



Tätigkeitsbericht 1997 / 1998

- Februar 1997 bis Januar 1998 -

(Fassungen für BÄK und KBV ohne Dokumentation)

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Hintergrund und Ziele der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung	3
2. Aufgaben der ÄZO	5
3. Gremien	8
4. Projekte < Februar 1997 bis Januar 1998 >	11
4.1. Qualitätssicherungskonzept "Allergologie"	14
4.2. Qualitätssicherungskonzept "Ambulantes Operieren"	17
4.3. Qualitätssicherungskonzepte für die Gastrointestinale Endoskopie und die Ultraschalldiagnostik	18
4.4. Qualität ärztlicher Leitlinien	19
4.4.1. Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung	19
4.4.2. Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien"	19
4.4.3. Positionspapier Leitlinien der Planungsgruppe	24
4.5. Leitlinien und Qualitätsindikatoren	29
4.6. Qualitätssicherung in der Medizintechnik	29
4.7. Qualitätssicherung und Telematik	30

1. Hintergrund und Ziele der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung

Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung ist eine autonome Aufgabe der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern. Gleichmaßen sind die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Kassenärztliche Vereinigungen der Länder für die besondere Qualitätssicherung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage der berufsrechtlichen Regelungen verantwortlich.

Die gemeinsame Verantwortung der verfaßten deutschen Ärzteschaft für die Qualitätssicherung der Berufsausübung in der ambulanten und stationären Versorgung machte nach Vorstellung der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung eine Konzentration und Koordination der Planungsverantwortung und Normierungsvorbereitung der ärztlichen Spitzenorganisationen erforderlich.

Zu diesem Zweck gründeten Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung im März 1995 die "Zentralstelle der deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin" (Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung "ÄZQ") als gemeinsame und paritätisch besetzte Einrichtung und wandelten sie im Juli 1997 in eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts um.

Die beiden Träger der Zentralstelle formulierten im Gesellschaftsvertrag vom 2.7.1997 unter anderem folgende Ziele, die sie mit der Etablierung der ÄZQ verknüpften:

- Konzentration und Koordination der bundesweiten Ordnungsfunktionen der ärztlichen Spitzenorganisationen auf dem Felde der Qualitätssicherung.
- Wirksame und einheitliche Entwicklung und Ausführung der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung im Interesse der Patienten und der Gesundheitsversorgung in Deutschland.

- Wirksame und kooperative Gestaltung der Zusammenarbeit mit den zur Mitwirkung an der Qualitätssicherung berufenen Krankenkassen sowie auch den Krankenhausverbänden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben.

2. Aufgaben der ÄZO

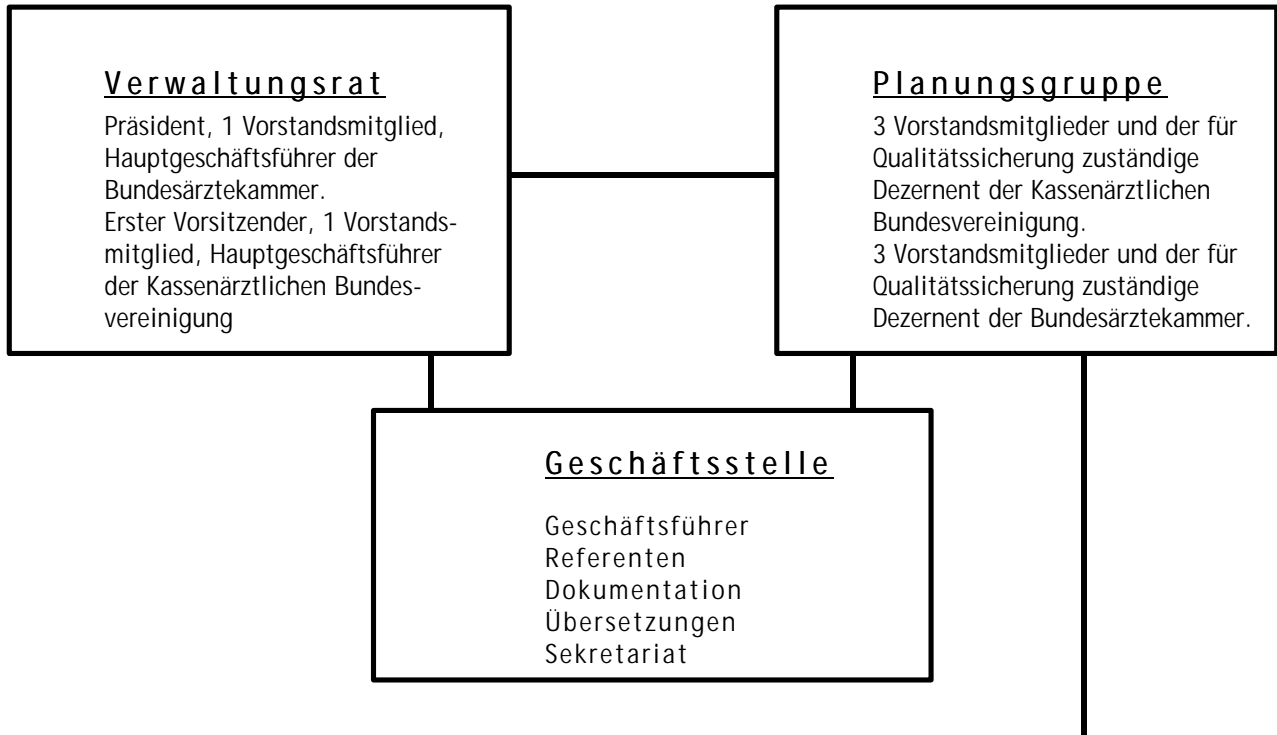
Zweck der ÄZO ist die Beratung und Unterstützung der Gesellschafter Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) bei ihren gesetzlichen und satzungsgemäßen gemeinsamen Aufgaben der Qualitätssicherung der ärztlichen Berufsausübung.

Der Schwerpunkt der Aufgaben liegt in der Planung, Vorbereitung und Ausführung entsprechender Beschlüsse von BÄK und KBV. Die gesetzlichen und satzungsgemäßen Aufgaben der Gesellschafter bleiben unberührt.

Die ÄZO übernimmt insbesondere

- die fachliche Vorbereitung für Entwürfe von Empfehlungen der Bundesärztekammer oder Regelungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, welche im Rahmen der gesetzlichen Aufgaben der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenärztlichen Vereinigungen die Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität der ärztlichen Berufsausübung betreffen;
- die Unterstützung der Landesärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Durchführung beschlossener Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie entsprechender Ausführungsaufgaben im Auftrag einer Landesärztekammer oder Kassenärztlichen Vereinigung;
- die Organisation gemeinsamer Sachverständigengremien;
- die Beurteilung und Vorbereitung von wissenschaftlich begründeten und praktisch anwendbaren Leitlinien und Richtlinien für die ärztliche Tätigkeit in der ambulanten und stationären Versorgung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots;
- die Unterstützung und Mitwirkung in Normungsfragen in nationalen oder europäischen Einrichtungen.

Abb. 1: Organigramm der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung



Expertenkreise

(Stand: Februar 1997 bis Januar 1998)

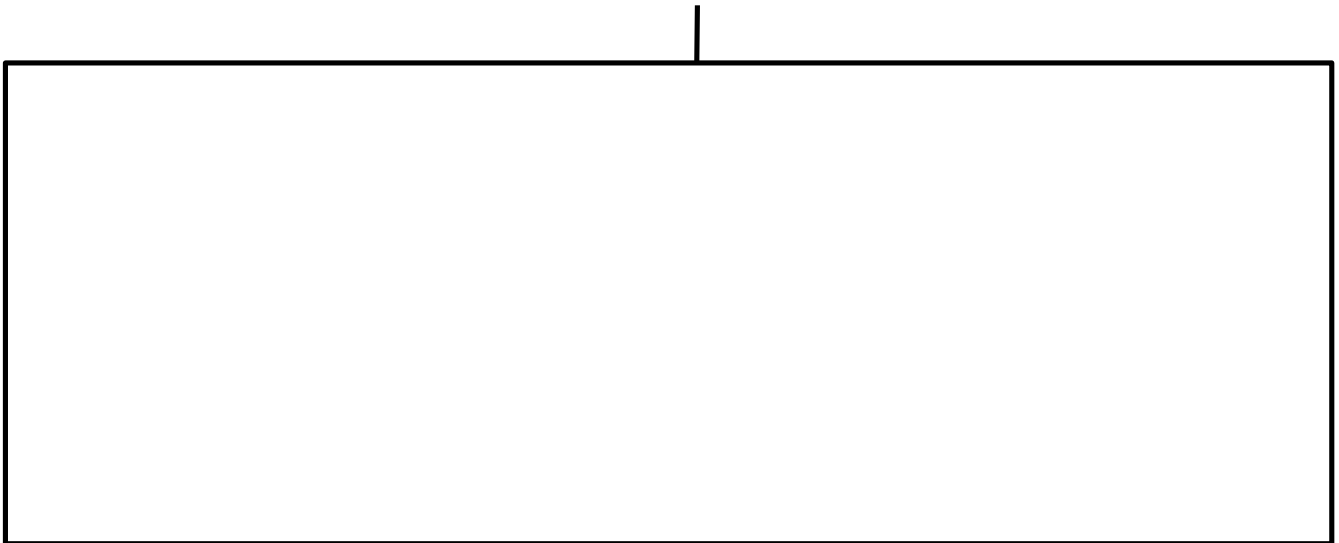
Allergologie

Ambulantes Operieren

Gastroenterologische Endoskopie

Leitlinien

Sonographie



3. Gremien

Die ÄZQ bearbeitet die ihr übertragenen Aufgaben mit Hilfe folgender Gremien und Einrichtungen: Verwaltungsrat, Planungsgruppe, Expertenkreise, Geschäftsstelle (siehe Abb. 1).

Der **Verwaltungsrat** übt für BÄK und KBV als Gesellschafter der ÄZQ die Vertretungsberechtigung im Hinblick auf die Zentralstelle aus.

Er beschließt über den Haushaltsplan, die Erstellung einer Jahresrechnung, die Finanzplanung der ÄZQ im Rahmen der Vorgaben der Haushaltspläne beider Gesellschafter. Der Verwaltungsrat trifft ferner die Entscheidung in organisatorischen Grundsatzfragen.

Mitglieder des Verwaltungsrates sind der Präsident der Bundesärztekammer, der Erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung sowie je ein weiteres von den Vorständen der beiden Organisationen entsandtes Mitglied des Vorstands der BÄK und der KBV sowie die Hauptgeschäftsführer von BÄK und KBV. Den Vorsitz führt jährlich wechselnd der Erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Präsident der Bundesärztekammer. Sie vertreten sich auch gegenseitig im Vorsitz. Der jeweilige Vorsitzende des Verwaltungsrates ist zugleich Vorsitzender der Zentralstelle. Der Verwaltungsrat beschließt einstimmig.

Mitglieder des Verwaltungsrats waren im Berichtszeitraum: Dr. Dr. h.c. K. Vilmar, Prof. Dr. F.W. Kolkman, Prof. Dr. Fuchs für die BÄK; Dr. W. Schorre, Dr. W. Mohr (ab Juli 1997: Dr. U. Oesingmann), Dr. R. Hess für die KBV. Den Vorsitz führt jährlich wechselnd der Präsident der Bundesärztekammer (Vorsitz 1997) und der Erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder (Vorsitz 1998).

Die **Planungsgruppe** übernimmt die fachliche Leitung der Zentralstelle, sie trifft die grundsätzlichen Entscheidungen für die Arbeit der ÄZQ und bestimmt die Arbeitsaufträge, die an die Expertenkreise vergeben werden. Sie entscheidet abschließend darüber, welche Vorlagen an die Organe von BÄK und KBV als Entwürfe für die Grundlage einer einheitlichen Beschlußfassung weitergeleitet werden. Die Planungsgruppe soll die Landesärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen anhören, bevor sie Entwürfe oder Vorlagen, welche für die Landesärztekammern und die Kassenärztlichen

Vereinigungen wichtige Regelungen enthalten sollen, den zur Beschlußfassung zuständigen Organen von BÄK und/oder KBV weiterleitet.

Mitglieder der Planungsgruppe sind je vier vom Vorstand der BÄK und vom Vorstand der KBV Benannte. Die Planungsgruppe bestimmt einen Vorsitzenden jährlich wechselnd aus den von den beiden Vorständen Benannten. Die Planungsgruppe entscheidet einstimmig.

Als Mitglieder der Planungsgruppe waren im Berichtszeitraum benannt:

- von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: Dr. W. Mohr (Vorstand und Mitglied bis Juli 1997), Dr. U. Oesingmann (Vorstand 1997 ab Juli), Dr. J. Bausch (ab Juli 1997), Dr. O. Funken (bis Juli 1997), Dr. E. Weisner (ab Juli 1997), Dr. E. Effer (bis Dezember 1997), Dr. C. Röger (ab Januar 1998) .
- von der Bundesärztekammer: Prof. Dr. F.W. Kolkmann (Vorstand 1998), Prof. Dr. J.-D. Hoppe, Dr. A. Möhrle (ab Juli 1997: Dr. D. Everz als Vertreter von Dr. Möhrle), Dipl. Vw. F.F. Stobrawa.

Expertenkreise. Die Planungsgruppe kann für ihren Beratungsbedarf Expertenkreise bilden. Die Einrichtung von Expertenkreisen bedarf der Zustimmung des Verwaltungsrats. Die Expertenkreise werden auf Zeit berufen. Die Planungsgruppe bestimmt die Vorsitzenden der Expertenkreise. Im Berichtszeitraum waren die in Abb. 2 angegebenen Expertenkreise und Experten tätig.

Geschäftsstelle: Die Zentralstelle hat eine Geschäftsstelle in 50931 Köln, Aachener Str. 233-237. Die **Mitarbeiter der Geschäftsstelle** werden vom Verwaltungsrat bestellt.

Im Berichtszeitraum waren folgende Mitarbeiter/innen in der Geschäftsstelle beschäftigt: Frau G. Geuer, Sekretariat (bis 12 / 1997); Frau A. Huth – Korrespondenz; Frau Ärztin L. Kostovic-Cilic – Praktikantin (11 / 1997 bis 02 / 1998); Frau Dipl.- Dokumentarin U. Lampert - Dokumentation, Recherche, Internet (seit 11 / 1997); Frau B. Odenell – Sekretariat, Prof. Dr. G. Ollenschläger - Geschäftsführer, Frau Dipl.- Übersetzerin A. Pöschmann – Übersetzungen, Sekretariat (seit 12 / 1998); Dr. C. Thomeczek - Ärztl. Referent. Herr Dr. U. Zorn - Praktikant (2 – 4 / 1997). Die kaufmännische Geschäftsführung lag bei der Kaufmännischen Abteilung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Tab. 1: Expertenkreise der ÄZQ, Februar 1997 bis Januar 1998

Expertenkreise (Mitglieder und delegierende Institutionen)				
Allergologie	Ambulantes Operieren	Leitlinien	Gastrointestinale Endoskopie	Sonographie
W. Mohr (Vorsitz)	FW. Kolkmann (Vorsitz)	U. Oesingmann (Vorsitz)	W. Mohr (Vorsitz)	W. Mohr (Vorsitz)
C. Bachert (DG f. HNO-Heilkunde)	J. Brökelmann (DG f. Amb. Operieren)	R.E. Bloch (Univ. Bern)	B. Birkner (BV Deutscher Internisten e.V.)	D. Beyer (Dt. Röntg.Ges.)
K. Bergmann (DG f. Pneumologie)	V. Ewerbeck (DG f. Orthopädie, Traumat.)	K. Lauterbach (Univ. Köln)	M. Burdelski (DG f. päd. Gastroent., Ernä.)	R. Erbel (DG f. Kardiologie)
M. Kapp (Dt. Derm. Ges., BV Dt. Derm..)	H.-H. Felsing (Gem.Fachärztl Ber.-Verbände)	H. Raspe (Univ. Lübeck)	W. Dohmen (DG f. Allgem.-Medizin)	B.-J. Hackelör (DG f. Ultraschall i.d. Med.)
A. Mistereck (DG f. Allgemeinmedizin)	B. Freigang (DG f. HNO-Heilkunde)	H. Reinauer (AWMF)	Ch. Ell (DG f. Innere Medizin.)	E. Merz (DG f. Gynäk., Geburtshilfe)
M. Schlaak (DG f. Innere Medizin)	H. Koester (DG f. Gynäk., Geburtshilfe)	O. Rienhoff (Univ. Göttingen)	B. Manegold (DG f. Chirurg., BV d. Dt. Chir.)	H. Nüllen (AWMF)
G. Schultze-Werninghaus (DG f. Allergie, Immun.Forsch.)	J. Mühling (DG f. Mund-Kiefer-, Gesichtschirurgie)	HK. Selbmann (Univ. Tübingen)	Th. Meyer (DG f. Kinderchirurgie)	H. Ocklenburg (Gem.Fachärztl. Ber.-Verbände)
U. Wahn (DG f. Kinderheilkunde)	J. Petres (Dt. Dermatol. Gesellschaft)	H.D. Schirmer (Justitiar von BÄK und KBV)	K. J. Neis (BV d. Frauenärzte)	R. Weißmann (DG f. Allgem.-Medizin)
J. Wenning (Ärzteverb. Dt. Allergologen)	K. Rückert (DG f. Chirurgie)	F.W. Schwartz (M.H. Hannover)	G. Pommer (DG f. Kolopro, BV. Koloprokt.)	W.G. Zoller (DG f. Innere Medizin)
	H. Rudolph (DG f. Plast. u. Wiederh. Chir.)		J. F. Riemann (DG f. Verdauungs-Stoff. Krank)	
	J. Striebel (DG f. Anästh., Intensivmed.)		H.-J. Schulz (DG f. Endos. u. Bildgebende Verfahren)	
			D. Wallwiener (DG f. Gynäk., Geburtshilfe)	

4. Projekte < Februar 1997 bis Januar 1998 >

Die Arbeitsschwerpunkte des Berichtszeitraumes sind in Tab. 3 zusammengestellt. Dabei handelte es sich weitgehend um die Fortführung bzw. Weiterentwicklung von Projekten, die von der Planungsgruppe bereits im Vorjahr beschlossen und somit schon im Tätigkeitsbericht 1996 / 1997 erwähnt worden waren.

Tab. 2: Projekte der Ärztlichen Zentralstelle Qualitätssicherung 1997 / 1998

- Qualitätssicherungskonzept "Allergologie"
- Qualitätssicherungskonzept "Ambulantes Operieren"
- Qualitätssicherungskonzepte "Gastrointestinale Endoskopie" und "Ultraschalldiagnostik"
- Qualität ärztlicher Leitlinien
- Leitlinien und Qualitätsindikatoren
- Qualitätssicherung in der Medizintechnik
- Qualitätssicherung und Telematik
- Informationsangebote der Zentralstelle

Von vorrangiger Bedeutung war der Abschluß der Projekte "Allergologie" und "Ambulantes Operieren" sowie die Formulierung eines Positionspapiers zur künftigen Bearbeitung des Themas "Leitlinien" durch die Zentralstelle.

Für die Entwicklung der fachspezifischen Qualitätssicherungskonzepte wurde die 1996 eingeführte standardisierte Vorgehensweise beibehalten (s. Tab. 4).

Die Benennung der Experten für die entsprechenden Expertenkreise (siehe Tab. 2) wurden den mit der Thematik befaßten Mitgliedsgesellschaften der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen

Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und ärztlichen Berufsverbandes bzw. der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB) überlassen.

Tab. 3: Entwicklung von Qualitätssicherungskonzepten durch die ÄZO

A. Organisatorische Voraussetzungen

1. Einrichtung eines Expertenkreises durch die Planungsgruppe:
 - Arbeitsauftrag
 - Auswahl von Einzelexperten oder / und von Organisationen, die zur Nennung von Experten aufgefordert werden
 - Benennung des Vorsitzenden
2. Zustimmung des Verwaltungsrates

B. Entwicklung

1. Grundsätzliche Aussprache des Expertenkreises (Zieldefinition, Methodenwahl, Definition von Arbeitspaketen)
2. Vorbereitung eines Entwurfpapiers durch ein Redaktionskomitee
3. Diskussion im Expertenkreis - evtl. unter Berücksichtigung weiterer Experten - und Überarbeitung
4. Verabschiedung eines "vorläufigen Qualitätssicherungskonzeptes" durch den Expertenkreis
5. Schriftliche Umfrage oder öffentliche Anhörung zum vorläufigen Qualitätssicherungskonzept
6. Überarbeitung unter Berücksichtigung der Anhörungsergebnisse und Verabschiedung des endgültigen Qualitätssicherungskonzeptes durch den Expertenkreis
7. Beschluß der Planungsgruppe zur Weiterleitung des Qualitätssicherungskonzeptes oder hieraus abgeleiteter Empfehlungen an die Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung

4.1. Qualitätssicherungskonzept "Allergologie"

Ende 1995 / Anfang 1996 beauftragten die Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung die ÄZQ mit der Erarbeitung von Vorschlägen zur Qualitätssicherung in der Allergologie. Dabei sollten nach Vorstellung der KBV insbesondere Kriterien zur Beurteilung der Prozeßqualität, aus Sicht der BÄK die Interessen der Arzneimittelsicherheit und Vorgaben der Weiterbildungsordnung berücksichtigt werden. Man erhoffte sich weiterhin die Präzisierung des Begriffs "allergologisch erfahrene Ärzte", der in Warnhinweisen des Paul-Ehrlich-Instituts (nach § 28 AMG) verwandt wird.

Tab. 5: Inhalte des Entwurfs der ÄZQ für eine Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Allergologie

1. Ziel und Inhalte
2. Begriffsdefinition
3. Allgemeine Anforderungen an die Strukturqualität
 - 3.1. Persönliche Qualifikation allergologisch tätiger Ärzte
 - 3.2. Qualifikation des Assistenzpersonals
 - 3.3. Anforderungen an die Notfallausstattung allergologisch tätiger Ärzte
4. Anforderungen an die Prozeßqualität
 - 4.1. Diagnostische Verfahren
 - 4.1.1. Allgemeines
 - 4.1.2. Hauttestungen
 - 4.1.3. Provokationstestungen
 - 4.1.4. In-vitro-Untersuchungen
 - 4.2. Spezifische therapeutische Verfahren
 - 4.2.1. Allgemeines
 - 4.2.2. Allergenkenz
 - 4.2.3. Diät
 - 4.2.4. Hyposensibilisierung
5. Maßnahmen zur Sicherung der Ergebnisqualität
 - 5.1. Allergiepaß
 - 5.2. Dokumentation

Anlage 1: Mindestausstattung zur Behandlung anaphylaktischer Reaktionen

Anhang 1: Berücksichtigte Literatur

Anhang 2: Entwicklung des Entwurfs einer Richtlinie zur Qualitätssicherung in der Allergologie

Auf der Grundlage einer Defizitanalyse Allergologie“ (s. Tätigkeitsbericht 1996/97) erarbeitete der Expertenkreis Allergologie 1996 ein vorläufiges Konzept (siehe Tätigkeitsbericht des Vorjahres), das im Ende 1996 allen interessierten Kreisen zugänglich gemacht, im Januar 1997 im Rahmen des ärztlichen Qualitätsforums öffentlich diskutiert wurde und im Frühjahr als “Qualitätssicherungskonzept Allergologie“ des Expertenkreises abgeschlossen wurde.

Dieser Vorschlag wurde von der Planungsgruppe – unter Berücksichtigung der aktuell geltenden Weiterbildungsordnung – in je einen Entwurf für den Regelungsbereich der Bundesärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgeteilt als

- **“Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Allergologie“**
(Inhalt: siehe Tab. 5) bzw.
- **“Empfehlungen für die Formulierung von Qualifikationsvoraussetzungen der KBV gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von allergologischen Leistungen“**
(siehe Tab. 6).

Die entsprechenden Vorschläge wurden den beiden Gesellschaftern abschließend im Januar 1998 vorgelegt.

Tab. 6: Inhalte der Empfehlungen für die Formulierung einer Allergologievereinbarung der KBV

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Ziel und Inhalt2. Fachliche Befähigung<ol style="list-style-type: none">2.1. Persönliche Qualifikation allergologisch tätiger Ärzte3. Notfallausstattung4. Übergangsregelungen |
|--|

Außerdem empfahl die Planungsgruppe der Bundesärztekammer, das als Bestandteil des Qualitätssicherungskonzeptes erarbeitete **“Curriculum Allergologie“** (siehe Tab. 7) in der Schriftenreihe **“Texte und Materialien zur Fort- und Weiterbildung“** zu publizieren.

Tab. 7: Inhalte des Curriculums Allergologie

I.	Einleitung
II.	Themenblöcke und Stundentafel
III.	Lehr- und Lerninhalte
	Block 1: Grundlagen und Methoden der Allergologie
	1. Grundlagen der Allergologie
	2. Methoden der Allergologie
	Block 2: Klinische Allergologie
	3. Allergische Erkrankungen vom Sofort-Typ
	4. Pseudoallergische Reaktionen
	5. Zytotoxische Reaktionen
	6. Immunkomplex-Reaktionen
	Block 3: Klinische Allergologie II
	7. Ekzemkrankheiten und Photoallergien
	8. Arzneimittel-Allergien und –Unverträglichkeitsreaktionen
	9. Psychologische Aspekte in der Allergologie
	Block 4: Präventivmedizinische Allergologie, arbeitsmedizinische und umweltmedizinische Aspekte
	10. Prävention in der Allergologie
	11. Allergologie und Arbeitsmedizin
	12. Allergologie und Umweltmedizin
IV.	Literaturempfehlungen

Weiterhin hatte der Expertenkreis 1996 empfohlen, für den Bereich "Allergologische Laboratoriumsdiagnostik" eine spezifische Qualitätssicherungsmaßnahme zu entwickeln. Mit dem Abschluß dieses Projektes (**Entwurf einer Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der allergologischen Laboratoriumsdiagnostik**), beschlossen durch die Planungsgruppe Anfang 1997, ist im Frühjahr 1998 zu rechnen.

4.2. Qualitätssicherungskonzept "Ambulantes Operieren"

Im Dezember 1995 hatte die Planungsgruppe beschlossen, ein gemeinsames Qualitätssicherungskonzept von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung zum Ambulanten Operieren erarbeiten zu lassen. Grundlagen dieser Arbeit sollten die "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 14 des Vertrags nach § 115 b Abs. 1 SGB V" der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 13. April 1994 und die "Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen vom 13. April 1994" sein. Der Expertenkreis Ambulantes Operieren (s. Tab. 2) erarbeitete 1996 ein vorläufiges Konzept (siehe Tätigkeitsbericht des Vorjahres), das im Ende 1996 allen interessierten Kreisen zugänglich gemacht und im Januar 1997 im Rahmen des ärztlichen Qualitätsforums öffentlich diskutiert wurde. Nach Modifikation des Konzeptes aufgrund der Anhörungsergebnisse wurde der **"Entwurf einer Richtlinie zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren"** (siehe Tab. 8) im Februar vom Expertenkreis und im März 1997 von der Planungsgruppe verabschiedet und den Gesellschaftern zugeleitet. Die Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung nahmen im Frühjahr den Entwurf zustimmend zur Kenntnis. Die KBV hat diesen Entwurf im Januar 1998 in die Verhandlungen mit den Vertragspartnern nach § 115 b Abs. 1 SGB V eingebracht. Nach Abschluß der Verhandlungen werden sich die beiden Vorstände erneut mit dieser Thematik befassen.

Im Rahmen der Verhandlungen der Vertragspartner "Ambulantes Operieren / dreiseitige Verträge" war im September 1996 Einvernehmen darüber erzielt worden, daß Fachkommissionen eingerichtet werden sollten, um die Notwendigkeit fachspezifischer Qualitätssicherungsmaßnahmen für ausgewählte Versorgungsbereiche zu prüfen und ggf. entsprechende Dokumentationsroutinen vorzubereiten. In diesem Zusammenhang empfahl der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung den Vertragspartnern nach § 115 b Abs. 1 SGB V die Einrichtung einer **"Servicestelle Qualitätssicherung Ambulantes Operieren"** zur Entwicklung und Koordination fachspezifischer Programme auf Bundesebene. Die Verhandlungen über dieses Projekt konnten im Berichtszeitraum noch nicht abgeschlossen werden.

Tab. 8: Inhalte des Entwurfs einer Richtlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren

1. Ziel und Inhalte
2. Begriffsdefinition
3. Allgemeine Anforderungen an die Strukturqualität
 - 3.1. Persönliche Qualifikation ambulant operierender Ärzte / Anästhesisten
 - 3.2. Qualifikation des Assistenzpersonals
 - 3.3. Räumliche, apparative und hygienische Anforderungen
 - 3.4. Allgemeine Organisatorische Anforderungen
4. Maßnahmen zur Sicherung der Prozeßqualität
 - 4.1. Operationsindikation und Aufklärung
 - 4.2. Postoperative Patientenversorgung
5. Allgemeine Maßnahmen zur Sicherung der Prozeßqualität
6. Fachspezifische Anforderungen zur Qualitätssicherung ambulanter Operationen
7. Dokumentation und statistische Auswertung
 - 7.1. Dokumentation
 - 7.2. Statistische Auswertungen

Anlage 1: Mindestanforderungen an die bauliche und apparativ-technische sowie hygienische Ausstattung

Anlage 2: Basisdokumentation ambulantes Operieren für alle Fachgebiete

4.3. Qualitätssicherungskonzepte für die Gastrointestinale Endoskopie und die Ultraschalldiagnostik

Planungsgruppe und Verwaltungsrat beschlossen 1995 bzw. 1996 die Erarbeitung von Qualitätssicherungsmaßnahme für die Ultraschalldiagnostik und die Gastrointestinale Endoskopie. Die entsprechenden Expertenkreise legten im Berichtsjahr vorläufige Entwürfe für Richtlinien der Bundesärztekammer vor. Die Projekte sollen in der ersten Hälfte 1998 zum Abschluß kommen.

4.4. Qualität ärztlicher Leitlinien

4.4.1. Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung

Um die Entwicklung und Einführung wissenschaftlich begründeter und praktisch anwendbarer Leitlinien in der ambulanten und stationären Versorgung fachlich begleiten und bewerten zu können, war Ende 1995 die Einrichtung eines Expertenkreises Leitlinien beschlossen worden. Der Expertenkreis hatte 1996 **„Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung“** erarbeitet (siehe Tätigkeitsbericht des Vorjahres), die im Juni 1997 als gemeinsamer Beschluß der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung veröffentlicht und publiziert wurden (Deutsches Ärzteblatt, 94 (Heft 33) Seiten A-2154-2155, B-1622-1623, C-1754-1755).

4.4.2. Checkliste **„Methodische Qualität von Leitlinien“**

Auf der Grundlage der Beurteilungskriterien wurde 1997 durch Mitglieder des Expertenkreises Leitlinien und Mitarbeiter der Zentralstelle ein Instrument zur systematischen Erfassung und Dokumentation der methodischen Qualität von Leitlinien erarbeitet. Diese **Checkliste *„Methodische Qualität von Leitlinien“*** (Tab. 9) lehnt sich an Vorbilder aus Schottland und England an (2,3). Ihre Konzeption wurde ermöglicht durch die großzügige Unterstützung des **„Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)“**, Edinburgh, sowie in Kooperation mit einer Arbeitsgruppe der MHH Hannover (4). Die Checkliste wurde – gemeinsam mit einem von A. Helou von der MHH Hannover und A. Kostovic-Cilic erarbeiteten Nutzermanual - 1998 allen Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärztekammern, Wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Kenntnis gebracht.

Literatur:

1. Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Dtsch Arztebl 94 (1997) A2154-2155, B-1622-1623, C-1754-1755
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Clinical Guidelines - Criteria for Appraisal for National Use. <http://pc47.cee.hw.ac.uk/sign/critmain.html>
3. Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G. Appraisal instrument for clinical guidelines. St. George's Hospital Medical School, London, May 1997
4. Helou A. Entwurf eines deutschsprachigen Instrumentes zur Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien. Abteilung für Epidemiologie und Sozialmedizin der MHH . Hannover, Dezember 1997, unveröffentlichtes Manuskript
5. Helou A, Kostovic-Cilic L, Ollenschläger G. Nutzermanual zur Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien". Köln, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung

Tab. 9: Inhalte der Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien"

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

lfd.Nr.	Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung	j	n	uk	na
1.1.	Wird die für die Leitlinienentwicklung verantwortliche Institution klar genannt ?	ö	ö	ö	-
1.2.	Existieren detaillierte Angaben über finanzielle oder andere Formen der Unterstützung durch Dritte ?	ö	ö	ö	-
1.3.	Falls Unterstützung seitens kommerzieller Interessengruppen erfolgte bzw. Hinweise auf mögliche Verpflichtungen / Interessenkonflikte existieren, wurde die mögliche Einflußnahme auf die Leitlinie diskutiert ?	ö	ö	ö	ö

	Autoren der Leitlinie	j	n	uk	na
1.4.	Sind die an der Erstellung der Leitlinie Beteiligten (Fach-, Interessen-, Patientengruppen) hinsichtlich ihrer Funktion und der Art ihrer Beteiligung klar genannt ?	ö	ö	ö	-
1.5.	Waren an der Erstellung der Leitlinie die von den Empfehlungen im wesentlichen Betroffenen (die mit der Thematik befaßten Fachdisziplinen und Patienten) beteiligt	ö	ö	ö	ö

	Identifizierung und Interpretation der Evidenz	j	n	uk	na
1.6.	Werden Quellen und Methoden beschrieben, mit deren Hilfe die den Empfehlungen zugrunde liegenden Belege (Evidenz) gesucht, identifiziert und ausgewählt wurden?	ö	ö	ö	-
1.7.	Sind die Informationsquellen und Suchstrategien nachvollziehbar dokumentiert?	ö	ö	ö	ö
1.8.	Werden die Methoden zur Interpretation und Bewertung der Evidenzstärke genannt?	ö	ö	ö	-

	Formulierung der Leitlinienempfehlungen	j	n	uk	na
1.9.	Werden die zur Auswahl der Leitlinienempfehlungen eingesetzten Methoden genannt?	ö	ö	ö	-
1.10.	Werden die zur Konsentierung der Leitlinienempfehlungen eingesetzten Verfahren genannt?	ö	ö	ö	-
1.11.	Wird erwähnt, wie die Vorstellungen von interessierten Gruppen, die nicht an der Leitlinienerstellung beteiligt waren, berücksichtigt wurden?	ö	ö	ö	-
1.12.	Ist die Verknüpfung der wichtigsten Empfehlungen mit der zugrunde liegenden Evidenz exakt dokumentiert?	ö	ö	ö	ö

	Gutachterverfahren und Pilotstudien	j	n	uk	na
1.13.	Ist die Leitlinie vor der Veröffentlichung durch unabhängige Dritte begutachtet worden?	ö	ö	ö	-
1.14.	Werden die Methoden, Kommentierungen, Konsequenzen einer Begutachtung erwähnt?	ö	ö	ö	ö
1.15.	Wurde die Leitlinie einer Vortestung oder einem Pilotversuch unterzogen?	ö	ö	ö	-
1.16.	Werden die Methoden, Ergebnisse und Konsequenzen eines Pilotversuchs erwähnt?	ö	ö	ö	ö
1.17.	Wurde die Leitlinie mit anderen thematisch vergleichbaren Leitlinien verglichen?	ö	ö	ö	ö

	Gültigkeitsdauer / Aktualisierung der Leitlinie	j	n	uk	na
1.18.	Ist in der Leitlinie ein Zeitpunkt genannt, zu dem sie überprüft / aktualisiert werden soll?	ö	ö	ö	ö
1.19.	Sind Zuständigkeit und Verfahrensweisen für Überprüfung / Aktualisierung klar definiert?	ö	ö	ö	ö

	Transparenz der Leitlinienerstellung	j	n	uk	na
1.20.	Wurden die möglichen systematischen Fehler / Konflikte umfassend diskutiert?	ö	ö	ö	-

1.21.	Existiert eine zusammenfassende Darstellung über den Inhalt, die Empfehlungen der Leitlinie sowie über die Methodik der Erstellung (z.B. in Form eines Leitlinien-Reports)?	ö ö ö -
-------	---	---------

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie

	Ziele der Leitlinie	j n uk na ¹
2.1.	Sind die Gründe für die Leitlinienentwicklung explizit genannt?	ö ö ö -
2.2.	Sind die Ziele der Leitlinie eindeutig definiert?	ö ö ö -
	Kontext (Anwendbarkeit / Flexibilität)	j n uk na
2.3.	Ist (sind) die Patienten-Zielgruppe(n) der Leitlinie eindeutig definiert (z.B. hinsichtlich Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Begleiterkrankungen usw.)?	ö ö ö ö
2.4.	Ist (sind) die ärztliche(n) Zielgruppe(n) der Leitlinie eindeutig definiert?	ö ö ö ö
2.5.	Enthält die Leitlinie Angaben über Situationen, in denen spezielle Empfehlungen der Leitlinie nicht berücksichtigt werden können oder sollen?	ö ö ö ö
2.6.	Wird erwähnt, inwieweit die Bedürfnisse der Patienten bei der Anwendung in der Leitlinie zu berücksichtigen sind?	ö ö ö ö
	Klarheit, Eindeutigkeit	j n uk na
2.7.	Beschreibt die Leitlinie das behandelte Gesundheits- / Versorgungsproblem eindeutig und in allgemein verständlicher Sprache?	ö ö ö -
2.8.	Sind die Empfehlungen logisch, inhaltlich konsistent, eindeutig, leicht nachvollziehbar dargestellt und übersichtlich präsentiert?	ö ö ö -
2.9.	Sind die in Frage kommenden Handlungsalternativen und die Entscheidungskriterien für ihre Auswahl präzise beschrieben?	ö ö ö -
2.10.	Liegen differenzierte Empfehlungen zur Entscheidung hinsichtlich ambulanter oder stationärer Versorgung vor?	ö ö ö ö
2.11.	Existieren Angaben darüber, welche Maßnahmen notwendig erscheinen?	ö ö ö ö
2.12.	Existieren Angaben über Maßnahmen, die unzumutbar, überflüssig, obsolet erscheinen?	ö ö ö ö
	Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse	j n uk na
2.13.	Wird der bei Befolgen der Leitlinie zu erwartende gesundheitliche Nutzen bezüglich z.B. Morbidität, Mortalität, Symptomatik, Lebensqualität genannt?	ö ö ö ö
2.14.	Werden die bei Befolgen der Leitlinie möglichen Risiken (Nebenwirkungen und Komplikationen) der Diagnostik / Therapie genannt?	ö ö ö ö
2.15.	Gibt es zuverlässige Schätzungen der Kosten / der Aufwendungen, die sich voraussichtlich aus dem empfohlenen Vorgehen ergeben?	ö ö ö ö
2.16.	Wird eine Abwägung der möglichen Vorteile, Risiken, Kosten vorgenommen und unterstützt dies die vorgeschlagene Vorgehensweise?	ö ö ö ö

¹ Nur eine Antwortkategorie ankreuzen:

j: ja, **n:** nein, **uk:** unklar (auch bei unvollständigen / unzureichenden Angaben), **na:** nicht anwendbar

äzq₉₈

TaetBeKu98.doc

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie

Verbreitung und Implementierung		j	n	uk	na
3.1.	Existieren Empfehlungen zur Methode der Verbreitung / Implementierung der Leitlinie?	ö	ö	ö	ö
3.2.	Nur für überregionale Leitlinien: Existieren Empfehlungen zur Methode der regionalen Anpassung der Leitlinie?	ö	ö	ö	ö

Überprüfung der Anwendung		j	n	uk	na
3.3.	Werden spezifische Ziele, Kriterien oder Verfahren genannt, mit deren Hilfe die Berücksichtigung / Befolgung der Leitlinie in der Praxis ermittelt werden kann?	ö	ö	ö	ö
3.4.	Werden meßbare Kriterien / Indikatoren genannt, anhand derer der Effekt der Leitlinienanwendung überprüft werden kann?	ö	ö	ö	ö

¹ Nur eine Antwortkategorie ankreuzen:

j: ja, **n:** nein, **uk:** unklar (auch bei unvollständigen / unzureichenden Angaben), **na:** nicht anwendbar

4.4.3. Positionspapier Leitlinien der Planungsgruppe

Anfang 1998 konkretisierte die Planungsgruppe ihre künftigen Arbeitsziele und die Arbeitsabläufe in der Zentralstelle auf dem Gebiet der Leitlinien in Form eines Positionspapiers Leitlinien.

Sie stellte fest, daß die Zentralstelle in folgenden Bereichen tätig werden soll:

- Kritische Bewertung ("Clearing") von Leitlinien,
- Benennung prioritärer Versorgungsbereiche, für die Leitlinien entwickelt werden sollen,
- und gegebenenfalls Entwicklung von Leitlinien der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes.

A. Kritische Bewertung ("Clearing") von Leitlinien,

Konsens bestand über die Notwendigkeit eines institutionellen Verfahrens zur "Kritischen Bewertung von Leitlinien" (**sogenanntes "Clearingverfahren Leitlinien"**) und bezüglich der Einrichtung eines Bereichs "Leitlinien-Clearingstelle" in der Zentralstelle.

Die Planungsgruppe hielt folgende **Aufgaben** für vorrangige Bestandteile des Clearingverfahrens:

- Bewertung von wichtigen Leitlinien (gemessen an dem zu erwartenden Nutzen bzw. der Wirtschaftlichkeit) anhand vorab festgelegter Kriterien, ggf. Empfehlungen zur Verbesserung
- Kennzeichnung der für gut befundenen Leitlinien
- Monitoring der Fortschreibung von Leitlinien

- Information über Leitlinien

- Unterstützung bei der Verbreitung von Leitlinien
- Beratung über die Multiplikation von Leitlinien
- Koordination von Erfahrungsberichten über bewertete Leitlinien
- Unterstützung bei der Evaluation von Leitlinien

Als **Instrumente des Clearingverfahrens** wurden die "Beurteilungskriterien für Leitlinien" und die "Checkliste zur Beurteilung von Leitlinien" beschlossen.

Organisatorische Grundlage des Clearingverfahrens sollte nach Vorstellung der Planungsgruppe ein Netzwerk aus Anbietern und Nutzern von Leitlinien sowie von wissenschaftlich auf dem Gebiet der Medizin und des Gesundheitswesens Tätigen sein.

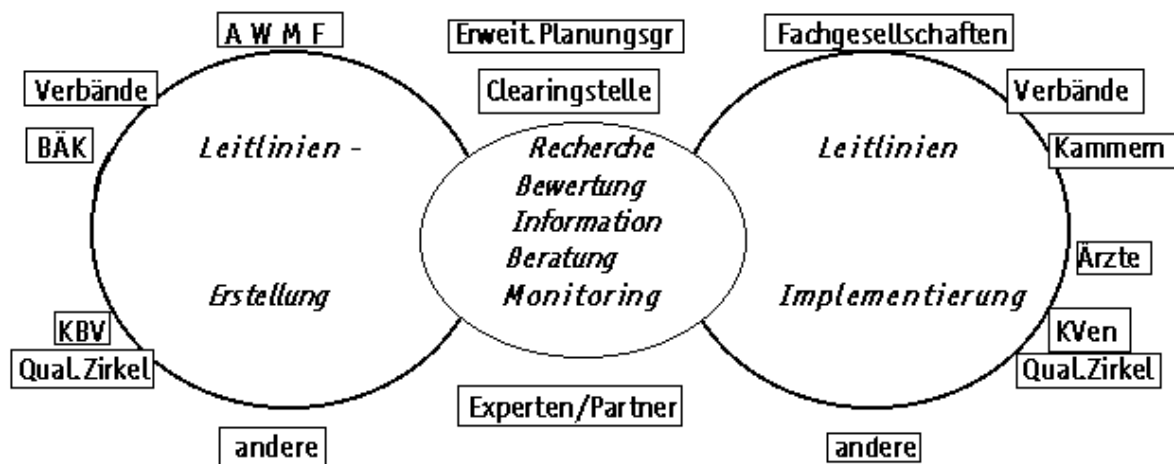
Koordiniert werden die Aufgaben des Clearingverfahrens durch die Clearingstelle. In diesem Zusammenhang hielt die Planungsgruppe die Einrichtung der vom Gesellschaftsvertrag für die Zentralstelle vorgesehenen "Erweiterten Planungsgruppe¹ als Steuergruppe der Clearingstelle" für angebracht.

Dementsprechend soll das Clearingnetzwerk bestehen aus

- der Clearingstelle (die ÄZQ übt die Funktion der Clearingstelle aus)
- den projektbezogenen Expertenkreisen der Clearingstelle, die aus unabhängigen Experten gebildet werden
- aus wissenschaftlichen Partnern: Experten oder wissenschaftliche Institute, die sich zu einer längerfristigen Kooperation mit der Clearingstelle verpflichten und von ihr Aufträge erhalten.

¹ "Die Planungsgruppe kann bei Bedarf für fachliche Fragen, welche im Rahmen der Beziehungen zu den Spitzenorganisationen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Krankenhäuser auf dem Felde der Qualitätssicherung von Bedeutung sind, zusätzlich sechs Vertreter der Krankenkassen und drei Vertreter der Krankenhäuser hinzuziehen (Erweiterte Planungsgruppe)" (Auszug aus dem ÄZQ-Gesellschaftsvertrag vom 2.7.1997)

Abb. 1: Leitlinien-Clearingnetzwerk



B. Benennung prioritärer Versorgungsbereiche, für die Leitlinien entwickelt werden sollen, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung sollten nach Vorstellung der Planungsgruppe gemeinsam durch Absprache in der Zentralstelle Versorgungsbereiche und ärztliche Betreuungsmaßnahmen benennen, für die die Entwicklung oder Fortschreibung von Leitlinien notwendig erscheint. Diese Vorschläge richten sich insbesondere an

- Wissenschaftliche Fachgesellschaften in Abstimmung mit Berufsverbänden,
- den Wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer,
- die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und
- den Ausschuß Ärzte und Krankenkassen.

Die Themenvorschläge werden ausgewählt auf der Grundlage

- der Bedeutung eines Gesundheitsproblems für den Einzelnen und die Bevölkerung,
- der Existenz unangemessener Qualitätsunterschiede in der ärztlichen Betreuung,
- der Möglichkeit einer Verbesserung der Versorgungsqualität.

C. Gemeinsame Entwicklung von Leitlinien der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

In Fällen, in denen die Entwicklung einer nationalen Leitlinie unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes durch Dritte trotz besonderer Dringlichkeit nicht absehbar ist, sollten nach Vorstellung der Planungsgruppe Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung im Einzelfall die Zentralstelle mit der Erarbeitung einer Leitlinie beauftragen.

Dabei wird die Entwicklung nach einer standardisierten Vorgehensweise erfolgen, und zwar

- unter Nutzung systematischer Literaturrecherchen zur Erfassung der wissenschaftlich-medizinischen Evidenz,
- mit Steuerung der Leitlinienerstellung durch multidisziplinäre Expertenkreise,
- mit expliziter Nennung der medizinisch-wissenschaftlichen Evidenz einzelner Empfehlungen (siehe Tab. 10),
- unter regelmäßiger Überprüfung und gegebenenfalls Fortschreibung der Leitlinie nach einem angemessenen Zeitraum, bzw. bei sich ergebender neuer Evidenz.

Die so erstellten Leitlinien sollen in einheitlichem Format, angelehnt an die Vorgaben der "Beurteilungskriterien für Leitlinien" (siehe hierzu auch Tätigkeitsbericht des Vorjahres), publiziert werden.

Tab. 10: Charakterisierung von Leitlinien-Empfehlungen mit Hilfe von Empfehlungsklassen (nach ACPR 1994, aus "Nutzermanual zur Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien")

Grad	Empfehlungsklasse
A (Evidenz-Grade Ia, Ib)	ist belegt durch schlüssige Literatur guter Qualität, die mindestens eine randomisierte, kontrollierte Studie enthält
B (Evidenz-Grade IIa, IIb, III)	ist belegt durch gut durchgeführte, nicht randomisierte, klinische Studien
C (Evidenz-Grad IV)	ist belegt durch Berichte und Meinungen von Expertenkreisen und / oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten. Weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin

4.5. Leitlinien und Qualitätsindikatoren

Seit Frühjahr 1997 existiert eine Kooperation der Zentralstelle mit dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) auf dem Gebiet der Operationalisierung von Leitlinien. Im Rahmen eines Konzeptes für den Aufbau eines Qualitätsmanagements in vertragsärztlichen Qualitätszirkeln werden für ausgewählte Versorgungsbereiche aus nationalen und internationalen Leitlinien Indikatoren abgeleitet, die – zu Datensätzen zusammengestellt und in Praxisverwaltungssysteme integriert – dem Monitoring der Patientenbetreuung bei chronischen Erkrankungen dienen.

Wegen der grundsätzlichen Bedeutung dieses Projektes für die Implementierung von Leitlinien übernahm die Zentralstelle den inhaltlichen Abstimmungsprozeß von Datensätzen für die Bereiche "Diabetes mellitus, Hypertonie, Ulcus duodeni, Asthma bronchiale, Schilddrüsenerkrankungen" mit den zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden.

Die hieraus entwickelten "Behandlungsprofile" sind nach einheitlichem Schema aufgebaut, wobei

- das Krankheitsbild genannt wird,
- das Monitoringziel aufgeführt wird,
- die zu vermeidenden Symptome festgestellt werden,
- die durchzuführenden anamnestischen und klinischen Maßnahmen angegeben sind,
- ebenso die notwendigen Labor- und apparativen Maßnahmen,
- und die Ergebnis-Indikatoren genannt werden.

Anfang 1998 wurden die ersten so erarbeiteten "Behandlungsprofile" veröffentlicht. Sie werden zur Zeit in Modellversuchen einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen getestet.

4.6. Qualitätssicherung in der Medizintechnik

Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung beschlossen im Sommer 1997, der Zentralstelle die Koordination der gemeinsamen Aufgaben in folgenden Bereichen zu übertragen:

- Technische Qualitätssicherung (z.B. Entwicklung von technischen Mindestanforderungen und deren kontinuierliche Fortschreibung für die Bereiche Kernspintomographie, Laboratoriumsmedizin, Strahlendiagnostik und -therapie, Ultraschalldiagnostik).
- Übergeordnete Rechtsvorschriften für die Medizintechnik (insbesondere Medizinproduktegesetz, Röntgenverordnung, Strahlenschutzverordnung)

- Nationale und internationale Normgebung für die Medizintechnik.

Konkrete Projekte werden ab Sommer 1998 – nach Einstellung eines entsprechend qualifizierten Mitarbeiters – betreut werden.

4.7. Qualitätssicherung und Telematik

Die Zentralstelle wird in zunehmendem Maße von nationalen Forschungsinstituten und Forschungskonsortien mit der Bitte um Unterstützung und konkrete Mitarbeit in nationalen und internationalen Projekten angesprochen.

Schwerpunkte dieser Projekte sind Telematikanwendungen im Gesundheitswesen im weitesten Sinne wie zum Beispiel

- PROGUIDE – Entwicklung einer EDV-gestützten, europäischen Leitliniendatenbank, von der EU unter Leitung von GSF-MEDIS gefördert,
- PTG (Patientenorientierte Telematikdienste im Gesundheitswesen), Projektantrag von DLR und Fraunhofer-Institut, BMBF Ausschreibung
- MedNet
- Weitere Anfragen verschiedenster Forschungsprojekte mit der Bitte um Unterstützung im Bereich Qualitätssicherung.

Art und Umfang einer eventuellen Beteiligung werden in der Geschäftsführung mit den Verantwortlichen in BÄK und KBV zur Zeit diskutiert und bei Bedarf abgestimmt.

4.8. Informationsangebote der Zentralstelle

Seit Anfang 1998 existiert auf Beschluß der Planungsgruppe ein Informationsangebot zu den Projekten und Arbeitsergebnissen der Zentralstelle im Deutschen Gesundheitsnetz (DGN), siehe Tab. 11.

Tab. 11: Inhalt des Informationsangebotes der Zentralstelle im DGN

• Hintergrund und Ziele der Zentralstelle	• Ärztliches Qualitätsforum
• Aufgaben	• Projekte
• Gremien	• Richtlinien

• Organigramm	• Leitlinien
• Organisationsprofil	• Bestandsaufnahme zur Qualitätssicherung
• Expertenkreise	• Links zum Thema Leitlinien

Eine Auswahl dieser Materialien wird ab Frühjahr 1998 über den WWW-Server der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Internet abrufbar sein.

In Vorbereitung sind Fortbildungsangebote zur Erstellung und Nutzung von Leitlinien.

Über die Arbeit der Zentralstelle wurde von Mitgliedern der Geschäftsstelle auf zahlreichen Veranstaltungen im In- und Ausland berichtet.
