

Jahresbericht 2012

Versorgungsqualität

EXTRA

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	4
Editorial	5
Struktur des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität	6
Vorstellung des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität	7
Mitgliederbefragung des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität	12
I. Allgemeines	14
Fortbildungspflicht (Ärzte)	14
Gesundheitswesen-Norm DIN EN 15224	19
Hygienemanagement in der Arztpraxis	19
Mit Schulungen und Informationen fit für das neue Infektionsschutzgesetz	22
Mammographie-Screening	24
Qualitätszirkel	28
blickwinkel – das Magazin für Qualitätszirkelmoderatoren	30
QZ-Online – die Verwaltungssoftware für Moderatoren	31
Qualitätsmanagement der Ermächtigten	32
II. Neue oder geänderte vertragliche Regelungen	32
Diabetisches Fußsyndrom	32
Hörgeräteversorgung (Jugendliche und Erwachsene)	34
Hörgeräteversorgung (Säuglinge, Kleinkinder und Kinder)	34
Molekulargenetische Untersuchungen	35
MRSA – neue GOP seit 1. April 2012	36
III. Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V	38
Änderung der Auflagenprüfung von Sonographien der Säuglingshüfte	38
Qualitätssicherungsmaßnahmen	40
Dokumentationsprüfung Akupunktur	40
Dokumentationsprüfung HIV/Aids	41
Dokumentationsprüfung Koloskopie	42
Dokumentationsprüfung kurative Mammographie	43
Dokumentationsprüfung MR-Angiographie	43
Dokumentationsprüfung Vakuumbiopsie	44
Überprüfung der Präparatequalität einschließlich der Dokumentation Zytologie	44
Abnahmeprüfung von Ultraschallsystemen	45
IV. Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 136 Absatz 2 SGB V	46
Konventionelle radiologische Diagnostik und Kernspintomographie	46
Arthroskopie	49
Langzeit-Elektrokardiographische Untersuchungen	50
V. Datenteil	51

Abkürzungsverzeichnis

AOK NW	Allgemeine Ortskrankenkasse NORDWEST
ÄSWL	Ärztliche Stelle Westfalen-Lippe
BKK OWL	Betriebskrankenkassen Ostwestfalen
DDG	Deutsche Diabetes Gesellschaft
DFS	Diabetisches Fußsyndrom
DIN ISO 9001	ISO-Normenreihe Deutsches Institut für Normung
DMP	Disease-Management-Programme
DSP	Diabetologische Schwerpunktpraxis
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EN	Europäische Norm
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GOP	Gebührenordnungsposition
HygMedVO	Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen
IfSG	Infektionsschutzgesetz
ISO	Internationale Organisation für Normung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KPQM	Kassenärztliche Vereinigung Praxis Qualitätsmanagement
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
LKK NRW	Landwirtschaftliche Krankenkasse Nordrhein-Westfalen
L-EKG	Langzeit-Elektrokardiographische Untersuchung
MFA	Medizinische Fachangestellte
MPG	Medizinproduktegesetz
MRSA	Methicillin-resistente Staphylococcus aureus
MRT	Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)
QM-System	Qualitätsmanagementsystem
QS	Qualitätssicherung
QS-Vereinbarung	Qualitätssicherungsvereinbarung
QZ	Qualitätszirkel
Rö	Radiologische Diagnostik
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
WL	Westfalen-Lippe
ZAFE	Zertifizierte diabetologische Fußbehandlungseinrichtung

Anmerkung: Zur besseren Lesbarkeit werden die Begriffe Arzt und Psychotherapeut sowohl für die männliche als auch für die weibliche Form benutzt.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Übersicht Struktur des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität
Abbildung 2:	Veranstaltungsangebot des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität im Jahr 2012
Abbildung 3:	Erläuterung der Begriffe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
Abbildung 4:	Beispiele für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
Abbildung 5:	Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens
Abbildung 6:	Beispiel eines Nachweiszeitraums
Abbildung 7:	Beispiel eines Fortbildungszertifikats
Abbildung 8:	Ausstellung des Fortbildungszertifikats innerhalb eines Nachweiszeitraums
Abbildung 9:	Unveränderlichkeit der Nachweiszeiträume
Abbildung 10:	Erfüllungsgrad der Nachweispflicht
Abbildung 11:	Anleitung zur Erstellung eines Hygieneplanes für Arztpraxen
Abbildung 12:	Auszug aus der Anleitung zur Erstellung eines Hygieneplanes für Arztpraxen
Abbildung 13:	Anzahl Einladungsbriefe 2012
Abbildung 14:	Statistik der Moderatorentage 2012
Abbildung 15:	Überprüfung der ärztlichen Dokumentation der sonographischen Untersuchung der Säuglingshüfte

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Terminvergabe im Mammographie-Screening-Programm
Tabelle 2:	Gründe gegen das Mammographie-Screening-Programm
Tabelle 3:	Übersicht der Anzahl Einladungsbriefe und davon Postrückläufer
Tabelle 4:	Vergleich der Rückmeldungen im Jahr 2011 zum Jahr 2012
Tabelle 5:	Teilnahmequote am Mammographie-Screening-Programm
Tabelle 6:	Ergebnisse der bisherigen Auflagenprüfung Säuglingshüfte
Tabelle 7:	Ergebnisse der Auflagenprüfung Akupunktur
Tabelle 8:	Ergebnisse der Auflagenprüfung HIV/Aids
Tabelle 9:	Ergebnisse der Auflagenprüfung Koloskopie
Tabelle 10:	Ergebnisse der Auflagenprüfung Mammographie
Tabelle 11:	Ergebnisse der Auflagenprüfung MR-Angiografie
Tabelle 12:	Ergebnisse der Auflagenprüfung Vakuumbiopsie
Tabelle 13:	Ergebnisse der Auflagenprüfung Zytologie
Tabelle 14:	Ergebnisse der Qualitätsprüfung Radiologie
Tabelle 15:	Ergebnisse der Qualitätsprüfung Kernspintomographie
Tabelle 16:	Ergebnisse der Qualitätsprüfung Arthroskopie
Tabelle 17:	Ergebnisse der Qualitätsprüfung L-EKG
Tabelle 18:	Erteilte Genehmigungen
Tabelle 19:	Abrechnungserlaubnisse
Tabelle 20:	Verhältnis der Anträge zu den erteilten Genehmigungen
Tabelle 21:	Zahl der Sitzungen der Qualitätssicherungskommissionen im Jahresvergleich
Tabelle 22:	Zahl der Kolloquien im Jahresvergleich
Tabelle 23:	Ergebnisse der Kolloquien im Jahresvergleich



Gemeinsam für die bestmögliche Versorgung

Die deutschen Patienten sind mit ihren Haus- und Fachärzten nach wie vor sehr zufrieden – das ergab auch die sechste Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Forschungsgruppe Wahlen aus diesem Sommer. Über 90 Prozent der Befragten bewerten demnach die fachliche Kompetenz und das Vertrauensverhältnis zum zuletzt besuchten Arzt mit „gut“ oder „sehr gut“. Das kommt nicht von ungefähr. Die niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Deutschland leisten hervorragende Arbeit, die im internationalen Vergleich ihresgleichen sucht. Nicht zuletzt die Maßnahmen zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement tragen jedes Jahr dazu bei, diesen hohen Versorgungsstandard zu halten und sogar auszubauen – und ihn mit Fakten zu belegen.

Viele von Ihnen mögen die Normen zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement als zusätzliche Arbeitsbelastung in Ihrem Praxisalltag empfinden – und Ihre KV, die diese Normen umsetzt und prüft, als eher lästiges Kontrollorgan. Kontrolle und Prüfung machen Arbeit, das ist richtig. Aber sie schaffen auch Sicherheit – für Sie und Ihre Patienten. Der KVWL-Geschäftsbereich Versorgungsqualität hat sich in den zurückliegenden Jahren zu einem innovativen Partner weiterentwickelt, der weit mehr unternimmt als Untersuchungsabläufe und Medizingeräte unter die Lupe zu nehmen. Wir bieten Ihnen Hilfestellungen und Fachkompetenz an, um die Qualität der in Ihrer Praxis erbrachten Leistungen effizient zu dokumentieren. Und mehr noch: Ak-

tuelle Themen wie zum Beispiel die Handhabung des Infektionsschutz- und Medizinproduktegesetzes werden im Rahmen von Informationsveranstaltungen für Sie und Ihr Praxispersonal aufbereitet. Ein Angebot, das Sie immer häufiger in Anspruch nehmen. So besuchten mehr als 5.000 Gäste die 36 Infoveranstaltungen im Jahr 2012 zu unterschiedlichen Schwerpunktthemen. Qualitätszirkel sind eine weitere tragende Säule der Versorgungsqualität. Wir unterstützen die Arbeit in den Zirkeln und bieten darüber hinaus mehrmals im Jahr Moderatorentage dazu an. Sie sehen: Wenn es um die Qualität der ambulanten Versorgung in Westfalen-Lippe geht, ist die KVWL mehr Mitgestalter als lediglich Kontrolleur.

Der Jahresbericht Versorgungsqualität, den Sie in Ihren Händen halten, belegt Ihre und unsere Bemühungen und Erfolge, den Patienten in Westfalen-Lippe die bestmögliche ambulante Versorgung zukommen zu lassen. Gehen wir diesen Weg auch in Zukunft gemeinsam weiter.

Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden
1. KVWL-Vorsitzender

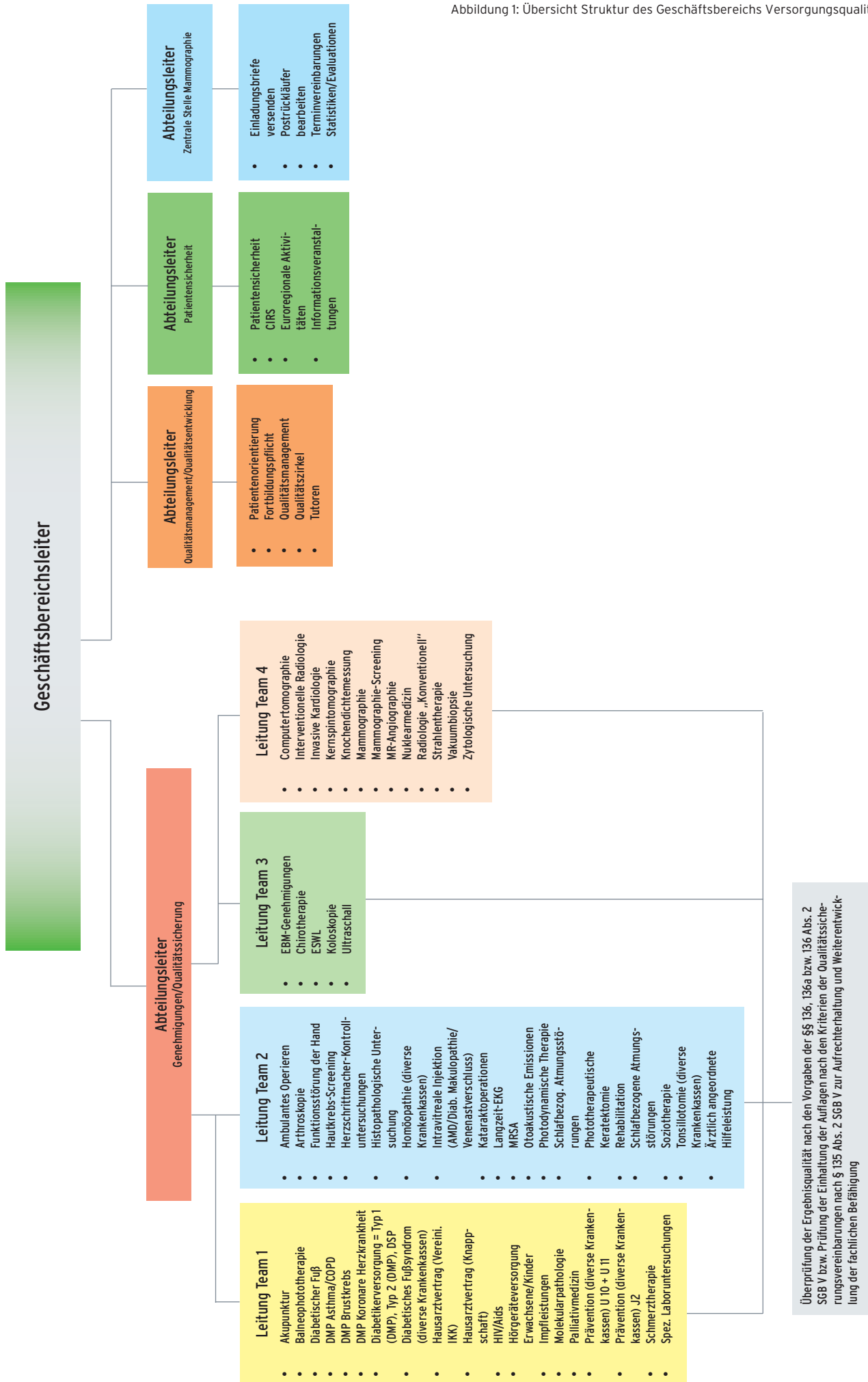


Abbildung 1: Übersicht Struktur des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität

Vorstellung des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität

„Geschäftsbereich Versorgungsqualität? Ich weiß gar nicht, was dort gemacht wird, welche Aufgaben dort erledigt werden.“

So oder so ähnlich waren gelegentlich die Antworten bei der Mitgliederbefragung, die im Februar und März 2013 durchgeführt wurde. Die Antwort auf diese Frage geben wir in diesem Jahresbericht.

Nach Abschluss der Reorganisation 2010 hat der größte Teil des Geschäftsbereichs seinen Sitz in Dortmund. In Münster befindet sich die Zentrale Stelle für Mammographie-Screening, die dem Geschäftsbereich Versorgungsqualität angegliedert ist. Einschließlich der Zentralen Stelle arbeiten im Geschäftsbereich Versorgungsqualität der KVWL 61 Kolleginnen und Kollegen.

Hauptaufgabe des Geschäftsbereichs ist die Umsetzung der Normen des G-BA, der KBV sowie der landesrechtlichen Regelungen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement. Der Geschäftsbereich erteilt Genehmigungen zur Durchführung bestimmter Leistungen und führt Auflagen- und Stichprobenprüfungen durch. Er unterstützt Ärzte und Psychotherapeuten dabei, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und Qualitätszirkel zu leiten oder zu besuchen.

Diese Aufgaben berühren auch häufig Themen, die nicht zum eigentlichen Kerngeschäft gehören. Der Geschäftsbereich hat sich dieser Themen angenommen, um die ursprünglichen Aufgaben noch erfolgreicher zu erfüllen. So sind im Laufe der Zeit weitere Aufgaben für den Geschäftsbereich entstanden, mit denen er Ärzten und Psychotherapeuten einen umfangreichen Service bietet.

Dazu gehören zum Beispiel im Bereich Ultraschall die Absprachen mit den Herstellerfirmen, die Unterstützung bei aktuellen Fragen zum Infektionsschutz- und Medizinproduktegesetz, die Organisation von Moderatorentagen, die Unterstützung bei der Entwicklung von Qualitätsmanagementhandbüchern sowie die Organisation von verschiedenen Informationsveranstaltungen zu Themen rund um die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement.

Im Jahr 2012 wurden für 5.029 Teilnehmer 36 Veranstaltungen organisiert und durchgeführt.

Abbildung 2: Veranstaltungsangebot des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität im Jahr 2012

Veranstaltung	Datum	Gesamt- teilnehmerzahl
Moderatorentage 2012 Praxisfragen der Gruppenleitung Möglichkeiten der Intervention bei häuslicher Gewalt Leitlinienbewertung von Arzneimittelmonographien Patientenfallkonferenz Stolpersteine im Qualitätszirkel	12. Mai 2012 27. Oktober 2012 24. November 2012	111
KPQM Auditoren- und Trainer-Erfahrungsaustausch	8. Februar 2012	32
MPG	25. Januar 2012	248
MRSA zur Einführung der neuen Vergütungsvereinbarung	11. Januar 2012 18. Januar 2012 25. Januar 2012 26. Januar 2012 1. Februar 2012 8. Februar 2012 15. Februar 2012 14. März 2012 28. März 2012 18. April 2012 23. April 2012	4.035
Informationsveranstaltungen für neu niedergelassene Ärzte zum Thema Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement	4. Februar 2012 7. März 2012	49
Diabetes ohne Insulin	[4 Seminare]	107
Diabetes mit Insulin	[5 Seminare]	113
Hypertonie	[4 Seminare]	83
Infoveranstaltungen Ultraschall (Geschäftsbereich Versorgungsqualität gemeinsam mit dem Berufsverband der Frauenärzte WL)	1. September 2012 8. September 2012 12. September 2012 19. September 2012 29. September 2012	251

Zusätzlich organisierte der Geschäftsbereich Versorgungsqualität zusammen mit den Gesundheitsämtern 13 Netzwerkkonferenzen (MRSA-Fall-/Netzwerkkonferenzen). Auch für das Jahr 2013 wird es eine ähnliche Anzahl und Vielfalt von Veranstaltungen geben.

Internetwegweiser für Informationsveranstaltungen

www.kvwl.de unter Terminkalender



Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Informationsveranstaltungen	Julia Miller	3581	Julia.Miller

Internetwegweiser für Schulungen DMP

www.kvwl.de in den Rubriken Arzt, Termine, Seminare, dmp_schulung/2013



Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Qualifikation zur Patientenschulung DMP	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte

Eine besondere Bedeutung kommt in letzter Zeit dem Thema Patientensicherheit zu. Dieses – für die KV und die niedergelassenen Ärzte neue – Aufgabengebiet findet seinen Ursprung in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum Qualitätsmanagement und im Patientenrechtegesetz. Hier werden Themen wie „Eingriffsverwechslung“, „Seitenverwechslung“, „Sturzprävention“ und „Arzneimitteltherapiesicherheit“ bearbeitet. Diese „Dienstleistungen am Rande des Kerngeschäfts“ werden immer häufiger nachgefragt und von den Mitarbeitern des Geschäftsbereichs gerne erbracht.

Um Freiräume für diese neuen Aufgaben zu schaffen, standardisiert der Geschäftsbereich seine Prozesse. Er arbeitet deshalb seit 2008 nach dem Qualitätsmanagementsystem DIN ISO 9001 und hat sich auch danach zertifizieren lassen.

Wenn auch die Einführung von QM-Systemen häufig kritisiert wird, hat der Geschäftsbereich für sich festgestellt, dass hierdurch die Aufgaben schneller, mit weniger Fehlern und damit wirtschaftlicher erledigt werden. Fragen sowie Besprechungen werden reduziert und Entscheidungen schneller getroffen. Fehler werden mit dem Ziel analysiert, die Ursache zu beseitigen, indem der Prozess geändert oder weitere Informationen bereitgestellt werden.

Begriffe wie Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität finden sich also nicht nur im Bereich der Medizin, sondern werden auch von der Verwaltung gelebt.

Für die Ärzte und Psychotherapeuten spielen diese Begriffe in der täglichen Praxis eine zunehmend wichtige Rolle; deshalb erläutern wir sie.

Abbildung 3: Erläuterung der Begriffe Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
<p>Dieser Begriff kennzeichnet die Eigenschaften und Merkmale des Arztes, des Praxispersonals, der Praxiseinrichtung und -ausstattung. Darunter fallen die Aus- und Weiterbildung (fachliche Qualifikation) des Arztes/ Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Personals, vorhandene Gerätschaften und bauliche Voraussetzungen. Auch die Organisation innerhalb des Praxisbetriebes kennzeichnet die Strukturqualität.</p>	<p>Dieser Begriff beschreibt das „Wie“ aller praxisinternen Abläufe. Wie wird die Terminvergabe in der Praxis organisiert? Wie werden diagnostische und therapeutische Maßnahmen innerhalb des Versorgungsprozesses erbracht?</p>	<p>Dieser Begriff sagt aus, ob und inwieweit gesteckte Qualitätsziele erreicht wurden. Bei der Betrachtung eines Diagnoseverfahrens kann Ergebnisqualität beispielsweise eine gute Röntgenaufnahme sein. Hat ein standardisiertes Diagnoseverfahren zu besseren Ergebnissen geführt? Geht es um therapeutische Leistungen, so ist der Gesundheitszustand des Patienten Indikator für die Ergebnisqualität. Ist die gewünschte Verbesserung des Gesundheitszustandes beim Patienten eingetreten? Ist der Patient selbst zufrieden mit dem Ergebnis der ärztlichen Behandlung?</p>

Alle drei Qualitätsdimensionen beeinflussen sich gegenseitig; die gewünschte Ergebnisqualität (Behandlungsergebnis) kann nur erreicht werden, wenn die entsprechenden Voraussetzungen (Strukturqualität) gegeben sind und auch der gesamte Behandlungsprozess (Prozessqualität) darauf abzielt.

Die KVen überprüfen die Qualität von rund 66 Prozent aller ambulanten Leistungen nach bundeseinheitlichen Qualitätssicherungsvereinbarungen. Der größte Anteil der Prüfungen entfällt derzeit noch auf die Strukturqualität, denn hier sind die geeigneten Prüfparameter gut zu bestimmen.

Aber auch prozess- und ergebnisorientierte Verfahren werden schrittweise integriert. Zunehmend finden weitere Qualitätssicherungselemente Eingang in diese Maßnahmen.

Abbildung 4: Beispiele für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

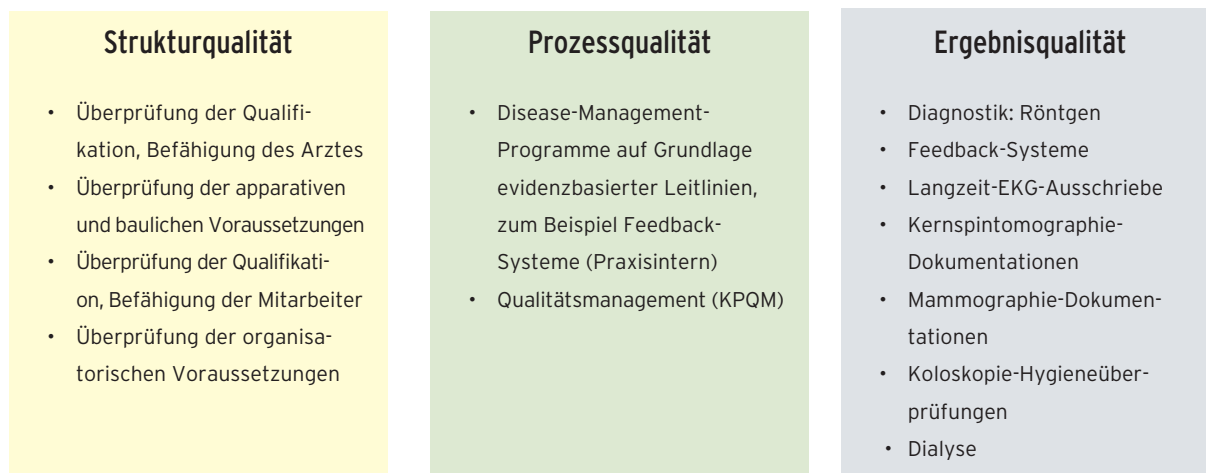


Abbildung 5: Schematischer Ablauf eines Genehmigungsverfahrens



Diese Prüfmechanismen kommen regelhaft in der vertragsärztlichen Versorgung zur Anwendung und enthalten auch Sanktionen, die zum Entzug der Abrechnungsgenehmigung führen können. Wesentlicher Bestandteil solcher Regelungen sind Überprüfungen, ob die gewählten Maßnahmen tatsächlich den geforderten Effekt in der Versorgungsrealität haben.

Schwieriger ist es, Prüfmerkmale für therapeutisches Vorgehen zu ermitteln, die einen Rückschluss auf die Qualität der Leistungserbringung zulassen. Denn das grundsätzlich gewünschte Therapieziel (Therapieergebnis) – ein verbesserter Gesundheitszustand – ist von diversen, schwer kontrollierbaren Faktoren abhängig, beispielsweise von der Kooperationsbereitschaft oder dem Lebensstil des Patienten.

Damit Ärzte und Psychotherapeuten Therapieergebnisse noch stärker beeinflussen können, fördert der Geschäftsbereich unter anderem den fachlichen Austausch in der Qualitätszirkelarbeit.

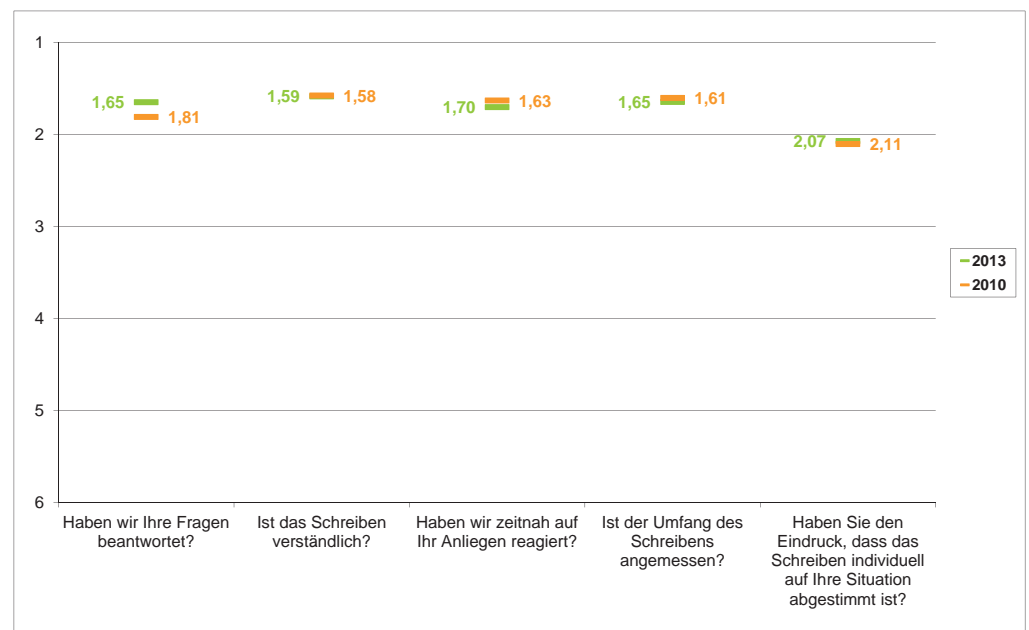
Mitgliederbefragung des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität

Der Geschäftsbereich Versorgungsqualität führte im Zeitraum vom 21. Januar bis 15. März 2013 zum zweiten Mal eine Mitgliederbefragung durch. Sie wurden befragt, wie zufrieden Sie mit unseren Schreiben und anderen Informationen sind. Sie erhielten in diesem Zeitraum mit jedem Brief, jeder E-Mail und jedem Informationsmaterial/Formular-Versand einen Fragebogen.

Wir bedanken uns zunächst sehr herzlich für die rege Teilnahme. Es ist zwar keine repräsentative Umfrage, gleichwohl können wir aus den Antworten deutliche Rückschlüsse ziehen. Erfreulich waren natürlich die vielen positiven Rückmeldungen. Sie bestätigen uns grundsätzlich in der Richtigkeit unseres Vorgehens. Aber auch die kritischen Rückmeldungen sind sehr wichtig, denn daraus können wir Verbesserungspotenziale ableiten.

Folgende Ergebnisse wurden im Vergleich zu der Mitgliederbefragung 2010 erzielt:

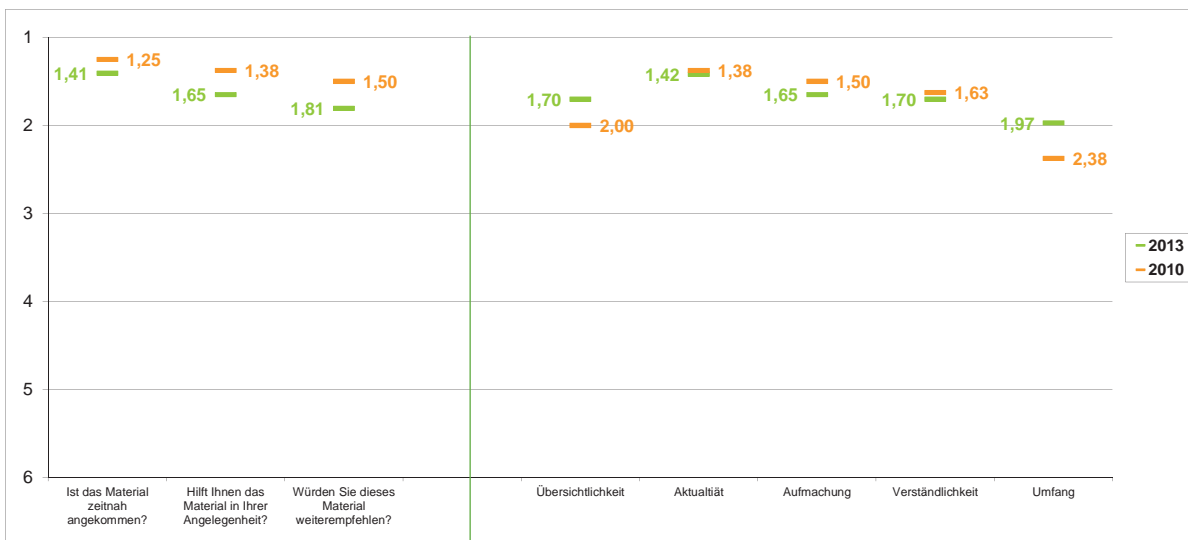
Schriftverkehr, Anzahl der Bewertungen: 550 (Rücklauf 7,20 Prozent), Bewertung nach Schulnotenprinzip



E-Mail-Verkehr, Anzahl der Bewertungen: 21 (Rücklauf 2,32 Prozent), Bewertung nach Schulnotenprinzip



Informationsmaterial und Formulare, Anzahl der Bewertungen: 38 (Rücklauf: 20,54 Prozent), Bewertung nach Schulnotenprinzip



Im Vergleich zur Mitgliederbefragung 2010 haben wir uns in einigen Punkten verbessert, in einigen aber auch verschlechtert. Vor allem haben wir uns in den Punkten verbessert, zu denen wir nach der Befragung 2010 Maßnahmen abgeleitet haben. Zum Beispiel verschicken wir zu den Antragsunterlagen für Genehmigungen nicht mehr die Verträge, Richtlinien und Vereinbarungen, sondern verweisen auf unsere Internetseite. Diese Maßnahme wirkte sich nun positiv auf die Note des Umfangs unseres Informationsmaterials und unserer Formulare aus.

Wir haben versucht, Ihre schriftlichen Hinweise in sinnvollen Themengruppen zusammenzufassen. In erster Linie geht es um den Bereich „Informationen“. Hier wünschen Sie kürzere Texte, mehr individuelle Schreiben und einen besseren Informationsfluss zwischen allen Beteiligten. In einem weiteren Bereich geht es um die Technik; benutzerfreundlicheres Internet, bessere Suchfunktionen usw. Viele Fragen und Anregungen kamen auch zu dem Thema „Sinnstiftung“: Warum QS, QM, warum Evaluationen, ist das nicht alles unnütze Bürokratie? Für diese sehr offenen und ehrlichen Anmerkungen sind wir dankbar und werden in der nächsten Zeit versuchen, Antworten zu geben.

Noch einmal: Vielen Dank für Ihre Beteiligung!

I. Allgemeines

Fortbildungspflicht (Ärzte)

Nachweiszeitraum und Fortbildungszertifikat – warum zwei Paar Schuhe?

Haben Sie bereits ein Fortbildungszertifikat der Ärztekammer Westfalen-Lippe? Haben Sie von uns schon die Bestätigung über die Erfüllung Ihrer Nachweispflicht erhalten? Ist Ihnen die Abweichung der Daten aufgefallen?

Wir erklären Ihnen, was es damit auf sich hat:

Ihr Nachweiszeitraum und Ihr Fortbildungszertifikat werden unabhängig voneinander behandelt, da sie auf unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen basieren.

Beachten Sie zunächst: Sie kommen Ihrer Nachweispflicht nach, wenn die KVWL davon Kenntnis erlangt, dass Ihnen eine Ärztekammer innerhalb Ihres Nachweiszeitraums das Fortbildungszertifikat ausgestellt hat.

Klartext

1. Ihr Nachweiszeitraum beträgt fünf Jahre, egal wann Sie nachweisen!
2. Lassen Sie sich in jedem Nachweiszeitraum mindestens ein Fortbildungszertifikat von der ÄKWL ausstellen!
3. Die Gültigkeitsdaten sind für Ihren Nachweis gegenüber der KVWL irrelevant!

1. Ihr Nachweiszeitraum

Ihr Nachweiszeitraum ermittelt sich aus den gesetzlichen Vorgaben des § 95d SGB V und der Regelung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Er kann sich von Ihrem Fortbildungszeitraum unterscheiden.

Zeitraum:

Beginnend mit der Aufnahme Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit (zum Beispiel am 1. Juli 2009), müssen Sie uns alle fünf Jahre nachweisen, dass Sie sich ausreichend fortgebildet haben. Diesen Zeitraum, der alle fünf Jahre periodisch wiederkehrt, nennen wir „Nachweiszeitraum“ (in diesem Beispiel beginnt der erste Nachweiszeitraum am 1. Juli 2009 und endet am 30. Juni 2014).

Gesetz:

Das Gesetz definiert „ausreichend fortgebildet“ wie folgt: „In dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum“ – also Ihrem Fortbildungszeitraum – und „in dem Umfang [...], wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der [...] erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist“ (§ 95d SGB V).

Umfang:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer diesen „notwendigen Umfang“ auf mindestens 250 Fortbildungspunkte innerhalb des Fünfjahreszeitraums festgelegt.

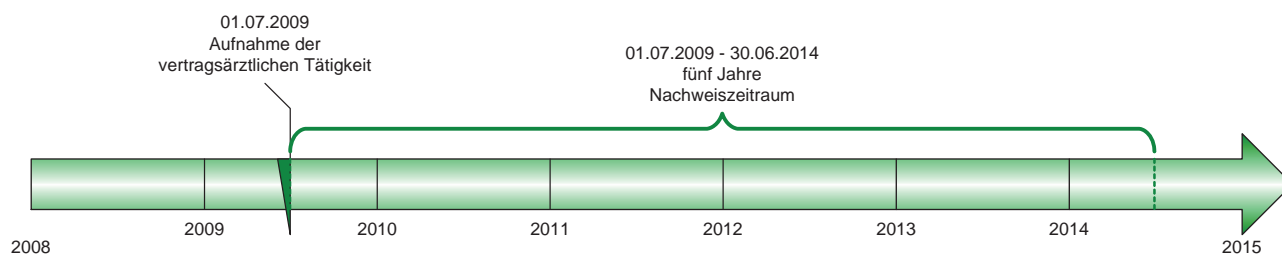
Fazit:

Das bedeutet, dass Sie zu irgendeinem Zeitpunkt innerhalb Ihres Nachweiszeitraums (im Beispiel vom 1. Juli 2009 bis zum 30. Juni 2014) nachweisen müssen, dass Sie sich in dem zu diesem Zeitpunkt zurückliegenden fünfjährigen Fortbildungszeitraum im Umfang von mindestens 250 Fortbildungspunkten fortgebildet haben.

Beispiel:

Aufnahme vertragsärztlicher Tätigkeit: 1. Juli 2009
 Erster Nachweiszeitraum: 1. Juli 2009 bis 30. Juni 2014
 Fortbildungsnachweis innerhalb: 1. Juli 2009 und 30. Juni 2014

Abbildung 6: Beispiel eines Nachweiszeitraums



2. Ihr Fortbildungszertifikat

Ihr Fortbildungszertifikat unterliegt den Regelungen aus der Satzung „Fortbildung und Fortbildungszertifikat“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL).

Ausstellungsdatum:

Die ÄKWL stellt Ihr Fortbildungszertifikat auf das Datum aus, an dem Ihr Antrag dort eingegangen ist. Das bedeutet, wenn Sie dort beispielsweise ein Fortbildungszertifikat am 15. Mai 2013 beantragen, steht darauf später als Ausstellungsdatum der 15. Mai 2013.

Gültigkeit:

Die Gültigkeit Ihres Fortbildungszertifikats ist von der ÄKWL auf fünf Jahre begrenzt; in diesem Beispiel bis zum 14. Mai 2018. Die Gültigkeitsdaten sind für den Fortbildungsnachweis gegenüber der KVWL allerdings unerheblich.

Fortbildungszeitraum:

Die ÄKWL rechnet Fortbildungspunkte auf Ihr Fortbildungszertifikat an, die zum Zeitpunkt des Antrageingangs nicht älter sind als fünf Jahre – hier also ab dem 16. Mai 2008 bis zum 15. Mai 2013. Dieser Anerkennungszeitraum ist Ihr Fortbildungszeitraum. Innerhalb dieses Fortbildungszeitraums müssen mindestens 250 Fortbildungspunkte anrechenbar sein, damit Sie das Fortbildungszertifikat erhalten können.

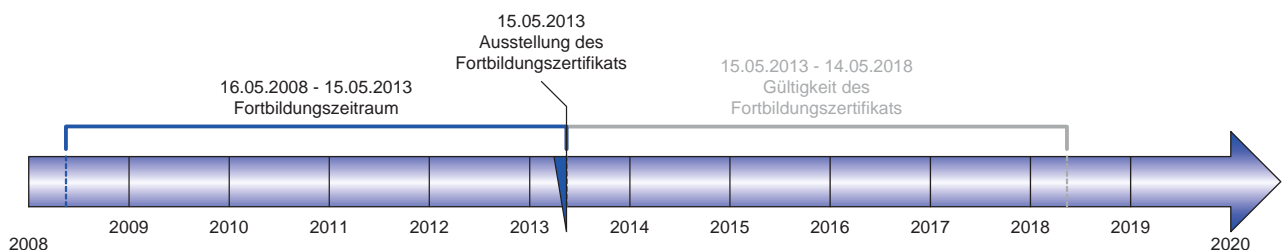
Fazit:

Ihr Fortbildungszertifikat zeigt, dass Sie innerhalb Ihres fünfjährigen Fortbildungszeitraums, der direkt vor dem Ausstellungsdatum liegt, mindestens 250 Fortbildungspunkte erreicht haben.

Beispiel:

Antrageingang bei der ÄKWL:	15. Mai 2013
Ausstellungsdatum:	15. Mai 2013
Gültigkeit:	15. Mai 2013 bis 14. Mai 2018
Fortbildungszeitraum:	16. Mai 2008 bis 15. Mai 2013

Abbildung 7: Beispiel eines Fortbildungszertifikats



3. Ihr Ergebnis

Wenn Sie die Fazite aus den Punkten eins und zwei miteinander vergleichen, werden Sie feststellen, dass sie zusammenpassen:

Fazit 1: Sie müssen uns zu irgendeinem Zeitpunkt innerhalb Ihres Nachweiszeitraums nachweisen, dass Sie innerhalb eines zu diesem Zeitpunkt zurückliegenden fünfjährigen Fortbildungszeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte erreicht haben (vgl. 1. Ihr Nachweiszeitraum).

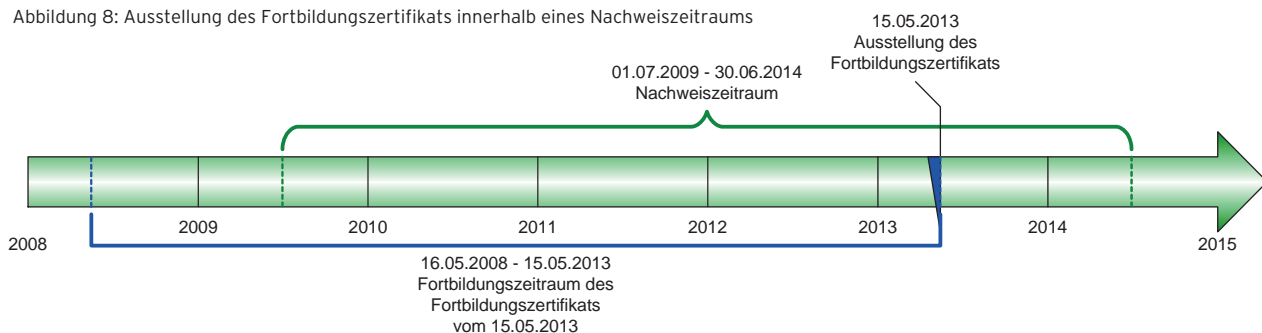
Fazit 2: Ihr Fortbildungszertifikat zeigt, dass Sie innerhalb des zum Zeitpunkt der Ausstellung zurückliegenden fünfjährigen Fortbildungszeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte erreicht haben (vgl. 2. Ihr Fortbildungszertifikat).

Das Ausstellungsdatum Ihres Fortbildungszertifikats muss innerhalb Ihres Nachweiszeitraums liegen, damit Ihr Fortbildungszertifikat als Nachweis für diesen Nachweiszeitraum gilt.

Beispiel:

Nachweiszeitraum: 1. Juli 2009 bis 30. Juni 2014
 Fortbildungsnachweis innerhalb: 1. Juli 2009 und 30. Juni 2014
 Ausstellung des Fortbildungszertifikats: 15. Mai 2013

Abbildung 8: Ausstellung des Fortbildungszertifikats innerhalb eines Nachweiszeitraums



4. Ihre Sicherheit

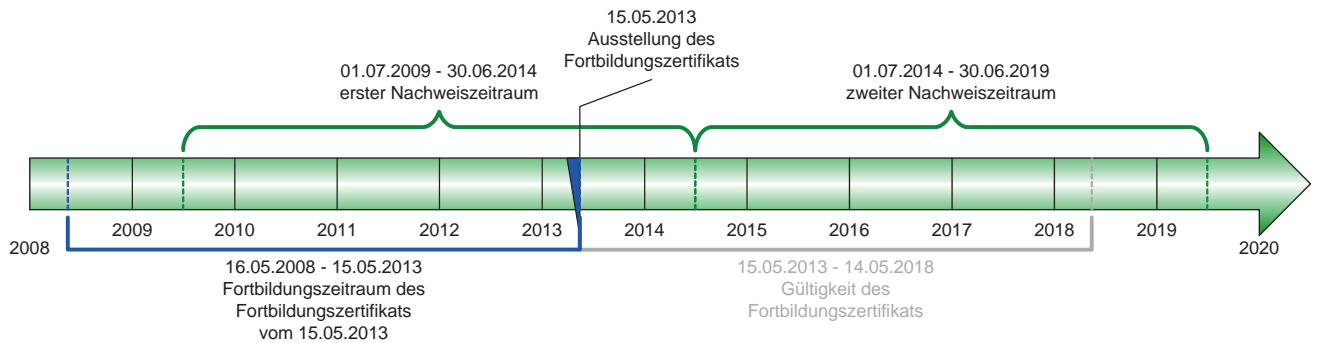
Ihre Nachweiszeiträume sind in der Regel unveränderlich. Ihr erster beginnt mit der Aufnahme Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit, frühestens am 1. Juli 2004. Alle folgenden beginnen direkt und erst nach Ablauf des vorherigen. Sie dauern stets fünf Jahre.

Auch bei der Ausstellung eines Fortbildungszertifikats und gleichzeitiger Nachweiserbringung bleibt Ihr Nachweiszeitraum unverändert. Er wird dadurch nicht verkürzt und nicht neu begonnen. Nur das Ruhen der Zulassung oder andere tatsächliche und anerkannte Nichttätigkeiten werden Ihren Nachweiszeitraum verlängern.

Beispiel:

Erster Nachweiszeitraum:	1. Juli 2009 bis 30. Juni 2014
Fortbildungsnachweis möglich innerhalb:	1. Juli 2009 und 30. Juni 2014
Ausstellung des Fortbildungszertifikats:	15. Mai 2013
Gültigkeit des Fortbildungszertifikats:	15. Mai 2013 bis 14. Mai 2018
Zweiter Nachweiszeitraum:	1. Juli 2014 bis 30. Juni 2019

Abbildung 9: Unveränderlichkeit der Nachweiszeiträume



5. Ihre Selbstverständlichkeit

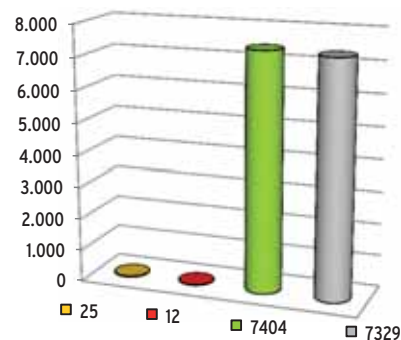
Die Grafik zeigt es: Für Sie und Ihre Kollegen ist es selbstverständlich, sich fortzubilden. Dadurch, dass die Ärztekammer der KVWL die Information über die Ausstellung Ihres Fortbildungszertifikats übermittelt, haben Sie einen geringeren Aufwand beim Erbringen des Fortbildungsnachweises.

Über 99 Prozent aller Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten haben ihren Fortbildungsnachweis bereits gegenüber der KVWL erbracht oder müssen erst später nachweisen.

Bei 37 Ärzten und Psychotherapeuten (0,25 Prozent) musste die KVWL im Quartal 4/2012 das Honorar kürzen.

Erfüllungsgrad der Nachweispflicht

Abbildung 10:
Erfüllungsgrad der Nachweispflicht
(Stand: 1. Oktober 2012)



■ 10 % Honorarkürzung ■ 25 % Honorarkürzung ■ mit Fortbildungsnachweis ■ noch nicht fällig

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Fortbildungspflicht



Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Fortbildungspflicht	Michael Schwarz	1033	Michael.Schwarz
	Ina Hohlweg	1035	Ina.Hohlweg

Gesundheitswesen-Norm DIN EN 15224

Im Dezember 2012 wurde die Gesundheitswesen-Norm DIN EN 15224 veröffentlicht. Diese Norm bietet Organisationen der Gesundheitsversorgung eine weitere Möglichkeit, Qualitätsmanagement umzusetzen. Die Anforderungen der DIN EN 15224 enthalten die Anforderungen der DIN EN ISO 9001, ergänzen und spezifizieren sie für die Gesundheitsversorgung.

Die Norm ist für Organisationen in den verschiedenen europäischen Gesundheitssystemen anwendbar – vom Krankenhaus über das Pflegeheim und die Rehabilitationseinrichtung bis zur Arztpraxis. Die Anforderungen der Norm sind daher durch die jeweils anwendende Organisation zu interpretieren und umzusetzen.

Ein Inhaltsverzeichnis und weitere Informationen zur Norm finden Sie im Internet unter: www.named.din.de, Suchbegriff: 15224.

Für Vertragspraxen ist die Umsetzung dieser Norm ein Angebot, keine Pflicht! Es gilt weiterhin, dass Sie die Qualitätsmanagement-Richtlinie für die Vertragsärztliche Versorgung des Gemeinsamen Bundesausschusses umsetzen müssen.

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Qualitätsmanagement



Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Qualitätsmanagement	Christina Robers	1036	Christina.Robers

Hygienemanagement in der Arztpraxis

Aus den unterschiedlichsten Gründen steigt die Anfälligkeit gegenüber Infektionen, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens erworben werden. Diese sogenannten nosokomialen Infektionen stellen inzwischen eine der zentralen Herausforderungen des Gesundheitswesens dar. Insbesondere die Zahl von Infektionen mit Krankenhauskeimern, die gegen Antibiotika resistent sind, muss deutlich reduziert werden. Das „Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze“ soll die Voraussetzung schaffen, um die Hygienequalität in Krankenhäusern bei der ambulanten medizinischen Behandlung zu verbessern.

Das Infektionsschutzgesetz ermöglicht den Landesregierungen, spezielle landesgesetzliche Regelungen zu schaffen. Davon hat die Landesregierung NRW Gebrauch gemacht. Seit dem 13. März 2012 gilt in Nordrhein-Westfalen die „Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVo)“.

Sie verpflichtet Einrichtungen für ambulantes Operieren und Dialyseeinrichtungen, folgende betrieblich-organisatorische und baulich-funktionelle Voraussetzungen für die Einhaltung der Grundsätze der Hygiene sicherzustellen und für die Durchführung der notwendigen hygienischen Maßnahmen zu sorgen:

- Bewertung von Bauvorhaben durch einen Krankenhaushygieniker
- Betreuung durch Hygienefachkräfte
- Bestellung eines in der Einrichtung klinisch tätigen Arztes zum Hygienebeauftragten

Einrichtungen für ambulantes Operieren müssen zusätzlich eine angemessene klinisch-mikrobiologische und klinisch-pharmazeutische Beratung des ärztlichen Personals durch einen Krankenhaushygieniker sicherstellen.



Auch Arztpraxen, in denen nicht ambulant operiert wird, aber invasive Eingriffe durchgeführt werden, müssen innerbetriebliche Verfahrensweisen in Hygieneplänen festlegen. Diese Verpflichtung ergibt sich ebenfalls aus dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) und der HygMedVO.

Der Hygieneplan ist eine Sammlung verbindlicher Anweisungen für verschiedene Arbeitsbereiche. Die Praxisleitung legt sie fest und hält sie aktuell.

Abbildung 11: Anleitung zur Erstellung eines Hygieneplans für Arztpraxen

Alle Beschäftigten einer Arztpraxis bestätigen mit ihrer Unterschrift, die Anweisungen des Hygieneplans zur Kenntnis genommen zu haben und diese im Praxisalltag umzusetzen. Im Hygieneplan werden nicht nur Anweisungen, die die Reinigung und Desinfektion betreffen, festgelegt, sondern alle relevanten Abläufe der Arztpraxis wie zum Beispiel die Abfallentsorgung, die Aufbereitung von Medizinprodukten oder Lagerfristen von Sterilgut.

Flächendesinfektion *Maßnahmenplanung für Ihren individuellen Reinigungs- und Desinfektionsplan*

	Was	Wann	Womit Konzentration/ Einwirkzeit (EWZ)	Wie	Wer
	Flächendesinfektion: z.B. Geräte Arbeitsplatz, Liege, Armpolster, Beistelltisch, Stethoskop, RR-Gesäß	bei wahrscheinlicher Kontamination, am Ende des Arbeitstages, bei direktem Hautkontakt nach jedem Patienten (Ausnahme Liege mit Papierauflage)	VAH-gelistetes Flächendesinfektions mittel x % (1 Stundenwert) (auf x l Wasser x mit Lösung)	Scheuer-Wisch- Desinfektion, kein Trockenwischen, Wiederbenutzung der Fläche, sobald diese sichtbar trocken ist, ggf. Wechsel der Papierauflage	
	Fläche zur Vorbereitung von Intra- sion/injektio- nen, Labor	vor aseptischen Arbeiten	(Ausnahme für kleine Flächen: alkoholbasiertes Fertigeräparat)		
	Fußboden, Wände, Inventar	bei sichtbarer Kontamination		Kontamination mit desinfektionsmittel- getränktem Tuch entfernen, anschlie- ßend Scheuer- Wachdesinfektion	
	sonst. Fuß- böden, WC Lager- schränke	am Ende des Arbeitstages halbjährlich (Monat x und Monat xx)	Haushaltsreiniger Sanitärreiniger Haushaltsreiniger	Feuchtreinigung	Ausräumen, Medi- kamente + Sterilgut auf Verfalldatum überprüfen, Schrank mit Haushaltsreini- ger auswaschen

Umgang mit Flächen- und Instrumentendesinfektionsmitteln
*Ansetzen der Lösung mit Wasser von etwa 20° C (erst warm, dann Desinfektionsmittel)
 Zusatz von Reingern nur dann, wenn B. Herstellerangabe zulässig. Tragen von geeigneten
 Schutzmaßnahmen (siehe bei der Anwendung von Hände- bzw. Handdesinfektionsmitteln).*

Reinigungs- und Desinfektionsplan
 Gemäß berufsgenossenschaftlicher Vorschriften ist ein Reinigungs- und Desinfektionsplan zu erarbeiten (dieser ist Bestandteil des Hygieneplanes).

Im Reinigungs- und Desinfektionsplan sind die tatsächlich verwendeten Reinigungs- und Desinfektionsmittel mit Angabe der Konzentration und Einwirkzeit aufzuführen unter Benennung des jeweils Durchführenden/Verantwortlichen. Dieser Plan ist in der Einrichtung dort auszuhängen, wo Desinfektionsmittel angesetzt werden bzw. zum Einsatz gelangen. Muster eines Reinigungs- und Desinfektionsplanes siehe Anlage 1.

Reinigung/Desinfektion von medizinischen Geräten
Nach Anwendung von Geräten/Körperteilen mit direktem Körperkontakt ist vor Anwendung am nächsten Patienten eine desinfizierende Reinigung unter Berücksichtigung der Herstellerangaben sicherzustellen. Die übrigen benutzten Geräte sollen arbeitsmäßig aufbereitet werden. Die Durchführung ist jeweils detailliert im Hygieneplan vorzugeben. Für einige häufige Geräte finden Sie allgemeine Vorgaben, die bei der Aufbereitung zu beachten sind, in der Anlage 2. Aufgrund der Gerätevielfalt ist es nicht möglich, konkreten Anfertigungsanweisungen (Herstellerangaben) für spezielle Geräte vorzugeben.

Seite 16 von 50

Abbildung 12: Auszug aus der Anleitung zur Erstellung eines Hygieneplans für Arztpraxen

Die unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) sind berechtigt, die Einhaltung der Vorgaben nach dem IfSG und der HygMedVO durch Praxisbegehungen zu kontrollieren.

Die KVWL hilft ihren Mitgliedern dabei, diese Hygienevorschriften umzusetzen und individuelle Hygienepläne zu erstellen, um sich optimal auf die Praxisbegehungen vorbereiten zu können.

Die KVWL bietet seit Januar 2013 Informationsveranstaltungen zum Thema IfSG/HygMedVO für ambulant operierende Ärzte und Ärzte aus Dialyseeinrichtungen an.

2013 werden in Workshops für das nichtärztliche Praxispersonal dieser Arztpraxen die Erstellung individueller Hygienepläne praktisch eingeübt und Prozesse hygienerelevanter Arbeitsabläufe erarbeitet.

Wenn Sie Hilfe bei der Umsetzung benötigen, setzen Sie sich mit uns in Verbindung.



Internetwegweiser

Eine aktuelle „Anleitung zur Erstellung eines Hygieneplans für die Arztpraxis“ finden Sie auf unserer Homepage www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität sowie Hygiene und Med.-Prod. oder über den nebenstehenden QR-Code.

Der Muster-Hygieneplan kann an die individuellen Gegebenheiten der Arztpraxis angepasst werden.

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Hygienemanagement in der Arztpraxis Infektionsschutzgesetz	Anke Westerberg	3334	Anke.Westerberg

Mit Schulungen und Informationen fit für das neue Infektionsschutzgesetz

Interview mit Dr. Manfred Diensberg vom KVWL-Ausschuss für Qualitätssicherung und Dr. Hans Preisendanz, Facharzt für Mikrobiologie

Änderungen im Infektionsschutzgesetz: Wie war die Vorgeschichte?

Diensberg: Das neue Infektionsschutzgesetz wurde im März 2012 für das Land NRW und damit für die KVWL und deren Mitglieder verbindlich. Die Neuerungen der Verordnung waren im Kollegenkreis oft nicht bekannt. Vielfach wird von niedergelassenen Ärzten immer noch die Auslage vorgefertigter „Wisch- und Desinfektionspläne“ der Industrie als ausreichende Maßnahme angesehen oder nach dem Motto ‚Das wird mich doch nicht betreffen‘ gar nichts unternommen.

Die Bestimmungen treffen aber jetzt alle Ärzte: nicht nur ambulant operierende Praxen und Dialyse-Einrichtungen, sondern auch alle Praxen, in denen ‚invasive Eingriffe‘ vorgenommen werden – nach Meinung des Gesetzgebers also jede normale Praxis mit Blutentnahmen und Injektionen. Hier greift die gesetzliche Forderung nach Erstellung von individuellen Hygieneplänen mit genauer Auflistung von genehmigten Flächendesinfektionsmitteln, begleitenden Checklisten, auf die Praxis bezogenen Verfahrensanweisungen etc.

Stichwort Hygienepläne: Wo verbergen sich die Tücken bei der praktischen Umsetzung?

Preisendanz: Die baulichen Gegebenheiten einer Praxis können dem Arzt beim Einhalten der Hygienevorgaben unerwartete Schwierigkeiten bereiten. Ein Beispiel dafür sind feh-

lende Lüftungsmöglichkeiten für die Putzutensilien. Mangelnde Belüftung führt dazu, dass die Wischmops teilweise über mehrere Tage feucht bleiben und somit ein erhebliches Bakterienwachstum ermöglicht wird. Auch ein häufig vorkommendes Problem: Die Heizkörper sind nicht glatt, sie können daher nicht lückenlos gereinigt werden. Oder die strikte Einhaltung in sterile und unsterile Bereiche ist aus Platzmangel oft nicht möglich. Die Umsetzung eines Hygieneplans verlangt Genauigkeit bis ins Detail – auch das wird im hektischen Praxisalltag des öfteren vernachlässigt. Zentrale und sehr häufig genutzte Geräte (Ultraschall, EKG usw.) werden beispielsweise nicht nach jedem Patienten mit der notwendigen Gründlichkeit desinfiziert. Oder Geräte wie Stauschläuche und Manschetten zur Messung des Blutdrucks entgehen den Hygienemaßnahmen gleich ganz. Zentralen Umschlagstellen in der Praxis wird zu wenig Bedeutung beigemessen, obwohl von hier die ganze Praxis kontaminiert werden kann.

Wie kann gegengesteuert werden?

Preisendanz: Viele der bestehenden Hygienemängel werden mit der Erstellung eines raumspezifischen Hygieneplans verschwinden. Auf den ersten Blick sieht das sehr gewaltig und abschreckend aus. Bei genauem Hinsehen und Aufteilen in einzelne kleine Schritte wird aus dem zunächst gigantisch anmutenden Hygieneplan aber ein gut zu strukturierendes Werk, das aus kleinen und leicht zu formulierenden Teilen besteht.

Welche vordringlichen Ziele hatte die KVWL?

Diensberg: Nach den Erfahrungen im Ausschuss für Qualitätssicherung der KVWL waren einerseits die Kollegen auf die Änderungen nicht vorbereitet, andererseits wurden von verschiedenen Gesundheitsämtern im Bereich der KVWL die Bestimmungen nicht einheitlich interpretiert. Bei verschiedenen Praxisbegehungen durch die Gesundheitsämter kam es zu Strafandrohungen von mehreren tausend Euro bis hin zu veranlassten Praxis-schließungen für den Zeitraum bis zur Beseitigung von festgestellten Mängeln. Wir sahen also unsere Aufgabe darin, zuerst die besonders betroffenen Praxen zu informieren und zu einer Individualisierung von Hygieneplänen anzuleiten, gleichzeitig aber auf der politischen Ebene bei der Landesregierung auf Klärung strittiger Fragen zu drängen und Gleichbehandlung in allen Gesundheitsamtsbezirken herzustellen.

Wie kann die KVWL helfen?

Diensberg: Der Gesetzgeber fordert die Beschäftigung mit dem Hygieneplan durch Beschreibung individueller Praxisabläufe. Die Visualisierung hygienerelevanter Prozesse kann durch selbsterstellte Flow-Charts erfolgen, die auch Bestandteil des KPQM sind und den Praxen nach einer Vielzahl von Schulungen bekannt sein dürften.

In einem ersten Schritt wurden die ärztlichen Leiter von Dialyse-Einrichtungen und ambulant operierenden Praxen eingeladen und mit den Änderungen der Gesetzeslage vertraut gemacht. Eine zusätzliche Seminarreihe wurde für die Medizinischen Fachangestellten dieser Praxen konzipiert. Die Teilnehmer können also nach Abschluss des Seminars die geforderte Beschäftigung mit den neuen Bestimmungen direkt nachweisen und wesentliche Bestandteile des Hygienehandbuches in den Händen halten. Diese MFA-Seminare für be-

sonders betroffene Praxen wurden Anfang 2013 durchgeführt, die restlichen Praxen mit niedrigerer Gefährdung – zum Beispiel Allgemeinärzte – erhalten 2014 die Möglichkeit, durch die Akademie geschult zu werden.

Der Ausschuss für Qualitätssicherung dankt dem Vorstand der KVWL für die Unterstützung der niedergelassenen Ärzte aller Fachgebiete bei der Umsetzung der neuen Richtlinien. Die Schulung von Ärzten und MFA wurde in unserer KV als bundesweites Pilotprojekt durchgeführt, um die Umsetzungsmöglichkeiten der Richtlinien in den Praxen zu demonstrieren und die Patientensicherheit zu erhöhen.

Mammographie-Screening

Der Deutsche Bundestag hat im Juni 2002 einstimmig gefordert, ein flächendeckendes Mammographie-Screening einzuführen – und zwar auf Grundlage der Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings.

Im Januar 2004 sind die entsprechenden Richtlinien umgesetzt worden und am 5. Oktober 2005 hat der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen die „Verordnung über die Zulassung der regelmäßigen Datenübermittlung von Meldebehörden an die Zentrale Stellen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen“ erlassen. Seit dieser Zeit werden die Frauen aus Westfalen-Lippe über die Zentrale Stelle schriftlich eingeladen. Jeder Brief enthält einen Terminvorschlag und eine Informationsbroschüre mit weiteren Informationen über das Mammographie-Screening-Programm. Sozusagen ein „Merkblatt“.

Alle Frauen in Westfalen-Lippe werden nach dem Zufallsprinzip eingeladen. Allerdings hebt sich dieses Zufallsprinzip in der Folgerunde auf. Die Folgerunde beginnt turnusmäßig bei jeder eingeladenen Frau nach mindestens 22 Monaten. Nach Ablauf dieser Zeit erhält die Frau eine erneute Einladung (Folgeeinladung), die laut Krebsfrüherkennungsrichtlinie wieder einen Untersuchungstermin und -ort vorschlägt. Die Zentrale Stelle Westfalen-Lippe ist zuständig für 48 Mammographie-Einheiten in Westfalen-Lippe und die Termine können nur mit ihr verändert werden.

Die Terminvergabe und -änderungen sowie die Beratungsgespräche können nur von den Mitarbeiterinnen und nicht von einem Computer durchgeführt werden. Hier legen wir großen Wert auf fachliche und kompetente Ansprechpartnerinnen.

Gegenüber dem Vorjahr ist in Westfalen-Lippe die Zahl der anspruchsberechtigten Frauen der Altersgruppe zwischen 50 und 69 Jahren, die im Abstand von zwei Jahren turnusgemäß zum Screening eingeladen werden, um 12.492 angestiegen. Im Jahr 2013 hatten somit in Westfalen-Lippe insgesamt 1.069.471 Frauen Anspruch auf eine Screening-Mammographie.

Die Zentrale Stelle Mammographie Westfalen-Lippe hat durch ihre kundenorientierte Arbeit einen erheblichen Anteil an der guten Teilnahmequote in Westfalen-Lippe. Stets finden die Frauen freundliche und kompetente Ansprechpartner vor.

Die Statistik zeigt die unterschiedlichen Arten der Termine und Gespräche seit 2008. Im Vergleich zum Vorjahr 2011 sind 2012 mehr Termine verschoben worden und ebenfalls mehr sonstige Gespräche geführt worden.

Tabelle 1: Terminvergabe im Mammographie-Screening-Programm

	Termin verschieben	Termin absagen	Termin zusagen	Selbst eingeladen	Ad hoc in Praxis ohne Einladung	Umsetzen eines Termins bedingt durch Öffnungszeitenänderung	*Teilnahme verweigern	Zykluskorrektur wegen kurative Mammo oder Melde-datenänderung	Sonstige Gespräche
2008	94.935	43.250	2.425	32.850	861	4.613	2.981	8.256	16.883
2009	122.331	41.911	2.880	20.515	986	4.868	4.708	13.254	18.412
2010	149.880	41.308	3.706	13.717	805	5.030	7.196	5.102	17.879
2011	150.894	40.611	4.064	10.588	1.097	11.317	7.237	3.807	18.033
2012	157.641	40.874	3.535	8.799	1.256	10.907	2.194	3.883	18.887

In der Spalte „*Teilnahme verweigern“ sind unterschiedliche Gründe zusammengefasst. Gründe gegen das Mammographie-Screening-Programm sind in der folgenden Tabelle detailliert erläutert.

Tabelle 2: Gründe gegen das Mammographie-Screening-Programm

Verweigerungsgründe:	2012
Frauen wollen nicht	1.744
Frauen sind privat versichert	48
Frauen haben Brustkrebs	177
Frauen sind brustamputiert	48
Frauen tragen Implantate	12
Frauen wollen eine Überweisung	81
Frauen bleiben bei ihrem Gynäkologen	17
Frauen können körperlich oder geistig nicht teilnehmen	67
Summe:	2.194

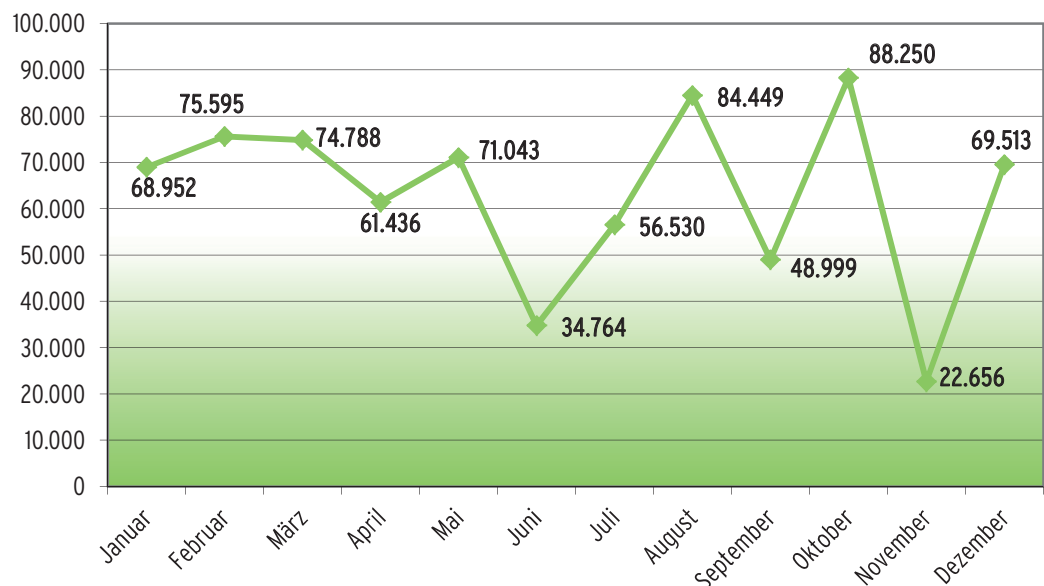
Insgesamt ist die Zahl der Frauen, die das Angebot zum Screening – aus welchen Gründen auch immer – ablehnen, zurzeit rückläufig.

Die sonstigen Gespräche sind keine Termingespräche. Hier handelt es sich ausschließlich um Fragen zum Mammographie-Screening-Programm, Verbleib des Befundbriefes, Termin vergessen, Beratungsgespräche oder Wegbeschreibungen. Diese Gespräche dauern im Durchschnitt drei Minuten. Seit Oktober 2005 werden die Frauen in Westfalen-Lippe zum Screening eingeladen; die Postrückläuferbriefe werden gezählt. Postrückläufer sind die Briefe, die nicht zugestellt werden konnten. Kommt ein Brief zur Zentralen Stelle Mammographie-Screening zurück, müssen die Daten der betroffenen Frauen gelöscht werden.

Tabelle 3: Übersicht der Anzahl Einladungsbriefe und davon Postrückläufer

	Gesamtsumme	1. Halbjahr	2. Halbjahr	Postrückläufer	Quote in %
2008	692.483	341.402	351.081	4.628	0,66 %
2009	783.587	387.201	396.386	4.515	0,57 %
2010	775.062	382.138	392.924	4.254	0,55 %
2011	753.246	392.928	360.318	4.233	0,56 %
2012	756.975	386.578	370.397	5.204	0,69 %

Abbildung 13: Anzahl Einladungsbriefe 2012



Im Jahr 2012 wurden 756.975 Einladungsbriefe verschickt.

Außerdem gingen in den Jahren 2011 und 2012 bei der Zentralen Stelle Mammographie-Screening ein:

Tabelle 4: Vergleich der Rückmeldungen im Jahr 2011 zum Jahr 2012

	2011	2012
E-Mails	11.714	13.035
Faxe	3.718	3.143
Briefe	939	1.362
Anmelde-Postkarten	141	123
Gesamt:	16.512	17.663

Eingeladen wurden im Jahr 2012 insgesamt 549.670 Frauen. Davon haben 316.332 Frauen teilgenommen. Dieses bisher für eine Früherkennungsuntersuchung einmalige Einladungssystem schafft eine Teilnahmequote von fast 58 Prozent.

Tabelle 5: Teilnahmequote am Mammographie-Screening-Programm

Jahr	eingeladene Frauen	davon erschienene Frauen	nicht erschienene Frauen	Teilnahmequote
2008	490.500	253.814	236.686	51,75 %
2009	529.660	283.064	246.596	53,44 %
2010	521.833	284.422	237.411	54,50 %
2011	545.810	310.292	235.518	56,85 %
2012	549.670	316.332	233.338	57,55 %

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Bürger, Vorsorge, Mammographie-Screening

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
Mammographie	Petra Hibbeler	0251 / 929 5000	@kvwl.de Petra.Hibbeler
Die E-Mail-Adresse der Zentralen Stelle Mammographie-Screening lautet: zentrale-stelle@mswl.de			



Qualitätszirkel

Lebhafte Qualitätszirkelaktivitäten

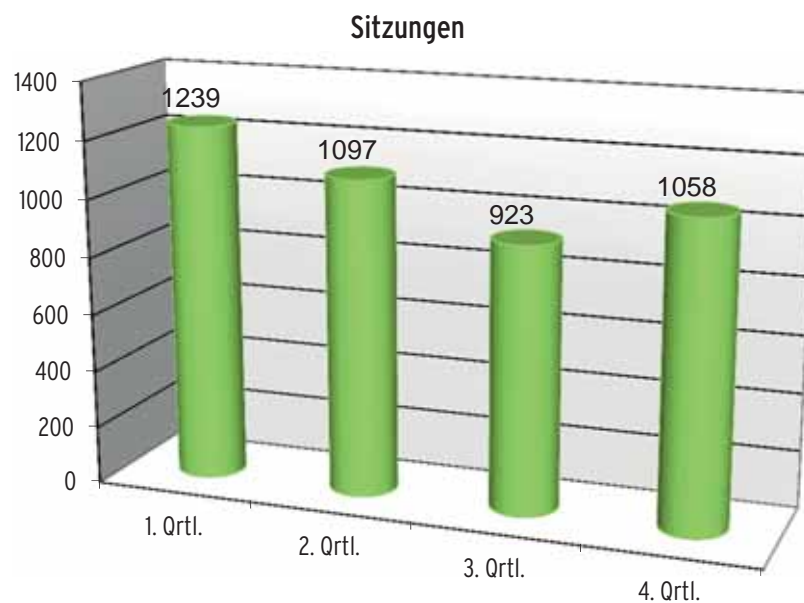
Zahlen 2012

Wir freuen uns, dass sich 2012 insgesamt 53 Moderatoren ausbilden ließen. Davon haben 28 einen Qualitätszirkel gegründet oder einen bestehenden übernommen. Insgesamt sind bei der KVWL 1.890 Moderatoren gemeldet, davon sind 856 aktiv. Sie leiten 944 aktive Qualitätszirkel.

Evaluation 2012

Anfang 2012 haben die Moderatoren der KVWL den Qualitätszirkel-Quartalsbericht für die Abrechnung und Dokumentation ihrer Qualitätszirkelarbeit erhalten.

Im Jahr 2012 wurden 4.317 Qualitätszirkelsitzungen mit diesem Formular dokumentiert und deren Aufwand entschädigt. Diese verteilen sich wie folgt auf die einzelnen Quartale:



Im Durchschnitt dauerte eine Qualitätszirkelsitzung 2,49 Stunden. Eine Sitzung wurde durchschnittlich von neun Teilnehmern besucht.

Die Qualitätszirkel haben im Jahr 2012 die unterschiedlichsten Themen bearbeitet. Im Folgenden finden Sie die häufigsten der bearbeiteten Themen und Methoden.

Top-Themen/Methoden der Qualitätszirkel

1. Fallbesprechung, Falldarstellung
2. Referate und Vorträge
3. Akupunktur
4. Diabetes
5. Psychotherapie
6. Diskussionen
7. Ängste und Zwänge
8. Updates
9. Berufspolitik
10. Notfalldienst

Tutoren

Die Tutoren verstehen sich als kollegiale Vermittler auf gleicher Ebene mit den Qualitätszirkel-Moderatoren und wollen dazu beitragen, die Arbeit in Qualitätszirkeln zu beleben. Sie übernehmen die Moderatorengrundausbildung. Die Tutoren haben während ihrer Ausbildung strukturierte Handlungsanleitungen kennengelernt und geben diese im Rahmen der freiwilligen Fortbildung an die Moderatoren weiter.

Fünf weitere Moderatoren wurden 2012 nach dem „Train-the-Trainer“-Prinzip von der KBV ausgebildet. So stehen der KVWL zehn ärztliche und drei psychologische Tutoren zur Verfügung. Ein Tutor legte Ende 2012 sein Amt aus Altersgründen nieder.

Moderatorentage

Im Jahr 2012 organisierte der Geschäftsbereich Versorgungsqualität wieder die bewährten Moderatorentage. Dort stellten die Tutoren die neuen Themen vor:

- „Möglichkeiten der Intervention bei häuslicher Gewalt“
- „Praxisfragen der Gruppenleitung im Qualitätszirkel“
- „Stolperstellen im Qualitätszirkel“
- „Patientenfallkonferenz“

„Methoden und Techniken der evidenzbasierten Medizin im Qualitätszirkel“ und „Leitlinienbewertung und Arzneimittelmonographie“ standen wegen der guten Resonanz nochmals im Programm.

Insgesamt 111 Moderatoren besuchten an drei Samstagen die Moderatorentage und bewerteten diese mit „gut“ bis „sehr gut“. Sie lobten besonders die Möglichkeit zum kollegialen Austausch.

Teilnehmer und Themenwahl der Moderatorentage 2012

12. Mai 2012	30 Teilnehmer
Evidenzbasierte Medizin im Qualitätszirkel	6
Möglichkeiten der Intervention bei häuslicher Gewalt	9
Stolperstellen im Qualitätszirkel	15

27. Oktober 2012	44 Teilnehmer
Praxisfragen der Gruppenleitung	21
Möglichkeiten der Intervention bei häuslicher Gewalt	12
Stolperstellen im Qualitätszirkel	11

24. November 2012	37 Teilnehmer
Evidenzbasierte Medizin im Qualitätszirkel	9
Leitlinienbewertung und Arzneimittel- monographie	6
Patientenfallkonferenz	11
Stolperstellen im Qualitätszirkel	11

14 Moderatoren nahmen 2012 mehrmals teil.

Abbildung 14
Statistik der Moderatorentage 2012

blickwinkel

Das Magazin für Qualitätszirkelmoderatoren

Im Mai 2012 erhielten die Qualitätszirkelmoderatoren erstmals den **blickwinkel**. Dieses Magazin für Moderatoren und ihre Qualitätszirkel ist mit der Unterstützung der Tutoren entstanden.

Der **blickwinkel** informiert wie ein Jahresplaner über die Moderatorentage.

Die Tutoren beschreiben die jeweiligen Themen des Jahres. Der Geschäftsbereich Versorgungsqualität bereitet das zurückliegende Jahr auf und präsentiert es im Perfektum des **blickwinkels**. Die Rubrik Marktplatz ist der Raum, in dem Moderatoren aus ihren Qualitätszirkeln berichten, in dem Tipps gegeben werden oder das präsentiert wird, was am Herzen liegt.

Der **blickwinkel** wird zukünftig zum Anfang eines jeden Jahres erscheinen.



Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Qualitätszirkel



Gebiet	Ansprechpartner	Telefon 0231 / 94 32	E-Mail @kvwl.de
Qualitätszirkel	Heike Mattinger-Schulz	1034	Heike.Mattinger-Schulz
	Ina Hohlweg	1035	Ina.Hohlweg

QZ-Online – die Verwaltungssoftware für Moderatoren

QZ-Online ist ein neuer Dienst, der 2013 im KV-Portal, dem sicheren Netz der KVWL, für die Moderatoren der KVWL eingeführt wird.

Warum das sichere Netz der KVWL?

Bei der Qualitätszirkelarbeit fallen auch sensible Daten an. Nur im sicheren Netz der KVWL können wir den Datenschutz gewährleisten. Zugriff auf ihre eigenen Daten erhalten ausschließlich die Moderatoren selbst und die entsprechenden Mitarbeiter des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität der KVWL. Daten des Qualitätszirkels teilen die Moderatoren auch mit Moderatoren, die mit ihnen gemeinsam diesen Qualitätszirkel leiten.

QZ-Online kann den Moderator bei folgenden Aufgaben unterstützen:

- Sitzungsverwaltung
- Teilnehmerverwaltung
- Bewertung der Qualitätszirkelarbeit (Evaluation)
- Anforderung der Aufwandsentschädigung

QZ-Online löst die aufwändige Papierevaluation ab und ermöglicht es, die Qualitätszirkelsitzungen bequem online zu verwalten.

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Qualitätszirkel



Gebiet	Ansprechpartner	Telefon 0231 / 94 32	E-Mail @kvwl.de
QZ-Online-Anwendung	Ina Hohlweg	1035	Ina.Hohlweg
	Michael Schwarz	1033	Michael.Schwarz

Qualitätsmanagement der Ermächtigten

Ermächtigte Krankenhausärzte und ermächtigte psychologische Krankenhauspsychotherapeuten unterliegen sowohl der Qualitätsmanagementrichtlinie Vertragsärztliche Versorgung als auch der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für zugelassene Krankenhäuser.

Da diese beiden Normen nebeneinander gelten, müssen sich Ermächtigte, die im ambulanten und im stationären Sektor tätig sind, an die Vorgaben beider Normen halten; je nach dem, aus welchem Sektor sie gerade Patienten untersuchen und behandeln.

Da die Normen unterschiedliche Anforderungen definieren, können Ermächtigte nicht auf das Krankenhaus-Qualitätsmanagement verweisen, wenn sie im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherung Auskunft über den Einführungs- und Entwicklungsstand geben müssen.

Wie alle Mitglieder einer Kassenärztlichen Vereinigung sind sie verpflichtet, den Fragebogen zum Qualitätsmanagement zu beantworten.

Aber auch ohne Anstoß durch die KVWL-Qualitätssicherung sollten Ermächtigte mit dem Krankenhaus-Qualitätsmanager abstimmen, welche zusätzlichen Anforderungen sich aus der Qualitätsmanagementrichtlinie Vertragsärztliche Versorgung ergeben, damit die Qualität nicht doppelt, ggf. sogar unterschiedlich, gemanagt wird.

Ob und wann der Gemeinsame Bundesausschuss die Normen zum Qualitätsmanagement zusammenführt bzw. synchronisiert, ist derzeit noch nicht abzusehen.



Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Qualitätsmanagement

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Qualitätsmanagement	Christina Robers	1036	Christina.Robers

II. Neue oder geänderte vertragliche Regelungen

Diabetisches Fußsyndrom

In mehreren Vertragsverhandlungen mit der AOK NW ist es der KVWL – gemeinsam mit dem Berufsverband der Diabetologischen Schwerpunktpraxen Westfalen-Lippe und dem Fußnetz

Westfalen – gelungen, eine neue Vereinbarung über die Versorgung des „Diabetischen Fußsyndroms“ (nach § 73a SGB V) zu schließen. Auch mit der Knappschaft sowie der LKK NRW konnte eine inhaltsgleiche Vereinbarung abgeschlossen werden.

Diese Vereinbarungen traten am 1. April 2012 in Kraft und lösten die seitens der AOK NW und der Knappschaft bis zum 31. März 2012 bestehenden Verträge zur Integrierten Versorgung ab.

Sämtliche Vergütungen nach den neuen Verträgen „Diabetisches Fußsyndrom“ werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt.

Teilnahmevoraussetzungen

Hausärzte können an diesen Vereinbarungen teilnehmen, wenn sie ihre Patienten mit Diabetes mellitus im Disease-Management-Programm Diabetes mellitus führen und die Vereinbarung durch Abgabe ihrer Teilnahmeerklärung als für sie verbindlich anerkennen.

Teilnahmeberechtigt als zertifizierte ambulante Fußbehandlungseinrichtung (ZAFE) sind anerkannte Diabetologische Schwerpunktpraxen (DSP), die über eine Zertifizierung der Arbeitsgemeinschaft Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) als ambulante Fußbehandlungseinrichtung verfügen, in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der Teilnahme an diesem Vertrag mindestens 30 zugewiesene Patienten mit DFS behandelt haben und mindestens 1,5 Vollzeitäquivalente mit der Qualifizierung „Wundassistent/in DDG“ oder einer vergleichbaren Qualifikation beschäftigen.

Wenn weniger als 1,5 Vollzeitäquivalente mit der Qualifizierung „Wundassistent/in DDG“ oder einer vergleichbaren Qualifikation beschäftigt waren, mussten die ZAFE die Aufstockung gegenüber der KVWL bis spätestens zum 31. März 2013 nachweisen.

Die neuen vertraglichen Regelungen wurden auch unseren Mitgliedern über das Praxis-Magazin Pluspunkt (jetzt KVWL kompakt) bekanntgegeben.

Im Laufe des Jahres 2012 wurden mit der Innungskrankenkasse (IKK) classic und der Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen Ostwestfalen (BKK OWL) Vertragsverhandlungen geführt. Diese konnten Ende 2012 mit zwei weiteren inhaltsgleichen Verträgen erfolgreich abgeschlossen werden. Die Verträge gelten ab dem 1. Januar 2013.

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Diabetisches Fußsyndrom

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Diabetisches Fußsyndrom	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte



Hörgeräteversorgung (Jugendliche und Erwachsene)

Zum 1. Januar 2012 wurden neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen. Die Abrechnung der GOP 09372 bis 09375 und 20372 bis 20375 zur Hörgeräteversorgung setzt eine Genehmigung nach den Vorgaben der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung voraus. Diese Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen trat zum 1. April 2012 in Kraft.

Ziel der Qualitätssicherungsvereinbarung ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung der Betreuung von schwerhörigen Patienten, die mit Hörgeräten versorgt werden. Diese Vereinbarung sichert die Qualität der Versorgung gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für schwerhörige Patienten mit Hörgeräten.

Sie regelt die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen, den Umfang der Versorgung und die Anforderungen an die Praxisausstattung für die Erbringung und Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen zur Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten. Die Hörgeräteversorgung umfasst Leistungen vor und nach der Verordnung eines Hörgerätes. Zudem beinhaltet die Qualitätssicherungsvereinbarung Regelungen zur Erstellung einer quartalsbezogenen ärztlichen Dokumentation sowie deren elektronischer Übermittlung.



Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Hörgeräteversorgung bei Jugendlichen und Erwachsenen

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Hörgeräteversorgung	Falk Schröder	1568	Falk.Schroeder

Hörgeräteversorgung (Säuglinge, Kleinkinder und Kinder)

Ergänzend zu der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung für Jugendliche und Erwachsene ist zum 1. Juli 2012 die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern nach § 135 Absatz 2 SGB V in Kraft getreten. Damit unterliegen die ab dem 1. Januar 2012 ebenfalls neu in den EBM aufgenommenen GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum zwölften Lebensjahr ebenfalls der Genehmigungspflicht.

Die Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Kinder mit Hörgeräten in der vertragsärztlichen Versorgung. Ziel der Vereinbarung ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Kindern, die mit Hörgeräten versorgt werden. Ärzte können die erforderliche Genehmigung auf Antrag bei der KV erhalten, wenn bestimmte Anforderungen erfüllt und nachgewiesen werden. Sie betreffen die fachlichen und organisato-

rischen Voraussetzungen, den Umfang der Versorgung und die Anforderungen an die Praxisausstattung. In der Qualitätssicherungsvereinbarung ist auch festgelegt, welche Daten Ärzte zum Zweck der Qualitätssicherung erheben müssen und wie diese verarbeitet werden.

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern



Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Hörgeräteversorgung	Falk Schröder	1568	Falk.Schroeder

Molekulargenetische Untersuchungen

Zum 1. Januar 2011 wurde der Abschnitt 11.4 Indikationsbezogene molekulargenetische Stufendiagnostik neu in den EBM aufgenommen. Damit wurden Leistungen der GOP 11320 bis 11322 in eigene indikationsbezogene Positionen überführt. Die Änderung hatte der Bewertungsausschuss im September 2010 beschlossen und damit auch festgelegt, dass für den Unterabschnitt 11.4.2 des EBM eine QS-Vereinbarung abzuschließen sei. Darin sollen besondere Anforderungen an die Leistungserbringung definiert werden, um eine hohe Qualität für die molekulargenetischen Untersuchungen zu sichern.

Die KBV hat mit den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen eine QS-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V zur Erbringung von molekulargenetischen Untersuchungen bei monogenen Erkrankungen geschlossen. Diese trat zum 1. April 2012 in Kraft.

In der Vereinbarung sind die allgemeinen Anforderungen aufgeführt, die Voraussetzung für die Leistungserbringung und -abrechnung sind. Dort ist auch festgelegt, wie das Genehmigungsverfahren abläuft und welche Daten Ärzte zum Zweck der Qualitätssicherung erheben müssen und wie diese verarbeitet werden.

Ärzte, die Leistungen des Unterabschnitts 11.4.2 des EBM erbringen und abrechnen möchten, benötigen dafür eine Genehmigung der KV. Diese erhalten sie, wenn sie bestimmte Anforderungen erfüllen. Diese betreffen die fachliche Befähigung, die Indikationsstellung sowie die Durchführung, Organisation und Dokumentation der Untersuchungen. Dazu gehört auch die Erstellung einer betriebsstättenbezogenen Jahresstatistik, in der die molekulargenetischen Untersuchungen in aggregierter Form dokumentiert werden.

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Molekulargenetik

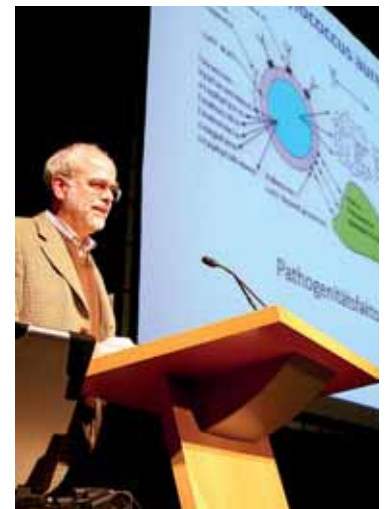


Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Molekulargenetische Untersuchungen	Nicole Schütz	1568	Nicole.Schuetz

MRSA – Neue GOP seit 1. April 2012

Der Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) ist eine medizinische Herausforderung, die längst auch den ambulanten Sektor eingeholt hat. Denn immer mehr Ärzte behandeln Patienten, die mit dem Methicillin-resistenten Bakterium oder anderen multiresistenten Erregern besiedelt oder infiziert sind. Eine sektorenübergreifende und damit auch nachhaltige Versorgung ist hier also das Gebot der Stunde – und wurde durch die Änderung des Infektionsschutzgesetzes mit einer bundesweit einheitlichen Vergütungsregelung („Vergütungsvereinbarung für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus in der vertragsärztlichen Versorgung“) für die Behandlung von MRSA-Patienten im ambulanten Sektor erleichtert.

Nachdem diese Vereinbarung zum 1. April 2012 in Kraft getreten ist, konnte bundesweit erstmalig die Behandlung von sogenannten MRSA-Risikopatienten im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt und abgerechnet werden. Hierzu wurden neun GOP eingeführt. Welche Patienten unter die Definition des Risikopatienten fallen, wird dabei von der Vereinbarung sehr genau geregelt.



Ärzte, die die neuen GOP abrechnen wollen, müssen jedoch zuvor an einer Fortbildung zum Thema MRSA teilgenommen haben (Präsenzveranstaltung oder Online-Fortbildung für Ärzte und Medizinische Fachangestellte). Aus diesem Grund hat die KVWL im ersten Quartal 2012 neun Seminare für Ärzte und Medizinische Fachangestellte zum Thema „MRSA in der ambulanten Versorgung“ angeboten. Themen der Veranstaltungen waren nicht nur die Neuerungen, die sich aus den Änderungen des Infektionsschutzgesetzes ergeben (zum Beispiel Abrechnung), sondern unter anderem auch infektionspräventive Maßnahmen. Insgesamt konnten in den Veranstaltungen weit über 3.000 Personen (Ärzte, Medizinische Fachangestellte und Vertreter der Gesundheitsämter) geschult werden. Die ärztlichen Teilnehmer



Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, MRSA

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
MRSA	Jasmin Ayadi	1565	Jasmin.Ayadi
	Anke Westerberg	3334	Anke.Westerberg

Fragen zur Abrechnung richten Sie bitte direkt an das Front-Office des Geschäftsbereichs Abrechnung: 0231 / 94 32 9500

erhielten im Anschluss an die Veranstaltungsreihe die Abrechnungserlaubnis für die neuen Gebührenordnungspositionen. Die KVWL hat im Jahr 2012 insgesamt 3.149 Genehmigungen zur Durchführung und Abrechnung der MRSA-Leistungen erteilt.

Die folgende Übersicht gibt einen Einblick in die ersten Abrechnungsergebnisse für Westfalen-Lippe:

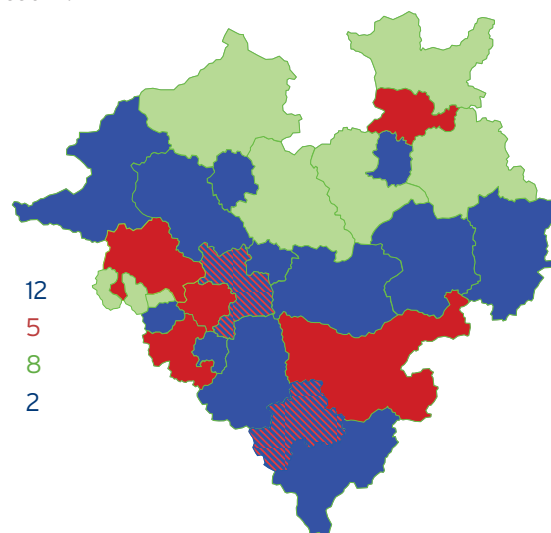
	Quartal 2/2012	Quartal 3/2012	Quartal 4/2012
Anzahl MRSA-Genehmigungen in Westfalen-Lippe	2.451 Praxen	2.453 Praxen	2.468 Praxen
Anzahl „Abrechnende“ in Westfalen-Lippe	970 Praxen	1.036 Praxen	970 Praxen
Anzahl der abgerechneten GOP	12.803	14.434	15.492
Ausgaben in Westfalen-Lippe	69.387,65 Euro	76.566,05 Euro	80.404,97 Euro

Die MRSA-Vergütungsvereinbarung sieht außerdem vor, dass die Ärzte sich in einem sektorenübergreifenden MRSA-Netzwerk unter Einbeziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes organisieren sollen. Aus diesem Grund hat die KVWL 2012 in enger Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern zu 13 regionalen MRSA-Fall- und/oder Netzwerkkonferenzen eingeladen. In diesem Rahmen konnten sich die Ärzte aus 14 Kreisen mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, ambulante Pflegedienste, Rettungsdienst, und andere) über die Versorgung von MRSA-Patienten austauschen und die Kommunikation an den Nahtstellen so weiter verbessern.

MRSA-Fall-/ Netzwerkkonferenzen 2012:

Gesundheitsämter in Westfalen-Lippe:

- Durchgeführte MRSA-Fall-/Netzwerkkonferenzen: 12
- Geplante MRSA-Fall-/Netzwerkkonferenzen im Jahr 2013: 5
- Nock keine Planung für MRSA-Fall-/Netzwerkkonferenzen: 8
- Bereits durchgeführte Veranstaltungen in 2012: 2
- und geplante für 2013



Weitere Informationen:

MRSA-Diagnostik und -Eradikationstherapie: die neue Vergütungsvereinbarung von Julia R. Wilkens
 Sie finden den Artikel in der Zeitschrift: Krankenh.yg. up2date 2012; 07(03): 211-224, DOI: 10.1055/s-0032-1325663
www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1325663
 Dieser Dienst ist für Nichtmitglieder kostenpflichtig.



III. Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V

Änderung der Auflagenprüfung von Sonographien der Säuglingshüfte

entsprechend Anlage V der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Absatz 2 SGB V

Die Qualitätssicherungsmaßnahmen haben sich über den Prüfzeitraum von 2008 bis 2011 positiv ausgewirkt. Es ist eine deutliche Qualitätsverbesserung bei der sachgerechten Qualität von 39 Prozent auf 46 Prozent sowie eine Reduzierung der Widerrufe der Genehmigung bei nicht sachgerechter Qualität von 16 Prozent auf 9 Prozent erkennbar.

Tabelle 6: Ergebnisse der bisherigen Auflagenprüfung Säuglingshüfte

Säuglingshüfte	2008	2009	2010	2011
Sachgerechte Qualität	39 %	29 %	38 %	46 %
Nicht sachgerechte Qualität: Wiederholung der Prüfung innerhalb von 3/6 Monaten erforderlich	45 %	59 %	48 %	45 %
Nicht sachgerechte Qualität: Widerruf der Genehmigung	16 %	12 %	14 %	9 %

Nachdem die KVWL seit April 2006 die Qualität der Bild- und Schriftdokumentationen von sonographischen Untersuchungen der Säuglingshüfte regelmäßig überprüft, haben sich die Partner der Bundesmantelverträge darauf geeinigt, die Vereinbarung grundlegend zu überarbeiten. Die Änderungen sind zum 1. April 2012 in Kraft getreten.

Neben der medizinischen Überarbeitung und Aktualisierung der Anforderungen an die Bild- und Schriftdokumentation wurden auch die Zuordnung zu den Beurteilungsstufen und die Anforderungskriterien an eine sachgerechte Dokumentation geändert.

Als wesentliche Änderung gegenüber der bisher gültigen Vereinbarung ist eine Initialprüfung eingeführt worden. Seit April 2012 beurteilt die zuständige Qualitätssicherungskommission bei allen neu erteilten Genehmigungen die Dokumentationen der ersten zwölf durchgeführten und abgerechneten Hüftsonographien. Die Ärzte erhalten so frühzeitig Hinweise und Tipps zur möglichen Verbesserung. Darüber hinaus wurden die Intervalle der regelmäßigen Dokumentationsprüfungen von zwei auf fünf Jahre verlängert. Für Ärzte, die zweimal hintereinander die Prüfung mit einer sachgerechten Qualität nachgewiesen haben, erfolgt diese nur noch alle fünf Jahre. Alle Änderungen sind der nachfolgenden Grafik zu entnehmen.

Die Auswirkungen der veränderten Prüfmodalitäten bleibt abzuwarten.

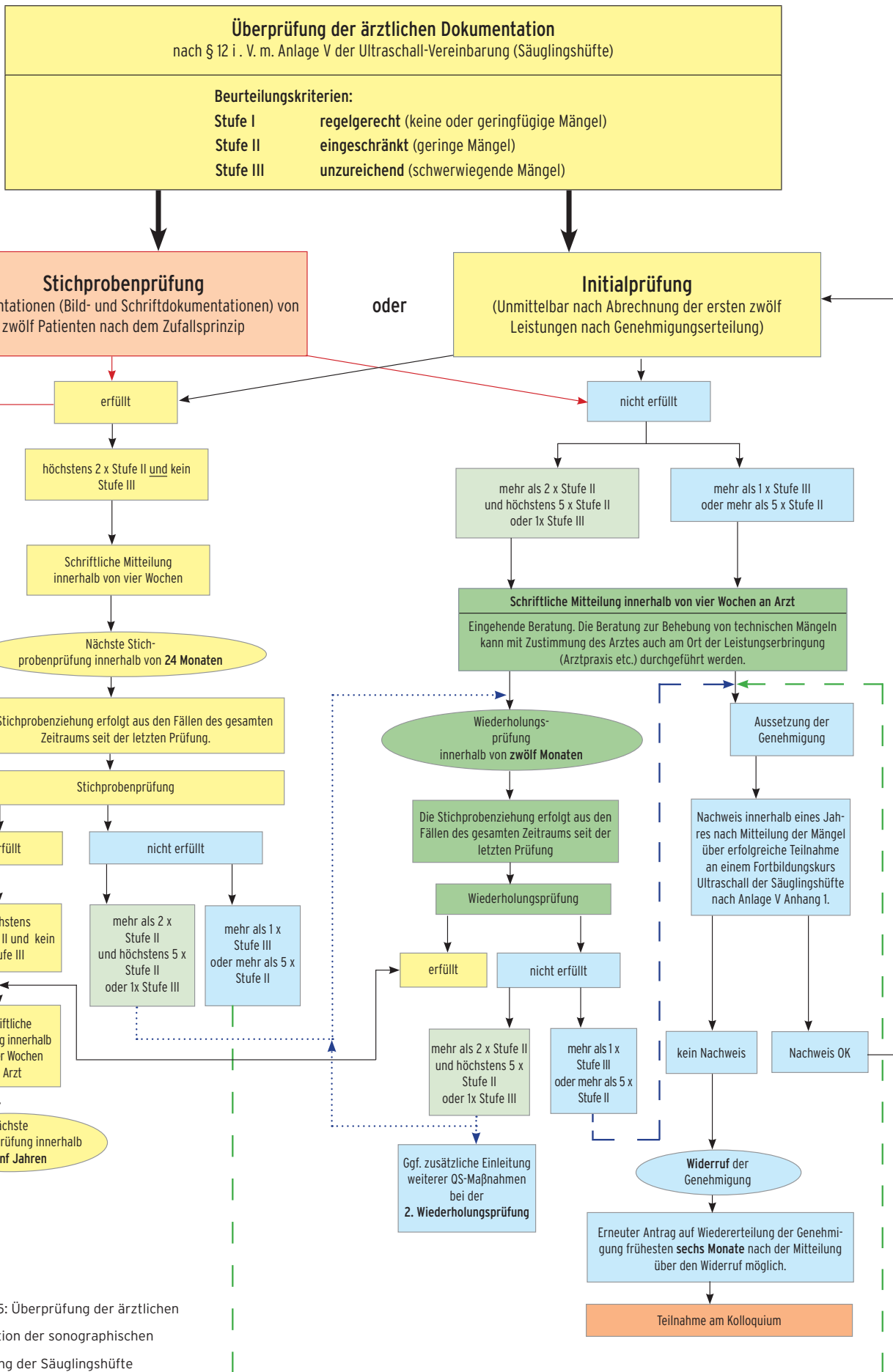


Abbildung 15: Überprüfung der ärztlichen Dokumentation der sonographischen Untersuchung der Säuglingshütte

Qualitätssicherungsmaßnahmen

sind auch Bestandteil verschiedener vertraglicher Regelungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, wie zum Beispiel bei den Akupunkturbehandlungen, der HIV/Aids-Behandlung, der Koloskopie, der kurativen Mammographie, der MR-Angiografie, der Vakuumbiopsie und der Zytologie.

Dokumentationsprüfung Akupunktur

Die Ergebnisse der Dokumentationsprüfung Akupunktur haben sich im Zeitraum von 2008 (erstmalige Prüfung) bis 2012 stark verbessert. Ärzte mit dem Prüfergebnis „nicht bestanden“ konnten im Rahmen von Wiederholungsprüfungen nachweisen, dass die in der Ausgangsprüfung festgestellten Mängel abgestellt wurden. Lediglich jeweils zwei Ärzte in 2010/2011 sowie ein Arzt in 2012 mussten sich einem Kolloquium stellen und haben dieses „bestanden“.

Tabelle 7: Ergebnisse der Auflagenprüfung Akupunktur

Akupunktur	2008	2009	2010	2011	2012
Bestanden (vollständig und nachvollziehbar)	68 %	87 %	87 %	83 %	87 %
Nicht bestanden (nicht vollständig bzw. nicht nachvollziehbar)	32 %	13 %	13 %	17 %	13 %

Fazit

Aufgrund der guten Qualitätsergebnisse hat der Vorstand der KVWL beschlossen, bei allen Genehmigungsinhabern, deren Akupunkturdokumentationen als vollständig und mängelfrei beurteilt wurden, die weitere Prüfung für drei Jahre auszusetzen. Dies trägt zur Entbürokratisierung in Arztpraxen bei.

Die grundsätzliche Pflicht zur exakten Dokumentation bleibt aber weiterhin bestehen und muss von den akupunktierenden Ärzten auf Verlangen nachgewiesen werden können.



Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Akupunktur

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Akupunktur	Nicole Schütz	1551	Nicole.Schuetz

Dokumentationsprüfung HIV/Aids

Tabelle 8: Ergebnisse der Auflagenprüfung HIV/Aids

HIV/Aids	2011	2012
Bestanden (vollständig und nachvollziehbar)	100 %	100 %
Nicht bestanden (nicht vollständig bzw. nicht nachvollziehbar)	0 %	0 %

Die QS-Vereinbarung ist zum 1. Juli 2009 in Kraft getreten. Die erstmalige Dokumentationsprüfung wurde 2011 durchgeführt mit dem überraschenden Ergebnis, dass bei keinem der überprüften Ärzte ein Dokumentationsmangel festgestellt wurde. Das gleiche Ergebnis wurde in 2012 erzielt.

Fazit

Aufgrund der erzielten Prüfergebnisse (komplett mängelfreie Prüfung) hat der Vorstand der KVWL beschlossen, bei allen Genehmigungsinhabern die weitere Dokumentationsprüfung nach der QS-Vereinbarung HIV/Aids für drei Jahre auszusetzen.

Die grundsätzliche Pflicht zur exakten Dokumentation bleibt aber weiterhin bestehen und muss von den an der QS-Vereinbarung HIV/Aids teilnehmenden Ärzten auf Verlangen nachgewiesen werden können.

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, HIV/Aids

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
HIV/Aids	Dieter Korte	1551	Dieter.Korte



Dokumentationsprüfung Koloskopie

Die Ergebnisse der Dokumentationsprüfung zeigen eine deutliche Verbesserung der Qualität von 91 Prozent auf 98 Prozent. Die Ärzte, die sich aufgrund des Ergebnisses „nicht bestanden“ einer erneuten Überprüfung gestellt haben, erhielten am Ende alle das Ergebnis „bestanden“.

Tabelle 9: Ergebnisse der Auflagenprüfung Koloskopie

20 totale Koloskopien	2008	2009	2010	2011	2012
Bestanden	91 %	97 %	95 %	97 %	98 %
Nicht bestanden	9 %	3 %	5 %	3 %	2 %

10 Polypektomien	2008	2009	2010	2011	2012
Bestanden	100 %	100 %	100 %	97 %	97 %
Nicht bestanden	0 %	0 %	0 %	3 %	3 %

Gleichbleibend gute Qualitätsergebnisse finden sich bei der zweimal jährlich vorgeschriebenen Hygieneüberprüfung pro Koloskopie-Einrichtung. Jeweils eine Koloskopie-Einrichtung hat in 2008, 2011 und 2012 die Hygieneüberprüfung innerhalb der Nachfrist von sechs Wochen bestanden.

Hygieneprüfung	2008	2009	2010	2011	2012
Bestanden	93 %	94 %	96 %	94 %	96 %
Nicht bestanden	7 %	6 %	4 %	6 %	4 %

Fazit

Aufgrund der guten Dokumentationsergebnisse haben die Vertragspartner die Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie ab dem 1. Juli 2012 angepasst. So wird die Dokumentationsprüfung bei dem Prüfergebnis „bestanden“ nur noch alle zwei Jahre durchgeführt. Hiervon ausgenommen ist die Frequenzprüfung. Diese erfolgt – wie gewohnt – weiterhin jährlich.



Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Koloskopie

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Koloskopie	Tobias Gepp	1562	Tobias.Gepp
	Susanne Daubert	3755	Susanne.Daubert

Dokumentationsprüfung kurative Mammographie

Nach der QS-Vereinbarung Mammographie findet die Dokumentationsprüfung ab dem Wirksamkeitszeitpunkt der erteilten Genehmigung alle zwei Jahre statt. Insgesamt zwei (2008), ein (2009), zwei (2010) sowie ein Arzt (2012) mussten sich einer Wiederholungsprüfung innerhalb von drei oder sechs Monaten stellen. Die Wiederholungsprüfungen konnten alle mit dem Ergebnis „sachgerechte Qualität“ abgeschlossen werden.

Tabelle 10: Ergebnisse der Auflagenprüfung Mammographie

Mammographie	2008	2009	2010	2011	2012
Sachgerechte Qualität	94 %	99 %	98 %	99 %	94 %
Nicht sachgerechte Qualität: Wiederholung der Prüfung innerhalb von 3/6 Monaten erforderlich	6 %	1 %	2 %	1 %	6 %

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Mammographie

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Mammographie	Manfred Milde	1570	Manfred.Milde



Dokumentationsprüfung MR-Angiographie

Die QS-Vereinbarung sieht vor, dass die KVen von 20 Prozent der abrechnenden Ärzte die Dokumentationen zu zwölf angiografischen Untersuchungen daraufhin prüfen, ob die Indikation für die durchgeführte MR-Angiografie gerechtfertigt und begründet ist. Obwohl in den Jahren 2008 und 2009 eine 100prozentige Qualität bestätigt werden konnte, findet sich diese mit Werten zwischen 94 Prozent bis 98 Prozent in den Folgejahren 2010 bis 2012 nicht. Ursache hierfür ist, dass in Einzelfällen die Indikation für die MR-Angiografie nicht gegeben war. Die betreffenden Ärzte konnten aber im Rahmen einer Nachprüfung die geforderte Indikation nachweisen.

Tabelle 11: Ergebnisse der Auflagenprüfung MR-Angiografie

MR-Angiographie	2008	2009	2010	2011	2012
Sachgerechte Qualität	100%	100%	94%	95%	98%
Nicht sachgerechte Qualität: Wiederholung der Prüfung innerhalb von 3/6 Monaten erforderlich	0%	0%	6%	5%	2%

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, MR-Angiographie

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
MR-Angiographie	Corinna Wittwer	3385	Corinna.Wittwer



Dokumentationsprüfung Vakuumbiopsie

Die QS-Vereinbarung Vakuumbiopsie ist zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten. Im Jahr 2011 erfolgte erstmalig die Dokumentationsprüfung mit dem Ergebnis einer Verbesserung der Qualität von 75 Prozent auf 83 Prozent im Jahr 2012.

Tabelle 12: Ergebnisse der Auflagenprüfung Vakuumbiopsie

Vakuumbiopsie	2011	2012
Vollständig und nachvollziehbar	75%	83%
Nicht vollständig bzw. nicht nachvollziehbar	25%	17%



Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Vakuumbiopsie

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Vakuumbiopsie	Christa Nowak	3316	Christa.Nowak

Überprüfung der Präparatequalität einschließlich der Dokumentation Zytologie

Nach der QS-Vereinbarung Zytologie fordert die KV vom zytologieverantwortlichen Arzt in einem 24-monatigen Abstand jeweils zwölf Präparate mit der dazugehörigen Dokumentation und Befundung an. Diese Überprüfung konnte nach dem Inkrafttreten der Vereinbarung zum 1. Oktober 2007 erstmalig im Jahr 2010 durchgeführt werden. Die Bestehensquote sinkt von 99 Prozent im Jahr 2010 auf 95 Prozent im Jahr 2012. Dies erklärt sich durch die sinkende Zahl der Genehmigungsinhaber von 143 im Jahr 2007 auf 100 im Jahr 2012, sodass sich das Ergebnis „nicht bestanden“ viel stärker auswirkt.

Tabelle 13: Ergebnisse der Auflagenprüfung Zytologie

Zytologie	2010	2011	2012
Bestanden	99 %	98 %	95 %
Nicht bestanden	1 %	2 %	5 %



Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Zytologie

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Zytologie	Beate Pohlmann	3312	Beate.Pohlmann

Abnahmeprüfung von Ultraschallsystemen

QS-Vereinbarung zur Ultraschalldiagnostik nach § 135 Absatz 2 SGB V

Seit Inkrafttreten der neuen Ultraschall-Vereinbarung am 1. April 2009 muss die KVWL alle Ultraschallsysteme abnehmen, damit sie in der vertragsärztlichen Versorgung zum Einsatz kommen können.

Auch Ultraschallsysteme, die bereits vor Inkrafttreten der Vereinbarung vertragsärztlich genutzt wurden, müssen diese Abnahmeprüfung bestehen. Weil in Deutschland so viele verschiedene Ultraschallsysteme genutzt werden (zirka 150.000) und damit ein hoher Prüfaufwand verbunden ist, haben die Partner der Bundesmantelverträge die Übergangsregelung, die zunächst bis den 31. März 2013 befristet war, um zwei Jahre bis zum 31. März 2015 verlängert.

Unabhängig davon dürfen Ultraschallsysteme, die den Mindestanforderungen der Anlage III der Vereinbarung nicht entsprechen und die bis zum 30. September 2012 durch die Kassenärztliche Vereinigung überprüft wurden, nur noch bis Ende März 2013 vertragsärztlich genutzt werden.

Die KV hat bis zum Auslaufen des ersten Teils der apparativen Übergangsregelung am 31. März 2013 insgesamt 14.431 Schallköpfe überprüft. Dies entspricht einem Anteil von zirka 90 Prozent aller in Westfalen-Lippe genutzten Ultraschallsysteme. Von den 14.431 schallkopfbezogenen Abnahmeprüfungen wurden 10.442 (zirka 72 Prozent) erfolgreich abgeschlossen. Der Großteil der nicht bestandenen Abnahmeprüfungen bezieht sich mit 2.641 (zirka 18,3 Prozent) auf Ultraschallsysteme, die grundsätzlich nicht die apparativen Mindestanforderungen der Vereinbarung erfüllen wie zum Beispiel die geforderte Graustufenanzahl, die Empfangsdynamik, die Bildfeldtiefe und/oder -breite, die CE-Kennzeichnung. Es handelt sich hierbei meist um Systeme der Baujahre von 1979 bis 1995.

Deshalb hat die KVWL bis zum 30. September 2012 den ultraschalldiagnostisch tätigen Ärzten, die ein älteres, nicht mehr zugelassenes Ultraschallsystem betreiben, mitgeteilt, dass dieses nur noch bis Ende März 2013 vertragsärztlich genutzt werden darf. Bis Anfang März 2013 haben mehr als 500 Ärzte auf diese Mitteilungen reagiert, sich ein adäquates Ultraschallsystem angeschafft und die Abnahme des Neugerätes vielfach bereits bei der KVWL beantragt.

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Ultraschall



Gebiet	Ansprechpartner	Telefon 0231 / 94 32	E-Mail @kvwl.de
Abnahmeprüfung von Ultraschallsystemen	Tobias Gepp	1562	Tobias.Gepp
	Susanne Daubert	3755	Susanne.Daubert
	Heidi Henkies	3337	Heike.Henkies

Weitere Informationen:

Weitere Hinweise zur technischen Qualitätssicherung der Ultraschalldiagnostik in der ambulanten Versorgung finden Sie unter: www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1313079

Für Nichtmitglieder ist der Artikel kostenpflichtig.



IV. Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 136 Absatz 2 SGB V

Die KVen führen bundesweit verpflichtend Stichprobenprüfungen zur Förderung der Qualität unter anderem in der radiologischen Diagnostik und der Kernspintomographie durch. Für den Bereich der Computertomographie hat der Vorstand der KVWL die Überprüfungen aufgrund der sehr guten Qualität in der Vergangenheit noch bis zum 31. Dezember 2014 ausgesetzt. Hier zeigt sich eine deutliche Entlastung der radiologisch tätigen Ärzte, die sich auch in sinkenden Bürokratiekosten bemerkbar macht. Die grundsätzliche Pflicht zur exakten Dokumentation bleibt aber weiterhin bestehen und muss von den betreffenden Ärzten, die computertomographische Untersuchungen durchführen, auf Verlangen nachgewiesen werden können.

Die KV ermittelt per Zufallsgenerator nach einem statistisch gesicherten Verfahren Ärzte, die dann gebeten werden, die entsprechenden Befundberichte und Bilddokumentationen einzureichen. Die Dokumentationen werden im Hinblick auf

- die zugrundeliegende medizinische Fragestellung,
- die rechtfertigende Indikation im Sinne der Röntgenverordnung,
- die optimierte Durchführung der Untersuchung,
- die Darstellung der diagnostisch wichtigen Bildinformation mit einer medizinisch vertretbar niedrigen Strahlenexposition und
- die fachkundige Auswertung der Untersuchung und der dokumentierten Ergebnisse im Befundbericht überprüft.

Die Anforderungen des Strahlenschutzes werden insbesondere bei Kindern und Jugendlichen detaillierter behandelt und im Rahmen der Überprüfung besonders berücksichtigt.

Konventionelle radiologische Diagnostik und Kernspintomographie

Durch die beschriebenen qualitätssichernden Maßnahmen wurde die Qualität von 90 Prozent im Jahr 2008 auf 94 Prozent im Jahr 2012 stetig gesteigert.

Stellt die Qualitätssicherungskommission erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen fest, werden die Ärzte innerhalb einer angemessenen Frist zur Mängelbeseitigung verpflichtet. Nach Fristablauf erfolgt eine erneute Prüfung anhand von aktuellen Dokumentationsunterlagen, ob die festgestellten Mängel behoben sind.

Tabelle 14: Ergebnisse der Qualitätsprüfung Radiologie

Radiologische Diagnostik	2008	2009	2010	2011	2012
keine oder geringe Beanstandungen	90 %	88 %	91 %	92 %	94 %
erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen	10 %	12 %	9 %	8 %	6 %

Auch in diesem Bereich der Qualitätssicherung ist eine deutliche Verbesserung der Qualität von 77 Prozent im Jahr 2008 auf 93 Prozent im Jahr 2012 zu erkennen.

Die Ergebnisse in den Bereichen der konventionellen Radiologie und der Kernspintomographie zeigen, dass sich die Qualität in WL auch mit nur wenigen Maßnahmen – Verpflichtung, die Mängel zu beseitigen oder Durchführung eines Kolloquiums – wirksam verbessert.

Die Wiederholungsprüfung nach Ablauf der Frist zeigt, dass die betreffenden Ärzte die Mängel beseitigt haben.

Die meisten Beanstandungen sowohl bei den radiologischen als auch bei den kernspintomographischen Leistungen finden sich im technischen Teil.

Tabelle 15: Ergebnisse der Qualitätsprüfung Kernspintomographie

Kernspintomographie	2008	2009	2010	2011	2012
keine oder geringe Beanstandungen	77 %	93 %	72 %	78 %	93 %
erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen	23 %	7 %	28 %	22 %	7 %

Beanstandungen bei schriftlicher und bildlicher Dokumentation

Folgende Beanstandungen wurden bei den bisherigen Qualitätsprüfungen am häufigsten festgestellt:

schriftliche Dokumentation

- fehlende rechtfertigende Indikation
- fehlende Dokumentation (Namen) der Untersucher/Befunder
- darüber hinaus wurden auch Nebenbefunde häufig nicht dokumentiert, die ebenfalls zu einem abschließenden Röntgenbefund gehören
- sofern sich aufgrund mangelnder Kooperation der Patienten (zum Beispiel starke Schmerzen oder körperliche Einschränkungen etc.) eine den Kriterien entsprechende Aufnahme nicht erreichen lässt, sollten solche Besonderheiten mit dokumentiert werden, um einer Beanstandung aus diesem Grund vorzubeugen

bildliche Dokumentation

Rö: fehlende Einblendung (Strahlenschutz)

Rö: fehlender Gonadenschutz (Strahlenschutz)

Rö: unvollständige Praxis- und/oder Patientenidentifikation (Skrivor)

Rö: Bildverarbeitungsfehler (zum Beispiel nicht ausfixiert)

Rö: überexponiert/unterexponiert

Rö: unvollständige Darstellung von Organen (zum Beispiel abgeschnittene Nierenpole)

MRT: Messparameter nicht eingehalten (zum Beispiel Schichtdicke, Matrix)

MRT: Bildrauschen, dadurch Detailerkennbarkeit eingeschränkt

Die ÄSWL prüft nach der Röntgenverordnung und der Strahlenschutzverordnung parallel zur Prüfung, die die KVWL durchführt. Die ÄSWL prüft in einem festen Zeitrahmen von zwei Jahren alle radiologisch tätigen Ärzte, während die KVWL in jährlichen Stichproben zehn Prozent prüft. Es kann zwar vorkommen, dass ein Arzt zufälligerweise zu einem gleichen Zeitraum von beiden Prüfungen betroffen ist; das ist aber nicht die Regel und sollte nicht als Argument gegen das seit Jahren eingespielte System der Prüfungen verwandt werden.

Dass sich Qualität auszahlt, zeigt sich auch daran, dass der Vorstand außerdem beschlossen hat, diejenigen Ärzte für mindestens drei Jahre von der Prüfung freizustellen, deren Prüfung mit Kategorie 1 – keine Beanstandungen – bewertet wurde. Die grundsätzliche Pflicht zur exakten Dokumentation bleibt aber hier weiterhin bestehen und muss von den betreffenden Ärzten, die radiologische bzw. kernspintomographische Untersuchungen durchführen, auf Verlangen nachgewiesen werden können. Bei der Überprüfung durch die KVWL und die ÄSWL kann es vereinzelt zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen.

Beispiel:

Prüfung durch die ÄSWL = Keine Beanstandungen

Prüfung durch die KVWL = Schwerwiegende Beanstandungen

Die Ursache liegt in den unterschiedlichen Prüfkriterien, die auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen beruhen. Die KVWL prüft nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses und die ÄSWL auf der Grundlage der Röntgenverordnung.

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Radiologie/Kernspintomographie



Gebiet	Ansprechpartner	Telefon 0231 / 94 32	E-Mail @kvwl.de
Qualitätssicherung Radiologie Kernspintomographie	Corinna Wittwer	3385	Corinna.Wittwer
	Grazyna Zurek	3307	Grazyna.Zurek

Arthroskopie

Für die Arthroskopie erfolgt seit 2010 ebenfalls eine Stichprobenprüfung. Per Zufall wurden zehn Prozent der 202 abrechnenden Ärzte aus dem Jahr 2012 für die Stichprobenprüfung nach § 136 Abs. 2 SGB V ausgewählt. Die Überprüfung der jeweils vorgelegten zwölf Dokumentationen ergab für 13 Ärzte keine bzw. geringe Beanstandungen. Für sieben Ärzte lautete das Prüfergebnis erhebliche bzw. schwerwiegende Beanstandungen mit den entsprechenden Rechtsfolgen einer Nachprüfung.

Tabelle 16: Ergebnisse der Qualitätsprüfung Arthroskopie

Arthroskopie	2010	2011	2012
Keine oder geringe Beanstandungen	17 %	28 %	65 %
Erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen	83 %	72 %	35 %

Der Jahresvergleich zeigt eine stetige Verbesserung der Qualität. Das Ergebnis „keine oder geringe Beanstandungen“ konnte von 17 Prozent auf 65 Prozent gesteigert werden.

Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Arthroskopie



Gebiet	Ansprechpartner	Telefon 0231 / 94 32	E-Mail @kvwl.de
Athroskopie	Daniela Nagel	3621	Daniela.Nagel

Langzeit-Elektrokardiographische Untersuchungen

Die QS-Prüfung der Langzeit-Elektrokardiographischen Untersuchungen (L-EKG) erfolgt seit 2009 nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V. 74 zufällig ausgewählte Ärzte im Jahr 2012 wurden aufgefordert, je zwölf Dokumentationen zur Prüfung vorzulegen. 61 Ärzte haben die erfreuliche Mitteilung „keine/geringe Beanstandungen“ erhalten. Lediglich 13 Ärzte mussten sich aufgrund des Ergebnisses erhebliche/schwerwiegende Beanstandungen einer erneuten Prüfung stellen.

Der Jahresvergleich zeigt zwar eine leicht sinkende Qualität von 88 Prozent auf 82 Prozent. Ursächlich ist die steigende Zahl der abrechnenden Ärzte (von 1.113 im Jahr 2009 auf 1.312 im Jahr 2012).

Tabelle 17: Ergebnisse der Qualitätsprüfung L-EKG

L-EKG	2009	2010	2011	2012
Keine oder geringe Beanstandungen	88 %	90 %	77 %	82 %
Erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen	12 %	10 %	23 %	18 %



Internetwegweiser

www.kvwl.de in den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Langzeit-EKG-Untersuchungen

Gebiet	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail
		0231 / 94 32	@kvwl.de
Langzeit-EKG-Untersuchungen	Sabine Venjakob-Artelt	3344	Sabine.Venjakob-Artelt

V. Datenteil

Genehmigungsverfahren und Kommissionen

Die nachfolgenden Tabellen spiegeln zum einen die Vielzahl der Genehmigungsbereiche und zum anderen die Anzahl der in den Jahren 2006 bis 2012 erteilten Genehmigungen wider. Darüber hinaus stellt Tabelle 20 das Verhältnis der gestellten Anträge zu den erteilten Genehmigungen dar. Bezugszeitraum ist jeweils das gesamte Kalenderjahr (1. Januar bis 31. Dezember).

Tabelle 18: Erteilte Genehmigungen

Regelungen	2008	2009	2010	2011	2012
Bundesebene					
Ambulantes Operieren/Anästhesien	429	504	325	333	526
Akupunktur	300	78	43	53	66
Apharesen	4	2	6	4	7
Arthroskopie	31	31	35	31	51
Balneophototherapie	---	---	96*	23	24
Dialyse	6	3	7	4	4
Harnsteinstoßwellen-Lithotripsie	8	12	9	4	14
Hautkrebs-Screening	3.319*	509	187	173	199
Herzschriltmacher-Untersuchungen	15	32	19	29	20
Histopathologie	---	0	64	5	2
HIV/Aids	2	14*	1	0	0
Hörgeräteversorgung Erwachsene	---	---	---	---	461*
Hörgeräteversorgung Kinder	---	---	---	---	24*
Invasive Kardiologie	4	11	5	17	0

Regelungen	2008	2009	2010	2011	2012
Bundesebene					
Langzeit-EKG-Untersuchungen	365	291	275	260	238
Mammographie	---	21	17	30	40
Molekulargenetik	---	---	---	---	56*
MR-Angiographie	298	32	25	38	68
Onkologie	38	26	25	351	30
Otoakustische Emissionen	20	30	15	6	21
Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	20	13	3	2	6
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)	6	4	4	2	4
Psychotherapie	973	701	685	691	558
Polygraphie/Polysomnographie Schlafbezogene Atmungsstörungen	93	47	30	31	23
Schmerztherapie	31	11	5	10	9
Sozialpsychiatrie	5	2	3	4	69
Soziotherapie	4	4	2	2	6
Spezielle Laboruntersuchungen	349	143	219	201	235
Strahlendiagnostik und -therapie	397	485	412	419	559
Substitution (Methadon)	41	8	8	18	13
Ultraschalldiagnostik	3.906	3.570	1.761	3.102	3.432
Vakuumbiopsie	---	39*	6	8	8
Verordnung medizinischer Rehabilitation	396	360	340	194	201
Zytologie	10	4	8	11	6

Regelungen	2008	2009	2010	2011	2012
Landesebene					
Strukturvertrag „Kataraktoperationen“	2	3	1	3	6
Diabetisches Fußsyndrom AOK	---	---	---	---	606*
Diabetisches Fußsyndrom LKK	---	---	---	---	555*
Diabetisches Fußsyndrom Knappschaft	---	---	---	---	554*
Diabetologische Schwerpunktpraxen	26	28	14	18	15
DMP Asthma/COPD	1.350	484	297	335	334
DMP Brustkrebs	55	30	41	33	48
DMP Diabetes mellitus Typ 1	143	86	72	73	56
DMP Diabetes mellitus Typ 2	338	313	238	240	276
DMP Koronare Herzkrankheit	353	294	213	213	219
Hausarztzentrierte Versorgung (Knappschaft)	57*	458	265	212	46
Hausarztzentrierte Versorgung (BIGprevent) <small>Vertrag beendet zum 30.9.2012</small>	105*	306	246	170	9
Hausarztzentrierte Vers. (IKK)	---	----	175	377	60
Homöopathie (Barmer GEK)	14	14	22	13	13
Homöopathie (SECURVITA)	---	82*	22	11	15
Homöopathie (IKK classic)	---	--	--	45*	45
Intravitreale Injektion <small>Altersbedingte Makuladegeneration</small>	76*	20	13	16	12
Intravitreale Injektion <small>Diabetische Makulopathie</small>	76*	20	13	103	21

Regelungen	2008	2009	2010	2011	2012
Landesebene					
Intravitreale Injektion Retinaler Venenastverschluss	76*	20	13	68	45
Naturheilverfahren (IKK) <small>Vertrag zum 31.3.2012 beendet</small>	49	35	29	23	2
Palliativmedizin	277	1.897*	896	747	662
Prävention AOK U10/U11	---	---	496*	92	48
Prävention IKK U10/U11	344*	583*	80	56	47
Prävention Bergische Krankenk. J2	---	---	---	---	95
Prävention BKK U10/U11	---	---	83	54	53
Prävention BKK pronova J2	---	---	---	---	683*
Prävention Knappschaft U10/U11	---	---	720*	34	46
Prävention Knappschaft J2	---	---	25*	64	75
Prävention LKK U10/U11	---	---	--	4*	650*
Prävention Techniker U10/U11	---	---	726*	38	44
Prävention Techniker J2	---	---	68*	69	83
Tonsillotomie Barmer GEK	---	---	--	44*	41
Tonsillotomie BKK	---	---	--	49*	40
Tonsillotomie KHK	---	---	23	27	38
Tonsillotomie Knappschaft	---	---	---	---	80*
Gesamt:	14.518	11.759	9.512	9.372	12.701

*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 sogenannte Abrechnungserlaubnisse nach detaillierten Vorgaben des EBM erteilt werden.

Tabelle 19: Abrechnungserlaubnisse

Abrechnungserlaubnisse	2009		2010		2011		2012	
	Anträge	Genehmigungen	Anträge	Genehmigungen	Anträge	Genehmigungen	Anträge	Genehmigungen
Chirotherapie	69	60	74	64	52	48	79	67
Diabetischer Fuß	87	87	87	77	83	51	61	54
Dermahistologie	3	3	0	0	0	0	0	0
Humangenetik Kapitel 11.3	5	5	6	6	9	8	6	6
Funktionsstörung der Hand	22	22	34	34	19	19	37	37
Entwicklungsneurologische Untersuchung	8	8	3	3	0	0	1	1
Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern	0	0	0	0	0	0	0	0
Impfungen außerhalb des Fachgebietes	87	87	43	41	83	69	95	95
Intravitreale Injektion (IVI) BDOC	22	22	28	28	15	15	101	101
MRSA	---	---	---	---	---	---	3.149*	3.149*
Krebsfrüherkennung bei der Frau	2	2	3	3	1	1	0	0
Empfängnisregelung	4	4	4	4	1	1	0	0
Leistungen nach 30.3/30.4	4	4	0	0	2	2	0	0
Gesamtanzahl	313	304	282	260	265	214	3.529	3.510

*Bei diesen Verfahren ist die Zahl der erteilten Abrechnungserlaubnisse durch eine EBM-Änderung zu erklären oder es wurde eine neue Leistung in den EBM aufgenommen

Antragsvolumen

Tabelle 20: Verhältnis der Anträge zu den erteilten Genehmigungen

	2008	2009	2010	2011	2012
Anträge	16.345	14.725	10.566	10.220	16.861
Genehmigungen	15.563	11.759	9.772	9.586	16.211
Prozentualer Anteil der nicht genehmigten Anträge im Verhältnis zu den Genehmigungen	5%	12%	7%	6%	4%

Der Vorstand der KVWL hat Ärzte berufen, die ehrenamtlich in den Qualitätssicherungskommissionen die fachliche Qualifikation der Antragsteller prüfen und Kolloquien durchführen. Daneben prüfen sie auch diverse Auflagen und Qualitätssicherungsmaßnahmen. 2012 waren insgesamt 154 Ärzte in 17 Qualitätssicherungskommissionen eingesetzt. Sie tagten insgesamt 126 Mal und führten 269 Kolloquien durch. 219 Mal bestätigten sie die erfolgreiche Teilnahme. Lediglich 50 Kandidaten mussten sich dem Kolloquium erneut stellen.

Tabelle 21: Zahl der Sitzungen der Qualitätssicherungskommissionen im Jahresvergleich

Gebiet	2008	2009	2010	2011	2012
Akupunktur	3	4	4	4	3
Kernspintomographie	s. Radiologie				
Koloskopie	7	5	4	6	4
Labor	6	6	4	5	5
Radiologie	6	9	28	26	21
Ultraschall	45	50	43	64	60
Schmerztherapie	4	3	3	4	4

Tabelle 22: Zahl der Kolloquien im Jahresvergleich

Gebiet	2008	2009	2010	2011	2012
Kernspintomographie	2	5	2	2	4
Koloskopie	0	1	1	0	0
Labor	46	41	24	40	38
Radiologie	8	9	14	14	28
Ultraschall	255	247	210	280	186
Schmerztherapie	4	3	4	11	4

Tabelle 23: Ergebnisse der Kolloquien im Jahresvergleich

Gebiet	bestanden				
	2008	2009	2010	2011	2012
Kernspintomographie	2	5	2	2	4
Koloskopie	0	1	1	0	0
Labor	45	41	24	35	35
Radiologie	8	9	14	14	28
Sonographie	225	216	178	247	142
Schmerztherapie	4	3	4	8	3

Gebiet	nicht bestanden				
	2008	2009	2010	2011	2012
Kernspintomographie	0	0	0	0	0
Koloskopie	0	0	0	0	0
Labor	1	0	0	5	3
Radiologie	0	0	0	0	0
Sonographie	30	31	32	33	44
Schmerztherapie	0	0	0	3	1

Ansprechpartner im GB Versorgungsqualität

	Ansprechpartner	Telefon 0231 / 94 32	E-Mail @kvwl.de
Abnahme von Ultraschallprüfungen	Tobias Gepp Susanne Daubert Heidi Henkies	1562 3755 3337	Tobias.Gepp Susanne.Daubert Heidi.Henkies
Akupunktur	Nicole Schütz	1551	Nicole.Schuetz
Auflagen Mammographie	Manfred Milde	1570	Manfred.Milde
Diabetisches Fußsyndrom	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte
Fortbildungspflicht	Michael Schwarz Ina Hohlweg	1033 1035	Michael.Schwarz Ina.Hohlweg
HIV/Aids	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte
Hörgeräteversorgung	Falk Schröder	1568	Falk.Schroeder
Hygienemanagement in der Arztpraxis	Anke Westerberg	3334	Anke.Westerberg
Infektionsschutzgesetz	Anke Westerberg	3334	Anke.Westerberg
Informationsveranstaltungen	Julia Miller	3581	Julia.Miller
Koloskopie	Tobias Gepp Susanne Daubert	1562 3755	Tobias.Gepp Susanne.Daubert
Mammographie	Manfred Milde	1570	Manfred.Milde
Molekulargenetische Untersuchungen	Nicole Schütz	1551	Nicole.Schuetz
MR-Angiographie	Corinna Wittwer	3385	Corinna.Wittwer
MRSA	Jasmin Ayadi Anke Westerberg	1565 3334	Jasmin.Ayadi Anke.Westerberg
Patientensicherheit	Julia Miller	3581	Julia.Miller
Qualifikation zur Patientenschulung DMP	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte

Qualitätsmanagement	Christina Robers	1036	Christina.Robers
Qualitätssicherung Arthroskopie	Daniela Nagel	3621	Daniela.Nagel
Qualitätssicherung Langzeit-EKG-Untersuchungen	Sabine Venjakob-Artelt	3344	Sabine.Venjakob-Artelt
Qualitätssicherung Radiologie/Kernspintomographie	Corinna Wittwer	3385	Corinna.Wittwer
	Grazyna Zurek	3307	Grazyna.Zurek
Qualitätszirkel	Heike Mattinger-Schulz	1034	Heike.Mattinger-Schulz
	Ina Hohlweg	1035	Ina.Hohlweg
QZ-Online-Anwendung	Ina Hohlweg	1035	Ina.Hohlweg
	Michael Schwarz	1033	Michael.Schwarz
Vakuumbiopsie	Christa Nowak	3316	Christa.Nowak
Zytologie	Beate Pohlmann	3312	Beate.Pohlmann

Impressum

KVWLkompakt Extra ist eine
Sondernummer der Zeitschrift
KVWLkompakt

Herausgeberin

Kassenärztliche Vereinigung
Westfalen-Lippe,
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6
44141 Dortmund

Redaktionsausschuss

Dr. Wolfgang-Axel Dryden,
Dr. Gerhard Nordmann,
Dr. Thomas Kriedel

Redaktion

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

Druck

IVD GmbH & Co. KG
Wilhelmstraße 240
49475 Ibbenbüren

Gestaltung

GB Kommunikation
Oktober 2013



