. Die Wertigkeit und damit die Verbindlichkeit eines Standards entsprechen dem einer Richtlinie.

Aus juristischer Sicht ist Standard das, „was auf dem betreffenden Fachgebiet den gesicherten Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht und in der medizinischen Praxis zur Behandlung der jeweiligen gesundheitlichen Störung anerkannt ist“.

**\*Struktur-/Prozess-/Ergebnisqualität:**

Grad, in dem (je) ein Satz inhärenter Merkmale der Struktur, der Prozesse bzw. des (Behandlungs-) Ergebnisses Anforderungen erfüllt. Die international gebräuchliche Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität als „Ebenen der Qualitätsbeobachtung und -beurteilung im Gesundheitswesen“ geht auf Donabedian zurück. Er unterscheidet Struktur, Prozess und Ergebnis wie folgt:

"Structure describes the physical, organizational, and other characteristics of the system that provides care and of its environment.

Process is what is done in caring for patients.

Outcome is what is achieved, an improvement usually in health but also in attitudes, knowledge, and behaviour conducive to future health."

Damit umfasst

**Strukturqualität** die Rahmenbedingungen, das Umfeld für die medizinische Versorgung, personelle und materielle Ressourcen, organisatorische und finanzielle Gegebenheiten einschl. der Zugangsmöglichkeiten für die Patienten,

**Prozessqualität** alle medizinischen/pflegerischen/therapeutischen Tätigkeiten, die zwischen Anbietern und Verbrauchern von Gesundheitsleistungen ablaufen,

**Ergebnisqualität** die dem medizinischen/pflegerischen/therapeutischen Handeln zuschreibbaren Veränderungen des Gesundheitszustandes der Patienten einschl. der von diesem Veränderungen ausgehenden Wirkungen.

(Ein Aspekt der Qualität der medizinischen Versorgung, der bestimmt wird durch die Rahmenbedingungen im Einzelfall und durch die politischen und ökonomischen Faktoren, unter denen Gesundheitsversorgung stattfindet (z. B. technische Ausstattung der Praxis, Zugangsmöglichkeiten für Patienten, Fähigkeiten des Praxispersonals, Genauigkeit der Datendokumentation, Ausbildungsstand des Arztes).

Studienplan:

Genaue Festlegung der Annahmen, Hypothesen, statistischen Modellen, der Datenerhebung etc. einer Studie. Ist heute genormt und absolute Voraussetzung für die Anerkennung von Studien.

Subjektivität:

Bewertung aus persönlicher Sicht.

Supervision:

Überwachung eines Prozesses. Im therapeutischen Bereich häufig eingesetzt, um interpersonelle Qualitäten des Arztverhaltens zu beobachten, zu hinterfragen und zu korrigieren.

\*Total Quality Management :

siehe → Umfassendes Qualitätsmanagement

### Tracer-Methode:

Tracer- oder Qualitätsmerkmale sind in der Regel spezifische Gesundheitsprobleme oder Diagnosen, die eine Beurteilung der Stärken und Schwächen der jeweilig durchgeführten Versorgungsmaßnahme erlauben. Für einige medizinische Bereiche, in denen sich Tracer gut herleiten lassen, wurde eine Methode zur tracerbasierten Qualitätssicherung entwickelt. Mit Tracer-Methoden werden auch Qualitätsverfahren in der medizinischen Qualitätssicherung bezeichnet, bei denen von den Ergebnissen exemplarisch ausgewählter Krankheitsbilder auf andere erbrachte Leistungen geschlossen wird (pars pro toto-Ansatz). Tracer-Methoden werden oft in den operativen Disziplinen eingesetzt. Tracer müssen bestimmte Anforderungen erfüllen. So müssen sie beispielsweise leicht diagnostizierbar und gut definierbar sein, hinlänglich bekannt sein und in einer hinreichenden Frequenz auftreten.

### Trendkontrolle:

Plausibilitätsprüfung in Laboratorien, um Probenverwechslungen oder andere grobe Messfehler zu erkennen. Unter Vorgabe einer Irrtumswahrscheinlichkeit, die von den jeweiligen Parametern einer biologischen Kenngröße abhängt, wird automatisch auf alle unplausiblen (auffälligen) Abweichungen von den Vorwerten desselben Patienten aufmerksam gemacht.

### \*Umfassendes Qualitätsmanagement:

Auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt (aus DIN EN ISO 8402: 08.95). Das umfassende Qualitätsmanagement wird im Deutschen das Total Quality Management (TQM) bezeichnet. Der Begriff „Total Quality Management“ ist in der aktuellen Fassung der DIN EN ISO 9000:2000 zu Begriffen im Qualitätsmanagement nicht mehr gesondert definiert. Nach heutigem Verständnis des Qualitätsmanagementansatzes ist diese Führungsmethode bereits so umfassend ausgelegt, dass die frühere Differenzierung zwischen Qualitätsmanagement und umfassendem Qualitätsmanagement nur noch minimal ist. Die Weiterentwicklung von Qualitätsmanagement zu umfassendem Qualitätsmanagement als ganzheitlicher, unternehmensweiter Managementansatz beinhaltet die besondere Hervorhebung einer konsequenten Mitarbeiterorientierung, Umwelt, Gesellschaft, Partnerschaften (vgl. EFQM).

### Validität:

Gültigkeit. Grad der Genauigkeit, mit dem ein Testverfahren das misst, was es messen soll. Die Validität ist das wichtigste, jedoch auch das am schwierigsten zu bestimmende



Gütekriterium (siehe auch → Reliabilität). Nach der Bestimmungsmethode werden verschiedene Gültigkeiten voneinander unterschieden (z.B. Konstruktvalidität, Augenscheinvalidität etc.).

#### Versorgungsforschung:

Systematische Erforschung der Krankenversorgung auf der Ebene der relativen Wirksamkeit (effectiveness) in Ergänzung zur absoluten Wirksamkeit (efficacy) unter Verwendung der Perspektiven der Epidemiologie, der Institutionen (Qualitätsmanagement, Medizinische Soziologie), der Gesundheitssystemforschung (Public Health), der Gesundheitsökonomie und der klinischen Fächer.

#### Volume-Outcome Beziehung:

Beziehung zwischen Anzahl der einem definierten Zeitraum erbrachten Leistungen und der Ergebnisqualität (s. Mindestmengen). Für einige Eingriffe und Prozeduren wissenschaftlich hinreichend belegt.

#### Watch dog-function:

Verfahren aus der rechnergestützten Entscheidungsfindung. Nach festgelegten Regeln prüft ein Computerprogramm verschiedene Daten oder Entscheidungsschritte gegeneinander ab. Ein Beispiel wäre bei einem Arztrechner der Vergleich von Medikationen mit Vorbefunden und potentiellen Wechselwirkungen.

#### Wirksamkeit:

„Ausmaß, in dem geplante Tätigkeiten verwirklicht und geplante Ergebnisse erreicht werden.“

#### Wirtschaftlichkeit (des Qualitätsmanagements):

Vergleich der Aufwendungen und Leistungen von Maßnahmen im Qualitätsmanagement. Die Analyse dieses Aspekts ist Teil der → Evaluation, die jede Maßnahme durchlaufen sollte.

#### Zertifizierung:

Verfahren, in dem ein (unparteiischer) Dritter schriftlich bestätigt, dass ein Erzeugnis, ein Verfahren, eine Dienstleistung oder eine Organisation in ihrer Gesamtheit festgelegte Anforderungen erfüllt.

## 6. Literaturhinweise

### Vorbemerkung

Die Literaturhinweise beziehen die mittlerweile gewonnenen Erfahrungen in der Durchführung von Kursen ebenso ein wie aktuelle Entwicklungen im Bereich der Publikationen zum Thema Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Die Liste kann Anregungen zum vertiefenden Studium geben, erhebt aber keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Des Weiteren ist es ein Anliegen dieser Literaturhinweise, denjenigen ein Einstieg in das Kurssystem zu gewähren, die erst wenig oder gar keine Vorkenntnisse haben, damit also gewissermaßen den Boden für ein erfolgreich absolvierendes Kurssystem zu bereiten.

Die Bundesärztekammer, einschließlich des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer, haben zahlreiche Regelwerke und Empfehlungen in den letzten Jahren verabschiedet mit qualitätssichernden Elementen bzw. als originäre Qualitätssicherungsinstrumente. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat Kraft ihrer gesetzlichen Aufgaben nach dem SGB V z. T. im Rahmen ihrer originären Kompetenzen gemäß § 135 Absatz 3 SGB V zum überwiegenden Teil allerdings auf der Basis von Vereinbarungen und Verträgen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen ebenfalls zahlreiche Regelwerke zur Qualitätssicherung erlassen. Die AWMF ist schließlich seit vielen Jahren sehr aktiv bezüglich der Unterstützung in der Entwicklung von Leitlinien durch die einzelnen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften und hält ein umfangreiches Informationssystem über den aktuellen Stand der Leitlinienentwicklung in Deutschland bereit.

**Ausgewählte Einzelbeiträge:**

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung:

Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“  
Dtsch. Ärzteblatt 95: A2576-79, Köln 1998  
Aktuelle Version unter <http://www.leitlinien.de>

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung:

Leitlinien-In-Fo – Das Leitlinien- Informations- und Fortbildungsprogramm.  
ÄZQ-Schriftenreihe Band 1. W. Zuckschwerdt Verlag, München 1999  
Aktuelle Version unter <http://www.leitlinien.de>

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.):

Kompodium Q-M-A. Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung,  
Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2004

Andrews LB; Stocking C; Krizek T; Gottlieb L; Krizek C; Vargish T; Siegler M:

An alternative strategy for studying adverse events in medical care. Lancet 1997  
Feb 1;349(9048):309-13

Angell, M., Kassirer, J.P.:

Quality and the Medical Marketplace - Following Elephants. N. Engl. J. Med. 335,  
1996, 883-5

Arbeitsgemeinschaft der Medizinischen Wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Ärztliche  
Zentralstelle Qualitätssicherung:

Das Leitlinien Manual von AWMF und ÄZQ. Z. ärztl. Fortbil. Qual. sich. (ZaeFQ)  
2001; 95(Suppl. 1): 1-84

Verfügbar auch unter:

<http://leitlinien.net>

<http://awmf.org>

Audet, A.M., Greenfield, S., Field, M.:

Medical Practice Guidelines: Current Activities and Future Directions. Ann.  
Intern. Med. 113, 1990, 709-14

Bahrs, O., Gerlach, F.M., Szecsenyi, J., Andres, E. (Hrsg.):

Ärztliche Qualitätszirkel - Leitfaden für Klinik und Praxis.  
4. überarbeitete und erweiterte Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1999

Barach, P., Small, S.D.:

Reporting and Preventing Medical Mishaps: Lessons from Non-Medical Near  
Miss Reporting Systems. Brit. Med. J. 320, 2000, 759-63

Berwick, D.M.:

Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. N. Engl. J. Med. 320  
S. 53-6, 1989

Berwick, D. M., Godfrey, A.B., Roessner, J.:

Curing Health Care. Jossey-Bass-Publishers, San Francisco, 1990  
(kein Lehrbuch)

- Berwick, D.M.:  
Payment by Capitation and the Quality of Care. N. Engl. J. Med. 335, 1996, 1227-31
- Beske, F., Hallauer, J. F.:  
Das Gesundheitswesen in Deutschland, Deutscher Ärzteverlag, Köln 1999
- Blendon, R.J., Desroches, C.M., Brodie, M., Benson, J.M., Rosen, A.B., Schneider, E., Altman, D.E., Zapert, K., Herrmann, M.J., Teffenson, A.E.:  
Views Of Practicing Physicians And The Public On Medical Errors. N Engl J Med 2002;347:1933-40
- Blumenstock, G.:  
Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitätsindikatoren der stationären Versorgung auf der Basis administrativer Daten. Publik Health. Ergebnisse und Diskussionsbeiträge zu Gesundheitswissenschaften und zur Gesundheitspolitik, Band 6. Asgard-Verlag, Sankt Augustin 1996
- Blumenthal, D.:  
The Origins of the Quality-of-Care Debate. N. Engl. J. Med. 335, 1996, 1146-9
- Blumenthal, D.:  
Quality of Care - What is it? N. Engl. J. Med. 335, 1996, 891-4
- Blumenthal, D., Epstein, A.M.:  
The Role of Physicians in the Future of Quality Management. N. Engl. J. Med. 335, 1996, 1328-31
- Breyer, F., Zweifel, P.:  
Gesundheitsökonomie, 2. Auflage.  
Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1997
- Brook, R.H., McGlynn, E.A., Cleary, P.D.:  
Quality of Health Care (Part 2): Measuring Quality of Care. N. Engl. J. Med. 335, 1996, 966-9
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (Hrsg.):  
Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement.  
Eigenverlag der BÄK, Köln 1996
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.):  
Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung  
Deutsches Ärzteblatt 94: A2154-55, Köln 1997
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung:  
Das Leitlinien-Clearingverfahren  
Dtsch. Ärzteblatt 96: A 2105-06, Köln 1999
- Callahan, D.:  
Controlling the Costs of Health Care for the Elderly - Fair Means and Foul. N. Engl. J. Med. 335, 1996, 744-6
- Chassin, M.R.:  
Improving the Quality of Care. N. Engl. J. Med. 335, 1996, 1060-3

- Chassin, M. R.:  
Achieving And Sustaining Improved Quality: Lessons from New York State and Cardiac Surgery. Health Affairs 21, 2002, 40-51
- Conen, D.:  
Die Qualität ärztlicher Leistungen.  
Verlag Hans Huber, Bern 1984
- Conrad, H.-J.:  
Die Balanced-Scorecard als modernes Managementinstrument im Krankenhaus,  
Verlag Baumann, Kulmbach 2001
- Conrad, H.-J., Schrappe, M.:  
Qualitätsdarlegung und Qualitätsmanagement im Krankenhaus als Teil der betrieblichen Steuerung. Das Krankenhaus 96, 2004, 24-27
- Cranovsky, R., Hurter, H. (Hrsg.):  
Leitfaden zum Qualitätsmanagement im Schweizerischen Krankenhaus.  
Veska- Ausbildungszentrum, Aarau 1996
- Davies SM, Geppert J, McClellan M, McDonald, K.M., Romano, P.S., Shojania, K.G.:  
Refinement of the HCUP Quality Indicators. Technical Review Number 4 (Prepared by UCSF-Stanford Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-97-0013). AHRQ Publication No. 01-0035. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. May 200
- Dean, B., Schachter, M., Vincent, C., Barber, N.:  
Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. Lancet 359, 2002, 1373-8
- Deming, W.E.:  
Out of the crisis. Quality, Productivity, and Competitive Position.  
Cambridge University Press, Cambridge 1991
- DIN-Taschenbuch 226:  
Qualitätsmanagement und Statistik, Beuth Verlag GmbH, Berlin 1994
- Donabedian, A.:  
Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Vol. I – III  
Health Administration Press, Ann Arbor 1980, 1982, 1985
- Eckardt, J., Sens, B. (2006):  
Praxishandbuch Integrierte Behandlungspfade – Intersektorale und sektorale Prozesse professioneller gestalten. Economica, Heidelberg
- Eichhorn, S. (Hrsg.):  
Integratives Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Konzeption und Methoden eines qualitäts- und kostenintegrierten Krankenhausmanagements. W. Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 1997
- Europarat:  
Empfehlung Rec(2001)13 des Europarates und Erläuterndes Memorandum - Deutschsprachige Ausgabe. Z.ärztl.Fortbil.Qual.sich.(ZaeFQ) 2002; 96(Suppl. 3): 1-59.  
Verfügbar auch unter: <http://www.leitlinien.de>

- Gerlach, F.M., Beyer, M., Szecsenyi, J., Fischer, G.C.:  
Leitlinien in Klinik und Praxis. Welche Anforderungen sollten moderne Leitlinien erfüllen? Welche Strategien zur Entwicklung, Verbreitung und Implementierung haben sich bewährt? Welchen Beitrag können Leitlinien zur Qualitätsförderung in der Medizin leisten? Deutsches Ärzteblatt 95, A1014, Köln 1998
- Gerlach, F. M.,  
Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Thieme, Stuttgart, 2001
- Gerteis, M., Edgeman-Levitan, Daley, Delbanco:  
Through the patient's eyes. Jossey-Bass-Publishers,  
San Francisco, 1993 (Patientenzufriedenheit!)
- Goldfield, N., Nash D.B. (Eds.):  
Providing Quality Care - The Challenge to Clinicians.  
Amer. College of Physicians, Philadelphia 1989
- Gonnella, J.S., Hojat, M., Erdmann, J.B., Veloski, J.J.:  
Assessment Measures in Medical School, Residency, and Practice.  
Springer Publishing, New York 1993
- Graham, N.O. (Ed.):  
Quality Assurance in Hospitals.  
Aspen Publ., Rockville 1990
- Greco, P.J., Eisenberg, J.M.:  
Changing Physicians' Practices. N. Engl. J. Med. 329, 1993, 1271-4
- Grol, R., Grimshaw, J.:  
From Best Evidence to Best practice: Effective Implementation of Change in Patients' Care. Lancet 362, 2003, 1225-30
- Heimerl-Wagner, P., Köck, C. (Hrsg.):  
Management in Gesundheitsorganisationen.  
Ueberreuter Wirtschaftsverlag, Wien 1996
- Holzer, E., Thomeczek, C., Hauke, E., Conen, D., Hochreutener, M.A.:  
Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen. Facultas, Wien, 2005
- Hurwitz, B.:  
Legal and Political Considerations of Clinical Practice Guidelines. Brit. Med. J. 318, 1999, 661-4
- Hyams, AL; Shapiro, D.W., Brennan, TA:  
Medical practice guidelines in malpractice litigation: an early retrospective. J Health Polit Policy Law 1996 Summer;21(2):289-313
- Iglehart, J.K.:  
The National Committee for Quality Assurance. N. Engl. J. Med. 335 1996, 995-9
- Imai, M.:  
Kaizen - The Key to Japan's Competitive Success.  
McGraw Hill, New York 1986

- Institut für Medizinische Informationsverarbeitung:  
Maßnahmen der Medizinischen Qualitätssicherung in der Bundesrepublik  
Deutschland - Bestandsaufnahme. Band 38 der Schriftenreihe des Bundesminis-  
teriums für Gesundheit.  
Nomos-Verlag, Baden-Baden 1994
- Ishikawa, K.:  
What is Total Quality Control? The Japanese Way.  
Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1985
- Jaster, H.-J.:  
Qualitätssicherung im Gesundheitswesen.  
Thieme-Verlag, Stuttgart 1997
- JCAHO 1991:  
Primer on Indicator Development and Application, Joint Commission on Accredi-  
tation of Healthcare Organizations. One Renaissance Blvd, Oakbrook Terrace, Il-  
linois 60181, 1991
- Jencks, S.F., Huff, E.D., Cuerdon, T.:  
Change in the Quality of Care Delivered to Medicare Beneficiaries, 1998-1999 to  
2000-2001. JAMA. 2003;289:305-312  
Kaltenbach, T.:  
Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Qualitäts- und Effizienzsteigerung auf  
der Grundlage des Total Quality Management. 2. Aufl., Bibliomed, Melsungen  
1993
- Kamiske, G. F., Brauer, J. P.:  
Qualitätsmanagement von A bis Z. 5. aktualisierte Auflage  
Hanser, München, 2006
- Kasper, H., Mayerhofer, W.:  
Personalmanagement, Führung, Organisation.  
Ueberreuter Wien, 1993 (3-bändig)
- Kizer, K.W.:  
Establishing Health Care Performance Standards in an Era of Consumerism.  
JAMA 286, 2001, 1213-7
- Lauterbach, K., Schrappe, M. (Hrsg.):  
Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement – ein systematisches Lehr-  
buch. Schattauer Verlag, 2. Auflage, Stuttgart, 2004
- Levinsky, N.G.:  
The Purpose of Advance Medical Planning - Antonomy for Patients or Limitations  
of Care? N. Engl. J. Med. 335, 1996, 741-3
- Loeb, J.M., Nadzam, D.M.:  
Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Performance  
Measurement and Accreditation. In: Seltzer, J., Nash, D.B. (Ed.): Models for  
Quality in Managed Care: Analysis and Impact. New York 1997, 79-99
- Lohr, K.N. (Ed.):  
MEDICARE: A Strategy for Quality Assurance. Vol. I and II  
National Academy Press, Washington 1990
- Luft, H.S.:  
Does Quality Influence Choice of Hospital? JAMA 263, 1990, 2899-06

- Marshall, M.N., Shekelle, P.G., Leatherman, S., Brook, R.H.:  
The Public Release of Performance Data What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence. JAMA. 2000;283:1866-1874
- Mattes, N., Wiest, A.:  
Veröffentlichung von Qualitätsdaten für Krankenhäuser in den USA. In: Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H.: Krankenhausreport 2004, S. 49-74
- Nagorny, H.O., Plocek, M. und Mitarbeiter:  
Praxishandbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus  
Baumann-Verlag, Kulmbach 1997
- Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz:  
Leitfaden zur Qualitätssicherung im Krankenhaus. Hinweise für die praktische Anwendung.  
BMGK, Wien 1994
- Palmer, H., Donabedian, A., Povar, G.J.:  
Striving for Quality in Health Care - An Inquiry into Policy and Practice.  
Health Administration Press, Ann Arbor 1991
- Pronovost, P.J., Nolan, T., Zeger, S., Miller, M., Rubin, H.:  
How can clinicians measure safety and quality in acute care? Lancet 363, 2004, 1061-7
- Roland, M.:  
Linking Physicians' Pay to the Quality of Care — A Major Experiment in the United Kingdom. N. Engl. J. Med. 251, 2004, 1448-1454.
- Romano, P.S., Geppert, J.J., Davies, S., Miller, M.R., Elixhauser, A., McDonald, K.M.:  
A National Profile Of Patient Safety In U.S.Hospitals. A Low-Cost, Universally Available Administrative Data Set Allows Tracking of Patient Safety Indicators in Hospitals Across the Country. Health Affairs 22, 2003, 154-166
- Rose, N., Germann, D.:  
Resultate eines krankenhausesweiten Critical Incident Reporting System (CIRS). Das St. Galler CIRS-Konzept. Gesundh. ökon. Qual. manag. 10, 2005, 83-9
- Rothmund, M.:  
Patientensicherheit. Dtsch. Med. Wochenschr. 130, 2005, 501-2
- Sackett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W, Haynes, R.B.:  
Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. Churchill Livingstone, New York 1997
- Scheibe, O.:  
Qualitätsmanagement in der Medizin. ecomed-Verlag,  
Landsberg/Lech 1996 (Loseblattsammlung)
- Schneeweiss, S., Sangha, O.:  
Leistungsvergleiche in der Medizin. Bedarf, Anforderungen und Wege zur Akzeptanz. Dtsch. Med. Wschr. 126, 2001, 918-24
- Schneeweiss S, Wang PS, Avorn J, Glynn RJ:  
Improved comorbidity adjustment for predicting mortality in Medicare populations. Health Serv Res. 2003 Aug;38(4):1103-20



- Schrappe, M.:  
Das Indikatorenkonzept: zentrales Element des Qualitätsmanagements. Med. Klin. 96, 2001, 642-7
- Schrappe, M.:  
Zum Zusammenhang zwischen Führung, Arbeitsbedingungen und Qualität der Krankenhausarbeit. In: B. Badura, H. Schellschmidt, C. Vetter: Fehlzeiten-Report 2004, Springer, Heidelberg 2005, S. 111-124
- Schrappe, M.:  
Patientensicherheit und Risikomanagement. Med. Klinik 100, 2005, 478-85
- Schrappe, M.:  
Zum Zusammenhang zwischen Führung, Arbeitsbedingungen und Qualität der Krankenhausarbeit. In: B. Badura, H. Schellschmidt, C. Vetter: Fehlzeiten-Report 2004, Springer, Heidelberg 2005, S. 111-124
- Selbmann, H.K., Überla, K.K. (Hrsg.):  
Quality Assessment of Medical Care.  
Bleicher-Verlag, Gerlingen 1982
- Selbmann, H.K. (Hrsg.):  
Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin.  
Bleicher Verlag, Gerlingen 1995
- Seltzer, J., Nash, D.B. (Ed.):  
Models for Quality in Managed Care: Analysis and Impact.  
New York 1997, 79-99
- Sens, B., Fischer B., (Hrsg.):  
„Qualitätsmanagement in der Medizin“: Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements; 3. Auflage 2007
- Shekelle, P.G., Woolf, S.H., Eccles, M., Grimshaw, J.:  
Developing Guidelines. Brit. Med. J., 318, 1999, 593-6
- Shojania, K.G., Burton, E.C., McDonald, K.M., Goldman, L.:  
The Autopsy as an Outcome and Performance Measure. AHRQ Evidence Report/Technology Assessment No. 58, AHRQ Publication No. 03-E002, Rockville 2002
- Shojania, K.G., Grimshaw, J.M.:  
Evidence-Based Quality Improvement: The State Of The Science. Health Affairs 24, 2005, 138-150
- Studdert, D.M., Mello, M.M., Brennan, T.A.:  
Medical Malpractice. N. Engl. J. Med. 350, 2004, 283-292
- Thomson, R.G., McElroy, H., Kazandjian, V.A.:  
Maryland Hospital Quality Indicator Project in the United Kingdom: An Approach for Promoting Continuous Quality Improvement.  
Qual. Health Care 6, 1997, 49-55

Thomeczek, C., Bock, W., Conen, D., Ekkernkamp, A., Everz, D., Fischer, G., Gerlach, F., Gibis, B., Gramsch, E., Jonitz, G., Klakow-Frank, R., Oesingmann, U., Schirmer, H.-D., Smentkowski, U., Ziegler, M., Ollenschläger, G.:  
Das Glossar Patientensicherheit – ein Beitrag zur Definitionsbestimmung und zum Verständnis der Thematik "Patientensicherheit" und „Fehler in der Medizin“. *Geswesen* 66, 2004, 833-40

Vincent, C.:  
Understanding und Responding to Adverse Events. *N. Engl. J. Med.* 348, 2003, 1051-6

Von Laue, N., Schwappach, D.L.B., Koeck, C.M.:  
The Epidemiology of Medical Errors: A Review of the Literature. *Wien. Klin. Wochenschr.* 115, 2003, 318-25

Von Laue, N., Schwappach, D.L.B., Koeck, C.M.:  
The Epidemiology of Preventable Adverse Drug Events: A Review of the Literature. *Wien. Klin. Wochenschr.* 115, 2003, 407-15

Wachter, R.M.:  
The End Of The Beginning: Patient Safety Five Years After 'To Err Is Human'. Amid Signs Of Progress, There Is Still A LongWay To Go. *Health Affairs* 23, Suppl. 2, 2005, 534-45

Zhan, C., Miller, M.:  
Excess Length of Stay, Charges, and Mortality Attributable to Medical Injuries During Hospitalization. *JAMA* 290, 2003, 1868-74

## **Zeitschriften zum Qualitätsmanagement**

American Journal of Medical Quality (Organ der American College of Medical Quality, 1992-)

Australian Clinical Review (Organ der Australian Council on Health Care Standards and the Australian Medical Association, 1979-)

The Canadian Journal of Quality in Health Care (Organ der Canadian Association for Quality in Health Care, 1987-)

Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement (Thieme-Verlag, 1997-)

Iatrogenics: Complications in Health Care (Organ der International Society for the Prevention of Iatrogenic Complications, 1991-)

International Journal for Quality in Health Care (University Press, 1987-)

Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis (Organ der Gesellschaft für Angewandtes Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen, pmi-Verlag, 1993-)

Quality Assurance Abstracts (Department of Health and Social Security, Stanmore 1986-)

Quality Assurance in Health Care (Organ der International Society for Quality Assurance in Health Care, 1989-, im Mitgliedsbeitrag enthalten)

Quality and Safety in Health Care (British Medical Journal, 1992-)

Quality Management in Health Care (Aspen, 1992-)

Quality Review Bulletin (Organ der Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations (JCAHO), The JCAHO Journal of Quality Improvement, 1976-)

Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung (1997-),  
Jena – Urban & Fischer Verlag, Part of the Elsevier Group

Eye on Improvement. Published by the Institute for Healthcare Improvement, Boston, MA, USA.

## 7. Ansprechpartner, Fortbildungsveranstaltungen

Ansprechpartner zu allgemeinen Fragen zum Curriculum ist primär die Bundesärztekammer. Spezielle Fragen können auch an die Mitherausgeber gerichtet werden.

Bundesärztekammer (BÄK)  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
Tel.-Nr. 030-400456-0  
Fax-Nr. 030-400456-378  
E-Mail: [info@baek.de](mailto:info@baek.de)  
<http://www.bundesaerztekammer.de>

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen  
Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)  
Uhierstr. 20  
40223 Düsseldorf  
Tel.-Nr. 0211-312828  
Fax-Nr. 0211-316819  
E-Mail: [awmf@awmf.org](mailto:awmf@awmf.org)  
<http://awmf.org>  
Leitlinien: <http://leitlinien.net>

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)  
Herbert-Lewin-Platz 2  
10623 Berlin  
Tel.-Nr. 030-4005-0  
Fax-Nr. 030-4005-1590  
E-Mail: [info@kbv.de](mailto:info@kbv.de)  
<http://www.KBV.de>

Bezüglich der Informationen über den aktuellen Stand von Leitlinien kann ferner auch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin kontaktiert werden.

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)  
Wegelystr. 3  
10623 Berlin  
Tel.: 030-4005-2501  
Fax: 030-4005-2555  
Email: [mail@azq.de](mailto:mail@azq.de)  
<http://www.azq.de>

**Fragen zur Durchführung der Kurse, insbesondere Termine, sollten direkt an die Landesärztekammern bzw. Kursveranstalter gerichtet werden:**

<b>Landesärztekammern</b>	<b>Kursveranstalter</b>	<b>Ansprechpartner Telefon, Fax, Email</b>
Landesärztekammer Baden-Württemberg	<b>Sozial- und Arbeitsmedizini- sche Akademie (SAMA) Baden-Württemberg e.V.</b> Geschäftsstelle Stuttgart Adalbert-Stifter-Str. 105 70437 Stuttgart	Frau Dr. Dagmar Brendle Herr Dr. Edwin Toepler Tel.: 0711 – 84 88 84-0 Fax: 0711 – 84 88 84-20 Email: <a href="mailto:Info@sama.de">Info@sama.de</a>
Bayerische Landesärztekammer	<b>Bayerische LÄK</b> Mühlbaaurstr. 16 81677 München	Frau Dipl.-Kfm. Andrea Klünspies- Lutz Tel.: 089 – 4147-288 Fax: 089 – 4147-831 Email: <a href="mailto:a.lutz@blaek.de">a.lutz@blaek.de</a>
Ärztekammer Berlin	<b>Ärztekammer Berlin</b> Friedrichstr. 16 10969 Berlin	Frau Christa Markl-Vieto Estrada Tel. 030 – 259 32 636 Tel.: 030 – 4080 61400 Fax: 030 – 4080 655 1400 Email: <a href="mailto:c.markl@aekb.de">c.markl@aekb.de</a>
Landesärztekammer Brandenburg	<b>schlossakademie für medizin &amp; management gmbh</b> Am Hang 11 24113 Kiel-Schulensee	Herr Manfred Kieckbusch Herr Dr. Gregor Viethen Tel.: 0431 – 65 94 99 89 Fax: 0431 – 65 99 77 2 Email: <a href="mailto:info@schlossakademie.de">info@schlossakademie.de</a>
Ärztekammer Bremen	<b>Ärztekammer Bremen</b> Schwachhauser Heerstr. 30 28209 Bremen  in Kooperation mit der <b>Ärzte- kammer Hamburg und der Firma quant, Hamburg</b>	Frau Dr. Susanne Hepe Tel.: 0421 – 3404 – 260 Fax: 0421 – 3404 – 208 Email: <a href="mailto:info@aekhb.de">info@aekhb.de</a>  quant GmbH Frau Dr. Karin Kühn-Walz Wendenstr. 309 20537 Hamburg Tel.: 040-25407840 Fax: 040-25407848 <a href="mailto:info@quant-forum.de">info@quant-forum.de</a>
Ärztekammer Hamburg	<b>Ärztekammer Hamburg</b> Humboldtstr. 56 22083 Hamburg  in Kooperation mit der <b>Ärzte- kammer Bremen und der Firma quant, Hamburg</b>	Herr Dr. Carsten Leffmann Tel.: 040-2272-8819 Fax: 040-2272-8822 Email: <a href="mailto:carsten.leffmann@aerztekammer-hamburg.de">carsten.leffmann@aerztekammer- hamburg.de</a>  quant GmbH Frau Dr. Karin Kühn-Walz Wendenstr. 309 20537 Hamburg Tel.: 040-25407840 Fax: 040-25407848 <a href="mailto:info@quant-forum.de">info@quant-forum.de</a>
Landesärztekammer Hessen	<b>Landesärztekammer Hes- sen</b> Im Vogelsgesang 3 60488 Frankfurt	Herr Dr. Roland Kaiser Tel.: 069-976720 Fax: 069-97672128 Email: <a href="mailto:roland.kaiser@laekh.de">roland.kaiser@laekh.de</a>

Ärztékammer Mecklenburg-Vorpommern	<b>Ärztékammer Mecklenburg-Vorpommern</b> August-Bebel-Str. 9a 18055 Rostock  in Kooperation mit der <b>schlossakademie für medizin &amp; management gmbh</b> Am Hang 11 24113 Kiel-Schulensee	Frau Dahms Herr Dr. med. Dietze  Tel.: 0381 – 492 800 Fax: 0381 – 492 8080 Email: <a href="mailto:info@aek-mv.de">info@aek-mv.de</a>  Herr Manfred Kieckbusch Herr Dr. Gregor Viethen Tel.: 0431 – 65 94 99 89 Fax: 0431 – 65 99 77 2 Email: <a href="mailto:info@schlossakademie.de">info@schlossakademie.de</a>
Ärztékammer Niedersachsen	<b>Ärztékammer Niedersachsen Zentrum für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (ZQ)</b> Berliner Allee 20 30175 Hannover	Frau Dr. Brigitte Sens  Tel.: 0511 – 380-2505 Fax: 0511 – 380-2118 Email: <a href="mailto:sens@zq-aekn.de">sens@zq-aekn.de</a>
Ärztékammer Nordrhein	<b>Nordrheinische Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung</b> Tersteegenstr. 9 40474 Düsseldorf	Herr Dr. Lösche Tel.: 0211 – 4302 – 1303 Frau Britta Hansmeier Tel.: 0211 – 4302 – 1368 Fax: 0211 – 4302 – 390 Email: <a href="mailto:akademie@aekno.de">akademie@aekno.de</a>
Landesärztékammer Rheinland-Pfalz	<b>Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland- Pfalz</b> Deutschhausplatz 3, 3. OG 55116 Mainz	Frau E. Seltmann  Tel.: 06131 – 28438 – 0 Fax: 06131 – 28438 – 10 Email: <a href="mailto:seltmann@arztkolleg.de">seltmann@arztkolleg.de</a>
Ärztékammer des Saarlandes	<b>Ärztékammer des Saarlandes</b> Faktoreistr. 4 66111 Saarbrücken  in Kooperation mit der <b>schlossakademie für medizin &amp; management gmbh</b> Am Hang 11 24113 Kiel-Schulensee	Frau Anja Balzer  Tel.: 0681 – 4003 278 Fax: 0681 – 4003 370 Email: <a href="mailto:info-aeks@aeksaar.de">info-aeks@aeksaar.de</a>  Herr Manfred Kieckbusch Herr Dr. Gregor Viethen Tel.: 0431 – 65 94 99 89 Fax: 0431 – 65 99 77 2 Email: <a href="mailto:info@schlossakademie.de">info@schlossakademie.de</a>
Sächsische Landesärztékammer	<b>Sächsische Landesärzte- kammer</b> Schützenhöhe 16 01099 Dresden	Frau Dr. Katrin Bräutigam  Tel.: 0351 – 8267 – 311 Fax: 0351 – 8267 – 312 Email: <a href="mailto:aegf@slaek.de">aegf@slaek.de</a>

<p>Ärzttekammer Sachsen-Anhalt</p>	<p><b>schlossakademie für medizin &amp; management GmbH</b> Am Hang 11 24113 Kiel-Schulensee</p> <p>in Kooperation mit der <b>Akademie für medizinische Fort- und Weiterbildung der Ärzttekammer Sachsen- Anhalt</b> Doctor-Eisenbart-Ring 2 39120 Magdeburg</p>	<p>Herr Manfred Kieckbusch Herr Dr. Gregor Viethen Tel.: 0431 – 65 94 99 89 Fax: 0431 – 65 99 77 2 <a href="mailto:info@schlossakademie.de">info@schlossakademie.de</a></p> <p>Herr Peter Jonzeck Tel.: 0391 – 60 54 7700 Fax: 0391 – 60 54 7750 Email: <a href="mailto:akademie@aeksa.de">akademie@aeksa.de</a></p>
<p>Ärzttekammer Schleswig-Holstein</p>	<p><b>Akademie für Medizinische Fort- und Weiterbildung Ärzttekammer Schleswig- Holstein</b> Bismarckallee 8-12 23795 Bad Segeberg</p>	<p>Frau Helga Pecnik Tel.: 04551 – 803 – 179 Fax: 04551 – 803 – 194 Email: <a href="mailto:akademie@aeksh.org">akademie@aeksh.org</a></p>
<p>Landesärztekammer Thüringen</p>	<p>Keine Angaben</p>	
<p>Ärzttekammer Westfalen-Lippe</p>	<p><b>Institut für ärztliches Mana- gement der Ärztekammer Westfalen-Lippe</b> Postfach 4067 48022 Münster</p>	<p>Herr Dr. Jochen Bredehöft Tel.: 0251 – 9292 600 Fax: 0251 – 9292 649 Email: <a href="mailto:jochen.bredehoeft@aekwl.de">jochen.bredehoeft@aekwl.de</a></p>

## 8. Abkürzungsverzeichnis

AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AQ	Gesellschaft für Angewandtes Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen
APS	Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.
AQS	Ausschuss Qualitätssicherung und angewandte Statistik im DIN Deutsches Institut für Normung e.V.
äzq	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BAM	Bundesamt für Materialprüfung
BCS	British Calibration Service
BQS	BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH
BRC	British Reference Council
CAQ	Computer Aided Quality Assurance
CAQ	Chirurgische AG für Qualitätssicherung in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
CEN	Comité Européen de Normalisation
CENELEC	Comité Européen de Normalisation Electrotechnique
CQI	Continuous Quality Improvement (nicht mehr üblich: → CI)
CI	Continual Improvement
DACH	Deutsche Akkreditierungsstelle Chemie
DAP	Deutsches Akkreditierungssystem Prüfwesen
DAR	Deutscher Akkreditierungsrat
DASMIN	Deutsche Akkreditierungsstelle Mineralöl
DEKITZ	Deutsche Koordinierungsstelle für IT- Normenkonformitätsprüfung und -zertifizierung (IT = Informati- onstechnik)
DGPI	Deutsche Gesellschaft für Produktinformation
DGQ	Deutsche Gesellschaft für Qualität
DGWK	Deutsche Gesellschaft für Warenkennzeichnung
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Infor- mation
DIN	Deutsches Institut für Normung
DINZERT	Deutscher Zertifizierungsrat
DKD	Deutscher Kalibrierdienst
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.
DRG	Diagnosis-Related Groups
EAC	European Accreditation of Certification
EFQM	European Foundation for Quality Management
EOQ	European Organization for Quality
EPA	Environmental Protection Agency
EQA	European Quality Award
EQNET	European Network for Quality System Assessment and Certifi- cation
EQS	European Committee for Quality System Assessment and Cer- tification
FMEA	Fehlermöglichkeits- und Einflussanalyse
FTA	Fault Tree Analysis



---

GCP	Good Clinical Practice (Richtlinien zur klinischen Prüfung von Arzneimitteln)
GGTS	Gütegemeinschaft Software
GLP	Gute Laborpraxis
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss nach § 91 SGB V
gmds	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V.
GQMG	Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.
GS	Geprüfte Sicherheit
ILAC	International Laboratory Accreditation Conference
IOM	Institute of Medicine
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISO	International Organization for Standardization
ISQua	International Society for Quality in Healthcare
IUPAC	International Union of Pure and Applied Chemistry
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	Joint Commission International
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KTQ®	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (nicht mehr üblich: → ständige Verbesserung oder CI)
NBS	National Bureau of Standards
NQMC	National Quality Measures Clearinghouse™
NQSZ	Normenausschuss Qualitätsmanagement, Statistik und Zertifizierungsgrundlagen
ÖVQ	Österreichische Vereinigung für Qualitätssicherung
PIMS	Profit Impact of Market Strategy
PSRO	Professional Standards Review Organisations
QA	Quality Assurance
QB	Qualitätsbeauftragter
QC	Qualitätscontroll-Probe; Qualitätscontroller
QEP®	Qualität und Entwicklung in Praxen
QF	Qualitätsförderung (Mitarbeiterschulung)
QM	Qualitätsmanagement; Quality Management
QMH	Qualitätsmanagement-Handbuch
QS	Qualitätssicherung; auch in Wortverbindungen
QZ	Qualitätszirkel
RAL	Deutsches Institut für Gütesicherung und Kennzeichnung
SGB V	Sozialgesetzbuch Nr. V
SQS	Schweizerische Vereinigung für Qualitätssicherungs-Zertifikate
TGA	Trägergemeinschaft für Akkreditierung
TQM	Total Quality Management
UQM	Umfassendes Qualitätsmanagement (“deutschsprachiges” Synonym für TQM)
VDA	Verband der Automobilindustrie
VDI	Verband Deutscher Ingenieure
VMPA	Verband der Materialprüfanstalten
WELAC	Western European Laboratory Accreditation Conference
ZLS	Zentralstelle der Länder für Sicherheitstechnik

## 9. Stichworte, Index

- Akkreditierung 37, 43, 80, 88, 98  
Audit 26, 63, 80, 114  
Autopsie 37, 43, 80
- Dokumentation 23, 25, 40, 52, 63, 69, 84, 86, 87, 88, 95, 105
- Effektivität 5, 8, 10, 27, 32, 34, 45, 46, 49, 54, 63, 77, 85, 97, 102  
Effizienz 5, 10, 49, 85, 89, 97, 102  
Empfehlungen 7, 6, 10, 20, 21, 25, 40, 65, 67, 76, 85, 88, 108, 118  
Epidemiologie 22, 23, 24, 25, 27, 37, 41, 78, 85, 87, 114  
Ergebnis 8, 45, 78, 81, 85, 92, 98  
Evaluation 19, 29, 30, 37, 46, 51, 55, 57, 67, 75, 85, 94, 95, 107, 115
- Fallbesprechungen 3, 21, 22, 74, 75  
Fallkonferenz 43
- Gesundheitsökonomie 7, 8, 15, 22, 23, 24, 25, 29, 52, 53, 65, 110, 112, 113, 117
- Indikatoren 22, 23, 24, 42, 45, 97  
  Qualitätsindikatoren 28, 42, 99, 109  
interdisziplinär 63  
interkollegial 7  
interprofessionell 32  
interprofessionelle 61  
ISO 5, 6, 24, 25, 48, 80, 82, 84, 88, 89, 96, 97, 100, 101, 102, 107
- Klinische Studien 89  
Kommunikation 7, 23, 32, 35  
Kommunikationsfähigkeit 25, 32  
Konsil 37, 43  
Kritikfähigkeit 36  
KTQ 15, 18, 48, 80, 90
- Lebensqualität 33, 34, 42, 49, 50  
Leitlinien 6, 10, 23, 24, 25, 28, 35, 40, 45, 46, 49, 63, 66, 69, 89, 90, 93, 97, 99, 105, 108, 109, 110, 111, 112, 115, 118
- Menschenrechte 27, 33  
Moderator 92  
Mortalitätskonferenz 43
- Normen 5, 6, 10, 25, 35, 78, 80, 88, 89, 93, 96, 97, 100, 102
- Obduktion 3, 80, 93  
Organisationstechnik 27, 40
- Patientenzufriedenheit 24, 32, 33, 42, 49, 66, 112  
Peer Review 44, 94, 95  
Problemanalyse 29, 55, 56, 63, 64, 65  
Professionalität 27, 32, 34  
Prozeß 5, 25, 29, 32, 35, 45, 46, 56, 63, 78, 83, 86, 88, 95, 98  
Prozeßanalyse 21, 23, 28, 37, 39, 44, 45, 56
- Qualitätsdimensionen 99  
Qualitätskontrolle 7, 8, 48, 78, 87, 99, 103  
Qualitätsmanagement 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 5, 6, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 37, 38, 40, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 56, 59, 60, 61, 63, 73, 74, 76, 78, 86, 90, 95, 96, 98, 100, 101, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 120  
Qualitätsmodelle 27, 28, 41  
Qualitätssicherung 1, 2, 3, 5, 6, 7, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 20, 28, 40, 43, 44, 48, 54, 73, 74, 78, 79, 80, 82, 86, 87, 88, 89, 93, 99, 100, 101, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118  
  Externe Qualitätssicherung 86  
  Interne Qualitätssicherung 88  
Qualitätszirkel 9, 19, 28, 44, 50, 63, 66, 92, 102, 109, 111
- Rationalisierung 15, 33, 53  
Rationierung 15, 33, 52, 53  
Register 3  
Richtlinien 10, 15, 17, 25, 40, 74, 85, 91, 99, 103, 105
- Standards 6, 7, 10, 12, 20, 25, 88, 93, 96, 104, 105, 117  
Statistik 14, 19, 22, 23, 24, 25, 27, 37, 41, 78, 111  
Strukturqualität 3, 41, 106
- Teamfähigkeit 32, 35

Zertifikat 16, 17, 19, 31, 59, 74

Zertifizierung 14, 18, 23, 24, 43, 48, 66,  
78, 88, 89, 97, 98, 107