



Jahresbericht 2007 Qualitätssicherung Qualitätsmanagement

EXTRA



Inhaltsverzeichnis

	Editorial	3 - 4
I.	QS ist mehr als Checklisten-Bürokratie	5
II.	Versorgungsqualität - ein umfassender Anspruch	6 - 9
	„Mehr als nur ein Verwaltungsakt“	
	2.1. Qualitätssicherungskommissionen	7 - 8
	Interview Dr. Hans-Peter Peters	7
	2.2. Instrumente der Qualitätssicherung	9 - 10
III.	Genehmigungspflichtige Verfahren	10 - 15
	3.1. Antragsvolumen	12
IV.	Rückblick auf das Jahr 2007	16 - 36
	4.1. Akupunktur	16
	4.2. Blutreinigungsverfahren/Dialyse	17
	4.3. Koloskopie	17 - 21
	4.4. Magnetresonanz-Angiographie	21
	4.5. Mammographie	22 - 23
	4.6. MRSA	23 - 25
	„Zusammenarbeit zwischen KVWL und deutsch-niederländischem Präventionsnetz EUREGIO MRSA-net Twente/Münsterland fruchtet“	
	Gastbeitrag: Priv. Doz. Dr. med. Alexander W. Friedrich	23
	4.7. Palliativmedizin	25 - 26
	4.8. Photodynamische Therapie	26
	4.9. Phototherapeutische Keratektomie	27
	4.10. Qualitätsprüfungsrichtlinie	27 - 28
	4.11. Sonographie der Säuglingshüfte - Qualitätsprüfungen	29 - 30
	Interview: „Solch schlechte Ergebnisse hat niemand erwartet“	
	Dr. Stefan Strauch, Münster	30 - 31
	Erfahrungsbericht: „Setzen, sechs!“	
	Dr. Thomas Happe, Facharzt für Orthopädie	32
	4.12. Zytologie	33 - 35
V.	Ausblick auf das Jahr 2007	35 - 37
	5.1. Hautkrebsscreening	35 - 36
	5.2. Intravitreale Injektionen	36
	5.3. Positronen-Emissions-Tomographie (PET)	37
	5.4. Ultraschall	37
VI.	Qualitätsmanagement	38 - 42
	6.1. Schulungsangebot	38
	6.2. Großveranstaltungen	38
	6.3. Stichproben im Qualitätsmanagement	39 - 40
	6.4. Qualitätsmanagement im Qualitätszirkel	40
	6.5. Qualitätszirkel	41 - 43

Editorial

Jeder verantwortlich handelnde Arzt wird von sich und seinem Handeln fordern und darstellen, dass er qualitativ hochwertige Leistung erbringe. Im Gegensatz zu dieser „gefühlten Qualität“ gibt es insbesondere aus den Reihen der Politik und einzelner Krankenkassen immer wieder den Vorwurf zu hören, dass man nur bereit sei, für Qualität zu zahlen und die bisher geleistete Arbeit die erforderliche Qualität vermissen lasse. Bekanntestes Beispiel für diese Diskussion stellen die Schlagworte „Über-, Unter- und Fehlversorgung“ dar. Belege für den Vorwurf eines Qualitätsmangels in der ambulanten Versorgung fehlen. Es werden allenfalls Kasuistiken angeführt, die als „pars pro toto“ genommen werden.

Was ist eigentlich Qualität? Diese Frage muss man sich in dieser Diskussion stellen. In der Quellenrecherche für die Antwort auf diese Frage sind unterschiedliche Definitionen zu finden, was möglicherweise auch mit ein Grund für die doch sehr divergenten Bewertungen der Qualität eines Leistungsbereiches wie der ambulanten ärztlichen Tätigkeit sein kann.

Die derzeit offizielle Definition von Qualität findet sich in der Qualitätsmanagementnorm DIN EN ISO 9000:2005, nach der Qualität als ein Grad definiert wird, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Anforderungen erfüllt. Sie gibt also an, in welchem Maße z. B. eine Dienstleistung bestehenden Anforderungen entspricht. In dieser Definition ist damit eine Variable enthalten: bestehende Anforderungen. Werden diese Anforderungen beliebig definiert, wie es möglicherweise der politischen Diskussion zu unterstellen ist, so ist Qualität beliebig und damit Unsinn. Nur bestehende, also normierte Anforderungen können den Qualitätsbegriff umsetzbar halten. Im medizinischen Bereich sind diese bestehenden Anforderungen definiert durch den wissenschaftlichen Standard und andere Normen, wie zum Beispiel Hygieneverordnung etc.

Um Qualität darstellen zu können, gibt es verschiedene Wege. Zwei werden im vertragsärztlichen Bereich intensiv besprochen: externe Qualitätssicherung und praxisinternes Qualitätsmanagement. Im Sinne einer umfassenden Qualität macht diese Kombination Sinn.

Im vorliegenden Qualitätsbericht werden die Maßnahmen und Ergebnisse der externen Qualitätssicherung beschrieben. Die Tiefe der Maßnahmen, ausgehend von der Strukturqualität in Form der Prüfung fachlicher und technischer Voraussetzungen über Teile der Prozessqualität zum Beispiel im Sinne der Hygieneprüfung bis hin zur Ergebnisqualität ist schon beeindruckend, insbesondere, wenn man die Ergebnisse der Maßnahmen betrachtet. Die Vertragsärzte in Westfalen-Lippe weisen einen hohen Qualitätsstandard ihrer Tätigkeit nach. Dies sollte auch Anerkennung finden, nicht nur seitens ihrer Kassenärztlichen Vereinigung sondern auch seitens der Vertragspartner und der Politik. Hohe Motivation schleift sich ab, wenn sie keine Würdigung findet. Eine mögliche Form der Anerkennung ist die Belohnung. Daher drängt die KVWL darauf, von einer sanktionsbewehrten Betrachtungsweise ärztlichen Handelns auf ein Belohnungssystem umzusteigen. Sanktionen, zum Beispiel in Form von Re-



Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden
2. Vorstandsvorsitzender der KVWL

gressen, Kürzungen oder Aberkennung von Abrechnungsmöglichkeiten sind out. In sind Anerkennung und Belohnung.

Aus Qualitätssicherung wird Versorgungsqualität. Diesem Sinnwandel muss sich auch der Geschäftsbereich der KVWL unterziehen und hat ihn in seinen Namen übernommen. Versorgungsqualität zeigt sich besonders in den präventiven Ansätzen, wie zum Beispiel dem Mammographie-Screening, das - von der KVWL in den verschiedensten Funktionen betreut und gemanagt - inzwischen eine Teilnahmequote von bis zu 60 Prozent erreicht hat.

Qualität ist zukunftsgerichtet. Der Blick in die Vergangenheit bestätigt Leistung lediglich in den Handlungsfeldern, die betrachtet wurden. Für die Zukunft sind nun weitere Felder zu erschließen. Für die KVWL wird dies ab 2007 die Patientensicherheit sein, die Ärzten naturgemäß besonders am Herzen liegt. Es geht also weiter.



Ihr Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden

I. QS ist mehr als Checklisten-Bürokratie

Kaum eine Berufsgruppe muss ihre Qualifikationen so häufig unter Beweis stellen wie die niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten. Denn die ambulante Versorgung der gesetzlich krankenversicherten Bürger unterliegt einer ständigen Qualitätskontrolle. Insgesamt sind in der ambulanten Patientenversorgung inzwischen rund 80 Prozent aller Leistungen qualitätsgesichert.

Die Qualität dieser ärztlichen Leistungen wird anhand von drei Kriterien überprüft: der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die Strukturqualität lässt sich vor allem am fachlichen Know-how des Arztes und seiner Praxismitarbeiter messen. Auch die bauliche und apparative Ausstattung der Praxis sowie Vorgaben an die Organisation und die Hygiene sind wichtige Gütekriterien. Falls erforderlich, kann durch Praxisbegehungen kontrolliert werden, ob Räume, Geräte und Hygienestandards in der Praxis den Anforderungen genügen. Die Prozessqualität nimmt den Arbeitsablauf in einer Praxis, also die Art und Weise der Diagnostik und der Therapie, unter die Lupe. Medikamentenverordnung, Anamnese- und Untersuchungstechniken, ärztliche Dokumentationen und die Indikationsstellung sollten dabei immer angemessen sein. Zuletzt die Ergebnisqualität: Sie bemisst sich an der Güte der Behandlung und der Patientenzufriedenheit.

Wenn eine Praxis über hochmoderne Geräte verfügt, die Mitarbeiter die Abläufe aber nicht gut bewerkstelligen, ist das Ergebnis im Sprechzimmer am Ende wenig zufrieden stellend. Umgekehrt genauso: Wenn der Arzt und seine Mitarbeiter gut geschult sind, aber veraltete Geräte technisch unsaubere Ergebnisse liefern, wirkt sich das nachteilig auf das medizinische Ergebnis aus. Qualitätssicherung muss also immer ganzheitlich durchdacht sein und darf nicht Halt machen.

Der Gedanke an Qualitätssicherung ist in den Arztpraxen kein unliebsamer. Richtig verstanden und tatsächlich gelebt bedeutet sie nämlich nicht vorrangig akribisches Erstellen von Checklisten und Erarbeiten von überbürokratisierten Hygieneplänen. Vielmehr: Eine Arztpraxis, die aufbauend auf optimierten Geschäfts- und Behandlungsprozessen eine Wissensbilanz aufstellt, kann auch alle anderen Aspekte einer erfolgreichen und ökonomischen Praxisführung mit Leichtigkeit im Fokus behalten.

In Westfalen-Lippe kümmern sich rund 13.000 niedergelassene Vertragsärzte und -psychotherapeuten um die Gesundheit der etwa 8,5 Millionen Einwohner. Bereits ihre Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung garantiert einen hohen Qualitätsstandard. Nur Ärzte, die eine Facharzt Ausbildung erfolgreich absolviert und eine entsprechende Genehmigung erhalten haben, dürfen Leistungen wie Röntgen, Ultraschall oder die Behandlung von Diabetikern und Schmerzpatienten über die gesetzliche Krankenversicherung abrechnen. Die Zahl der Genehmigungsverfahren steigt mit den wachsenden Erkenntnissen und dem technologischen Fortschritt in der Medizin.

Seit 1999 nun schon erstellt die KVWL deshalb jährlich einen Qualitätsbericht, an dem Sie sich orientieren können. Neben der Übersicht über die genehmigungspflichtigen Leistungen erhalten Sie vor allem aktuelle Detailinformationen zu neuen Genehmigungsverfahren im Bereich der Akupunktur, der Palliativmedizin, der phototherapeutischen Keratektomie und der Zytologie. Bei der Sonografie der Säuglingshüfte haben sich darüber hinaus die Beurteilungskriterien geändert. Und auch diverse QS-Prüfungen sind ein Schwerpunktthema. Weiterführende Informationen finden Sie auf den Internetseiten der KVWL unter www.kvwl.de in den Rubriken KV-Magazine, Pluspunkt extra und 2008. Selbstverständlich können Sie uns bei Fragen und Problemen auch direkt ansprechen.

Kontakt

Andreas Kintrup:

Telefon: 02 51/9 29 10 30

E-Mail:

andreas.kintrup@kvwl.de

II. Versorgungsqualität – ein umfassender Anspruch

Der medizinische Fortschritt und die stetige Zunahme an diagnostischen und therapeutischen Verfahren führen zu einer immer stärkeren Spezialisierung der ambulant tätigen Ärzte. Heute bieten längst nicht mehr alle Mediziner das komplette Behandlungsangebot ihrer Fachgruppe an. So gibt es neben der hausärztlichen Versorgung im ambulanten Bereich Schwerpunktpraxen, die sich auf die Behandlung bestimmter Erkrankungen wie Diabetes, Krebs oder HIV/Aids spezialisiert haben. Davon profitieren nicht nur die Patienten: Werden Krankenhausbehandlungen vermieden, entlastet das die Krankenkassen finanziell enorm. Die Qualität in der ambulanten Versorgung von gesetzlich krankenversicherten Patienten zu sichern, sie zu fördern und ständig zu verbessern, gehört zu den Kernaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und ihrem Dachverband. Die KBV definiert, zusammen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beachtung der Auffassung der jeweiligen Berufsverbände und Fachgesellschaften, bundesweit einheitliche Qualitätsanforderungen und -standards.

Die KVWL überprüft die Leistungen, die niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten erbringen, auf Basis dieser Regelungen auf ihre Qualität. In den Qualitätssicherungskommissionen begutachten Experten gemeinsam mit den Fachleuten der KV das ärztliche Tun. Medizinisch notwendige Leistungen müssen zeit- und ortsnahe durch entsprechend qualifizierte Ärzte oder Psychotherapeuten erbracht werden und für alle gesetzlich Versicherten zugänglich sein.

Die Qualitätssicherung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kann an verschiedenen Punkten ansetzen. Nach einem sehr langen Studium und mehreren Fachprüfungen müssen Ärzte weitere Hürden nehmen, um den Medizinerberuf in seiner Ganzheit ausüben zu können und insbesondere zu dürfen.

So ist zum Beispiel die Durchführung von Koloskopien, Sonographien oder Röntgen, zur Diabetesbehandlung oder Herzschrittmacherkontrolle extrem detailliert geregelt. Vereinbart ist, dass eine Untersuchung erst per Zeugnis dokumentiert, nachgewiesen und durch zusätzliche Kolloquien die fachliche Qualifikation bestätigt werden muss, bevor der Arzt sozusagen zur Tat schreiten darf.

Insgesamt 15 ärztlich besetzte Qualitätssicherungskommissionen unterstützen die Verwaltung. Insbesondere im Bereich der Ultraschalldiagnostik finden häufig in wöchentlichen Abständen entsprechende Sitzungen statt.

„Mehr als nur ein Verwaltungsakt“

Dr. Hans-Peter Peters aus Bochum ist in der zweiten Legislaturperiode Vorsitzender des Ausschusses Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement und weiß um die wichtige Arbeit und Bedeutung der Kommissionen in der ärztlichen Selbstverwaltung.



2.1. Qualitätssicherungskommissionen

Die KVWL hat für die einzelnen Leistungsbereiche wie Radiologie, Sonographie, Laboratoriumsmedizin und Zytologie Qualitätssicherungskommissionen eingerichtet. Wie setzt sich eine solche Kommission zusammen und warum?

Dr. Peters: Eine Qualitätssicherungskommission setzt sich in der Regel aus mindestens drei auf dem jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen ärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen wenigstens eines eine abgeschlossene Facharztweiterbildung auf diesem Gebiet haben muss. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten wird zudem gewährleistet, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Der Vorstand der KVWL beruft den Vorsitzenden und die Mitglieder der Kommissionen. So wird sichergestellt, dass ärztlicher Sachverstand bei der Qualitätssicherung berücksichtigt und sie nicht zum reinen Verwaltungsakt wird.

Welche Aufgabe haben die Qualitätssicherungskommissionen?

Dr. Peters: Die Aufgabe besteht darin, bei Anträgen auf Durchführung und Abrechnung von Leistungen mit Qualifikationsvorbehalt die fachliche Befähigung des Antragstellers aufgrund vorgelegter Zeugnisse und Bescheinigungen zu prüfen. Ergänzend können die Kommissionen den Antragsteller zu einem Kolloquium einladen, um sich über dessen fachlicher Qualifikation ein Bild zu machen. Insofern leisten die Kommissionsmitglieder einen wichtigen Beitrag, rechtskräftige Entscheidungen der KVWL entsprechend vorzubereiten.

Gilt das für alle Bereiche?

Dr. Peters: In Bereichen, in denen das Antragsvolumen nicht derart ausgeprägt ist, wurden aus praktischen Erwägungen und aus Kostengründen einige Kommissionen zusammengelegt. Damit nicht in jeder Verwaltungsstelle jede Kommission vorgehalten werden muss, wurde beispielsweise für die Qualitätssicherungen Langzeit-EKG oder spezielle Laboruntersuchung nur jeweils eine Kommission vorstandsseitig benannt.

Wie schätzen Sie die Arbeit der KVWL insgesamt ein?

Dr. Peters: Nach meiner persönlichen Einschätzung leistet gerade die KVWL im KVen-System immer wieder einen wichtigen Beitrag bei der Entwicklung und bei der Umsetzung von Qua-

litätssicherungsmaßnahmen. Ohne die engagierte, sachbezogene Arbeit der Mitarbeiter in Zusammenarbeit mit den Ärzten wäre das nicht möglich.

Wie oft kamen die Kommissionen in 2007 zusammen und wie viele Kolloquien gab es?

Dr. Peters: Zur zeitnahen Abwicklung aller Anträge haben in 2007 insgesamt 100 Sitzungen stattgefunden; dabei wurden 370 Kolloquien, also kollegiale Fachgespräche, durchgeführt. Und wie Sie den Tabellen entnehmen können, hat es sich dabei nicht um eine gemütliche Plauderstunde gehandelt, denn in allen Bereichen konnte nicht immer, wie von den Antragstellern erhofft, die entsprechende Genehmigung erteilt werden. An dieser Stelle möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass im Krankenhausbereich im Prinzip jeder Arzt eine solche Leistung erbringen darf, ohne durch entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen sanktioniert zu werden.

Gebiet	Sitzungen					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kernspintomographie	s. Radiologie	s. Radiologie	s. Radiologie	s. Radiologie	s. Radiologie	s. Radiologie
Koloskopie	1	5	6	3	5	5
Labor	14	11	12	10	6	7
Radiologie	27	8	8	12	9	6
Sonographie	54	52	55	57	51	55

Gebiet	Kolloquien					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kernspintomographie	15	12	16	8	5	1
Koloskopie	0	11	4	3	0	0
Labor	46	35	48	51	30	40
Radiologie	28	28	25	19	13	11
Sonographie	328	316	312	320	328	300

Gebiet	bestanden						nicht bestanden					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Kernspintomographie	14	11	16	8	5	1	1	1	0	0	0	0
Koloskopie	0	10	3	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Labor	44	33	45	49	29	40	2	2	3	2	1	0
Radiologie	26	28	25	19	12	11	2	0	0	0	1	0
Sonographie	290	283	262	281	291	271	38	33	50	39	37	29

2.2. Instrumente der Qualitätssicherung

Zur Förderung und Bewertung der Qualität stehen mehrere wissenschaftlich anerkannte Verfahren und Instrumente zur Verfügung.

Eingangsprüfungen

Eingangsprüfungen werden zusätzlich zur Facharztqualifikation, vor Genehmigung zur Leistungserbringung, für die gesetzlichen Krankenversicherungen abgelegt und sind seit 1992 für die Zervix-Zytologie etabliert. Seit 2002 gilt das auch für Leistungen der Mammographie. Die Prüfungen werden in der KV abgehalten und sind nicht durch andere Befähigungsnachweise ersetzbar.

Einzelfallprüfungen durch Stichproben/Dokumentationsprüfungen

Die KVWL prüft die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Wie bei einer Verkehrskontrolle wird jährlich ein fester Prozentsatz der Ärzte für eine Überprüfung ihrer Behandlungsdokumentationen zufällig ausgewählt. In einigen Leistungsbereichen, zum Beispiel der Koloskopie, der Mammographie, der substituionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen und der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund, findet sogar eine Vollerhebung statt. Das heißt: Von jedem Arzt, der die entsprechende Leistung erbringt und abrechnet, wählt die KV stichprobenartig und in regelmäßigen Abständen eine je nach Vereinbarung vorgegebene Anzahl von Patientendokumentationen aus, die der Qualitätssicherungskommission zur Überprüfung vorgelegt werden.

Frequenzregelungen

Die Häufigkeit und Regelmäßigkeit, mit der ein Arzt Leistungen, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern, erbringt, kann ein wesentlicher Qualitätsfaktor sein. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden deshalb Mindestmengen für die invasive Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter), Darmspiegelungen und für kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust festgelegt. Die KV prüft regelmäßig, ob die Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden diese Mindestmengen nicht im vorgegebenen Zeitraum erbracht, wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen und der Arzt darf die Untersuchung nicht mehr zu Lasten der GKV erbringen.

Rezertifizierung

Bei Ärzten, die Mammographien durchführen, beinhaltet die gültige Vereinbarung zusätzlich eine Rezertifizierung. Alle zwei Jahre müssen sie sich einer so genannten Selbstüberprüfung unterziehen, bei der die Treffsicherheit in der Befundung der Röntgenaufnahmen geschult und kontrolliert wird. Erfüllt der Arzt die Anforderungen nicht und kann er seine Qualifikation auch in einem Kolloquium nicht nachweisen, darf er diese Leistung nicht mehr für Kassenpatienten erbringen.

Kontinuierliche Fortbildung

Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur regelmäßigen Fortbildung enthalten auch viele bundeseinheitliche sowie regionale Verträge Vorgaben zur Fortbildung. Nur Vertragsärzte, die diesen Verpflichtungen nachkommen, dürfen an den Verträgen teilnehmen. Eine solche Verpflichtung ist zum Beispiel Bestandteil der Schmerztherapievereinbarung und der Onkologievereinbarung.

Feedback-Systeme

Durch Feedback-Berichte kann ein Arzt seine Behandlungsqualität mit anderen Praxen vergleichen. Dies geschieht anonym. Die von den Ärzten erstellten Dokumentationen werden ausgewertet und an den Arzt zurückgespiegelt. Das Rückmeldesystem hilft dem Arzt, seine Arbeit zu bewerten und gegebenenfalls zu verbessern. Feedback-Systeme sind Teil der Qualitätssicherung in der Zytologievereinbarung, aber auch der Disease-Management-Programme.

Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen

Regelmäßige Hygieneprüfungen und Praxisbegehungen sind beim ambulanten Operieren und bei Darmspiegelungen vorgeschrieben. Die Überprüfung der Hygiene bei den Darmspiegelungen (Koloskopien) erfolgt zweimal im Jahr durch ein von der KV beauftragtes Hygieneinstitut. Bei Beanstandungen erfolgen bis zu zwei Wiederholungsprüfungen. Bei Nichtbestehen wird die Abrechnungsgenehmigung widerrufen.

III. Genehmigungspflichtige Verfahren

Grundlage für die Erteilung von Genehmigungen sind die

- auf Bundesebene geschlossenen Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren und bei sonstigen stationersetzenden Eingriffen gemäß § 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V
- Regelungen des EBM
- Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung
- auf Landesebene geschlossenen Verträge/Vereinbarungen der KVWL mit den Landesverbänden der Krankenkassen

Nach dem Wortlaut der Vereinbarungen, Verträge und Richtlinien werden an den Antragsteller unterschiedliche fachliche, apparative und sonstige Anforderungen gestellt. Der letzten Spalte der nachfolgenden Aufstellung ist die Zahl der auf Antrag erteilten Genehmigungen für den Zeitraum 1. Januar 2007 bis 31. Dezember 2007 zu entnehmen. Im Vergleich zu den fünf Vorjahren spiegelt die Aufstellung in einigen Bereichen einen deutlichen Anstieg der qualifikationsbezogen erteilten Genehmigungen wider. Die nachfolgende Übersicht zeigt auch die Vielzahl der genehmigungspflichtigen Verfahren sowie die pro Jahr erteilten Genehmigungen.

Regelungen auf Bundesebene:	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ambulantes Operieren/Anästhesien	280	182	3.931**	310	196	1.650**
Akupunktur	0	0	0	0	0	1.389 **
Apharesen	7	11	9	9	5	3
Arthroskopie	24	11	41	22	17	30
Dialyse	98	75	5	9	7	3
Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern	13	1	12	2	0	0
Harnsteinstoßwellen-Lithotripsie	4	6	9	10	10	11
Herzschrittmacher-Untersuchungen	38	17	49	32	235**	14
Invasive Kardiologie	7	4	7	7	8	8
Interventionelle Radiologie	0	0	0	0	13	42
Kernspintomographie	28	19	35	44	18	45
Koloskopie	404	210	60	28	24	54
Langzeit-EKG-Untersuchungen	237	147	228	349	289	311
MR-Angiographie	0	0	0	0	0	1 **
Onkologie	18	17	30	18	20	43
Otoakustische Emissionen	18	13	14	25	17	24
Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	0	0	0	0	0	10**
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)	6	6	3	8	10	1
Psychotherapie	752	503	591	635	517	814
Schlafbezogene Atmungsstörungen-Polygraphie-Polysomnographie	6	11	17	217**	82	48
Schmerztherapie	37	6	9	70**	19	11
Sozialtherapie	0	0	0	0	3	5
Soziotherapie	51	8	3	2	2	3
Spezielle Laboruntersuchungen	102	136	161	515	96	212
Strahlendiagnostik und -therapie	228	213	346	575	333	380
Substitution (Methadon)**	100	93	47	33	12	12
Ultraschalldiagnostik	1.711	1.556	1.378	2.130	1.789	2.160
Verordnung medizinischer Rehabilitation	0	0	455	406	724	1.085
Zytologie	5	7	9	4	5	144**
Regelungen auf Landesebene:	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Strukturvertrag „Ambulantes Operieren“	122	111	378**	122	156	118
Strukturvertrag „Kataraktoperationen“	0	0	0	0	119**	3
Chirotherapie	150	159	147	135	87	74
Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP)	0	115	13	384**	24	31
DMP Asthma/COPD	0	0	0	0	1.291**	2.156
DMP Brustkrebs	0	530	235	66	32	48
DMP Diabetes mellitus Typ 1	0	0	0	425	321	157
DMP Diabetes mellitus Typ 2	0	3.756	2.136	1.278	401	448
DMP Koronare Herzkrankheit	0	0	4.255	2.254	336	432
Hausarztzentrierte Versorgung	0	0	0	568	302	298
HIV	0	0	0	11	7	9
Homöopathie	0	0	0	0	0	110**
Impfungen (außerhalb des Fachgebietes)	110	20	79	65	152	149
Naturheilverfahren (IKK)	92	44	39	95	48	64
Palliativmedizin	0	0	0	0	0	498**
Umweltmedizin	10	8	4	21	2	7
Gesamt:	4.658	7.995	14.735	10.884	7.729	13.115

**Bei diesen Verfahren ist die Zahl der erteilten Genehmigungen durch eine Änderung der Richtlinie zu erklären oder die Vereinbarung ist neu in Kraft getreten

3.1. Antragsvolumen

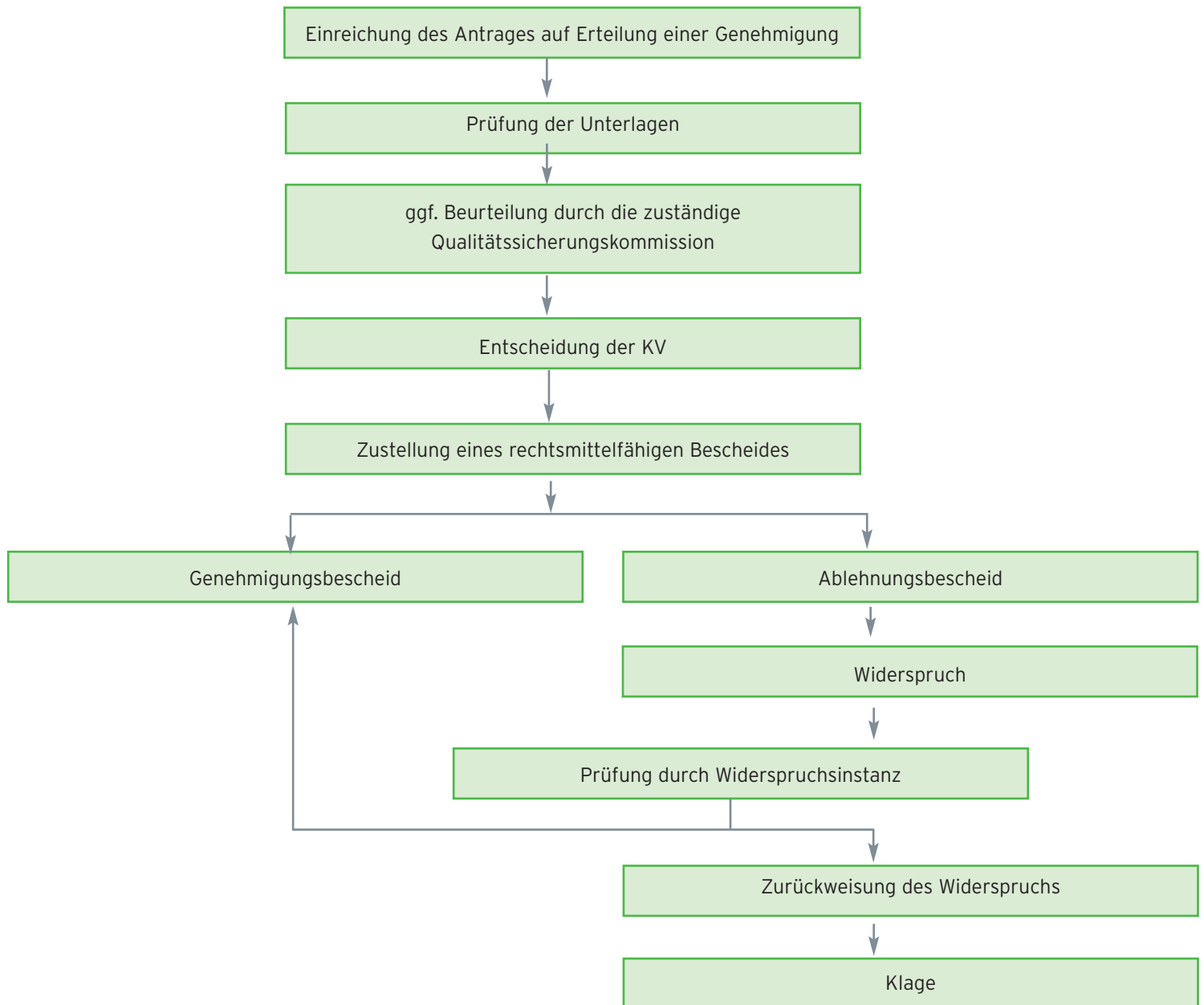
In 2007 haben die Vertragsärzte in Westfalen-Lippe insgesamt **14.021** Anträge auf Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen gestellt. **Sechs Prozent** der Anträge (im Verhältnis zu **13.115** erteilten Genehmigungen) haben (noch) nicht zu einer Genehmigung geführt.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Anträge	6.140	9.486	15.662	11.636	8.386	14.021
Genehmigungen	4.658	7.995	14.735	10.884	7.729	13.115
Prozentualer Anteil der nicht genehmigten Anträge im Verhältnis zu den Genehmigungen	24 %	16 %	6 %	6 %	8 %	6 %


In der Regel reicht zum Nachweis der fachlichen Befähigungen die Vorlage von entsprechenden Weiterbildungszeugnissen aus, so dass über die Anträge bereits auf Verwaltungsebene entschieden werden kann. In den Fällen, in denen die Zeugnisse keine eindeutige Einschätzung der fachlichen Qualifikation zulassen oder bei denen besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, übernehmen die Qualitätssicherungskommissionen die Beurteilung. Ergänzend zu den Genehmigungsverfahren wurden 2007 Abrechnungserlaubnisse auf Basis der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgeführten Kriterien in folgenden Bereichen erteilt:

	2005		2006		2007	
	Anträge	Genehmigungen	Anträge	Genehmigungen	Anträge	Genehmigungen
Abrechnungserlaubnisse						
Diabetischer Fuß	734	698	112	99	88	76
Funktionsstörung der Hand	425	425	26	26	39	39
Entwicklungsneurologische Untersuchung	80	76	123	123	1	1
Krebsfrüherkennung bei der Frau	354	353	13	13	0	0
Empfängnisregelung	718	716	13	13	0	0
Leistungen nach 30.3/30.4	120	115	43	43	10	10
Schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin						
-Endokrinologie und Diabetologie	8	8	2	2	4	4
-Gastroenterologie	6	6	4	4	2	2
-Hämatologie und Onkologie	4	4	5	5	1	1
-Pneumologie	35	35	48	48	7	7
-Rheumatologie	4	4	2	2	0	0
-Neuropädiatrie	70	70	16	16	7	10
Gesamtanzahl	2.558	2.510	407	394	159	150

Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens



Genehmigungsverfahren der KVWL

 Im Jahr hinzugekommene Genehmigungsverfahren

 Vertragsänderung

			1992-1994	1995-1997	1999-2001	2002	2003
			ambulant Operieren	phys.- med. Leist.	Asthma	Dialyse	DMP Diabetes Typ 2
			Arthroskopie	Lithotripsie	Diab. Koop-Mod.	Mammographie	Apherese
			Dialyse	otoak. Emmissi.	Hypertonie	Koloskopie	Substitution
			LDL-Apherese	Umweltmedizin	Impfen	PDT	DMP Brustkrebs
			Onkologie	Diabet. Schwep.Pr.	inv. Kardiologie	Soziotherapie	Amb. Operieren
			Schmerztherapie	Naturheilverfahren	Kernspin-Mamma	Arthroskopie	Arthroskopie
			Sozialpsychiatrie	Stressechokardiogr.	PDT	Chirotherapie	Asthma
			Substitution	ambulant Operieren	Strukturvertr. Amb.	Dialyse	Chirotherapie
			Ultraschall	Arthroskopie	Diabetes-Strukturv.	Herzschrittmacher	Diab. Koop-Mod.
			Chirotherapie	Chirotherapie	ambulant Operieren	ambulant Operieren	Diabet. Schwep.Pr.
			Diabetes Typ II	Diabet. Schwep.Pr.	Diabet. Schwep.Pr.	Asthma	Diabetes Typ II
			Früherkennung Kind.	Diabetes Typ II	Dialyse	Diab. Koop-Mod.	Dialyse
			Herzschrittmacher	Früherkennung Kind.	Früherkennung Kind.	Diabet. Schwep.Pr.	Früherkennung Kind.
			Kernspin	Herzschrittmacher	Herzschrittmacher	Diabetes Typ II	Herzschrittmacher
			Langzeit-EKG	Kernspin	Dialyse	Hypertonie	Hypertonie
			Psychotherapie	Langzeit-EKG	Früherkennung Kind.	Impfen	Impfen
			Röntgen	LDL-Elimination	Herzschrittmacher	inv. Kardiologie	inv. Kardiologie
			Schlafapnoe	Lithotripsie	Kernspin+	Kernspin+ Mamma	Kernspin+ Mamma
			Spezial-Labor	Naturheilverfahren	Diabet. Schwep.Pr.	Langzeit-EKG	Koloskopie
			Substitution	Onkologie	Diabetes Typ II	Langzeit-EKG	Langzeit-EKG
			TSH-Screening	otoak. Emmissi.	Dialyse	LDL-Elimination	LDL-Elimination
			Ultraschall	phys.- med. Leist.	Früherkennung Kind.	Lithotripsie	Lithotripsie
			Umweltmedizin	Psychotherapie	Herzschrittmacher	Naturheilverfahren	Naturheilverfahren
			Zytologie	Röntgen	Kernspin	Onkologie	Onkologie
				Schlafapnoe	Langzeit-EKG	otoak. Emmissi.	otoak. Emmissi.
				Schmerztherapie	LDL-Elimination	PDT	PDT
				Sozialpsychiatrie	Lithotripsie	phys.- med. Leist.	phys.- med. Leist.
				Spezial-Labor	Naturheilverfahren	Psychotherapie	Psychotherapie
				Substitution	Onkologie	Röntgen	Röntgen/Mammo.
				Substitution	otoak. Emmissi.	Schlafapnoe	Schlafapnoe
				TSH-Screening	PDT	Schmerztherapie	Schmerztherapie
				Ultraschall	phys.- med. Leist.	Sozialpsychiatrie	Sozialpsychiatrie
				Zytologie	Psychotherapie	Spezial-Labor	Soziotherapie
					Röntgen	Strukturvertr. Amb.	Spezial-Labor
					Schlafapnoe	Substitution	Strukturvertr. Amb.
					Schmerztherapie	TSH-Screening	Substitution
					Sozialpsychiatrie	Ultraschall	TSH-Screening
					Spezial-Labor	Umweltmedizin	Ultraschall
					Substitution	Zytologie	Umweltmedizin
					TSH-Screening		Zytologie
					Ultraschall		
					Umweltmedizin		
					Zytologie		

2004

DMP KHK
Mam.-Screening
Verord. v. Reham.
ambulantes Operieren
Arthroskopie
Asthma
Chirotherapie
Diabet. Schwerg.Pr.
Diabetes Typ II
Dialyse
DMP Brustkrebs
DMP Diabetes Typ 2
Früherkennung Kind.
Herzschrittmacher
Hypertonie
Impfen
inv. Kardiologie
Kernspin+ Mamma
Koloskopie
Langzeit-EKG
LDL-Elimination
Lithotripsie
Naturheilverfahren
Onkologie
otoak. Emmissi.
PDT
phys.- med. Leist.
Psychotherapie
Röntgen/Mammo.
Schlafapnoe
Schmerztherapie
Sozialpsychiatrie
Soziotherapie
Spezial-Labor
Strukturvertr. Amb.
Substitution
TSH-Screening
Ultraschall
Umweltmedizin
Zytologie

2005

DMP Diabetes Typ 1
Schmerztherapie
Sono.. (Säuglingshütte)
Schlafbez. Atmungst.
TMS
ambulantes Operieren
Arthroskopie
Chirotherapie
Diabet. Schwerg.Pr.
Diabetes Typ II
Dialyse
DMP Brustkrebs
DMP Diabetes Typ 2
DMP KHK
Früherkennung Kind.
Herzschrittmacher
Impfen
inv. Kardiologie
Kernspin+ Mamma
Koloskopie
Langzeit-EKG
LDL-Elimination
Lithotripsie
Mam.-Screening
Naturheilverfahren
Onkologie
otoak. Emmissi.
PDT
phys.- med. Leist.
Psychotherapie
Verord. v. Reham.
Röntg./Mammo.
Schlafapnoe
Sozialpsychiatrie
Soziotherapie
Spezial-Labor
Strukturvertr. Amb.
Substitution
TSH-Screening
Ultraschall
Umweltmedizin
Zytologie

2006

ambulantes Operieren
DMP Asthma/COPD
Herzschrittmacher
intervent. Radiologie
Koloskopie
PDT
Arthroskopie
Chirotherapie
Diabet. Schwerg. Pr.
Dialyse
DMP Brustkrebs
DMP Diabetes Typ 1
DMP Diabetes Typ 2
DMP KHK
Impfen
inv. Kardiologie
Kernspin+ Mamma
Langzeit-EKG
LDL-Elimination
Lithotripsie
Mam.-Screening
Naturheilverfahren
Onkologie
otoak. Emmissi.
PDT
phys.- med. Leist.
Psychotherapie
Röntg./ Mammo.
Schlafbez. Atmungst.
Schmerztherapie
Sonogr. Säuglingsh.
Sozialpsychiatrie
Soziotherapie
Spezial-Labor
Strukturvertr. Amb.
Substitution
TMS
Ultraschall
Umweltmedizin
Verord. v. Reham.
Zytologie

2007

Akupunktur
Homöopathie
MR-Angiographie
Palliativmedizin
PTK
Zytologie
ambulantes Operieren
Arthroskopie
Chirotherapie
Diabet. Schwerg. Pr.
Dialyse
DMP Asthma/COPD
DMP Brustkrebs
DMP Diabetes Typ 1
DMP Diabetes Typ 2
DMP KHK
Herzschrittmacher
Impfen
interv. Radiologie
inv. Kardiologie
Kernspin+ Mamma
Koloskopie
Langzeit-EKG
LDL-Elimination
Lithotripsie
Mam.-Screening
Naturheilverfahren
Onkologie
otoak. Emmissi.
PDT
phys.- med. Leist.
Psychotherapie
Röntg./ Mammo.
Schlafbez. Atmungst.
Schlafapnoe
Schmerztherapie
Sono. Säuglingshütte
Sozialpsychiatrie
Soziotherapie
Spezial-Labor
Strukturvertr. Amb.
Substitution
TMS
Ultraschall
Umweltmedizin
Verord. v. Reham.

IV. Rückblick auf das Jahr 2007

4.1. Akupunktur

Mit Beschluss vom 19. September 2006 hat der Gemeinsame Bundesausschuss die Akupunktur als Leistung der GKV für folgende Indikationen anerkannt:

- chronische Schmerzen der Lendenwirbelsäule, die seit mindestens sechs Monaten bestehen und gegebenenfalls nicht segmental bis maximal zum Kniegelenk ausstrahlen (pseudoradikulärer Schmerz),
- chronische Schmerzen in mindestens einem Kniegelenk durch Gonarthrose, die seit mindestens sechs Monaten bestehen.

Hierzu wurde eine „Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten“ nach § 135 Abs. 2 SGB V vereinbart. Sie orientiert sich eng an den detaillierten Vorgaben zur Qualitätssicherung des GBA und regelt neben fachlichen und räumlichen Voraussetzungen auch eine stichprobenartige Überprüfung der Dokumentationen. Eine Genehmigung ist an die Auflage gebunden, jährlich mindestens vier Qualitätszirkel/Fallkonferenzen zur Thematik sowie stichprobenartig angeforderte, mängelfreie Dokumentationen nachzuweisen.

Bereits zu Beginn 2007 haben viele interessierte Ärzte eine Genehmigung zur Ausführung der Akupunktur erhalten. Aber nicht alle konnten bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung die geforderten fachlichen Voraussetzungen vollständig erfüllen. Durch eine Übergangsregelung bestand die Möglichkeit, die geforderte fachliche Qualifikation bis zum 31. Dezember 2007 zu vervollständigen.

Fazit

Verlängerung der Übergangsregelung

Der Ansturm auf entsprechende Kurse zum Beispiel zum Erwerb von Kenntnissen in der psychosomatischen Grundversorgung (erfolgreiche Teilnahme an einer Fortbildung gemäß den Vorgaben des Curriculums Psychosomatische Grundversorgung der Bundesärztekammer, 80 Stunden-Curriculum „Kern- (Basis-) Veranstaltung“) war in 2007 sehr hoch, die freien Plätze waren schnell ausgebucht. Der Vorstand der KVWL hat deshalb bereits im 3. Quartal 2007 den Beschluss gefasst, den Ärzten eine bis zum 30. Juni 2008 verlängerte Übergangsfrist zu gewähren, wenn bis zum 31. Dezember 2007 eine verbindliche Kursanmeldung vorgelegt wird. Die Entscheidung des Vorstandes, eine verlängerte Übergangsfrist zu gewähren, wurde im Nachhinein durch den GBA bestätigt.

4.2. Blutreinigungsverfahren/Dialyse

Die Zahl der Dialysepatienten ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen. Derzeit werden rund 60.000 Patienten flächendeckend in mehr als 1.200 ambulanten und stationären Einrichtungen behandelt. Neben der demographischen Entwicklung ist auch der Anstieg so genannter Wohlstandserkrankungen wie Diabetes und Bluthochdruck Ursache dafür. Ergänzend zu den bestehenden Qualitätsvereinbarungen hat der GBA 2006 Vorgaben zu einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen und zur Durchführung von Stichprobenprüfungen durch Qualitätssicherungskommissionen erlassen.

Danach besteht eine verpflichtende Erfassung definierter Qualitätsindikatoren, für die valide Grenzwerte vorliegen und die eine Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität zulassen. Damit der Datenschutz gewährleistet ist, wurde die Einhaltung einer durchgängigen Anonymisierung aller persönlichen Patientendaten verbindlich geregelt. Darüber hinaus erhalten alle Einrichtungen regelmäßige Rückmeldeberichte, die ihnen den erreichten Qualitätsstand im Vergleich zu den anderen Einrichtungen der jeweiligen KVen mitteilen. Basis dieser Berichte sind die vier bundeseinheitlich zentral ausgewerteten Kernparameter Dialysefrequenz, -dauer, Hämoglobinwert und Kt/V (Dialyseleistung).

Sollten bei der Auswertung der Parameter einzelne Einrichtungen deutlich auffallen, kann die Dialysekommission eine tiefer gehende Überprüfung veranlassen und bei Qualitätsproblemen rechtzeitig intervenieren. Beispielsweise kann eine weitere Prüfung dann veranlasst werden, wenn in einer Einrichtung mehr als 15 Prozent der im Quartal behandelten Patienten weniger als vier Stunden effektiv dialysiert wurden. Weiterhin kann die Kommission bei begründeten Hinweisen auf unzureichende Qualität oder nach einer Zufallsauswahl stichprobenartig Einrichtungen prüfen.

Neben dem zentralen Benchmarking-Bericht auf Basis der vier Kernmerkmale sieht die Richtlinie die weitere verpflichtende Teilnahme an einem Rückmeldesystem vor. Grundlage dafür sind die zusätzlichen Parameter, die in der einzelnen Praxis erhoben und einem frei wählbaren Berichtersteller zur Auswertung zur Verfügung gestellt werden. Diese Rückmeldeberichte dienen insbesondere der Therapieoptimierung. Es werden nur solche Informationen genutzt, die bei der Behandlung der Patienten in den Einrichtungen schon erfasst, dokumentiert und über die jeweilige Praxissoftware elektronisch verarbeitet werden konnten.

Übrigens: Die KVWL konnte in 2007 mit zwei exzellenten Informationsveranstaltungen in Münster und Dortmund punkten. Ein Fachexperte aus den Reihen der KBV erläuterte ausführlich die Richtlinie zur Dialyse. Die Dialyseärzte und -einrichtungen in Westfalen-Lippe haben fast vollständig teilgenommen.

4.3. Koloskopie

Der Umfang der Vorsorgeleistungen zur Früherkennung von Darmkrebs wurde in 2002 um die Koloskopie erweitert. Diese Leistung können GKV-Versicherte ab dem 55. Lebensjahr in Anspruch nehmen. Bundesweit erfolgt eine wissenschaftliche Begleitung der Früherkennungs-Koloskopie durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung. Für den Bereich der KVWL ergibt sich im Vergleich zum Bundesgebiet nachfolgend:

1. Kumulative Teilnahme an Früherkennungs-Koloskopien in den Jahren 2003 bis 2006

- Mehr als 2,3 Millionen gesetzlich Krankenversicherte in Westfalen-Lippe gehören der Zielgruppe für das Koloskopie-Screening an. Darunter sind 1,6 Millionen Personen zwischen 55 und 74 Jahre alt.
- In den Jahren 2003 bis 2006 haben insgesamt ca. 191.560 Versicherte (ca. 109.100 Frauen und 82.520 Männer) aus dem KV-Bereich Westfalen-Lippe an der Früherkennungs-Koloskopie teilgenommen.
- Die für die Jahre 2003 bis 2006 berechnete kumulative Teilnahme in der Altersgruppe der 55- bis 74-Jährigen beträgt 9,5 Prozent für Männer und elf Prozent für Frauen.

2. Befunde bei Früherkennungs-Koloskopien in 2006 in Westfalen-Lippe

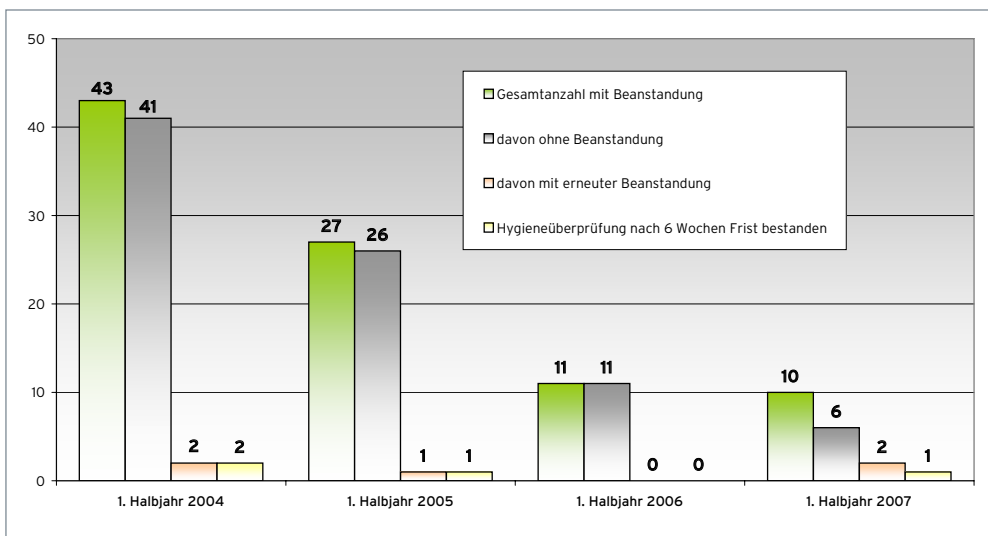
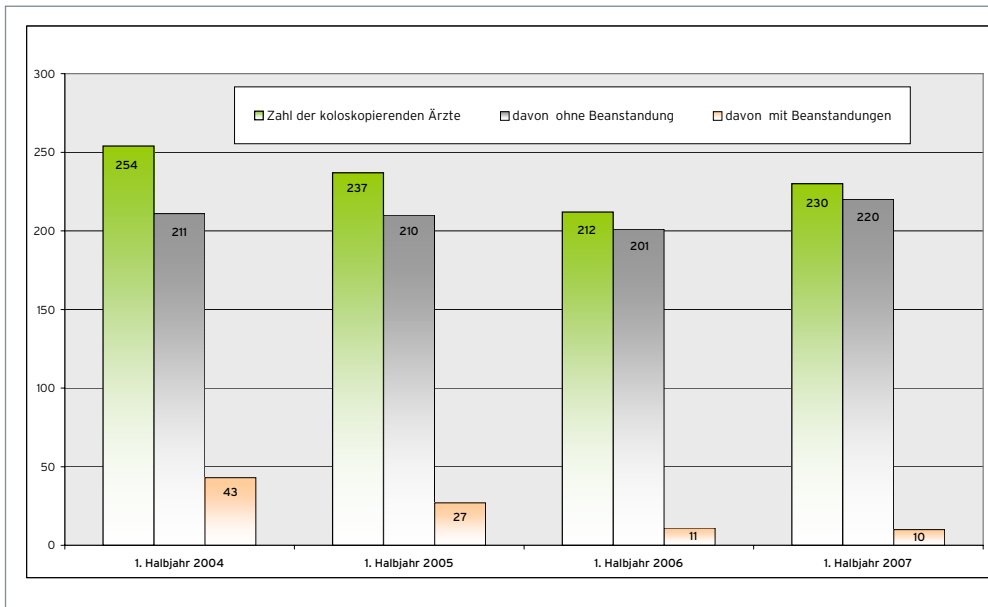
- Im Jahr 2006 wurden in der KVWL rund 42.650 Früherkennungs-Koloskopien von mehr als 150 Praxen/Einrichtungen dokumentiert.
- Insgesamt wiesen etwa 8.310 Untersuchte einen Adenombefund auf. Darunter waren 2.650 (6,2 Prozent aller Untersuchten) mit sog. Fortgeschrittenen Adenomen.
- Bei 402 Patienten aus der KVWL wurde ein kolorektales Karzinom diagnostiziert.
- Hierunter wurden 229 Karzinome vollständig nach UICC ausgewiesen.

Gleichzeitig mit der Einführung der Früherkennungs-Koloskopie wurde eine umfassende Qualitätssicherung für deren Durchführung (kurativ und präventiv) in der vertragsärztlichen Versorgung verabschiedet. Zentraler Punkt dieser Vereinbarung ist eine Frequenzregelung. So kann die Genehmigung nur aufrechterhalten werden, wenn der Arzt innerhalb eines Jahres eine Mindestfrequenz von 200 totalen Koloskopien, davon mindestens zehn mit Polypektomien, nachweisen kann. Neu an der Vereinbarung war auch, dass zur Sicherstellung der Hygienequalität bei Koloskopien regelmäßig pro Halbjahr hygienisch-mikrobiologische Überprüfungen der Aufbereitung der Koloskope durchgeführt werden.

Auflagen Koloskopie

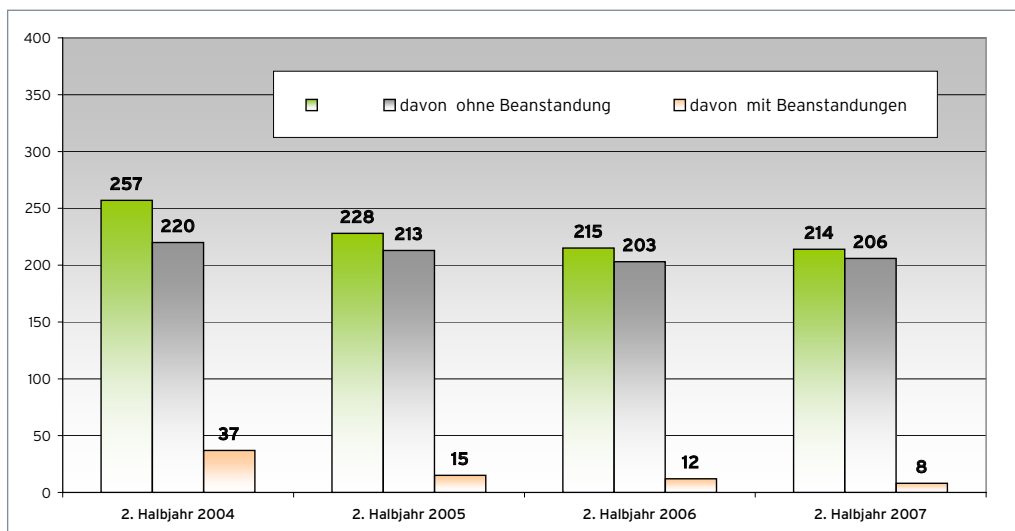
1. Hygieneüberprüfung

Jeder Vertragsarzt mit einer Genehmigung von koloskopischen Untersuchungen ist verpflichtet, einmal pro Kalenderhalbjahr eine hygienisch-mikrobiologische Überprüfung in der Praxis durchführen zu lassen. Diese Hygieneüberprüfung erfolgt nach einheitlichen Vorgaben durch von der KVWL anerkannte Laborärzte oder Institute. Die Tabelle zeigt im Verlauf des 1. Halbjahres einen deutlichen Rückgang der festgestellten Beanstandungen.

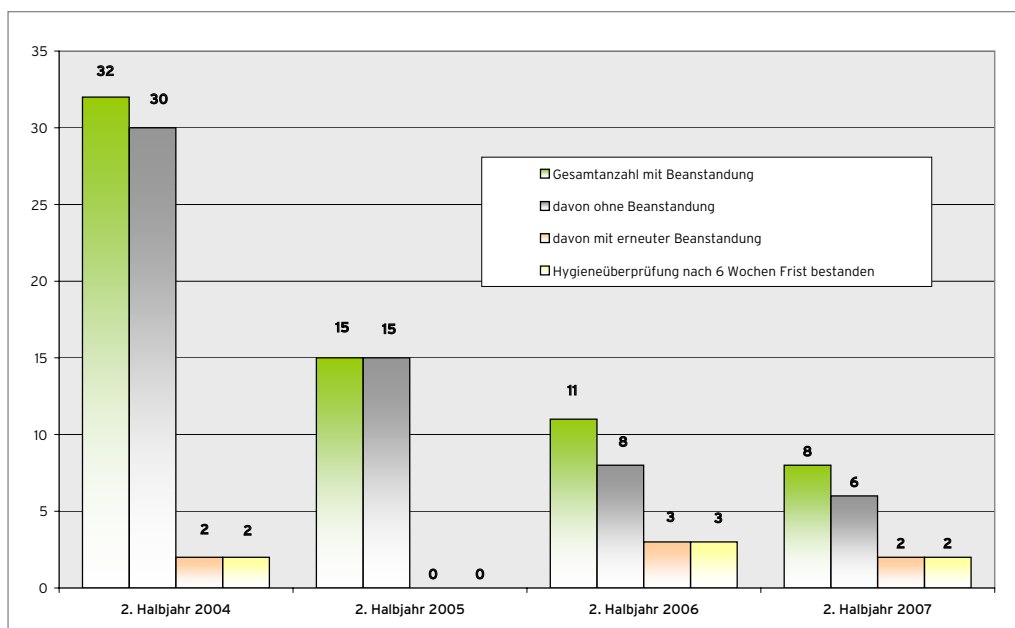


Eine deutliche Qualitätsverbesserung ist ebenfalls bei der erneuten Hygieneüberprüfung festzustellen.

Nachweis der Hygieneprüfung 2. Halbjahr



Erneute Hygieneüberprüfung im 2. Halbjahr



Die vorstehenden Ergebnisse belegen, dass sich die insgesamt drei in 2004 und 2005 durchgeführten Hygiene-Workshops positiv auf die Hygienequalität der koloskopierenden Ärzte ausgewirkt haben.

2. Dokumentationsüberprüfung

Ergänzend zu der halbjährlichen Überprüfung der Hygienequalität ist jeder Vertragsarzt mit einer Genehmigung zur Durchführung von koloskopischen Untersuchungen verpflichtet, jährlich nachzuweisen, dass er mindestens 200 totale Koloskopien bis zum Zoekum, davon mindestens zehn Polypektomien, durchgeführt hat.

Wegen Nichterfüllung der Auflage haben 74 Ärzte (2004), zwei Ärzte (2005), 15 Ärzte (2006) sowie zwei Ärzte (2007) den nächsten Prüfzeitraum in Anspruch genommen. Lediglich in den Jahren 2005 und 2006 mussten Genehmigungen (6 bzw. 1) widerrufen werden, weil die Auflage auch im 2. Prüfzeitraum nicht erfüllt werden konnte. Zum 1. Oktober 2006 wurde die Vereinbarung zur Koloskopie geändert.

Gravierende Änderungen ergeben sich in der seit 1. Oktober 2006 geltenden QS-Vereinbarung bei der Auflagenprüfung zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (§ 6). Unter anderem gibt es nunmehr eine Stichprobenprüfung mit Bewertung der Mängel im Einzelnen. Die Prüfung erstreckt sich zum einen auf die geforderte Erreichung der Mindestfrequenz der durchgeführten Koloskopien und Polypektomien sowie daran anschließend bei Erfüllung der Mindestzahlen auf eine stichprobenartig durchzuführende Bewertung (bezogen auf die kurativ und präventiv durchgeführten Koloskopien/Polypektomien). Polypektomien können sowohl bei totalen als auch bei partiell durchgeführten Koloskopien anerkannt werden. Neu ist zudem, dass auch Kinderärzte den Nachweis über die durchgeführten Koloskopien führen müssen (über die Totalität beziehungsweise Mängelfreiheit der Koloskopien).

Zur Erfüllung der Kriterien der neuen Stichprobenprüfung wurden die betreffenden Ärzte 2007 informiert. Ihnen wurde damit die Möglichkeit gegeben, die Art der Bilddokumentation von totalen Koloskopien und Polypektomien in der Praxis anzupassen. Die neuen Prüfkriterien werden nach einem Vorstandsbeschluss von Februar 2007 erstmalig für solche totalen Koloskopien und Polypektomien angewandt, die ab dem 1. April 2007 erbracht und über die KVWL abgerechnet werden.

4.4. Magnetresonanz-Angiographie

Zum 1. Juli 2005 wurde die Magnetresonanz-Angiographie (MRA) als vertragsärztliche Leistung in den EBM aufgenommen. Ab Oktober 2007 wurde für die Untersuchung eine eigenständige Qualitätssicherungsvereinbarung MR-Angiographie nach § 135 Abs. 2 SGB V verabschiedet. Neben Regelungen zu fachlichen, apparativen und organisatorischen Voraussetzungen enthält diese Vereinbarung insbesondere Vorgaben zur Indikationsstellung der Untersuchungen:

- Unter Berücksichtigung der Vorgaben der (Muster-)Weiterbildungsordnung gelten als fachliche Voraussetzungen die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Radiologie, eine mindestens zweijährige überwiegende Tätigkeit in der kernspintomographischen Diagnostik sowie der Nachweis von 150 MR-Angiographien unter Anleitung in den drei etablierten Techniken Time-of-Flight, Phasenkontrast und Kontrastmittelverstärkung.
- Die apparativen Anforderungen entsprechen im Wesentlichen denen der (allgemeinen) Kernspintomographie-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V unter Berücksichtigung der spezifischen Erfordernisse der MR-Angiographie.
- Die Nachvollziehbarkeit der Indikationsstellung wird durch Stichproben geprüft.

Übergangsregelung

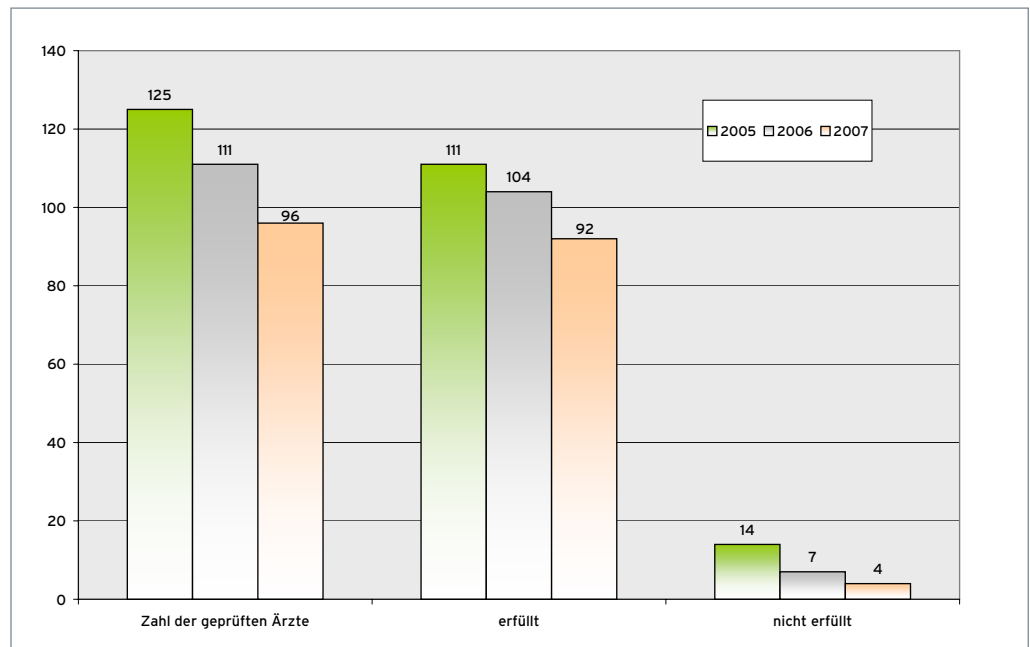
Ärzte, die regelmäßig bereits vor Inkrafttreten der QS-Vereinbarung MRA erbracht haben, konnten eine Übergangsregelung in Anspruch nehmen. Die Antragstellung musste innerhalb von sechs Monaten nach In-Kraft-Treten der Vereinbarung erfolgen. Die selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von 50 MR-Angiographien innerhalb der letzten zwei Jahre vor Antragstellung musste nachgewiesen werden. Davon mussten mindestens jeweils 20 Prozent mit der Time-of-Flight (TOF)-, der Phasenkontrast (PC)- und der kontrastmittelverstärkten (CE)-Technik erstellt worden sein.

4.5. Mammographie

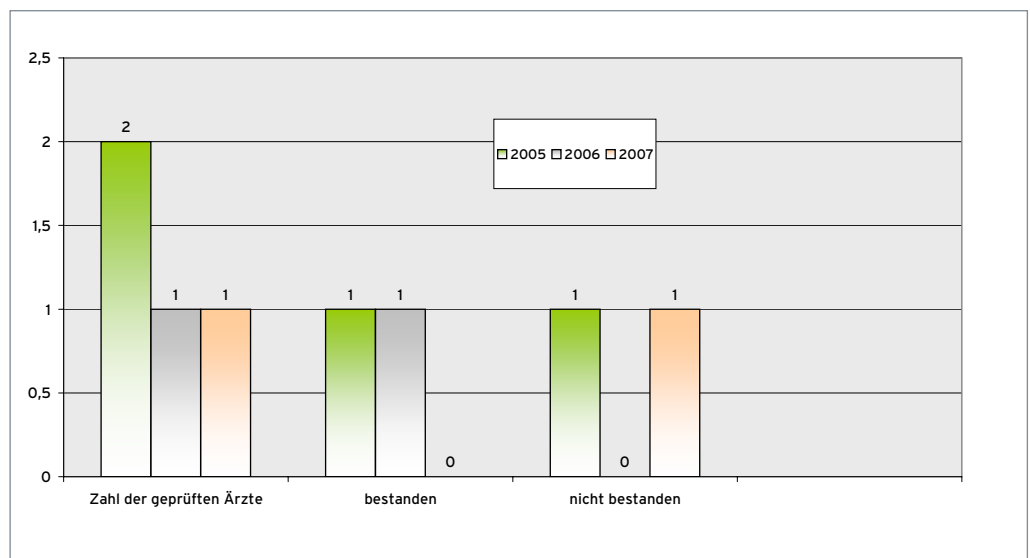
Qualitätssicherungsvereinbarungen zur Mammographie waren bisher Bestandteil der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie. Aufgrund der für die Mammographie besonders getroffenen Regelungen wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2007 eine eigene Vereinbarung geschaffen. Diese sieht neben detaillierten Anforderungen an die fachliche Qualifikation der Ärzte und die apparative Ausstattung der Praxen zusätzliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung vor, nämlich:

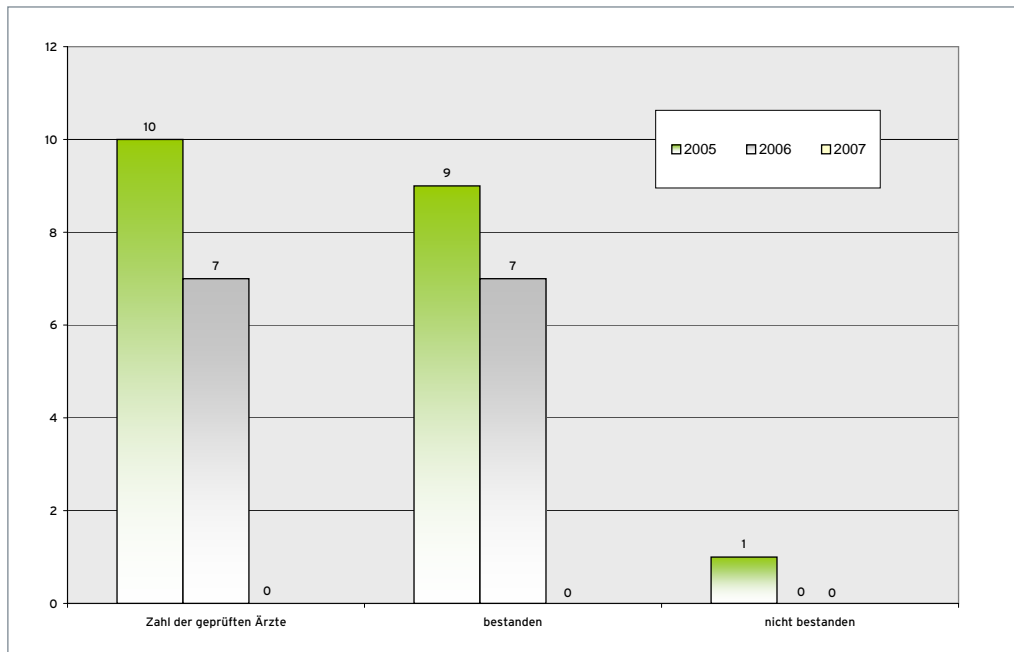
- die Beurteilung einer Fallsammlung vor Erteilung einer Genehmigung,
- die kontrollierte Selbstüberprüfung in zweijährigem Abstand und
- die Überprüfung der Dokumentation.

Qualitätssicherung Mammographie Ergebnisse der Dokumentationsprüfung



Qualitätssicherung Mammographie Nachprüfungen nach drei Monaten





Qualitätssicherung
Mammographie
Nachprüfungen nach
sechs Monaten

Als Neuerung wurde in der Richtlinie der Zeitpunkt der ersten Selbstüberprüfung auf 24 und nicht wie bisher auf zwölf Monate nach Erteilung der Genehmigung festgesetzt.

4.6. MRSA - Methicillin-resistente Staphylococcus aureus

Zusammenarbeit zwischen KVWL und deutsch-niederländischem Präventionsnetzwerk EUREGIO MRSA-net Twente/Münsterland fruchtet

von Alexander W. Friedrich

Der Wundkeim Staphylococcus aureus verursacht weltweit die meisten im Krankenhaus erworbenen Infektionen. Besonders kritisch sind dabei Infektionen durch Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA), für die es nur noch wenige Möglichkeiten der Antibiotika-Therapie gibt. In Deutschland kommen MRSA bis zu zwanzigmal häufiger vor als in den Niederlanden. Das Auftreten von MRSA ist nicht schicksalhaft. Insbesondere in den Niederlanden zeigt sich deutlich, dass ein konsequentes und koordiniertes Vorgehen MRSA auf einen geringen Restanteil zurückdrängen lässt. Die Übertragung im Krankenhaus zu verhindern, ist Hauptaufgabe der Krankenhaushygiene. Aber auch außerhalb von Krankenhäusern ist bei besiedelten Patienten gute Händehygiene erforderlich.

Ein effektives MRSA-Management setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen:

- Aufklärung der Patienten und Fortbildung von Personal
- Kontrollierter Einsatz von Antibiotika



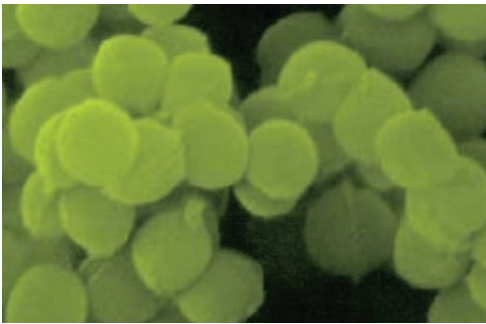
Priv.-Doz. Dr. med.
Alexander W. Friedrich

EUREGIO MRSA-net
Projektleiter
Münsterland
Institut für Hygiene
des Universitäts-
klinikums Münster

- Umsetzung der RKI-Empfehlung zu MRSA
- Therapie und individuelles Sanierungskonzept
- integrierte Zusammenarbeit aller Akteure der Patientenversorgung (Netzwerkbildung)

Regionale Netzwerkbildung unter Einbeziehung der niedergelassenen Ärzte

Das EUREGIO MRSA-net Projekt ist ein Netzwerk zum Schutz der Bevölkerung in der Region Münsterland/Twente vor Infektionen mit MRSA. Vorbeugende Maßnahmen zur Vermeidung von MRSA-Infektionen und -übertragung im Krankenhaus kann im ambulanten Bereich geleistet werden. So kann ein Patient, der lediglich mit MRSA besiedelt ist, durch eine Sanierungstherapie vom Bakterium befreit werden, bevor durch invasive Maßnahmen (z. B. Operation) eine Infektion auftritt. Die EUREGIO MRSA-net Projektgruppe mit der KVWL hat die Einbettung des ambulanten Bereichs in die MRSA-Prävention umgesetzt.



Die drei Schritte zur Integration der niedergelassenen Ärzte in die MRSA-Prävention: Als erstes wurde Ende 2006 durch Einführung von drei Sondersymbolnummern die Grundlage für Abrechnung präventiver Maßnahmen in Bezug auf MRSA (z. B. Verordnung von Mupirocin-Nasensalbe oder Kontrollabstriche) geschaffen. Basis für dieses Vorgehen ist ein Weiterbehandlungs-Übergabebogen, der die Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Arztpraxis bildet und der die für den Einzelfall richtige Weiterbehandlung, die über einen Zeitraum von zwölf Monaten erfolgen muss, sicherstellen soll.

Im zweiten Schritt wurden an Arztpraxis und Hausbesuche angepasste Hygienemaßnahmen beim Umgang mit MRSA empfohlen, die sich von den Maßnahmen im Krankenhaus zum Teil deutlich unterscheiden. Im dritten Schritt wurden bisher 42 Informations- und Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte durchgeführt. Hierbei standen die Themen Antibiotikaresistenz, Prävention von MRSA durch Händehygiene und kontrollierte Antibiotikatherapie im Mittelpunkt. Bei den Veranstaltungen, die eine Teilnehmerzahl von 80 bis 200 Ärzte hatten, wurden von Seiten der KVWL und der AOK-WL zusätzlich regionale Antibiotika-Verschreibungsdaten, aber auch konkrete Fragen zur Abrechenbarkeit präsentiert. Um einen nachhaltigen Erfolg zu gewährleisten, hat die KVWL zusätzlich Weiterbildungsveranstaltungen für Pharmakotherapieberater ins Leben gerufen. Das Thema der kontrollierten Antibiotikatherapie soll somit Gegenstand der Beratungsgespräche werden und damit sicherstellen, dass jede Antibiotikagabe nur unter strengster Beachtung der Indikation erfolgt.

Die Projektgruppe des EUREGIO MRSA-net wertet die Daten der ambulanten Behandlung von MRSA-Patienten und der regionalen Antibiotikaverschreibung aus, und passt ihre Präventi-

EUREGIO Helpdesk

Arztpraxen, aber natürlich auch Betroffene, haben die Möglichkeit, rund um die Uhr die MRSA-net Webseite www.mrsa-net.eu oder das EUREGIO MRSA-Helpdesk (für Deutschland: Tel. 02 51/8 35 23 17) zu befragen.

onsstrategien an. Die ersten Ergebnisse der Analysen zeigen, dass pro Quartal rund 85 Prozent aller im gleichen Zeitraum stationär behandelten MRSA-Patienten des Münsterlandes ambulant weiterbehandelt werden. 65 Prozent aller MRSA-Patienten werden von Hausärzten versorgt, die Übrigen verteilen sich auf fast alle Fachgebiete (u. a. HNO, Dermatologie, Pädiatrie). Dadurch konnte die Annahme bewiesen werden, dass das MRSA-Problem nicht auf Krankenhäuser beschränkt ist und die Arztpraxen eine ebenso bedeutende Rolle bei der Prävention von MRSA-Infektionen haben. Die Erfahrungen aus dem Münsterländer Projekt sollen nun möglichst rasch auf ganz NRW und Niedersachsen ausgeweitet werden.

EUREGIO MRSA-net

Das EUREGIO MRSA-net wird finanziell unterstützt durch die EU im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative INTERREG-IIIa aus Mitteln des Europäischen Strukturfonds für regionale Entwicklung und durch das Wirtschaftsministerium in NRW. Koordiniert wird das Projekt auf deutscher Seite vom Institut für Hygiene des Uniklinikums Münster sowie dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD Münster), auf niederländischer Seite durch das Laboratorium für Mikrobiologie Twente-Achterhoek und die Universität Twente in Enschede.

Ansprechpartner:

Priv.-Doz. Dr. med. Alexander W. Friedrich
EUREGIO MRSA-net Projektleiter Münsterland
Institut für Hygiene des Universitätsklinikums Münster
Tel. 02 51/8 35 23 17
E-mail Adresse: alexf@uni-muenster.de
www: <http://www.mrsa-net.org>

4.7. Palliativmedizin

Die moderne Medizin und Pflege machen es möglich, dass auch Menschen mit einer nicht heilbaren schweren Erkrankung ihre letzten Tage gut versorgt zu Hause erleben können. Leider ist das heute jedoch eher noch die Ausnahme, zu viele todkranke Patienten sterben in der oft als anonym erlebten Umgebung eines Krankenhauses. Um die Versorgung dieser Menschen in ihrem Zuhause sicherzustellen, ist die enge Kooperation von entsprechend qualifizierten Haus- und Fachärzten mit qualifizierten Pflegediensten notwendig.

Vor diesem Hintergrund schaffen die Ersatzkassen gemeinsam mit der KVWL eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass Versicherte der Ersatzkassen unbürokratisch eine qualitativ hochwertige ambulante Palliativversorgung in Anspruch nehmen können. Damit leisten die Vertragspartner einerseits einen erheblichen Beitrag zur schnellen und pragmatischen Umsetzung des Rahmenprogramms zur flächendeckenden palliativ-medizinischen und palliativ-pflegerischen Versorgung in NRW und erfüllen andererseits den mit dem GKV-Wettbewerbstärkungsgesetz verankerten gesetzlichen Auftrag zur Etablierung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Haus- und Fachärzte, die an dieser Vereinbarung als koordinierende Ärzte teilnehmen wollen, müssen ihr beitreten. Sie verpflichten sich damit, mindestens zweimal jährlich an Fortbildungen zu palliativmedizinischen Fragestellungen teilzunehmen und ständig mit dem qualifizierten Palliativarzt (QPA) in der Betreuung von Palliativpatienten in Kontakt zu treten. Neben den Haus- und Fachärzten können Ärzte als palliativmedizinisch qualifizierte Ärzte (QPA) freiwillig an dieser Vereinbarung teilnehmen. Teilnahmeberechtigt sind diejenigen Ärzte, die die Teilnahme an einer 40-stündigen Kursweiterbildung Palliativmedizin (Curriculum der DGP und BÄK) nachgewiesen und darüber hinaus innerhalb von zwei Jahren nach dem Beitritt zu dieser Vereinbarung 120 Stunden Fallseminare einschließlich Supervision abgeschlossen haben.

VERGÜTUNG

Teilnahmeberechtigt sind Haus- und Fachärzte, sowie qualifizierte Palliativärzte. Die Vergütung der Leistungen nach dieser Vereinbarung erfolgt außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung.

4.8. Photodynamische Therapie

Seit dem 1. August 2001 ist die Photodynamische Therapie (PDT) mit Verteporfin zur Behandlung bestimmter krankhafter Gefäßneubildungen am zentralen Augenhintergrund Leistungsbestandteil der GKV. 2006 hatte sich der GBA aufgrund wissenschaftlicher Ergebnisse einer Ausweitung der Indikation zugestimmt. Sie war nunmehr für drei Indikationsgebiete zugelassen. Die entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarung wurde entsprechend geändert und zum 1. Oktober 2006 in Kraft gesetzt.

FAZIT

Im Juni 2007 nahm die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) die Zulassung für die Indikation der rein okkulten subfovealer chorioidaler Neovaskularisation ohne klassischen Anteil bei altersbedingter Makuladegeneration (AMD) zurück.

Damit war erneut eine Anpassung der Richtlinie des GBA notwendig geworden. Danach ist die Photodynamische Therapie nunmehr zugelassen für:

1. altersabhängige feuchte Makuladegeneration (AMD) mit subfovealer klassischer chorioidaler Neovaskularisation,
2. subfovealer chorioidaler Neovaskularisation (CNV) aufgrund von pathologischer, Myopie mit bestkorrigiertem Visus von mindestens 0,2 bei der ersten Indikationsstellung und einer Läsionsgröße von max. 5.400 Mikrometer.

Diese Änderung wurde am 16. August 2007 beschlossen und trat nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 8. November 2007 in Kraft. Die QS-Vereinbarung wurde entsprechend überarbeitet.

4.9. Phototherapeutische Keratektomie

Das Verfahren der phototherapeutischen Keratektomie (PTK) gleicht technisch dem der photorefraktiven Keratektomie – einer laserinduzierten Veränderung der Brechkraft der Hornhaut – und ist seit 1989 in der augenärztlichen Medizin verfügbar. Bei der phototherapeutischen Keratektomie handelt es sich jedoch nicht um einen refraktiv-chirurgischen, sondern um einen medizinisch indizierten therapeutischen Eingriff bei verschiedenen Augenerkrankungen. Oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis zirka 100 Mikrometer Tiefe) werden durch die thermischen Impulse eines Excimer-Lasers abgetragen. Im Unterschied zu photorefraktiven Verfahren wird hierbei ein refraktionsneutrales planparalleles Vorgehen angestrebt. Dabei kommen unterschiedliche Typen von Lasergeräten zum Einsatz, die Pulse mit einem Durchmesser von 0,1 bis 0,5 Mikrometer und einer Frequenz von bis zu 300 Hertz erzeugen. Der Eingriff erfolgt in Lokalanästhesie und dauert nur wenige Minuten. Für folgende Indikationen kann die PTK zur Anwendung kommen:

- rezidivierende Hornhauterosion
- oberflächliche Hornhautnarben
- Hornhautdystrophie
- Hornhautdegeneration
- oberflächliche Hornhautirregularitäten (außer Pterygium)

Allerdings ist die Indikationsstellung für eine phototherapeutische Keratektomie durch eine Reihe von expliziten Vorgaben beschränkt. Beispielsweise müssen vor ihrer Durchführung Therapiealternativen ausgeschöpft worden sein. Als fachliche Qualifikation zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen dieser Methode gilt für alle Augenärzte der Nachweis der selbstständigen Durchführung von zehn phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser. Alternativ ist der Nachweis der selbstständigen Durchführung von zehn Eingriffen mittels eines Excimer-Lasers und der Teilnahme an einer Fortbildung zum Thema PTK möglich. Die Qualitätssicherungsvereinbarung beinhaltet ferner Vorgaben zur Dokumentation der Indikation und Durchführung der phototherapeutischen Keratektomie. Die ärztlichen Dokumentationen werden von der KVWL stichprobenartig überprüft.

4.10. Qualitätsprüfungsrichtlinie

Der GBA hat in seiner Sitzung am 18. April 2006 die Richtlinie zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V („Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“) beschlossen. Die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen müssen demnach – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung – dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und der fachlich gebotenen Qualität entsprechen. Die Überprüfung medizinischer Leistungen – im Einzelfall durch Stichproben – ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität. Vor diesem Hintergrund bestimmt die Qualitätsprüfungs-Richtlinie Organisation und Durchführung von Stichprobenprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die KVen vergewissern sich der Qualität der Leistungen (einschließlich der belegärztlichen Leistungen) durch Qualitätsprüfungen im Einzelfall (nachfolgend Stichprobenprüfungen). Dabei sind die schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von Ärzten zu kontrollieren. Diese Richtlinie gilt für die Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten, ärztlich geleiteten Einrichtungen einschließlich der me-

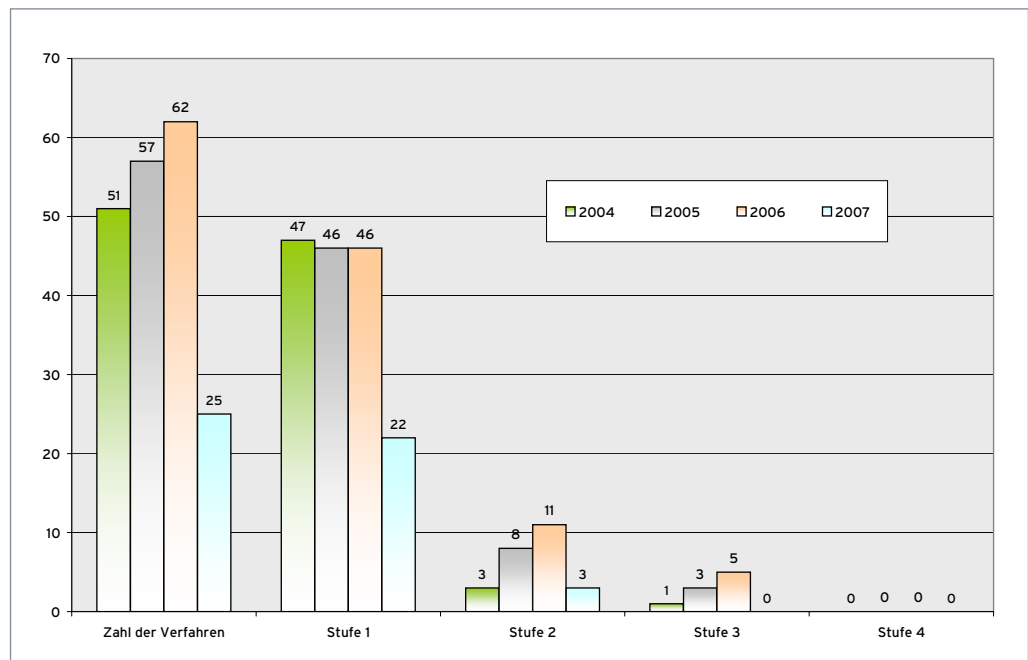
dizinischen Versorgungszentren sowie für die im Krankenhaus im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen.

Die Qualitätsprüfungs-Richtlinie regelt Auswahl, Umfang und Verfahren der Durchführung aller Stichprobenprüfungen, sofern nicht in anderen Richtlinien des GBA abweichende Regelungen getroffen werden. Die Richtlinie wird für folgende Untersuchungen angewendet:

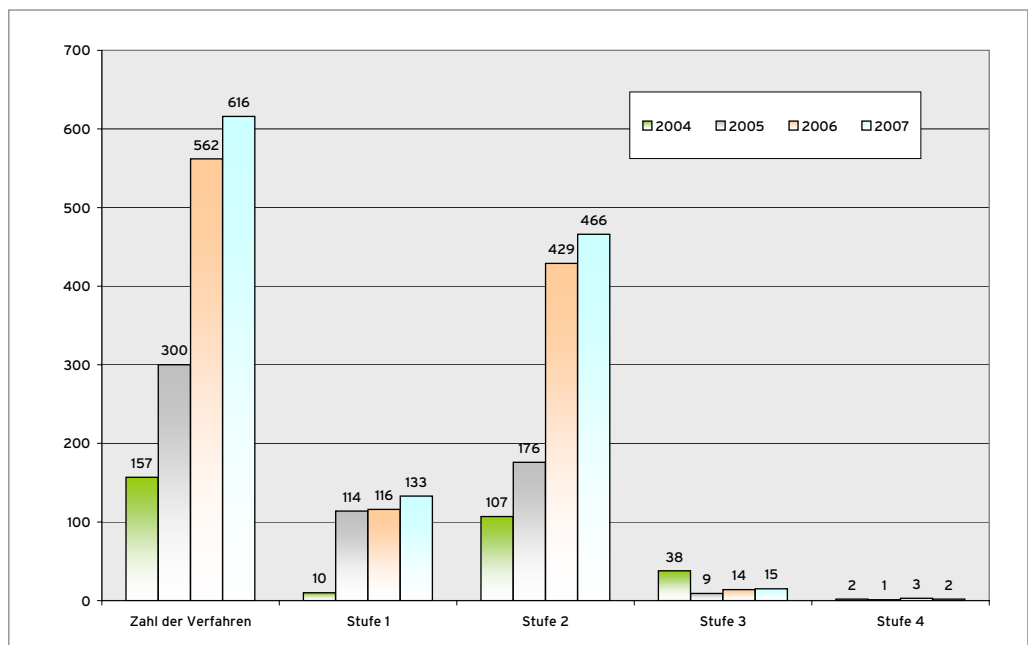
- Kernspintomographische Untersuchungen
- Konventionelle radiologische Untersuchungen einschl. der CT-Untersuchungen

Gemäß der Übergangsregelung konnten begonnene Prüfverfahren bis zum 30. Juni 2007 abgeschlossen werden. Die Prüfergebnisse nach den bis zum 31. Dezember 2006 geltenden Bestimmungen stellen sich wie folgt dar:

Kernspintomographische Untersuchungen



Konventionelle radiologische Untersuchungen einschl. der CT-Untersuchungen

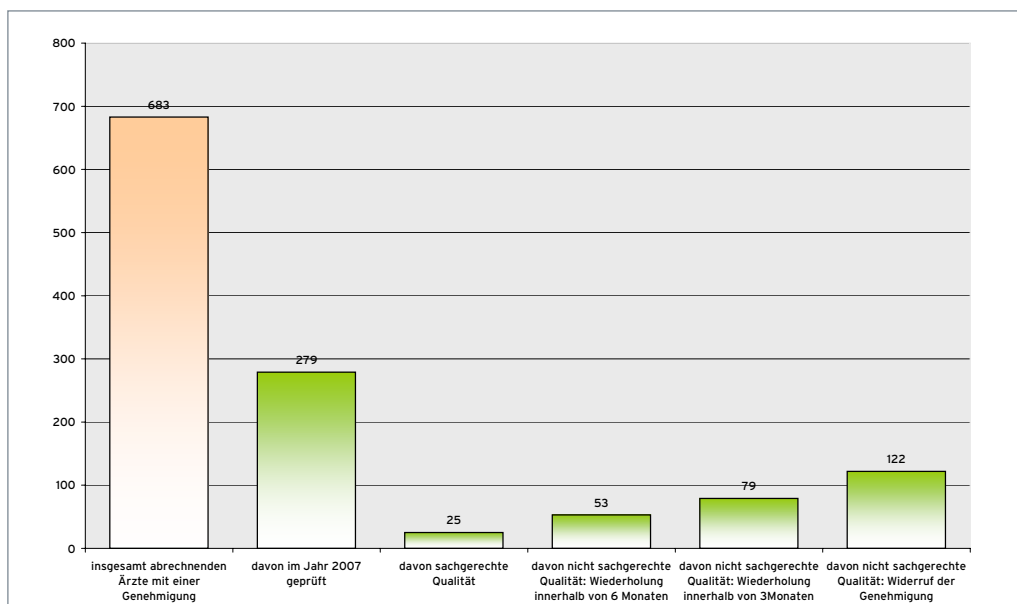


4.11. Sonographie der Säuglingshüfte - Qualitätsprüfungen

Zum 1. April 2005 wurde bundesweit die Überprüfung von präventiven und kurativen Sonographien der Säuglingshüfte auf der Grundlage der Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V eingeführt. Bevor die KVWL nach Ablauf einer einjährigen Übergangsregelung mit der Beurteilung von Bild- und Befunddokumentationen der Säuglingshüfte beginnen konnte, haben sich die ehrenamtlich tätigen Mitglieder der zwei Qualitätssicherungskommissionen Sonographie umfassend mit den Beurteilungsstufen und den daraus resultierenden Rechtsfolgen beschäftigt. Die Herausforderung bestand insbesondere darin, aus den in der Vereinbarung jeweils nur allgemein beschriebenen Mängeln in Bild- und/oder Befunddokumentation einen für die praktische Umsetzung notwendigen Kriterienkatalog zu entwickeln. Im August 2007 wurde eine Auswertung der Beurteilungen von bis dahin 210 geprüften Ärzten vorgenommen. Diese ergab einen überdurchschnittlich hohen Anteil an nicht bestandenen Prüfungen. Dies hätte zur Folge, dass 180 Genehmigungen (85,7 Prozent) wegen nicht sachgerechter Qualität hätten widerrufen werden müssen. Die anschließende Detailanalyse zeigte, dass schwerpunktmäßig Mängel bei der Winkelmessung (Bestimmung des Alpha- und Beta-winkels) sowie bei der bildlichen Darstellung der anatomischen Strukturen des Hüftgelenks aufgetreten sind. Daraus konnte geschlossen werden, dass bei einem Großteil der überprüften Ärzte Schulungsbedarf bestand.

Unter Berücksichtigung des hohen Anteils nicht bestandener Prüfungen haben sich die Mitglieder der beiden Qualitätssicherungskommissionen nochmals intensiv mit dem Kriterienkatalog befasst. Speziell ging es darum, welche Kriterien für eine Einstufung „schwerwiegender Mangel nach Stufe III“ anzulegen sind. Vermieden werden sollte so auch, dass Ärzten ausschließlich aufgrund von fehlerhaften Winkelmessungen die Genehmigung sofort widerrufen wird, ohne dass die Möglichkeit besteht, die festgestellten Mängel kurzfristig abzustellen. Diese rechtliche Auslegung führte im September 2007 zu einer Anpassung des Kriterienkataloges. Um eine gleiche Rechtslage für alle beurteilten Vertragsärzte sicherzustellen, wurden alle bisherigen Prüfergebnisse auf der Grundlage des neuen Kataloges überarbeitet.

Die Fakten: Orthopäden, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinderradiologie und für Allgemeinmedizin mit pädiatrischer Weiterbildung gehören zu den Leistungserbringern, die berechtigt sind, die Gebührenordnungspositionen 01722 und 33051 zu erbringen. Sie müssen sich damit der Prüfung unterziehen.



Die KVWL hat daraufhin den Informations- und Schulungsgedanken aufgegriffen und von Oktober 2007 bis Januar 2008 insgesamt vier Informationsveranstaltungen angeboten. Vor allem die konstruktive Diskussion zwischen den Teilnehmern und den Referenten der KVWL stand dabei im Mittelpunkt. 307 Ärzte (rund 45 Prozent) haben teilgenommen. Zahlreiche Rückmeldungen bestätigen die überwiegend positive Resonanz zu den Infoveranstaltungen. Ergänzend bietet die KVWL für jeden Vertragsarzt die Möglichkeit, die beurteilten Bild- und Befunddokumentationen in einem persönlichen Beratungsgespräch mit der zuständigen Qualitätssicherungskommission zu erörtern und offene Fragen zu klären. Dieses Angebot haben 43 Vertragsärzte in 2007 in Anspruch genommen.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass bei der KVWL der Informations- und Beratungsgedanke bei der Umsetzung dieser Qualitätssicherungsmaßnahme im Mittelpunkt steht. Das zeigt sich auch daran, dass trotz der teilweise unzureichenden Ergebnisqualität von den eingelegten 37 Widersprüchen in 2007 insgesamt 25 entweder nach der Teilnahme an einer Infoveranstaltung oder an einem Beratungsgespräch vom jeweiligen Arzt zurückgezogen wurden.

INTERVIEW

„Solch schlechte Ergebnisse hat niemand erwartet.“



Dr. Stefan Strauch

Seit 1986 niedergelassener Kinderarzt in einer Gemeinschaftspraxis in Münster.

Seit 1987 beratender Arzt bei der Sonographiekommission Münster.

Dr. Stefan Strauch arbeitet seit 1986 als niedergelassener Kinderarzt in einer Gemeinschaftspraxis in Münster. Noch im gleichen Jahr ließ er sich in Dorsten auf dem Gebiet der Hüftsonographie ausbilden und ist seit 1987 als beratender Arzt bei der Sonographiekommission Münster an der Beurteilung von Ultraschallbildern beteiligt. Als Mitglied dieser Kommission leistet er seit 2005 einen wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung der Hüftsonographie im Säuglingsalter und stand der Pluspunkt-Redaktion Rede und Antwort.

Was halten Sie als Prüfer von der Qualitätssicherung im Bereich Sonographie der Säuglingshüfte, warum ist das Thema so wichtig?

Dr. Strauch: Es besteht breiter gesellschaftlicher Konsens darüber, die Qualität unseres ärztlichen Handelns zum Wohle unserer Patienten sicher zu stellen, das heißt auch zu überprüfen. Die Hüftsonographie eignet sich dabei wie kein zweites Anwendungsgebiet der Ultraschalldiagnostik, weil ihre methodischen Grundlagen nach Graf standardisiert sind. Die Beurteilung der Bild- und Befundqualität geschieht auf der Grundlage sachlich-objektiver Maßstäbe, die in den Ultraschall-Richtlinien festgelegt sind und von qualifizierten Ausbildern vermittelt werden. Die Einhaltung dieser Standards soll Fehlbeurteilungen auf ein Minimum reduzieren und die Früherkennung behandlungsbedürftiger Hüften optimieren.

Können zum Beispiel Operationen dadurch verhindert werden?

Dr. Strauch: Da in den allermeisten Fällen eine rechtzeitige und korrekte Behandlung von Hüftfehlbildungen zur kompletten Gelenkheilung führt, sinkt die Zahl von späteren Korrektur-Operationen bei erfolgreicher Früherkennung.

Die Durchfallquote war in den vergangenen Jahren sehr hoch. Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

Dr. Strauch: Die Prüfkriterien unterscheiden Mängel der Stufen I (gering, keine), II (geringfügig) und III (schwerwiegend). Jeder Arzt legt bei der Überprüfung insgesamt 48 Bilder von zwölf Patienten vor. Wenn auch nur drei von 48 Bildern einen Mangel der Stufe III haben, wird die Zulassung zur Hüftsonographie entzogen. Dieser Maßstab ist sehr hart und auch schärfer als in anderen Prüfverfahren, aber durch die Richtlinien vorgegeben. Durch Aussetzen oder durch Aufschub der Sanktionen im Falle von nicht sachgerechten Prüfungsergebnissen, so der Vorstandsbeschluss der KVWL für das erste zweijährige Prüfintervall, besteht jedoch die Möglichkeit, die Aufarbeitung der aufgetretenen Mängel in einer Wiederholungsprüfung zu belegen.

Welche Fehler werden am häufigsten gemacht?

Dr. Strauch: Die häufigsten Mängel bzw. Fehler betreffen einen ungenügenden Abbildungsmaßstab - verbindlich gefordert ist 1,7 : 1 (Mangel Stufe II), - die Erfüllung der Brauchbarkeitskriterien nach Graf (Mangel Stufe III) oder fehlerhafte Winkelmessungen (Mangel Stufe II).

Wo besteht Verbesserungspotenzial, wo finden Ärzte Hilfestellung?

Dr. Strauch: Die von niemandem erwarteten schlechten Ergebnisse haben die Sonographiekommissionen in Dortmund und Münster selbstverständlich zum Anlass genommen, das Prüfverfahren kritisch zu hinterfragen. In gemeinsamen Sitzungen wurde nach Ansätzen gesucht, die von allen als inakzeptabel hoch eingestuften Durchfallquoten zu verringern, ohne die zu Recht geforderten Qualitätsstandards aufzugeben. So wurde zum Beispiel die Bewertung von Messfehlern von vormals Mangel Stufe III in Stufe II abgeändert, was wegen der großen Zahl von Messfehlern die Durchfallrate nahezu halbiert hat. In mehreren Informationsveranstaltungen in Dortmund und Münster wurden die Arbeitsweise und die Ergebnisse der Sonographiekommissionen offen dargestellt und mit einer großen Zahl betroffener Kollegen teilweise sehr kontrovers diskutiert. Dies wurde immer verbunden mit Fortbildungsvorträgen zur Fehlervermeidung bei der Hüftsonographie. Darüber hinaus bieten die Kommissionen jedem Kollegen Beratungsgespräche an, um offene Fragen zur Hüftsonographie zu besprechen.



Dr. Thomas Happe

Facharzt für
Orthopädie
in Münster

„Setzen, sechs!“

Orthopäde fiel durch die Prüfung zur Säuglingshüft-Sonographie

Pioniere haben es oft schwer. Das bekam auch Dr. Thomas Happe, Facharzt für Orthopädie, zu spüren. Er war einer der ersten Vertragsärzte, die von der KVWL angeschrieben wurden; die Qualitätssicherung zur Sonographie der Säuglingshüfte stand ins Haus. Einen Tag später kam dann auch noch die Qualitätssicherung Radiologie hinzu. Das war im Oktober 2006. Problematisch dabei: „Damals waren die Formulare noch nicht klar definiert“, so Happe. Die Prüfung zur Genehmigung habe allgemein in den Kinderschuhen gesteckt. Also krepelte der Orthopäde die Ärmel hoch, gestaltete an den Wochenenden selbst fein säuberlich ein eigenes Formular und dachte „Ich mache das richtig gut.“ Nach einem halben Jahr das überraschende Ergebnis: Ungenügend! Happe fiel mit Pauken und Trompeten durch.

Damit hatte Happe nicht gerechnet. 17 Jahre hat er zu dem Zeitpunkt schon Sonographien der Säuglingshüfte durchgeführt. Und dazu eigens bei Graf, der das Verfahren selbst inau-guriert hat, in Österreich gelernt. Trotzdem hat seine Erfahrung nicht gereicht. 48 Bilder von zwölf Kindern, also insgesamt vier Bilder pro Kind, mussten eingereicht werden. Nur drei Bilder davon durften schlecht sein. „Wenn Sie ein Kind dabei haben, das ständig zappelt, sind Sie durchgefallen“, so Happe, „und wenn die Praxis voll ist, verhalten sich Kinder in der Regel unruhig. Einen Teil seiner langjährigen ärztlichen Kompetenz plötzlich abgeben zu müssen, ist da sehr unschön.“

Happes Kritik: „Die erste Informationsveranstaltung fand erst statt, nachdem 91 Prozent aller in Westfalen-Lippe geprüften Ärzte durchgefallen sind.“ Tatsächlich haben von den 279 beurteilten Ärzten in 2007 nur neun Prozent das Ergebnis „sachgerechte Qualität“ belegen können. Bei einem Großteil der Ärzte mit „nicht sachgerechter Qualität“ konnten die Mängel aber durch entsprechende Information und Schulung schnell behoben werden (z. B. Abbildungsverhältnis des Ultraschallbildes, Messfehler). Letztendlich hätten 122 Ärzte (43,7 Prozent) einen Widerruf wegen grober Qualitätsmängel erhalten müssen.

Wegen der ursprünglich hohen Durchfallquote ist damals in Westfalen-Lippe eine Übergangsregelung verabschiedet worden, die innerhalb eines halben Jahres eine Nachprüfung vorsah. Inzwischen zeigten dabei beide Seiten weitaus mehr Professionalität, so Happes Urteil. Die Nachprüfung bestand der Orthopäde denn auch mit einem „sehr gut“. Allerdings: Jeder behandelnde Arzt wird im Zwei-Jahres-Rhythmus erneut geprüft. Zu viel Bürokratie für Happes Geschmack: „Man kann gegen Qualitätssicherung genauso wenig sagen wie gegen den Weltfrieden. Aber stellen Sie sich vor, Sie haben den Führerschein und müssen alle zwei Jahre zur Wiederholungsprüfung.“ Aber, gesteht er ein, wenn dadurch Operationen vermieden werden können, sei eine gute, qualitativ hochwertige Säuglingshüftsonographie unerlässlich.

4.12. Zytologie

Zur Vereinheitlichung bereits bestehender regionaler Qualitätssicherungs-Aktivitäten sowie zur Anpassung an internationale Standards wurde die bestehende Zytologie-Vereinbarung überarbeitet und weiterentwickelt. Die neue Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie) gilt seit Oktober 2007. Die Neuregelungen betreffen insbesondere folgende Bereiche:

Einheitliche Eingangsqualifikation

Die Qualifikationsvoraussetzungen sind nun für die berechtigten Facharztgruppen (Pathologen und Gynäkologen) einheitlich geregelt. Unverändert aus der bis zum 30. September 2007 geltenden Zytologie-Vereinbarung wurde die Notwendigkeit einer erfolgreichen Teilnahme an einer Präparateprüfung übernommen.

Fachliche Qualifikation der Präparatebefunder

Mit der neuen Zytologie-Vereinbarung wird erstmals auch die fachliche Qualifikation der im Zytologie-Labor unter Anleitung und Aufsicht des zytologieverantwortlichen Arztes tätigen Präparatebefunder verbindlich vorgegeben. Gefordert wird die erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als zytologisch tätiger Assistent oder medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent mit einer anschließenden ganztägigen einjährigen praktischen Tätigkeit in einer Laboreinrichtung der Zervix-Zytologie.

Durchführung von zytologischen Präparatebefundungen

Die Vorgaben sehen vor, dass die Präparatebefundung in den eigens dafür vorgesehenen Räumen der zytologischen Einrichtung und an einem zytologischen Arbeitsplatz erfolgt. Entsprechend international üblichen Standards dürfen am Mikroskop arbeitende Präparatebefunder durchschnittlich nicht mehr als zehn Präparate pro Arbeitsstunde befunden. Die neue Vereinbarung enthält Vorgaben zur Präparateaufbereitung, macht die Präparatebefundung nach der Münchner Nomenklatur II verbindlich und regelt, welche Präparate vom zytologieverantwortlichen Arzt zu begutachten sind.

Stichprobenprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation

Die KVWL fordert vom zytologieverantwortlichen Arzt regelmäßig Präparate mit der dazugehörigen Dokumentation und Befundung an. Die eingereichten Präparate werden von der Qualitätssicherungs-Kommission auf ausreichende technische Präparatequalität, zutreffende und vollständige Beurteilung des Präparates sowie auf vollständige Dokumentation überprüft.

Statistische Erfassung der Untersuchungsergebnisse.

Der zytologieverantwortliche Arzt erstellt eine so genannte Jahresstatistik, die eine fallbezogene Auflistung der zytologischen Befundgruppen enthält. Im Rahmen der internen Praxisorganisation ist anhand dieser Jahresstatistik eine Zusammenführung und Korrelation zytologischer und histologischer Befundergebnisse vorzunehmen. Diese Zusammenführung auffälliger zytologischer Befunde mit der Histologie stellt ein Kernelement internationaler und nationaler Regelungen zur Qualitätssicherung der Zervix-Zytologie dar.

Zeitraum 01.01. - 31.12. des Berichtsjahres

1 Gesamtzahl untersuchter Präparate davon nicht verwertbar

2 dabei untersuchte Frauen

Befundgruppen der Münchner Nomenklatur II (ein Ausgangsbefund pro Frau aus dem Zeitpunkt 01.01. - 31.12. des Berichtsjahres)
 Histologische Abklärungen zu diesen Ausgangsbefunden bis 30.06. des Folgejahres

3 Ausgangsbefunde (01.01. - 31.12.)	Gruppe I/II	Gruppe III	Gruppe IIID	Gruppe IVa	Gruppe IVb	Gruppe V
Anzahl Frauen						
4 davon bis 30.06. des Folgejahres histologisch geklärt:						
kein Hinweis aufCA-Vorstufe oder CA						
CIN I						
CIN II						
CIN III, Ca in situ						
invasives CxCA						
Corpus Ca, andere Malignom						
5 Befundgruppen (z.B hoher Anteil kurativer Abstriche):						

Zeile 1 und 2: Die Anzahl der vom 01.01 bis 31.12. des Berichtsjahres zytologisch untersuchten Abstrichpräparate der Zervix Uteri und die Anzahl der dabei untersuchten Frauen.
 Zeile 3: Für jede im Zeitraum vom 01.01. bis 31.12. untersuchte Frau ist ein Befund anzugeben. Liegen mehrere Befunde einer Frau aus diesem Zeitraum vor, entscheidet der zytologieverantwortliche Arzt, welcher Befund aus diesem Zeitraum als maßgeblich anzusehen und einzutragen ist.
 Zeile 4 ff: Die Ergebnisse der histologischen Abklärungen zu den Ausgangsbefunden aus Zeile 3, die bis zum 30.06. des Folgejahres erhoben wurden.
 (Frauen, die durch zytologische Kontrollen weiter untersucht wurden (z. B. bei Gruppe III, IIID) und bei denen keine histologische Abklärungsdiagnostik bis zum 30.06. des Folgejahres erfolgte, sind unter Zeile 4ff nicht auszuführen.)
 Zeile 5: Wenn Praxisbesonderheiten vorliegen, die die Befundgruppenverteilung beeinflussen können, sind diese hier zu nennen, ansonsten kein Eintrag erforderlich.

Nachweis der regelmäßigen Fortbildung des zytologieverantwortlichen Arztes

Der zytologieverantwortliche Arzt muss nachweisen, dass er an einer themenbezogenen, 40-stündigen Fortbildung innerhalb von zwei Kalenderjahren teilgenommen hat. Die Teilnahme an von der KVWL anerkannten Qualitätszirkeln oder an klinisch pathologischen Konferenzen wird anerkannt.

Nachweis der regelmäßigen Fortbildung der Präparatebefunder

Der zytologieverantwortliche Arzt muss für die Präparatebefunder, die unter seiner Anleitung und Aufsicht tätig sind, eine themenbezogene, 40-stündige Fortbildung jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren nachweisen, wovon 20 Stunden auch durch eine einrichtungsinterne Fortbildung abgegolten werden können.

Übergangsregelung

Ärzte, die bereits vor In-Kraft-Treten der neuen Vereinbarung über eine Genehmigung für zytologische Untersuchungen zur Diagnostik der Karzinome des weiblichen Genitals vom 12. Februar 1992 verfügten, erhalten eine Genehmigung entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie mit der Auflage,

1. die Voraussetzungen zu den räumlichen und apparativen Vorgaben der Zytologie-Einrichtung innerhalb von sechs Monaten nach In-Kraft-Treten der Vereinbarung zu erfüllen.
2. sofern im Zytologie-Labor unter Anleitung und Aufsicht des zytologieverantwortlichen Arztes vor dem In-Kraft-Treten der Vereinbarung Präparatebefunder tätig waren, ist für diese bis zum 30. September 2009 eine einjährige ganztägige praktische Tätigkeit oder eine vom Umfang her vergleichbare berufsbegleitende Tätigkeit in einer Laboreinrichtung der Zervix-Zytologie nachzuweisen. In dieser Zeit müssen mindestens 3.000 Fälle der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie selbständig vorgemustert worden sein.

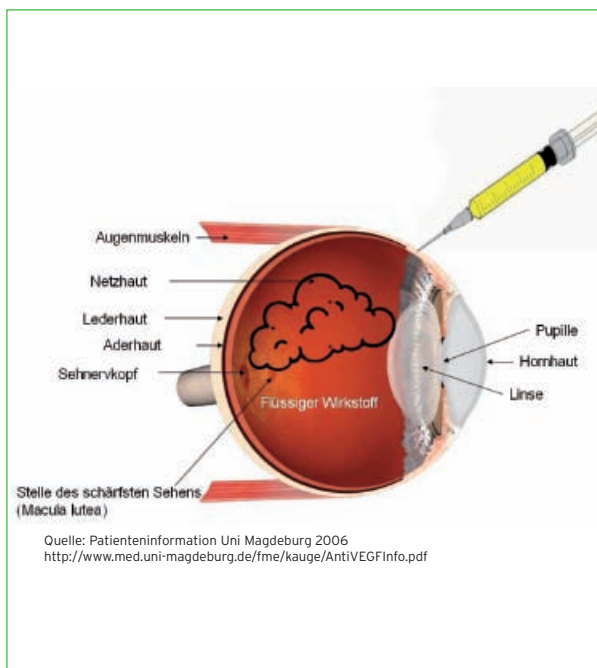
V. Ausblick

5.1. Hautkrebsscreening

Eine standardisierte Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs wird künftig von allen gesetzlichen Krankenkassen für Versicherte ab 35 Jahren im Zwei-Jahres-Rhythmus angeboten. Dieser Beschluss wurde am 15. November 2007 vom GBA gefasst und soll zum 1. Juli 2008 in Kraft treten. Damit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass Hautkrebs in einem frühen Stadium erkannt und behandelt werden kann. Und davon sollen möglichst viele Versicherte profitieren. Hochrechnungen aus dem Modellprojekt Hautkrebs-Screening Schleswig-Holstein lassen in Deutschland jährlich etwa 120.000 Neuerkrankungen verschiedener Formen des Hautkrebs vermuten. Am so genannten malignen Melanom, einer besonders gefährlichen Krebserkrankung, sterben danach in Deutschland rund 2.000 Menschen pro Jahr. Ob eine Ganzkörperuntersuchung der Haut tatsächlich zur Verminderung von Erkrankungen und Todesfällen führt, wird spätestens fünf Jahre nach Einführung dieser Leistung überprüft.

Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs kann nach entsprechender Fortbildung (Teilnahme an einem zertifizierten achtstündigen Fortbildungsprogramm) von Dermatologen und hausärztlich tätigen Fachärzten für Allgemeinmedizin, Internisten und Praktischen Ärzten vorgenommen werden. Die Organisation der Fortbildungsveranstaltungen ist bereits angelaufen: Anfang April wurden bundesweit insgesamt 100 Dermatologen sowie 100 Hausärzte bei „Train-the-Trainer“-Seminaren ausgebildet. Die weitere Schulung der niedergelassenen Ärzte wird in Westfalen-Lippe durch die KVWL Consult GmbH koordiniert.

Wenn ein Verdacht auf Hautkrebs besteht, wird dieser immer durch einen Dermatologen abgeklärt, zunächst durch die visuelle Untersuchung und gegebenenfalls durch eine erforderliche Gewebeentnahme mit anschließender histologischer Untersuchung. Die histopathologische Beurteilung soll durch Pathologen und Dermatologen mit Zusatzweiterbildung Dermatohistologie erfolgen. Hierzu werden derzeit entsprechende Qualitätssicherungsvereinbarungen erarbeitet. Zur Erbringung und Abrechnung der Leistung ist eine Genehmigung bei der KVWL zu beantragen.



5.2. Intravitreale Injektionen

Zur Behandlung der feuchten altersabhängigen Makuladegeneration steht neben anderen Verfahren auch die Injektion eines das Gefäßwachstum hemmenden und Netzhautschwellung zurückbildenden Wirkstoffs (VEGF-Blocker) in den Glaskörperraum zur Verfügung. Dieser sensible Eingriff am Auge hat als häufigste Nebenwirkungen Konjunktivalblutungen, Augenschmerzen, das Auftreten von „floaters“ im Sehfeld, einen erhöhten Augeninnendruck oder eine Entzündung des Augapfels. Die schwerwiegendsten Komplikationen, die mit der Injektion in Verbindung stehen, sind Endophthalmitis, Netzhautrisse und -ablösungen und traumatische Katarakte sowie eine Erhöhung der Augeninnendrucks.

Verlässliche Qualitätssicherungsmaßnahmen sind daher unerlässlich und werden derzeit auf Bundesebene erarbeitet. Als Eckpunkte werden die Empfehlungen der gemeinsamen Makula-Kommission der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands diskutiert. Dazu gehören:

- Händedesinfektion
- Sterile Handschuhe, steriles Lidspekulum, steriles Abdecktuch
- Spülung des Auges mit Povidoniodid zehn Prozent, auch der Cilien
- Sterile Spritze und Kanüle
- Eingehen mit 3,5 mm Limbusabstand, dabei stufenweises Vorgehen mit Verschieben der Bindehaut
- Möglichkeit zur sterilen Parazentese (falls nötig)
- Indirekte Ophthalmoskopie
- Augeninnendruckkontrolle
- Aufklärung des Patienten über Endophthalmitissymptome
- Notwendigkeit der Kontrolle nach ein bis drei Tagen
- Weitere Kontrollen in Abhängigkeit vom injizierten Präparat

Auf Landesebene wurde eine entsprechende Übergangsvereinbarung verabschiedet, die am 23. April 2008 in Kraft getreten ist.

5.3. Positronen-Emissions-Tomographie (PET)

In 2002 wurde die PET nach einem Beschluss des damals zuständigen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen aus dem vertragsärztlichen Bereich ausgeschlossen. Nachdem weitere Forschungsergebnisse vorlagen, hat der GBA Ende 2005 wegen einer aktuellen Evidenzbewertung einen positiven Beschluss für die PET im Krankenhaussektor gefasst. Dies betrifft die Indikationsbereiche

- Bestimmung des Tumorstadiums von primären nicht-kleinzelligen Lungenkarzinomen (NSCLC) einschließlich der Detektion von Lungenfermetastasen
- Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nicht-kleinzelligen Lungenkarzinomen und der
- Charakterisierung von Lungenrundherden

Es ist damit zu rechnen, dass der GBA die PET für dieselben Indikationsbereiche auch für den vertragsärztlichen Bereich anerkennt. Hierzu werden dann auch Empfehlungen zur Qualitätssicherung formuliert. Da die PET sowohl im stationären als auch im ambulanten vertragsärztlichen Sektor erbracht werden kann, soll im Interesse einer gleichwertig hohen Qualität der Patientenversorgung erstmals eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung eingeführt werden.

5.4. Ultraschall

Die Ultraschall-Vereinbarung, die im Jahr 1993 beschlossen wurde, wird derzeit überarbeitet. Bedingt durch die technische Weiterentwicklung bedürfen insbesondere die apparativen Anforderungen einer Neuregelung. Zudem sind durch die Änderungen des EBM in 2005 einige Inkompatibilitäten zwischen Gebührenordnung und QS-Vereinbarung entstanden. Wegen der Komplexität dieser Vereinbarung, die etwa die Hälfte aller Ärzte betrifft und aktuell 31 verschiedene Genehmigungsbereiche umfasst, hat die Überarbeitung einen längeren Zeitraum in Anspruch genommen als ursprünglich zu erwarten war. Die Konsentierung der Ultraschall-Vereinbarung wird nun für das laufende Jahr 2008 angestrebt.

VI. Qualitätsmanagement

6.1. Schulungsangebot

Bis 2010 müssen alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ein Qualitätsmanagement in ihrer Praxis eingeführt haben. Das hat der GBA beschlossen; seit 1. Januar 2006 ist dieser Beschluss in Kraft. Die Gesetzeslage zwingt dazu, Arbeitsroutinen und alle Praxisabläufe zu überdenken und die Qualitätsausrichtung zu prüfen. Wie wird den Patienten der Zugang zur Praxis ermöglicht? Funktionieren Terminabsprachen, sind die Hygieneverordnungen auf dem neuesten Stand? Werden Leitlinien umgesetzt?

Qualität bedeutet Aufwand - jedenfalls am Anfang. Aber vor allem gibt sie Sicherheit. Außerdem sparen verbesserte Arbeitsabläufe - sind sie erst einmal zur Routine geworden - messbar Zeit und Energie. Die KVWL bietet deshalb mit ihren lizenzierten Partnern KPQM 2006-Schulungen an, um Ärzte, Psychotherapeuten und Mitarbeiter optimal auf das Qualitätsmanagement vorzubereiten.

Die Bilanz: In 2007 haben sechs der insgesamt acht berechtigten Schulungsunternehmen 75 KPQM 2006-Schulungen gehalten. Die 78 lizenzierten KPQM-Trainer und Praxismitarbeiter-Trainer, die im Pool sind, haben bundesweit 2.647 Ärzte, Psychotherapeuten und Praxismitarbeiter geschult.

KPQM 2006 wird in den Praxen durch namenhafte Unternehmen zertifiziert, die von der KVWL akkreditiert wurden. Die Audits werden ausschließlich von ärztlichen bzw. psychologischen Auditoren vorgenommen. Diese Auditoren haben von der KVWL zur Sicherung des Qualitätsstandards eine auf drei Jahre befristete Lizenz erworben. In 2007 haben 13 lizenzierte Auditoren von vier Zertifizierungsunternehmen insgesamt 157 Praxen zertifiziert bzw. rezertifiziert.

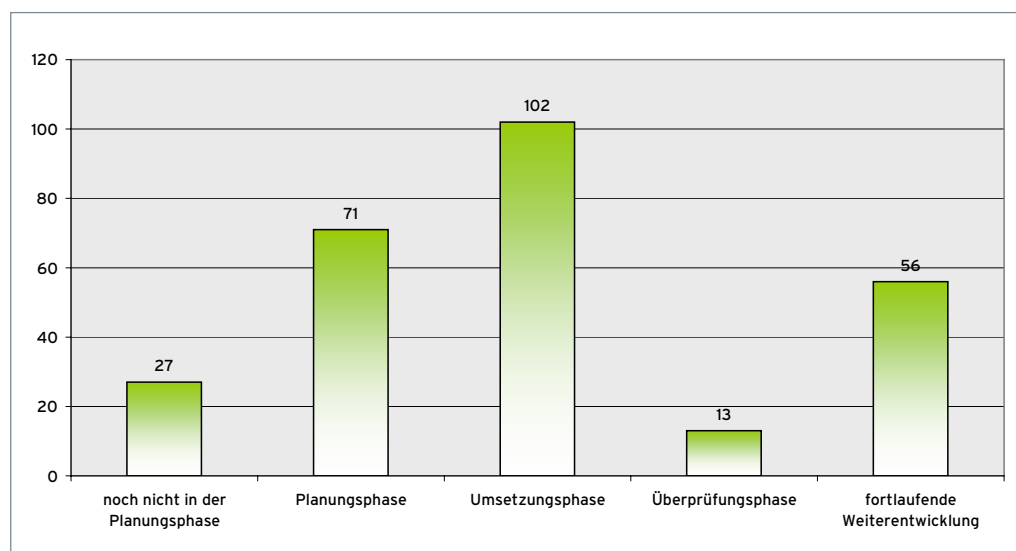
6.2. Großveranstaltungen

Das Qualitätsmanagementsystem KPQM 2006 hat viele Vorteile. Um auf sie aufmerksam zu machen, hat der KVWL-Geschäftsbereich Versorgungsqualität sich mit diesem Thema bereits auf 26 öffentlichen Veranstaltungen für den niedergelassenen Vertragsarzt und Psychotherapeuten präsentiert. Die Fachabteilung hat in Westfalen-Lippe bereits drei eigene QM-Messen an fünf Tagen mit rund 20 Ausstellern (andere QM-Systeme, Softwarefirmen, Schulungsunternehmen, Zertifizierungsunternehmen) und etwa 2.500 Fachbesuchern geschultert.

Nach den überaus erfolgreich angenommenen QM-Messen in Münster, Bielefeld und Castrop-Rauxel im vergangenen Jahr rechnen die Organisatoren der KVWL auch für den neuen Termin am Samstag, 16. August 2008, von 10 bis 16 Uhr in der Siegerlandhalle in Siegen, wieder mit einer großen Besucher-Resonanz, vor allem aus dem Sauer- und Siegerland. Informieren können sich die interessierten Ärzte und Psychotherapeuten im großen Ausstellungssaal unter anderem am Stand der QM-Kommission der KVWL, bei Anbietern verschiedener QM-Systeme und -Software sowie bei Unternehmen, die Schulungen und Beratungen zum Thema Qualitätsmanagement organisieren.

6.3. Stichproben im Qualitätsmanagement

Der GBA verlangt von den KVen Stichproben im Qualitätsmanagement. Die KVen müssen jährlich mindestens 2,5 Prozent der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten nach dem Zufallsprinzip auswählen. Diese werden aufgefordert, den erreichten Einführungs- und Entwicklungsstand des Qualitätsmanagement ihrer Praxis schriftlich darzulegen. Die KVWL hat als erste KV bundesweit in 2007 mit diesen Stichproben begonnen und im April zunächst ein Prozent sowie Ende Oktober weitere 1,5 Prozent, also insgesamt 276 Ärzte, aufgefordert. Die hohe Rücklaufquote von 97,46 Prozent (entspricht 269 Bewertungen) zeigt, dass der eingeschlagene Weg der richtige ist. Die sieben Ärzte, die nicht geantwortet haben, werden nach drei Quartalen erneut angeschrieben. Die Stichproben haben gezeigt, dass die befragten Praxen sich in ihrem Qualitätsmanagement in ganz unterschiedlichen Phasen befinden.

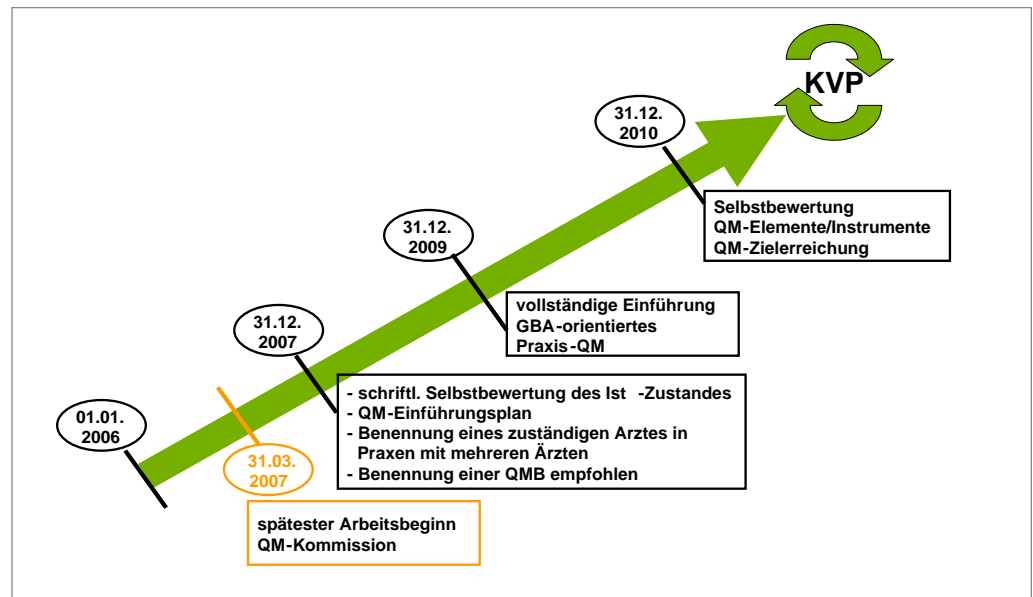


Planungsphasen im Qualitätsmanagement

Rund-um-Paket

Eine Informationsmappe mit der QM-Richtlinie des GBA, Selbstbewertungsbogen für die schriftliche Selbstbewertung sowie Informationen zum Beratungsangebot „QM im Qualitätszirkel“ erhalten Sie unter Tel. 02 51/9 29 10 35.

Darstellung der unterschiedlichen Phasen



6.4. Qualitätsmanagement im Qualitätszirkel

Das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement muss nicht im Alleingang in Ihrer Praxis implementiert werden. Seit November 2006 gibt es einen neuartigen Service für die Qualitätszirkel: Die Mitarbeiter der Fachabteilung Qualitätsentwicklung/Qualitätsmanagement besuchen seitdem die Qualitätszirkel in Westfalen-Lippe und geben Tipps zur Umsetzung der Qualitätsmanagement-Richtlinie mit dem KPQM 2006 und zur gemeinsamen Ausarbeitung in der „Qualitätszirkelrunde“. Die vertrauensvolle Kommunikation in den Qualitätszirkeln eignet sich dabei ideal als Plattform für die gemeinsame Erarbeitung des Qualitätsmanagements für die einzelnen Praxen. Und die Serviceleistung stellte sich schnell als Erfolgsprojekt heraus. Mehr als 66 Qualitätszirkel hat die Fachabteilung bereits besucht.

Können wir Ihnen helfen?

Vereinbaren auch Sie einen Termin für Ihre nächste Qualitätszirkelsitzung mit uns.

Ihre Ansprechpartnerin:

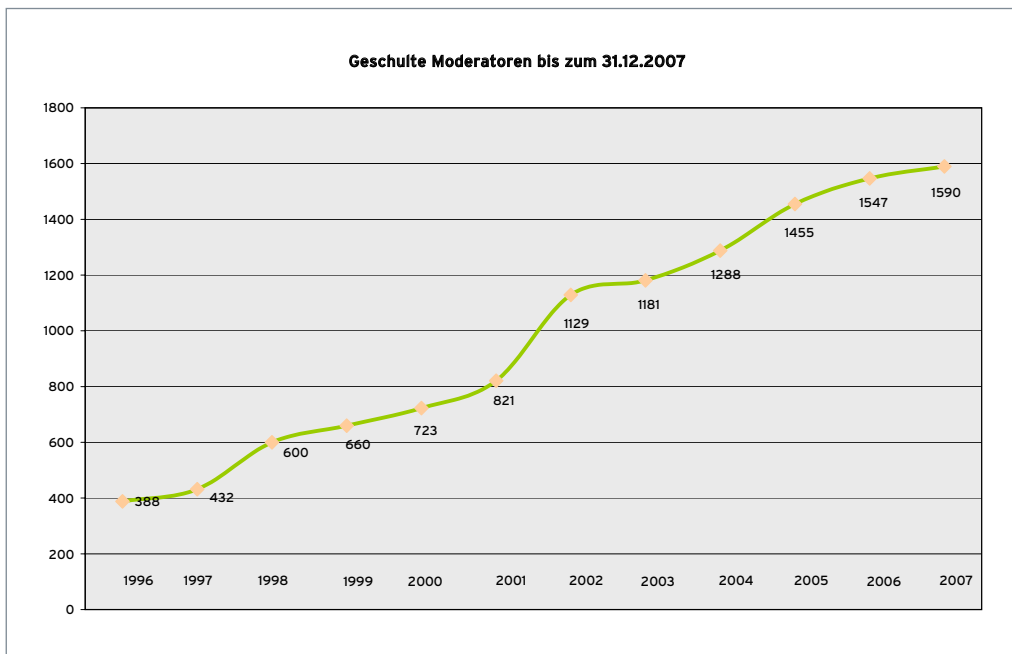
Christina Robers

Tel.: 02 51/9 29 10 36

E-Mail: christina.robbers@kvwl.de

6.5. Qualitätszirkel

Qualitätszirkel sind konstruktiv und erwecken Vertrauen. Bei genehmigungspflichtigen Leistungen wie Akupunktur/Schmerztherapie bilden sie zudem eine sinnvolle Alternative zu herkömmlichen Fortbildungseinrichtungen, denn auch hier wird die regelmäßig nachzuweisende Fortbildung anerkannt. Keine Frage: Qualitätszirkel liegen im Trend. Existierten 1996 gerade einmal 144 Zirkel, sind es in 2007 nun schon 1.070 anerkannte Qualitätszirkel.



Geschulte
Moderatoren
bis zum 31.12.2007

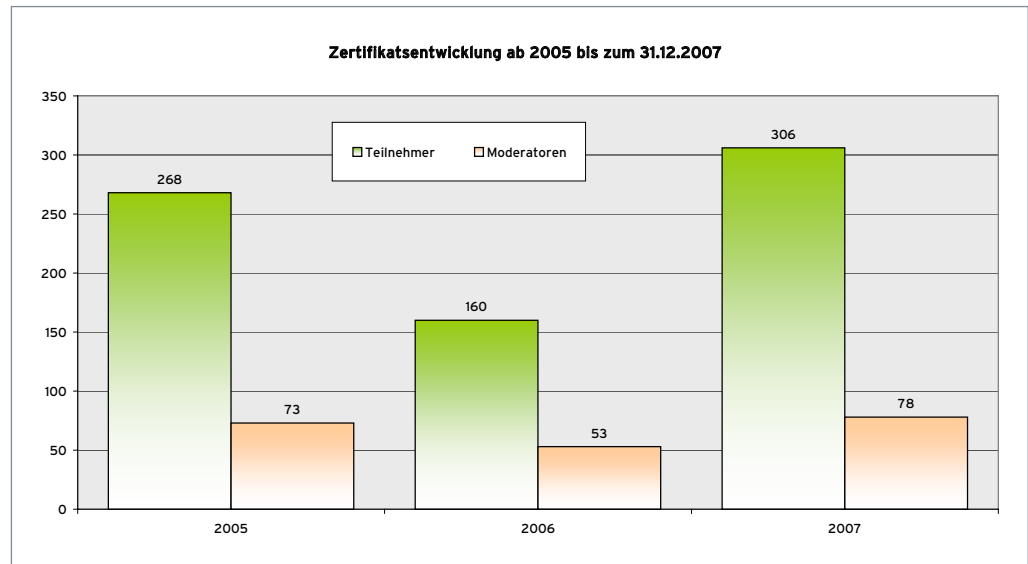
Um einen Qualitätszirkel gründen zu können, bedarf es eines geschulten Moderators. Die Akademie für ärztliche Fortbildung bildet die Moderatoren aus, die KVWL erkennt diese anschließend an. In 2007 gab es insgesamt 1.590 geschulte Moderatoren, so viele wie noch nie.



Entwicklung aller
Qualitätszirkel bis
zum 31.12.2007

Wenn ein Qualitätszirkel leitliniengerecht arbeitet, also der anerkannte Moderator eine Gruppe von sechs bis 16 Teilnehmern regelmäßig - das heißt mindestens sechs Mal pro Jahr - betreut, kann der Moderator für sich und seine Teilnehmer ein Zertifikat bei der KVWL beantragen.

Zertifikatsentwicklung ab 2005 bis zum 31.12.2007



Zertifikate

Die Zertifikate können kostenlos bei der KVWL beantragt werden. Die Formulare finden Sie auf der Internetseite www.kvwl.de unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Qualitätszirkel und Zertifikate für die leitliniengerechte Führung von Qualitätszirkeln.

**Impressum**

KVWL-Pluspunkt Extra ist eine Sondernummer der Zeitschrift KVWL-Pluspunkt

Herausgeberin

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schimrigk-Str. 4-6 44141 Dortmund, Tel. 02 31/94 32-0

Redaktionsausschuss

Dr. Ulrich Thamer (verantw.), Dr. Thomas Kriedel, Dr. Wolfgang-Axel Dryden

Redaktion

GB Kommunikation Robert-Schimrigk-Str. 4-6 44141 Dortmund

Druck

IVD GmbH & Co. KG Wilhelmstraße 240 49475 Ibbenbüren

Juni 2008