

HUMBOLDT-UNIVERSITÄT ZU BERLIN
INSTITUT FÜR BIBLIOTHEKS- UND INFORMATIONSWISSENSCHAFT



BERLINER HANDREICHUNGEN
ZUR BIBLIOTHEKS- UND
INFORMATIONSWISSENSCHAFT

HEFT 132

**DIE STELLUNG DER KRANKENHAUSBIBLIOTHEK
IN DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT UNTER BESONDERER
BERÜCKSICHTIGUNG DER AM 01.01.2004 IN KRAFT
GETRETENEN NEUREGELUNGEN DES GESETZES ZUR
MODERNISIERUNG DER GESETZLICHEN
KRANKENVERSICHERUNG**

VON
KATJA BARTLAKOWSKI

**DIE STELLUNG DER KRANKENHAUSBIBLIOTHEK
IN DER KRANKENHAUSLANDSCHAFT UNTER BESONDERER
BERÜCKSICHTIGUNG DER AM 01.01.2004 IN KRAFT
GETRETENEN NEUREGELUNGEN DES GESETZES ZUR
MODERNISIERUNG DER GESETZLICHEN
KRANKENVERSICHERUNG**

**VON
KATJA BARTLAKOWSKI**

Berliner Handreichungen zur
Bibliotheks- und Informationswissenschaft

Begründet von Peter Zahn
Herausgegeben von
Konrad Umlauf
Humboldt-Universität zu Berlin

Heft 132

Bartlakowski, Katja

Die Stellung der Krankenhausbibliothek in der Krankenhauslandschaft unter besonderer Berücksichtigung der am 01.01.2004 in Kraft getretenen Neuregelungen des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung / von Katja Bartlakowski. - Berlin : Institut für Bibliotheks- und Informationswissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin, 2005. - 62 S. - (Berliner Handreichungen zur Bibliotheks- und Informationswissenschaft ; 132)

ISSN 14 38-76 62

Abstract:

Die seit dem 01.01.2004 im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankerte Fortbildungspflicht des Facharztes ist eine zweiseitige Verpflichtung. So trifft diese Pflicht den Facharzt gleichermaßen wie den Krankenhausträger, allerdings mit dem Unterschied, dass die Verpflichtung des Krankenhausträgers nicht ausdrücklich im SGB V verankert ist. Aus der Zweckgestaltung der ihm obliegenden Qualitätssicherungspflicht ergibt sich jedoch, dass die Fortbildung zum unerlässlichen Kanon der Qualitätssicherung gehört. Der Krankenhausträger kann sich daher der Fortbildungsfrage nicht entziehen; erfolgt diese doch letztlich in seinem Interesse. Er sieht sich damit in der Pflicht, die Fortbildungsaktivitäten seiner Fachärzte zu unterstützen und hierfür alles „notwendige und erforderliche“ zu tun. Ihn trifft daher die sogenannte formelle Fortbildungspflicht. In Erfüllung dieser Verpflichtung hat der Krankenhausträger die Verankerung eines Wissensmanagements in seinen Kernaufgabenbereich vorzunehmen, welches unter anderem in einer optimalen, das ärztliche Eigenstudium unterstützenden Informationsversorgung seine Gestalt findet. Als überaus geeignetes Wissensmanagement-Instrument erweist sich hierbei die Krankenhausbibliothek, die eine auf Fortbildungsbelange zugeschnittene und professionelle Informationsversorgung bietet resp. bieten könnte.

URL: <http://www.ib.hu-berlin.de/~kumlauf/handreichungen/h132>

Diese Veröffentlichung geht zurück auf eine Master-Arbeit im postgradualen Fernstudiengang Master of Arts (Library and Information Science) an der Humboldt-Universität zu Berlin.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	7
------------------------------------	---

Einleitung	10
-------------------------	----

Teil 1: Begriff, Gegenstand, Entwicklung und Zielsetzung der Qualitätssicherung im Krankenhauswesen

A. Die Entwicklung der Qualitätssicherung im Überblick	13
I. Allgemeines.....	13
II. Zielsetzung und Zweckbestimmung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG).....	14
B. Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach dem fünften Sozialgesetzbuch	14
I. Das Krankenhaus als Leistungserbringer i.S.d. § 135 lit. a SGB V	15
II. Die Pflicht des Krankenhauses zur Qualitätssicherung i.S.d. § 135 lit. a SGB V.....	16
1. Der Qualitätsbegriff.....	17
2. Die Sicherung der Qualität im Krankenhauswesen.....	18
a.) Prozessqualität als Qualitätssicherungsmaßnahme	19
b.) Ergebnisqualität als Qualitätssicherungsmaßnahme	20
c.) Strukturqualität als Qualitätssicherungsmaßnahme	20

Teil 2: Begriff, Gegenstand und Bedeutung der im fünften Sozialgesetzbuch verankerten Fortbildungspflicht

A. Die materielle Fortbildungspflicht des Facharztes im Krankenhaus	23
I. Fortbildung als Rechtspflicht: Fortbildungsverfahren und Konsequenzen der Fortbildungspflichtverletzung durch den Krankenhausarzt.....	24
II. Ziel und Inhalt der ärztlichen Fortbildung	26
III. Die Art und Weise des Wissenserwerbs (Fortbildungsmethoden)	26
1. Die klinische Fortbildung	27
2. Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen.....	27
3. Das mediengestützte Eigenstudium.....	28
IV. Zur Bewertung der Fortbildungsmaßnahmen	28

B. Die formelle Fortbildungspflicht des Krankenhausträgers	31
I. Rechtsdogmatische Herleitung.....	31
II. Inhaltliche Ausgestaltung der formellen Fortbildungspflicht	33

Teil 3: Information und Wissen: Wissensmanagement als Kernaufgabe des Krankenhausträgers

A. Die geschichtlichen Wurzeln der medizinischen Informationsgabe und Wissensvermittlung im Überblick	34
B. Wissensmanagement als Kernaufgabe des Krankenhausträgers	41
I. Grundlagen.....	41
1. Der Informations- und Wissensbegriff aus medizinischer Sicht.....	41
2. Der Managementbegriff	43
II. Management der Ressource „Wissen“ im Krankenhaus.....	43
1. Überblick und Definition.....	43
2. Fortbildungsbezogene Zielsetzung des Wissensmanagements	45
3. Das gruppenorientierte Lernen	45
4. Das mediengestützte Eigenstudium als bevorzugte Fortbildungsmethode	45
5. Informationsressourcen-Management	47
6. Die Krankenhausbibliothek als Wissensmanagement-Instrument	49
a.) Entstehung der Krankenhausbibliothek und konventionelle Medien	49
b.) Einzug der „neuen Medien“	50
c.) Fortbildungsbezogene Dienstleistungsangebote	51
d.) Fortbildungsbezogene Nutzerorientierung.....	53
7. Ergebnis	53

Kurze Zusammenfassung und Schlussbemerkung	55
---	----

Literaturverzeichnis	59
-----------------------------------	----

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz/Absätze
ÄM	Ärztemagazin
ärztl.	ärztlich/e/n
a. F.	alte/n Fassung
Alt.	Alternative
Anh.	Anhang
Anm.	Anmerkung
Art.	Artikel
ArztR	Arztrecht
ArzthaftungsR	Arzthaftungsrecht
Aufl.	Auflage
Az.	Aktenzeichen
BÄK	Bundesärztekammer
BayÄbl.	Bayerisches Ärzteblatt
Bd.	Band
bes.	besonderer
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BLÄK	Bayerische Landesärztekammer
BMV-Ä	Bundemantelvertrag-Ärzte
BO Hess.	Berufsordnung der Ärztekammer Hessen
bspw.	beispielsweise
BT-Drucks.	Bundestagsdrucksache
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
BVerwG	Bundesverwaltungsgericht
bzw.	beziehungsweise
CME	Continuing Medical Education
CR	Computer und Recht
DÄBl	Deutsches Ärzteblatt
DangVers	Die Angestelltenversicherung
ders.	derselbe
d.h.	das heißt
dies.	Dieselbe
DIN	Deutsche Industrie-Norm/en
DMW	Deutsche Medizinische Wochenschrift
DÖV	Die Öffentliche Verwaltung
DRG	Diagnosis Related Groups
DRiZ	Deutsche Richterzeitung
dt.	deutsch/e
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EG	Europäische Gemeinschaft
Einf. v.	Einführung vor
Einl.	Einleitung
engl.	englisch
Entw.	Entwurf

etc.	et cetera, und so weiter
e.V.	eingetragener Verein
evtl.	eventuell/er
ff.	fortfolgend (Seiten, Vorschriften, Randzeichen, Fußnoten)
FG f.	Festgabe für
Fn.	Fußnote
FS f.	Festschrift für
gem.	gemäß
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz
GoB	Grundsätze ordnungsgemäßer Buchführung
griech.	griechisch/e
GS f.	Gedächtnisschrift für
GVBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt
Gynäkol. Prax	Gynäkologische Praxis
HÄBl	Hessisches Ärzteblatt
HGB	Handelgesetzbuch
h. M.	herrschende Meinung
Hrsg.	Herausgeber
hrsgg.	herausgegeben
Hs.	Halbsatz
insbes.	insbesondere
i. S. d.	im Sinne des
i. V. m.	in Verbindung mit
jur.	juristisch/e
KassenarztR	Kassenarztrecht
KG	Kammergericht
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
klin.	klinisch/e
Komm.	Kommentar
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LSG	Landessozialgericht
MBI	Medizin-Bibliothek-Information
MBO	Musterberufsordnung
MBZ	Marburger Bund Zeitung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDR	Monatsschrift für Deutsches Recht
med.	medizinisch/e
Med.Klin.	Medizinische Klinik
MedR	Medizinrecht
MSF	Mustersatzung Fortbildung und Fortbildungszertifikat
m. w. N.	mit weiterem/weiteren Nachweis/en
n. F	neue/n Fassung
NJW	Neue Juristische Wochenschrift
NOG	Neuordnungsgesetz
Nr.	Nummer
NZA	Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht

o.B.	ohne Befund
OLG	Oberlandesgericht
OLGZ	Entscheidungen der Oberlandesgerichte in Zivilsachen einschließlich der freiwilligen Gerichtsbarkeit
OP	Operation
PharmInd	Die pharmazeutische Industrie
PflR	Pflegerecht
PflVO	Pflegeverordnung
PJ	Praktisches Jahr
pVV	positive Vertragsverletzung
QualiMed	Zeitschrift für angewandtes Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen
resp.	respektive
Rn.	Randnummer/n
Rspr.	Rechtsprechung
S.	Seite/n/Satz
SGB	Sozialgesetzbuch
SGb	Die Sozialgerichtsbarkeit
sog.	sogenannte/n
SozR	Sozialrecht – Rechtsprechung und Schrifttum, bearbeitet von den Richtern des Bundessozialgerichts (Loseblattsammlung)
u. a.	unter anderem, und andere
Übers.	Übersicht
Urt. v.	Urteil vom
usw.	und so weiter
v.	von/vom/vor
VersR	Versicherungsrecht
VertragsarztR	Vertragsarztrecht
vertr. v.	vertreten von
vgl.	vergleiche
Vorbem.	Vorbemerkung
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

*„Der Standard von heute ist der
Behandlungsfehler von morgen“*

Einleitung

Viele Krankenhäuser in Deutschland stehen nicht erst seit heute vor großen wirtschaftlichen Schwierigkeiten.¹ Die Krankenhauslandschaft leidet seit Jahren an einer mageren Finanzausstattung bei gleichzeitig dramatisch steigenden Kosten, verursacht durch Erlösminderungen im Wahlleistungsbereich, Kostensteigerungen im Personalbereich, steigenden Lohnnebenkosten sowie einer Nullrunde im Budgetbereich.²

Insbesondere der im Jahre 2003 erfolgte Paradigmenwechsel in der Finanzierung der Krankenhäuser mit der Abkehr von der Verweildauer-orientierten Vergütung der Patientenbehandlung sowie der Einführung einer pauschalierenden fallorientierten Vergütung (DRG³) hat in Deutschland zu einer vollständigen Umgestaltung der Krankenhauslandschaft geführt. Während das frühere System die Finanzierung resp. Vergütung weiterer Aufwendungen wie z.B. zusätzliche Diagnostik oder Therapie über die verlängerte Verweildauer zumindest teilweise zuließ, fällt im jüngst eingeführten Vergütungssystem der Behandlungsfallgruppen (DRG) diese Möglichkeit einer „Erlössteigerung“ durch Mehrleistungen am Patienten weitgehend weg. Die Leistungserbringer, sonach auch die Krankenhäuser, sind gehalten, unter DRG-Bedingungen eine möglichst gute Behandlungsqualität unter sparsamstem Einsatz von personellen und materiellen Ressourcen bei möglichst kurzer Gesamtverweildauer zu erreichen. Lediglich die „notwendige“ Krankenhausleistung wird nach den geltenden Bestimmungen vergütet.⁴

Vor diesem Hintergrund sind die Krankenhausträger bestrebt, den gravierenden Finanzlücken durch erhebliche Einsparungen zu begegnen: Reduzierung der Konsiliar-Leistungen, Erhöhung der Kantinenpreise für Mitarbeiter, Stellenreduzierung in vielen Dienstarten etc. sind die

¹ Nach wie vor sind rund 50 % aller Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft, bezogen auf die Betten beträgt der Anteil sogar rund 70 %, hierzu Bauer, Landkreisnachrichten 2004 (42), S. 209 (210).

² Vgl. hierzu auch Steimer-Schmid, MBZ vom 18.07.2003, S. 3.

³ Diagnosis Related Groups.

⁴ Die stationäre Behandlung im Krankenhaus ist durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und die BundespflegegesetzVO geregelt. Regelfall ist hiernach der sogenannte totale Krankenhausvertrag, der zwischen Patient und Krankenhausträger zustande kommt. Vgl. hierzu Deutsch, MedR, S. 45, Rd. 73.

Konsequenz. Vornehmlich auch Krankenhausbibliotheken, die seit jeher eine stiefmütterliche Behandlung erfahren haben, sind erheblich von den Einsparungsmaßnahmen betroffen. Ungeachtet der erkannten Notwendigkeit einer krankenhausesinternen Bibliothek für die ärztliche Tätigkeit, gehört die Finanzierung und Haltung einer solchen nach wie vor nicht zum anerkannten (Pflicht-)Aufgabenbereich eines Krankenhauses.⁵

Mit dem am 01.01.2004 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG⁶) ist das bereits im Gesundheitsstrukturgesetz 1993 verankerte Instrumentarium der Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung nachhaltig weiterentwickelt und ausgebaut worden. Mit der bundesgesetzlichen Einführung der ärztlichen Fortbildungspflicht als Bestandteil der Qualitätssicherung steht berechtigterweise zu vermuten, dass auch die Krankenhausbibliothek zukünftig einen wesentlichen Stellenwert in der am Gesundheitssystem teilnehmenden Krankenhauslandschaft einnehmen wird.

Wie im ersten Teil dieser Arbeit näher dargelegt, trifft die Pflicht zur Qualitätssicherung jedes Krankenhaus, das zur Teilnahme am Gesundheitssystem zugelassen ist. Unter anderem bezweckt die Qualitätssicherung eine Behandlung des Patienten nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse. Dieses Ziel wird mit Hilfe etwaiger strukturqualitativer Maßnahmen verfolgt, zu denen seit Januar 2004 auch die im fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) verankerte Fortbildungspflicht des im Krankenhaus tätigen Facharztes gehört.

Obgleich dies der Wortlaut des SGB V nicht ausdrücklich vorgibt, ist die Fortbildungspflicht als zweiseitige Pflicht zu charakterisieren. Insofern verpflichtet sie den Facharzt gleichermaßen wie das Krankenhaus. Während der Facharzt zur Teilnahme an der Fortbildung angehalten ist (materielle Fortbildungspflicht), obliegt es dem Krankenhaus im Rahmen seiner Qualitätssicherungspflicht die Fortbildungsaktivitäten seiner Ärzte zu unterstützen (formelle Fortbildungspflicht).

Zu den anerkannten Fortbildungsmethoden - auf die in Teil 2 der Arbeit ausführlich eingegangen wird - gehört die klinische Fortbildung, die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sowie das mediengestützte Eigenstudium. Eine Nichtteilnahme an den Fortbildungsmöglichkeiten kann für Arzt und Krankenhaus mit erheblichen Sanktionen bewehrt sein. Dies verdeutlicht, dass sich die Fortbildungspflicht für beide Parteien als echte Rechtspflicht gestaltet, der daher zwingend nachzukommen ist.

⁵ Vgl. hierzu auch Schneider, MBI 2004 (3), S. 38 ff.

⁶ Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz.

Die formelle Fortbildungspflicht des Krankenhauses mündet in ihrer Ausgestaltung in der betrieblichen Integration, Gestaltung sowie in der Verwaltung der Ressource „Wissen“. Hierdurch sollen Fortbildungs- und Lernprozesse unter bestmöglicher Nutzung von Wissen stattfinden können. In konkreter Hinsicht ist das Krankenhaus unter dem Deckmantel der Qualitätssicherung dazu angehalten, ein fortbildungsbezogenes Wissensmanagement in den Kernbereich seiner Managementaufgaben zu verankern.

Bezogen auf das mediengestützte Eigenstudium, welchem im Fortbildungsgeschehen der Fachärzte eine übergeordnete Rolle zukommt, verpflichtet das Wissensmanagement zu einer umfassenden Versorgung der Fachärzte mit in Printform sowie in digitaler Form vorliegenden medizinischen Informationen. Verdeutlicht wird dieser Aspekt im dritten Teil der Arbeit.

Die Informationsversorgung gehört jedoch seit jeher zu den Kernaufgaben einer (Krankenhaus-) Bibliothek, die sich hiervon ausgehend als geeignetes Wissensmanagement-Instrument erweist.

Die Krankenhausbibliothek ist nach alledem notwendiger Bestandteil der Qualitätssicherung und damit für Facharzt und Krankenhaus unverzichtbar.

Teil 1: Begriff, Gegenstand, Entwicklung und Zielsetzung der Qualitätssicherung im Krankenhauswesen

A. Die Entwicklung der Qualitätssicherung im Überblick

I. Allgemeines

Bereits mit dem Gesundheitsreformgesetz vom 20.09.1988⁷ erfolgte durch den Gesetzgeber mit Wirkung zum 01.01.1989 die Einfügung eines speziellen Abschnitts mit der Überschrift „Sicherung der Qualität der Leistungserbringung“ in das SGB V. Damit wurde erstmals die Verpflichtung zur Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung verbindlich vorgeschrieben. Teilweise ergänzt und um weitere Vorschriften erweitert wurden diese Regelungen sodann durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992⁸, welches am 01.01.1993 in Kraft getreten ist.

Einige Jahre später verfolgte das Reformgesetz zur gesetzlichen Krankenversicherung vom 22.12.1999⁹ das erklärte Ziel, die Qualität der medizinischen Versorgung durch ein umfassendes System der Qualitätssicherung zu verbessern resp. zu intensivieren.¹⁰ Um dieser anspruchsvollen Vorgabe entsprechen zu können, ist das bereits im Gesundheitsreformgesetz 1989 angelegte und im Gesundheitsstrukturgesetz 1993 weiterentwickelte Institut der Qualitätssicherung nachhaltig ausgebaut worden.¹¹ Am 08.09.2003 erfolgte sodann durch die Fraktionen SPD, CDU/CSU und Bündnis90/Die Grünen die Einbringung des Gesetzesentwurfs zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) in den Bundestag.¹² Nachdem der Gesetzesentwurf unter geringfügiger Veränderung¹³ alle parlamentarischen Hürden genommen hatte, kam es am 14.11.2003 zur Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt.¹⁴ Das GMG ist am 01.01.2004 in Kraft getreten, einhergehend mit wesentlichen Neuregelungen im SGB V, welches die Aufgaben und Beziehungen in der vertragsärztlichen Versorgung regelt

⁷ BGBl. I, S. 2477 ff.

⁸ BGBl. I., S. 2266 ff.

⁹ BGBl I, S. 2626.

¹⁰ BT-Drucks. 14/1245, S. 57.

¹¹ Hierzu ausführlich Seyfried, Qualitätssicherungsmaßnahmen, S. 22 ff.

¹² BT-Drucks. 15/1525.

¹³ Vgl. Beschlussempfehlung des 13. Ausschusses (Gesundheit und Soziale Sicherheit), BT-Drucks. 15/1584.

¹⁴ BGBl I 2003, S. 2190.

II. Zielsetzung und Zweckbestimmung des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG)

Die gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland gewährleistet mit ihren Grundprinzipen Solidarität, Subsidiarität und Selbstverwaltung eine umfassende und vollständige medizinische Versorgung, die jeder Versicherte beanspruchen kann und darf – unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen. Vornehmlich im Bereich der großen Volkskrankheiten, deren Behandlung mit hohen Kosten einhergeht, sind mangelnde Effektivität und Qualität in der Behandlung zu verzeichnen. Nunmehr gilt es, die vorhandenen Mittel effizienter einzusetzen und die Qualität der medizinischen Versorgung deutlich zu steigern.¹⁵

Dieser Ansatz entspricht dem maßgeblichen Willen des Gesetzgebers, wenn er u.a. die *Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung* als Regelungsschwerpunkt des GMG verstanden wissen will.¹⁶

Im Zentrum der Gesetzgebung steht demnach das artikulierte Gebot der Qualitätssicherung ausnahmslos in allen Leistungsbereichen, ergänzt durch die Verpflichtung der Krankenhäuser zu einem umfassenden Qualitätsmanagement. In genereller Hinsicht sollen gezielte Anreize für effizientes und qualitätsorientiertes Handeln der Leistungserbringer etabliert werden.¹⁷

Vor diesem Hintergrund berührt das GMG wesentliche Bereiche der Regelungen des SGB V und führt mitunter zu weitreichenden Veränderungen in der medizinischen Versorgung der gesetzlich Versicherten, aber auch in der Organisationsstruktur der Krankenhäuser sowie der sonstigen Leistungserbringer.

B. Die Verpflichtung zur Qualitätssicherung nach dem fünften Sozialgesetzbuch (SGB V)

Als Rechtsbegriff, Regelungsauftrag und Handlungsmaßstab tritt der Begriff der Qualitätssicherung an verschiedenen Stellen des SGB V auf. Offensichtlich hat der Gesetzgeber im Rahmen seiner Regelungen zur Qualitätssicherung auf Vorstellungen zurückgegriffen, die seinerzeit in der Produktionswirtschaft entwickelt worden sind und hiervon ausgehend eine erstaunliche Verbreitung in nahezu allen Bereichen der Wirtschaft, in Sonderheit auch im medizinischen Dienstleistungsbereich erfahren haben.¹⁸

¹⁵ Dettling in: Herholz, Qualität und Fortbildung, S. 5.

¹⁶ Vgl. die Begründung zum Gesetzesentwurf, BT-Drucks. 15/1170, S. 55, 62.

¹⁷ Dettling in: Herholz, Qualität und Fortbildung, S. 7.

¹⁸ Vgl. hierzu auch Hübner, Gesundheit und Gesellschaft, 1999, S. 22; Seewald in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Vertragsarztrecht, S. 434, Rn. 2 m.w.N.

Verdeutlicht wird dies vornehmlich anhand der mittlerweile im SGB V etablierten Grundsatznorm des § 135 lit. a SGB V (Verpflichtung zur Qualitätssicherung). So normiert diese Vorschrift in Abs. 1 folgendes:

„Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“

Mit dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber allen Leistungserbringern die Verantwortung für die Sicherung und Fortentwicklung der Qualität ihrer Leistungen übertragen und vorgeschrieben, dass ihre Leistungen auf dem jeweils neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisstand sowie in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden müssen.

Nach dem gesetzgeberischen Willen ist mit dieser Qualitätssicherungs-Generalklausel klar gestellt, dass jeder Leistungserbringer auch dann zur Qualitätssicherung verpflichtet ist, wenn hierüber keine näheren Vereinbarungen bestehen; ferner wird verdeutlicht, dass die Sicherung der Qualität einer Entwicklung unterworfen ist und die Leistungserbringer die Qualität ihrer Leistungen ständig zu verbessern haben.¹⁹

I. Das Krankenhaus als Leistungserbringer i.S.d. § 135 lit. a SGB V

In Anlehnung an § 107 Abs. 1 SGB V²⁰ sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen oder pflegerischen Kunst Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert

¹⁹ Vgl. BT-Drucks. 14/1245, S. 86.

²⁰ § 107 SGB V (Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen)

(1) Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die

1. der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen,
2. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten,
3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen
4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

(2) (...).

werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird, und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können.²¹

Krankenhäuser sind Leistungserbringer im Sinne des Gesetzes, sofern sie zur Teilnahme am Vertragsarztsystem zugelassen und sonach zur Behandlung der gesetzlich Krankenversicherten (§ 39 SGB V) berechtigt sind. Gemäß § 108 SGB V sind dies Hochschulkliniken i.S.d. Hochschulbauförderungsgesetzes, Plankrankenhäuser nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.²² Unter diesen Voraussetzungen nimmt der überwiegende Teil der in Deutschland bestehenden Krankenhäuser an der sozialgesetzlichen Gesundheitsversorgung teil. Mit der Teilnahme gehen die Krankenhäuser die Verpflichtung ein, den Anforderungen zu genügen, die das SGB V an die Qualitätssicherung stellt.

II. Die Pflicht des Krankenhauses zur Qualitätssicherung i.S.d. § 135 lit. a SGB V

Die oben genannte Vorschrift normiert in aller Deutlichkeit - wie bereits eingangs dargestellt - die Pflicht der Krankenhäuser zur *Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität* der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Begriffe „Qualität“ und „Qualitätssicherung“ werden im Gesundheitswesen häufig und oft in den unterschiedlichsten Zusammenhängen verwandt. Eine umfassende Bestimmung resp. Definition lässt sich aus dem SGB V indes nicht entnehmen. Der Gesetzgeber hat somit auf begriffliche Erläuterungen resp. Legaldefinitionen der von ihm verwendeten und notwendigerweise vorausgesetzten Schlüsselbegriffe (Qualität, Qualitätssicherung etc.) verzichtet. Gleichwohl ist davon auszugehen, dass die einschlägigen Begriffe so zu verstehen sind, wie sie sich inhaltlich im Bereich der Wirtschaft entwickelt haben. Bei methodologischer Betrachtungsweise ist dies aus der Tatsache zu entnehmen, dass der Gesetzgeber die Vorstellungen des Sachverständigenrates (im Jahresgutachten) im wesentlichen rezipiert, der wiederum seine Erkenntnisse aus dem Bereich der Privatwirtschaft transportiert

²¹ Die Definition des Begriffs *Krankenhaus* in § 107 SGB V lehnt sich an die Begriffsbestimmung in § 2 Nr. 1 KHG an. Vgl. hierzu auch Krauskopf, SGB V, § 107, Rn. 3.

²² Gesetzlicher Regelfall ist bislang die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes. Sie erfolgt nach § 8 Abs. 1 S. 3 KHG durch Bescheid der zuständigen Landesbehörden; das Verfahren ist in den Krankenhausgesetzen der Länder im einzelnen geregelt. Versorgungsverträge, die ein vergleichbares Ergebnis bewirken, kommen nach Maßgabe des § 109 SGB V durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam mit dem Krankenhausträger zustande. Versorgungsverträge bedürfen für ihr Wirksamwerden nach § 109 Abs. 3 S. 2 SGB V der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde. Sie können nach § 110 SGB V beiderseits gekündigt werden; auch die Kündigung bedarf der landesbehördlichen Genehmigung. Vgl. hierzu Vogel, NZS 1999, S. 375 (375).

hat.²³ Auf dem Boden dieser Feststellung führt sowohl die historische Auslegungsmethode als auch die Methode der grammatikalischen Auslegung²⁴ der hier wesentlichen Bestimmungen des SGB V zum wirtschaftswissenschaftlichen Verständnis der relevanten Begrifflichkeiten.

Das grundlegende Verständnis von „Qualität“ und ihrer „Sicherung“ sowie der im Zusammenhang mit diesen Oberbegriffen stehenden weiteren Begriffen ist sonach auch im Bereich des Gesundheitswesens geprägt durch das wirtschaftliche Verständnis.²⁵

1. Der Qualitätsbegriff

Der Begriff „Qualität“ leitet sich vom Lateinischen „qualitas/-atis“ ab, eine Vokabel, die ihrerseits dem Interrogativpronomen „qual/is, -e-“ entstammt. In Ermangelung einer authentischen, wörtlichen Übersetzungsmöglichkeit wird Qualität im Deutschen zumeist mit „Beschaffenheit“ oder „Eigenschaft“²⁶ wiedergegeben.²⁷ Zulässig ist jedoch nicht irgendeine Art und Güte der hier in Rede stehenden Beschaffenheit. Dies bringen die einschlägigen Definitionen der nationalen und internationalen Normierungsinstitutionen deutlich zum Ausdruck, in denen Qualität u.a. als „Beschaffenheit einer Einheit“²⁸ bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse²⁹ zu erfüllen³⁰ oder als „die Gesamtheit von Merkmalen einer Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse

²³ Vgl. hierzu die Inhalte des Jahresgutachtens 1989 A I, S. 34 ff. Die Bezugnahme auf das wirtschaftliche Verständnis ist offensichtlich.

²⁴ Vgl. hierzu Larenz/Canaris, Methodenlehre, S. 320 ff; BverfGE 1, S. 117 (127); 64, S. 261 (275).

²⁵ Vgl. hierzu auch die Ausführungen von Deppe/Friedrich/Müller, Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen.

²⁶ Zur Bedeutung und Verwendung des Qualitätsbegriffs in der abendländischen Philosophie (Aristoteles, Demokrit, Locke Descartes, Hobbes, Kant, Hegel) siehe Hansen, in: Kern (Hrsg.), Handwörterbuch der Produktionswirtschaft, Sp. 1711/1712.

²⁷ Brockhaus-Enzyklopädie, Band 24, 1992, Stichwort „Qualität“.

²⁸ Unter Einheit wird hierbei ein Produkt verstanden. Vgl. Kamiske/Bauer, Qualitätsmanagement, S. 126.

²⁹ Die „festgelegten und vorausgesetzten Erfordernisse“ können u.a. Gesichtspunkte der Leistung, Brauchbarkeit, Zuverlässigkeit (Verfügbarkeit, Funktionsfähigkeit, Instandhaltbarkeit), Sicherheit, Umwelt (Forderungen der Gesellschaft), der Wirtschaftlichkeit und der Ästhetik mit einbeziehen. Vgl. hierzu Kamiske/Bauer, Qualitätsmanagement, S. 126.

³⁰ DIN 55350 Teil 11, veröffentlicht in: Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.), Qualitätssicherung und angewandte Statistik, 1989, S. 127.

zu erfüllen³¹ erläutert wird.³² Damit bestimmt sich Qualität aus der Relation zwischen realisierbarer und geforderter Beschaffenheit.³³

2. Die Sicherung der Qualität im Krankenhauswesen

Aus der vorgenannten Definition des Qualitätsbegriffs lässt sich das Grundprinzip der Qualitätssicherung ableiten. So beruht die Qualitätssicherung auf zwei Aspekten, nämlich auf

- der Festlegung bestimmter Anforderungen an die medizinische Dienstleistung im Krankenhauswesen (Qualitätsanforderungen) sowie
- auf Maßnahmen, mit denen die Beachtung und Einhaltung dieser Anforderungen gesichert ist.^{34/35}

Vorrangig ist daher zunächst einmal die Bestimmung der Qualitätsanforderungen. Diese lassen sich lediglich in Anklängen aus dem SBG V entnehmen, wenn es in § 135 lit. a Abs. 1 S. 2 SGB V heißt, dass die (Behandlungs-)Leistungen *dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden müssen*. Gleichzeitig bestimmt § 12 SGB V, dass die Leistungserbringer keine Leistungen bewirken dürfen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind.³⁶

Die Krankenhäuser sind somit im Rahmen der Qualitätssicherung gehalten, ihre Behandlungsabläufe (Prozesse) so zu gestalten, dass sie sowohl den Anforderungen der medizinischen

³¹ So die DIN-Übersetzung der internationalen ISO 8402, veröffentlicht in: Deutsches Institut für Normung e.V. (Hrsg.), Verfahren 3: Qualitätsmanagementsysteme, DIN-Taschenbuch 226, 1995, S. 35.

³² Vgl. auch Seewald in: Schnapp/Wigge (Hrsg.), Vertragsarztrecht, S. 438, Rn. 13; Seyfried, Qualitätssicherungsmaßnahmen, S. 8.

³³ Deutsche Gesellschaft für Qualität e.V. (Hrsg.), Begriffe zum Qualitätsmanagement, 1995, S. 30 Anmerkung 1 zu Punkt 1.5; Clausing, DAngVers (4/1994), S. 125.

³⁴ Wigge in: Schnapp, Vertragsarztrecht, S. 438, Rn. 14. Vgl. zum Begriff der Qualitätssicherung auch Seyfried, Qualitätssicherungsmaßnahmen, S. 12 ff, der eine ausführliche Spiegelung des Meinungsstandes liefert.

³⁵ Damit erweist sich die Qualitätssicherung – auch unter Berücksichtigung der Vorgaben des DIN (Deutsches Institut für Normung) - als Oberbegriff für die „Gesamtheit der Tätigkeiten des Qualitätsmanagements, der Qualitätsplanung, der Qualitätslenkung und der Qualitätsprüfung“ (vgl. DIN 55350 Teil 11).

³⁶ § 12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot)

(1) Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

(2) Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag.

(3) (...).

Standards³⁷ genügen (Qualität der Behandlung und deren Ergebnisse) als auch effizient arbeiten können (Qualität der Versorgungsabläufe) und in der Lage sind, den gesetzten finanziellen Bestimmungen des pauschalierten Vergütungssystems zu entsprechen.³⁸ Aus dieser Vorgabe lassen sich drei qualitätsspezifische Voraussetzungen ableiten, deren Erfüllung für die Erreichung des zu sichernden hohen Qualitätsstandards im medizinischen Dienstleistungsbereich erforderlich ist und nach denen die Qualitätsanforderungen bestimmt werden können. Qualität ist hiernach eine Einheit von

- Prozessqualität (Qualität der Versorgungsabläufe),
- Ergebnisqualität (Qualität der Behandlungsergebnisse) sowie
- Strukturqualität (Qualität der Behandlung als solche).³⁹

Diese im SGB V teilweise ausdrücklich niedergelegten⁴⁰ Gesichtspunkte bilden die Grundlage für die Qualitätssicherung der ärztlichen Versorgung und sind wiederum einer weitergehenden Konkretisierung zugänglich.

a.) Die Prozessqualität als Qualitätssicherungsmaßnahme

In genereller Hinsicht beschreibt die Prozessqualität die Güte der ablaufenden Behandlungsprozesse. Sie setzt voraus, dass Umfang und Ablauf der diagnostischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen stets den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft und den Erfahrungen der ärztlichen Berufspraxis entsprechen.⁴¹ Es handelt sich um

³⁷ Der Standard im ärztlichen Behandlungsbereich ist als allgemeine Norm zur ärztlichen Handlungsanleitung zu verstehen, die dem jeweiligen Stand der medizinischen Entwicklung in Wissenschaft und Praxis entspricht. Vgl. Seelwald in: Schnapp/Wigge, Vertragsarztrecht, S. 439, Rn. 15. Zum Begriff des medizinischen Standards siehe auch Bartlakowski, Behandlungsdokumentation, S 81.

³⁸ Nach Deutsch ist es Aufgabe der Qualitätssicherung, die Standardbehandlung auf einem möglichst gleichmäßig hohen Niveau allen Kranken zukommen zu lassen und dabei den gesetzten finanziellen Rahmen einzuhalten. Vgl. Deutsch, MedR, S. 293, Rn. 438.

³⁹ Die Dimensionierung des Begriffs Qualität in Strukturqualität (quality of structure), Prozessqualität (quality of process) und Ergebnisqualität (quality of outcome) geht auf den amerikanischen Qualitätsforscher Avedis Donabedian zurück, der diese Systematik zur Qualitätsmessung bereits in den 50er und 60er Jahren eingeführt hat. In einer ersten Analyse lokalisierte Donabedian die Technische Ausführung, das Arzt-Patienten-Verhältnis sowie den Service-Umfang als wesentliche Ansatzpunkte für die Qualitätsbeurteilung der medizinischen Versorgung. In einem weiteren Ansatz versuchte er, die Qualität auch in einer zweiten Dimension zu systematisieren und brachte das Konzept der begrifflichen Unterscheidung in Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität hervor. Vgl. hierzu Donabedian, in: Schulberg/Sheldon/Baker, Program-Evaluation in Health Fields, S. 186 (187 ff.); ders., Evaluation the uality of medical care, S. 166 ff.; Viethen, QualiMed 1994 (4), S. 9 (12); ders., in: Sebmann/Überla, Quality Assessment of Medical care, S. 69 (70ff.); Selbmann, in: Selbmann (Hrsg.), Qualitätssicherung in der Medizin, S. 11 (12 ff.); Kaltenbach, Qualitätsmanagement, S. 26 ff., 83 ff.

⁴⁰ So sind bspw. in den §§ 135 Abs. 2 S. 1 und 137 Abs. 1 Nr. 3 SGB V die Begrifflichkeiten „Strukturqualität“ und „Ergebnisqualität“ niedergelegt. Die Vorschrift des § 137 Abs. 1 Nr. 3 SGB V spricht darüber hinaus von „Qualität der Behandlungsergebnisse (...)“.

⁴¹ Seyfried, Qualitätssicherungsmaßnahmen, S. 11.

eine ergebnisorientierte Qualitätssicherungsmaßnahme. Sie verfolgt - durch die Gewährung eines qualitativ hochwertigen Behandlungsprozesses - das Ziel, bestmögliche Behandlungsergebnisse zu bewirken.

b.) Die Ergebnisqualität als Qualitätssicherungsmaßnahme

Ergebnisqualität ist als Zielerreichungsgrad durch Maßnahmen der Heilbehandlung zu verstehen. Sie bezieht sich auf die Qualität der Behandlungsergebnisse, welche im Hinblick auf den Gesundheits- und Zufriedenheitszustand des Patienten beurteilt werden kann.⁴²

Neben dem Prozess sowie dem Ergebnis einer medizinischen Dienstleistung im Rahmen der Krankenhausversorgung ist vor allen Dingen auch die Struktur einer solchen von entscheidender Bedeutung. Im Nachfolgenden soll demnach die Strukturqualität in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt werden.

c.) Die Strukturqualität als Qualitätssicherungsmaßnahme

Mit dem am 01.07.1997 in Kraft getretenen zweiten GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOG)⁴³ führte der Gesetzgeber erstmals den Begriff „Strukturqualität“ in das SGB V ein.

So bestimmt § 135 Abs. 2 SGB V:

„Für ärztliche (...) Leistungen, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis) sowie einer besonderen Praxisausstattung oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität bedürfen, (...).“

Die Vorschrift gibt klar zu erkennen, dass an die ärztliche Leistung unter dem Gesichtspunkt der Strukturqualität besondere Anforderungen gestellt werden. Der Krankenhausträger ist gehalten, den Großteil seiner Leistungen durch Fachärzte zu erbringen, demnach durch Personen, denen die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit nur unter bestimmten Voraussetzungen gestattet ist. So setzt die Regelung des § 135 Abs. 2 SGB V voraus, dass die ärztliche Leistung besonderer Kenntnisse und Erfahrungen bedarf, die der Facharzt nachzuweisen hat. Ein Gesichtspunkt der Strukturqualität ist damit zunächst einmal die berufsrechtliche Qualifikation des Facharztes, die er im Rahmen seiner ärztlichen Ausbildung erworben hat.

⁴² Seyfried, Qualitätssicherungsmaßnahmen, S. 11.

⁴³ BGBl. I, S. 1520 ff.

Darüber hinaus lässt sich aus dem Wortlaut des § 135 Abs. 2 SGB V „ (...) wegen der Neuheit des Verfahrens (...)“ entnehmen, dass Diagnose- und Therapieverfahren einem regen Fortschritt unterliegen. Diesen Veränderungen und Weiterentwicklungen muss der Facharzt Rechnung tragen, indem er belegt, dass die zu Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit nachgewiesene Facharztqualifikation stets dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entspricht. Neben der ärztlichen Ausbildung ist somit auch die ärztliche Fortbildung als strukturqualitative Maßnahme zu werten.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003, welches seit dem 01.01.2004 in Kraft ist, hat der Gesetzgeber die ärztliche Fortbildung nunmehr ausdrücklich der Strukturqualität und damit dem Pflichtenkreis (Fortbildungspflicht) der krankenhausinternen Qualitätssicherungsmaßnahmen zugeordnet. Die Regelung des § 137 Abs. 1 S. 2 Nr. 2 SGB V (Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern) ist daher wie folgt neugefasst worden:

„(...) Die Beschlüsse nach Satz 1 regeln insbesondere

1. (...),

2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Strukturqualität einschließlich im Abstand von fünf Jahren zu erfüllender Fortbildungspflichten der Fachärzte und an die Ergebnisqualität festzulegen, (...)“

Neben weiteren Aspekten⁴⁴ beschreibt die Strukturqualität vor diesem Hintergrund die Pflicht des Facharztes, aufgrund seiner individuellen, fachlichen Qualifikation – erworben durch Aus- und Fortbildung - eine qualitativ hochwertige Therapieleistung zu erbringen. Die nunmehr gesetzlich verankerte Fortbildungspflicht soll demnach dafür Sorge tragen, dass der Facharzt seine Therapieleistungen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnisse erbringt und auf diese Weise den vorgegebenen Qualitätsanforderungen genügt. Dem Facharzt wird hiermit die sogenannte materielle Fortbildungspflicht auferlegt, da nur er in der Lage ist, an den entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen.

Darüber hinaus gehört die Fortbildungspflicht der Fachärzte nach den gesetzlichen Vorgaben des § 137 i.V.m. § 135 lit. a SGB V zum unerlässlichen Kanon der dem Krankenhausträger

⁴⁴ Freilich umfasst die Strukturqualität weitere Voraussetzungen, die in Anklängen in der Vorschrift des § 135 Abs. 2 SGB V niedergelegt sind. Hierzu zählen vornehmlich, das Personal, die Organisation des Arbeitsablaufes, die medizinische Einrichtung, die technische Ausstattung sowie die Medikamente und der medizinische Sachbedarf.

obliegenden Qualitätssicherungspflichten. Die ärztliche Leistung im Krankenhaus ist primär eine Leistung des Krankenhausträgers. Das ergibt sich bereits aus der Tatsache, dass der Behandlungsvertrag im Krankenhauswesen zwischen Patient und Krankenhausträger zustande kommt⁴⁵ und dieser damit als Leistungsschuldner zu qualifizieren ist. Von wenigen Ausnahmen abgesehen ist der Facharzt lediglich Erfüllungs- resp. Verrichtungsgehilfe des Krankenhausträgers. Dieser hingegen, der bereits aus vertragsbedingten Gründen ein unmittelbares Interesse daran hat, dass seine Fachärzte eine hochqualifizierte ärztliche Leistung erbringen, ist im Rahmen seiner Qualitätssicherungspflicht veranlasst, alles erforderliche und notwendige zu tun, damit seine Fachärzte ihrer Fortbildungspflicht entsprechen können. Auf dem Boden dieser Feststellungen wird dem Krankenhausträger die sogenannte formelle Fortbildungspflicht (gesetzlich) übertragen.

Die vorliegenden Ausführungen verdeutlichen, dass es sich sowohl bei der materiellen als auch bei der formellen Fortbildungspflicht um qualitätssichernde Maßnahmen handelt, denen sowohl der Facharzt im Krankenhaus als auch der Krankenhausträger zu genügen hat. Es handelt sich daher um eine zweiseitige Verpflichtung. Auf Gegenstand und Bedeutung dieser Verpflichtung soll im zweiten Teil dieser Arbeit näher eingegangen werden.

⁴⁵ Vgl. zur Anwendbarkeit der allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Rechts auf das Vertragsarztsystem, Bartlakowski, Behandlungsdokumentation, S. 32 ff.

Teil 2: Begriff, Gegenstand und Bedeutung der im fünften Sozialgesetzbuch verankerten Fortbildungspflicht

Wie bereits ausführlich erörtert trifft die Fortbildungsverpflichtung sowohl den in zugelassenen Krankenhäusern tätigen Facharzt als auch den jeweiligen Krankenhausträger eines zugelassenen Krankenhauses. Es ist daher zwischen der

- materiellen Fortbildungspflicht der Fachärzte (A)
- und formellen Fortbildungspflicht des Krankenhausträgers (B)

zu differenzieren.

A. Die materielle Fortbildungspflicht des Facharztes im Krankenhaus

Die rechtliche Pflicht des Arztes, sich im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit fortzubilden, gehört dem Grunde nach nicht zu den Neuerungen. So ist die ärztliche Fortbildungspflicht bereits seit geraumer Zeit in der (Muster-)Berufsordnung (MBO) der Ärzte fixiert.⁴⁶ Die Eingliederung der ärztlichen Fortbildungsverpflichtung in das SGB V geht demgegenüber jedoch mit erheblichen Neuerungen einher.⁴⁷ Die Fortbildung unterliegt nunmehr strengen Vorgaben, die - im Falle ihrer Nichterfüllung - für den Arzt gravierende Konsequenzen mit sich führen können. Damit wird die Fortbildungspflicht des Arztes erstmalig zu einer sanktionierbaren und verbindlichen Rechtspflicht⁴⁸ qualifiziert, deren Befolgung für den Arzt unabdingbar ist.

Mit Blick auf die im ersten Kapitel erfolgten Erläuterungen ist die Fortbildungsverpflichtung des im Krankenhaus tätigen Facharztes in der Vorschrift des § 137 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. § 135 lit. a SGB V niedergelegt. Geregelt ist jedoch ausschließlich die Verpflichtung des Facharztes als

⁴⁶ § 4 (Fortbildung) der MBO:

(1) Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

(2) Auf Verlangen müssen Ärztinnen und Ärzte ihre Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen.

⁴⁷ Bis zum 01.01.2004 enthielt das Krankenversicherungsrecht keinerlei Regelung, die abgesichert hätte, dass der Arzt das Fachwissen, das er zu Beginn seiner Berufstätigkeit mitbringt, im Laufe seiner vertragsärztlichen Tätigkeit aktualisiert, indem er seine fachlichen Kenntnisse an die Fortschritte der Medizin anpasst.

⁴⁸ Im Gegensatz zur unvollkommenen Verbindlichkeit setzt die echte Rechtspflicht eine Schuld mit Haftung voraus. Eine derartige Schuld ist regelmäßig dann gegeben, wenn die Erfüllung der Schuld durch Androhung einer Sanktion erzwingbar ist. Vgl. hierzu Bartlakowski, Behandlungsdokumentation, S. 119.

solche. Weitere Vorgaben, vornehmlich zum Fortbildungsverfahren sowie zu den Konsequenzen einer Fortbildungspflichtverletzung lassen sich aus diesen Vorschriften indes nicht entnehmen.

Die Regelung des § 137 Abs. 1 SGB V sieht lediglich vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss⁴⁹ unter Beteiligung weiterer Institutionen angehalten ist, Maßnahmen zur Qualitätssicherung für zugelassene Krankenhäuser und sonach auch Regelungen zur Fortbildungsverpflichtung zu beschließen. Da sich jedoch der Gemeinsame Bundesausschuss erst am Anfang des Jahres 2004 konstituiert hat, liegt derzeit noch kein Beschluss vor, der das Verfahren der Fortbildung näher beschreibt und konkrete Richtwerte vorgibt.⁵⁰ Allerdings ist zu erwarten, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen seiner Beschlussfassung nach den Vorgaben der Bestimmungen des SGB V, insbesondere der des § 95 lit. d SGB V richten wird, welche die Fortbildungspflicht für den niedergelassenen Arzt (Vertragsarzt) eingehend regelt. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil sich eine rechtliche Ungleichbehandlung zwischen dem in einer Klinik tätigen Arzt und einem niedergelassenen Arzt in Sonderheit vor dem Hintergrund des gesetzlichen Qualitätssicherungsauftrages sicherlich nicht vertreten ließe. Der Blick in die Regelung des § 95 lit. d SGB V, welche die „*Pflicht zur fachlichen Fortbildung*“ im Detail normiert, erlaubt es somit, einige Grundsätze zum Fortbildungsverfahren für den Krankenhausarzt aufzustellen.

I. Fortbildung als Rechtspflicht: Fortbildungsverfahren und Konsequenzen der Fortbildungspflichtverletzung durch den Krankenhausarzt

Unter entsprechender Heranziehung des § 95 lit. d SGB V wird der Facharzt ebenso wie der niedergelassene Arzt dazu verpflichtet sein, „*sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.*“⁵¹

Hierbei ist jeder Arzt gehalten, alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungs-

⁴⁹ Die Zusammensetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses ist durch § 91 SGB V gesetzlich vorgegeben. Danach bilden die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Bundesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen den Gemeinsamen Bundesausschuss. Er ist rechtsfähig. Seine primäre Aufgabe besteht darin, die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten zu beschließen (§ 92 SGB V). Die Beschlüsse sind gemäß § 91 Abs. 9 SGB V für die Akteure des Gesundheitssystems verbindlich.

⁵⁰ Vgl. Weizel, Klinikarzt 2004, S. 11 (12); Kaiser HÄBl. 2004, S. 332 (333).

⁵¹ § 95 lit. d Abs. 1 S. 1 SGB V.

pflcht nachgekommen ist.⁵² Diesen Nachweis kann der Arzt durch entsprechende Fortbildungszertifikate erbringen.⁵³ Der Nachweis gilt als erbracht, wenn der Arzt innerhalb der vorgesehenen Zeit mindestens 250 Fortbildungspunkte erreicht.

Erbringt der Arzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, können ihm erhebliche Sanktionen drohen: von Honorarkürzungen bis zu 25 %⁵⁴ bis hin zur Entziehung der Zulassung durch den Zulassungsausschuss.^{55/56} Zwar wird der Facharzt im Krankenhaus von einer denkbaren Honorarkürzung unberührt bleiben, da er im Gegensatz zum niedergelassenen Arzt dem gesetzlich versicherten Patienten nicht als Vertragspartner gegenüber steht und somit nicht als Gläubiger der Honorarforderung auftritt.⁵⁷ Es kann jedoch erwartet werden, dass der in einem Arbeitsverhältnis stehende Facharzt aus arbeitsvertraglichen Gesichtspunkten zur Konsequenz gezogen wird. In diesem Fall wäre eine Gehaltskürzung wegen Verletzung der Fortbildungspflicht dem Grunde nach denkbar, sofern der Arbeitsvertrag zwischen Facharzt und Krankenhaussträger eine derartige „Strafe“ vorsieht. Zumindest ist es ratsam, Fortbildungspläne für angestellte Fachärzte im Krankenhausbetrieb aufzustellen und diese auch in den Arbeitsvertrag zu integrieren.⁵⁸

Die Verletzung der Fortbildungspflicht ist mit entscheidenden Sanktionen bewehrt. Dies sieht bereits das SGB V für den niedergelassenen Arzt ausdrücklich vor. Für den im Krankenhaus tätigen Facharzt wird es künftig vergleichbare Regelungen geben. Er wird in jedem Falle zwingend dazu angehalten sein, sich am bestehenden Fortbildungsverfahren zu beteiligen.

⁵² Vgl. § 95 lit. d Abs. 3 S. 1 SGB V.

⁵³ Vgl. § 95 lit. d Abs. 2 S. 1 SGB V.

⁵⁴ So heißt es in § 95 lit. d Abs. 3 S. 4 SGB V: „(...)Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht oder nicht vollständig, ist die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um 10 vom Hundert zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 vom Hundert. (...)“.

⁵⁵ Vgl. § 95 lit. d Abs. 3 S. 7 SGB V.

⁵⁶ Vgl. zum Fortbildungsverfahren ausführlich Hiddemann/Muckel NJW 2004, S. 7 (11); Balzer NJW 2003, S. 3325 (3325); Kaiser HÄBL. 2004, S. 332 (333).

⁵⁷ Zwischen dem niedergelassenen Vertragsarzt und dem Patienten besteht Behandlungsvertrag nach den Grundsätzen des Dienstvertragsrechts, verbunden mit der Besonderheit, dass sich der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes aufgrund der gesetzlichen Schuldbefreiung des Patienten nicht gegen diesen, sondern gegen die Kassenärztliche Vereinigung richtet; Bartlakowski, Behandlungsdokumentation, S. 36.

⁵⁸ Vgl. hierzu auch Ehlers, PharmInd 2004, S. 874 (876).

II. Ziel und Inhalt der ärztlichen Fortbildung

Die vielfach konstatierte Verdoppelung des medizinischen Wissens pro Jahrzehnt betrifft auch Kenntnisse, die für die ärztliche Tätigkeit versorgungsrelevant werden resp. werden können. Hochentwickelte Therapie- und Behandlungsverfahren entstehen; Auffassungen von und Anforderungen an die „ärztliche Praxis“ verändern sich innerhalb nur weniger Jahre.⁵⁹ Diesem steten Wissenswachstum⁶⁰ gilt es gerecht zu werden. Die Fortbildung, - deren Inhalte grundsätzlich dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen müssen⁶¹ -, bietet dem Arzt hierbei die Möglichkeit, die bereits bestehende fachliche Kompetenz nicht nur zu erhalten, sondern darüber hinaus auch dauerhaft zu aktualisieren und fortzuentwickeln⁶². Der Arzt soll mittels Fortbildung in die Lage versetzt werden, seine Patienten stets nach dem jeweils gültigen medizinischen Standard behandeln zu können⁶³, verbunden mit dem Ziel, die Qualität des ärztlichen Handelns zu verbessern. Es zeigt sich hier nochmals in aller Deutlichkeit, dass es sich bei der Fortbildung um eine qualitätssichernde Maßnahme handelt. Sie erweist sich damit als bedeutendes Instrument der Qualitätssicherung in der Medizin.⁶⁴

III. Die Art und Weise des Wissenserwerbs (Fortbildungsmethoden)

Sowohl im SGB V als auch in der Berufsordnung der Ärzte ist die Verpflichtung zur Fortbildung normiert; nicht festgelegt ist hingegen die Art und Weise des Wissenserwerbs.

Die individuell unterschiedlichen Formen des Lernverhaltens machen ein Angebot unterschiedlicher Arten der Fortbildung erforderlich. Diesem Erfordernis ist die Bundesärztekammer

⁵⁹ Vgl. hierzu das Gutachten des Sachverständigenrates 2000/2001, Band II, Ziffer 54.

⁶⁰ Exkurs: Die ersten Versuche, das Wachstum des Wissens zu quantifizieren, stammen aus den 50er Jahren. In der UdSSR untersuchte Gennadi Michailovic Dobrov mit Hilfe von statistischen Analysen die Wissensproduktion im Jahre 1971. Entsprechende Arbeiten legte Derek de Solla Price erstmals 1974 in den USA vor; als Meßgröße nutzte de Solla Price die Anzahl der Originalveröffentlichungen in Fachzeitschriften; nach seinen Berechnungen wächst das Wissen seit Mitte des 17. Jahrhunderts mit einer Verdopplungszeit von ungefähr 15 Jahren exponentiell. Aktuellere Schätzungen gehen davon aus, dass sich das Wissen der Welt, insbesondere jedoch das medizinische Wissen sogar etwa alle 10 bis 12 Jahre verdoppelt. Der Wissenschaftshistoriker Franz Graf-Stuhlhofer bezweifelt demgegenüber, dass das Wachstum wissenschaftlicher Information mit der Auszählung der Anzahl an Publikationen gemessen werden kann; er fordert daher eine Unterscheidung zwischen Wachstum der wissenschaftlichen Information und Wachstum des Wissens. Für seine eigenen Berechnungen des Wissenswachstums wertete er den Umfang von Lehrbüchern, die Anzahl berühmter Naturforscher sowie bedeutende Entdeckungen zwischen 1500 und 1900 aus; anhand dieser Kalkulation verdoppelt sich das wissenschaftliche Wissen nur ungefähr alle einhundert Jahre. Dieser Analyse ist jedoch kritisch entgegenzutreten.

⁶¹ Vgl. § 95 lit. d Abs. 1 S. 2 SGBV: „(...) Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin (...) entsprechen. (...)“.

⁶² Vgl. § 1 der Mustersatzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat (MSF), in: DÄBl 2004, S. 1583 (1583).

⁶³ Vgl. hierzu die Begründung zum Regierungsentwurf des GMG, BT-Drucks. 15/1170, S. 84

⁶⁴ Vgl. Scholze/Finkeiß, MedR 2004, S. 141 (141).

mit ihren „*Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung*“ vom 18.07.2003 nachgekommen. Auf der Basis der ärztlichen Berufsordnung erfolgte die Entwicklung eines Katalogs, der geeignete Fortbildungsmethoden enthält, die sich wiederum in der im Mai 2004 verabschiedeten „*Mustersatzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat*“ (MSF) widerspiegeln⁶⁵.

Als geeignete Methoden der ärztlichen Fortbildung erweisen sich daher insbesondere:

1. Klinische Fortbildung
2. Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen
3. Mediengestütztes Eigenstudium⁶⁶

Jeder Arzt, so auch der im Krankenhaus tätige Facharzt, ist in der Wahl seiner Fortbildungsmethode völlig frei.⁶⁷

1. Die klinische Fortbildung

Eine Möglichkeit der ärztlichen Fortbildung besteht in der zeitweisen Teilnahme am Berufsalltag von ärztlichen Kollegen (kollegiale Konsilien) resp. in der unmittelbar an der Patientenversorgung orientierten Beratung durch Experten. Hierzu zählen mitunter die Teilnahme an Lehrveranstaltungen, Fallvorstellungen und an Visiten im Krankenhaus, sowie die Hospitation bei einem Kollegen.⁶⁸

2. Die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen

Eine weitere Form der Fortbildung ist das sogenannte interaktive Lernen, d.h. der Wissenserwerb im Rahmen von Seminaren, Kongressen, Workshops und Arbeitsgruppen in Form von Fortbildungsgruppen⁶⁹, Qualitätszirkeln⁷⁰ sowie patientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen⁷¹. Hier werden den teilnehmenden Ärzten unter Berücksichtigung ihrer persönlichen Bedürfnisse

⁶⁵ Mit der Verabschiedung der Mustersatzung „Fortbildung und Fortbildungszertifikat“ will die deutsche Ärzteschaft sicherstellen, dass die Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen nach bundeseinheitlichen Kriterien erfolgt. Damit reagiert die Ärzteschaft auf die im GMG vorgeschriebene Fortbildungspflicht.

⁶⁶ Vgl. BÄK, Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung, S. 5; § 3 Abs. 3 MSF.

⁶⁷ Vgl. § 3 Abs. 1 S. 1 MSF.

⁶⁸ Vgl. BÄK, Empfehlungen, S. 7.

⁶⁹ Fortbildungsgruppen zielen darauf ab, in wiederholter Abfolge fachspezifisches und allgemeinärztliches Wissen und Fähigkeiten zu aktualisieren resp. zu vermehren und für die berufliche Tätigkeit nutzbar zu machen unter besonderer Berücksichtigung der fachlichen Ausrichtung der Teilnehmer, BÄK, Empfehlungen, S. 6.

⁷⁰ In Qualitätszirkeln werden Probleme des täglichen Arbeitsablaufs analysiert und Vorschläge zur Problemlösung sowie zur Optimierung der ärztlich beruflichen Tätigkeit erarbeitet, BÄK, Empfehlungen, S. 6.

⁷¹ In den sogenannten patientenzentrierten Selbsterfahrungsgruppen oder auch Balint-Gruppen werden berufsbezogene Probleme zur Diskussion aufgearbeitet und bewältigt, BÄK, Empfehlungen, S. 6.

sowie ihrer fachlichen Ausrichtung praxisrelevante Themen vermittelt, die innerhalb einer Gruppe zur Diskussion bereit stehen und den lernenden Arzt in die Lage versetzen sollen, das Expertenwissen auf eigene Fallgestaltungen kritisch anzuwenden.⁷²

3. Das mediengestützte Eigenstudium

Nach Auffassung der Bundesärztekammer kommt insbesondere dem selbstorganisierten, eigenständigen Lernen, dem sogenannten Eigenstudium, eine große Bedeutung für die Fortbildung des Arztes zu. Die Lektüre von wissenschaftlichen Aufsätzen und Fachbüchern ist nach Einschätzung der Bundesärztekammer ebenso relevant wie die Nutzung audiovisueller Medien. Hierfür stehen neben den klassisch gedruckten Medien (Printmedien) auch diverse www- und Online-Angebote zur Verfügung.⁷³

Angesichts der exponentiell anwachsenden Zahl sowie der weltweiten Verfügbarkeit wissenschaftlicher Literatur spielt die Auswahl der geeigneten Publikationen eine wesentliche Rolle. Eine Vereinfachung der Literaturrecherche wird durch die Nutzung von entsprechenden Datenbanken auf elektronischen Datenträgern oder im www (bspw. MedLine) erzielt. Hiervon ausgehend spricht sich die Bundesärztekammer dafür aus, auf Datenbanken zurückzugreifen, die eine Bewertung wissenschaftlicher Literatur anhand von wissenschaftlich methodologischen Kriterien – evidence based – vornehmen (bspw. Cochrane Library).⁷⁴

Darüber hinaus gewinnt gerade im medizinischen Bereich das Prinzip des computergestützten Lernprogramms (E-Learning) als Fortbildungsmethode zunehmend an Bedeutung. Es handelt sich zum einen um systematisch aufgebaute Kurseinheiten, die im Überblick oder vertiefend, medizinische Fachkenntnisse vermitteln; zum anderen um Simulationsprogramme, mit deren Hilfe gezielt und zweckgerichtet ärztliche Fertigkeiten und Fähigkeiten trainiert werden können.⁷⁵

IV. Zur Bewertung der Fortbildungsmaßnahmen

Die vorgenannten Fortbildungsmethoden bilden den Rahmen für die zwischenzeitlich einheitlich anerkannten und in der MSF verankerten Fortbildungsmaßnahmen des Arztes. Gemäß § 6 der MSF sind diese wiederum in insgesamt acht Kategorien unterteilt (Kategorie A bis H). Jede

⁷² Vgl. BÄK, Empfehlungen, S. 6.

⁷³ Vgl. BÄK, Empfehlungen, S. 5.

⁷⁴ Vgl. BÄK, Empfehlungen, S. 5.

⁷⁵ Vgl. BÄK, Empfehlungen, S. 5.

Kategorie ist mit einem Grund- und Maximalpunktwert versehen. Die Grundeinheit (Fortbildungseinheit) der Fortbildungsaktivitäten bildet der sogenannte Fortbildungspunkt. Dieser entspricht in der Regel einer akademischen Stunde (45 Minuten).

Insgesamt hat der Arzt – wie oben erwähnt – in einem Zeitraum von fünf Jahren einen Mindestpunktwert von 250 Fortbildungspunkten zu erreichen, um das gesetzlich vorgesehene Fortbildungszertifikat (Fortbildungsnachweis) zu erhalten.⁷⁶

Hiervon ausgehend ergibt sich gemäß § 6 der MSF folgendes Bild:

Kategorie A	Vortrag und Diskussion 1 Punkt pro Fortbildungseinheit, maximal 8 Punkte pro Tag
Kategorie B	Mehrtägige Kongresse im In- und Ausland wenn kein Einzelnachweis entsprechend der Kategorie A oder C, 3 Punkte pro 1/2 Tag bzw. 6 Punkte pro Tag. Innerhalb der Kategorie B werden max. 80 Punkte in fünf Jahren anerkannt.
Kategorie C	Fortbildung mit konzeptionell vorgesehener Beteiligung jedes einzelnen Teilnehmers (z.B. Workshops, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Balintgruppen, Kleingruppenarbeit, Supervision, Fallkonferenzen, praktische Übungen) 1 Punkt pro Fortbildungseinheit, 1 Zusatzpunkt für Veranstaltungen bis zu 4 Stunden
<u>Kategorie D</u>	Strukturierte interaktive Fortbildung über Printmedien, Online-Medien und autovisuelle Medien 1 Punkt pro Übungseinheit (45 Minuten). Innerhalb der Kategorie D werden bis zu <u>80 Punkte in fünf Jahren anerkannt.</u>
<u>Kategorie E</u>	Selbststudium durch Fachbücher resp. –literatur sowie Lehrmittel Innerhalb der Kategorie E werden bis zu <u>50 Punkte in fünf Jahren anerkannt.</u>

⁷⁶ Vgl. § 5 der MSF.

Kategorie F	<p>Wissenschaftliche Veröffentlichungen und Vorträge</p> <p>Autoren erhalten 1 Punkt pro Beitrag; Referenten erhalten 1 Punkt pro Beitrag/Vortrag zusätzlich. Innerhalb der Kategorie F werden max. 50 Punkte in fünf Jahren anerkannt.</p>
Kategorie G	<p>Hospitationen</p> <p>1 Punkt pro Stunde, max. 8 Punkte pro Tag. Innerhalb der Kategorie G werden max. 80 Punkte in fünf Jahren anerkannt.</p>
Kategorie H	<p>Curricular vermittelte Inhalte</p> <p>(z.B. Fortbildungsmaßnahmen und Weiterbildungskurse, die nach der ärztlichen Weiterbildungsordnung für eine Weiterbildungsbezeichnung vorgeschrieben sind sowie Zusatzstudiengänge)</p> <p>1 Punkt pro Fortbildungseinheit</p>

Ein Blick in die Tabelle verrät, dass neben den bisher bestandenen Fortbildungsmöglichkeiten, vorliegend die Teilnahme an Kongressen (Kategorie B) und Arbeitsgruppen (Kategorie C) sowie die Veröffentlichung wissenschaftlicher Beiträge (Kategorie F), gerade das Selbststudium via Print- und Online-Medien (Kategorien D und F) einen erheblichen Stellenwert im Rahmen der ärztlichen Fortbildung einnimmt. Diese Art der Wissensvermittlung gewährt eine rasche Informationsgabe und erlaubt es dem Arzt, bis zu 130 Fortbildungspunkte innerhalb des vorgesehenen Zeitraums von fünf Jahren zu erreichen, demnach mehr als die Hälfte des vorgesehenen Mindestwerts von insgesamt 250 Fortbildungspunkten. Das Selbststudium bildet angesichts seiner Vorzüge und Attraktivität für den Arzt einen Basiswert, den es letztlich durch zusätzliche Fortbildungsaktivitäten zu ergänzen gilt.

B. Die formelle Fortbildungspflicht des Krankenhausträgers

I. Rechtsdogmatische Herleitung

Insbesondere der im Krankenhaus tätige Facharzt sieht sich einer hohen Arbeitsbelastung mit zusätzlichen Überstunden, Rufbereitschaft, Bereitschaftsdiensten und schwierigen Arbeitsabläufen ausgesetzt. Der mit der normierten Fortbildungspflicht einhergehende „Zwang“, Fortbildungsmaßnahmen wahrzunehmen, die einer bürokratischen Überprüfung und Kontrolle zugänglich sind, stellt in diesem Zusammenhang eine nicht unerhebliche, zusätzliche Belastung für den Facharzt dar. Die Integration der einzelnen Fortbildungen in den Arbeitsalltag des Facharztes wird nicht zuletzt aus zeitlichen Gründen, aber auch aus Kostengründen mit ernstzunehmenden Schwierigkeiten verbunden sein. Der Facharzt ist daher auf die aktive Unterstützung seines Arbeitgebers, hier des Krankenhausträgers angewiesen.

Eine derartige Unterstützung sieht das SGB V für den Krankenhausträger vor. Ihm obliegt es, seiner sogenannten formellen Fortbildungsverpflichtung nachzukommen, die sich – ebenso wie die Fortbildungspflicht des Facharztes – als verbindliche Rechtspflicht erweist. Insofern ist auch hier eine Pflichtverletzung auf Seiten des Krankenhausträgers mit empfindlichen Sanktionen bewehrt. Zwar ist derzeit noch nicht sicher geklärt, welche Konsequenzen mit einem Verstoß gegen die Fortbildungspflicht in stationären Bereich verbunden sein werden. Allerdings ist anzunehmen, dass - unabhängig von drohenden schadenersatzbewehrten Behandlungsfehlerprozessen⁷⁷ - Vergütungsminderungen bis hin zu einer Kündigung des Versorgungsvertrages mit dem Krankenhaus grundsätzlich in Frage kommen, wenn dieses nicht die Gewähr

⁷⁷ Unabhängig vom Vertragsarztsystem spielt der Aspekt der Fortbildung auch eine wesentliche Rolle auf dem Gebiet des Medizinschadensrechts. Der Fortbildungspflicht kommt in diesem Sinne eine nicht unerhebliche forensische Bedeutung zu. Im Falle ihrer Verletzung kann sie zu schadenersatz- sowie schmerzensgeldbewehrten Ansprüchen gegen die behandelnde Klinik führen. Die Behandlung eines Patienten hat stets nach dem jeweils wissenschaftlich anerkannten Standard zu erfolgen. Die Tatsache jedoch, dass sich Medizin und Wissenschaft einer permanenten Weiterentwicklung unterliegen, führt zu einer laufenden Veränderung des medizinischen Standards. In genereller Hinsicht gilt: „Der Standard von heute ist der Behandlungsfehler von morgen.“ (Erlinger, *Der Urologe* 2004, S. 69 (70)). Um daher – u.a. zum Zwecke der Vermeidung von Behandlungsfehlern - den jeweils aktuellen Behandlungsstandard gewährleisten zu können, sieht sich jeder Arzt zur Fortbildung veranlasst.

Dieser Ansatz entspricht der gängigen Rechtsprechung im Medizinrecht vieler Oberlandesgerichte (OLG) sowie des Bundesgerichtshofs (BGH). Durch nahezu alle Entscheidungen (Vgl. nur OLG Düsseldorf VersR 1987, S. 414; OLG Oldenburg VersR 1968, S. 69; OLG Hamm VersR 1965, S. 1108; BGH NJW 1991, S. 1535; NJW 1968, S. 1181) zieht sich der Grundsatz, dass ein Arzt gehalten ist, sich bis an die Grenze des Zumutbaren über die Erkenntnisse und Erfahrungen der Wissenschaft unterrichtet zu halten (BGH NJW 1977, S. 1102 (1103)).

Der Krankenhausträger bleibt hiervon nicht unberührt; vielmehr muss sich diesen Grundsatz zu eigen machen. In der Regel wird ihm jegliches Tun oder Unterlassen seiner Fachärzte vertraglich und deliktisch zugerechnet. Damit steht der Krankenhausträger rechtlich für seine Fachärzte ein. Diese Verantwortlichkeit macht ihn gleichermaßen zum Prozessgegner des klagenden Patienten im Falle eines Rechtsstreits.

für eine leistungsfähige, qualitätsgesicherte Krankenhausbehandlung bietet.⁷⁸ Die Gesetzesbegründung zum GMG geht davon aus, dass ein derartiger Fall gegeben ist, wenn das Krankenhaus nicht in ausreichendem Maße qualifiziertes ärztliches Personal vorhält und aus diesem Grunde die Versorgungsqualität gravierend gefährdet ist.⁷⁹

Mit dieser Aussage spielt der Gesetzgeber offensichtlich auf das Institut der widerlegbaren Verschuldensvermutung an, welches seit langem in unserem Rechtssystem verankert ist.⁸⁰ Allem Anschein nach geht der Gesetzgeber davon aus, dass der Krankenhausträger die massive Gefährdung der Versorgungsqualität durch eigenes Verschulden herbeigeführt hat, weil sein ärztliches Personal nicht in erforderlichem Maße qualifiziert ist. Es wird vermutet, dass der Krankenhausträger die Ursache der mangelhaften Qualifikation seines Personals selbst gesetzt hat, indem er

- entweder bei der Einstellung resp. Auswahl seiner Ärzte oder
- bei der Sicherstellung der Qualifikation seiner Ärzte durch fortbildungsunterstützende Maßnahmen

nicht die im Verkehr erforderliche Sorgfalt hat walten lassen und somit nicht alles erforderliche und notwendige getan hat, um die Behandlungsleistung seines Personals nach dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens zu gewährleisten.

⁷⁸ So auch Weizel, Klinikarzt 2004, S. XI (XII). Die Vorschrift des § 110 Abs. 1 S. 1 SGB V (Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern) sieht folgendes vor: „Ein Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von einem Jahr ganz oder teilweise gekündigt werden, von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nur gemeinsam und nur aus den in § 109 Abs. 3 Satz 1 genannten Gründen. (...) In § 109 Abs. 3 S. 1 SGB V heißt es weiter: „Ein Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 darf nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder
2. für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist. (...)“.

⁷⁹ Begründung zum Gesetzesentwurf, BT-Drucks. 15/1170, S. 103.

⁸⁰ Die Verschuldensvermutung ist insbesondere in der Vorschrift des § 831 BGB niedergelegt. Hiernach gründet sich die Haftung des Geschäftsherrn auf die Vermutung seines eigenen Verschuldens bei der Auswahl, Anweisung oder Leitung des Hilfspersonals oder bei der Beschaffung der erforderlichen Vorrichtungen oder Gerätschaften (Thomas in: Palandt, BGB, § 831, Rn. 1). Die Verschuldensvermutung kann grundsätzlich vom Geschäftsherrn widerlegt werden, mit der Konsequenz, dass eine Haftung desselben nicht besteht.

II. Inhaltliche Ausgestaltung der formellen Fortbildungspflicht

Mit der Feststellung, dass der Krankenhausträger gehalten ist, alles Erforderliche und Notwendige zur Sicherung des Qualitätsstandards auf Behandlungsebene zu leisten, ist noch keine Aussage darüber getroffen, welche fortbildungsunterstützenden Maßnahmen er zu ergreifen hat, damit seine Fachärzte der ihrerseits bestehenden materiellen Pflicht zur Fortbildung nachkommen können.

Bei den Begriffen „notwendig“ und „erforderlich“ handelt es sich um unbestimmte Rechtsbegriffe, die es nunmehr vor dem Hintergrund der Fortbildung zu konkretisieren gilt.

Fortbildung dient im allgemeinen dem Wissenserwerb durch Vermittlung von Wissensinhalten. Die Aneignung von Wissen erfolgt in der Regel in speziell angelegten Wissensumgebungen. Hierzu zählt das Lernen in einer Gruppe ebenso wie das selbstgesteuerte Lernen mit Unterstützung der alten und neuen Medien. Die Gestaltung von Wissensumgebungen bedarf jedoch eines organisatorischen Aufwandes, im Rahmen dessen die Ressource „Wissen“ in den Betrieb integriert, gestaltet und gelenkt wird, um Fortbildungs- und Lernprozesse unter best-möglicher Nutzung von Wissen ungehindert stattfinden lassen zu können. Das entsprechende Schlagwort dazu heißt „Wissensmanagement“.

Verpflichtend „notwenig“ und „erforderlich“ ist nach alledem die Verankerung eines fortbildungsbezogenen Wissensmanagements in den Kernbereich der Krankenhausmanagementaufgaben. Die Voraussetzungen des Wissensmanagements sowie seine Umsetzung im Krankenhaus werden im dritten Teil dieser Abhandlung näher skizziert.

Teil 3: Information und Wissen: Wissensmanagement als Kernaufgabe des Krankenhausträgers

A. Geschichtliche Wurzeln der medizinischen Informationsgabe und Wissensvermittlung im Überblick

Seit der Gründung des ärztlichen Berufsstandes bestimmt der Zweckcharakter der Heilkunde die Aufgabe des Arztes, sich das Beste aus den unterschiedlichen Wissensgebieten, aus der Technik und dem ganzen Arsenal möglicher Heilverfahren und Erklärungen dienstbar zu machen, um die Gesundheit zu erhalten und die Krankheit zu heilen.⁸¹ Dieses Selbstverständnis der Medizin als Aufgabe bedingt eine Werthaltung und berechtigt zu Werturteilen. Der Arzt ist verpflichtet, innerhalb des Wissbaren das Wissenswerte vom Wissensballast zu sornern. Ebenso ist er verpflichtet, das Nützliche, das Neue sich anzueignen und über neue Möglichkeiten auf dem Laufenden zu bleiben.⁸² Hierbei bekundet die Geschichte der ärztlichen Tätigkeit eindrucksvoll, dass die Medizin als informationsintensives Fachgebiet seit jeher auf einen effizienten Informations- und Wissenstransfer angewiesen war.

Während die medizinische Wissensvermittlung noch in der vorgeschichtlichen Zeit durch das gesprochene Worte oder durch beispielgebende Handlungen geprägt war⁸³, änderte sich die Art der Wissenskundgabe gravierend mit der Erfindung der Schrift.⁸⁴ Nunmehr konnten Worte und Gedanken niedergelegt, aufbewahrt, erinnert und für die Nachwelt festgehalten werden. Aus anfänglichen Muschelketten und Knotenschnüren entwickelten sich Schriften im eigentlichen Sinne; eingeritzte Bilder von symbolhaftem Gehalt und Zeichen, die letztlich nicht nur Dinge und damit verbundene Handlungen und Vorstellungen zum Gegenstand hatten, sondern bereits Lautwerke vermitteln konnten.⁸⁵

Eine derartige Entwicklungsstufe zur Wiedergabe wirklicher Sprache im Bereich der Medizin wurde bereits in der vom empirisch-rationalen Denken geprägten ägyptischen Kultur vollzogen.

⁸¹ Rothsuh, Prinzipien, S. 13, Rn. 16.

⁸² Rothsuh, Prinzipien, S. 14, Rn. 17.

⁸³ Ethnologische und volkscundliche Studien bei den Naturvölkern der Gegenwart lassen deutliche Rückschlüsse darauf zu, wie der Schamane oder Medizinnann in der Vorzeit sein medizinisches Wissen durch mündliche Weitergabe an seine ausgewählten Schüler weitergibt. Vgl. auch Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 13.

⁸⁴ Unter *Schrift* sind verschiedenartige Zeichensysteme mit unterschiedlichem Formbestand zu verstehen. Die Zeichen verfolgen hierbei den Zweck, sprachlich erfasste Denkkakte und Ereignisse festzuhalten. Sie dienen der Mitteilung und Überlieferung über Zeit und Raum hinweg sowie als Gedächtnisstütze und Erinnerung für den Schreiber. Vgl. Funke, Buchkunde, S. 13.

⁸⁵ Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 13.

Hier entstanden zur Vermittlung und Weitergabe des medizinischen Wissens Dokumente über Krankheit und Leben. Die beiden bedeutendsten Schriften sind der Edwin Smith-Papyrus (um 1600 v. Chr.) von chirurgischem Inhalt und der Ebers-Papyrus (um 1550 v. Chr.), dessen Gegenstand allgemeinmedizinische Fallstudien bilden.⁸⁶

Ein entscheidender Schritt in der Entwicklung der Schrift zeichnete sich durch die Entstehung des Alphabets ab. Obgleich die ägyptische Kultur über einkonsonantige Worte und Bilderzeichen verfügte, wurde der Übergang zum Phonetischen zu keinem Zeitpunkt vollzogen. Auch die sich aus den Hieroglyphen entwickelten hieratischen und demotischen Schriften blieben Bilderschriften, wenn auch monographisch verkürzt. Erst die Phönizier erfanden etwa 1300 v. Chr. das Alphabet, welches zunächst nur die Konsonanten umfasste. Ergänzt um die Vokale wurde das Alphabet durch die Griechen, die diese Schrift etwa im 9. Jahrhundert v. Chr. übernahmen.⁸⁷

Es sollte allerdings noch Jahrhunderte dauern, bis sich die Schrift als Kommunikationsmittel unter Medizinern durchsetzte. Die schriftliche Aufzeichnung als Mittel zur Sammlung und Weitergabe von Informationen trat erst im 5. Jahrhundert v. Chr. in den Mittelpunkt des Geschehens. Unter dem Namen des griechischen Mediziners Hippokrates (460 – 377 v. Chr.) entstand die erste umfassende Dokumentation des medizinischen Wissens. Das Corpus Hippocraticum ist eine Sammlung von 72 in Inhalt und Stil sehr verschiedenen Schriften aus der Zeit zwischen 420 v. Chr. und 100 n. Chr., die Hippokrates selbst oder seinen Schülern zugeschrieben werden.⁸⁸ Mit dem hippokratischen Schriftenkorpus war gleichermaßen der Grundstock für eine der wohl ersten medizinischen Fachbibliotheken der Antike gelegt, der Ärztebibliothek von Kos⁸⁹, in der die wissenschaftliche Auseinandersetzung und die gegenseitige Einflussnahme gepflegt wurde.

Das Bedeutendste und einflussreichste Zentrum wissenschaftlicher Kommunikation bis zum Ausgang der Antike war das um 280 v. Chr. gegründete Museion in Alexandria⁹⁰, eine Akademie und Prägestätte der Medizin. Die Größe und beispielhafte Organisation der angeschlossenen Bibliothek spricht deutlich für die Bedeutung, welche die schriftliche Aufzeichnung

⁸⁶ Vgl. Jetter, Geschichte der Medizin, S. 66.

⁸⁷ Vgl. Jochum, Bibliotheksgeschichte, S. 39; Weimann, Bibliotheksgeschichte, S. 17; Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 15.

⁸⁸ Vgl. Ackerknecht/Murken, Geschichte der Medizin, S. 40.

⁸⁹ Vgl. Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 16.

⁹⁰ Vgl. Weimann, Bibliotheksgeschichte, S. 29.

als Informationsmittel, gefördert durch das allgemeine Interesse und den weltweiten Handel, zwischenzeitlich gefunden hatte.⁹¹ Auf rund 700.000 Schriftrollen wird der Bestand beziffert, als die Bibliothek im 1. Jahrhundert v. Chr. unterging. Hinzu kamen noch rund 43.000 Werke aus der Serapeion-Bibliothek, die an ein weiteres Wissenschaftszentrum von Alexandria angegliedert war.⁹²

Selbst die Bibliothek von Pergamon, gegründet um 200 v. Chr., konnte sich mit ihrer Bestandsgröße nicht mit Alexandrien messen.⁹³ Die Bestände des Museion wurden durch wohlgeordnete Bestandsverzeichnisse, die „Pinakes“ (griech.: Verzeichnisse) erschossen, die der Gelehrte und Schriftsteller Kallimachos (300 – 245 v. Chr.) vor 240 v. Chr. erstellte und damit das erste grundlegende Katalogwerk der griechischen Literatur schuf.⁹⁴ Gelehrte aller Wissensgebiete sowie ihre jeweiligen Schüler fanden hier einen idealen Arbeitsapparat.⁹⁵ Insbesondere die Medizin in Alexandrien hatte Weltrang.⁹⁶

Während sich im Laufe der nachfolgenden Zeit resp. Jahrhunderte die griechische Naturwissenschaft und Medizin nach Osten und in den islamischen Kulturkreis ausbreiteten, wurde die kulturelle und wissenschaftliche Entwicklung im lateinischen Westen zu jener Zeit weitestgehend gehemmt.⁹⁷ Erst durch die Berührung der christlich-lateinischen mit der islamisch-arabischen Kultur im Mittelmeerraum setzte ein bedeutender Prozess von Wissenstransfer ein. Mit dieser gemeinhin als „Arabismus“ bezeichneten Rezeption gelangte erst im 11. Jahrhundert die griechisch-arabische Wissenschaft in den lateinischen Westen.⁹⁸

Das transferierte Wissen sollte unmittelbar zur Entstehung der Universitäten im Abendland beitragen. Bis dahin hatte insbesondere die Medizin lediglich eine untergeordnete Stellung neben den sieben artes liberales (Freien Künsten) eingenommen. Im Rahmen der gewaltigen Umstrukturierung des europäischen Bildungswesens erhielt die Medizin nunmehr ihren festen, ebenbürtigen Platz innerhalb der hohen Fakultäten, verbunden mit der Konsequenz, dass die

⁹¹ Vgl. Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 16.

⁹² Vgl. Weimann, Bibliotheksgeschichte, S. 30.

⁹³ Vgl. Weimann, Bibliotheksgeschichte, S. 30.

⁹⁴ Vgl. Jochum, Bibliotheksgeschichte, S. 28.

⁹⁵ Vgl. Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 16.

⁹⁶ Vgl. Jochum, Bibliotheksgeschichte, S.28.

⁹⁷ Vgl. hierzu ausführlich Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 17 ff.

⁹⁸ Vgl. hierzu ausführlich Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 19 ff.

Schriften der arabischen Ärzte das ganze Mittelalter hindurch für Unterricht und Praxis verbindlich waren.⁹⁹ Mit der Entstehung der ärztlichen Fakultät erhielt die medizinische Wissensvermittlung eine neue Dimension.

Hatte die Einführung des Papiers als eines neuen und billigen Schreibgrundes im 14. Jahrhundert bereits Fortschritte in der Buchproduktion gebracht, so eröffnete die im Jahre 1450 von Johannes Gutenberg (1400 – 1468) ins Leben gerufene Vervielfältigungsart des Buchdrucks mit beweglichen Lettern auch für den medizinischen Wissenstransfer eine neue Dimension. Eine Vielzahl von wissenschaftlichen medizinischen Werken konnte auf einmal hergestellt werden und entfaltete eine enorme Breitenwirkung.¹⁰⁰ Es begann ein neues Zeitalter mit bis dahin ungeahnten Möglichkeiten der Verbreitung, Nutzung und Sammlung von Informationen. Bis zu diesem Zeitpunkt konnten Schriften nur durch zeitaufwendiges Abschreiben in begrenzter Anzahl vervielfältigt werden.

Die ersten Druckwerke medizinischen Inhalts waren Flugblätter, Einblattdrucke und Aderlasskalender. Bald folgten auch Texte antiker und zeitgenössischer Autoren, die durch das nun stark aufblühende Verlags- und Buchhandelswesen ihren Absatz fanden.¹⁰¹

Da sich diese Werke jedoch mehr am Zeitgeist und den daraus resultierenden Absatzchancen orientierten als an dem Streben, die neue Technik zur Verbreitung und Diskussion des medizinischen Wissens zu nutzen, löste die Erfindung des Buchdrucks eher einen quantitativen Effekt aus, dies jedoch ohne fördernde Wirkung für den wissenschaftlichen Fortschritt.¹⁰² Dementsprechend beeinflusste die Vervielfältigungsmöglichkeit des Buchdrucks auch die ärztliche Tätigkeit. Die Epoche der scholastischen Medizin trat herein. Das primäre Interesse des Arztes galt nunmehr der Aneignung des vollkommenen Wissens der Buchinhalte und deren unreflektierten Anwendung und Wiedergabe der griechisch-arabischen Beobachtungen, Theorien und Rezepte. Eine medizinische Weiterentwicklung blieb aus.¹⁰³

Erst im 16./17. Jahrhundert bahnte sich nach dem jahrhundertelangen Regiment der Scholastik in der medizinischen Wissenschaft eine Wende an. Zweifel an den Lehren der alten Autoritäten und die neuen Entdeckungen großer Ärzte leiteten die medizinische Renaissance ein. Das höchste

⁹⁹ Vgl. Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 21.

¹⁰⁰ Bartlakowski, Behandlungsdokumentation, S. 14.

¹⁰¹ Vgl. Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 22.

¹⁰² Vgl. Böhm/Köhler/Thome, Krankengeschichte, S. 51,52.

¹⁰³ Vgl. Bartlakowski, Behandlungsdokumentation, S. 14.

Ziel des ärztlichen Daseins bestand nicht mehr in der möglichst vollkommenen Kenntnis und Interpretation des tradierten medizinischen Wissens, sondern in der kritischen Überprüfung der traditionellen Lehrinhalte, gepaart mit eigenständigen Beobachtungen und Experimenten, der rationalen Auswertung der Ergebnisse und ihrer Dokumentation zur weiteren Diskussion und Kritik. Diese Herangehensweise galt als Wegweiser in die Neuzeit, in der die scholastische Medizin durch die Beobachtungsmedizin abgelöst wurde.¹⁰⁴

Der durch die experimentelle Ursachenforschung bedingte rasche Wechsel von neu gewonnenen Ansichten und Auffassungen in der Patientenbehandlung ließ gleichermaßen auch ein Problem der Wissensvermittlung in den Vordergrund treten – das der Aktualität.¹⁰⁵ Zu jener Zeit begann die persönliche direkte Kommunikation der Gelehrten untereinander im Interesse der Aktualisierung gewonnener Erkenntnisse eine immer größer werdende Rolle zu spielen. War die Gelehrtenkorrespondenz bereits in der Antike sowie im Mittelalter üblich gewesen, so war der Gelehrten- resp. Arztbrief nun weit ins 18. Jahrhundert hinein von entscheidender Bedeutung für den Austausch wissenschaftlicher Erkenntnisse.¹⁰⁶ Hierbei handelte es sich vornehmlich um umfangreiche Schriftwechsel mit zugehörigen Kommentaren, Nachfragen, Debatten, aber auch mit Fallbeschreibungen, die über Befund, Krankheitsverlauf und Therapie Aufschluss gaben. Vornehmlich die schriftlich niedergelegte und später auch gedruckte Krankengeschichte entwickelte sich zum unentbehrlichen Informations- und Vergleichsmittel des Arztes.¹⁰⁷

Diese literarische Form der gedruckten Krankengeschichte sollte nur die Vorstufe zu einer öffentlich noch wirksameren, periodisch erscheinenden Informationsweise sein, namentlich der Zeitschrift. Während zuvor die Monographie die einzig mögliche Form der Veröffentlichung gewesen war, erfolgte die wissenschaftliche Kommunikation nunmehr wesentlich spontaner und direkter. Jetzt konnten auch vorläufige Ergebnisse und Erkenntnisse, die noch nicht in das Gerüst gesamtwissenschaftlicher Konformität integriert waren, allgemein bekannt gemacht, diskutiert und kritisiert werden.¹⁰⁸ Aus anfänglich allgemeinwissenschaftlichen Zeitschriften¹⁰⁹ entstanden

¹⁰⁴ Vgl. Bartlakowski, Behandlungsdokumentation, S. 15; Ackerknecht/Murken, Geschichte der Medizin, S. 68, 69.

¹⁰⁵ Vgl. Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 25.

¹⁰⁶ Vgl. Schimank, Mittel und Wege wissenschaftlicher Überlieferung in: Sudhoffs Archiv 36 (1965), S. 159 ff.

¹⁰⁷ Vgl. hierzu ausführlich Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 26. Zur Geschichte der ärztlichen Aufzeichnungen siehe auch Bartlakowski, Behandlungsdokumentation, S. 11 ff.

¹⁰⁸ Vgl. Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 27.

¹⁰⁹ Die wohl erste, enzyklopädisch noch alle Wissenschaftszweige umfassende Zeitschrift war das am 05.01.1665 in Paris begründete „Journal des Scavans“. Dieses Journal sollte Vorbild werden auch für andere mehr auf die Medizin ausgerichteten Organe. Vor allem wissenschaftliche Akademien und Gesellschaften gaben eigene Zeitschriften

im 17/18. Jahrhundert mit der Entwicklung der medizinischen Spezialfächer auch bald Fachzeitschriften und Referatsblätter.¹¹⁰

Mit der raschen Entwicklung des Zeitschriftenwesens im 18./19. Jahrhundert veränderte sich das Verhältnis des Arztes zu seinem Beruf. In dieser Zeit trat der kranke Mensch allmählich in den Mittelpunkt des ärztlichen Wirkens. „Ein Lesen und Schreiben neuer Art wurde notwendig“.¹¹¹ Das Literaturstudium entwickelte sich vom Selbstzweck zum notwendigen Mittel, um die Probleme der ärztlichen Praxis bewältigen zu können. Ärztliche Vereine und Lesegesellschaften entstanden, die den kollegialen Austausch über aktuelle medizinische Informationen erlaubten.¹¹²

Während des 19. Jahrhunderts vermehrte sich insbesondere die Zeitschriftenliteratur fortlaufend und rasch. Hiervon ausgehend wurde es für den Arzt zunehmend schwerer, sich im ständig wachsenden Zufluss aktueller medizinischer Informationen zurechtzufinden. Um dieser Problematik Herr zu werden, trat die sachgerechte, schnelle Erschließung und Dokumentation des literarisch medizinischen Angebots in den Vordergrund. Detaillierte bibliographische Verzeichnisse von Aufsätzen und Monographien wurden erstellt.¹¹³ Diese erfassten zunächst die gesamte Literatur der Medizin. Mit dem Bewusstsein, dass das medizinische Wissen schnell veraltet, ging jedoch recht bald das Bestreben einher, sich bibliographisch auf bestimmte, möglichst rezente Zeiträume zu begrenzen.¹¹⁴ Um eine schnelle und aktuelle Berichterstattung gewährleisten zu können, begannen die Literaturübersichten periodisch zu erscheinen. Es entwickelte sich der Typ der Referateblätter.¹¹⁵

heraus. So erschienen bspw. im Jahre 1665 die „Philosophical Transactions“ der in London gegründeten „Royal Society“ und im Jahre 1670 die „Miscellanea curiosa medico-physica“ der in Deutschland ansässigen „Leopoldinischen Academia Naturae Curiosorum“ (Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 27).

¹¹⁰ So erschienen bspw. im Jahre 1771 die „Chirurgische Bibliothek“ durch August Gottlieb Richter (1742 – 1812), im Jahre 1787 das „Archiv für Geburtshilfe, Frauenzimmer- und neugeborener Kinder-Krankheiten“ und im Jahre 1795 das „Archiv für die Physiologie“. (Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 27 ff.).

¹¹¹ Mann, Medizinhistorisches Journal 1966, S. 275 ff.

¹¹² Von besonderer Bedeutung für die naturwissenschaftliche Orientierung der Medizin im 19. Jahrhundert war die im Jahre 1822 von Lorenz Oken (1779 – 1851) gegründete „Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte“ (Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 28).

¹¹³ Vgl. Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 29.

¹¹⁴ So beschränkte sich bspw. Adolph Carl Peter Callisen (1786 – 1866) in seinem zwischen 1830 und 1845 in 33 Bänden veröffentlichten „Medicinisches Schriftsteller-Lexikon“ auf die „jetzt lebenden Aerzte, Wundaerzte, Geburtshelfer, Apotheker und Naturforscher“, demnach auf eine Zeitspanne von wenigen Jahren. (Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 29).

¹¹⁵ Zu den bedeutendsten Referatenorganen des 19. Jahrhunderts gehörten vornehmlich zwei Periodica: Schmidts „Jahrbücher der in- und ausländischen gesammten Medizin“, erschienen in 336 Bänden zwischen 1834 und 1922,

Die rapide Zunahme wissenschaftlicher Information führte in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts zu einer Informationsexplosion¹¹⁶ und wurde damit ein immer größer werdendes Problem: Zum einen ging der Erkenntniszuwachs und –wandel mit erheblicher Geschwindigkeit einher (Aktualitätsproblem); zum anderen war es notwendig, aus der unübersichtlichen Menge der Publikationen eine wissenschaftlich relevante Auswahl zu treffen (Quantitätsproblem).¹¹⁷ Allein das im Jahre 1950 erschienene Schrifttum der Physiologie wies eine Produktion von rund 200.000 Seiten auf, deren Bewältigung ein pausenloses Lesen von zwei bis drei Jahren erfordert hätte.¹¹⁸

Bereits im Jahre 1955 wiesen Rotschuh und Schäfer auf die Notwendigkeit hin, „für die Erschließung (...) dieser Fluten des Fachschrifttums (...) ganz neuartige Wege“ zu suchen. „Sonst“ werde „ein großer Teil der sich mit großem Aufwand an Zeit und Geld gewonnenen Forschungsergebnisse zu einem ungenutzten Wissen, weil es nicht mehr möglich“ sei, „die neuen Ergebnisse in das wachsende Geflecht wissenschaftlicher Kenntnisse wirksam einzufügen.“¹¹⁹ Nur kurze Zeit später sollten sich mit den Möglichkeiten eines elektronischen Informations- und Recherchesystems, wie es Anfang der 60er Jahre als „Medical Literature Analysis and Retrieval System“ (MEDLARS) von der National Library of Washington entwickelt wurde, für die Informationsgabe sowie für die Wissensvermittlung in der Medizin völlig neue Perspektiven eröffnen.¹²⁰ Eine neue Ära begann. Datenbankabfragen zur Literatursuche mittels Datenfernübertragung waren nunmehr möglich. Einer der wichtigsten Akteure beim Technologietransfer sowie bei der Entwicklung der für Online-Datenbankrecherchen notwendigen informationstechnologischen Infrastruktur war die in Amerika angesiedelte National Library of Medicine (NLM). Ende der 60er Jahre kam es in Deutschland sodann zur Gründung sowie zum weiteren Ausbau des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).¹²¹ Als Host für die Informationsversorgung der Medizin bot das DIMDI auch Online-Recherchen in MEDLINE und anderen NLM-Datenbanken an. In den 80er Jahren wurden die Online-Dienste durch eine weitere Informationstechnologie ergänzt, namentlich die

und Canstatts „Jahresberichte über die Fortschritte der gesamten Medizin in allen Ländern“, die zwischen 1842 und 1919 herauskamen (Vgl. Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 29, 30; Weimann, Bibliotheksgeschichte, S. 98).

¹¹⁶ Vgl. Weimann, Bibliotheksgeschichte, S. 99.

¹¹⁷ Vgl. Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 30, 31).

¹¹⁸ Vgl. Rothsuh/Schäfer, Centaurus 4 (1955), S. 63 ff.

¹¹⁹ Vgl. Rothsuh/Schäfer, Centaurus 4 (1955), S. 63 ff.

¹²⁰ Vgl. Lauer, Geschichte des Informationstransfers, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (13) 31.

¹²¹ Vgl. Kaltenborn, Vorwort, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. VII (VIII).

Datenbankabfrage auf CD-ROM. Die Anfang 1990 erfolgte Integration der zunächst nur als Einzelplatzversion verfügbaren CD-ROM-Station in das universitäre Computernetzwerk ermöglichte alsbald die Simultanrecherche für mehrere Nutzer. Zu weiteren Neuerungen führte die Entwicklung des Internets, welches ab Mitte der 90er Jahre neue Möglichkeiten für die medizinische Information, Kommunikation und Kooperation eröffnete.¹²² Die Medizin ist seither geprägt von neuen digitalen Medien, die parallel zu den konventionellen Printmedien existieren.

B. Wissensmanagement als Kernaufgabe des Krankenhausträgers

I. Grundlagen

1. Der Informations- und Wissensbegriff aus medizinischer Sicht

Die Geschichte der Medizin bekundet anschaulich, dass Wissen und Wissensvermittlung seit jeher von grundlegender Bedeutung für die ärztliche Tätigkeit waren. Das ärztliche Personal fungiert entsprechend der geschichtlichen Entwicklung für große Teilbereiche seines Arbeits- und Informationshandelns als Akteur in einem Informations- und Wissensraum, dessen Ausmaß gerade in der heutigen Zeit bemerkenswert ist.

Über die besondere Stellung von „Information“ und „Wissen“ als grundsätzlicher Bestandteil der ärztlichen (Fortbildungs-)Tätigkeit und deren Bedeutung als Erfolgsfaktor für das Krankenhaus kann hiervon ausgehend keinerlei Zweifel mehr bestehen. Da bereits die geschichtlichen Wurzeln erahnen lassen, wie vielfältig und komplex die Facetten der Begrifflichkeiten „Wissen/Information“ sind, erscheint es aus Verständnisgründen ratsam, eine nähere Bestimmung der Begriffsinhalte vorzunehmen.

In genereller Hinsicht sind die Auffassungen zum Wissens- und Informationsbegriff äußerst heterogen. Schon Philosophie und Wissenschaftstheorie im Allgemeinen und die Erkenntnistheorie im Besonderen haben in ihrer langen Tradition zahlreiche Ansätze entwickelt. So existieren eine Reihe von Definitionsansätzen, die vornehmlich die Begriffe Wissen und Information entweder in Beziehung zueinander setzen oder voneinander abgrenzen: „Information ist zweckorientiertes Wissen“¹²³, „Wissen = Information + Kontext“¹²⁴, „Wissen ist begründete

¹²² Vgl. Kaltenborn, Information und Wissen in der Medizin, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. 137 (137).

¹²³ Vgl. nur Gemünden, Information, in: Wittmann/Kern/Köhler (Hrsg.), Handwörterbuch Bd. II., S. 1725.

¹²⁴ Vgl. nur Maier/Klosa, Wissensmanagementsysteme, S. 3.

Information¹²⁵ oder begründete Kenntnis über Sachverhalte“¹²⁶. In mancher Hinsicht wird darüber hinaus auch der Bezug zur Semiotik hergestellt. Ausgangspunkt der Überlegung ist die Fragestellung, wie Nachrichten zwischen Sender und Empfänger übertragen werden. Die Semiotik betrachtet den Aspekt der Nachrichten auf einer syntaktischen, einer semantischen sowie auf einer pragmatischen Ebene. In Anlehnung hieran werden die Begriffe „Zeichen“, „Daten“ und „Information“ eingeführt.¹²⁷ Auf der semiotischen Ebene ist auch die Charakterisierung von Wissen und Information aus medizinischer Sicht anzusiedeln.

Für die Medizin befinden sich „Wissen“ und „Information“ in einer Hierarchieebene zwischen „medizinischen Daten“ und „Weisheit“.¹²⁸ Unter *Daten* können Serien unzusammenhängender Fakten, Beobachtungen oder Instruktionen subsumiert werden, die noch nicht interpretiert sind.¹²⁹ Um medizinische Daten handelt es sich bspw. bei einer Blutdruckmessreihe mit den exemplarischen Werten 130/80, 140/90, 150/90.

Derartige Daten haben für sich gesehen keine Bedeutung; erst das Hinzufügen der Semantik stellt die Beziehung zur Realität her.¹³⁰ Dies geschieht durch Verarbeitung resp. Interpretation der Daten. So kann bspw. durch Auswahl, Organisation, Herstellung von Querbeziehungen etc. von Daten die *Information* entstehen. Information beschreibt einen Sachverhalt oder Einzelaspekt, der in einem Bedeutungskontext steht und kommuniziert werden kann (Nachricht).¹³¹ Eine wissenschaftliche Veröffentlichung, die zum Beispiel die Medikation bei hohem Blutdruck beschreibt, wäre in diesem Sinne eine Information.

Wissen wiederum entsteht durch Analyse und Synthese (Verarbeitung) von Informationen in einem Prozess gründlichen und umfassenden Lernens.¹³² In diesem Sinne ist Wissen ein Prozess der zweckdienlichen, strukturierten Vernetzung von komplex organisierter Information.¹³³ Wissen bezieht sich auf bestimmte Handlungsbereiche, im Rahmen derer es als Verfügungswissen ein Handlungsvermögen konkretisiert oder als Orientierungswissen Einstellungen und

¹²⁵ Durch Redundanz gewinnt eine Information an begründeter Zuverlässigkeit und wird zu Wissen. Vgl. nur Umstätter, Digitale Bibliothek, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. 506 (514).

¹²⁶ Während Information als Kenntnis über Sachverhalte bezeichnet werden kann, ist Wissen begründete Kenntnis, im Gegensatz zur Meinung oder zum Glauben. Vgl. nur Mittelstrass, Gestörte Verhältnisse?, in: Schuster (Hrsg.), Handbuch, S. 42 (52). Siehe hierzu auch Seiffert/Radnitzky (Hrsg.), Handlexikon der Wirtschaftstheorie, S. 387 ff.

¹²⁷ Vgl. Rehäuser/Krcmar, Wissensmanagement, in: Schreyögg/Conrad (Hrsg.), Wissensmanagement, S. 1 (3).

¹²⁸ Vgl. Slawson/Shaugnessy/Bennett, The Journal of Family Practice 1994 (38), S. 505 ff.

¹²⁹ Vgl. Rehäuser/Krcmar, Wissensmanagement, in: Schreyögg/Conrad (Hrsg.), Wissensmanagement, S. 1 (4).

¹³⁰ Vgl. Gaßen, Wissensmanagement, S. 6.

¹³¹ Vgl. Kaltenborn, Wissen in der Medizin, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. 1 (2).

¹³² Vgl. Slawson/Shaugnessy/Bennett, The Journal of Family Practice 1994 (38), S. 505 ff.

¹³³ Vgl. nur Steinmüller, Informationstechnologie, S. 236.

Haltungen prägt (pragmatische Ebene).¹³⁴ Exemplarisch sind unter Wissen Behandlungsrichtlinien, Lehrbuchinhalte oder auch der Inhalt wissensbasierter Systeme, die den gegenwärtigen Forschungsstand zu einem Themengebiet repräsentieren, anzusiedeln. Sofern Wissen nunmehr in angemessener Weise zur Anwendung auf einen konkreten Sachverhalt gebracht wird, ist dieser Aspekt der *Weisheit* zuzurechnen.¹³⁵

2. Der Managementbegriff

Management (dt: Leitung, Führung; ursprüngl. lat. "manum agere" = "an der Hand führen") oder auch Unternehmensführung entspricht im betriebswirtschaftlichen Zusammenhang der Betriebsführung (synonym: Unternehmensführung). Gegenstand der Managementlehre ist die Gestaltung von Organisationen im Sinne von zweckgerichteten sozialen Systemen.¹³⁶

Grundsätzlich können zwei Betrachtungsweisen von Management unterschieden werden, die institutionale sowie die funktionale Sichtweise. Management im institutionalen Sinne ist die Personengruppe, die eine Organisation führt, während auf funktionaler Ebene der Begriff Management für die damit verbundenen Tätigkeiten und Aufgaben steht.¹³⁷ Im funktionalen Sinne bedeutet Management die Beherrschung eines Prozesses. Ein Prozess zeichnet sich durch die Definition von Anfangs- und Endzustand aus. Im Laufe der Zeit hat sich eine Vielzahl an Managementbegriffen herausgebildet.

Im Allgemeinen hat das Management folgende Aufgaben zum Gegenstand: Planung, Durchführung, Kontrolle, Anpassung und Steuerung von Maßnahmen zum Wohle der Organisation bzw. des Unternehmens und aller daran Beteiligten (Anspruchsgruppen = Stakeholder) unter Einsatz der ihm zur Verfügung stehenden betrieblichen Ressourcen.¹³⁸

II. Management der Ressource „Wissen“ im Krankenhaus

1. Überblick und Definition

Wissensmanagement (engl.: knowledge management) bezeichnet eine Richtung der Managementlehre. Obgleich das Thema Wissensmanagement vergleichsweise jung ist, existiert

¹³⁴ Vgl. Kaltenborn, Wissen in der Medizin, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. 1 (3).

¹³⁵ Dieser Ansatz führt zu partiellen Überschneidungen mit der pragmatischen Ebene des Wissens. Insofern können Aspekte der Weisheit durchaus auch als Wissensbestandteile aufgefasst werden. Vgl. Kaltenborn, Wissen in der Medizin, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. 1 (3).

¹³⁶ Vgl. Jung/Kleine, Management, S. 30.

¹³⁷ Vgl. Gülkenberg, Wissensmanagement, S. 219 ff.

¹³⁸ Vgl. hierzu ausführlich <http://www.lexikon-definition.de/Management.html>.

eine geradezu unüberschaubare Fülle an Literatur, die sich mit diesem Thema auseinandersetzt. Die ersten konzeptionellen Arbeiten wurden bereits im Jahre 1987 publiziert.¹³⁹ Eine grundlegende Bedeutung erhielt das Thema jedoch erst in den letzten Jahren, als die Unternehmen ihre ersten Erfolge in Verbindung mit dem Wissensmanagement verzeichneten. Mitunter trug auch die rasante Weiterentwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologie dazu bei, dass Konzepte zum Wissensmanagement erfolgreich implementiert werden konnten.¹⁴⁰

Bei genauerer Betrachtung der konzeptionellen Wurzeln des Wissensmanagements wird ersichtlich, dass das Phänomen Wissensmanagement auf einer Vielzahl von Theorien und Konzepten basiert, die unterschiedlicher nicht sein können.¹⁴¹ So wird dem Wissensmanagement einerseits die Rolle des „Übersetzers“ von Managementkonzepten, andererseits wiederum die Rolle des „Integrators“ verschiedener Managementkonzepte zugesprochen.¹⁴² Diese Beschreibungsschwierigkeiten lassen erkennen, dass auch die Literatur kein Standardkonzept für die Einführung von Wissensmanagement bieten kann. Vielmehr muss jedes einzelne Unternehmen herausarbeiten, welche speziellen Elemente aus dem großen „Baukasten Wissensmanagement“ für die individuelle Problemstellung geeignet sein können.¹⁴³

Nichtdestoweniger führen die verschiedenen Überlegungen zu einer Definition, die das Wissensmanagement deutlich als Managementfunktion definiert.¹⁴⁴ In der Kernaussage ist Wissensmanagement verantwortlich für die Sammlung, die Aufbereitung, die Verwaltung sowie

¹³⁹ Vgl. Remus, Prozessorientiertes Wissensmanagement, S. 25.

¹⁴⁰ Vgl. Maier, Knowledge Management Systems, S. 33.

¹⁴¹ Nach Probst bildet Wissensmanagement bspw. ein integriertes Interventionskonzept, das der Gestaltung der organisationalen Wissensbasis dient (vgl. hierzu Probst/Raub/Romhardt, Wissen managen: Wie Unternehmen ihre wertvollste Ressource optimal nutzen); nach Schüppel umfasst Wissensmanagement alle möglichen human- und technikorientierten Interventionen und Maßnahmenpakete, um die Wissensproduktion, -reproduktion, -distribution, -verwertung und -logistik in einem Unternehmen optimieren zu können. Das Hauptaugenmerk liegt auf der Mobilisierung der individuellen und kollektiven Wissensbestände bzw. auf den Lernprozessen zur Veränderung und Verbesserung der Wissenspotentiale (vgl. Schüppel, Wissensmanagement: organisatorisches Lernen im Spannungsfeld von Wissens- und Lernbarrieren). Nach Willke meint Wissensmanagement die Gesamtheit organisationaler Strategien zur Schaffung einer "intelligenten" Organisation. Mit Blick auf die Personen geht es um das organisationsweite Niveau der Kompetenzen, Ausbildung und Lernfähigkeit der Mitglieder; bezüglich der Organisation um die Schaffung, Nutzung und Entwicklung der kollektiven Intelligenz und Gemeinschaftssinns; hinsichtlich der technologischen Infrastruktur um die Schaffung und effiziente Nutzung der zur Organisation passenden Kommunikations- und Informationsinfrastruktur (vgl. Willke, Systemisches Wissensmanagement). Nonaka und Takeuchi sehen in der Schaffung von Wissen das Zentralanliegen von Wissensmanagement. Dies geschieht durch Identifikation, Transformation und Generierung von erfolgskritischen Wissen (vgl. hierzu die Darstellung von Ball, BIT Online 2002, S. 23 (26 ff.)).

¹⁴² Vgl. Remus, Prozessorientiertes Wissensmanagement, S. 25.

¹⁴³ Vgl. Strina/Uribe/Pfeifer/Hanel, Den Anfang wagen, in: Pawlowsky/Reinhardt (Hrsg.), Wissensmanagement, S. 111 (112).

¹⁴⁴ Vgl. Maier, Knowledge Management Systems, S. 47.

für den optimalen Einsatz von Wissen in Organisationen zur Erreichung der Unternehmensziele¹⁴⁵.

2. Fortbildungsbezogene Zielsetzung des Wissensmanagements

Die hier zu bestimmenden Ziele, die mit Unterstützung eines Wissensmanagement erreicht werden sollen, lassen sich vor dem Hintergrund der Fortbildungsverpflichtung auf zwei Ebenen beschreiben; auf der abstrakten Ebene als Fernziel sowie auf der konkreten Ebene als Nahziel.

Auf abstrakter Ebene ist das Krankenhaus gesetzlich zur Qualitätssicherung verpflichtet. In diesem Zusammenhang verfolgt das Wissensmanagement das Fernziel, eine qualitativ hochwertige Behandlungsleistung zu gewährleisten. Auf konkreter Ebene erfolgt die Behandlungsleistung durch die im Krankenhaus tätigen Fachärzte, die stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens behandeln müssen (qualitativ hochwertige Behandlungsleistung) und demnach zu einer permanenten Fortbildung angehalten sind. Hier beabsichtigt das Wissensmanagement (Nahziel), Voraussetzungen zu schaffen, die dem Facharzt eine optimale Gruppen- oder Einzelfortbildung durch Einführung einer bedarfsgerechten Wissensumgebung ermöglichen.

3. Das gruppenorientierte Lernen

Nach dem Fortbildungsmodell des kooperativen Lernens ist es zunächst Aufgabe des Wissensmanagements, krankenhausexterne sowie –interne Gruppenarbeit zu ermöglichen und zu gewährleisten, im Rahmen derer die Wissensvermittlung und –weitergabe primär über das persönliche Gespräch, d.h. durch den direkten Kontakt erfolgt. Nach den Vorgaben der BÄK zählen hierzu Fortbildungsmethoden wie Workshops, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel, Hospitationen u.v.m., die gleichermaßen als Instrumente des Wissensmanagements qualifiziert werden können.

Darüber hinaus existiert das Fortbildungsmodell des eigenständigen Lernens in Form des mediengestützten Eigenstudiums.

4. Das mediengestützte Eigenstudium als bevorzugte Fortbildungsmethode

Die oben genannten gruppenorientierten Fortbildungsmethoden sind zwar als wichtig und unabdingbar für die ärztliche Fortbildung einzustufen, gehen allerdings, da sie in häufigen Fällen andernorts stattfinden, mit einem nicht zu unterschätzenden zeitlichen und finanziellen Aufwand

¹⁴⁵ Vgl. Christ, Content-Management, in: Pawlowsky/Reinhardt (Hrsg.), Wissensmanagement, S. 165 (168).

einher. So sieht sich der Arzt veranlasst, seinen Stationsdienst zurückzustellen, An- und Abreise zu bestreiten und unter Umständen weite Strecken zum Kongressort zurückzulegen. Zudem sind Kongresse und dergleichen in der Regel stark themenorientiert; aktuelle Fragestellungen, die sich akut am Krankenbett ergeben, werden nicht behandelt und können verständlicherweise auch nicht behandelt werden. Der berufsbedingten Notwendigkeit der Fortbildung in Gestalt der raschen und bedarfsgerechten Informationsverschaffung kann mithin nicht entsprochen werden.

Akutsituationen und die damit einhergehende große Eilbedürftigkeit für die benötigten Informationen beeinflussen die Qualität des ärztlichen Handelns jedoch maßgeblich. Bereits vor rund 20 Jahren schilderten die Mediziner *Sohn* und *Robins* im *New England Journal of Medicine* folgende Akutsituation bei einer Abdominaloperation in ihrem Krankenhaus: Während einer Operation diagnostizierte der Pathologe intraoperativ das seltene Krankheitsbild „Sklerosierende Mesenteritis“. Der Chirurg, der angesichts seiner präoperativen Diagnostik eine „Divertikulitis“, „Morbus Crohn“ oder ein „Neoplasma“ differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen hatte, zeigte sich von diesem histopathologischen Befund völlig überrascht und sah sich mit dem Problem konfrontiert, dass er nicht über den neuesten Kenntnisstand bezüglich Prognose und Therapie der „Sklerosierenden Mesenteritis“ verfügte. Um trotz der zeitkritischen Entscheidungssituation die Operation *lege artis* fortsetzen zu können, führte der Pathologe umgehend eine Literaturrecherche in der medizinischen Datenbank MEDLINE durch. Die Recherche ergab zehn Zitate, auf deren Basis innerhalb von rund zehn Minuten folgende Schlussfolgerungen gezogen werden konnte:

1. Eine Resektion muss nicht vorgenommen werden;
2. die Prognose ist variabel und
3. eine medikamentöse Behandlung mit Kortikosteroiden oder Azathioprine ist möglich und verspricht, effektiv zu sein.

Aufgrund dieser Information wurde die Operation beendet. Dem Patienten ist dadurch eine schwierige und unnötige Operation erspart geblieben; ihm wurde bestmöglich ärztlich geholfen.¹⁴⁶

Es kommt daher nicht von ungefähr, dass das Fortbildungsmodell des eigenständigen Lernens mit Unterstützung der unterschiedlichen Medien eine übergeordnete Rolle im Fortbildungs-

¹⁴⁶ Sohn/Robbins, *New England Journal of Medicine* 1985, S. 942; Vgl. auch Kaltenborn, Vorwort in: Kaltenborn (Hrsg.), *Informations- und Wissenstransfer*, S. VII.

geschehen des Arztes einnimmt (130 von insgesamt 250 Fortbildungspunkten). Das mediengestützte Eigenstudium ist hiervon ausgehend die Fortbildungsmethode der Wahl.

Der schnelle und sichere Wissenserwerb - vornehmlich im Interesse einer hochqualitativen Behandlungsleistung - steht im Vordergrund, eingebettet in eine umfassende, kontinuierliche und zugleich innovative Versorgung mit in Printform sowie in digitaler Form vorliegenden medizinischen Informationen.

Aufgabe des Wissensmanagements ist es in diesem Zusammenhang, die vorliegend geforderte Informationsversorgung sicher zu stellen. Als geeignetes Instrument erweist sich hierfür das Informationsressourcen-Managements, mit dessen Hilfe die Lernprozesse des Eigenstudiums gezielt unterstützt und gefördert werden können.

5. Informationsressourcen-Management

Der Wissenserwerb des Facharztes durch Fortbildung kann nur erfolgreich sein, wenn er einerseits ein subjektiv empfundenes Bedürfnis befriedigt, andererseits jedoch auch auf objektive Wissensdefizite eingeht, die durch Problembewusstsein und selbstkritische Analysen ihre Gestalt erhalten. Aus den bestehenden Wissensdefiziten kann der Informationsbedarf des Facharztes hergeleitet werden. Der Informationsbedarf bezeichnet die Menge und Qualität der zur Lösung eines bestimmten Problems notwendigen Information.¹⁴⁷ Es ist nunmehr Aufgabe des Informationsressourcen-Managements, diesen Bedarf durch Bereitstellung geeigneter interner und externer Informationsressourcen - wie Print- und E-Medien - zu decken. Das Management hat hier die Aufgabe, eine bedarfsgerechte Informationsversorgung der Fachärzte einzurichten und zu gewährleisten.¹⁴⁸

In konkreter Hinsicht bedeutet Informationsversorgung

- Bedarfsermittlung,
- Erwerbung,
- Erschließung und
- Zurverfügungstellung von medizinischen Print- und E-Medien

zur Gestaltung einer geeigneten Lernumgebung für die Fachärzte unter besonderer Berücksichtigung

¹⁴⁷ Vgl. Heinrich, Informationsmanagement, S. 9.

¹⁴⁸ Vgl. Heinrich, Informationsmanagement, S. 9.

- der Bedürfnisse, Lerngewohnheiten und Anforderungen der Fachärzte, insbesondere:

- ⇒ die benötigten medizinischen Informationen müssen dem Facharzt am Arbeitsplatz zur Verfügung stehen, verbunden mit der Möglichkeit eines zeit- und ortsungebundenen Zugangs;
- ⇒ der Zugang zu den Informationen und deren Nutzung muss sich unmittelbar an den individuellen Bedürfnissen, Arbeits- und Lernweisen der Fachärzte orientieren;
- ⇒ die Informationen müssen für den Facharzt zeitsparend und komfortabel sowohl systematisch als auch gezielt unter den Kriterien der Vollständigkeit, Genauigkeit, Authentizität, Aktualität und Wissenschaftlichkeit zu finden sein;
- ⇒ die Informationsversorgung der Fachärzte muss ein vernetztes Zugreifen und eine Recherche in Kontextzusammenhängen erlauben;
- ⇒ die Nutzung der Informationen muss unterstützt werden durch leistungsstarke internationale Kommunikationsnetze und mehrsprachige Informationsangebote.

Unter Berücksichtigung dieser Anforderungen, erwartet der Facharzt an seinem Arbeitsplatz resp. in seiner Klinik einen uneingeschränkten Zugriff auf den weltweiten medizinischen Wissensbestand in elektronischen Datenbanken, in sonstigen elektronischen Informationssystemen sowie in Printmedien. Gerade der Einsatz von Internet und Multimedia ermöglicht eine differenzierte Fortbildung, führt zu größerer Autonomie und Selbstbestimmung und erhält die Behandlungsnähe zu den Patienten. Eine Individualisierung der Lernwege sowie das persönliche Lerntempo werden aufgrund des Potentials von Internet und Multimedia gefördert. Der Aspekt „Fortbildung“ ist auf diese Weise in den Klinikalltag integrierbar und leistet unmittelbar vor Ort einen wesentlichen Beitrag zur Qualitätssicherung auf Behandlungsebene.

- der Relevanz der Informationen für die jeweilige Fachdisziplin des Arztes,

- der Anwendbarkeit der Informationen für die berufliche Praxis und
- der Wissenschaftlichkeit, Aktualität, inhaltlichen Richtigkeit und Vollständigkeit der Informationen.¹⁴⁹

Bezogen auf die Fortbildungsverpflichtung des Facharztes in Form des Eigenstudiums mündet das Wissensmanagement als Pflichtaufgabe des Krankenhausträgers in der Anschaffung und Bereitstellung von Informationsressourcen der vorgenannten Art.

Ein kurzer Blick auf diese Feststellungen verrät jedoch, dass es sich vorliegend um einen Aufgabenkanon handelt, der bereits seit langem von den Krankenhausbibliotheken der jeweiligen Kliniken erfüllt wird.¹⁵⁰

6. Die Krankenhausbibliothek als Wissensmanagement-Instrument

Wissensmanagement im Rahmen des Eigenstudiums bedeutet Informationsversorgung. Nahezu traditionell ist die Krankenhausbibliothek seit ihrer Gründung die zentrale Dienstleistungseinrichtung für eine umfassende Bereitstellung und Nutzung von Informationsmedien.

a.) Entstehung der Krankenhausbibliothek und konventionelle Medien

Das medizinische Bibliothekswesen hat sich in den Nachkriegsjahren zunächst in den Universitätszentren der Bundesrepublik im Zuge der Erhöhung der Ausbildungskapazitäten für Mediziner sowie durch Neugründung medizinischer Hochschulen entwickelt.¹⁵¹ Später erreichte das medizinische Bibliothekswesen auch die Kliniken an universitätsfernen Orten. Seit ihrer Entstehung zählen zu den wesentlichen Aufgaben der Krankenhausbibliothek das Sammeln, Erwerben, Erschließen und Bereitstellung von eigenen oder fremden Literaturbeständen. Wenn hier noch die Informationsversorgung mit den konventionellen Medien in Form der gedruckten Lehrbücher, Bibliographien und Zeitschriften im Vordergrund stand, änderte sich diese vor einigen Jahren mit dem Einzug der sogenannten „neuen Medien“ in das Krankenhauswesen.

¹⁴⁹ Vgl. BÄK, Empfehlungen, S. 5

¹⁵⁰ Das medizinische Bibliothekswesen hat sich in den Nachkriegsjahren in den Universitätszentren der Bundesrepublik im Zuge der Erhöhung der Ausbildungskapazitäten für Mediziner, durch Neugründung medizinischer Hochschulen, sowie durch Maßnahmen der DFG entwickelt. Vgl. hierzu Horstmann/Hausen, medizinische Bibliothek, S. 98.

¹⁵¹ Vgl. hierzu ausführlich Horstmann/Hausen, medizinische Bibliothek, S. 98 ff.

b.) Einzug der „neuen Medien“

Unter dem Begriff „neue Medien“ werden Verfahren und Mittel zusammengefasst, die mit Hilfe digitaler Technologie eine bislang nicht gebräuchliche Formen von Informationsverarbeitung, Informationsspeicherung und Informationsübertragung einschließlich neuartiger Formen von Kommunikation ermöglichen.¹⁵² Die „neuen Medien“ umfassen den Einsatz von Multimedia¹⁵³, digitalen Medien und des Internets als Lern-, Arbeits- und Kommunikationsmittel.¹⁵⁴

Der Wandel vom gedruckten zum digitalen Medium, die gestiegenen Anforderungen an die Verfügbarkeit und Aktualität sowie die rasche Zunahme der Informationsfülle sind Anzeichen eines tiefgreifenden Wandels in der medizinischen Informationsversorgung. Zu den neuen Formen der Informationsversorgung zählen unabhängig von den digitalen Veröffentlichungen und Zeitschriften www-basierte Dienstleistungen sowie alle Formen der Online-Informationsversorgung via Internet. Hier ist vornehmlich die digitale Bibliothek als Erweiterung der klassischen Bibliothek zu nennen.

Angesichts der „neuen Medien“ ist die Verfügbarkeit von Informationen zunehmend ortsungebunden. Gleichzeitig zeichnet sich der Zugriff auf Informationen durch einen weitgehend zeitungebundenen Zugang aus. Hierzu haben leistungsfähige digitale Informations- und Kommunikationsnetze die technischen Voraussetzungen geschaffen.

Gerade in der Medizin kommt den digitalen Publikationen auf physischen Trägermedien sowie als Netzpublikationen eine große Bedeutung zu. Wenn derzeit noch die digitalen medizinischen Zeitschriften als Sekundärversion der gedruckten Version angeboten werden, ist bereits jetzt eine steigende Substitution des gedruckten durch das digitale Medium abzusehen. Auch andere wissenschaftlich relevanten Materialien werden zunehmend direkt im Internet publiziert. So verhält es sich in etwa bei Nachschlagewerken und Bibliographien. Eine Ausnahme im medizinischen Bereich stellen bislang nur die Monographien – Lehrbücher und andere - dar, bei denen bedingt durch die Vielzahl der Auflagen und aus Gründen des Nutzerkomforts ein geringer Digitalisierungsgrad zu erwarten ist.

¹⁵² Vgl. Bollmann (Hrsg.), Neue Medien, S. 12.

¹⁵³ Multimedia wird durch vier Merkmale charakterisiert: Digitalisierung, computerbasierte Integration, multimodale und multimediale Präsentation und anwendergesteuerte, interaktive Nutzung der verwendeten Informationen.

¹⁵⁴ Vgl. hierzu ausführlich Wissenschaftsrat, Empfehlungen zur Hochschulentwicklung durch Teilzeitstudium, Multimedia und wissenschaftliche Weiterbildung, S. 3 ff.

Vor diesem Hintergrund haben die Krankenhausbibliotheken neben der Erfüllung ihrer klassischen Aufgaben auch eine Informationsversorgung mit digitalen Medien sicherzustellen.

c.) Fortbildungsbezogene Dienstleistungsangebote

Sofern eine Klinik über eine Krankenhausbibliothek verfügt, stellt diese Informationsmedien bereit, die dem Facharzt ein optimales Eigenstudium ermöglichen resp. ermöglichen sollen. Hierbei richtet sich die inhaltliche Medienauswahl zum einen nach dem Fächerspektrum der jeweiligen Klinik sowie nach dem Informationsbedarf des einzelnen Facharztes¹⁵⁵, zum anderen aber auch nach dem Nutzen für die berufliche Praxis im Rahmen der Patientenversorgung.¹⁵⁶

Angesichts der Tatsache, dass die verbindlichen Vorgaben zur ärztlichen Fortbildung das Eigenstudium mittels gedruckter Zeitschriften und Lehrbücher ausdrücklich vorsehen, sind diese Medien weiterhin von hoher Bedeutung für die Informationsversorgung in der Medizin. Zeitschriften und Lehrbücher in gedruckter Form gehören daher – zumindest derzeit noch – zum grundlegenden fortbildungserheblichen Bibliotheksbestand. Neben diesen Medien haben sich darüber hinaus die digitalen Publikationen auf physischen Trägermedien und als Netzpublikationen als Fortbildungsgrundlage etabliert.

Hiervon ausgehend hat sich auch im Krankenhauswesen die sogenannte Hybridbibliothek entwickelt, die eine Mischung aus gedruckten und digitalen Publikationen und Informationsquellen vorhält.

Die Krankenhausbibliothek fungiert damit als aktiver und flexibler Dienstleistungsanbieter für eine umfassende Integration aller Medienformen in die ärztliche Fortbildung.¹⁵⁷

Gemessen an den Bedürfnissen der Fachärzte bietet eine Krankenhausbibliothek insbesondere folgende Dienstleistungen an:

⇒ Zugang zu weltweit verfügbaren Informationsangeboten

Hier setzen sich die Beschaffungsprozesse der „Digitalen Bibliothek“ durch das Vorhalten von Zugriffsmöglichkeiten von jenen der klassischen Bibliothek ab. Durch Schaffung von integrierten, auf die Bedürfnisse der Ärzte zugeschnittenen

¹⁵⁵ Vgl. AGMB, Krankenhausbibliothek, S. 2.

¹⁵⁶ Vgl. AGMB, Medizinische Bibliotheken, S. 5.

¹⁵⁷ Vgl. hierzu auch AGMB, Krankenhausbibliothek, S. 2.

Web-Portalen ist die Krankenhausbibliothek netzgestützter Knotenpunkt für gedruckte und digitale Informationen.

⇒ Gewährung verschiedener Zugangsmöglichkeiten

Die lokale Nutzung ist orts- und zeitungebunden. Der Facharzt erhält einen Zugriff auf frei verfügbare und kostenpflichtige Informationsangebote (E-Zeitschriften, medizinische Datenbanken). Darüber hinaus enthält das Bibliotheksangebot verschiedene Möglichkeiten der Dokumentenlieferung, entweder über den Erwerb von Lizenzen oder durch bestehende Lieferdienste wie bspw. subito. Die genannten Zugangsmechanismen werden im Binnenverhältnis zwischen der Krankenhausbibliothek und den jeweiligen Anbietern durch Abschluss von Lizenz- bzw. von Konsortialverträgen in Kooperation mit anderen Bibliotheken geregelt.

⇒ Virtueller Katalog einschließlich der Integration von Diensten und Medien

Die Krankenhausbibliothek bietet eine Verzahnung der Funktionalität und Nutzungsmöglichkeiten der verschiedenen medizinischen Datenbanken unter einer einheitlich gestalteten Nutzeroberfläche. Hierdurch wird die Nutzung wesentlich vereinfacht. Nachgewiesen ist hier insbesondere der Bestand der eigenen Bibliothek, die lizenzierten elektronischen Zeitschriften, multimediale Materialien, sonstige Informationsressourcen im www sowie interaktive Formulare zu Bestelldiensten, Fernleihbestellungen und Dokumentenlieferdiensten.

⇒ Vermittlung von Informations- und Medienkompetenz

Ärztlicherseits wird die Nutzung von Informationsmedien - nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Fortbildung - als bedeutungsvoll zur Optimierung der beruflichen Aufgabenbewältigung erfahren.¹⁵⁸ Dabei verlangt das Informationshandeln, dem technischen und dem informationellen Doppelcharakter entsprechend, einerseits Medienkompetenz zur Bewältigung der technischen Anforderungen und andererseits Informationskompetenz zur Recherche, Bewertung und Synthese von

¹⁵⁸ Vgl. Kaltenborn, Informationsgesellschaft, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (534) 546.

Informationen.¹⁵⁹ Kompetenzdefizite führen zu verringertem Informationsretrieval. Die selbständige Aneignung dieser Kompetenzen ist angesichts der Vielfalt und Dynamik von dem Facharzt nicht zu leisten. Es gehört daher zu den Serviceleistungen einer Krankenhausbibliothek, entsprechende Medien- und Informationskompetenzen zu vermitteln. Hierzu gehören unter anderem die Vermittlung von Navigations- und Recherchestrategien sowie die Bewertung von Informationsquellen und Rechercheergebnissen (Katalog- und Datenbank-schulungen).

Nach alledem gewährt das Dienstleistungsangebot der Krankenhausbibliothek optimale Fortbildungsbedingungen für den Facharzt.

d.) Fortbildungsbezogene Nutzerorientierung

Die auf Seiten der Ärzteschaft gestellten fortbildungsspezifischen Anforderungen an eine umfassende, kontinuierliche und zugleich innovative Informationsversorgung werden durch das Leistungsspektrum der Krankenhausbibliotheken vollständig erfüllt.

So erhält der Facharzt einen raschen, orts- und zeitungebundenen Zugriff auf spezielle, qualitativ hochwertige und bewertete Ressourcen und damit einen uneingeschränkten Zugriff auf den medizinischen Wissensbestand in elektronischen Datenbanken, in E-Zeitschriften sowie in Printmedien. Auf der Basis dieser Hilfsmittel ist der Facharzt in der Lage, seine (Arbeits-) Aufgaben unter selbständiger Steuerung des Lernprozesses bestmöglich zu bewältigen.

Mit der Erfüllung dieses letzten Kriteriums erweist sich die Krankenhausbibliothek als ein für die Fortbildung des Arztes überzeugendes Wissensmanagement-Instrument.

7. Ergebnis

Die problematische Finanzlage der Krankenhäuser wirkt sich derzeit unmittelbar auf die vorhandenen Bibliotheken aus. Im Rahmen der Aufrechterhaltung des Krankenhausbetriebes kommt es vor dem Hintergrund der bestehenden Finanzschwächen zu erheblichen Einsparungen. Betroffen sind vornehmlich diejenigen Bereiche, die nicht zum primären Pflichtenkanon des Krankenhausträgers gehören. Nach gängiger Praxis ist mangels einer spezialgesetzlichen Regelung hiervon freilich auch die Krankenhausbibliothek betroffen, deren Finanzierung bislang

¹⁵⁹ Vgl. Kaltenborn, Informationsgesellschaft, in: Kaltenborn (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer, S. (534) 547.

nicht zum anerkannten Pflichtaufgabenbereich gehört und sonach in das Belieben des Krankenhausträgers gestellt ist.

In diesem Zusammenhang wird jedoch deutlich verkannt, dass die Regelungen des SGB V die Qualitätssicherung zur Primäraufgabe des Krankenhausträgers erhebt. Zur Pflichtaufgabe eines Krankenhauses gehört demnach nicht nur die einfache Behandlung eines Patienten; vielmehr hat die Behandlung unter Androhung erheblicher Sanktionen nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu erfolgen. Will der Krankenhausträger seiner Verpflichtung zur Qualitätssicherung ordnungsgemäss genügen, so hat er eine Basis zu schaffen und auch zu finanzieren, die eine ordnungsgemäße Fortbildung seiner Ärzteschaft erlaubt. Die Verankerung eines Wissensmanagements in den Kernbereich der Krankenhausmanagementaufgaben bietet dem Krankenhausträger hierbei hinreichende Möglichkeiten. Unabdingbar ist in diesem Kontext jedoch die Vorhaltung einer auf die Bedürfnisse des jeweiligen Krankenhauses zugeschnittenen Bibliothek, zu deren Haltung und Finanzierung der Krankenhausträger in Ausgestaltung seiner Qualitätssicherungspflicht veranlasst ist.

Kurze Zusammenfassung und Schlussbemerkung

Die im vergangenen Jahr gesetzlich eingeführte Fortbildungspflicht des Facharztes ist eine zweiseitige Verpflichtung. So trifft diese Pflicht den Facharzt gleichermaßen wie den Krankenhausträger, allerdings mit dem Unterschied, dass die Verpflichtung des Krankenhausträgers nicht ausdrücklich im SGB V verankert ist. Aus der Zweckgestaltung der ihm obliegenden Qualitätssicherungspflicht ergibt sich jedoch, dass die Fortbildung zum unerlässlichen Kanon der Qualitätssicherung gehört. Der Krankenhausträger kann sich daher der Fortbildungsfrage nicht entziehen; erfolgt diese doch letztlich in seinem Interesse. Der Krankenhausträger sieht sich damit in der Pflicht, die Fortbildungsaktivitäten seiner Fachärzte zu unterstützen und hierfür alles „notwendige und erforderliche“ zu tun. Ihn trifft daher die sogenannte formelle Fortbildungspflicht. In Erfüllung dieser Verpflichtung hat der Krankenhausträger die Verankerung eines Wissensmanagements in seinen Kernaufgabenbereich vorzunehmen, welches unter anderem in einer optimalen, das ärztliche Eigenstudium unterstützenden Informationsversorgung seine Gestalt findet.

Als überaus geeignetes Wissensmanagement-Instrument erweist sich hierbei die Krankenhausbibliothek, die eine auf Fortbildungsbelange zugeschnittene und professionelle Informationsversorgung bietet resp. bieten könnte. Im Umkehrschluss kann der Krankenhausträger seiner Verpflichtung zur Qualitätssicherung durch Finanzierung und Unterstützung der hauseigenen Krankenhausbibliothek entsprechen.

Obgleich Wichtigkeit und Bedeutung der Krankenhausbibliothek auf dem Boden dieser Feststellungen ausser Frage stehen dürften, muss sich diese im Krankenhauswesen immer wieder neu positionieren und ihr Dienstleistungsangebot den vorherrschenden sowie zukünftigen Veränderungen anpassen. Gelten derzeit noch die Printmedien sowie die E-Journals als fortbildungsunterstützende Lernmittel der Wahl, so ist bereits zu dieser Zeit absehbar, dass andere Angebote das Fortbildungsgeschehen beherrschen werden. Vorliegend wird auf ein Thema Bezug genommen, welches in den obigen Ausführungen bewußtermaßen nicht zur Sprache gekommen ist: E-Learning.

Der Begriff „E-Learning“ unterliegt keiner einheitlichen Definition. Diese Unsicherheit erlaubt es, den E-Learning-Begriff weit auszulegen: E-Learning ist Lernen mit Unterstützung der

modernen Informations- und Kommunikationstechnologie.¹⁶⁰ Bei genauerer Betrachtung geht E-Learning jedoch weit über die bloße Bereitstellung und Präsentation von Informationen hinaus. E-Learning beinhaltet insbesondere Aspekte wie Interaktion, Simulation und Animation.¹⁶¹

Gegenwärtig ist die Marktsituation für medizinische E-Learning-Systeme recht unübersichtlich. Insofern gibt es im Bereich der Medizin eine Vielzahl von webbasierten Lernmodellen und –plattformen in unterschiedlichen Entwicklungsstufen. Viele der zurzeit im Internet angebotenen zertifizierten Fortbildungskurse beruhen auf Printmedien, wie bspw.

- www.cme.springer.de¹⁶²
- www.thieme.de/dmw/cme/quiz¹⁶³
- www.cme-punkt.de¹⁶⁴

Darüber hinaus gibt es Fortbildungen, die ausschließlich online zur Verfügung stehen, wie unter anderem:

- www.pro-cme.de¹⁶⁵
- www.leitlinien-wissen.de¹⁶⁶

¹⁶⁰ Vgl. hierzu Seufert/Guttmann, Wissens- und Lernportale, in: Pawlowsky/Reinhardt, Wissensmanagement, S. 199 (204).

¹⁶¹ Vgl. Jäckering VuF 2003, S. 31 (33).

¹⁶² Hierbei handelt es sich um ein Zusatzangebot zum Fachzeitschriften-Abonnement des Springer-Verlages, Heidelberg. Nach Auskunft des Verlages werden jährlich 170 zertifizierte Fortbildungseinheiten aus 15 Gebieten der Medizin erstellt. Registrierten Nutzern werden je beantwortetem Multiple-Choice-Fragebogen drei Fortbildungspunkte angerechnet. Um einen Test zu bestehen, muss der Teilnehmer mindestens 70 Prozent der Fragen online richtig beantworten oder im Ergebnis über dem Durchschnitt aller Teilnehmer liegen. Nach dem Einsendeschluss kann der Arzt eine Teilnahmebescheinigung aus seinem Ergebnisarchiv ausdrucken, die er für das Fortbildungszertifikat bei seiner Ärztekammer einreicht.

¹⁶³ Die „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ (DMW) veröffentlicht 2004 zehn CME-Beiträge einschließlich Quiz und Evaluationsbogen zu je drei Fortbildungspunkten. Das Fortbildungsangebot ist nicht an ein Abo gebunden. Die Auflösung des Quiz kann sowohl per E-Mail als auch per Post an die DMW versandt werden.

¹⁶⁴ Die Urban & Vogel Verlagsgesellschaft, München, bietet Fortbildungsmodule zu verschiedenen hauseigenen Fachzeitschriften an. Der Verlag kooperiert dabei mit dem Institut für hausärztliche Fortbildung und mit der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK). Die Module beziehen sich auf Fortbildungsbeiträge der aktuellen Zeitschriftenausgaben, dennoch ist die Teilnahme an den Wissenstests zur Erlangung von CME-Punkten nicht an ein Fachzeitschriften-Abonnement geknüpft. Die registrierten Testteilnehmer können die Fragebögen online oder offline ausfüllen. Je nach Testumfang erhalten sie einen oder drei CME-Punkte, wenn sie 60 beziehungsweise 70 Prozent der Fragen korrekt beantwortet haben. Jeder Test kann nur einmal absolviert werden. Als Kontrollinstrument dienen Name und Kammer-Nummer, die auch auf der Teilnahmebestätigung vermerkt sind.

¹⁶⁵ Das Online-Fortbildungsangebot für Ärzte wird gemeinsam vom Thieme Verlag, Stuttgart, und der Pfizer GmbH erstellt. Zurzeit stehen vier Module zu den Themen „Neuropathischer Schmerz“, „Epilepsie“ und „Ischämischer Insult“ einschließlich Multiple-Choice-Tests zur Verfügung, die der registrierte Arzt online oder offline bearbeiten kann. Pro Modul kann der Arzt zwei CME-Punkte sammeln, wenn er 70 Prozent der Fragen des Tests korrekt beantwortet hat. Diese Punkte werden automatisiert in das individuelle Fortbildungspunktekonto eingetragen, in dem der Nutzer auch seine Punkte aus anderen Fortbildungskategorien verwalten kann. Wer den Wissenstest nicht besteht, kann diesen nach einer Sperrfrist von zwei Wochen erneut – mit anderen Fragen – absolvieren.

- www.diabetes-cme.de^{167/168}

Diese Angebote stellen eine Ergänzung zu den traditionellen Lernmitteln dar und können komplexe medizinische Sachverhalte durch Verbindung von Text, Bild, Ton, Video und Animation besonders gut veranschaulichen. Das Spektrum reicht von Simulationssystemen, in denen typische Szenarien der ärztlichen Routine nachgebildet werden, über tutorielle Systeme, die auf Eingaben des Lernenden reagieren, Bilddatenbanken, Fallsammlungen und Videoaufzeichnungen von Vorlesungen bis hin zu vorwiegend textbasierten Lehrtexten, eBooks und Skripten.

Nicht zuletzt aufgrund der Bemühungen verschiedener im Gesundheitswesen verankerter Fortbildungsgremien und sonstiger Akteure gehört das Bildungssegment „E-Learning“ bereits zu den wesentlichen Bestandteilen der ärztlichen Fort- und Weiterbildung. Dies bekundet eine im Jahre 2004 durchgeführte Studie der Bertelsmann Stiftung, nach deren Ergebnis sich die Ärzteschaft zunehmend für die Online-Fortbildung ausspricht.¹⁶⁹ Es steht daher zu erwarten, dass die Bedeutung der konventionellen Lernmedien für die ärztliche Fortbildung vor dem Hintergrund dieser Entwicklungstendenzen in Zukunft erheblich abnehmen wird.

Diesen Veränderungen kann und darf sich die Krankenhausbibliothek nicht verschließen. Im Allgemeinen wird den modernen Lernmedien im Bibliothekswesen eine noch zu geringe Bedeutung beigemessen, verbunden mit der Konsequenz, dass insbesondere Krankenhausbibliotheken die Erweiterung ihres Dienstleistungsangebotes durch Integration von E-Learning-Produkten bislang weitestgehend vernachlässigt haben. Die Möglichkeiten, sich im Bereich der

¹⁶⁶ Das kostenpflichtige evidenz- und leitlinienbasierte Fortbildungsangebot ist ein Gemeinschaftsprojekt von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung, dem Ärztlichen Zentrum für Qualitätssicherung in der Medizin und der Universität Witten/Herdecke. Zurzeit stehen Lernmodule zu Diabetes mellitus Typ 2, COPD, Hypertonie, Depression und Rückenschmerz zur Verfügung. Der Nutzer muss zehn Aufgaben von unterschiedlichem Schwierigkeitsgrad bearbeiten. Die Bestehensgrenze liegt bei 70 Prozent. Wer diese erreicht, erwirbt einen CME-Punkt. In der nächsten Ausbaustufe sollen fallbasierte Module das Angebot erweitern.

¹⁶⁷ Das interaktive Fortbildungsangebot des Deutschen Diabetes-Forschungsinstituts Düsseldorf zum Diabetes mellitus ist ausschließlich im Internet verfügbar. Es basiert auf den evidenzbasierten Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft und umfasst zurzeit 15 Kurse, die sich jeweils in vier Module – Kurzübersicht, Expertenwissen, Aktiv Lernen und Wissenstest – gliedern. Wer den Wissenstest absolvieren will, muss sich vorab registrieren, die übrigen Inhalte sind frei zugänglich. Für den bestandenen Test, in dem mindestens 60 Prozent der Fragen korrekt beantwortet werden müssen, erhält der Teilnehmer drei CME-Punkte.

¹⁶⁸ Darüber hinaus sind noch zu nennen: www.multimedica.de/public/fachportal/alle/040/010/index.html; www.transscience.de; www.pneumologenverband.de; www.e-cme.de. Eine Sammlung von E-Learning angeboten bietet http://www.medidaprix.org/mdd_2005/suche/gesamtfach.pl?fach=Medizin.

¹⁶⁹ Rund 43 % der befragten Mediziner gab an, mindestens ein Mal pro Woche das Internet zu Fortbildungszwecken zu nutzen. Gar 90 % erwarten, dass internetbasiertem Wissenserwerb in Zukunft eine größere Bedeutung zukommen wird und 58 % meinen, dass internetbasierte Fortbildung zeit- und kostengünstiger ist, als der Besuch von klassischen Seminaren. Vgl. hierzu <http://idw-online.de/pages/de/news84639>.

Online-Fortbildung zu profilieren, werden hiervon ausgehend von den Krankenhausbibliotheken nur zögerlich aufgegriffen.

Nach dem Vorbild der von der Medizinisch-Wissenschaftlichen Bibliothek der Universität Heidelberg erstellten E-Learning-Datenbank KELDAmed¹⁷⁰, müssen sich die Krankenhausbibliotheken dem E-Learning-Sektor verstärkt öffnen. Hierdurch könnte die Position der Krankenhausbibliotheken eine weitere Stärkung im Krankenhauswesen erfahren.

¹⁷⁰ **K**ommentierte **E-L**earning-**D**atenbank für **M**ediziner. Die Datenbank enthält Angebote der folgenden Kategorien: Animation / Interaktives Modell; Atlas / Bilddatenbank; Audiosammlung; Fallsammlung; eBook; Lehrtext (Skript oder lehrbuchartiger Text); Simulation (Programm, das typische Szenarien der ärztlichen Routine abbildet und den Nutzern die Möglichkeit gibt, diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu üben); Testfragensammlung; Tutorial (Programm, das auf Aktionen des Lehrenden helfend und beurteilend reagiert und einen dem Lernfortschritt angepassten Unterricht anstrebt); Videosammlung; Vorlesungsaufzeichnung; Vortragsfoliensammlung, Vgl. hierzu <http://www.ma.uni-heidelberg.de/apps/bibl/KELDAmed/>.

Literaturverzeichnis

- Ackerknecht, Erwin Heinz/Murken, Axel Hinrich*: Geschichte der Medizin, 7. Auflage, Stuttgart 1992.
- AGMB*: Die Krankenhausbibliothek - ihr Wert für das Krankenhaus als Unternehmen, 2004, <http://www.agmb.de> (letzter Zugriff am 20.03.2005)
- AGMB*: Medizinische Bibliotheken - Begriffsbestimmung und Charakterisierung, 2004, <http://www.agmb.de> (letzter Zugriff am 20.03.2005)
- Ball, Rafael*: Knowledge-Management – eine neue Aufgabe für Bibliotheken?, BIT Online 2002, S. 23 ff.
- Balzer, Miriam*: „Industriesponsoring“ und ärztliche Fortbildung - ein Auslaufmodell?, NJW 2003, S. 3325 ff.
- Bartlakowski, Katja*: Die ärztliche Behandlungsdokumentation - eine materiell- und prozeßrechtliche Würdigung der ärztlichen Aufzeichnungen unter besonderer Berücksichtigung der EDV-gestützten Dokumentation sowie der Informationsrechte des Patienten, Frankfurt/M 2003.
- Bauer, Bernhard*: Das Krankenhaus in der Zukunft, Landkreisnachrichten 2004 (42), S. 209 ff.
- Böhm, Kurt/Köhler, Claus.O./Thome, Rainer*: Historie der Krankengeschichte – FS f. Gustav Wagner zum 60. Geburtstag, Stuttgart 1978.
- Bollmann, Stefan (Hrsg.)*: Kursbuch Neue Medien - Trends in Wirtschaft und Politik, Wissenschaft und Kultur, Hamburg 1998.
- Brockhaus*- Die Enzyklopädie, Band 24, 19. Auflage, Leipzig 1992.
- Bundesärztekammer (Hrsg.)*: Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung, 2. Auflage, Köln 2003.
- Clausing, Peter*: Qualitätssicherung – wesentlicher Bestandteil der Rehabilitation der Rentenversicherung, DAngVers 1994, S. 125 ff.
- Christ, Oliver*: Content-Management – Unternehmensweite Lösungen für die effiziente Organisation von explizitem Wissen, in: Pawlowsky, Peter/Reinhardt, Rüdiger (Hrsg.), Wissensmanagement für die Praxis – Methoden und Instrumente zur erfolgreichen Umsetzung, S. 165 ff.
- Deppe, Hans-Ulrich/Friedrich, Hannes/Müller, Reiner (Hrsg.)*: Qualität und Qualifikation im Gesundheitswesen, Frankfurt/M 1995.
- Deutsch, Erwin*: Medizinrecht - Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinprodukterecht und Transfusionsrecht, 5. Auflage, Berlin 2003.
- Donabedian, Avedis*: Evaluating the quality of medical care, Milbank Mem. Fund. Quart. 1966 (44), S. 166 ff.
- Ehlers, Alexander P. F.*: Die sozialrechtliche Fortbildungs- und Fortbildungsnachweispflicht der Ärzte, PharmInd 2004 (66), S. 874 (876).
- Erlinger, Rainer*: Rechtliche Aspekte der ärztlichen Fortbildung, Der Urologe 2004, S. 69 ff.

- Funke, Fritz*: Buchkunde - ein Überblick über die Geschichte des Buches, 6. Auflage, München 1999.
- Gaßen, Helga*: Wissensmanagement - Grundlagen und IT-Instrumentarium, Mainz 1999
- Güldenbergs, Stefan*: Wissensmanagement und Wissenscontrolling in lernenden Organisationen - ein systemtheoretischer Ansatz, 4. Auflage, Wiesbaden 2003.
- Heinrich, Lutz J.*: Informationsmanagement - Planung, Überwachung und Steuerung der Informationsinfrastruktur, 7. Auflage, München 2002.
- Herholz, Harald*: Qualität und Fortbildung in der Gesundheitsreform 2003, Frankfurt/M 2003.
- Heubel, Friedrich*: Die ethische Dimension des Informations- und Wissenstransfers in der Medizin und im Gesundheitswesen, in: Kaltenborn, Karl-Franz (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer in der Medizin und im Gesundheitswesen, Frankfurt 1998.
- Hiddemann, Till-Christian/Muckel, Stefan*: Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, NJW 2004, S. 7 ff;
- Horstmann, Wilhelm/Hausen, Ursula*: Die medizinische Bibliothek im Krankenhaus – Modellisten für Bücher und Zeitschriften, Aufbau und Aufgaben, 2. Auflage, München 1983.
- Jetter, Dieter*: Geschichte der Medizin, Stuttgart 1992.
- Jochum, Uwe*: Kleine Bibliotheksgeschichte, 2. Auflage, Stuttgart 1999.
- Jung, Rüdiger H./Kleine, Meinolf*: Management - Personen - Strukturen - Funktionen – Instrumente, München 1993
- Kaiser, Roland H.*: Die neuen Anforderungen des GMG hinsichtlich Qualitätsmanagement und fachlicher Fortbildung der Vertragsärzte, HÄBl. 2004, S. 332 ff.
- Kaltenborn, Karl-Franz*: Information und Wissen in der Medizin und im Gesundheitswesen, in: Kaltenborn, Karl-Franz (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer in der Medizin und im Gesundheitswesen, Frankfurt 1998, S. 1 ff.
- Kaltenborn, Karl-Franz*: Bedarf, Nutzung und Nutzen von Information und Wissen in der Medizin und im Gesundheitswesen, in: Kaltenborn, Karl-Franz (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer in der Medizin und im Gesundheitswesen, Frankfurt 1998, S. 81 ff.
- Kaminske Gerd F./Brauer, Peter*: Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements, München 1995.
- Kern, Werner (Hrsg.)*: Handwörterbuch der Produktionswirtschaft, 2. Auflage, Stuttgart 1996.
- Koller, Michael/Lorenz, Wilfried*: Methoden zur Aggregation von medizinischem Wissen, in: Kaltenborn, Karl-Franz (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer in der Medizin und im Gesundheitswesen, Frankfurt 1998, S. 184 ff.
- Krauskopf, Dieter*: Kommentar zum SGB V - Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, München 2004.
- Larenz, Karl/Canaris, Claus-Wilhelm*: Methodenlehre der Rechtswissenschaft, 4. Auflage, Berlin 2002.
- Lauer, Hans H.*: Die Geschichte des Informations- und Wissenstransfers in der Medizin und im Gesundheitswesen, in: Kaltenborn, Karl-Franz (Hrsg.), Informations- und Wissenstransfer in der Medizin und im Gesundheitswesen, Frankfurt 1998, S. 13 ff.

- Maier, Ronald*: Knowledge management systems - information and communication technologies for knowledge management, 2. Auflage, Berlin u.a. 2004.
- Maier, Ronald K./ Klosa, Oliver W.*: Wissensmanagementsysteme - Begriffsbestimmung, Funktionen, Klassifikation und Online-Marktübersicht, Regensburg 1999
- Mann, Gunter*: Der Arzt und die wissenschaftliche Literatur – Probleme der Literaturversorgung und –erschließung, *Medizinhistorisches Journal* 1966 (1), S. 275 ff.
- Mittelstraß, Jürgen*: Gestörte Verhältnisse? Zur gesellschaftlichen Wahrnehmung von Wissenschaft, in: *Handbuch des Wissenschaftstransfers*, in: Schuster, Herrmann J. (Hrsg.), *Handbuch des Wissenschaftstransfers*, Berlin 1990, S. 42 ff.
- Probst, Gilbert J. B./Raub, Stefan/Romhardt, Kai*: Wissen managen - wie Unternehmen ihre wertvollste Ressource optimal nutzen, 4. Auflage, Wiesbaden 2003
- Rehäuser, Jakob/Krcmar, Helmut*: Wissensmanagement im Unternehmen, in: Schreyögg, Georg/Conrad, Peter (Hrsg.), *Wissensmanagement*, S. 1 ff.
- Remus, Ulrich*: Prozessorientiertes Wissensmanagement. Konzepte und Modellierung, <http://www.opus-bayern.de/uni-regensburg/volltexte/2002/80/> (letzter Zugriff am 15.03.2005).
- Rothschuh, Karl*: *Prinzipien der Medizin - Ein Wegweiser durch d. Medizin*, München 1965.
- Rothschuh, Karl/Schäfer, E.*: Quantitative Untersuchungen über die Entwicklung des physiologischen Fachschrifttums (Periodica) in den letzten 150 Jahren, *Centaurus* 1955 (4), S. 63 ff.
- Schimank, Hans*: Mittel und Wege wissenschaftlicher, insbesondere naturwissenschaftlicher Überlieferung bis zum Aufkommen der ersten wissenschaftlichen Zeitschriften, *Sudhoffs Archiv* 1965 (36), S. 159 ff.
- Schnapp, Friedrich/Wigge, Peter*: *Handbuch des Vertragsarztrechts*, München 2002.
- Schneider, Stefanie*: „Leider können wir Ihnen nicht weiterhelfen!“ Ergebnisse einer Befragung unter Bibliotheken privater Krankenhausketten in Deutschland, *MBI* 2004 (Nr. 3), S. 38 ff.
- Scholze, B. / Finkeiß, E.*: Ärztliche Fortbildungspflicht in Deutschland, *MedR* 2004 (3), S. 141 ff..
- Schüppel, Jürgen*: *Wissensmanagement - organisatorisches Lernen im Spannungsfeld von Wissens- und Lernbarrieren*, Wiesbaden 1996.
- Schulberg, Herbert C./Sheldon, Alan/Baker, Frank*: *Program-Evaluation in the health fields*, New York 1969.
- Seiffert, Helmut/Radnitzky, Gerhard (Hrsg.)*: *Handlexikon zur Wissenschaftstheorie*, München 1989
- Selbmann, Hans-Konrad/Überla, Karl K.(Hrsg.)*: *Quality Assessment of Medical care*, Stuttgart 1982.
- Seufert, Sabine/Guttmann, Jürgen*: Wissens- und Lernportale auf dem E-Learning Markt. Fallbeispiel der Siemens AG, in: Pawlowsky, Peter/Reinhardt, Rüdiger (Hrsg.), *Wissensmanagement für die Praxis – Methoden und Instrumente zur erfolgreichen Umsetzung*, S. 199 ff.
- Seyfried, Thorsten*: *Die haftungsrechtliche Bedeutung medizinischer Qualitätssicherungsmaßnahmen*, Univ. Diss., Mannheim 2002.

- Slawson, David/ Shaughnessy, Allen/Bennett, Joshua*: Becoming a medical information master: Feeling good about not knowing everything, *The Journal of Family Practice* 1994 (38), S. 505 ff.
- Sohn, N./Robbins, R.*: Computerunterstützte Chirurgie, *New England Journal of Medicine* 1985, S. 942 ff.
- Steimer-Schmid, Angelika*: Deutsche Krankenhäuser stehen unter enormem Kostendruck - Krankenhaus-Geschäftsführer Nientiedt über die breite Palette der Belastungen, *MBZ* vom 18.07.2003, S. 3.
- Steinmüller, Wilhelm*: Informationstechnologie und Gesellschaft - Einführung in die angewandte Informatik, Darmstadt 1993.
- Strina, Giuseppe/Uribe, Jaime/Pfeifer, Tilo/Hanel, Guido*: Den Anfang wagen – mit dem Start-up-Workshop „Wissensmanagement“, in: Pawlowsky, Peter/Reinhardt, Rüdiger (Hrsg.), *Wissensmanagement für die Praxis – Methoden und Instrumente zur erfolgreichen Umsetzung*, S. 111 ff.
- Umstätter, Walther*: Die Rolle der Digitalen Bibliothek im Wissensmanagement, in: Kaltenborn, Karl-Franz (Hrsg.), *Informations- und Wissenstransfer in der Medizin und im Gesundheitswesen*, Frankfurt 1998, S. 506 ff.
- Viethen, Gregor*: Qualitätssicherung in der Medizin, *QualiMed* 1994 (4), S. 9 ff.
- Vogel, Hans-Josef*: Zulassungssystem für Krankenhäuser - GKV-Gesundheitsreform 2000 im Lichte des Kartell- und Wettbewerbsrechts, *NZS* 1999(8), 375 ff.
- Weimann, Karl-Heinz*: Bibliotheksgeschichte - Lehrbuch zur Entwicklung und Topographie des Bibliothekswesens, München 1975.
- Weizel, Isabel*: Konsequenzen der gesetzlichen Neuregelung des GMG – Fortbildungsnachweis auch für Krankenhausärzte, *klinika* 2004 (33), S. XI ff.
- Willke, Helmut*: Systemisches Wissensmanagement, 2. Auflage, Stuttgart 2001
- Wittmann, Waldemar/Kern, Werner/Köhler, Richard (Hrsg.)*: Handwörterbuch der Betriebswirtschaft (HWB), Band 2, 5.Auflage, Stuttgart 1993.