

## 10 Jahre medizinische Qualitätssicherung an der Sächsischen Landesärztekammer und im Freistaat Sachsen



Doz. Dr. med. Roland Goertchen

Qualitätssicherung (QS) war und ist traditionsgemäß nach wie vor im Interesse unserer Patienten ein ureigenes Anliegen und selbstverständlicher Anteil ärztlicher Tätigkeit und gehört somit zur beruflichen Professionalität der Ärzteschaft. Mit der Zunahme des öffentlichen Interesses an QS in der Medizin war es nicht nur notwendig transparente Methoden zu entwickeln, sondern auch den Begriff Qualitätssicherung auf Inhalt und Zielstellung in der Medizin zu überprüfen und neu zu definieren.

Der Aufbau der Sächsischen Landesärztekammer vor 10 Jahren viel in eine Zeit, in der Sprach- und Begriffsverwirrungen verbunden mit unterschiedlichen Zielstellungen und Zuständigkeiten auf dem Gebiete der QS die Einführung von Maßnahmen zur Sicherung der Qualität nicht besonders einfach gestalten ließen.

Denkt man an die Säuglingssterblichkeitskommissionen, den Strahlenschutz aber auch an die landesweiten Auswertungen der gynäkologischen Krebsprophylaxe wie auch an die Qualitätsbögen der Anästhesie in der damaligen DDR und nicht zuletzt an die wesentlich höheren Autopsieraten, so war den Gründungsmitgliedern der Sächsische Landesärztekammer vor 10 Jahren der Begriff QS in der Medizin durchaus nicht neu. So war es auch um so mehr verständlich, dass sich auf eine Einladung von Dozent

Dr. med. habil. Roland Goertchen aus Görlitz im Auftrage von Prof. Dr. med. habil. Heinz Diettrich, seinerzeit Medizinische Akademie Dresden, mehr als 65 leitende Ärzte aus den verschiedensten Regionen Sachsens zur Mitarbeit an einer von der Ärzteschaft getragenen QS meldeten. Doch wurde allen relativ schnell bewusst, dass es zwar an Ideen und Indikationen innerhalb der verschiedenen Fachdisziplinen nicht fehlte, wohl aber an umsetzbaren Projekten wie auch zum Teil am methodischen Durchblick. Viele verstanden unter QS, dass man nur den „neuen Wein in alte Schläuche zu gießen“ hätte. Ärzte, die von sich behaupten konnten, sie würden mit den Formen, Methoden beziehungsweise den Werkzeugen der QS näher vertraut sein, gab es fast nicht, wohl aber eine sehr große Bereitschaft, so viel und so schnell wie möglich an Projekten zur Qualitätssicherung im Lande Sachsen zu entwickeln und umzusetzen. Das SGB V war dazu die einzige gesetzliche Grundlage und hinsichtlich der Zuständigkeit der Ärzteschaft noch dazu unzulänglich. Darüber hinaus gab es zunächst weder ein Heilberufegesetz noch ein Landeskrankenhausgesetz, auf das das ärztliche Qualitätsmanagement reflektieren konnte.

So waren es insbesondere die Chirurgen unter Dr. Volkmar Hesse und Dr. Egbert Perßen (Meißen), die Neonatologen unter Prof. Dieter Gmyrek (Dresden) wie auch die Geburtshelfer mit Dr. med. habil. Konrad Müller (Chemnitz), die sich im Lande, das heißt in der BRD nach vorhandenen Projekten umsahen und sich fast gleichzeitig mit dem von der 1. Kammerversammlung gewählten Ausschuss für Qualitätssicherung zu Facharbeitsgruppen strukturierten. Zum Vorsitzenden des Ausschusses wurde Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen, Chefarzt des Institutes für Pathologie der Klinikum Görlitz GmbH gewählt. Im Zusammenhang mit dem bereits gewählten Ausschuss bestanden als Teile desselben weitere Interessengruppen für Qua-

litätssicherung, so zum Beispiel im Bereich der bildgebenden Diagnostik, der Pathologie und internistischer Therapie, die noch für längere Zeit beratend ehrenamtlich tätig waren. Parallel dazu wurde der Ausschuss für Diagnostik unter Prof. Lothar Beier (Chemnitz) an der Landesärztekammer gegründet, der sich unter anderem auch mit Fragen der Implementierung von Qualitätssicherung auf dem Gebiete der Diagnostik beschäftigte, so zum Beispiel mit der Labormedizin.

Wie die Bundesärztekammer (BÄK), so orientierte auch die Sächsische Landesärztekammer über lange Zeit ausschließlich auf die externe Qualitätssicherung mit dem Ziel, durch anonymisierte Datenerfassung zur Standortbestimmung der einzelnen Kliniken im Lande zu kommen. Das dieses nicht ohne Vertreter der Krankenhäuser und der Krankenkassen ging und geht lag auf der Hand, zumal zumindestens die Sachkosten zu finanzieren waren. So kam es vor 1992 zu dem ersten dreiseitigen Vertrag zur Qualitätssicherung im Freistaat Sachsen zwischen den Vertretern der Krankenkassen, der Sächsischen Krankenhausgesellschaft und der Sächsischen Landesärztekammer, der heute noch besteht. Das Instrument dieses Vertrages wurde der Lenkungsausschuss, dessen Vorsitz innerhalb der Vertragspartner rotierte. Bis heute war und ist die enge Kollegialität, die sehr gewissenhafte sowie verlässliche und sehr verantwortungsvolle Arbeit aller Vertragspartner miteinander eine der wesentlichsten Säulen der externen Qualitätssicherung in Sachsen geblieben. An dieser Stelle sei dabei besonders dem Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft (KGS), Herrn Dr. Helm, Herrn Verhees stellvertretend für die AOK sowie Herrn Marr vom VdAK und all ihren engeren Mitarbeitern besonders Dank gesagt.

Mit der Ratifizierung dieses dreiseitigen Vertrages war die Basis zur Schaffung

der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung an der Sächsische Landesärztekammer unter Frau Dr. Angelika Jäger geschaffen worden. Parallel dazu entstand die gesetzlich geforderte Röntgenstelle unter Dr. Peter Wicke. Beide waren damit die ersten Ärzte, die sich hauptberuflich der Qualitätssicherung in der Medizin im Freistaat Sachsen widmeten. Ihnen gebührt Anerkennung und Dank, zumal ohne sie der heutige Stand kaum erreichbar gewesen wäre. Dennoch blieb in der Vertragsgestaltung von Anbeginn der Mangel, dass es nicht gelungen war, die KVS in den Grundlagenvertrag zur QS mit einzubeziehen, was sich zum Beispiel Jahre später am Beispiel der Leistenhernie negativ auszahlte.

Die Initiative zur Peri- und Neonatalerhebung in Sachsen, wie wir sie heute kennen, ging von einigen sächsischen Frauenärzten und Neonatologen aus, die sich im April 1991 in der Universitätsfrauenklinik Leipzig trafen, um eine sächsische Arbeitsgruppe Peri- und Neonatalerhebung ins Leben zu rufen. Diese auf den ersten Blick spontan anmutende Aktion hatte zwei Hintergründe. Einerseits waren mit der Wende die staatlich organisierten Säuglingssterblichkeitskommissionen weggefallen, so dass ein Vakuum in der Evaluation der Reproduktionsmedizin entstanden war. Andererseits hatten sich im westlichen Teil Deutschlands inzwischen in allen Bundesländern Peri- und Neonatalerhebungen etabliert, die ursprünglich von Bayern (1974) bzw. Niedersachsen (1984) ausgegangen waren. Die Chefs der geburtshilflichen und neonatologischen Einrichtungen in Sachsen empfanden es als ein Defizit, ihre Ergebnisse nicht überprüfen zu können und darüber hinaus wollten sie diese jetzt nach der Vereinigung auch mit denen der alten Bundesländer vergleichen.

Zu der Veranstaltung in Leipzig war der Vater der Perinatalerhebung in Bayern,

Dr. Conrad, eingeladen worden, der ausführlich über Geschichte, Zielstellung und Strategie wie auch Ergebnisse der bayerischen Peri- und Neonatalerhebung berichtete und viele hilfreiche Hinweise gab. Dort in Leipzig konstituierte sich eine „Kommission“ von 10 Geburtshelfern und 6 Neonatologen, aus der Ende des Jahres 1991 die heutige Arbeitsgruppe (AG) Peri- und Neonatologie der Sächsische Landesärztekammer hervorging. Diese AG setzt sich zusammen aus 3 Geburtshelfern, 3 Neonatologen und einem Medizininformatiker und wurde 1999 um je einen Frauenarzt und Kinderarzt aus einer peripheren Einrichtung ergänzt. Um die Leitung der AG hat sich der langjährige Vorsitzende (1992 – 1999), Dr. med. habil. Müller (Frauenarzt in Chemnitz) besonders verdient gemacht. Mit großem Elan wurde sofort Anfang 1992 mit der landesweiten Erhebung begonnen, obwohl der erforderliche dreiseitige Vertrag zwischen der Sächsische Landesärztekammer, der KGS und den Krankenkassen erst am 7. 4. 1993 abgeschlossen werden konnte. Die an der Erhebung Beteiligten wollten jedoch nicht wertvolle Zeit verlieren. In der Zwischenzeit sprang die Sächsische Landesärztekammer ein, in dem sie die Kosten vorfinanzierte. Das Echo der beteiligten sächsischen Kliniken war von Anfang an groß – auch ein Zeichen dafür, dass die Qualitätssicherung auf dem Gebiete der Reproduktionsmedizin einem Bedürfnis der Beteiligten entsprach und nach wie vor entspricht. Alle sächsischen Frauen- und Kinderkliniken waren von Anfang an dabei.

Die Peri- und Neonatologische Arbeitsgruppe hat diese Erhebung gelenkt und nach Kräften unterstützt. Die Ergebnisse wurden in regelmäßigen Beratungen, 6 bis 7 mal/Jahr ausgewertet und einmal jährlich mit allen beteiligten Chefärzten diskutiert. Außerdem erfolgte jedes Jahr in einer repräsentativen Broschüre die Ergebnisdarstellung mit Kommentaren.

Aus der Tätigkeit der Arbeitsgruppe seien stellvertretend für die Vielzahl von Aktivitäten folgende besonders hervorzuheben:

1. *1995 erarbeitete die AG ein Regionalisierungskonzept zur Konzentration der Risikogeburten und Neugeborenen, dass eine logische Konsequenz bisheriger Erhebungen war. 1998 zeigte das Konzept erste Erfolge, die jedoch in den Regierungsbezirken Dresden und Chemnitz noch nicht endgültig befriedigen können.*
2. *Vom Erhebungsjahr 1997 an trat die AG in einzelnen Kliniken in einen schriftlichen Dialog. Sie weist die Einrichtungen jährlich auf klinikspezifische, auffällige Ergebnisse hin und fordert diese zu einer Stellungnahme auf. Der Dialog hat die Arbeit mit den Erhebungsergebnissen intensiviert und sich aus diesem Grunde außerordentlich bewährt.*
3. *wurde 1998 der neonatologische Fragebogen novelliert und inhaltlich wesentlich verbessert; im Jahre 2001 steht eine ähnliche Verbesserung des perinatalogischen Fragekataloges an.*
4. *Die Ableitung einer Reihe von Qualitätskriterien in der Perinatal- und Neonatalerhebung war mit eines der wichtigen Ergebnisse dieser Projekte.*
5. *Die AG hat darüber hinaus auf die Etablierung örtlicher Qualitätszirkel Einfluss genommen, in den die Einrichtungen einer Region ihre Ergebnisse vergleichen und freimütig und kollegial diskutieren. Inzwischen gibt es solche regionalen Zirkel im Regierungsbezirk Leipzig, im östlichen Teil des Regierungsbezirkes Dresden und auch noch in statu nascendi im Regierungsbezirk Chemnitz. Zwar stecken noch diese Bemühungen in den Anfängen, zeigen aber erste zarte Auswirkungen und Reflektionen.*

Die sächsische Peri- und Neonatalerhebung kann auf über 8 Jahre erfolgreiche Arbeit zurückblicken. Mit ihr konnte die frühe neonatale Sterblichkeit (der ersten 7 Lebenstage) in Sachsen nach den Zahlen des statistischen Landesamtes zwischen 1990 und 1998 von 3 auf 2,3 Promille gesenkt werden. Das 2,3 Promille ist angesichts der Tatsache, dass sich der Anteil der extrem kleinen Frühgeborenen (unter 1000 g) nahezu verdoppelt hat, ein beachtlicher Erfolg.

Es ist sicher nicht falsch einzuschätzen, dass der Erfolg der sächsischen Peri- und Neonatalerhebung in erster Linie auf das Bemühen der Beteiligten zurückzuführen ist, die Säuglingssterblichkeit und Morbidität weiter zu senken. Dabei sind die Prinzipien „Freiwilligkeit der Beteiligung“ und „Anonymität der Ergebnisse“ zwei demokratische Faktoren, die die Motivation fördern. An diesen bewährten Prinzipien ist seit der Einführung der perinatalen Qualitätssicherung durch die Bayern 1974 bewusst festgehalten worden.

Da in den letzten Jahren der DDR in Sachsen bereits Auswertungen operativer Ergebnisse mit dem Ziel der Qualitätssicherung und der Standortbestimmung durchgeführt worden waren, bestand besonders seitens der Chirurgie der dringende Wunsch sowie die Forderung zur Fortsetzung und weiteren Ausbau externer Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Im Dezember 1990 fand das erste informelle Gespräch in der BÄK in Köln mit Prof. Herzog (Dresden) und Chefarzt Dr. Volkmar Hesse als Vertreter der Sächsische Landesärztekammer statt. Im Frühjahr 1991 erfolgten durch Dr. Egbert Perßen (Meißen), der die Leitung der AG QS Chirurgie übernahm, die ersten Konsultationen in Stuttgart bei Prof. Scheibe. In Baden Württemberg waren im Jahre 1987 auf freiwilliger Basis die externen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie mit den Tracerdiagno-

sen Cholelithiasis, Leistenhernie und Oberschenkelhalsfraktur eingeführt worden.

Nach Abschluss des Vertrages begann im 2. Halbjahr 92 die Erfassung der externen Qualitätssicherungsdaten im Lande Sachsen ähnlich wie in Baden Württemberg. Es beteiligten sich alle chirurgischen und kinderchirurgischen Kliniken und Einrichtungen, so dass für den sächsischen Bereich eine 100 %ige Datenlage gewonnen werden konnte. Für die Bewertung der Daten wurde die Facharbeitsgruppe Chirurgie gebildet, der neben Dr. Egbert Perßen noch Dr. Volkmar Hesse, Prof. Joachim Bennek, Prof. Karlheinz Sandner und Dr. Joachim Illmer angehörten. Jedes Arbeitsgruppenmitglied bearbeitete eine Tracerdiagnose und danach wurden in den gemeinsamen Sitzungen die gewonnenen Daten bewertet. Daraus sich ergebende Auffälligkeiten wurden mit den Chefarzten der jeweiligen Kliniken besprochen. Eine Zusammenfassung aller Ergebnisse war ausschließlich zur Vorlage für den Lenkungsausschuss, dem Verwaltungsgremium des dreiseitigen Vertrages bedacht. Die Verbreitung der Ergebnisse erfolgt jeweils in Form einer Publikation im Ärzteblatt Sachsen. Damit haben alle interessierten Ärzte unseres Landes, die Möglichkeit, die wichtigsten Daten in kurzer Form übersichtlich zu lesen. Auszugsweise wurden die ersten Dreijahresergebnisse auf dem Chirurgenkongress in München 1996 vorgestellt.

Einmal jährlich trafen sich bis 1995 in der Ärztekammer Westfalen-Lippe in Münster die Vertreter der Ärztekammern, die sich an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Chirurgie beteiligen. Dabei erörterte man die Probleme und neuen Aufgabenstellungen. Hieraus resultierte auch die sehr gute Zusammenarbeit mit den Ärztekammern Baden-Württemberg, Westfalen-Lippe und Nordrhein-Westfalen, später auch mit Sachsen-Anhalt, auf die gern und dankend zurückgeblückt wird.

Wie auch in der AG Perinatalogie/ Neonatologie stellte das große Engagement der Mitarbeiter der Projektstelle mit Frau Dr. Angelika Jäger, Frau Hella Lampadius und Frau Ingrid Pürschel eine Schlüsselstellung dar in der Zusammenarbeit mit der AG Chirurgie. Es waren nicht nur die statistischen Bearbeitungen und Auswertungen, sondern die vielen begleitenden Organisationsabläufe, wie zum Beispiel die Vorbereitungen der AG-Sitzungen und der Ausschüsse, die Veranstaltungen mit den Chefarzten, Koordinierungen der zahlreichen Rücksprachen und nicht zuletzt die Belastungen eines zweimaligen Umzuges der Projektstelle.

Nach den Ergebnissen der ersten vier Jahre war es unschwer zu erkennen, dass die Erfassung der Tracerdiagnosen in der Chirurgie zur externen QS das interne Konzept der einzelnen Kliniken positiv beeinflusst hat. Wenn auch die Komplikationszahl, die zur erneuten Operation führte, relativ niedrig lag, so galt den Reinterventionen besondere Aufmerksamkeit. Dies war zum Beispiel mit ein Grund, eine gesonderte Studie zur Erfassung und Ursache der Rezidive nach Hernienoperation einzuleiten.

Wenn darüber hinaus heute von einer 100 %igen Thromboseprophylaxe und einer fast 98 %igen histologischen Untersuchung der operierten Gallenblasen wie auch einer spürbaren Senkung der postoperativen Pneumonie ausgegangen werden kann, so ist es mit ein Verdienst dieses Chirurgieprojektes. Bei der Behandlung der Oberschenkelfraktur kam die AG Chirurgie zu der Auffassung, dass es sich bei jährlichen Operationszahlen unter 10 nicht mehr um einen Routineeingriff handelt, so dass zum Beispiel mit den 10 Einrichtungen von 1996, die weniger als 10 Patienten behandelten, die AG schriftliche Kontakte aufnahm. Nach wie vor unterstreichen Ausschuss und AG die Notwendigkeit der Fortführung des bisherigen Projektes

Chirurgie, die nicht nur eine Standortbestimmung innerhalb von Sachsen erlaubt, sondern darüber hinaus geht.

Im Jahre 1997 kam es nach einem 2jährigen Verlauf mit sehr kritischen Auseinandersetzungen über das Für und Wider auf der Basis der gesetzlichen Regelung über die Qualitätssicherung von Fallpauschalen (FP) und Sonderentgelte (SE) zunächst zur Bildung einer Arbeitsgruppe und dann zur Konstituierung des Lenkungsgremium für Qualitätssicherung bei FP und SE. Das heißt, es war ein zweiter dreiseitiger Vertrag zwischen den Krankenkassen, der KGS und der SLÄK erforderlich, um die gesetzlich geforderte Qualitätssicherung bei Fallpauschalen und Sonderentgelte im Freistaat Sachsen umzusetzen. Man einigte sich auf eine Pilotphase mit einer Auswertung für die Zeit vom 1. 7. 98 bis zum 30. 6. 1999 und orientierte sich auf insgesamt 3 operative Prozesse aus der Urologie, Gynäkologie und Orthopädie. Durch den Ausschuss QS wurden nach umfangreicher Prüfung die Prostataektomie, Hysterektomie und die Hüftgelenksendoprothese bei Koxarthrose als geeignet vorgeschlagen und eigens dazu 3 Facharbeitsgruppen gebildet, die die Auswertung vorbereiteten und begleiten. Dabei vertrat der Ausschuss die Auffassung, dass die QS bei FP und SE nach wie vor problembehaftet ist, da zum einen nicht repräsentativ für das Krankheitsbild und zum anderen ohnehin nur eine schrittweise Umsetzung für die zahlreichen Fallpauschalen real ist.

Inzwischen war infolge Personalwechsel die Projektgeschäftsstelle durch Dr. Torsten Schlosser besetzt worden, der sich besonders mit Frau Dr. Maria Eberleingonska und dem damaligen Ausschussvorsitzenden, Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen, für die Umsetzung der schrittweisen, fallbezogenen QS engagierte, da derzeit ein anderer Weg allseitig keine Realitätsbezogenheit hatte. Er ließ aus der Not eine Tugend

machen. Inzwischen liegen die ersten verwertbaren Ergebnisse vor, die nicht nur einen guten Erfassungsstand ausweisen, sondern bereits Standortbestimmungen der Kliniken untereinander anzeigen sowie auch Schwachpunkte deutlich aufzeigen, denen durch die Facharbeitsgruppen schon jetzt nachgegangen wird. Diese Fach-AG's werden von Prof. Dr. Rüdiger Franz (Orthopädie), Doz. Dr. med. habil. Karl-Werner Degen (Gynäkologie) und Dr. Joachim Chladt (Urologie) engagiert und kritisch geführt und vom Lenkungsgremium des 2. dreiseitigen Vertrages sowie der Sächsische Landesärztekammer, insbesondere von der Projektgeschäftsstelle unter Dr. Torsten Schlosser betreut.

Es zeigte sich zum Beispiel, dass die Erhebungsbögen besonders in der Urologie stark verbesserungswürdig sind und die Indikationsstellungen bei der Prostataektomie weit auseinandergehen. Auffallend waren unter anderem in der Urologie wie auch in der Gynäkologie der relativ hohe Einsatz von Bluttransfusionen in bestimmten Kliniken sowie in der Orthopädie eine noch zu verbessernde Antibiotika- und Thromboseprophylaxe wie auch die abzuleitende Empfehlung, den Anteil an zementierten Prothesen nach Möglichkeit zu erhöhen.

Die weitere Entwicklung und Ausbaufähigkeit dieser Projekte liegt zweifelsohne im Interesse der Patienten und steht vor der Tür. Sie wird sicherlich von der beabsichtigten Zusammenführung der beiden dreiseitigen Verträge zur Qualitätssicherung auf Landesebene sowie den veränderten Gesetzmäßigkeiten mit bestimmt werden.

Ein Rückblick über die 10 Jahre QS an der Sächsischen Landesärztekammer aus der Sicht des Ausschusses für Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie kann nur die Meilensteine aufzählen und nicht die umfangreiche, hochfrequentierte ehrenamtliche Tätigkeit mehrerer Ärzte, oft in leitender Stellung als Chefarzt oder Oberarzt. Kaum ein Jahr

verging, in dem nicht orientierende Publikationen zur QS oder über das umfassende QM (TQM) vom Ausschuss verfasst wurden und im Ärzteblatt Sachsen erschienen. Von den zahlreichen Aktivitäten um Qualitätssicherung ragen besonders die Bemühungen von Prof. Jan Schulze, dem jetzigen Präsidenten der Sächsische Landesärztekammer und Prof. Hildebrand Kunath hervor, die den entscheidenden Anteil bei der Erarbeitung des Projektes und Umsetzung des Diabeteskonzeptes im Freistaat Sachsen hatten. Nicht unerwähnt soll bleiben, dass die Inauguratoren dafür den ersten Stiftungspreis für Qualitätssicherung erhielten und damit die Landesärztekammer außer Landes zu Ehren verhalfen.

Obwohl eigene Studien wie ebenso flächendeckende Evaluationen gute Ergebnisse nachweisen konnten, kam es leider zur Vertragskündigung des Diabetesvertrages zum Ende des Jahres 1998. Die Fachkommission Diabetes befasste sich aber mit einer Weiterentwicklung eines die Hausärzte integrierenden Diabetesvertrages und implementierte flankierend dazu wissenschaftlich begründete Leitlinien.

Ausgehend von dem öffentlichen Vorwurf, zu hoher Morbidität an nosokomialen Infektionen, etablierte der Ausschuss auf Anregung des Vorsitzenden eine zeitweilige Arbeitsgruppe „Krankenhaushygiene“, mit dem Ziel einer Basiserhebung und einer möglichen Projektentwicklung. Diese AG vereinigte alle Krankenhaushygieniker und war somit hochqualifiziert. Die Ergebnisse wurden mit kritischen Anmerkungen nach zweijähriger Tätigkeit publiziert. Das primär avisierte Projekt QS nosokomialer Infektionen scheiterte an der äußerst diffizilen, vielschichtigen Problematik und an der Vorfinanzierung. Eines der vielen Ergebnisse war, dass der qualifizierte Krankenhaushygieniker mehr als notwendig ist und Sachsen diesbezüglich über einer Unterbesetzung verfügt, der zu begegnen ist.

Nicht alle Ideen und Vorhaben, wenn auch unseres Erachtens durchaus notwendig, konnten in Projekte umgesetzt werden, so zum Beispiel die Einführung einer landesweiten externen QS in der Anästhesiologie/Intensivtherapie, obwohl dazu durch den sogenannten Kerndatensatz der deutschen Fachgesellschaft gute Voraussetzungen gegeben sind und die Universitätsklinik Dresden unter Prof. Michael Detlef Albrecht darüber hinaus Unterstützung und Kooperation angeboten hatte. Hier ist es bei auf einzelne Kliniken beschränkte Insellösungen geblieben. Auch ist letztendlich die QS des ambulanten Operierens, besonders an den Schnittstellen nicht umfassend und zur Zufriedenheit gelöst worden. Gerade diese Regelung zeigte unter anderem, dass mehr und mehr das Schnittstellenproblem von Krankenhaus und Ambulanz vordergründig wird.

Anders dagegen die Einführung eines Peer Review in der Pathologie zur Verbesserung der inneren Qualität, das auf den letzten Ausschussvorsitzenden zurückgeht und bereits im deutschsprachigen europäischen Raum Beachtung gefunden hat, das eine erfreuliche hohe Beteiligung erreicht hat und sowohl klinische Einrichtungen wie auch niedergelassene Praxen mit einbezieht. Es ist durchaus auf den klinischen Sektor übertragbar und vielversprechend.

Weitere Aktivitäten in der Qualitätssicherung der Medizin Sachsens, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, sollen dennoch zumindestens auf-

geführt werden. So sind nicht zu vergessen die zahlreichen Qualitätszirkel (über 30) innerhalb der KVS, die inzwischen ein Beachtliches leisten, wie auch zum Beispiel die Auswertungen in der gynäkologischen Zytologie zur Krebsprophylaxe und die enge Zusammenarbeit mit dem Eichamt, insbesondere mit Herrn Dipl.-Chem. Conell, der sich für die Einhaltung der Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) für Labormedizin einsetzte und dieses mit ablesbarem Erfolg einer ständigen Verbesserung, wie es auch die Veröffentlichungen belegen.

Aus alledem erarbeitete letztendlich der alte und inzwischen neugewählte Ausschuss für Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie unter jetzigem Vorsitz von Frau Dr. Maria Eberlein-Gonska (Universitäts-Klinik Dresden) gemeinsam mit Doz. Dr. med. habil. Roland Goertchen – stets gefördert vom ersten Präsidenten Prof. Dr. med. Heinz Diettrich, wie auch dem jetzigen Prof. Dr. med. Jan Schulze – das Positionspapier „Qualitätssicherung 2000“ als eine mögliche Basis für einen Konsens zwischen allen an der Qualitätssicherung beteiligten und strukturierte darüber hinaus eine zusätzliche Arbeitsgruppe „Krankenhauszertifizierung“, um auf die kommenden Aufgaben und Zielstellungen der Sächsische Landesärztekammer auf dem Gebiete von QS und des Qualitätsmanagement (QM) aufmerksam zu machen. Die Sächsische Landesärztekammer hat im Laufe der 10 Jahre nicht nur schlechthin den nationalen An-

schluss auf dem Gebiete der Qualitätssicherung gewonnen, sondern kann darüber hinaus auf spezielle Initiativen zur QS wie auch auf eine hohe personelle und fachliche Kompetenz auf dem Gebiete des QM verweisen. Es liegt in der Vielfalt der Methodik und Zielstellung, dass die Sächsische Landesärztekammer nicht in alle Aktivitäten zur QS in der Medizin einbezogen war und konnte, so dass auf spezielle Aktivitäten der QS der KVS wie auch des Betriebsgesundheitswesens und der Arbeitsmedizin nicht näher eingegangen werden konnte, wohl wissend, dass QS bzw. QM nach wie vor ein vordergründiges ärztliches Anliegen ist, dem sich nie die Ärzteschaft entzogen hat. Neben der externen QS setzt sich die Sächsische Landesärztekammer gegenüber den ersten Jahren mehr und mehr mit der internen QS und dies besonders mit dem QM an den Schnittstellen auseinander.

Die medizinische QS und alle ihre Integrierten sollten berücksichtigen, dass die Medizin zwar auf fundierten, wissenschaftlichen Grundlagen steht, aber eine Art Chancenwissenschaft ist und aus diesem Grunde auf dem Gebiete des QM weder mit einem Warenhaus noch mit einem Kochbuch vergleichbar ist.

Doz. Dr. med. Roland Goertchen  
 Prof. Dr. med. Dieter Gmyrek  
 Dr. med. Egbert Perßen  
 Dr. med. Maria Eberlein-Gonska  
 für den Ausschuss Qualitätssicherung