



Jahresbericht 2009

Versorgungsqualität

EXTRA

Inhaltsverzeichnis

Zahlen, Daten und Fakten	5
Diabetesvereinbarung	11
Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V - eine nicht ganz neue Pflicht	11
HIV/Aids	12
Hautkrebs-Screening	15
Homöopathie	15
Koloskopie (Darmkrebs-Früherkennung)	16
Kompetenzzentrum Patientensicherheit	25
Multiresistente Erreger (MRE)	26
MRE-Netzwerk	28
Palliativmedizinische Versorgung	30
Qualitätsmanagement und -sicherung	31
Substitution	41
Der Vorsorge-Checker	43
Einführung der neuen Ultraschall-Vereinbarung	44
Ausblick	46
Prävention	47
Glossar	49



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

Unsere vertragsärztliche Versorgung – erste Klasse!

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung ist sehr komplex. Sie umfasst alle Aspekte der Qualität: die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität.

Im Rahmen der Strukturqualität garantiert die ambulante ärztliche Versorgung nicht nur Facharztstandard sondern durchgängige Facharztpräsenz. Wer als Vertragsarzt zugelassen werden will, muss seine ärztliche Qualifikation durch eine abgeschlossene Facharztweiterbildung nachweisen. Die reicht allerdings noch nicht aus, um alle möglichen Leistungen ambulant anbieten zu können. Vielfach ist es erforderlich, insbesondere für technische Leistungen weitergehende Qualifikationen entweder durch besondere Weiterbildungsstandards oder durch ein Kolloquium zu belegen.

Zusätzlich müssen auch technische Voraussetzungen nachgewiesen werden. Geräte, die bei gesetzlich Versicherten zum Einsatz kommen, haben stets modernste Standards zu erfüllen. Nur bei erfolgreichem Beleg darf ein Vertragsarzt seine volle Leistungsfähigkeit Versicherten der GKV anbieten.

Kaum jemand kann sich noch an die Einführung der Ringversuche Labor erinnern. Doch sie waren der Beginn einer externen Überprüfung der Prozessqualität. Diese Form der Qualitätssicherung setzt sich fort in der Hygieneprüfung bei der Koloskopie, der Ableitungsqualität von Langzeit-EKG, der Bildqualität beim Röntgen und vielem mehr.

Auch die Ergebnisqualität ist in diese Sicherungsmaßnahmen inzwischen einbezogen. Die Langzeit-EKG-Prüfung schließt die ärztliche Befundung mit ein. In der Sonographie sind neben dem Befund auch die daraus abzuleitenden Konsequenzen Bestandteil der Unterlagen, die zur Prüfung einzureichen sind. Ein Beispiel dafür, wie sich durch diese Qualitätssicherung die Versorgung verbessert hat, ist die Sonographie der Säuglingshüfte. Die korrekte Ermittlung der Winkelmaße ist Grundlage für die diagnostische Wertung und die daraus resultierenden therapeutischen Konsequenzen. Ursprünglich hohe Fehlerquoten konnten durch geeignete Gegenmaßnahmen – z. B. Schulungen – be-

hoben und die Qualität wie damit auch die Sicherheit der Untersuchung und ihrer Aussage im Interesse der Patienten erheblich gesteigert werden.

Bei der Betrachtung dieser umfangreichen Maßnahmen, die naturgemäß die Vertragsärzte auch belasten und von vielen als Bürokratie empfunden werden, erstaunt es, dass sowohl von der Politik als auch von den Krankenkassen immer wieder der Vorwurf einer mangelhaften Qualität unserer medizinischen Versorgung erhoben wird. Im krassen Gegensatz zu diesen Aussagen steht das Empfinden der deutschen Bevölkerung. Ihre Wertschätzung unserer Gesundheitsversorgung drückt sich u. a. auch darin aus, dass die meisten Mitbürger im Fall, dass sie im Ausland erkranken, den kürzesten Weg zurück in die Heimat und ihre medizinische Versorgung suchen.

Betrachtet man nicht nur die Maßnahmen der Qualitätssicherung, sondern auch deren Ergebnisse, so ist eindeutig zu konstatieren:

Wir haben eine Zwei-Klassen-Medizin!

Diese ist aber anders, als sie stets von Karl Lauterbach dargestellt wird. Die Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland erfolgt zum Vorteil der gesetzlich

Krankenversicherten. In keinem anderen Bereich der medizinischen Versorgung in Deutschland erfolgt eine intensivere externe Qualitätssicherung als in der vertragsärztlichen Versorgung.

Wer immer noch von einem Qualitätsmangel der vertragsärztlichen Versorgung redet, kann also nicht die medizinische Qualität meinen. Er muss von einer anderen Qualität reden. Für uns Ärzte jedoch steht die medizinische Qualität der Versorgung der Menschen, die sich uns mit ihren gesundheitlichen Problemen anvertrauen, absolut im Vordergrund!



Ihr
Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden
2. Vorsitzender der KVWL

Zahlen, Daten und Fakten

Seit mehr als zehn Jahren sorgt der jährliche Qualitätsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) für mehr Transparenz in der ambulanten medizinischen Versorgung.

Prüfung der Strukturqualität

Grundsatz der Strukturqualität ist: Nur entsprechend qualifizierte Ärzte dürfen Leistungen erbringen, die in besonderem Maße von bestimmten Qualitätsanforderungen abhängen – zum Beispiel die Durchführung von Koloskopien, Sonographien oder Röntgenuntersuchungen, die Diabetesbehandlung oder Herzschrittmacherkontrollen. Ihre fachliche Qualifikation müssen die Ärzte durch Zeugnisse dokumentieren und nachweisen sowie gegebenenfalls durch zusätzliche Kolloquien bestätigen. Mit anderen Worten: Ärzte, die nicht über die geforderten Qualifikationen verfügen, dürfen diese Leistungen nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen.

SCHEMATISCHER ABLAUF EINES GENEHMIGUNGSVERFAHRENS

PRÜFUNG EINES ANTRAGES MIT NACHWEISEN

PERSÖNLICHE QUALIFIKATION DES ARZTES

fachliche Qualifikation per Zeugnis /
Bescheinigung
und/oder Kolloquium
und/oder präparatebezogene Prüfung
und/oder Fallsammlungsprüfung
und/oder Vorlage von Dokumentationen
und/oder Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, -konferenzen, -kursen

BETRIEBSSTÄTTENBEZOGENE QUALIFIKATION

Apparative, bauliche, organisatorische
Ausstattung der Praxis
Herstellerbescheinigungen
(Gewährleistungsgarantie)
Schriftliche Nachweise / Erklärungen
Baupläne, Hygienerahmenplan, Praxisbegehungen
fachliche Befähigung der Mitarbeiter
Aus- und Fortbildungsnachweise,
Kooperationsbescheinigungen

BESCHIED ÜBER DIE ERTEILUNG EINER GENEHMIGUNG

Inhaltliche Prüfungen durch Qualitätssicherungskommissionen

Die Bewertung der Qualität der medizinischen Leistung, die Prüfung von Genehmigungsanträgen, werden teils von Mitarbeitern der KVWL und teils von ehrenamtlich besetzten Qualitätssicherungskommissionen vorgenommen. Den Kommissionen obliegt auch die Durchführung von Kolloquien (kollegiale Fachgespräche). Insgesamt kümmern sich in Westfalen-Lippe 17 Kommissionen um die Qualitätssicherungsverfahren, vom ambulanten Operieren bis hin zur Zytologie. Zur Abwicklung aller Anträge fanden im Jahr 2009 insgesamt 90 Sitzungen statt, in denen 309 kollegiale Fachgespräche durchgeführt wurden.

Den nachfolgenden Tabellen ist zu entnehmen, in welchen Antragsverfahren schwerpunktmäßig Sitzungen der Kommission zur Durchführung von Kolloquien erforderlich waren.

Zahl der Sitzungen der Qualitätssicherungskommissionen im Jahresvergleich

Gebiet	Sitzungen						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Akupunktur	0	0	0	0	0	3	4
Kernspintomographie	siehe Radiologie						
Koloskopie	5	6	3	5	5	7	5
Labor	11	12	10	6	7	6	6
Radiologie	8	8	12	9	6	6	9
Sonographie	52	55	57	51	55	45	50
Schmerztherapie	0	0	0	0	4	4	3

Zahl der Kolloquien vor den entsprechenden Qualitätssicherungskommissionen im Jahresvergleich

Gebiet	Kolloquien						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kernspintomographie	12	16	8	5	1	2	5
Koloskopie	11	4	0	0	0	0	1
Labor	35	48	51	30	40	46	41
Radiologie	28	25	19	13	11	8	9
Sonographie	316	312	320	328	300	255	247
Schmerztherapie	0	0	0	0	5	4	3

Ergebnisse der Kolloquien vor den entsprechenden Qualitätssicherungskommissionen im Jahresvergleich

Gebiet	bestanden						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kernspintomographie	11	16	8	5	1	2	5
Koloskopie	10	3	0	0	0	0	1
Labor	33	45	49	29	40	45	41
Radiologie	28	25	19	12	11	8	9
Sonographie	283	262	281	291	271	225	216
Schmerztherapie	0	0	0	0	4	4	3

Gebiet	nicht bestanden						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Kernspintomographie	1	0	0	0	0	0	0
Koloskopie	1	1	0	0	0	0	0
Labor	2	3	2	1	0	1	0
Radiologie	0	0	0	1	0	0	0
Sonographie	33	50	39	37	29	30	31
Schmerztherapie	0	0	0	0	1	0	0

Neben der Strukturqualität als Grundlage dienen Überprüfungen der Ergebnisqualität als kontinuierliches Instrument zur Erhaltung eines qualitativ hohen Niveaus.

MÖGLICHE FOLGEVERPFLICHTUNGEN zur Aufrechterhaltung einer Genehmigung

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG nach § 95 d SGB V

AUFLAGENPRÜFUNG je nach vertraglicher Regelung (§ 135 Abs. 2 SGB V)

ggf. Dokumentationsprüfung und/oder Hygieneprüfung
und/oder Frequenzregelung und/oder Selbstüberprüfung
und/oder Überprüfung der Präparatequalität und/oder Jahresstatistik
und/oder kontinuierliche Fortbildung und/oder Qualitätszirkel
und/oder Nachweise zur Praxisorganisation und/oder Konstanzprüfung

EINZELFALLPRÜFUNGEN DURCH STICHPROBEN

zur Dialyse nach der Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
zur diagnostischen Radiologie, CT und MRT Kriterien zur Qualitätsbeurteilung
nach Richtlinien des G-BA
z. B. zur Langzeit-EKG Untersuchungen Kriterien aufgrund regionaler Regelungen
Umfang mindestens nach der Qualitätsprüfungsrichtlinie
vertragsärztliche Versorgung

Einführung und fortlaufende Weiterentwicklung eines praxisinternen
QUALITÄTSMANAGEMENTS-Systems

Die Arbeit des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität der KVWL gemeinsam mit den Qualitätssicherungskommissionen erstreckt sich somit nicht nur auf die Prüfung der ärztlichen Qualität im Antragsverfahren, sondern auch auf das Feststellen von Qualitätsdefiziten und deren Beseitigung.

Sollte ein Arzt die Anforderungen für eine genehmigte Leistung nicht mehr erbringen, wird die KV zunächst unterstützend tätig, indem sie z. B. zusätzliche Fortbildungen und/oder Beratungsgespräche anbietet. Sollte das aber nicht erfolgreich sein, kann es auch zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung für diese Leistung kommen.

Genehmigungspflichtige Verfahren

Grundlage für die Erteilung von Genehmigungen sind die

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

Die nachfolgende Tabelle spiegelt die Anzahl der in den Jahren 2003 bis 2009 erteilten Genehmigungen aller Genehmigungsbereiche wider. Bezugszeitraum ist jeweils das gesamte Jahr (1.1. bis 31.12.).

Regelungen auf Bundesebene:	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ambulantes Operieren/Anästhesien	182	3.931**	310	196	1.650**	429	504
Akupunktur	---	---	---	---	1.389**	300	78
Apharesen	11	9	9	5	3	4	2
Arthroskopie	11	41	22	17	30	31	31
Dialyse	75	5	9	7	3	6	3
Harnsteinstoßwellen-Lithotripsie	6	9	10	10	11	8	12
Hautkrebs-Screening	---	---	---	---	---	3.319**	509
Herzschrittmacher-Untersuchungen	17	49	32	235**	14	15	32
Histopathologie	---	---	---	---	---	---	0
HIV	---	---	---	---	---	---	14**
Invasive Kardiologie	4	7	7	8	8	4	11
Interventionelle Radiologie	---	---	---	13**	42	11	7
Kernspintomographie	19	35	44	18	45	51	63
Koloskopie	210	60	28	24	54	45	29
Langzeit-EKG-Untersuchungen	147	228	349	289	311	365	291
Mammographie	---	---	---	---	---	---	21
MR-Angiographie	---	---	---	---	1**	298	32
Onkologie	17	30	18	20	43	38	26
Otoakustische Emissionen	13	14	25	17	24	20	30
Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	---	---	---	---	10**	20	13
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)	6	3	8	10	1	6	4
Psychotherapie	503	591	635	517	814	973	701
Schlafbezogene Atmungsstörungen-Polygraphie/Polysomnographie	11	17	217**	82	48	93	47
Schmerztherapie	6	9	70**	19	11	31	11
Sozialpsychiatrie	---	---	---	3	5	5	2

Soziotherapie	8	3	2	2	3	4	4
Spezielle Laboruntersuchungen	136	161	515	96	212	349	143
Strahlendiagnostik und -therapie	213	346	575	333	380	397	485
Substitution (Methadon)	93	47	33	12	12	41	8
Ultraschalldiagnostik	1.556	1.378	2.130	1.789	2.160**	3.906	3.570
Vakuumbiopsie	---	---	---	---	---	---	39**
Verordnung medizinischer Rehabilitation	0	455**	406	724	1.085	396	360
Zytologie	7	9	4	5	144**	10	4
Regelungen auf Landesebene:	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Strukturvertrag „Kataraktoperationen“	---	---	---	119**	3	2	3
Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP)	115	13	384**	24	31	26	28
DMP Asthma/COPD	---	---	---	1.291**	2.156	1.350	484
DMP Brustkrebs	530	235	66	32	48	55	30
DMP Diabetes mellitus Typ 1	---	---	425**	321	157	143	86
DMP Diabetes mellitus Typ 2	3.756	2.136	1.278	401	448	338	313
DMP Koronare Herzkrankheit	---	4.255**	2.254	336	432	353	294
Hausarztzentrierte Versorgung (GEK)	---	---	568**	302	298	224	153
Hausarztzentrierte Versorgung (Knappschaft)	---	---	---	---	---	57**	458
Hausarztzentrierte Versorgung (BIGprevent)	---	---	---	---	---	105**	306
Hausarztzentrierte Versorgung (alle Kassen lt. Anlage 1 zum Vertrag)	---	---	---	---	---	597**	1.013**
HIV/Aids	---	---	11	7	9	2	beendet
Homöopathie (BKK Mobil Oil)	---	---	---	---	---	4**	15
Homöopathie (GEK)	---	---	---	---	110**	14	14
Homöopathie (SECURVITA)	---	---	---	---	---	---	82**
Intravitreale Injektion (IVI)	---	---	---	---	---	76**	20
Naturheilverfahren (IKK)	44	39	95	48	64	49	35
Palliativmedizin	---	---	---	---	498**	277	1.897**
Prävention BIGprevent	---	---	---	---	---	38**	81
Prävention IKK	---	---	---	---	---	344**	291**
Prävention BKK	---	---	---	---	---	---	292**
Gesamt:	7.696	14.115	10.539	7.332	12.767	15.229	12.981

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

Neben den Genehmigungen auf Grundlage von Verträgen, Vereinbarungen und Richtlinien müssen auch so genannte Abrechnungserlaubnisse nach detaillierten Vorgaben der ärztlichen Gebührenordnung (EBM) erteilt werden.

Abrechnungserlaubnisse	2006		2007		2008		2009	
	Anträge	Genehmigungen	Anträge	Genehmigungen	Anträge	Genehmigungen	Anträge	Genehmigungen
Chirotherapie	87	87	74	74	93	86	69	60
Diabetischer Fuß	112	99	88	76	88	76	87	87
Dermahistologie	---	---	---	---	9	9	3	3
Humangenetik Kapitel 11.3	---	---	---	---	9	9	5	5
Funktionsstörung der Hand	26	26	39	39	39	39	22	22
Entwicklungsneurologische Untersuchung	123	123	1	1	1	1	8	8
Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern	---	---	---	---	---	---	---	---
Impfungen außerhalb des Fachgebietes	152	152	149	149	63	63	87	87
Intravitreale Injektion (IVI) BDOC	---	---	---	---	41	41	22	22
Krebsfrüherkennung bei der Frau	13	13	---	---	---	---	2	2
Empfängnisregelung	13	13	---	---	---	---	4	4
Leistungen nach 30.3/30.4	43	43	10	10	10	10	4	4
Gesamtanzahl	569	556	361	349	353	334	313	304

Antragsvolumen

Im Jahr 2009 haben die Vertragsärzte in Westfalen-Lippe insgesamt 14.725 Anträge auf Durchführung und Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen gestellt. 9,8 Prozent der Anträge haben nicht oder noch nicht zu einer Genehmigung geführt.

In der Regel ist zum Nachweis der fachlichen Befähigungen die Vorlage von entsprechenden Weiterbildungszeugnissen ausreichend, so dass über die Anträge bereits durch Mitarbeiter der KVWL entschieden werden kann. In den Fällen, in denen die Zeugnisse keine eindeutige Einschätzung der fachlichen Qualifikation zulassen oder nach den entsprechenden Richtlinien, Vereinbarungen und Verträgen besondere Fachkenntnisse erforderlich sind, wird die Beurteilung durch die fachkundig besetzten Qualitätssicherungskommissionen durchgeführt.

Diabetesvereinbarung

Mit Einführung der neuen Finanzierungsstrukturen im Gesundheitswesen standen die bisherigen Disease-Management-Programme (DMP) zur Disposition. Der KVWL ist es jedoch gelungen, der gesamten Diabetikerversorgung Rechnung zu tragen. Zum 1.10.2009 wurde eine Vereinbarung geschlossen, die die Behandlung der Typ-1 und Typ-2 Diabetiker umfasst und die Versorgung dieser Patienten durch diabetologische Schwerpunktpraxen regelt.

Die Diabetesvereinbarung ist auf unseren Internetseiten abrufbar.
http://www.kvwl.de/arzt/recht/kvwl/dmp_diabetes_dsp/index.htm

Internet: www.kvwl.de
Rubriken:
Mitglieder
Recht und Verträge
KVWL Rechtsquellen

Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V – eine nicht ganz neue Pflicht

Seit dem 1.1.2004 ist im Sozialgesetzbuch SGB V verankert, dass sich ein Vertragsarzt oder -psychotherapeut „in dem Umfang fachlich fortzubilden hat, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist“ (§ 95 d Absatz 1 Satz 1 SGB V).

Diese Pflicht zur fachlichen Fortbildung entspricht der bereits berufsrechtlich und in den Berufsordnungen der Kammern fixierten Fortbildungspflicht für Ärzte und für Psychologische Psychotherapeuten. Neu ist lediglich die Nachweispflicht, der alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzukommen ist (nach § 95 d Absatz 3 SGB V).

Bis zu einem Stichtag, der alle fünf Jahre periodisch wiederkehrt, muss der Vertragsarzt oder -psychotherapeut nachweisen, dass er sich im zurückliegenden Fünfjahreszeitraum fachlich fortgebildet hat. Mitglieder der KVWL, die am 1.7.2004 bereits zugelassen, am Krankenhaus ermächtigt oder bei einem Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeuten oder an einem Medizinischen Versorgungszentrum angestellt waren, waren verpflichtet, den Nachweis erstmals spätestens bis zum 30.6.2009 zu erbringen. Für Mitglieder, die ab dem 1.7.2004 die vertragsärztliche oder vertragspsychotherapeutische Tätigkeit aufgenommen haben, gilt ein Stichtag entsprechend fünf Jahre nach dem Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit. Die weiteren Nachweiszeiträume beginnen jeweils mit dem Tag, der auf den Tag des Fristablaufs des vorangegangenen Nachweiszeitraums folgt. Die KVWL bietet an, den persönlichen Nachweiszeitraum zu ermitteln.

Der Nachweis der Fortbildung erfolgt durch das Fortbildungszertifikat der Ärztekammer Westfalen-Lippe oder der Psychotherapeutenkammer NRW. Diese stellen das Fortbildungszertifikat nicht automatisch bei Erreichen der 250 Fortbildungspunkte aus. Deshalb muss die Ausstellung bei der jeweiligen Kammer beantragt werden. Es reicht nicht aus, wenn die Fortbildungspunkte auf dem Punktekonto der Kammern registriert sind.

Wird die Fortbildung nicht fristgerecht gegenüber einer Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen, ist sie durch das Gesetz verpflichtet, das Honorar des betroffenen Arztes oder Psychotherapeuten für die ersten vier Quartale nach Ablauf des Nachweiszeitraums um zehn Prozent zu kürzen, ab dem fünften Quartal um 25 Prozent. Die Fortbildung muss

Internet: www.kvwl.de
Rubriken:
Mitglieder
Qualität
Fortbildungspflicht

innerhalb von zwei Jahren nach Ablauf des Nachweiszeitraums nachgeholt werden. Geschieht dies nicht, soll die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung gegenüber dem Zulassungsausschuss einen Antrag auf Entziehung der Zulassung, auf Widerruf der Ermächtigung oder auf Widerruf der Genehmigung zur Anstellung stellen.

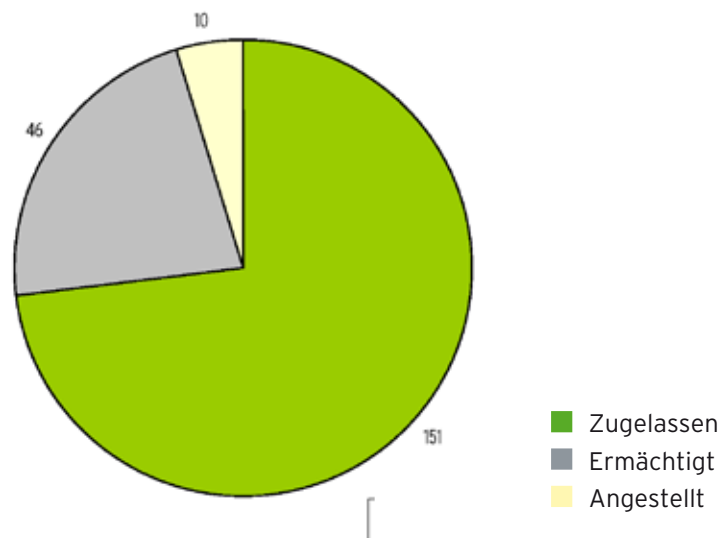
Fortbildung und Nachweis – eine Selbstverständlichkeit in Westfalen-Lippe

Für 9.218 Vertragsärzte und 1.097 Vertragspsychotherapeuten lief am 30.6. 2009 der erste Nachweiszeitraum ab. Insgesamt haben 9.004 Ärzte (97,68 Prozent) und 1.087 Psychotherapeuten (99,09 Prozent) gegenüber der KVWL ihre Fortbildung nachgewiesen.

Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass für die meisten Ärzte und Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe die regelmäßige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen eine Selbstverständlichkeit ist.

Von den insgesamt 10.315 Nachweispflichtigen geraten nun 207 wegen nicht nachgewiesener Fortbildung in die gesetzlich vorgeschriebene Honorarkürzung. Darunter sind 151 zugelassene, 46 ermächtigte und zehn angestellte Ärzte oder Psychotherapeuten.

Verteilung der Honorarkürzung nach Tätigkeitsstatus



HIV/Aids

Die spezialisierte Versorgung von Patienten mit einer HIV-Infektion/Aids-Erkrankung wurde bisher durch einen speziellen Vertrag (Vereinbarung zur Förderung einer qualitätsgesicherten Versorgung HIV-infizierter Patientinnen und Patienten in Westfalen-Lippe) geregelt. Die guten Erfahrungen der KV Westfalen-Lippe und anderer KVen sind 2009 in eine bundesweit einheitlich geltende Vereinbarung eingeflossen.

Ziel der neuen Vereinbarung ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden leitliniengerechten Steuerung und Durchführung der Behandlung und Betreuung HIV-infizierter und an Aids erkrankter Patienten in allen Krankheitsstadien durch den behandlungsführenden Arzt, auch in Kooperation mit anderen, besonders qualifizierten Fachärzten.

Die Vereinbarung umfasst Anforderungen an eine patientengruppenübergreifende spezialisierte Versorgung, ergänzt um einen patientengruppenabhängigen Bereich. Danach umfasst die Basisbetreuung eine regelmäßige Untersuchung des Patienten, die Steuerung und Koordination der Behandlung sowie die gründliche Beratung des Patienten. Darüber hinaus die Durchführung eines Recall-Systems, eine aktive Beteiligung des Patienten sowie die Dokumentation.

Im Rahmen der regelmäßigen Untersuchungen des Patienten werden insbesondere die CD4-Zellen bestimmt. Weiterhin folgt eine Bestimmung der Viruslast und der Veranlassung sowie eine Bewertung der erforderlichen Laboruntersuchungen. Zu den weiteren Schritten zählen die Untersuchung und Beratung zu sexuell übertragbaren Krankheiten sowie ein Screening auf Erkrankungen, die bei diesen Patienten häufiger auftreten.

Als weiteren Bestandteil umfasst die Behandlung ebenfalls die Steuerung und Koordination der psychosozialen Versorgung und die Vermittlung von geeigneten Beratungsangeboten bis hin zur Kooperation mit spezialisierten Pflegediensten und Hospizen.

Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung müssen die teilnehmenden Ärzte nachweisen, dass sie im Schnitt pro Quartal 25 Patienten betreuen. In begründeten Einzelfällen kann die KV zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten von dieser Regelung abweichen. Ein wichtiger Aspekt der Vereinbarung ist die kontinuierliche Weiterbildung der Ärzte. Jährlich müssen sie 30 Fortbildungspunkte zu diesem speziellen Themenkomplex nachweisen, der zum Teil durch die Teilnahme an Qualitätszirkeln erworben werden kann. Hinzu kommt die jährliche Dokumentationsprüfung von zehn Prozent der teilnehmenden Ärzte zu zehn abgerechneten Fällen.

Mit Inkrafttreten der Vereinbarung ab dem 1.7.2009 gilt für alle Genehmigungsinhaber die Verpflichtung, nach den Vorgaben der Anlage 1 der QS-Vereinbarung Behandlungsfälle von HIV/Aids zu dokumentieren. Die zuständige Qualitätssicherungskommission hat sich mit den zu dokumentierenden Vorgaben nach der HIV/Aids-Vereinbarung intensiv auseinandergesetzt und einen vierseitigen Dokumentationsbogen entwickelt, der alle geforderten Angaben der Anlage 1 enthält.

Der Dokumentationsbogen ist auf den Internetseiten der KVWL online unter <http://www.kvwl.de/arzt/qsqm/struktur/genuehmigung/antrag/hiv.htm> abrufbar und kann direkt am PC ausgefüllt werden.

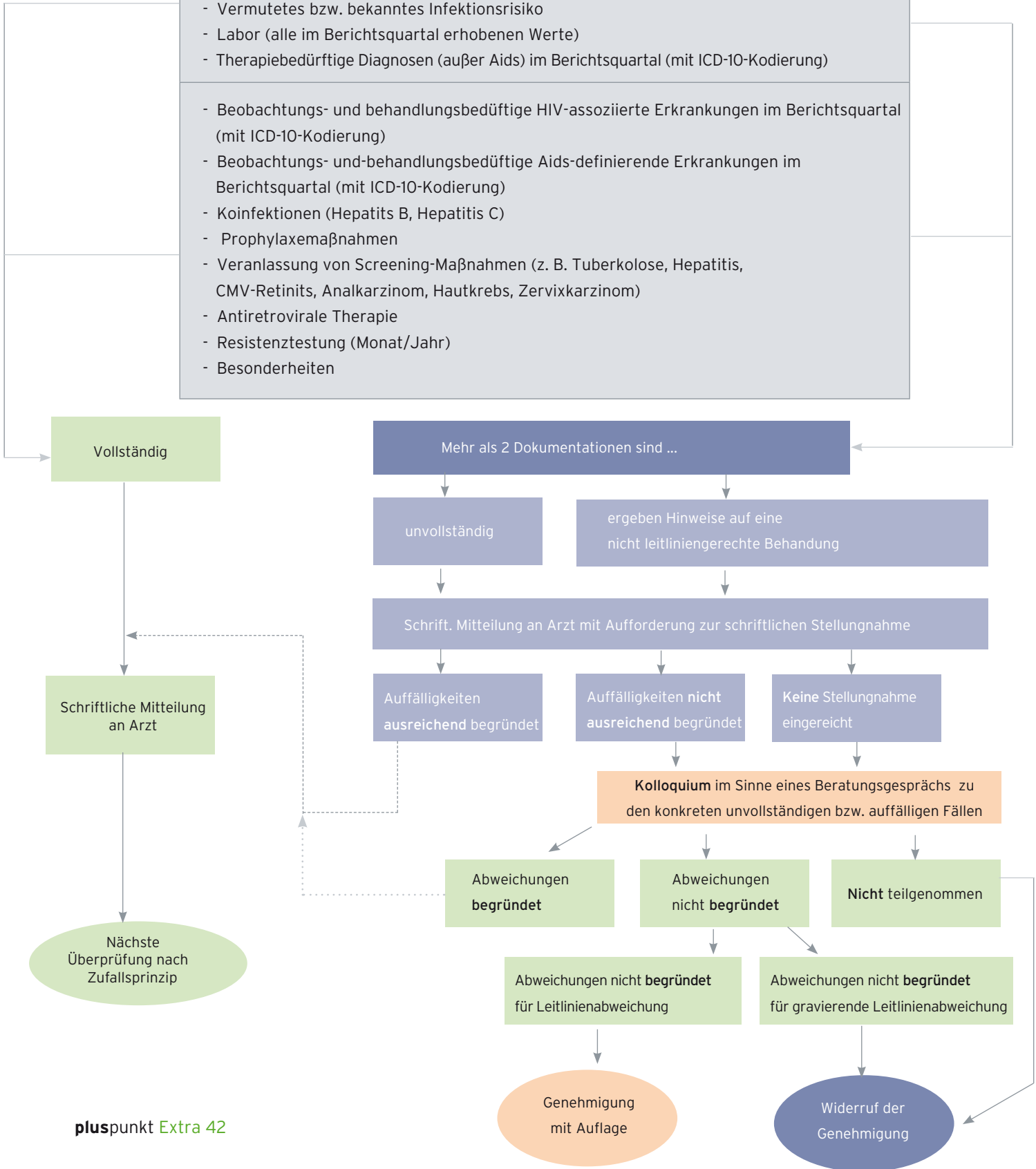
Internet: www.kvwl.de
Rubriken:
Mitglieder
Qualitätssicherung
Genehmigungen
Anträge und
Voraussetzungen
HIV

Hinweis:

Die Verwendung des Dokumentationsbogens wird nicht nur den betreffenden Ärzten die Dokumentationsarbeit erleichtern, sondern es wird zusätzlich gewährleistet, dass die Prüfung für alle an der QS-Vereinbarung HIV/Aids teilnehmenden Ärzte unter gleichen Bedingungen erfolgen kann.

Überprüfung der 10 Patientendokumentationen HIV/Aids

- Die Überprüfung der Dokumentation einer HIV/Aids-Behandlung bezieht sich auf die **vorgegebenen Dokumentationsvorgaben der Anlage 1**
- Patientendaten
 - Vermutetes bzw. bekanntes Infektionsrisiko
 - Labor (alle im Berichtsquartal erhobenen Werte)
 - Therapiebedürftige Diagnosen (außer Aids) im Berichtsquartal (mit ICD-10-Kodierung)
-
- Beobachtungs- und behandlungsbedürftige HIV-assoziierte Erkrankungen im Berichtsquartal (mit ICD-10-Kodierung)
 - Beobachtungs- und behandlungsbedürftige Aids-definierende Erkrankungen im Berichtsquartal (mit ICD-10-Kodierung)
 - Koinfektionen (Hepatitis B, Hepatitis C)
 - Prophylaxemaßnahmen
 - Veranlassung von Screening-Maßnahmen (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, CMV-Retinitis, Analkarzinom, Hautkrebs, Zervixkarzinom)
 - Antiretrovirale Therapie
 - Resistenztestung (Monat/Jahr)
 - Besonderheiten



Hautkrebs-Screening

Zum 1.10.2009 ist die in den Krebsfrüherkennungsrichtlinien bereits angekündigte Qualitätssicherungsvereinbarung zur Histopathologie in Kraft getreten. Antragsberechtigt sind nach der neuen Vereinbarung Fachärzte für Pathologie sowie Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der Zusatzbezeichnung Dermatohistologie. Zum Nachweis der fachlichen Befähigung muss die persönliche Befundung einer bestimmten Anzahl von histopathologischen Präparaten nachgewiesen werden. Darüber hinaus sind die Anforderungen an die apparative Ausstattung, Archivierung und Dokumentation zu erfüllen.

Für Ärzte, denen eine Genehmigung erteilt wurde, besteht als Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung die jährliche Nachweispflicht über die persönliche Befundung von 1.000 dermatohistologischen Präparaten.

Zudem wird die KVWL eine stichprobenhafte Überprüfung der Dokumentationen vornehmen, wobei sich die Überprüfung auf die Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der ärztlichen Dokumentation der histopathologischen Befundung richtet.

Hinweis:

In Verbindung mit dieser neuen Vereinbarung wurde eine neue Gebührenordnungsposition (GOP) in den EBM aufgenommen, nach der die histopathologischen Untersuchungen im Rahmen des Hautkrebs-Screenings zukünftig abgerechnet werden sollen.

Homöopathie

Die SECURVITA BKK hat zum 1.7.2009 einen Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73 c SGB V mit der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung der KVen und der KBV geschlossen. Der neue Vertrag knüpft an den zum 30.6.2009 gekündigten Vertrag mit dem Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte (DZVhÄ) an, der bis dato im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V ohne eine Beteiligung der KV abgewickelt wurde.

Die Versorgung der Patienten mit klassischer Homöopathie blieb auf gleichem Niveau erhalten, ebenso die Vergütung der Leistungen, welche außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung erfolgt. So umfasst der Vertrag weiterhin die homöopathische Erstanamnese nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten, die Repertorisation, die homöopathische Analyse sowie eine homöopathische Folgeanamnese inklusive einer homöopathischen Beratung.

Voraussetzung für die Teilnahme ist die Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ oder das Homöopathie-Diplom des DZVhÄ. Zur Aufrechterhaltung der Genehmigung ist einmal jährlich die Teilnahme an einer homöopathischen Fortbildung und/oder Qualitätszirkeln nachzuweisen.

Hinweis:

Zum 1.1.2010 ist die BKK Linde dem Vertrag beigetreten. Alle Vertragsinhalte gelten analog auch für die BKK Linde; eine erneute Teilnahmeerklärung ist nicht erforderlich. Gleiches gilt für die BKK Daimler, deren Beitritt zum 1.4.2010 erfolgte.

Koloskopie (Darmkrebs-Früherkennung)

Seit dem 1.10.2002 ist die Koloskopie Bestandteil des Krebsfrüherkennungs-Programms. Zum gleichen Zeitpunkt wurde die Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 zur Durchführung von Koloskopien in Kraft gesetzt. Auf der Grundlage der in der Vereinbarung festgesetzten Qualitätsanforderungen sind im Geltungsbereich der KVWL insgesamt 227 Ärzte berechtigt, die präventive Koloskopie zu erbringen (Stichtag: 1.12.2009).

Die Ergebnisse der Früherkennungs-Koloskopien werden durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI) hinsichtlich der Akzeptanz der Früherkennungs-Koloskopie zur Prävalenz entdeckter Adenome und Karzinome etc. wissenschaftlich ausgewertet. Da zum jetzigen Zeitpunkt noch keine aktuellen Messzahlen für das Jahr 2009 zur Verfügung stehen, dienen die Daten aus dem Jahr 2008 als Basis für die folgende Untersuchung.

Patientenkollektiv:

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 38.611 Patienten dokumentiert, die sich einer Früherkennungs-Koloskopie unterzogen haben. Von diesen Patienten waren 18.094 Männer (46,9 Prozent) und 20.517 Frauen. Das mittlere Alter (Median) der untersuchten Männer betrug 64 Jahre, das der Frauen 63 Jahre.

Komplikationen:

In 62 Fällen ereigneten sich Komplikationen in Zusammenhang einer Früherkennungs-Koloskopie.

Adenomdetektion:

Im Jahr 2008 wurde bei 4.630 Männern (25,6 Prozent) und bei 3.371 Frauen (16,4 Prozent) ein Adenom diagnostiziert. Unter diesen Patienten waren 1.597 Männer (8,8 Prozent) und 1.081 Frauen (5,3 Prozent) mit einem fortgeschrittenen Adenom.

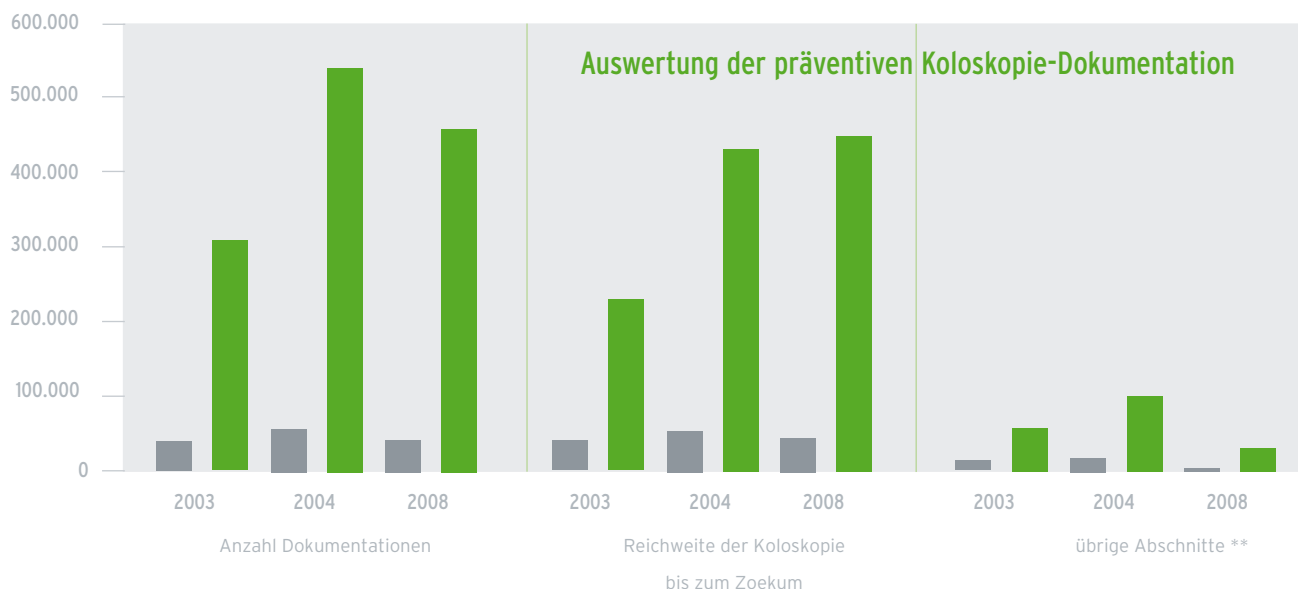
Karzinomdetektion:

Bei 434 Patienten wurde ein kolorektales Karzinom festgestellt. Die hiervon betroffenen Patienten waren im Mittel 69 Jahre (Median) alt.

Weitere Maßnahmen:

Den 8.001 Patienten mit einem Adenombefund wurde in 278 Fällen eine (weitere) ambulante Polypektomie und in 361 Fällen eine stationäre Polypektomie bzw. eine OP als weitere Maßnahme empfohlen.

Auswertung der präventiven Koloskopie-Dokumentation auf der Datenbasis des Jahres 2008 durch das ZI. Wir haben die aktuellen Zahlen mit den Auswertungen der Jahre 2003 und 2004 verglichen.



	Anzahl Dokumentation			Reichweite der Koloskopie bis zum Zoekum			übrige Abschnitte**		
	2003	2004	2008	2003	2004	2008	2003	2004	2008
■ KVWL	23.410	49.615	38.611	19.964	43.047	37.762	3.446	6.568	849
■ Gesamt alle KVEn	303.050	537.221	466.253	219.864	413.165	458.793	83.186	124.056	7.460

**Ileum, Rektum, Sigma, Col.desc., li. Flex., Col.transv., re. Flex.

Sedierung vor der Koloskopie

Zum Hintergrund dieser Darstellung:

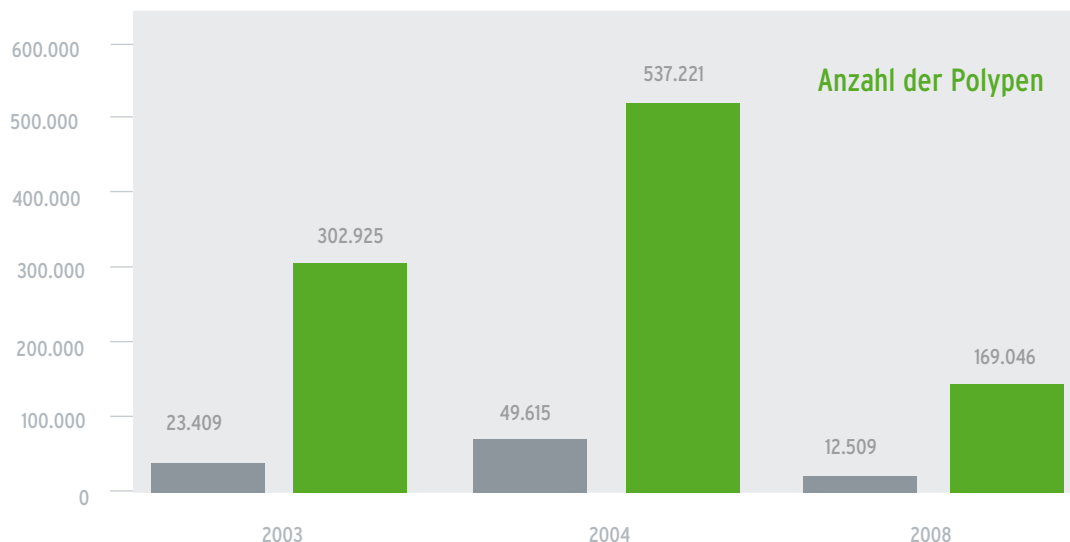
In Deutschland wird bei der überwiegenden Anzahl koloskopischer Untersuchungen eine Sedierung vorgenommen. Im Jahr 2008 wurde eine S3-Leitlinie zur „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ verfasst (Riphaus et al 2008), die u. a. differenzierte Empfehlungen zum Einsatz von Sedativa bei älteren Patienten bzw. bei Risikopatienten enthält. Im Bereich der KVWL erhielten 92,0 Prozent gegenüber 89,5 Prozent der Patienten im Bundesgebiet eine Sedierung.

Sedierung von Patienten nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe	KVWL		Bundesweite Ergebnisse	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Jahre	n	n	n	n
55 - 64	8.324	10.546	95.823	127.410
65 - 74	6.009	6.935	71.437	83.495
75 und älter	1.675	2.036	17.576	21.359
Gesamt	16.008	19.517	184.836	232.264

Nur Personen mit gültigen Angaben zur Sedierung und zum Alter

© ZI 2009



Häufigkeit und Vollständigkeit der Polypektomien

Zum Hintergrund dieser Darstellung:

Die vollständige Entfernung bei der Koloskopie entdeckter Polypen ist der entscheidende Faktor für den protektiven Effekt der Maßnahme zur Verhinderung eines Darmkrebses. Die Größe des entfernten Polypen, der histologische Adenomtyp und der Schweregrad der intraepithelialen Neoplasie bestimmen die Höhe des Risikos für Lokalrezidive und metachrone Polypen. So beträgt die Lokalrezidivrate bei Polypen > 2 cm 8 bis 20 Prozent.

Die abgetragenen Polypen sollten möglichst zu über 95 Prozent geborgen und einer histopathologischen Analyse zugänglich gemacht werden.

Die folgende Tabelle zeigt die Häufigkeit von Polypektomien bei den bundesweiten Daten im Vergleich zu Westfalen-Lippe. Da polypenmorphologische Gesichtspunkte die Ektomie-rate wesentlich bestimmen, werden nachfolgend die Ergebnisse nach morphologischen Kriterien differenziert.

Vollständigkeit der Adenomentfernung in Abhängigkeit der morphologischen Kriterien

Altersgruppe (Jahre)	KVWL		Bundesweite Ergebnisse	
	vollständig entfernt	%	vollständig entfernt	%
	n		n	
sessil				
< 0,5	2.234	88,5	34.493	88,9
0,5 - 1 cm	1.540	87,3	23.007	88,8
1 - 2 cm	412	86,4	4.825	81,8
> 2 cm	81	50,0	1.016	43,8
gestielt				
< 0,5	146	90,1	858	86,0
0,5 - 1 cm	705	88,5	9.137	89,6
1 - 2 cm	575	91,7	6.582	88,5
> 2 cm	167	76,6	1.896	75,2
flaches Adenom				
< 0,5	428	85,1	5.051	85,5
0,5 - 1 cm	344	85,6	4.506	84,7
1 - 2 cm	170	79,8	1.830	74,5
> 2 cm	56	43,1	550	38,0
gesamt	6.858	85,9	93.751	85,8

Prozentbasis: Patienten mit jeweiliger Befundkonstellation

©ZI 2009

Histologische Befunde

Histologische Befunde nach Geschlecht der Patienten

Männer	KVWL		Bundesweite Ergebnisse	
	n	%	n	%
hyperplastischer Polyp	2.095	11,6	29.552	13,6
sonstiger Polyp	211	1,2	2.985	1,4
tubulläres Adenom	3.697	20,4	51.976	23,9
tubulovillöses Adenom	793	4,4	9.224	4,2
villöses Adenom	27	0,1	442	0,2
HGIN	156	0,9	2.533	1,2
Histologisch Ca.	237	1,3	2.781	1,3
sonst.benigne	376	2,1	5.365	2,5
sonst.maligne	30	0,2	178	0,1
Frauen				
hyperplastischer Polyp	2.059	10,0	27.834	11,2
sonstiger Polyp	205	1,0	2.850	1,1
tubulläres Adenom	2.701	13,2	37.774	15,2
tubulovillöses Adenom	558	2,7	6.292	2,5
villöses Adenom	16	0,1	332	0,1
HGIN	121	0,6	1.543	0,6
Histologisch Ca.	160	0,8	1.784	0,7
sonst.benigne	578	2,8	6.889	2,8
sonst.maligne	11	0,1	150	0,1

Prozentbasis: alle Patienten mit gültigen Angaben zum Geschlecht

©ZI 2009

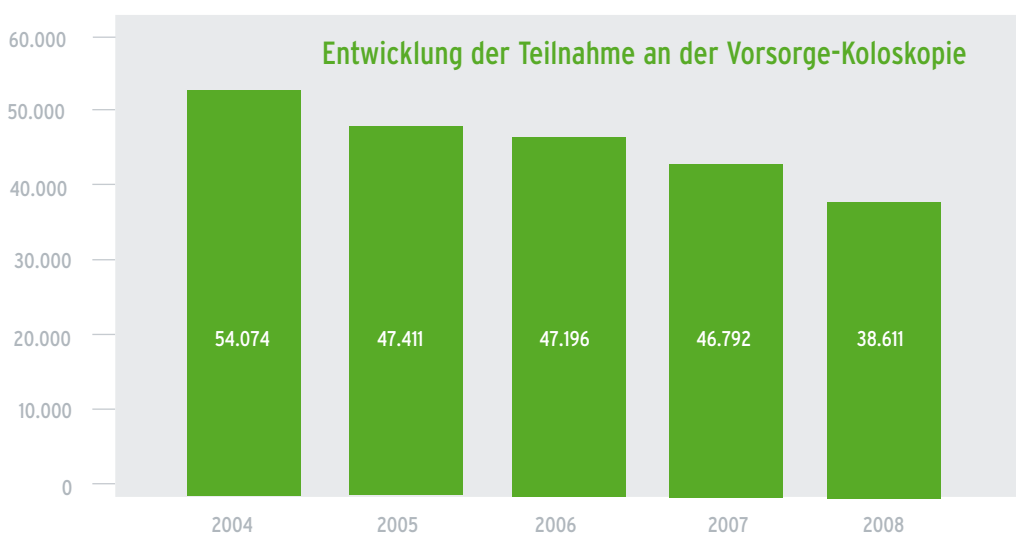
Ein bereits manifestes kolorektales Karzinom wurde bei den völlig symptomlosen Patienten in zirka 1,12 Prozent der Untersuchten nachgewiesen. Im Jahr 2004 lag die Nachweisrate noch bei 0,7 Prozent.

Bei den untersuchten Männern wird die Karzinomdiagnose im Mittel im Alter von 68,4 Jahren (95 Prozent KI: 68,2 - 68,7), bei Frauen im Alter von 69,1 Jahren (95 Prozent KI: 68,8 - 69,5) gestellt. Mithin sind die von einem kolorektalen Tumor betroffenen Patienten etwa 0,7 Jahre bzw. 5,9 Jahre älter als der Durchschnitt aller Teilnehmer. Nach den aktuellen Daten der Gesellschaft epidemiologischer Krebsregister in Deutschland erkrankten Männer im Durchschnitt mit 69 und Frauen mit 75 Jahren an Darmkrebs (RKI/GEKID 2008). Damit wird bei weiblichen Untersuchten die Krebsdiagnose durch das Koloskopie-Screening durchschnittlich zirka sechs Jahre und bei männlichen Untersuchten zirka ein dreiviertel Jahr vor dem mittleren Diagnosezeitpunkt gestellt.

Polypöse Veränderungen in Form von Adenomen wurden im Rahmen dieser endoskopischen Krebsvorsorgeuntersuchungen bei fast jedem dritten Patienten festgestellt. Durch rechtzeitige Entfernung dieser polypösen Strukturen in der gleichen endoskopischen Sitzung sollte bei ausreichender Akzeptanz des Krebsvorsorge-Programms die alleinige Inzidenz des kolorektalen Karzinoms zurückgedrängt werden können.

Beim Vergleich der Ergebnisse der Vorsorge-Koloskopie zwischen der bundesweiten Erhebung und den Ergebnissen der KVWL bestanden bezüglich der Quantität und der aufgrund der Qualitätssicherungs-Vereinbarung zur Durchführung von Koloskopien verbesserten Qualität der Untersuchungen keine signifikanten Unterschiede.

Nach Einführung des Programms konnte auch Dank einer starken Unterstützung durch eine breite Öffentlichkeitsarbeit zunächst eine kontinuierliche Zunahme der Vorsorgeuntersuchungen beobachtet werden. Nach einem Maximalanstieg in 2004 sank die Teilnehmerate in den folgenden Jahren jedoch ab.

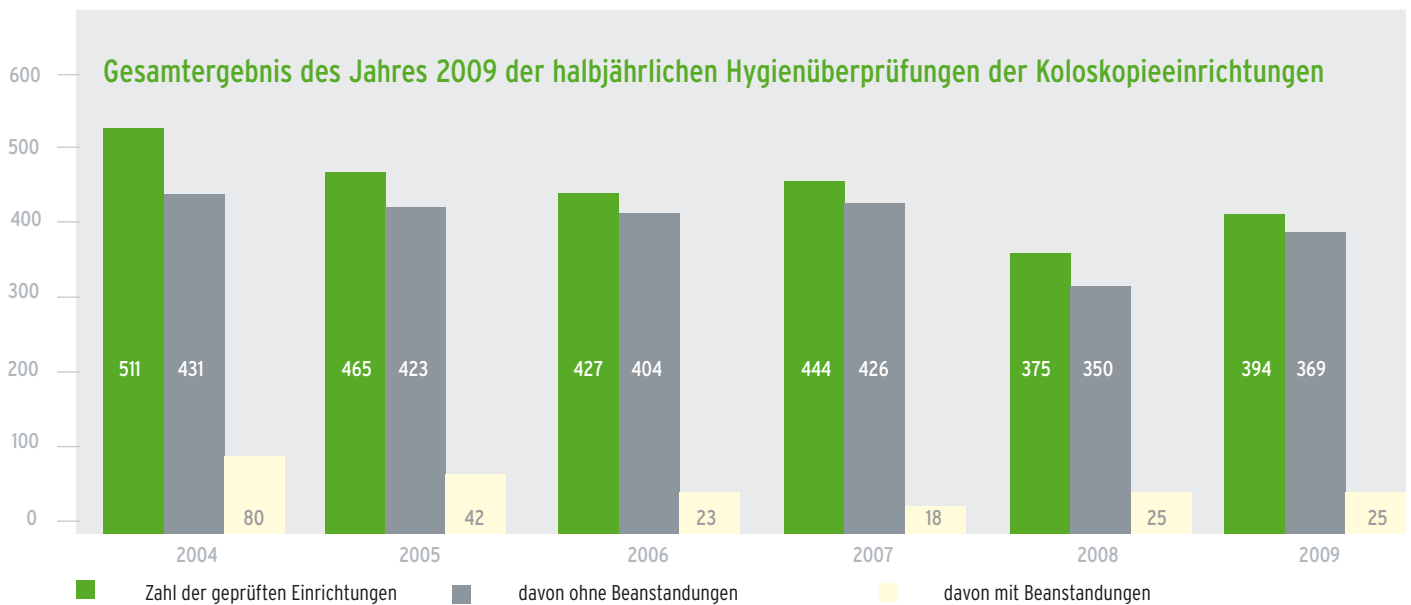


Fazit:

Durch gemeinsame Anstrengungen aller Arztgruppen und intensivierte Kooperation aller zur Vorsorge-Koloskopie berechtigten Ärzte mit den zuweisenden Kolleginnen und Kollegen (Hausärzte/hausärztlich tätige Internisten, Gynäkologen, Urologen u. a.) sollte es möglich sein, die Motivation der Anspruchsberechtigten zu steigern und damit zu erreichen, den Trend wieder umzukehren, um das gemeinsame Ziel einer Senkung der Inzidenz des kolorektalen Karzinoms zu erreichen.

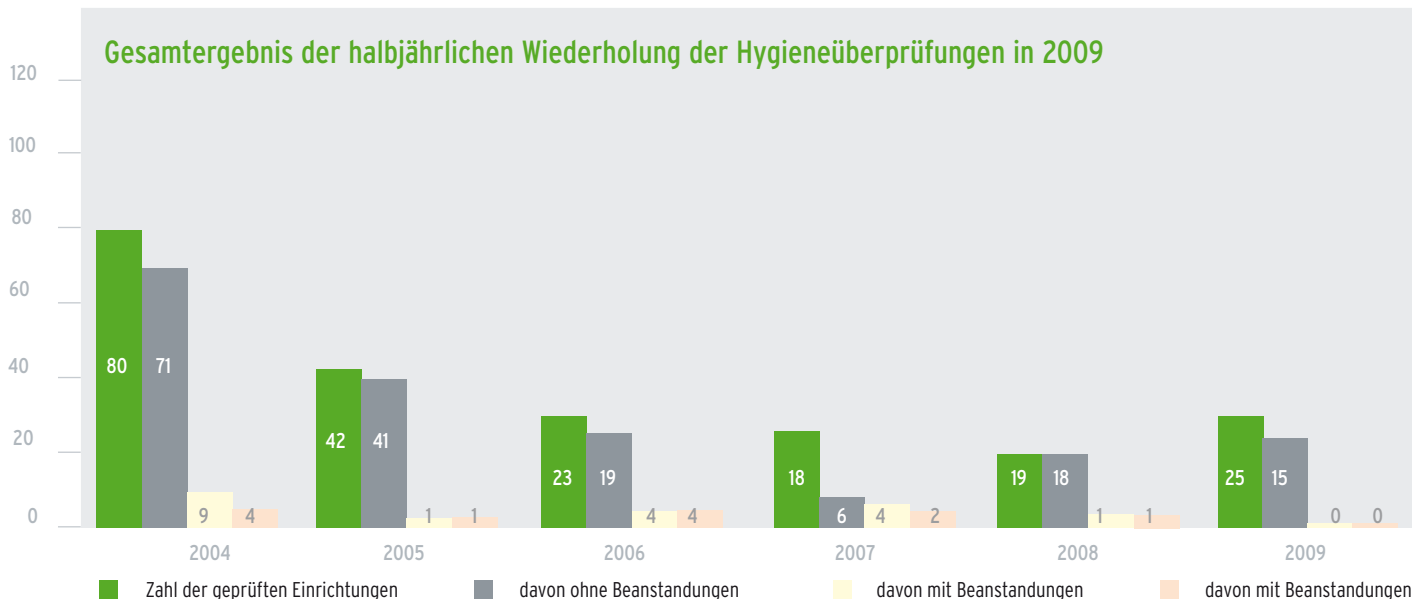
Koloskopie (Hygiene- und Auflagenprüfung)

Zu den zentralen Punkten der Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie zählt neben den halbjährlichen Hygieneüberprüfungen auch eine Frequenzregelung. Innerhalb eines Jahres ist eine Mindestfrequenz von 200 Koloskopien sowie mindestens zehn Polypektomien nachzuweisen. Die Auflage gilt dann als bestanden, wenn bei Erreichen der Mindestfrequenz anhand von 20 Dokumentationen einer totalen Koloskopie und fünf Dokumentationen einer Polypektomie keine Mängel festgestellt werden.



Diese Aufstellung zeigt, dass es zu Beginn der Überprüfungen im Jahr 2004 noch bei 16 Prozent der geprüften Einrichtungen Anlass für Beanstandungen gab. Diese finden sich im Jahr 2009 nur noch bei sechs Prozent der geprüften Einrichtungen.

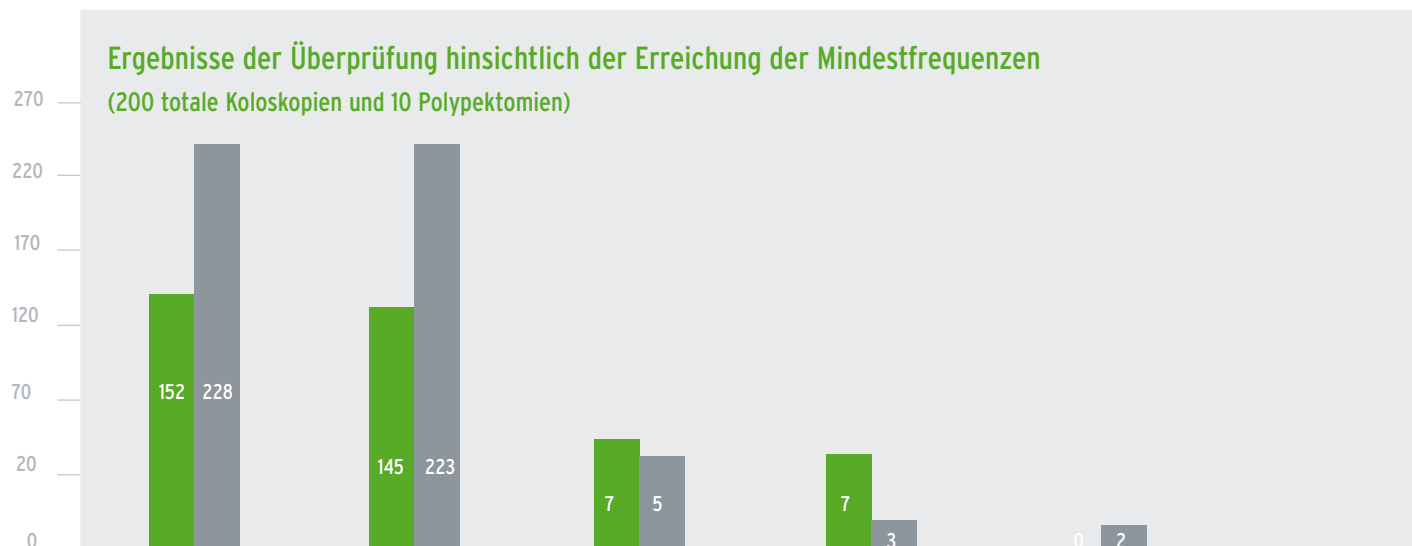
Ein vergleichbares Ergebnis findet sich auch bei den Wiederholungsüberprüfungen.



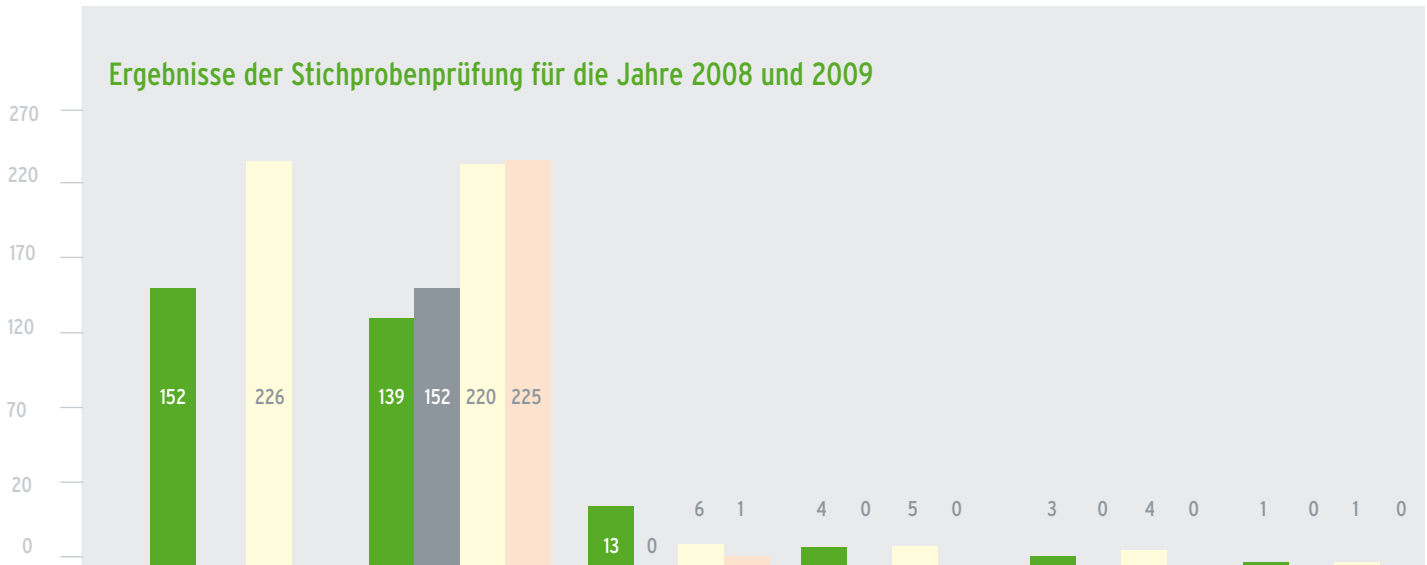
Eine deutliche Qualitätsverbesserung ist nicht nur im Hinblick auf die Anzahl der festgestellten Beanstandungen bei der ersten Überprüfung festzustellen, sondern auch bei der erneuten Hygieneüberprüfung.

Ergebnisse der Dokumentationsüberprüfung

Die Ergebnisse der Jahre 2008 und 2009 werden nachstehend detailliert aufgeführt.



	Zahl der geprüften Ärzte	Auflage erfüllt	Auflage nicht erfüllt	Durch Nachforderung erfüllt	Durch Nachforderung nicht erfüllt
■ 2008	152	145	7	7	0
■ 2009	228	223	5	3	2



		Zahl der geprüf- ten Ärzte	davon bestan- den	davon nicht bestanden	Zahl der Nachprü- fungen	davon bestan- den	davon nicht bestanden
■	2008	20 totale Koloskopien	152	139	13	4	3
■	2008	5 Polypektomien	152	152	0	0	0
■	2009	20 totale Koloskopien	226	220	6	5	4
■	2009	5 Polypektomien	225	225	1	0	0

Fazit:

Die Graphiken zeigen, dass alle Ärzte sowohl bei der Erbringung der totalen Koloskopien als auch bei der Abtragung von Polypen die vom Gesetzgeber festgelegten Hürden (Frequenzen) geschafft haben. Bei der Dokumentationsprüfung wurde ebenfalls ein gutes Ergebnis erzielt. Lediglich bei 2,7 Prozent der vorgelegten Dokumentationen einer totalen Koloskopie und 0,4 Prozent der Dokumentationen einer Polypektomie fanden sich Mängel. Allerdings haben die betreffenden Ärzte zwölf Monate Zeit, die Mängel zu beseitigen.

Auch die aufgeführten Ergebnisse der Hygieneüberprüfung belegen, dass - von Ausnahmen abgesehen - eine überdurchschnittlich gute Hygienequalität in den Koloskopie-Einrichtungen vorherrscht.

Kompetenzzentrum Patientensicherheit

Im April 2008 nahm das von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Kassenärztlichen Vereinigungen gegründete „Kompetenzzentrum Patientensicherheit“ seine Arbeit auf. In mehreren Sitzungen hat sich das Plenum des Kompetenzzentrums auf die Ziele des Kompetenzzentrums verständigt: Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland ist enorm leistungsfähig. Diese Versorgung findet auf einem qualitativ hohen Niveau statt. Gleichzeitig nimmt die Komplexität des Systems zu. Die wachsenden medizinischen Möglichkeiten – auch im Zusammenwirken mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens – können sich zu einem Risikobereich entwickeln. Die Sicherheit des Patienten steht im Mittelpunkt jeder qualitätsorientierten Gesundheitsversorgung.

Die KBV und die Kassenärztlichen Vereinigungen haben deshalb das „Kompetenzzentrum Patientensicherheit“ gegründet. Es ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe angesiedelt.



Ziele des Kompetenzzentrums

1. Das Kompetenzzentrum Patientensicherheit soll einen Beitrag zur weiteren Verbesserung der Patientensicherheit im ambulanten Bereich leisten.
2. Es ist Ziel des Kompetenzzentrums, den Wandel im Umgang mit Fehlern zu fördern. Die Fehlerkultur ist heute eher von einer Null-Fehler-Mentalität geprägt, einer Haltung, die Fehler primär als das Versagen des Einzelnen versteht anstatt als systemischen Vorgang. Eine solche Kultur ist für die Verbesserung der Situation hinderlich. Das Kompetenzzentrum möchte einen Beitrag zu einem konstruktiven, lernorientierten und systembezogenen Umgang mit Fehlern hin zu einer Sicherheitskultur leisten.
3. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es erforderlich, eine Kommunikationsstruktur aufzubauen, die bei den niedergelassenen Ärzten Akzeptanz findet. Die Berührungspunkte zu anderen Organisationen, die sich mit dem Thema Patientensicherheit befassen, sind zu beachten. Das Kompetenzzentrum wird sich in die Aktivitäten der niedergelassenen Ärzte, aber auch in die Aktivitäten anderer, wie z. B. des Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS) einbringen.

4. Die kontinuierliche Verbesserung der Patientensicherheit ist nur dann möglich, wenn es gelingt, das Thema nachhaltig in der Ärzteschaft zu verankern. Diese Nachhaltigkeit ist insbesondere darauf gerichtet, einen Weg zu finden, der die Teilnahme aller Beteiligten an den Entscheidungen des Kompetenzzentrums ermöglicht.
Diese eindringliche Implementierung soll dazu dienen, Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit zu initiieren und letztlich über eine aktive Gestaltung der Patientensicherheit auch über Fehler hinausgehende Schäden/ neben Fehlern auch Schäden zu vermeiden.
5. Das Kompetenzzentrum möchte mit allen am Netzwerk Beteiligten die politische Diskussion zur Patientensicherheit beeinflussen. Dazu zählt in erster Linie, dass das Thema ‚Patientensicherheit‘ öffentlich gemacht und bei allen Beteiligten ein entsprechendes Bewusstsein geschaffen wird.

In diesem Zusammenhang kommt es darauf an, das KBV/KV-System als Gestalter von Patientensicherheit darzustellen, der als relevanter Akteur bei Fragen der Patientensicherheit in Erscheinung tritt und auch in der Lage ist, entsprechende Expertisen zu entwickeln. So soll die gesundheitspolitische Kompetenz des Systems unter Beweis gestellt werden.

Das Kompetenzzentrum wird in Arbeitsgruppen den gegenseitigen Austausch zu bestimmten Themen fördern und erarbeitete Lösungen veröffentlichen. Dazu bedient sich das Kompetenzzentrum der Erstellung von Musterabläufen, Literaturempfehlungen, Hinweisen auf Studienveröffentlichungen sowie Informationsveranstaltungen.

Das Kompetenzzentrum hat sich zur Aufgabe gemacht, eine Organisationsstruktur und Kommunikationsplattform zu schaffen, mit deren Hilfe unbürokratische und handhabbare Umsetzungsempfehlungen zur Vermeidung von unerwünschten Ereignissen und Schäden entwickelt werden können.

Kurz gesagt: „Patientensicherheit – aber sicher!“

Inhaltlich hat sich das Plenum des Kompetenzzentrums darauf verständigt, zu versuchen, Kriterien für die Aufbereitung von Medizinprodukten bundesweit zwischen allen Kassenärztlichen Vereinigungen Deutschlands abzustimmen.

Die im Zusammenhang mit der hygienischen Aufbereitung von Medizinprodukten zugrunde zu legenden Rechtsgrundlagen und Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) sowie des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) sind neben den DIN

ISO-Normen in der Arztpraxis schwer umzusetzen. Das Kompetenzzentrum hat versucht, diese umfangreiche Regelungsmaterie so darzustellen, dass sie auf die Kernaussagen reduziert und darüber hinaus die Möglichkeit geschaffen wird, diese Inhalte ggf. in Qualitätsmanagementsysteme zu integrieren.

Grundlage dieser Arbeiten waren die in Nordrhein-Westfalen geltenden Anforderungen an die Aufbereitung von Medizinprodukten. Diese Anforderungen wurden durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, zusammen mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie den Bezirksregierungen entwickelt. Die Ergebnisse dieser Arbeit liegen nunmehr vor. Das Kompetenzzentrum hat zu den Themen

- (Behandlungs-)Räume
- Anforderungen an die Kleidung
- Anforderungen an die maschinelle Reinigung und Desinfektion
- Anforderungen an die manuelle Reinigung
- Anforderungen an die manuelle Desinfektion
- Kauf eines Sterilisators
- Anforderungen an das Betreiben von Dampfsterilisatoren
- Anforderungen an das Betreiben von Heißluftsterilisatoren
- Anforderungen an das Betreiben von anderen Sterilisatoren
- Anforderungen an die Qualifikation des Personals, das Medizinprodukte aufbereitet
- Sterilisation

zunächst Informationsblätter entwickelt, die den Ärzten einen schnellen Überblick über die Anforderungen geben sollen. Wer sich darüber hinaus intensiver mit der Regelungsmaterie beschäftigen möchte, kann über die ebenfalls vorliegenden Flow-Charts, Verfahrensanweisungen und Checklisten die Materie erarbeiten und sich auch anhand des Selbstbewertungsbogens einen Überblick darüber verschaffen, wo bei der Aufbereitung der Medizinprodukte in der eigenen Praxis Verbesserungspotenzial besteht. Diese Papiere wurden im Plenum des Kompetenzzentrums Patientensicherheit vorgestellt und auch dem Vorstand der KBV sowie dem Arbeitskreis der KV-Vorstände im November 2009 präsentiert. Alle Beteiligten haben diese Ergebnisse zustimmend zur Kenntnis genommen.

Das Kompetenzzentrum Patientensicherheit ist als Netzwerk organisiert, an dem alle Interessenten teilnehmen können. Im Rahmen dieser Netzwerkstruktur hat es die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg übernommen, das Schulungscurriculum für die Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigungen zu entwickeln. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben so die Möglichkeit, konkrete Anfragen durch ihre Mitglieder sachverständig beantworten zu können. Die ersten Schulungen der KV-Mitarbeiter sind für den Sommer 2010 geplant.

Alle Ergebnisse des Kompetenzzentrums Patientensicherheit sind auf den Internet-Seiten der KVWL unter dem Link http://www.kvwl.de/arzt/qsqm/ergebnis/pat_sicherheit/index.htm nachzulesen. Für Verbesserungsvorschläge und Anregungen sind wir dankbar.

Internet: www.kvwl.de

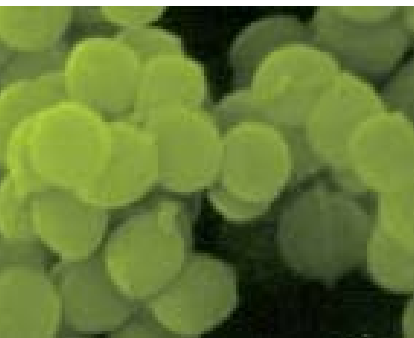
Rubriken:

Mitglieder

Qualitätssicherung

Ergebnisqualität

Patientensicherheit



Multiresistente Erreger (MRE)

Die KVWL engagiert sich seit 2006 intensiv in dem EU-Projekt MRSA-net Twente/Münsterland. Kernelement des Programms ist es, den Anteil der multiresistenten Erreger innerhalb der Gesamtzahl aller Wundkeime deutlich zu reduzieren. In Deutschland liegt dieser Anteil bei über 20 Prozent während in den benachbarten Niederlanden lediglich ein Anteil von zwei Prozent erreicht wird - es besteht also akuter Handlungsbedarf.

Gemeinsam mit dem EUREGIO-MRSA-net Twente Münsterland hat die KVWL in den Jahren 2007 und 2008 daher damit begonnen, Informationsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte durchzuführen. In diesen Veranstaltungen wurde eingehend über die Bedeutung der multiresistenten Erreger sowohl im Krankenhaus als auch im ambulanten Bereich berichtet. Zudem wurde auch darauf aufmerksam gemacht, welche Auswirkungen die Verordnung von Antibiotika auf die Entwicklung von Resistenzen hat.

Eine neue Abrechnungssystematik der KVWL ermöglicht es nun den behandelnden Ärzten, die Behandlung von MRSA-Patienten dokumentieren zu können.

MRSA-Fall

Symbolnummer:
90830

Jeder MRSA-Fall sollte durch die Eintragung der Symbolnummer 90830 auf dem Abrechnungsschein gekennzeichnet werden. Notwendige verschriebene Medikamente könnten so - im Falle einer Wirtschaftlichkeitsprüfung - aus dem Budget heraus gerechnet werden.

Labor-Aufträge

Symbolnummer:
32006

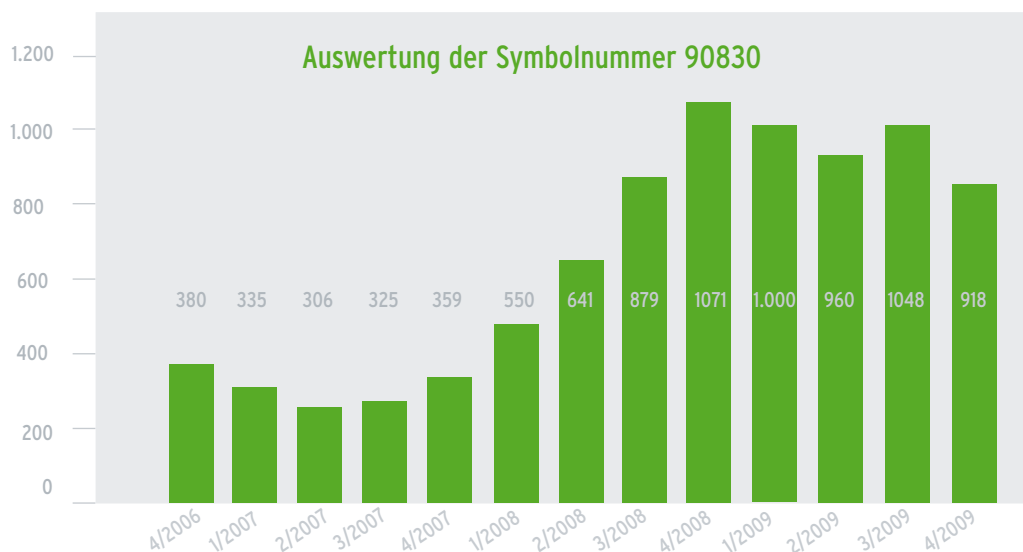
Labor-Aufträge für Abstriche sollten auf dem Überweisungsschein durch Eintragung der Ziffer 32006 gekennzeichnet werden. Diese Aufträge laufen dann nicht gegen den Wirtschaftlichkeitsbonus. Der Laborarzt trägt dieselbe Ausnahmeziffer ebenfalls auf seinen Abrechnungsschein ein.

MRSA-Kontaktpersonen

Symbolnummer:
80033

Sollte die Sanierung nicht erfolgreich sein, stellt sich die Frage, ob sich der Patient bei Personen in seinem persönlichen Umfeld immer wieder ansteckt. MRSA-Kontaktpersonen in diesem Sinne brauchen zunächst keine Praxisgebühr bezahlen. Die Ärzte sollten einen Fall anlegen und ihn mit der Symbolnummer 80033 kennzeichnen. Bei positivem Abstrich ist die Praxisgebühr nachzuzahlen, um die notwendige Medikamentenverordnung sicherzustellen.

Mittlerweile können diese Symbolnummern und Gebührenpositionen im gesamten Bereich der KVWL angesetzt werden. Die niedergelassenen Ärzte zeigen großes Interesse, sich diesem Thema zu widmen. Das zeigt auch die positive Entwicklung der Abrechnungszahlen der Gebührenordnungsnummer 90830.



Das EUREGIO-MRSA-net Twente/Münsterland hat zudem Informationsblätter entwickelt, die spezielle Informationen für alle am Sanierungsprozess des Patienten beteiligten Akteure enthalten. So findet sich beispielsweise auch ein Überleitungsbogen, den die Krankenhäuser in der EUREGIO verwenden, wenn sie einen Patienten mit MRSA-Besiedlung nach Entlassung aus dem Krankenhaus an den Niedergelassenen zurückgeben, mit der Bitte, dass dieser Arzt die Sanierung zu Ende führt. Ebenso existieren Informationsblätter zur Sanierung des Patienten und zum Umgang mit nahen Familienangehörigen.

Diese Informationsblätter sind unter der Internet-Adresse <http://www.kvwl.de/arzt/qsqm/prozess/mre/index.htm> veröffentlicht und können dort heruntergeladen werden.

MRE-Netzwerk

Die große besondere Bedeutung der Thematik „multiresistente Erreger“ zeigt sich auch in der Ausschreibung des Bundesgesundheitsministeriums zum Thema „Modellprojekt zum Auf- und Ausbau von regionalen Netzwerken zur Verhütung und Bekämpfung von Antibiotika-Resistenzen bzw. deren Ausbreitung“. Zusammen mit dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit (LIGA) der Universität Münster, der Universität Bonn sowie weiteren Akteuren aus Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen, hat sich auch die KVWL an dieser Gemeinschaftsausschreibung beteiligt. Am Ende war - neben drei weiteren Regionen im Bundesgebiet - auch die Bewerbung aus Niedersachsen/Nordrhein-Westfalen erfolgreich.

Das aus diesem Anlass gegründete „MRE-Netzwerk“ hat nunmehr seine Arbeit aufgenommen. Es geht in diesem Netzwerk insbesondere darum, das Verständnis für die Bedeutung von multiresistenten Erregern in Hinblick auf die gesamte medizinische Versorgung deutlich zu machen und in Form von „Runden Tischen“ Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln,

Internet: www.kvwl.de
 Rubriken:
 Mitglieder
 Qualitätssicherung
 Prozessqualität
 Multi-Resistente Erreger

die den Anliegen aller Beteiligten gerecht werden. Hier geht es aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigung insbesondere um die Schnittstellen der niedergelassenen Ärzte zum Krankenhaus, zu Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationseinrichtungen und Altenheimen.

Die Einrichtung entsprechender „Runder Tische“ liegt in der Verantwortung des Landesinstituts für Gesundheit und Arbeit sowie der jeweiligen Gesundheitsämter vor Ort. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe hat entschieden, die Bildung dieser Netzwerke und „Runder Tische“ zu unterstützen.

Ansprechpartner zu diesem Thema sind die Mitarbeiter des Geschäftsbereichs „Versorgungsqualität“ - Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung - sowie die Mitarbeiter des Geschäftsbereichs „Verordnungsmanagement“.

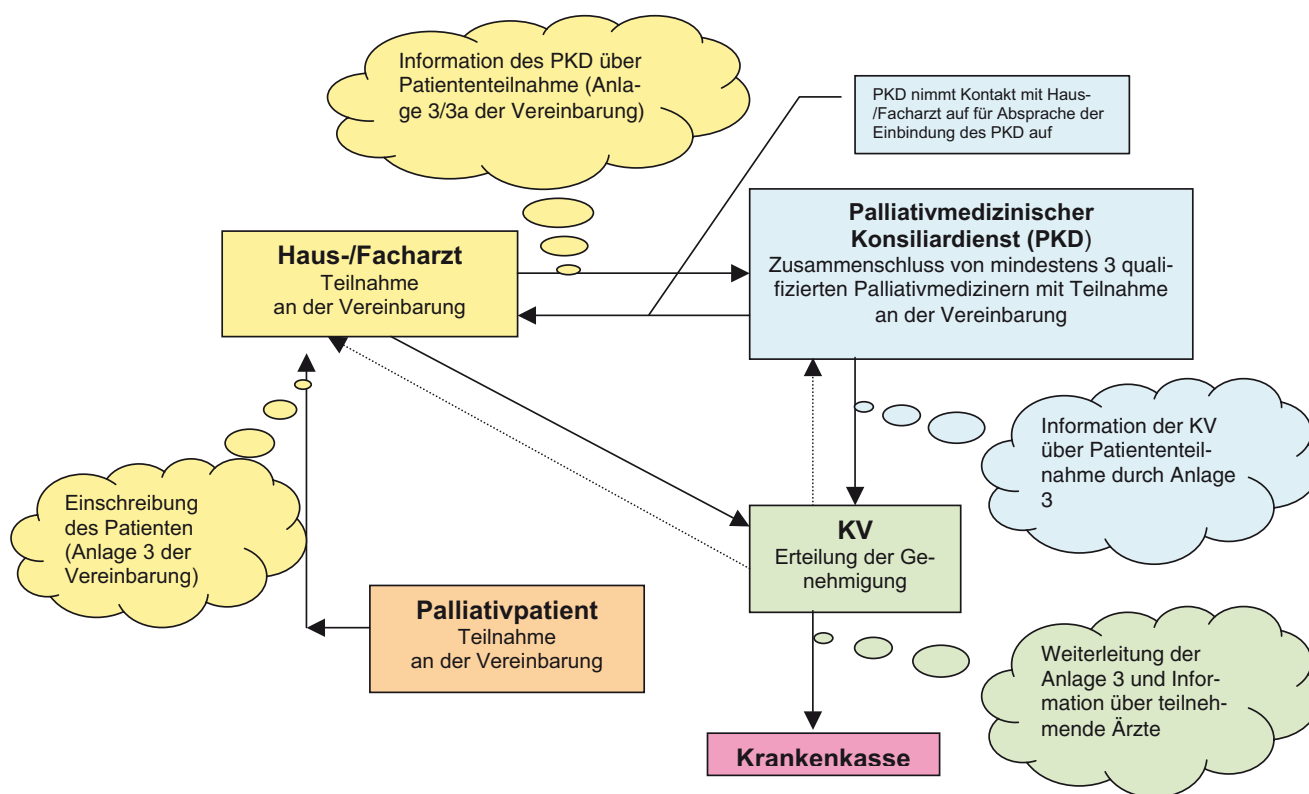
Palliativmedizinische Versorgung

Mit Wirkung zum 1.4.2009 hat die KVWL mit den Verbänden der Krankenkassen einen neuen Vertrag zur flächendeckenden palliativmedizinischen Versorgung abgeschlossen. In dieser Vereinbarung setzen die Vertragspartner das nordrhein-westfälische „Rahmenprogramm zur flächendeckenden palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Versorgung Nordrhein-Westfalen“ in Westfalen-Lippe um.

Die Vereinbarung regelt eine kooperative integrative palliativmedizinische Versorgung. Der behandelnde Vertragsarzt übernimmt dabei grundsätzlich die zentrale Rolle und Funktion des koordinierenden Haus-/Facharztes. Sofern eine spezialisierte palliativmedizinische Betreuung geboten ist, steht der palliativmedizinische Konsiliardienst (PKD) hierfür zur Verfügung.

Ziel ist es, eine ambulante medizinische Versorgung unheilbar erkrankter Patienten in der letzten Phase ihres Lebens in häuslicher Umgebung zu sichern, ihre Lebensqualität unter Berücksichtigung des Krankheitsstadiums zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Sterben zu Hause zu ermöglichen. Weitere Ziele sind die Schaffung strukturierter Behandlungsabläufe sowie die Vermeidung medizinisch nicht zweckmäßiger Interventionen und nicht notwendiger Krankenhausaufnahmen. Zur häuslichen Umgebung gehört auch die Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung (Hospiz).

Die im Jahr 2009 gewonnenen Erkenntnisse zur allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung werden für die Weiterentwicklung dieser Vereinbarung im 1. Quartal 2010 ausgewertet.

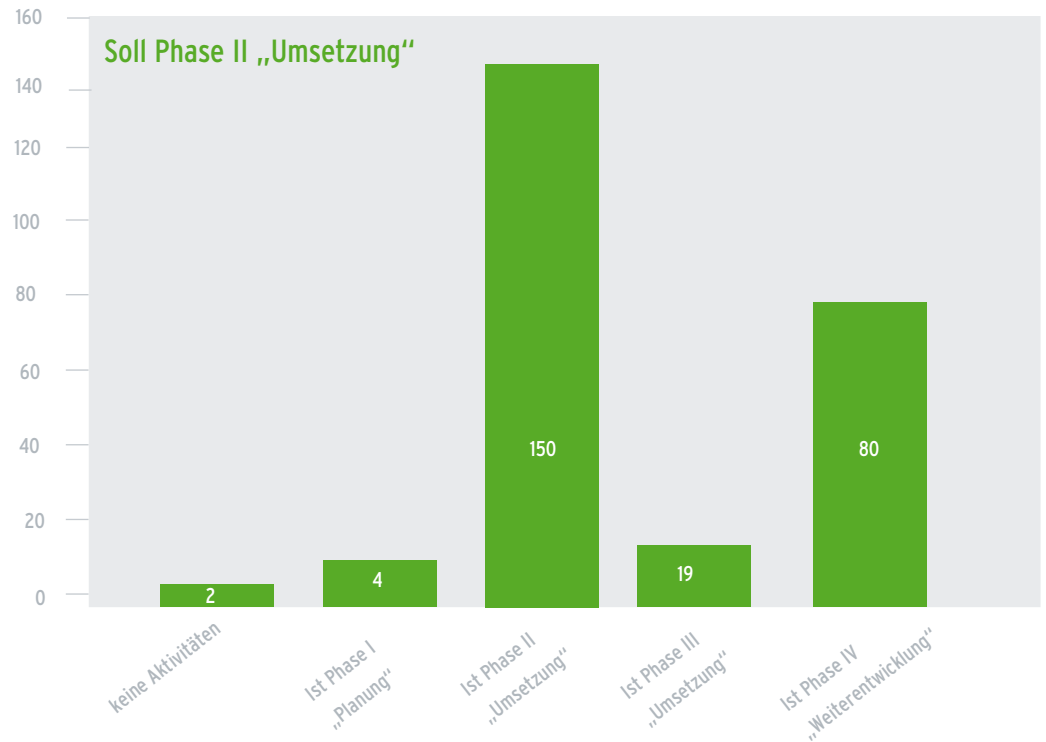


Qualitätsmanagement und -sicherung

Die KVWL zieht jährlich eine zufällige Stichprobe von 2,5 Prozent der Vertragsärzte und -psychotherapeuten, um den Einführungs- und Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements (QM) in den Praxen zu ermitteln. Mit der Stichprobe des Jahres 2009 wurden 293 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten aufgefordert, den Einführungs- und Entwicklungsstand des QM in ihrer Praxis zu melden. Von diesen sind 278 Rückmeldungen eingegangen. Sechs haben auch nach der dritten Aufforderung nicht geantwortet. Die übrigen neun sind nicht mehr niedergelassen oder die Zulassung ruht.

Aus den 278 Rückmeldungen lassen sich folgende Ergebnisse ableiten:

Die Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die sich in der Soll-Phase I, der Planungsphase, befinden, sind zu 100 Prozent phasenkonform. Für die Soll-Phase II, die Umsetzungsphase, sehen die Ergebnisse wie folgt aus:



Qualitätssicherungsmaßnahmen nach der Qualitätsprüfungsrichtlinie

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.

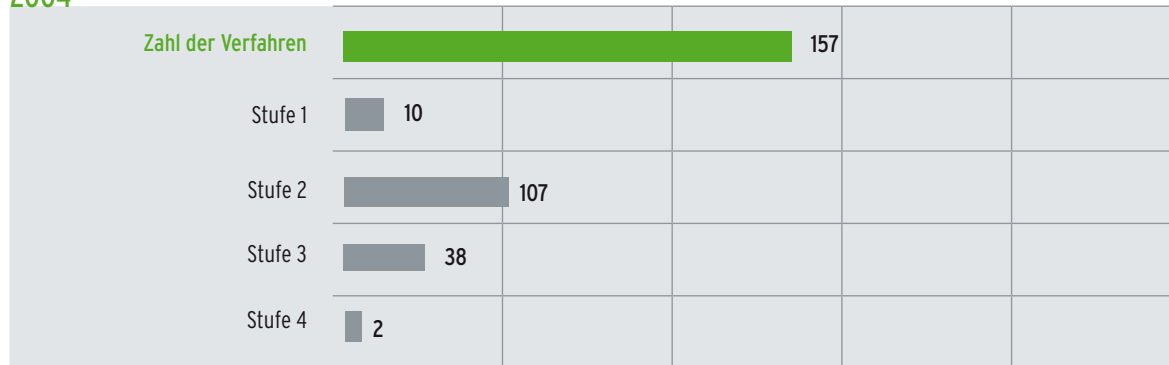
Die Richtlinie wird u. a. für folgende Untersuchungen angewendet:

- Konventionelle Radiologie
- Computertomographie
- Kernspintomographie allgemein und Mamma

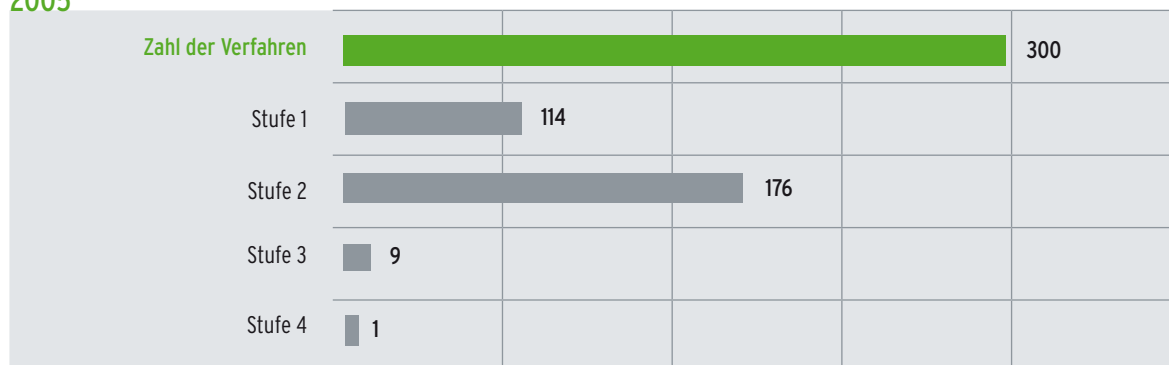
Für das Jahr 2009 konnten folgende Ergebnisse ermittelt werden:

Ergebnisse der Qualitätssicherung der radiologischen Diagnostik

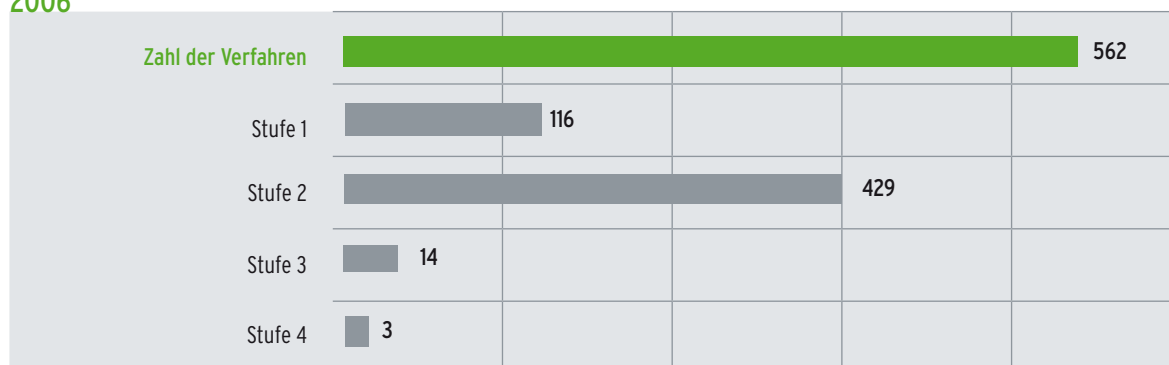
2004



2005



2006



2007

Zahl der Verfahren		616		
Stufe 1		133		
Stufe 2		466		
Stufe 3		15		
Stufe 4		2		

2008

Zahl der Verfahren		150		
Stufe 1		48		
Stufe 2		87		
Stufe 3		8		
Stufe 4		7		





2009

Zahl der Verfahren		177		
Stufe 1		110		
Stufe 2		46		
Stufe 3		13		
Stufe 4		8		





Für die Jahre 2004 bis 2007 beinhalten die genannten Zahlen auch die Ergebnisse der Qualitätsprüfung CT. Diese Zahlen wurden ab dem Jahr 2008 gesondert ermittelt. Im Jahr 2008 wurde die CT-Dokumentationen von fünf Ärzten und im Jahr 2009 von 24 Ärzten mit dem Ergebnis „Keine Beanstandungen“ überprüft.

Ergebnisse der Qualitätssicherung kernspintomographischer Untersuchungen





2004

Zahl der Verfahren	 51			
Stufe 1	 47			
Stufe 2	 3			
Stufe 3	 1			
Stufe 4	0			




2005

Zahl der Verfahren	 57			
Stufe 1	 46			
Stufe 2	 8			
Stufe 3	 3			
Stufe 4	0			






2006

Zahl der Verfahren	 62			
Stufe 1	 46			
Stufe 2	 11			
Stufe 3	 5			
Stufe 4	0			





2007

Zahl der Verfahren	 25				
Stufe 1	 22				
Stufe 2	 3				
Stufe 3	0				
Stufe 4	0				

2008

Zahl der Verfahren	 13				
Stufe 1	 5				
Stufe 2	 5				
Stufe 3	 2				
Stufe 4	 1				

2009

Zahl der Verfahren	 15				
Stufe 1	 11				
Stufe 2	 3				
Stufe 3	 1				
Stufe 4	0				

Die Kriterien der Qualitätsprüfungs-Richtlinie wurden ab 2008 erstmalig durchgängig angewendet. Aus den Einzelbewertungen pro Dokumentation erfolgt eine Gesamtbeurteilung nach folgenden Stufen:

- Stufe 1 ohne Beanstandungen
- Stufe 2 mit geringen Beanstandungen
- Stufe 3 mit erheblichen Beanstandungen
- Stufe 4 mit schwerwiegenden Beanstandungen

Fazit:

1. Wie den Tabellen zu entnehmen ist, konnte ein gutes Ergebnis im Rahmen der Qualitätsbeurteilung über den gesamten Zeitraum 2004 bis 2009 erzielt werden.
2. Der Vorstand der KVWL hat zudem einen Beschluss gefasst, dass das Prüfungsergebnis „ohne Beanstandungen“ eine positive Konsequenz auslöst. Somit haben 110 Ärzte (radiologische Diagnostik) bzw. elf Ärzte (kernspintomographische Untersuchungen) den Bonus erreicht, dass sie drei Jahre lang von einer weiteren Teilnahme an der Qualitätsprüfung befreit sind.

Sektorübergreifende Qualitätssicherung

Die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, die Verbände der Krankenkassen beider Landesteile sowie die Krankenhausgesellschaft NRW haben in den Jahren 2008 und 2009 in Vorbereitung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung gem. § 137 SGB V in Verbindung mit § 135 a SGB V das Pilotprojekt NRW-QS in der Invasiven Kardiologie durchgeführt. Die Einzelheiten wurden anlässlich der 7. Ergebniskonferenz QS NRW am 24.9.2009 in Düsseldorf vorgestellt.

Projektziele

Erprobung einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung, zunächst über ein in den beteiligten Sektoren aufzusetzendes sektorgleiches Verfahren; Nutzung von Routinedaten und vorhandenen Strukturen; Einbezug von Erfahrungen in der Qualitätssicherung und Multiplikatoren in den Sektoren. Dazu

1. Identifizierung eines für die Patientenversorgung relevanten Versorgungsgebietes, der sich über die Versorgungssektoren Krankenhaus und Niederlassung erstreckt und dort etablierte Qualitätssicherungsverfahren vorweisen kann.
2. Prüfung und Bewertung der vorhandenen QS-Daten auf Eignung; Zusammenführung und Auswertung nach einheitlichen Kriterien und Qualitätsindikatoren.
3. Erstellung eines Bewertungsschemas für die berechneten Ergebnisse, Prüfung der Aussagefähigkeit für die einbezogenen Versorgungssektoren und Einrichtungen/Beteiligten.
4. Entwicklung geeigneter Kommunikations-, Anreiz- und Unterstützungsformen zum Erreichen von Verständnis für die patientenorientierte Sicht und Unterstützung bei der erforderlichen sektorübergreifenden Qualitätssicherung durch die beteiligten Leistungserbringer.

Versorgungsbereich Koronarangiographie/PCI

Für eine patientenorientierte Vorgehensweise ist die Invasive Kardiologie geeignet, sie ist ein relevanter medizinischer Versorgungsbereich mit nachgewiesener großer Bedeutung für die Bevölkerung. Leistungen der Invasiven Kardiologie werden von niedergelassenen als auch von im Krankenhaus angestellten Kardiologen erbracht. In beiden Versorgungssektoren sind Qualitätssicherungsverfahren bereits eingeführt. Daten wurden allerdings bislang nur sektorbezogen ausgewertet.

Datensparsamkeit/Zusammenführung vorhandener QS-Daten

Wesentlich war für uns, Vorgaben auch von § 299 SGB V zu beachten. Unser Pilotprojekt sollte Belastungen für Leistungserbringer und Gesellschaft möglichst vermeiden, deshalb gingen wir strikt datensparsam vor und nutzten ausschließlich die seit Jahren in die Routine-Qualitätssicherung eingeführten QS-Daten, Kommunikationswege und die vorhandenen Strukturen in beiden Versorgungssektoren. Ziel war eine „Sektorgleiche Qualitätssicherung“ für die abrechnungstechnisch getrennten Sektoren innerhalb und außerhalb des Krankenhauses.

Unsere Konzeption wurde am 18.9.2008 zur 6. Ergebniskonferenz QS NRW der Öffentlichkeit vorgestellt.

Datenquellen der zwei Versorgungssektoren

Für unser sektorgleiches Pilotprojekt konnten wir für die Krankenhäuser auf QS-Daten des Verfahrensjahres 2008 des G-BA-Verfahrens (Leistungsbereich 21/3, Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)) zurückgreifen.

Kardiologische Leistungen außerhalb des Krankenhauses und die entsprechenden QS-Daten 2008 konnten im Rahmen einer Kooperation mit dem Bundesverband niedergelassener Kardiologen (BNK e. V.) und dem QULK-Register der niedergelassenen Kardiologen für unser Pilotprojekt eingesetzt werden.

Vergleichbarkeit über Sektorengrenzen möglich

Ein Vergleich der Datensätze der QS-Verfahren nach G-BA und QULK zeigte eine hohe Übereinstimmung. Wir entschieden uns für den Einbezug von 112 kardiologischen Variablen in unseren sektorgleichen Ansatz. Dies um beispielsweise die G-BA-Qualitätsindikatoren (zu 21/3) möglichst vollständig aus den Daten beider Versorgungssektoren berechnen zu können.

70 der 112 kardiologischen Variablen, die zur Generierung der bisherigen G-BA-QI notwendig sind, ließen sich unmittelbar vergleichen, für 42 Variablen waren zunächst z. T. aufwendige Algorithmen zu entwickeln und für Auswertezwecke zu programmieren.

Aus beiden QS-Verfahren wurden die Daten für die nutzbar gemachten 112 Variablen unter Beachtung der einschlägigen Bestimmungen des Datenschutzes in einer Datenbank bei der Ärztekammer Nordrhein zusammengeführt. Aus dieser Datenbank berechneten und visualisierten wir erste sektorübergreifende Auswertungen.

Qualitätsindikatoren

Von den neun Qualitätsindikatoren des G-BA-Verfahrens (21/3) können grundsätzlich sieben QI sektorübergreifend abgebildet werden. Der Qualitätsindikator „In-Hospital-Letalität“ erscheint aufgrund fehlender Entsprechung im QulK-Register nicht geeignet. Ein weiterer Qualitätsindikator „Indikation zur PCI“ ist nicht direkt berechenbar. In unserem Pilotprojekt berechneten wir bislang sechs Qualitätsindikatoren aus den Daten beider Versorgungsbereiche.

Datenbasis

Für unseren sektorgleichen QS-Ansatz wählten wir insgesamt 40 Einrichtungen aus, je 20 Krankenhaus-Kardiologien bzw. 20 Kardiologien, die nicht über DRG abrechnen. In beiden Gruppen rekrutierten sich je zehn Teilnehmer aus den Landesteilen Nordrhein und Westfalen-Lippe. Alle 40 Teilnehmer bestätigten ihre freiwillige Teilnahme am Pilotprojekt und stimmten der projektbezogenen Nutzung ihrer QS-Daten 2008 unter Wahrung des Datenschutzes zu. Unsere Auswertungen stützen sich auf rund 48.000 Datensätze der 40 Teilnehmer aus beiden Versorgungssektoren (zirka 10.300 aus dem niedergelassenen Bereich).

Sektorübergreifende Arbeitsgruppe Kardiologie NRW

Für die Analyse der QS-Daten wie der errechneten Ergebnisse muss Sachverstand zu Kardiologie sowie zu den Versorgungsabläufen und -regelungen aus beiden Versorgungssektoren eingebunden werden. Bereits mit Beginn unseres Pilotprojektes wurde daher eine Arbeitsgruppe „Sektorübergreifende Kardiologie“ eingerichtet. Ihr gehören je vier Kardiologen mit einschlägiger Erfahrung aus den Qualitätssicherungsverfahren beider Versorgungssektoren an. Von Anfang an eingebunden waren vom BNK benannte weitere Kardiologen ebenso wie der Leiter des QulK-Registers aus Berlin, die Methodiker der Qualitätssicherung NRW und Vertreter der Selbstverwaltungspartner in NRW. Die Arbeitsgruppe beriet den Fortgang des Pilotprojektes in drei Hauptsitzungen und verschiedenen Untergruppenabstimmungen und begleitete ihn. Sie kann daher erste Bewertungen zum konzeptionellen Vorgehen der erprobten sektorgleichen Qualitätssicherung abgeben.

Beschränkungen/Grundsätze

Mit unserem Pilotprojekt sollte keine vergleichende Aussage über oder für beide Versorgungssektoren oder die Pilotteilnehmer gewonnen werden. Die Auswahl der 40 Einrich-

tungen ist statistisch nicht repräsentativ. Schlussfolgerungen oder Bewertungen für die beiden Versorgungsbereiche wie auch für einzelne Teilnehmer sind auf der Grundlage der von uns erstellten Pilot-Datenbank 2008 wissenschaftlich und statistisch nicht zulässig. Bewertungen/Dialoge mit den Beteiligten wurden in beiden QS-Verfahren zum Verfahrensjahr 2008 sektorbezogen regelhaft durchgeführt.

Ergebnisse/Bewertung

Unser Ansatz war, das Zusammenführen qualitativ hochwertiger Informationen über das Versorgungsgeschehen aus zwei Versorgungssektoren unter Nutzung vorhandener Daten und Strukturen als Basis für ein schnell umsetzbares, ressourcensparsames, sektorübergreifendes Qualitätssicherungsverfahren zu erproben.

- Die Identifikation eines geeigneten Versorgungsbereiches sowie die Zusammenführung routinemäßig vorhandener QS-Daten aus Krankenhaus und Niederlassung wurden mit der Invasiven Kardiologie, Koronarangiographie/PCI erreicht.
- 40 Teilnehmer-Einrichtungen aus NRW konnten mit aktuellen Versorgungsdaten über eine Ressourcen- und zeitsparende, schlanke Vorgehensweise für unser Pilotprojekt gewonnen werden.
- Die Analyse der Daten auf medizinische Eignung, ihre Aufbereitung aus verschiedenen Datenbanksystemen und Auswertung aus einer gemeinsamen Datenbank nach einheitlichen Kriterien und über gleiche Qualitätsindikatoren wurden realisiert.
- Neben der Schaffung der technischen Voraussetzungen und einer gemeinsamen Datenbank wurde ebenso erstmals eine kontinuierliche, das Projekt begleitende und in der Qualitätssicherung versierte kardiologische Arbeitsgruppe mit Teilnehmern aus beiden Versorgungsbereichen eingerichtet.
- Diese sektorübergreifende Arbeitsgruppe Kardiologie brachte ihre Erfahrungen aus beiden QS-Verfahren in unser Pilotverfahren ein. Sie prüfte das NRW-Konzept eines sektorübergreifenden bzw. sektorgleichen QS-Verfahrens und bestätigte seine Eignung.
- Der Aufwand für das NRW-Pilotprojekt wurde vollständig von der Selbstverwaltung, d. h. der Krankenhausgesellschaft NRW, der Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, den Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe sowie den Verbänden der Kostenträger in Nordrhein und Westfalen-Lippe, getragen.

Weitere Schritte z. B. zu Datenvalidierung wie zu Kommunikation, Diskussion und Verdeutlichung der patientenorientierten Zielsetzung und der Ergebnisse unseres Pilotprojektes sind in der Planung.

Zwischenzeitlich sind die Grundlagen für die sektorübergreifende Qualitätssicherung geschaffen. Nach fast zweijährigen Beratungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am 19.4.2010 die Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beschlossen. Damit wird erstmals die Etablierung einheitlicher Qualitätsstandards in der ambulanten und stationären Versorgung möglich. Behandlungsergebnisse können sektorübergreifend erfasst und bewertet werden.

Über die Einzelheiten werden wir kontinuierlich informieren.



„Es gibt aktuell kaum eine Therapie im gesundheitlichen Bereich, die so viel Leid vermeiden kann wie die Substitution“.

Hans-Josef Bomholt,
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Gelsenkirchen

Substitution

Erfahrungsbericht des Kommissionsvorsitzenden

Zahlen, die für sich sprechen: Rund 70.000 drogenabhängige Menschen nehmen bundesweit an Substitutionsprogrammen teil, gute 11.000 von ihnen allein in Westfalen-Lippe. Begleitend zur Seite stehen ihnen im NRW-Landesteil aktuell 309 substituierende Ärzte, 16 Institute und Krankenhäuser, die Substitutionsmaßnahmen anbieten, sowie 78 Ärzte, die unter konsiliarischer Begleitung eines qualifizierten Fachkollegen substituieren dürfen. Ein deutliches Ungleichgewicht in Sachen Angebot und Nachfrage, das vor allem längst überholten Vorurteilen geschuldet ist: Substitution ist aufwändig, mit enormer Bürokratie verbunden und mit der permanenten Gefahr gekoppelt, mit Recht und Gesetz in Konflikt zu geraten. „Nichts davon entspricht mehr der Realität“, ist Hans-Josef Bomholt überzeugt.

Der Gelsenkirchener Facharzt für Allgemeinmedizin ist in Substitutionsfragen im besten Wortsinn ein „alter Hase“. Seit der Einführung der gesetzlich geregelten Substitution zu Beginn der 90er Jahre ist er Mitglied in der zuständigen Kommission bei der KVWL, seit sieben Jahren bekleidet er das Amt des Kommissionsvorsitzenden. Hans-Josef Bomholt kennt also die Vorbehalte und Bedenken, die seine Kollegen auch gegen die Arbeit der Kommission hegen, zu Genüge. Bomholt: „Wir verstehen uns in unserer Arbeit nicht, wie oft fälschlicherweise angenommen wird, als sanktionenverhängendes Prüfungsgremium. Wir sind vielmehr für die Ärzte ein fachkompetenter Partner und Helfer rund um die ordnungsgemäße Substitution. Und wir fällen unsere Entscheidungen nicht nur am Schreibtisch. Wir suchen auch den persönlichen Kontakt und den konstruktiven Dialog mit den Ärzten.“

Wer opiatabhängige Menschen substituiert, muss die Diagnose, die Ziele und die Behandlungen detailliert dokumentieren. Diese Dokumentationen werden von der Qualitätssicherungskommission, die paritätisch aus drei substitutionserfahrenen Ärzten und drei Krankenkassenvertretern besteht, in regelmäßigen Abständen geprüft – und zwar per Zufallsprinzip zwei Prozent aller in Westfalen-Lippe abgerechneten Substitutionsfälle pro Quartal oder dann, wenn ein Arzt einen Opiatabhängigen länger als fünf Jahre substituiert. Und die Ergebnisse sprechen für eine hervorragende Qualität der medizinischen Versorgung in diesem Bereich: „Mehr als 90 Prozent der geprüften Fälle sind einwandfrei oder nur mit geringen Mängeln dokumentiert“, erklärt der Kommissionsvorsitzende. „Das belegt die außerordentliche Wertigkeit der Behandlung und die Kompetenz der teilnehmenden Ärzte.“ Und diese erhalten mit der Prüfung ein fundiertes Feedback über die Qualität ihrer

Arbeit. Nicht nur Kontrolle also, sondern vielmehr eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten.

Fristete die Substitution in ihren Anfängen in den 80er Jahren noch ein Dasein als medizinisches Stiefmütterchen im rechtlichen Grauzonenbereich, so ist diese Versorgungsmethode inzwischen in der Gesellschaft angekommen, etabliert und weitestgehend akzeptiert. Die Zahl der Substitutionspatienten steigt kontinuierlich an, die Zahl der substituierenden Ärzte hingegen bleibt überschaubar. Und genauso wie die Substitutionspatienten älter werden, kommen auch die behandelnden Ärzte in die Jahre. Es ist nur eine Frage der Zeit, bis sich aus dieser faktischen Gemengelage in Kombination mit zunehmendem Betreuungsbedarf bei den älteren Suchtkranken ein dramatischer Versorgungsengpass entwickelt.

Es fehlt der ärztliche Nachwuchs. Angst vor dem rechtlich-bürokratischen Überbau, Bedenken bei der Organisation des Praxisalltages und der Wochenend-Vertretungen sowie eng gesteckte Qualifikationsvoraussetzungen lassen viele vor dem Schritt zum substituierenden Arzt zurückschrecken. Hans-Josef Bomholt kennt dessen ungeachtet genügend Gründe, sich als Arzt mit dieser Therapieform intensiver zu beschäftigen. „Es gibt aktuell kaum eine Therapie im gesundheitlichen Bereich, die so viel Leid vermeiden kann wie die Substitution. Hinter jedem drogenabhängigen Menschen steht eine Geschichte, ein Schicksal. Ein Schicksal, das die substituierenden Ärzte durch ihre Arbeit zumindest ein Stück weit positiv beeinflussen können.“ Darüber hinaus seien inzwischen die rechtlichen Grundlagen zur Substitution stabil und überschaubar geworden - und der damit verbundene Verwaltungsaufwand ebenfalls deutlich geringer als oftmals dargestellt. „Und natürlich darf auch nicht außer Acht gelassen werden, dass die Substitutions-Leistungen außerhalb der Budgets vergütet werden. Also auch unter Berücksichtigung der Verdienstmöglichkeiten ist die Substitution für jeden Arzt interessant.“

Wer darf substituieren?

- Grundsätzlich jeder Arzt, der die 50-stündige Weiterbildung „Suchtmedizinische Grundversorgung“ samt Abschlussprüfung bei einer Ärztekammer in Deutschland erfolgreich absolviert hat.
- Grundsätzlich jeder Arzt ohne Weiterbildungsqualifikation, wenn nicht mehr als drei Substitutionsfälle unter Hinzuziehung eines qualifizierten Konsiliararztes betreut werden.

Der Vorsorge-Checker

Übersichtlich, informativ und praktisch

KVWL Kassenärztliche
Vereinigung
Westfalen-Lippe

Der Vorsorge-Checker
ist vergriffen?

Der Flyer kann kostenlos
in gewünschter Menge
über die KVWL bezogen werden.

Ihr Ansprechpartner:
Heinz Isermann
Tel.: 0251 / 9 29 16 31
E-Mail: Heinz.isermann@kvwl.de

Der Vorsorge- Checker

Ihr persönliches
Präventionsprogramm

Einführung der neuen Ultraschall-Vereinbarung

Information, Beratung und Unterstützung stehen im Vordergrund

Mit Inkrafttreten der neuen Ultraschall-Vereinbarung zum 1.4.2009 haben sich die grundlegenden formalen Voraussetzungen zur Erteilung einer Genehmigung geändert. Weiterhin wurde die Abnahme- und Konstanzprüfung eingeführt, bei der die technische Bildqualität der genutzten Ultraschallsysteme bei Untersuchungen im B-Modus-Verfahren anhand von aktuellen Ultraschallbildern von der KVWL beurteilt wird. Darüber hinaus wurden einheitliche Standards an die Bild- und Schrift-dokumentation von Ultraschalluntersuchungen festgelegt, die ab dem Jahr 2010 durch Stichproben von der KVWL überprüft werden.

Um die zirka 8.150 in Westfalen-Lippe ultraschalldiagnostisch tätigen Ärzte umfassend über die Neuerungen zu informieren, Hintergründe für die Änderungen zu erläutern und das Umsetzungskonzept für Westfalen-Lippe transparent darzustellen, hat die KVWL von Juli 2009 bis Februar 2010 insgesamt 15 von der Ärztekammer zertifizierten Informationsveranstaltungen auf Bezirksstellenebene angeboten.

1.380 interessierte Ärzte (zirka 17 Prozent der ultraschalldiagnostisch tätigen Ärzte) haben die Möglichkeit genutzt, sich einerseits einen objektiven Überblick zur Thematik zu verschaffen und andererseits die individuellen Fragen direkt und unbürokratisch mit einem sachkundigen Mitarbeiter der KVWL zu klären. In diesem Zusammenhang hat eine Vielzahl von konstruktiven Gesprächen u. a. dazu geführt, dass mehrere Anregungen und Vorschläge von Ärzten bei der weiteren Modifikation des Umsetzungskonzeptes einbezogen werden.

Parallel zu diesen Veranstaltungen konnte die KVWL im Jahr 2009 auch im Rahmen von vier Ultraschall-Refresherkursen der Ärztekammer Westfalen-Lippe die ärztlichen Teilnehmer über die Neuerungen und das Umsetzungskonzept zur Ultraschall-Vereinbarung eingehend informieren.

Um diese Art der Beratung und Unterstützung vor Ort auch im Jahr 2010 für interessierte Ärzte weiterhin anzubieten, plant der Geschäftsbereich Versorgungsqualität der KVWL neue Informationsveranstaltungen zum Thema „Ultraschall“. Hierbei sollen neben den Informationen zur Umsetzung der Vereinbarung bei Bedarf auch Hinweise auf Verbesserungspotenziale aufgezeigt werden, die sich ggf. bei den bereits durchgeführten Prüfverfahren ergeben haben.

Bürokratievermeidung bei der Ultraschall-Abnahmeprüfung durch die KVWL.

Zur Umsetzung der Abnahmeprüfung entsprechend der neuen Vereinbarung müssen Vertragsärzte pro Gerätekonsole eine vom Hersteller oder Vertreiber ausgefüllte Gewährleistungserklärung bei der Kassenärztlichen Vereinigung vorlegen. Dies würde dazu führen, dass die 8.150 in Westfalen-Lippe ultraschalldiagnostisch tätigen Ärzte sich für zirka 8.500 in Betrieb befindlichen Ultraschall-Gerätekonsolen individuell und mit einem hohen Zeitaufwand vom Hersteller oder Vertreiber eine Gewährleistungserklärung ausfüllen lassen müssten. In diesem Zusammenhang haben einige Hersteller angekündigt, dass das Ausfüllen von Gewährleistungserklärungen für ältere Gerätekonsolen kostenpflichtig für den Arzt sein wird.

Zur Vermeidung von Bürokratie und zur Unterstützung der Mitglieder hat die KVWL als einzige Kassenärztliche Vereinigung in Deutschland im Jahr 2009 erfolgreich damit begonnen, mit den maßgeblichen Herstellern von Ultraschall-Gerätekonsolen in Kontakt zu treten. Die Mehrzahl der Hersteller haben der KVWL so genannte Positiv-/Negativlisten zur Verfügung gestellt, anhand derer kv-intern ermittelt werden kann, ob das Ultraschallsystem den neuen apparativen Mindestanforderungen entspricht. Aufgrund der Angaben der Vertragsärzte zu Gerätekonsole und Schallkopfart kann in Westfalen-Lippe die Abnahmeprüfung schnell, effizient und mit wenig Bürokratie durchgeführt werden.

Hinweis:

Dem Beispiel der KVWL haben sich weitere Länder-KVen angeschossen, bei denen die Abnahmeprüfung mit dem Ausfüllen der Gewährleistungserklärungen durch Hersteller auf einen sehr geringen Prozentsatz reduziert werden kann.

Vakuumbiopsie der Brust

Zum 1.10.2009 ist die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust in Kraft getreten. Diese neuen bundeseinheitlichen Vorgaben für die Gewebeentnahme mittels Vakuumbiopsie sollen zukünftig zur Vermeidung von unnötigen Brustoperationen ohne gesicherte Krebsdiagnose führen.

Zur Durchführung der Vakuumbiopsie sind die Ärzte berechtigt, die über eine Genehmigung zur kurativen Mammographie verfügen. Alternativ kann eine Genehmigung auch von Ärzten mit Genehmigung für den Versorgungsauftrag oder zur Erbringung von Leistungen der Biopsie unter Röntgenkontrolle im Rahmen des Mammographie-Screenings beantragt werden. Zusätzlich sind 25 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle und 25 Vakuumbiopsien unter Röntgenkontrolle nachzuweisen. Übergangsweise reicht jedoch der Nachweis von jeweils zehn Biopsien; die noch fehlenden Biopsien können nachgereicht werden.

Apparativ ist eine digitale Mammographieeinrichtung sowie eine technikgestützte Nadelführung gefordert. Analoge Mammographieeinrichtungen dürfen bis zum 30.6.2012 weiter verwendet werden.

Zur Indikationsstellung sind Mammographieaufnahmen und sonographische Untersuchungen erforderlich. Die festgestellten Veränderungen müssen der BIRADS-Kategorie 4 oder 5 entsprechen und dürfen sonographisch nicht sichtbar sein. Veränderungen der BIRADS-Kategorie 3 dürfen nur in Ausnahmefällen vakuumbiopsiert werden.

Ebenso wurden Vorgaben an die Durchführung der Vakuumbiopsie festgelegt, z. B. die Anzahl der dabei anzufertigenden Mammographieaufnahmen oder die zu entnehmende Gewebemenge.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung beinhaltet ferner Vorgaben zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung über eine Frequenzregelung sowie Vorgaben zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation. Die Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung muss über die selbstständige Durchführung von mindestens 25 Vakuumbiopsien innerhalb von zwölf Monaten nachgewiesen werden.

Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation findet erstmalig nach zwölf Monaten nach Erhalt der Genehmigung statt, danach in zweijährigen Abständen. Hier wird dann die Dokumentation auf Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit überprüft. Darüber hinaus hat der Arzt jährlich eine Auflistung aller Vakuumbiopsien zu erstellen, aus der die Indikation und der abschließende histopathologische Befund hervorgehen müssen.

Ausblick

Tonsillotomie

Seit dem 1.2.2010 gibt es einen Vertrag zwischen der KKH-Allianz und der KVWL zur Versorgung von Kindern mit vergrößerten Gaumenmandeln. Inhalt des Vertrages ist die Durchführung der sogenannten Tonsillotomie, also der Verkleinerung der Gaumenmandeln bei Kindern bis maximal sechs Jahren. Dieser Eingriff ist nicht Bestandteil des Leistungskataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Für Eltern betroffener Kinder bedeutet das, dass sie die Kosten für einen solchen Eingriff bisher selbst tragen mussten. Oft wird deshalb entweder auf die für die Gesundheit des Kindes sinnvolle Tonsillotomie verzichtet oder in einigen Fällen auch eine komplette Mandelentfernung vorgenommen.

An dem neuen „Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung“ können Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde teilnehmen, die ambulante Operationen durchführen. Die Teilnahmeerklärung ist an die Kassenärztliche Vereinigung zu senden. Zusätzlich ist ein jährlicher Wartungsnachweis für das verwendete Gerät (Laser-, Radiofrequenz- oder Coblationsgerät) vorzulegen.

Die Operation wird im Rahmen des Vertrags mit rund 600 bis 800 Euro vergütet - je nachdem, welche weiteren Eingriffe in Kombination damit vorgenommen werden.

Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie

Stichprobenprüfungen zur Förderung der Qualität arthroskopischer Eingriffe werden ab dem Jahr 2010 Pflicht. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Richtlinie über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen nach § 136 Abs. 2 SGB V beschlossen. Damit gibt es nun bundeseinheitliche Kriterien, nach denen die Qualität arthroskopischer Leistungen beurteilt werden kann.

Im Richtlinientext sind die Anforderungen an die schriftliche und bildliche Dokumentation aufgeführt. Organisation und Durchführung der Stichprobenprüfung richten sich nach der „Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung nach § 136 Abs. 2 SGB V“. Abweichend von der Qualitätsprüfungs-Richtlinie sieht die neue Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie jedoch vor, dass in den ersten zwei Jahren nach Einführung der neuen Richtlinie mindestens zehn Prozent der arthroskopisch tätigen Vertragsärzte jährlich zu überprüfen sind. Die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie ist zum 3.3.2010 in Kraft getreten.

Prävention

Erweitertes Präventionsangebot für Kinder und Jugendliche:

U 10 und U 11 - Vereinbarung mit der AOK Westfalen-Lippe

Bereits im Jahr 2009 konnten mit dem BKK-Landesverband (U 10/U 11) sowie der SIGNAL IDUNA IKK (U 10) - in enger Abstimmung mit dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) - Vereinbarungen über ein erweitertes Präventionsangebot für Kinder und Jugendliche abgeschlossen werden.

Zum 1.4.2010 konnte auch mit der AOK Westfalen-Lippe und dem BVKJ Einigkeit über einen Vertragsabschluss zu den vom BVKJ entwickelten Kinder-Früherkennungsuntersuchungen U 10 und U 11 als Ergänzung zu den Kinder-Richtlinien erzielt werden.

Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen U 10 und U 11 liegt im Aufgabenbereich der Kinder- und Jugendärzte. Darüber hinaus können auch Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztliche Internisten teilnehmen, sofern die nachfolgenden Qualitätsanforderungen durch die Vorlage entsprechender Nachweise erfüllt werden:

- Durchführung von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien pro Quartal in den letzten vier Abrechnungsquartalen.

- Nachweis gegenüber der KVWL von mindestens 25 Zertifizierungspunkten im Fach Pädiatrie.
- Kontinuierliche Teilnahme an einem von der KVWL oder der Ärztekammer anerkannten Qualitätszirkel mit pädiatrischer Ausrichtung (vier- bis sechsmal jährlich).

Sollten zu Beginn noch nicht alle persönlichen Qualitätsanforderungen erfüllen, müssen Sie die Zertifizierungspunkte innerhalb von drei Monaten gegenüber der KVWL nachweisen - dies gilt auch für die Teilnahme an einem Qualitätszirkel.

Die Vergütung der folgenden Leistungen erfolgt extrabudgetär.

SNR 91703	„Untersuchung U 10“: Grundschulcheck	35,00 EUR
SNR 91704	Dokumentation und Auswertung des psychologischen Fragebogens gem. Anlage 3	15,00 EUR
SNR 91711	„Untersuchung U 11“	35,00 EUR
SNR 91712	Dokumentation und Auswertung des psychologischen Fragebogens gem. Anlage 4	15,00 EUR

Glossar

Strukturqualität

Strukturqualität definiert sich ganz wesentlich über die Kompetenz und fachliche Qualifikation des Arztes und der Praxismitarbeiter. Sie umfasst darüber hinaus Anforderungen an die apparative und räumliche Ausstattung der Praxis sowie gegebenenfalls auch Vorgaben an die Organisation und Hygiene. Eine gute Struktur garantiert nicht automatisch gute Ergebnisse, ist aber die Basis dafür. Anforderungen an die Strukturqualität sind in den geltenden Richtlinien und Vereinbarungen festgelegt. Sie bestimmen beispielsweise, welche Ausbildung und Erfahrung ein Arzt und ggf. sein Praxisteam besitzen müssen, um ambulant operieren zu dürfen. Falls erforderlich, kann durch Praxisbegehungen kontrolliert werden, ob die räumliche und apparative Ausstattung der Praxis den Anforderungen genügt und Hygienestandards eingehalten werden.

Prozessqualität

Die Qualität der Abläufe in der Praxis wird als Prozessqualität bezeichnet. Hierbei geht es um die Art und Weise der Diagnostik und Therapie. Dazu zählen unter anderem die Medikamentenverordnung, die Anamneseerhebung, die ärztliche Dokumentation sowie die Beachtung von empfohlenen Behandlungspfaden und Vorgaben zur Indikationsstellung. Ein Urteil über das Wie der Behandlung ist oft schwieriger als die Bewertung der Struktur, wo Zeugnisse, Qualifikationsnachweise und Gewährleistungserklärungen zur apparativen Ausstattung ein klares Urteil erlauben.

Ergebnisqualität

Am schwierigsten ist die Beurteilung der Ergebnisqualität, also der Güte der Behandlung. Sie umfasst die Ergebnisse eines Behandlungsprozesses und kann an den unterschiedlichsten Indikatoren wie an der Verbesserung des Gesundheitszustandes, der Heilung von Erkrankungen, der Patientenzufriedenheit oder der Beeinflussung der Morbidität beurteilt werden. Die Prozessqualität und gewisse Aspekte der Ergebnisqualität sind jeweils im Einzelfall zu überprüfen. Dies geschieht in der Regel im Rahmen von Stichproben, deren Verfahren und Beurteilungskriterien leistungsspezifisch ebenfalls in Richtlinien geregelt sind. Zur umfassenden Bewertung der Ergebnisqualität helfen Auswertungs- und Evaluationsverfahren anhand von Daten der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Instrumente der Qualitätssicherung

Zur Förderung und Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität stehen mehrere wissenschaftlich anerkannte Verfahren und Instrumente zur Verfügung.

Eingangsprüfungen

Eingangsprüfungen, das heißt Prüfungen die zusätzlich zu einer Facharztqualifikation vor Genehmigung zur Leistungserbringung für die gesetzlichen Krankenversicherungen abgelegt werden müssen, sind seit 1992 für die Zervix-Zytologie etabliert und seit 2002 für Leistungen der Mammographie. Diese Prüfungen werden in den Räumen der KV abgehalten und sind nicht durch das Beibringen anderer Befähigungsnachweise ersetzbar.

Einzelfallprüfungen durch Stichproben/Dokumentationsprüfungen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen gemäß den gesetzlichen Vorgaben die Qualität bestimmter Leistungen im Einzelfall durch Stichproben. Wie bei einer Verkehrskontrolle wird jährlich eine bestimmte Prozentzahl der Ärzte - entsprechend den jeweiligen Regelungen - für eine Überprüfung ihrer Behandlungsdokumentationen zufällig ausgewählt. In einigen Leistungsbereichen, zum Beispiel der Koloskopie, der Mammographie 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 erbringt, die ein hohes Maß an Routine und/oder manueller Fertigkeit erfordern, kann ein wesentlicher Qualitätsfaktor sein. In der vertragsärztlichen Versorgung wurden solche Mindestmengen für Leistungen für die invasive Kardiologie (Untersuchungen mit dem Herzkatheter), für Darmspiegelungen und für kernspintomographische Untersuchungen der weiblichen Brust festgelegt. Die KV prüft regelmäßig, ob die betreffenden Ärzte die vorgeschriebene Mindestzahl an Untersuchungen und Behandlungen erfüllen. Werden die Mindestmengen nicht in dem 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 sogenannten 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 kollegialen Fachgespräch (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 die Bereitstellung von Feedback-Berichten kann ein Arzt seine eigene Behandlungsqualität mit derjenigen von anderen Praxen vergleichen. Dies geschieht in anonymisierter Form. Dazu werden die von den Ärzten erstellten Dokumentationen ausgewertet und an den Arzt zurückgespiegelt. Dieses Rückmeldesystem hilft dem einzelnen Arzt, seine eigene 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.

IMPRESSUM

Herausgeberin

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Straße 4-6
44141 Dortmund
Tel.: 0231 / 94 32-0

Redaktionsausschuss

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

Redaktion und Layout

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe
Geschäftsbereich Kommunikation

Druck

IVD GmbH & Co. KG
Wilhelmstraße 240
49475 Ibbenbüren

