

# Gedanken zur Zertifizierung in der ambulanten Versorgung

– dargestellt am Beispiel DIN EN ISO-Zertifizierung

Günter Ollenschläger

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Köln

## Zusammenfassung

In der weltweiten Diskussion um die Qualität und Finanzierbarkeit von Einrichtungen des Gesundheitswesens werden zertifizierte Qualitätsmanagement-Programme häufig als geeignete Maßnahme hervorgehoben. Als wesentliche Voraussetzungen für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung müssen jedoch Qualitätssaspekte durch das Vergütungssystem berücksichtigt, die Schnittstellenproblematik gelöst sowie beträchtliche personelle und finanzielle Investitionen geleistet werden.

Darüber hinaus kann das zunehmende Selbstverständnis von medizinischen Einrichtungen, sich der Dienstleistung und Kundenzufriedenheit zu verschreiben, problematisch sein. Der zunehmende Wettbewerbsdruck in der Gesundheitsversorgung wird zwar die Verbreitung zertifizierter Qualitätsmanagement-Systeme fördern. Zertifizierungen im industriellen Bereich die aus eben diesen Beweggründen durchgeführt wurden, haben jedoch in der Regel nicht zu einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung geführt. Auch für die Zertifizierungsvorhaben im Gesundheitswesen muss vor diesem Hintergrund mit erheblichen Diskrepanzen zwischen zertifizierten Qualitätsmanagement-Systemen und einer tatsächlichen kontinuierlichen Qualitätsverbesserung gerechnet werden.

**Sachwörter:** Qualitätsmanagement-Systeme, Qualitätsförderung, Qualitätssicherung, Zertifizierung, DIN ISO-Zertifizierung

## Hintergrund: Öffentliches Interesse an der Darlegung von QM-Ergebnissen

Vor dem Hintergrund der weltweiten Diskussionen um die Qualität und Finanzierbarkeit von Gesundheitssystemen (s. z.B. (1)) wird im In- und Ausland vermehrt über den Stellenwert der externen Qualitätssicherung nachgedacht (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8). Dabei konzentriert sich das Interesse unter anderem auf die Darlegung von Qualitätsmanagement-Ergebnissen seitens der Leistungserbringer und der Institutionen des Gesundheitswesens (u.a. in Form von Zertifizierungen).

Trotz der vielfach ungeklärten Fragen zur Machbarkeit existieren in Deutschland – vorwiegend im politischen Bereich – bereits konkrete Vorstellungen über die flächendeckende Implementierung der Darlegung von QM-Ergebnissen:

- So hat die *Gesundheitsministerkonferenz 1999* vorgeschlagen, dass bis zum 1.1.2003 alle Einrichtungen des Gesundheitswesens in jährlichen Qualitätsberichten die Qualität ihrer Leistungen darlegen und veröffentlichten sollen. Außerdem sol-

len bis zum 1.1.2005 50% aller Einrichtungen in den jeweiligen Sektoren des Gesundheitswesens ihre Qualität nach Kriterien darlegen, die von den jeweiligen Spitzenorganisationen abgestimmt und bundeseinheitlich vorgegeben werden (9).

- Der *Bundesgesetzgeber* verpflichtet durch die Novellierung des SGB V (§ 135a) alle Vertragsärzte und zugelassenen Krankenhäuser dazu, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen (10). Außerdem wird vorgegeben, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen, allerdings gilt dies nicht für ambulant tätige Vertragsärzte.

## Systematisches Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung – offene Fragen

Womit lässt sich diese Zurückhaltung des Gesetzgebers begründen? Warum wird ein offensichtlich gesundheitspolitisch für sinnvoll erachtetes Instrumentarium der Qualitätsförderung nicht für alle Versorgungsbereiche vorgeschrieben?

Antworten auf diese Fragen finden sich unter anderem im Ergebnisband des vom BMG geförderten Verbundprojektes „Qualitätsmanagement in der Arztpraxis“ (4).

Demnach sind derzeit drei Schlüsselfragen unbeantwortet, die we-



**Tabelle 1.** Erfolge von Qualitätsmanagement-Programmen in der ambulanten Versorgung – Beispiel Diabetes mellitus (12).

Projekt	Qualitätsindikator	Ergebnis (Mittl. HbA1c-Werte)
AOK-Modellvorhaben zur Optimierung der Diabetikerversorgung in Thüringen	Verteilung der HbA1c-Werte der an Schwerpunktpraxen überwiesenen Patienten am Beginn und Ende einer 2–3 Quartale dauernden Mitbetreuung (n = 1,031)	Anfang: 8,6 ± 1,9 Ende: 7,8 ± 1,4 p < 0,001
Qualitätsmanagement in der Diabetologie – Sachsen-Anhalt	Verteilung der HbA1c-Werte bei Patienten mit Typ 2-Vergleich 2. Beobachtungsjahr versus Eingangswert (n = 370)	Anfang: 8,77 ± 2,16 Ende: 7,58 ± 1,59 p < 0,001

sentliche Voraussetzungen für die erfolgreiche Realisierung von Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung betreffen, nämlich:

Wie kann flächendeckend

1. die Berücksichtigung von Qualitätsaspekten im Vergütungssystem – insbesondere unter Budgetierungsbedingungen – gewährleistet,
2. die sogenannte Schnittstellenproblematik (problemorientierte Patienten-Überweisung und -Rücküberweisung) gelöst;
3. die für die Einführung des systematischen Qualitätsmanagements notwendige, nicht unbeträchtliche, personelle und finanzielle Investition im Kleinbetrieb „Arztpraxis“ getätigt werden? (11)

Dass diese Probleme grundsätzlich lösbar sind, zeigen die ersten Ergebnisse der Modellvorgaben zur Diabetikerversorgung in Thüringen und Sachsen-Anhalt (s. Tab. 1).

Der Verlauf dieser Modelle zeigt auch, welche zusätzlichen Faktoren die Wirksamkeit von Qualitätsmanagement-Programmen in der ambulanten Versorgung begünstigen, nämlich:

- Beteiligung aller Betroffenen an der Erarbeitung und Implementierung des Programmes
- Berücksichtigung der beruflichen Realität der Leistungserbringer und der Bedürfnisse der Patienten bei der Festlegung von Maßnahmen und Instrumenten (13).

### Ziele von Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung – Von der Regulierung zum Wettbewerb

Die Qualität der Dienstleistung, die Kundenzufriedenheit und die Wettbewerbsfähigkeit in einem sich deregulierenden Umfeld entscheiden künftig über die Zukunftschancen der Arztpraxis. Diese Situation ist für ambulant tätige Ärzte neu. Sie stellt denselben Paradigmenwechsel dar, der sich für stationäre Einrichtungen schon länger abzeichnet: die Abkehr von der Regulierung, die Hinwendung zum Wettbewerb (14). Dabei muss insbesondere

durch medizinisch orientiertes Qualitätsmanagement sichergestellt werden, dass die Leistungen auch inhaltlich dem Wettbewerb standhalten.

Hierzu gehört die Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien bei der Patientenversorgung ebenso wie die leitliniengestützte Dokumentation der Versorgungsabläufe und -maßnahmen (15). Aber gehört auch die Zertifizierung dazu, wie viele ihrer Protagonisten meinen (insbesondere Zertifizierungsunternehmen in ihren Werbekampagnen – siehe hierzu die Websites der in Tab. 2 zusammengestellten Unternehmen)?

**Tabelle 2.** Akkreditierte Zertifizierungsunternehmen (DIN EN ISO) mit Tätigkeit in Gesundheitsinstitutionen (16).

Name / Kürzel	Arztpraxis	Zahnarztpraxis	stationär	Internet / Adresse
DAP	x			<a href="http://www.dap.de/">http://www.dap.de/</a>
DEKRA-IST/DCS	x	x	x	<a href="http://www.dcs.dekra.de/">http://www.dcs.dekra.de/</a>
DQS		x	x	<a href="http://www.dqs.de/">http://www.dqs.de/</a>
EQ-Zert			x	<a href="http://www.eqzert.de/">http://www.eqzert.de/</a>
Global-CERT		x	x	Hauptstraße 39; D-78559 Gosheim
ifta-Cert		x		<a href="http://www.ifta-ag.de/">http://www.ifta-ag.de/</a>
LGA InterCert	x	x	x	<a href="http://www.lga-intercert.com/">http://www.lga-intercert.com/</a>
Lloyds/LRQA		x	x	<a href="http://www.lrqa.de">http://www.lrqa.de</a>
NIS Zert	x		x	<a href="http://www.nis-zert.de/">http://www.nis-zert.de/</a>
Q-Zert	x			<a href="http://www.qzert.de/">http://www.qzert.de/</a>
SGS-ICS		x	x	<a href="http://www.sgsgroup.de/">http://www.sgsgroup.de/</a>
TÜV-Cert	x	x	x	<a href="http://www.tuev-cert.de/">http://www.tuev-cert.de/</a>



## Zertifizierung – ein angemessenes Instrument des Qualitätsmanagements in der ambulanten Versorgung?

### Gründe für Zertifizierungen

Die Suche nach den „besten“ ambulanten Versorgungseinrichtungen, die die effizientesten, produktivsten und patientenfreundlichsten Behandlungsstrukturen aufweisen, wird künftig seitens der Patienten und vor allem seitens der Krankenkassen eine bedeutende Rolle spielen (verändert nach (14)). Diese Tendenz zum Betriebsvergleich ist die treibende Kraft der Verbreitung von zertifizierten QM-Systemen, auch bei Dienstleistungsunternehmen in der Gesundheitsversorgung. Eine Tendenz, die insbesondere von den kommerziellen Beratungs- und Zertifizierungsunternehmen wegen der guten Erlössituation in diesem Bereich forciert wird.

Dabei wird in Unternehmen des industriellen Bereichs die Zertifizierung mit den damit verbundenen Audits keineswegs durchgängig als Maßnahme verstanden, die den Unternehmen die Chance einer generellen Überprüfung ihrer betrieblichen Abläufe und Strukturen bietet (17, S. 20): *„Weil der Kunde es fordert, unterzieht man sich einer teilweise mehr als lästigen Durchleuchtung der Qualitätsforderungen. Teilweise kommt noch hinzu, daß ein bürokratisches Übermaß an Forderungen die im Qualitätsmanagement liegenden Chancen konterkariert“* (18). Und L. Blackham kommt 1994 in seinem Aufsatz „What's gone wrong with ISO 9000“ zu dem Schluss: *„Their entire motivation in implementing ISO 9000 has been to get their customers off their backs!“* (19).

Zusammenfassend sieht die Mehrzahl zertifizierter Unternehmen im industriellen Bereich im Zertifikat einen Vorsprung vor den Wettbewerbern: in 2 Befragungen nannten 60% und mehr der Betriebe „Kun-

denverlangen“ bzw. „äußeren Umsetzungsdruck (= Kundenwünsche, Wettbewerbsdruck, Richtlinienvorgaben“) als Beweggründe ihrer Aktivitäten. (17, S. 32–33; 20). Führen allein diese Beweggründe zur Zertifizierung, sind Fehlschläge vorprogrammiert: Viele Unternehmen werden nach Erteilung des Zertifikates wieder in die alte Routine zurückfallen – die anzustrebende kontinuierliche Qualitätsverbesserung, die durch die Zertifizierung induziert werden soll, wird nicht erreicht.

### Kosten zertifizierter Qualitätsmanagementprogramme

Die Akquisition eines QM-Zertifikates ist keine preisgünstige Angelegenheit: Muss man doch bei Unternehmen ohne Vorerfahrung im Bereich der Qualitätssicherung mit einem Kostenaufwand für die externe Beratung von ab ca. 1.200,- DM/Tagewerk und für die reine Zertifizierung ab ca. 6.000,- DM rechnen (21). Der interne Aufwand beläuft sich nach Kalkulation der Industrie- und Handelskammer zu Kiel etwa in gleicher Höhe.

Auch für die Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems fallen interne und externe Kosten an. Die internen Kosten entstehen in erster Linie durch den Zeitaufwand für die Aktualisierung der Dokumentation und die Durchführung von internen Audits. Externe Kosten entstehen durch Überwachungsaudits (in der Regel 1 × jährlich, ab ca. 3000,- DM) und das vorgeschriebene Wiederholungsaudit (alle 3 Jahre) durch anerkannte Zertifizierer (ca. ab 3.000,- DM).

Welche Umsätze im Bereich der Beratungs- und Zertifizierungsindustrie getätigt werden, zeigt auch die Ausschreibung von Förderprogrammen für die Einführung der DIN EN ISO 9000–2000ff.: Das Land Brandenburg bezuschusst die Beratung vor der Erstzertifizierung in mittelständigen Unternehmen mit 40% der beim Unternehmen an-

fallenden Kosten (max. 750 DM/Tagewerk für max. 25 Tagewerke). Der Zuschuss für die Erstzertifizierung beträgt 50% der Kosten (max. DM 10.000), für die Nachzertifizierung max. DM 3.000 (22).

Zusammenfassend hängt die Höhe der Einführungskosten eines QM-Systems insbesondere von dem gewählten Einführungspfad ab. Die höchsten externen Kosten fallen bei Betrieben an, die sich von einem Beratungsunternehmen unterstützen lassen. Hinzuzurechnen sind allerdings die internen Kosten für den zeitlichen Aufwand der Implementierung: sogar Kleinunternehmen müssen im industriellen Bereich in der Regel mit mindestens einem halben Jahr Aufbauphase rechnen (17, S. 28).

### Nutzen und Verbreitung zertifizierter QM-Programme

Globale Aussagen zu den Nutzen zertifizierter QM-Programme in der ambulanten Versorgung sind unzulässig. Die Entscheidung für oder gegen ein solches Projekt kann nur der Praxisinhaber unter Berücksichtigung der individuellen Betriebssituation fällen. So werden sich Betriebe mit technischen Schwerpunkten (Zahnarztpraxen, Endoskopie, Labor, Röntgen) eher für den Aufbau der jetzt verfügbaren, von der Produktbewertung abgeleiteten QM-Programme (insbesondere DIN EN ISO) entscheiden als Gesundheitsinstitutionen mit eher „kommunikativen“ Schwerpunkten. Multiprofessionelle Einrichtungen (Krankenhäuser und Einrichtungen der Sozialversorgung, z.B. Altenheime) werden stärker an formalisiertem QM interessiert sein als Einzelpraxen. Diese Annahme wird durch die Darlegung erteilter Zertifikate (siehe auf den Websites der in Tab. 2 angegebenen Unternehmen) sowie die Selbstanzeige zertifizierter Einrichtungen untermauert. Die der Tab. 3 zugrundeliegenden An-



**Table 3.** Zertifikate nach DIN EN ISO in Einrichtungen von Gesundheitsdienstleistungen (Teil oder Vollzertifizierung) (16).

Gesundheitseinrichtung	Anzahl Herbst 99	Anzahl Frühj. 00	Differenz
Krankenhäuser (Akut / Fach / Reha / Univ.)	59	95	+ 61%
Zahnarztpraxen	36	39	+ 8%
Arztpraxen	21	35	+ 67%
-----			
Total	116	169	
-----			
Soziale Einrichtungen	273	349	+ 28%

gaben über Arztpraxen stammen primär von gynäkologischen, chirurgischen, zahnchirurgischen und endoskopisch tätigen Betrieben. Allerdings sollte man nicht verschweigen, dass Experten der technischen Qualitätswissenschaften die Nutzen-/Kosten-Relation des in der Industrie verbreitesten zertifizierten QM-Systems eher skeptisch bewerten. Hierzu führt Christian Malorney in seiner mit dem „European Quality Award for Theses on TQM“ ausgezeichneten Monographie wie folgt aus (17):

*Produktzertifikate bescheinigen in der Regel die Einhaltung der Anforderungen einer bestimmten Norm. ... Anders ist dies jedoch bei QM-Systemzertifikaten: ... so ist bis heute ungeklärt, welcher konkrete Nachweis durch ein QM-Systemzertifikat tatsächlich erbracht wird. ... Daher schein wenig förderlich, im Rahmen der Zertifizierung von einer vertrauensbildenden Maßnahme an der Schnittstelle Abnehmer (Kunde)/Zulieferer (oder Dienstleister – Anm. G. Ollenschläger) zu sprechen, wenn nicht klar definiert ist, welche Aussage durch das Zertifikat eigentlich geleistet wird (17, S. 55, 57):*

- Bescheinigung der Konformität mit den Normen,
- Aussage zur Funktions- und/oder Qualitätsfähigkeit des auditierten Systems – wenigstens zum Zeitpunkt der Auditierung,

- Nachweis der grundsätzlich existierenden Funktions- und Qualitätsfähigkeit (des QM-Systems? des gesamten Unternehmen?)
- Attestierung, dass das zertifizierte Unternehmen gleichbleibende Qualität erzeugt?

Die verschiedenen Sichtweisen führen in der Industrie zwangsläufig auch zu unterschiedlichen Aussagen bezüglich der Frage was das Zertifikat einem Unternehmen überhaupt bringt. Dass Zertifikate mittlerweile in vielen Branchen als (mehr oder weniger begründete) Zugangsmöglichkeit zu Märkten verstanden werden, ist unumstritten und hat daher marktwirtschaftliche (= wettbewerbliche) Bedeutung: Gegenüber dem nicht zertifizierten Konkurrenten entsteht der subjektive Eindruck eines leistungsfähigeren Unternehmens oder eines qualitativ hochwertigeren Produktes.

Offensichtlich gibt es erhebliche Diskrepanzen zwischen funktionierenden und die Qualität eines Unternehmens insgesamt verbessern einerseits und allgemein zertifizierbaren Systemen des Qualitätsmanagements andererseits. Die Ergebnisse der Zertifizierung im industriellen Bereich machten zumindest bis 1996 nicht erkennbar, dass ein kausaler Zusammenhang zwischen zertifizierten QM-Systemen und tatsächlicher Qualitätsverbesserung besteht (17, S. 65).

Einen Nutzen aus der Zertifizierung kann ein Betrieb in der Regel aus

der Aufbauphase des QM-Systems ziehen, indem beispielsweise Mitarbeiter geschult und Prozesse verbessert werden, oder indem Teamarbeit praktiziert wird. Sinnvoll wird ein solches Programm nur, wenn sich hierzu der Wille und die Möglichkeit zu einem sich kontinuierlich weiterentwickelnden Qualitätsförderungsprogramm entwickelt.

## Schlussfolgerungen

*Die dargelegten Grenzen der derzeit verfügbaren zertifizierten QM-Programme (insbesondere DIN EN ISO) sowie die fehlenden Belege für deren langfristigen positiven Effekt in Dienstleistungsunternehmen des Gesundheitswesens, sprechen eher gegen eine flächendeckende Einführung dieser Programme in die ambulante ärztliche Versorgung. Vielmehr gilt es, gesundheitlich orientierte neuere QM-Projekte wie „visitatie“, EFQM (8; 23) und KTQ® (3) auf ihre Adaptierbarkeit hin zu überprüfen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das deutsche System der vertragsärztlichen Versorgung seit Jahrzehnten bereits eine Überfülle an mehr Normen und Standards vorsieht (Akkreditierung = kassenärztliche Zulassung, Zertifizierung für spezielle Versorgungsmaßnahmen, z.B. Sonographie, Qualitätszirkel, Ringversuche etc.). Eine weitere Ausweitung der Überregulierung im ambulanten Bereich wird nicht zur Qualitätsförderung, sondern zur Ablehnung der Instrumente und Maßnahmen der Qualitätssicherung durch die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte führen.*

## Abstract

### Reflections about certification in outpatient care – exemplified by the DIN EN ISO-certification

In the worldwide discussion about the quality and possibility to finance insti-



tutions in public health, certified quality management programs are often stressed as suitable means. It is, however, an essential requirement for a successful quality management in out-patient care to consider quality aspects in the system of reimbursement, to solve the interface problem, and to invest considerably in personnel and financing.

Additionally, the fact that medical institutions increasingly take it for granted to dedicate themselves to services and customer satisfaction can pose a problem. Growing pressure due to competition within health care does encourage spreading of certified quality management systems. However, certification in industry implemented for this very same reason did not as a rule lead to a continuing improvement of quality.

Against this background, it is necessary to reckon with a considerable discrepancy between certified quality management systems and actual continuing quality improvement.

**Key words:** quality management systems, quality promotion, quality assurance, certification, DIN EN ISO-certification

## Literatur

- WHO (2000) *The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance*. Genf, WHO. <http://www.who.int/whr/>
- Weidringer KW, Thaler CJ (2000) Zertifizierungen im Gesundheitswesen – unsinnig oder sinnvoll? *Z ärztl Fortbild Quallsich* 94: 633
- Kolkman FW, Scheiner HD, Schoppe C, Walger M (2000) KTQ®-Projekt zur Zertifizierung von Akut-Krankenhäusern. *Z ärztl Fortbild Quallsich* 94: 651–657
- Bundesministerium für Gesundheit (1999) Qualitätsmanagement in der Arztpraxis. *BMG-Schriftenreihe Band 117*. Baden-Baden: Nomos-Verlag
- Siebolds M, Kirchner H (2000) Instrumente zur Qualitäts- und Kostensteuerung in Praxisnetzen. In: *Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg) Handbuch für Netzberater*. Köln: Eigenverlag der KBV
- Egner U, Gerwin H, Schliehe F (2000) Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. *Instrumente und Verfahren Januar 2000. DRV-Schriften Band 18*, Frankfurt / M: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
- Vogt W (2000) TQM und die Bewertung nach dem Modell der EFQM – Anwendung auf das Medizinische Laboratorium. *Klinische Chemie und molekulare Diagnostik Band 4*. Oldenburg: Idensee Verlag
- Shaw CD (2000) External evaluation of health care. *Schwerpunktheft des International Journal for Quality in Health Care*. *Inter J Qual Health Care* 12: 169–262
72. Gesundheitsministerkonferenz (1999) Beschluß „Entwicklung einer einheitlichen Qualitätsstrategie im Gesundheitswesen“. <http://www.gqmg.de/Links/strategie.htm>
- Deutscher Bundestag (1999) *Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zuletzt geändert durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 (BGBl I S.2626)*. <http://www.bmgesundheit.de/rechts/sgb/sgbv.htm>
- Häussler B, Kuch C (1999) Warum und wozu braucht man Qualitätsmanagement in der Arztpraxis? In: 4, S. 12–37
- Schulze J, Kunath H (2000) persönliche Mitteilung.
- Schulze J, Kunath H, Rothe U, Müller G (1998) Ärztliche Leitlinien Diabetes mellitus in Sachsen. *Instrument interdisziplinären Qualitätsmanagements zur Optimierung der Patientenversorgung. ZaeFQ* 92: 503–507
- Kerres M, Lohmann H (2000) *Der Gesundheitssektor: Chance zur Erneuerung*. Wien: Wirtschaftsverlag Ueberreuter, S. 17,18
- Geraedts M, Selbmann HK, Barczok M, et al (2000) Leitlinie zur Versorgung von erwachsenen Patienten mit Asthma bronchiale in der Region Neckar-Alb. *Z ärztl Fortbild Quallsich* 94: 359–364
- Anonymus (1999/ 2000) *Zertifizierungslisten XVI und XVII – Qualitätsmanagement in Klinik und Praxis*, Heft 5/99 – 1/00. Frankfurt, pmi-Verlag. Internetadressen: abgerufen am 12.7.2000
- Malorny C (1996) *TQM umsetzen. Der Weg zur Business Excellence*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag
- Schnauber H, Zülch J (1994) *Zertifizierung – Chance für umfassendes Qualitäts- und Wertschöpfungsmanagement*. Zitiert in: 17, S. 21
- Blackham L (1994) What's gone wrong with ISO 900? *ISO 9000 News*, März 1994: 15–17
- Baethge-Kinsky V, Betzl K, Moldaschl M (1994) *Innovatives Qualitätsmanagement – Alltag ider Schwachstelle im Unternehmen? Qualität und Zuverlässigkeit* 39 (2) 95–99
- Thoms K, Industrie- und Handelskammer zu Kiel (ohne Datum) *Qualität ist, ... wenn die Kunden zurückkommen und nicht die Produkte! 20 Fragen und Antworten zum Qualitätsmanagementsystem*. <http://www.klaus-thoms.de/qms-faq.htm> (abgerufen am 12.7.2000)
- Rationalisierungs- und Innovationszentrum der Deutschen Wirtschaft, Potsdam (1997) *Informationen zur Förderung des Aufbaus von QM-Systemen nach DIN EN ISO 9000 ff. in Brandenburger Unternehmen durch das Bundesland Brandenburg*. <http://rkw-brandenburg.de/beratung.htm#qualitaet> (abgerufen am 12.7.2000)
- Klazinga N (2000) Re-engineering trust: the adoption and adaption of four models for external quality assurance of health care services in western European health care systems. *Inter J Qual Health Care* 12: 183–189

### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. med. Ollenschläger, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Aachener Straße 233-237, D-50931 Köln  
Tel.: 0221-4004 500/501; Fax: 0221-4004590;  
e-mail: azq@dgn.de



Marshall, M., und Breu, F. X. (Hrsg.): **Handbuch der Angiologie**. Arterien-, Venen- und Lymphgefäßerkrankungen in Klinik und Praxis

Loseblattwerk im Arbeitsordner. 542 Seiten. ecomed Verlagsgesellschaft, Landsberg 1999. 198 DM. ISBN 3-609-76510-0

Ein Handbuch war bislang im begrenzten Angebot der angiologischen Fachliteratur nicht vertreten. Obleich die Angiologie erst 1992 als Schwerpunkt der Inneren Medizin anerkannt wurde, untermauern ihr interdisziplinärer Charakter zwischen Internisten, Radiologen und Gefäßchirurgen und die epidemiologischen Daten der peripheren und cerebralen Durchblutungsstörungen sowie der Venenerkrankungen die Bedeutsamkeit der Verbreitung und Vertiefung von Fachwissen auf diesem Gebiet. Die Herausgeber Marshall und Breu konnten 20 namhafte Autoren aus dem deutschsprachigen Raum beteiligen. Als Publikationsform wurde ein Loseblattwerk gewählt. Die Ergänzungslieferungen erscheinen in 4–6 monatlichen Abständen. Inhalts-, Autoren- und Stichwortverzeichnisse werden jährlich aktualisiert. Eine durchgehende Seitennummerierung ist somit nicht möglich und zunächst ungewohnt.

Das Handbuch ist in sechs große Kapitel gegliedert. Die Einleitung schließt einen prägnanten Überblick der Medizingeschichte des Kreislaufsystems ein. Es folgen die Abhandlungen über Arterien, Venen und Lymphgefäße. Die chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten der Arterien- und Venenerkrankungen werden gesondert besprochen. Abschließend wird auf die Begutachtung, zunächst nur der Venenleiden, eingegangen. Den Kapiteln

über Arterien, Venen und Lymphgefäße sind jeweils umfassende Ausführungen zur Physiologie, Pathophysiologie und Pathobiochemie sowie die epidemiologischen Daten vorangestellt. Diagnostik und Therapie von PAVK, Nierenarterienstenosen, angeborenen Gefäßfehlern, Venenthrombosen, Lungenembolien, Varikosis und Lymphödemen werden umfassend und praxisbezogen vermittelt. Durch mehrere noch fehlende Kapitel wie z. B. cerebrale Durchblutungsstörungen, diabetischer Fuß, Thrombophilie, Vaskulitis, Thrombangitis obliterans wird kein geschlossener Gesamteindruck des Werkes erzielt. Anhand der Lücken in der Gliederung ist wohl zu erkennen, dass noch viele Kapitel eingefügt werden sollen, doch hat der Leser einen Anspruch auf ein vollständiges Kernwerk.

Entsprechend dem Anspruch des Handbuches liegen den einzelnen Kapiteln jeweils sehr umfassende Literaturrecherchen zugrunde, die den jeweiligen Kapiteln nachgestellt sind. Klinisch relevante Befunde werden durch aussagekräftige Abbildungen aller bildgebenden Verfahren demonstriert. Die reichlich enthaltenen Tabellen und Grafiken erleichtern das Verständnis der teilweise sehr ausführlichen Texte. Die Abbildungen sind bis auf einige Ausnahmen schwarz-weiß gehalten. Farbige Gestaltung wäre zur besseren Transparenz dem Gesamteindruck des Buches sehr dienlich.

Das Werk soll und kann ein Lehrbuch nicht ersetzen. Allen angiologisch tätigen Ärzten bietet es wertvolle Detailinformationen für die Tätigkeit in Klinik und Praxis. Wir wünschen dem Buch, dass es sich mit weiterer Komplettierung in den angiologischen Schriftreihen etabliert.

A. Schuster/E. Altmann, Dresden

### Ankündigung

#### 25. Interdisziplinäres Forum der Bundesärztekammer „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

Vom 11.–13. Januar 2001

Ort: Köln

Auskunft: Bundesärztekammer, Dezernat Fortbildung und Gesundheitsförderung,  
Postfach 410220, 50862 Köln,  
Tel.: 0221/4004-415/-416, Fax: 0221/4004-388

