Sächsische Landesärztekammer
Körperschaft des öffentlichen Rechts

13. Januar 2017

Richtlinie

Freiwillige Qualitätskontrolle -
„Peer Review Verfahren Pathologie"

Vom 1. Februar 2006
(in der Fassung des Vorstandsbeschlusses vom 3. Dezember 2014)

Aufgrund von § 5 Abs. 1 Nr. 3 Sächsisches Heilberufekammergesetz (SächsHKaG) vom 24. Mai 1994 (SächsGVBl. S. 935), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 3. Februar 2016 (SächsGVBl. S. 42) geändert worden ist, in Verbindung mit § 5 der Berufsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (Berufsordnung – BO) vom 24. Juni 1998 (ÄBS S. 352), die zuletzt durch Satzung vom 30. November 2015 (ÄBS S. 526) geändert worden ist, hat der Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer am 1. Februar 2006 die folgende Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – „Peer Review Verfahren Pathologie" – beschlossen und zuletzt* durch Vorstandsbeschluss vom 3. Dezember 2014** geändert:

* zuvor geändert durch:
- Vorstandsbeschluss vom 1. Oktober 2008, in Kraft getreten am 1. Oktober 2008,
- Vorstandsbeschluss vom 7. März 2012, in Kraft getreten am 7. März 2012
** in Kraft getreten am 3. Dezember 2014

1. Zielstellung

Ausgehend vom Positionspapier des Arbeitskreises Pathologie des Ausschusses Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung der Bundesärztekammer, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt 88, 3885 - 3886 (1991), haben sich nachstehende Institute für Pathologie, Gemeinschaftspraxen für Pathologie bzw. Zytologie, Kooperationsgemeinschaften und Partnerschaften (Anlage 1) mit regelmäßigen Treffen seit dem 14.05.1999 zur Ausübung einer inter-institutionellen Qualitätskontrolle auf freiwilliger Basis zusammengeschlossen. Ziel ist die Verbesserung der Prozess- und insbesondere Ergebnisqualität mittels einer gegenseitigen Qualitätsbeurteilung durch Fachkollegen (Peer Review Verfahren Pathologie) anhand definierter Kriterien. Dies entspricht im Übrigen dem „Leitfaden Ärztliches Peer Review" der Bundesärztekammer. Über die Teilnahme an der freiwilligen Qualitätskontrolle Pathologie wird eine Bestätigung durch die Sächsische Landesärztekammer ausgestellt.

2. Teilnehmer, Koordination

2.1 Teilnahme

Die Teilnahme am Peer Review Verfahren Pathologie im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer ist freiwillig. Die Teilnehmer sind in Anlage 1 aufgeführt.

Die Aufnahme eines neuen Teilnehmers am Peer Review Verfahren Pathologie im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer muss einstimmig von den Teilnehmern beschlossen werden.

Jede/s teilnehmende Praxis / Institut kann jederzeit mittels formloser schriftlicher Erklärung aus dem Teilnehmerkreis austreten.

Die Teilnahme am Peer Review Verfahren Pathologie kann sich auch über den Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer unter der Voraussetzung der einstimmigen Zustimmung der Teilnehmer in der Region hinaus erstrecken. So können unter der Voraussetzung der Berücksichtigung der Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – „Peer Review Verfahren Pathologie" auch Praxen / Institute aus Ärztekammerbereichen anderer Bundesländer teilnehmen.
Zur Kenntnisnahme wird die Vereinbarung den für die Mitglieder zuständigen Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen übergeben.

2.2 Koordination

Für die inhaltliche Koordination und Organisation des Peer Review Verfahrens Pathologie im Zuständigkeitsbereich der Sächsischen Landesärztekammer steht ein aus dem Kreis der teilnehmenden Praxen / Institute benannter Fachkollege (Koordinator) jeweils für den ost- und westsächsischen Bereich zur Verfügung. Darüber hinaus unterstützt das Referat Qualitätssicherung der Sächsischen Landesärztekammer die Durchführung des Peer Review Verfahrens Pathologie organisatorisch (z. B. Terminplanung, Versand von Einladungen, Beantragung der Anerkennung für das Fortbildungszertifikat, bis hin zur administrativen Begleitung der Vergabe der Teilnahmebestätigung).

3. Durchführung

3.1 Die Teilnehmer informieren den Koordinator mindestens sechs Monate vor Ablauf der Teilnahmebestätigung zur Planung eines Treffens.

3.2 Spätestens vier Wochen vor dem geplanten Treffen sendet der betreffende Teilnehmer die ausgefüllte Liste zur Ringversuchsteilnahme Immunhistologie an den Koordinator. Die beiden Koordinatoren senden die ausgefüllten Listen zur Ringversuchsteilnahme Immunhistologie der Einrichtungen, für die sie selber tätig sind, jeweils an den stellvertretenden Koordinator der eigenen oder an den Koordinator der anderen Gruppe.
Sollten sich dabei gravierende Abweichungen (Nichtteilnahme an Ringversuchen mit in der Einrichtung verwendeten Antikörpern, mehrfaches Nichtbestehen von Ringversuchen, Nichtbestehen von Ringversuchen ohne Wiederholung oder ohne Angaben zum Fehlermanagement) ergeben, kann das Treffen nach schriftlicher Abstimmung aller übrigen Teilnehmer abgesagt und ein neuer Termin nach Beseitigung der Abweichung vereinbart werden.

3.3 Mehrfach jährlich treffen sich die Teilnehmer im Wechsel in einer/m der teilnehmenden Praxen/Institute oder in anderen geeigneten Räumlichkeiten. Für die betreffenden Praxen/Institute werden nach Zufallskriterien die Untersuchungsfälle mit Immunhistologie von zwei Tagen (Richtwert zehn Fälle darunter auch ein Mammakarzinom mit Estrogen-, Progesteron und Her2/neu-Nachweis) und fünf abgeschlossene Sektionsfälle aus dem Zeitraum zwischen dem ersten Tag des Monats der letzten Sitzung bis einschließlich des letzten Tages des der geplanten Sitzung vorangegangenen Monats ausgewählt.

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

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

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

3.5 Jeder Fall soll durch die anderen Teilnehmer anhand eines standardisierten Auswertungsbogens (siehe Anlage 2) nach Qualität der Schnittpräparate, ggf. erforderlichen Zusatzuntersuchungen, Inhalt der Begutachtung ggf. mit Differentialdiagnose beurteilt und ggf. schriftlich kommentiert werden. Kritikpunkte werden anschließend gemeinsam diskutiert. Es wird empfohlen, das Protokoll in der jeweiligen Sitzung des Peer Review Verfahrens zu erstellen.

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

3.7 Von jedem Treffen ist ein zusammenfassendes Protokoll vom Koordinator (siehe Anlage 2) zu erstellen, aus dem die Praxis, das Institut, die anwesenden Vertreter der einzelnen Praxen/Institute sowie die Ergebnisse der Bewertung hervorgehen. Für die Einrichtung des Koordinators erstellt der stellvertretende Koordinator das Protokoll. Jede/s Praxis / Institut erhält hiervon eine Kopie.

3.8 Im Falle einer positiven Bewertung erfolgt im Rahmen des Peer Review Verfahrens eine entsprechende Dokumentation des mündlichen Votums auf der Protokollvorlage. Die Sächsische Landesärztekammer erstellt eine Bestätigung über die erfolgreiche Teilnahme an der freiwilligen Qualitätskontrolle Pathologie (Peer Review Verfahren Pathologie) (Anlage 3). Diese hat eine Gültigkeit von drei Jahren.

3.9 Sollte im Rahmen des Peer Review Verfahrens die Ausstellung der Teilnahmebestätigung nicht befürwortet werden, ist hierüber auch der Ausschuss Qualitätsmanagement der Sächsischen Landesärztekammer umgehend zu informieren.

3.10 Bei nichtkonsensfähigen Themen im Rahmen des Peer Review Verfahrens wird vereinbart, in einem ersten Schritt den Koordinator der jeweils anderen Gruppe (Ost- oder Westsachsen) einzubeziehen und in einem nächsten Schritt den Ausschuss Qualitätsmanagement.

4. Voraussetzung für die Ausfertigung der Teilnahmebestätigung

Voraussetzung für einen hohen Qualitätsstandard des Peer Reviews ist eine kontinuierlich hohe Teilnehmerzahl an den einzelnen Sitzungen. Die Teilnehmer bewerten dabei nicht nur die zu begutachtende Einrichtung, sondern dokumentieren mit ihrer Teilnahme auch ihr Bemühen einer kontinuierlichen Fortbildung. Die Ausfertigung der Teilnahmebestätigung für die zu begutachtende Einrichtung setzt daher neben dem positiven Votum aus der Sitzung auch eine Teilnahme an in der Regel 75 % aller Peer-Reviews einer Peer-Review-Periode voraus.

5. Sonstiges

Änderungen in der praktischen Durchführung und inhaltlichen Gestaltung werden einvernehmlich von allen Teilnehmern beschlossen und durch erneuten Beschluss durch den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer bestätigt. Aktualisierungen der Anlagen (Teilnehmer, Ansprechpartner) und ausschließlich redaktionelle Anpassungen bedürfen keines Vorstandsbeschlusses. Betreffen die Änderungen diese Richtlinie, sind sie nach erneutem Beschluss durch den Vorstand der Sächsischen Landesärztekammer den zuständigen Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen mitzuteilen.

6. Inkrafttreten

Die Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – „Peer Review Verfahren Pathologie" tritt am 1. Februar 2006 in Kraft.

Dresden, 1. Februar 2006

gez. Prof. Dr. med. habil. Jan Schulze
Präsident

gez. Dr. med. Lutz Liebscher
Schriftführer

Anlagen
Teilnehmer Westsachsen und Ostsachsen (Anlage 1)
Protokollvorlage (Anlage 2 mit Anhang)
(Muster-)Bestätigung über die Teilnahme (Anlage 3)
Ansprechpartner (Anlage 4)

Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – „Peer Review Verfahren Pathologie"
Anlage 1 (Teilnehmer Westsachsen)

Zentrum für Histopathologie 09117 Chemnitz (ab 09.12.2011)	PD Dr. med. habil. Jörg-Olaf Habeck / Dipl.-Med. Ellen Bartholdt / Dr. med. Susanne Heickmann / Dipl.-Med. Michael Ritter / Dr. med. Jörg Wittmann
Diagnosticum Partnerschaft für Laboratoriums-medizin, Mikrobiologie und Pathologie, Standort Pathologie und Zytologie Hof (ab 14.05.2009)	Dr. med. Christoph Seidl / Dr. med. Michael Mugler
Institut für Pathologie Universitätsklinikum Leipzig AöR 04103 Leipzig	Prof. Dr. med. habil. Christian Wittekind
Institut für Pathologie und Tumordiagnostik Klinikum St. Georg gGmbH 04129 Leipzig	Dr. med. Volker Wiechmann
Institut für Pathologie, Gemeinschaftspraxis 04289 Leipzig	Dr. med. Eckhardt Schneider / Dipl.-Med. Thomas Schmidt
Institut für Pathologie am Elsapark / Pathologische Gemeinschaftspraxis 04315 Leipzig (ab 01.05.2005)	Dr. med. Joachim Uhl / Dr. med. Hans Nenning / Dr. med. Winfried Hindermann / Dr. med. Alexander Schütz
Institut für Pathologie der Thüringen-Kliniken „Georgius Agricola" GmbH, Standort Saalfeld 07318 Saalfeld (ab 14.02.2003)	Dr. med. Karl-Heinz Berghäuser
Diagnosticum Partnerschaft für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Pathologie, Standort Pathologie und Zytologie Stollberg-Niederdorf 09366 Stollberg-Niederdorf	Dr. med. Wolfgang Neukirchner / Dipl.-Med. Günter Schweigert / Kai Neukirchner
Diagnosticum Partnerschaft für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Pathologie, Standort Zytopathologie Zwickau 08056 Zwickau	Dr. med. Waldemar Oehlke / Dipl.-Biol. Isolde Kaiser
Diagnosticum Partnerschaft für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Pathologie, Standort Pathologie Zwickau 08060 Zwickau	Dr. med. Peter Kalojan Petrow / Dr. med. Klaus Remmler

Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle– „Peer Review Verfahren Pathologie"
Anlage 1 (Teilnehmer Ostsachsen)

Institut für Pathologie Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH 02828 Görlitz	Dr. med. Norbert Grunow
Gemeinschaftspraxis für Pathologie 02625 Bautzen	Dr. med. Conrad Flössel / Dr. med. Uwe Zschille
Gemeinschaftspraxis für Pathologie 01129 Dresden	Dr. med. Olaf Holotiuk / Dr. med. Barbara Zuber / Dr. med. Steffen Kellermann
Institut für Pathologie Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden an der TU Dresden, AöR 01307 Dresden	Prof. Dr. med. habil. Gustavo Bruno Baretton
Institut für Pathologie Lausitzer Seenland Klinikum GmbH 02977 Hoyerswerda	Dipl.-Stom. Frank Dietrich
Institut für Pathologie „Georg Schmorl" Städtisches Klinikum Dresden Eigenbetrieb der Landeshauptstadt Dresden Standort Städtisches Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt 01067 Dresden	PD Dr. med. Christiane Jakob

Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle– „Peer Review Verfahren Pathologie"
Anlage 2 (Protokollvorlage)

Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle Pathologie

Protokoll

Sitzung vom _____ in _____

Institut/Praxis für _____

Sektions-Nummer: _____

Immunhistologische Untersuchung : _____

Histologische Untersuchung: _____

Zytologische Untersuchung: _____

Koordinator: _____

Teilnehmer: _____

_____

Zur Beachtung der Qualität und zum Schutz vor Infektionen beinhaltet das Arbeiten in der Pathologie eine grundsätzliche Einhaltung von Sauberkeit und Ordnung. Dazu ist, neben der Einhaltung der allgemeinen Hygienevorschriften (und der speziellen Hygienevorschriften) das Augenmerk auf die Sauberkeit der Arbeitsplätze der Labore wie auch der erstellten Block- und Schnittpräparate zu legen. Ggf. sind Kontaminationen oder Ähnliches in adäquater Form zu dokumentieren.

1. Einschätzung Laborbereich

☐ Es fand eine Begehung des Laborbereichs statt.

Ordnung und Sauberkeit im Labor waren:

☐ gut

☐ ausreichend

☐ schlecht – wenn ja, warum:

_____
_____
_____

☐ Es fand keine Begehung des Laborbereichs statt. Die Gründe dafür sind:

_____
_____
_____

2. Erfolgt die Bearbeitung der Präparate leitliniengerecht?

☐ ja

☐ teilweise
Art der teilweisen Abweichung und Begründung dafür:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ nein
(Die Nichteinhaltung von Leitlinien stellt eine gravierende Abweichung dar.)
Begründung dafür:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Immunhistologische Untersuchungen gehören heute zum Standardprogramm eines jeden Institutes / Praxis für Pathologie. Die Ergebnisse sind häufig wegweisend in der Diagnostik und entscheidend für die Therapieplanung. Korrekte, konstante und reproduzierbare Ergebnisse sind daher unabdingbar. Die regelmäßige Teilnahme an externen Ringversuchen dient somit einer permanenten unabhängigen externen Instituts-/Praxiskontrolle.

3. Wird regelmäßig an den externen Ringversuchen teilgenommen?

☐ ja

Wenn ja, in welcher Frequenz (Wann? Wie oft? In welchen Abständen?)
_____
_____
_____

Wie sind die Ergebnisse?
_____
_____
_____

(Grundanforderungen sind die Empfehlungen der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (OnkoZert))

☐ nein

Nicht erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen:
(z. B. Chromogranin A mit Angabe der Ursache, beispielsweise zu schwach)
_____
_____
_____

Wie wurde darauf reagiert? (Fehlerprotokoll, Maßnahmeplan, etc. vorlegen)
_____
_____
_____

4. Obduktionen (falls in der Einrichtung durchgeführt)

War der Umfang der Untersuchungen ausreichend für die Fragestellung?

☐ ja

☐ nein, weil _____
_____
_____
_____

Nachvollziehbarkeit der pathogenetischen Reihung der autoptischen Todesursachen

☐ ja

☐ nein, weil _____
_____
_____
_____

Werden die Fragen der Klinik beantwortet?

☐ ja

☐ nein, weil _____
_____
_____
_____

Angaben zu TNM-Klassifikation bei Malignomen

_____
_____
_____

5. Technische Qualität der Präparate:

☐ gut
☐ ausreichend
☐ kritikwürdig, weil (konkrete Beschreibung mit Fallbezug sowie nachvollziehbare Begründung erforderlich - Pflichtfeld)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

6. Ist die Zahl der angefertigten Präparate und eventueller spezieller Färbemethoden

☐ gut
☐ ausreichend
☐ kritikwürdig, weil _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

7. Deskriptiver Teil (makroskopische und mikroskopische Beschreibung) der Begutachtung

☐ gut
☐ ausreichend
☐ kritikwürdig, weil _____

_____
_____
_____
_____
_____
_____

8. Qualität der Diagnose (Beurteilung, Begutachtung)

☐ gut
☐ ausreichend
☐ kritikwürdig, weil _____

_____
_____
_____

9. Ggf. Qualität des Kommentars

☐ gut
☐ ausreichend
☐ kritikwürdig, weil _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

10. Ggf. Qualität der Tumorklassifikation

☐ gut
☐ ausreichend
☐ kritikwürdig, weil _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

11. Wie ist der diagnostische Auftrag des Einsenders erledigt worden?

☐ gut
☐ ausreichend
☐ kritikwürdig, weil _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

12. Andere Kritikpunkte

_____
_____
_____
_____
_____
_____

13. Gibt es in der Einrichtung ein Fehlermeldesystem?

☐ ja

Wenn ja: Wie wird mit Fehlern umgegangen?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Was wird unternommen, um Fehler / Mängel abzustellen?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ nein

14. Hinweise:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

15. Abweichungen / Kritikpunkte:
(Diskussionen erfolgen bitte unmittelbar im Anschluss an das Peer Review, optional nach Vorbesprechung der Peer Group ohne Beisein des besuchten Institutes.)

_____
_____
_____
_____
_____
_____

16. Ein Maßnahmenkatalog zur Behebung der Abweichungen bzw. Abstellung der kritisierten Punkte ist bis zum ..... an den Koordinator, für die Einrichtung des Koordinators an den stellvertretenden Koordinator, erforderlich.

Ein Nachaudit ist erforderlich:

☐ nein

☐ ja

Ein Nachbericht ist erforderlich und wird bis zum ..... vom Koordinator,

für die Einrichtung des Koordinators vom stellvertretenden Koordinator, an die Sächsische Landesärztekammer, Referat Qualitätssicherung, übermittelt.

Die fachliche Begründung dafür lautet:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

☐ Die Bestätigung einer erfolgreichen Teilnahme wird befürwortet.

☐ Die Bestätigung einer erfolgreichen Teilnahme wird nicht befürwortet, nachdem meine / unsere Kritikpunkte während der Sitzung vorgetragen und diskutiert wurden.

Ort, Datum: _____

Teilnehmer: _____

_____

_____

Koordinator: _____

Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle– „Peer Review Verfahren Pathologie"
Anhang zur Anlage 2 (Protokollvorlage): Checkliste – Erfolgreiche Teilnahme an Ringversuchen Immunhistologie
(bezieht sich auf die letzten drei Jahre)

		Frequenz	QuiP (Jahr)	NordiQC (Jahr)	QuiP (Jahr)	NordiQC (Jahr)	QuiP (Jahr)	NordiQC (Jahr)	Untersuchung am Institut nicht etabliert
ER		jährlich							
PgR		jährlich							
Her-2/neu Mamma IHC		jährlich							
Her-2/neu Mamma CISH		jährlich							
Her-2/neu Magen IHC		2-jährlich							
Her-2/neu Magen CISH		2-jährlich							
Ki 67 (MiB 1)		jährlich							
Zytokeratine		2-jährlich							
Pan-Keratin									
Basalzellkeratine									
CK 7									
CK 20									
Lymphome		2-jährlich							
CD 1a									
CD 5									
CD 15									
CD 20									
CD 23									
CD 30									
bcl-2									
Cyclin-D1									
TdT									
kappa									
lambda									
Neuroendokrine Marker		2-jährlich							
Synaptophysin									
Chromogranin A									
Calcitonin									
Gastrin									
K67 (MiB1)									
MSI u.a.		2-jährlich							
MLH1									
MSH2									
MSH6									
PMS2									
CD117 (c-kit)									
Weitere									
EML 4 ALK		2-jährlich							

QuIP – Qualitätsinitiative in der Pathologie Hannover / Bonn
NordicQC (Alborg (DK))
Frequenz – nach Empfehlung der Deutschen Krebsgesellschaft e. V. (OnkoZert)

Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle – „Peer Review Verfahren Pathologie“
Anlage 3 ((Muster-)Bestätigung über die Teilnahme)

(Muster-)
B E S T Ä T I G U N G

über die

Teilnahme an der freiwilligen Qualitätskontrolle -
„Peer Review Verfahren Pathologie“

Das Institut für Pathologie .....

unter der Leitung von Direktor / Chefarzt .....

bzw.

die Praxis für Pathologie oder Gemeinschaftspraxis für Pathologie

der / des .....

hat am ... auf Grundlage der Richtlinie Freiwillige Qualitätskontrolle– „Peer Review Verfahren Pathologie“ – vom 1. Februar 2006 in der Fassung des Vorstandsbeschlusses vom 03. Dezember 2014 als gleichberechtigtes Mitglied einer fachärztlichen Gruppe von Pathologen an den Maßnahmen zur Sicherung der eigenen Prozess- und Ergebnisqualität mit Erfolg teilgenommen.

Die vorliegende Bestätigung ist gültig bis ... *(Monat Jahr)*.

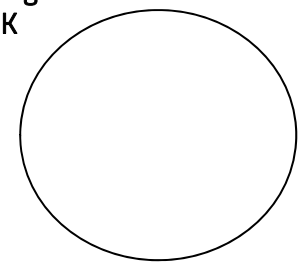
PD Dr. med. Christiane Jakob
Koordinatorin der Peer-Group (Ostsachsen)

Dr. med. Angela Möllemann
Vorsitzende
des Ausschusses Qualitätsmanagement

Erik Bodendieck
Präsident

Dresden, den .....

Prägesiegel
SLÄK



Anlage 4
Ansprechpartner „Peer Review Pathologie im Freistaat Sachsen"

Fachliche Zuständigkeit	Anschrift	Ansprechpartner
Sächsische Landesärztekammer Körperschaft des öffentlichen Rechts Ausschuss Qualitätsmanagement	PF 10 04 65 01074 Dresden	**Vorsitzender** Herr Dr. med. Dirk Müller Tel.: 0351- 8267395 E-Mail: quali@slaek.de
Sächsische Landesärztekammer Körperschaft des öffentlichen Rechts Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung	PF 10 04 65 01074 Dresden	**Vorsitzende** Frau Prof. Dr. med. habil. Maria Eberlein-Gonska E-Mail: eberlein-gonska@t-online.de
Institut für Pathologie am Elsapark / Pathologische Gemeinschaftspraxis	Elsastraße 1 04315 Leipzig	**Koordinator der Gruppe Westsachsen:** Herr Dr. med. Hans Nenning Tel.: +49(0)341 649410 Fax: +49(0)341 6494111 E-Mail: info@pathologie-leipzig.de
Klinikum St. Georg gGmbH Institut für Pathologie und Tumordiagnostik	Delitzscher Str. 141 04129 Leipzig	**Stellvertretende Koordinatorin der Gruppe Westsachsen:** Frau Heike Bisanz Tel.: +49(0)341 9092683 E-Mail: heike.bisanz@sanktgeorg.de
Sächsische Landesärztekammer Körperschaft des öffentlichen Rechts Ärztlicher Geschäftsbereich	PF 10 04 65 01074 Dresden	**Ärztliche Geschäftsführerin** Frau Dr. med. Diana Becker-Rux Tel.: 0351- 8267311 Fax: 0351- 8267312 E-Mail: d.becker-rux@slaek.de quali@slaek.de