

## Jahresbericht 2014

### Versorgungsqualität

**EXTRA**

# **Bericht des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität für das Jahr 2014**

## Inhalt

Abkürzungsverzeichnis.....	3
I. Editorial.....	4
II. Einleitung.....	6
III. Patientensicherheit in Westfalen-Lippe .....	10
1. Hygiene und Medizinproduktaufbereitung.....	10
1.1 Fortbildung: Manuelle vs. maschinelle Aufbereitung .....	11
1.2 Vor-Ort-Beratungen (Hygiene und Medizinproduktaufbereitung).....	11
2. Risiko- und Fehlermanagement.....	12
2.1 Fortbildung: Medizinisches Risikomanagement für Ärzte in der ambulanten Versorgung. ....	12
2.2 Fortbildung: Sichere Patientenversorgung durch Teamarbeit und Kommunikation .....	13
3. Critical Incident Reporting System (CIRS).....	13
3.1 Fortbildung: Umgang mit kritischen Ereignissen in Organisationen der Gesundheitsversorgung (Sicherheitskultur) .....	14
3.2 CIRS-NRW Gipfel 2014:.....	14
4. Fortbildung: Ersteinschätzung von Dringlichkeiten (Triage).....	15
5. Evaluation Handlungsempfehlungen .....	15
IV. Qualitätsentwicklung/-management.....	16
Fortbildungsverpflichtung zu 99 % erfüllt.....	16
KPQM: Qualitätsmanagement – Update.....	17
Qualitätsmanagement – Stichprobe 2014 .....	17
Die Qualitätszirkelarbeit .....	18
Referate in Qualitätszirkeln.....	19
V. Qualitätssicherung.....	21
1. Neue oder geänderte vertragliche Regelungen.....	21
Förderung von nicht-ärztlichen Praxisassistenten .....	21

Intravitreale Medikamenteingabe .....	24
Abnahmeprüfungen der Ultraschallsysteme .....	27
2. Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V.....	29
Dokumentationsprüfung Akupunktur .....	29
Dokumentationsprüfung HIV/Aids.....	30
Überprüfung der Frequenz einschließlich der Dokumentationen Koloskopie .....	31
Dokumentationsprüfung kurative Mammographie .....	33
Dokumentationsprüfung MR-Angiographie.....	34
Dokumentationsprüfung Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT) sowie Phototherapeutische Keratektomie (PTK) .....	34
Dokumentationsprüfung Ultraschall .....	35
Konstanzprüfung von Ultraschallsystemen erfolgreich .....	37
Dokumentationsprüfung Vakuumbiopsie .....	38
Überprüfung der Präparatequalität einschließlich der Dokumentation Zytologie.....	38
3. Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 136 Absatz 2 SGB V.....	39
Arthroskopie.....	39
Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen .....	40
Radiologie/KST/CT.....	41
Konventionelle radiologische Diagnostik.....	42
Kernspintomographie.....	43
QS-Richtlinie Dialyse aktualisiert .....	45
Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger.....	48
VI. Zentrale Stelle Mammographie-Screening.....	51
Mammographie-Screening-Programm in Westfalen-Lippe .....	51
VII. Datenteil.....	56
Ansprechpartner im Geschäftsbereich Versorgungsqualität .....	61

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AMD	Altersbedingte Makuladegeneration
CIRS	Critical Incident Reporting System
CRP	C-reaktives Protein
CIRS-NRW	Critical Incident Reporting System Nordrhein-Westfalen
CT	Computertomographie
DGSV	Deutsche Gesellschaft für Sterilgutversorgung e. V.
DGKH	Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e. V.
DMÖ	Diabetische Makulaödem
DO	Dortmund
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EVA	Entlastende Versorgungsassistentin
FLA	Fluoreszenzangiographien
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOP	Gebührenordnungspositionen
GRB	Gesellschaft für Risikoberatung
Hb-Wert	Hämoglobin-Wert
HD	Hämodialyse
HIV	Humane Immundefizienz-Virus
HNO-Ärzte	Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
HzV	Hausarztzentrierte Versorgung
IVM	Intravitreale Medikamenteneingabe
IVOM	Intravitreale operative Medikamentenapplikation
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KRINKO	Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention
KPQM	Kassenärztliche Vereinigung Praxis Qualitätsmanagement
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
L-EKG	Langzeit-Elektrokardiogramm
MFA	Medizinische Fachangestellte
MR-Angiographie	Magnetresonanztomographie
MRSA	Methicillin-resistente Staphylococcus aureus
MRT	Kernspintomographie
MS	Münster
MTRA	Medizinisch-Technische Radiologieassistentin
n/a	nicht anwendbar
PD	Peritonealdialyse
PDT	Photodynamische Therapie
PSB	Psychosoziale Begleitung
PTK	Phototherapeutische Keratektomie
QS-Vereinbarung	Qualitätssicherungsvereinbarung
QSD-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse
QZ	Qualitätszirkel
RDG	Reinigungs- und Desinfektionsgerät
SD-OCT	Spektraldomänen Optische Kohärenztomographie
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
TN	Teilnehmer
VAV	Venenastverschluss
VERAH	Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis
ZVV	Zentralvenenverschluss

**Anmerkung:** Zur besseren Lesbarkeit gelten alle Personen- oder Funktionsbezeichnungen sowohl für männliche als auch weibliche.

## I. Editorial

Sehr geehrte Leserin,  
sehr geehrter Leser,

Patientensicherheit ist eines der höchsten Güter in der medizinischen Versorgung. Nur im Zusammenhang mit gelebter Patientensicherheit ist die beste medizinische Versorgung voll wirksam.

Patientensicherheit wird in der politischen Auseinandersetzung immer noch vorrangig auf die stationäre Versorgung diskutiert. Wir empfinden dies als eine zu verengte Sichtweise. Mit zunehmendem Kooperationsgrad zwischen Vertragsärzten, mit zunehmender Verlagerung invasiver Behandlungsformen in die vertragsärztliche Versorgung gewinnt die Patientensicherheit auch für den ambulanten Sektor an Bedeutung. Aus diesem Grund engagiert die KVWL sich seit bereits gut 10 Jahren in diesem Themenfeld.

Der Themenkanon ist umfangreich und reicht von der Hygiene, über multiresistente Keime bis hin zum Risikomanagement in den Praxen oder dem Umgang mit (Beinahe-)Fehlern. Der vorliegende Bericht zur Versorgungsqualität in Westfalen-Lippe zeigt dementsprechend einen bunten Strauß von erfolgreichen Aktivitäten unseres Hauses auf.

Qualität ist ein wichtiger Aspekt im Umfeld von Patientensicherheit. Qualität trägt zu Patientensicherheit bei. Unsere Aktivitäten zur Qualitätssicherung werden von außen oftmals nicht wahrgenommen. So wird insbesondere in der Politik immer wieder der Vorwurf geäußert, dass die Qualität der ambulanten Versorgung zu wünschen ließe. Dem halte ich entgegen, dass es meines Wissens keinen Bereich der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt, in dem Qualitätssicherung so groß geschrieben wird, wie in der ambulanten Versorgung und auch so intensiv überwacht wird.

In der ambulanten Versorgung werden alle drei Felder der Qualität, die Struktur-, die Prozess- und auch die Ergebnisqualität intern, wie auch extern geprüft. Mangelhafte Prüfergebnisse zeitigen dabei Konsequenzen bis hin zum Widerruf von Genehmigungen. Auffälligkeiten bei Prüfungen werden durch Angebote der KVWL begleitet, durch geeignete Schulungen schnell behoben werden zu können.

Die Ergebnisse unserer Maßnahmen sprechen für sich. Daher wünsche ich dem geneigten Leser eine interessante Lektüre dieses Berichtes.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Dr. med. W. A. Dryden



## II. Einleitung

Der nachfolgende Text ist mit freundlicher Genehmigung von Herrn Dr. habil. Rupert Pfandzelter dem KBV Fortbildungsheft „Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung“ entnommen.

Qualitätssicherung in der ärztlichen Versorgung hat eine lange Tradition. Gerne wird hier der „Codex Hammurapi“ zitiert. Er entstand um 1700 v. Chr., geht zurück auf den babylonischen König Hammurapi und enthält eine Sammlung von Rechtssprüchen, die in altbabylonischer Keilschrift auf Steinstelen niedergeschrieben wurden. Eine über zwei Meter hohe, nahezu komplett erhaltene Stele ist heute im Louvre in Paris ausgestellt.

Der Codex Hammurapi enthält auch Regelungen medizinischen Inhalts, sogar zu Arzthonoraren oder zur berufsrechtlichen Situation des Arztes. Über Operationen am Auge heißt es: „Wenn der Arzt einen Herrn behandelt und einen Abszess mit dem Messer eröffnet und das Auge des Patienten erhält, so soll er 10 Scheqel Silber erhalten. Wenn der Patient ein Sklave ist, so hat sein Herr 2 Scheqel Silber zu bezahlen. Hat der Arzt einen Abszess am Auge mit einem stumpfen Messer eröffnet, den Patienten getötet oder gar sein Augenlicht zerstört, so soll seine Hand abgeschnitten werden“.

In unseren Tagen sind die Vorgaben an ärztliches Handeln deutlich differenzierter und eventuelle Sanktionen zum Glück weit weniger drakonisch. Als Beispiel sei hier die phototherapeutische Keratektomie (PTK) am Auge genannt. Dabei handelt es sich um einen therapeutischen Eingriff bei verschiedenen Augenerkrankungen, wie z. B. altersbedingte Hornhautveränderungen oder verletzungs- oder entzündungsbedingte Hornhautnarben. Bei der PTK werden oberflächliche Anteile der Hornhaut durch thermische Laserimpulse möglichst planparallel abgetragen. Der Eingriff erfolgt ambulant in Lokalanästhesie.

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung dürfen zugelassene Augenärzte eine PTK nur durchführen, wenn sie hierzu eine spezielle Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) haben. Um eine Genehmigung zu erhalten, sind bestimmte Vorgaben zu erfüllen, die in einer „Qualitätssicherungsvereinbarung PTK“

zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) bundesweit einheitlich festgelegt sind. So muss der Augenarzt bereits eine bestimmte Anzahl an phototherapeutischen Keratektomien selbstständig durchgeführt haben und die Eignung des verwendeten Lasers nachweisen. Zudem sind Anforderungen an die Indikationsstellung und die ärztliche Dokumentation der Durchführung der PTK zu beachten. Eine PTK darf nur durchgeführt werden, wenn vergleichbare oder weniger invasive Therapiealternativen ausgeschöpft wurden und andere Ursachen, die für das Beschwerdebild des Patienten (Beeinträchtigung des Sehens, Schmerzen) verantwortlich sein könnten, ausgeschlossen wurden. Die ärztliche Dokumentation und der Entscheidungsgang zur Indikationsstellung werden regelmäßig von der KV im Rahmen von Stichproben überprüft. Wird dabei festgestellt, dass die Vorgaben der Qualitätssicherungsvereinbarung nicht erfüllt wurden, leitet die KV Maßnahmen ein, die bis zum Widerruf der Genehmigung gehen können.

Neben diesen methodenspezifischen Vorgaben gelten für die Durchführung der PTK zahlreiche weitere gesetzliche oder untergesetzliche Vorgaben, insbesondere, da es sich bei der PTK um einen operativen Eingriff handelt. In der vertragsärztlichen Versorgung verbindliche Vorgaben für ambulante Operationen sind in der „Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren“ zusammengefasst. Zum Beispiel sind dort Voraussetzungen an den Operations- oder Eingriffsraum festgelegt. Demnach müssen der Wandbelag und die Oberflächen von Einbauten, Lampen oder Geräten problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können und der Fußbodenbelag flüssigkeitsdicht sein.



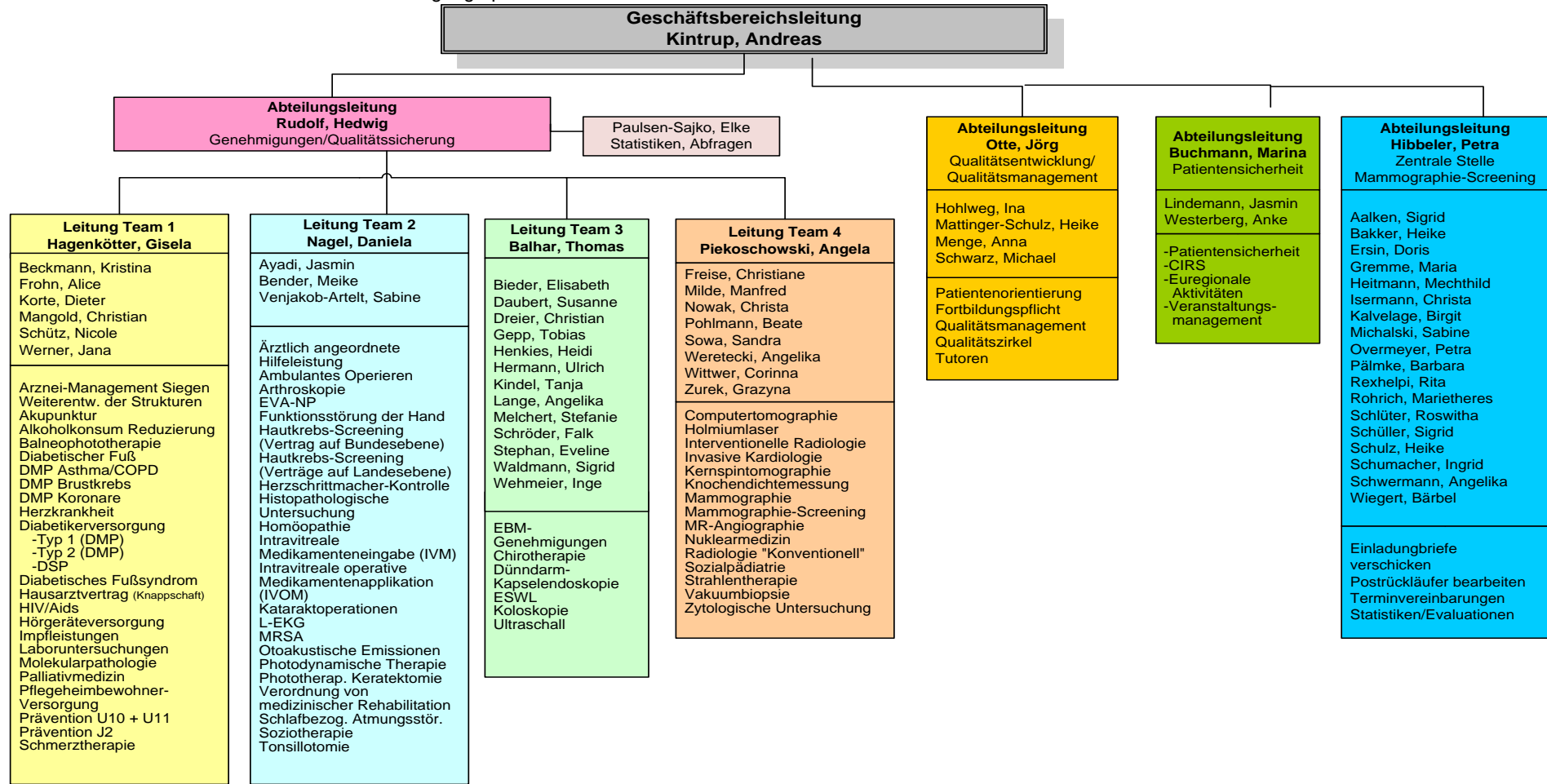
Unter den einschlägigen gesetzlichen Vorgaben sind hier vornehmlich das „Infektionsschutzgesetz“, das „Medizinproduktegesetz“ mit seinen nachgeordneten Verordnungen („Medizinprodukte-Betreiberverordnung“, „Medizinprodukte-Sicherheitsplanverordnung“) oder das „Gesetz zum Schutz vor nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen“ zu nennen.

Am Beispiel der phototherapeutischen Keratektomie zeigt sich, welche Vielzahl von Vorgaben zur Sicherung und Förderung der Qualität dieser Behandlungsmethode der Vertragsarzt zu beachten hat. Hinzu kommen Empfehlungen aus wissenschaftlichen Leitlinien, Richtlinien oder Normen, die den Stand der Technik definieren. Schließlich gelten für jeden Vertragsarzt methoden- oder indikationsübergreifende Vorgaben, wie die Pflicht zur Einführung und Weiterentwicklung eines praxisinternen Qualitätsmanagements oder die Pflicht zur regelmäßigen fachlichen Fortbildung.

Die Qualitätssicherung in der vertragsärztlichen Versorgung ist also ein komplexes System aus miteinander vernetzten Regelungen. Dabei darf nie vergessen werden, dass jede aus einer Regelung resultierende Pflicht einen zusätzlichen Aufwand für den Arzt und die Praxis generiert, der Ressourcen verbraucht und Zeit kostet. Das Verhältnis von Aufwand zu Nutzen von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist entscheidend für Akzeptanz, Sinnhaftigkeit und Erfolg der Qualitätssicherung. Denn jeder (bürokratische) Aufwand geht zu Lasten der Zeit, die dem Arzt für die Behandlung am Patienten zur Verfügung steht.

Der vorliegende Bericht soll einen Überblick geben, über die unterschiedlichen Ergebnisse bei Qualitätssicherungsverfahren und die Aktivitäten, die die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität unternehmen, um vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Komplexität das Qualitätssicherungssystem zu Gunsten der Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen Lippe unbürokratisch und effektiv zu handhaben.

Übersicht Struktur des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität



Überprüfung der Ergebnisqualität nach den Vorgaben der §§ 136, 136a bzw. 136 Abs. 2 SGB V für insgesamt 6 Verfahren.  
(Konventionelle Radiologie, Kernspintomographie, Computertomographie, Arthroskopie, L-EKG, Dialyse)

Für insgesamt 23 verschiedene Vereinbarungen auf Bundes- bzw. Landesebene werden unterschiedliche Auflagenprüfungen (Frequenzen, jährliche Nachweise, Jahresstatistiken, Dokumentationen, Hygieneprüfungen etc.) durchgeführt.

Stand: 01.01.2015

### III. Patientensicherheit in Westfalen-Lippe

#### Aktivitäten in 2014

Die im Jahr 2013 begonnenen Aktivitäten der Abteilung Patientensicherheit wurden im Jahr 2014 weitergeführt und ausgebaut. Die Schwerpunkte lagen auf den Themen

- Hygiene und Medizinproduktaufbereitung
- Risiko- und Fehlermanagement
- Critical Incident Reporting System (CIRS)
- Ersteinschätzung von Dringlichkeiten (Triage)

Neben Informationsveranstaltungen, in denen sowohl Ärzte als auch Praxispersonal geschult wurden, sind Informationsmaterialien, wie Gesetzestexte, Richtlinien und Empfehlungen, für die tägliche Praxis aufbereitet und auf der KVWL-Internetseite veröffentlicht worden. Ziel dieser Aktivitäten ist es, den Mitgliedern bei der Stärkung der Patientensicherheit zu unterstützen.

#### 1. Hygiene und Medizinproduktaufbereitung

Die Themen Hygiene und Medizinproduktaufbereitung gewinnen immer mehr an Bedeutung. Die „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ wurde z. B. von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) im Jahr 2014 überarbeitet und auch die „Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten“ sind in einem Papier speziell für Nordrhein-Westfalen verfeinert worden.

Diese Veränderungen haben Auswirkungen auf den Praxisalltag. Die Abteilung Patientensicherheit hat deshalb zusammen mit den Bezirksregierungen und den Gesundheitsämtern die Mitglieder über die neuen Anforderungen informiert. Ebenfalls bietet sie den Ärzten eine individuelle Beratung (telefonisch oder persönlich vor Ort) an. Diesen Service nehmen die Ärzte gerne an.

### 1.1 Fortbildung: Manuelle vs. maschinelle Aufbereitung

Für die Überwachung der Einhaltung der o. g. Anforderungen sind in Westfalen-Lippe die Bezirksregierungen Arnsberg, Münster und Detmold zuständig. In Zusammenarbeit mit den Berufsverbänden der Frauenärzte und der HNO-Ärzte hat die Abteilung Patientensicherheit zielgruppenspezifische Fortbildungen angeboten, in denen Ärzte und ihr Personal über die Vor- und Nachteile der manuellen und maschinellen Reinigung und Desinfektion informiert wurden. Dabei haben auch Vertreter der Bezirksregierungen Münster und Arnsberg von ihren Erfahrungen bei den Praxisbegehungen berichtet. An drei verschiedenen Terminen und Orten (Bielefeld, Dortmund, Münster) konnten sich die Teilnehmer zu diesen Themen austauschen und bekamen Antworten darauf, wie sie in ihrer Praxis am besten die Medizinproduktaufbereitung durchführen und worauf sie besonders achten sollten. Die am häufigsten vorgefundenen Mängel wurden ebenso dargestellt wie die Notwendigkeit eines individuellen Hygieneplans.

### 1.2 Vor-Ort-Beratungen (Hygiene und Medizinproduktaufbereitung)

Der Service der individuellen Vor-Ort-Beratung wird immer mehr nachgefragt. Die Ärzte und ihr Personal wissen die kompetente Beratung der speziell ausgebildeten Beraterin für Hygiene und Medizinproduktaufbereitung<sup>1</sup> zu schätzen und fragen diese telefonisch, elektronisch oder persönlich nach. Die häufigsten Fragen beziehen sich auf die Themen:

- Qualifikation des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals
- Aufbereitung von Medizinprodukten gemäß der gesetzlichen Vorschriften
- Eignung von Geräten (Sterilisatoren, RDG usw.)
- Art und Zweckmäßigkeit von Desinfektionsmitteln
- Muster-Hygieneplan zur individuellen Anpassung

---

<sup>1</sup> Ausbildung zur Sterilgutassistentin bei der Deutschen Gesellschaft für Sterilgutversorgung (DGSV).

Im Jahr 2014 wurden 22 persönliche Beratungen vor Ort durchgeführt. Zusammen mit den telefonischen und elektronischen Anfragen lassen sie sich auf etwa 1.000 beziffern.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Hygiene + Med. Prod.  
Ansprechpartner zum Thema: Hygiene und Medizinprodukte-Aufbereitung in der Arztpraxis  
Anke Westerberg E-Mail: [anke.westerberg@kvwl.de](mailto:anke.westerberg@kvwl.de) Tel.: 0231 9432-3334

## 2. Risiko- und Fehlermanagement

Im Januar 2014 hat der Gemeinsame Bundesausschuss Mindeststandards zum Aufbau von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen für vertragsärztliche Praxen festgelegt. Um die niedergelassenen Ärzte zeitnah über diese neuen Anforderungen zu informieren und den Handlungsbedarf für Verantwortliche in Gesundheitseinrichtungen der ambulanten Versorgung zu verdeutlichen, wurde u. a. in Kooperation mit der Gesellschaft für Risikoberatung (GRB) und der psychologischen Organisationsberatung Hazelnut Consulting Fortbildungen zu diesen Themen angeboten.

2.1 Fortbildung: Medizinisches Risikomanagement für Ärzte in der ambulanten Versorgung  
Zusammen mit der GRB informierte die KVWL fast 30 Ärzte und Praxismitarbeiter darüber, welche Instrumente des medizinischen Risikomanagements es gibt und wie sie diese in ihren Praxen nutzen können. Darüber hinaus wurden folgende Themen erläutert:

- Patientensicherheit im internationalen Kontext
- Fehlerquellen, Komplikationspotentiale und Schadenereignisse in der ambulanten Versorgung
  - Risikoidentifizierung, -bewertung, -bewältigung, -kontrolle
- Instrumente des medizinischen Risikomanagements
  - Sicherheitsaudits, Fehlerkommunikation CIRS, Fallanalysen
  - Patientenaufklärung und klinische Dokumentation
  - Patientenbeteiligung an Maßnahmen zur Förderung der Patientensicherheit
  - Sicherheitskultur in der ambulanten Versorgung

## 2.2 Fortbildung: Sichere Patientenversorgung durch Teamarbeit und Kommunikation

Schnell ist es geschehen – das Rezept mit dem falschen Medikament, eine vertauschte Patientenakte oder die Spritze mit der falschen Ampulle. Fehler passieren ständig. Insbesondere Faktoren wie Kommunikations-, Kooperations- und Koordinationsmängel begünstigen deren Auftreten. Ausgerichtet an den Bedürfnissen und Herausforderungen von ambulant tätigen Ärzten wurden in einer Informationsveranstaltung Einflussfaktoren in Bezug auf das Thema Patientensicherheit vorgestellt und die kritische Reflexion des eigenen Handelns angeregt. Ärzte und ihr Team konnten so konkrete Verbesserungsmaßnahmen ableiten. Es wurde z. B. auf die Themen Teamentwicklung, wertschätzende Kommunikation, Deeskalation von Konfliktsituationen mit Patienten/im Team, bedürfnisorientierte Gesprächsführung und Kommunikation im Schadensfall eingegangen.

Die genannten Themen sollen auch im Jahr 2015 in Form von Informationsveranstaltungen angeboten und vertieft werden.

## 3. Critical Incident Reporting System (CIRS)

CIRS steht für **Critical Incident Reporting System** und ist ein Lern- und Berichtssystem für kritische Ereignisse in der Patientenversorgung. In vielen Häusern der stationären Versorgung Standard wurde CIRS-NRW als sektorenübergreifende Plattform entwickelt, um auch den niedergelassenen Ärzten eine Möglichkeit zu bieten, über kritische Ereignisse offen zu sprechen und aus ihnen zu lernen. Erst wenn Fehler bzw. Risiken identifiziert sind, können Lösungen diskutiert werden. Oftmals sind es einfache Strategien wie das 4-Augen-Prinzip oder die getrennte Lagerung von ähnlich aussehenden Medikamenten (sogenannte Look-alikes).

### 3.1 Fortbildung: Umgang mit kritischen Ereignissen in Organisationen der Gesundheitsversorgung (Sicherheitskultur)

Neben einer durch ärztliche Moderatoren begleiteten offenen Diskussion der Frage wie man am besten mit unerwünschten Ereignissen umgeht, wurde die Plattform CIRS-NRW vorgestellt und die Vorteile eines offenen Umgangs mit Fehlern im Praxisalltag erläutert. Die Teilnehmerrunde verhinderte aufgrund der Größe einen reinen Frontalvortrag und lud zu konkreten Falldarstellungen und Meinungs austausch ein.

### 3.2 CIRS-NRW Gipfel 2014:

Der jährlich stattfindende CIRS-NRW Gipfel wurde im Jahr 2014 von der KVWL ausgerichtet und fand in ihren Räumlichkeiten in Dortmund statt. Mit 156 Teilnehmern aus beiden Sektoren und mit verschiedenen beruflichen Hintergründen, wie Niedergelassene und Krankenhausärzte, MFA, Pflegepersonal, Qualitätsmanager, war der Gipfel ein voller Erfolg. Prof. Dr. Tanja Manser, neue Direktorin des Instituts für Patientensicherheit am Universitätsklinikum Bonn und Prof. Dr. Dieter Conen, Präsident der Stiftung Patientensicherheit Schweiz, führten in einem einstündigen Ko-Vortrag in das Thema ein, berichteten über den aktuellen Stand der Forschung und gaben Hinweise, wie das volle Potenzial eines CIRS-Systems effektiv genutzt und eine Beteiligung gezielt gefördert werden kann. Anschließend konnten die Teilnehmer in fünf verschiedenen Workshops Themen wie z. B. „Miteinander sprechen – Arzneitherapie gemeinsam verbessern“, „Fehler nutzen – aus kritischen Ereignissen lernen“ und „Fehler psychologisch verstehen – Wunschtraum Fehlerfreiheit?“ erarbeiten.

#### 4. Fortbildung: Ersteinschätzung von Dringlichkeiten (Triage)

Mehrere Studien belegen, dass eine unstrukturierte Vorgehensweise bei der medizinischen Ersteinschätzung erhebliches Fehlerpotenzial birgt<sup>2</sup>. Bereits im Jahr 2013 wurden für diesen „Hotspot“ der Patientensicherheit zwei Seminare „Triage – Die richtige Behandlung zur richtigen Zeit“ mit dem Schweizer Anbieter in4medicine durchgeführt. An diesen Erfolg anknüpfend wurden im Jahr 2014 weitere vier Seminare durchgeführt. Für das Jahr 2015 sind zusätzliche Seminare speziell für Praxisinhaber und leitende Angestellte geplant.

Sofern Sie sich für Veranstaltungen des Geschäftsbereichs Versorgungsqualität interessieren, finden Sie diese im Internet unter der Rubrik „Terminkalender“. Gerne können Sie sich aber auch persönlich an uns wenden.

Jasmin Lindemann

E-Mail: [Jasmin.Lindemann@kvwl.de](mailto:Jasmin.Lindemann@kvwl.de)

Tel.: 0231 9432-1502

#### 5. Evaluation Handlungsempfehlungen

Im Mai 2014 hat die Abteilung Patientensicherheit das Institut für Patientensicherheit des Universitätsklinikums Bonn beauftragt, die Handlungsempfehlungen „Sichere Patientenidentifikation in der ambulanten ärztlichen Versorgung“ und „Vermeidung von Eingriffsverwechslungen beim ambulanten Operieren“ wissenschaftlich zu evaluieren. Die erwarteten Ergebnisse sollen wertvolle Hilfestellungen geben, gezielt auf die Bedarfe der Mitglieder eingehen zu können. Deshalb wurden als übergreifende Fragen die folgenden formuliert:

- Wie ist der Umsetzungsgrad der Handlungsempfehlungen in der Praxis?
- Wie sind die Handlungsempfehlungen angenommen worden?
- Wie kann die KVWL ihren Mitgliedern praxisrelevante Informationen zukünftig bereitstellen?
- Wie ist die allgemeine Stimmung unter den KVWL Mitgliedern bzgl. des KVWL-Informationsmaterials? Wie wird der Service angenommen?

---

<sup>2</sup> Gehring, K. et al.: Frequency of and harm associated with primary care safety incidents. Am J Manag C 2012;18: 323-37. Derkx, H. et al.: Quality of clinical aspects of call handling at Dutch out of hours centres: cross sectional national study. BMJ. 2008;337;a1264. Giesen, P. et al.: Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency. Qual Saf. Health Care. 2007;16:181-4.



Im November sind die Fragebogen an etwa 2.500 ambulant operierende Ärzte versendet worden. Die Ergebnisse liegen seit März 2015 vor und sind im KVWL Kompakt, Ausgabe 4/2015 / [http://www.kvwl.de/mediathek/kompakt/2015\\_04.pdf](http://www.kvwl.de/mediathek/kompakt/2015_04.pdf), veröffentlicht.

Wenn Sie Interesse haben, in einer Arbeitsgruppe mitzuarbeiten, die sich mit einem den genannten Themen aus der Abteilung Patientensicherheit beschäftigt, freuen wir uns über Ihre Kontaktaufnahme

Marina Buchmann                      E-Mail: [marina.buchmann@kvwl.de](mailto:marina.buchmann@kvwl.de)                      Tel.: 0231 9432-3584

Informationen zu allen Themen aus dem Bereich Patientensicherheit finden Sie im Internet unter: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) und den Rubriken Mitglieder – Qualität – Patientensicherheit A-Z.

#### IV.      Qualitätsentwicklung/-management

Fortbildungsverpflichtung zu 99 % erfüllt

Am 30.06.2014 endete für knapp 9.000 Mitglieder der KVWL der Nachweiszeitraum, d. h. bis zu diesem Zeitpunkt mussten sie ein Fortbildungszertifikat der Ärzte- bzw. Psychotherapeutenkammer vorlegen, das im Nachweiszeitraum ausgestellt war.

Von den etwa 8.000 ärztlichen Mitgliedern haben 98,7 % ihren Nachweis fristgemäß erbracht. Bei den Psychologischen Psychotherapeuten lag diese Quote bei 99,5 %.

Kammern, KVWL und Mitglieder haben unter Hochdruck gearbeitet, damit jedes Mitglied, das genügend Fortbildungspunkte auf dem Fortbildungskonto hatte, fristgemäß ein Fortbildungszertifikat an die KVWL senden konnte.

Anträge auf Fristverlängerung musste und muss die KVWL ablehnen, wenn zuvor nicht vom Vorstand eine Vertretung oder vom Zulassungsausschuss das Ruhen der Zulassung genehmigt wurde. Denn § 95d SGB V bestimmt abschließend Instrumente, die eine Verlängerung des Nachweiszeitraums begründen (Ruhen der Zulassung (Absatz 3 Satz 1 2. Halbsatz) und Nichtbeschäftigung eines Angestellten (Absatz 5 Satz 3)). Leider lässt das Gesetz hiervon keinerlei Ausnahmen oder Härtefallregelungen zu. Die Sozialgerichte bestätigen dies regelmäßig.

Ansprechpartner zur Fortbildungsverpflichtung

Michael Schwarz                      Tel.: 0231 9432-1033

## KPQM: Qualitätsmanagement – Update

Mit der Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement werden in jeder Praxis Änderungen notwendig – hierüber berichteten wir im Jahresbericht 2013. KPQM, das Qualitätsmanagementsystem der KVWL wird derzeit überarbeitet, damit jede Praxis mit KPQM die geänderten Anforderungen umsetzen kann. Hierzu wird das KPQM-Arbeitsbuch völlig neu gestaltet und mit weiteren Prozessbeispielen und Anwendertipps versehen.

Das neue KPQM-Arbeitsbuch soll Ende 2015 im Buchhandel erhältlich sein.

### Ansprechpartner zu KPQM

Anna Menge                      Tel.: 0231 9432-1036

Jörg Otte                         Tel.: 0231 9432-1032

## Qualitätsmanagement – Stichprobe 2014

Zum Jahreswechsel 2014/2015 fand wieder die Qualitätsmanagement-Stichprobe auf Basis der Richtlinie des Gemeinsamen-Bundesausschusses statt. 325 Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten wurden schriftlich befragt.

Auffällig ist, dass einige Praxen noch keine jährliche Selbstbewertung durchführen. Diese durch die Richtlinie geforderte Überprüfung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagement ist ein leicht umzusetzendes und besonders wertvolles Navigationssystem für die Praxis. Einmal jährlich sollte jede Praxis die eingeführten Grundelemente des Qualitätsmanagements auf Anwendbarkeit und Aktualität überprüfen, einschließlich der Überwachung der Ziele. Stimmt das Qualitätsmanagement noch mit der Praxiswirklichkeit überein oder haben sich Änderungsnotwendigkeiten ergeben? Die Notwendigkeit, Änderungen im Qualitätsmanagement vorzunehmen kann sich aus vielen Aspekten ergeben: Die Praxis hat sich strukturell, personell oder hinsichtlich ihres Leistungsangebots verändert. Umfeldbedingungen haben sich verändert. Ziele wurden erreicht und neue Ziele gesetzt.

Bei der jährlichen Überprüfung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements hilft der Selbstbewertungsbogen der KVWL.



## Referate in Qualitätszirkeln

Mitarbeiter des Geschäftsbereichs bieten Referate zu den Themen Fortbildungspflicht, Hygiene/Medizinproduktaufbereitung, Patientensicherheit, Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel und Qualitätssicherung in ärztlichen Qualitätszirkeln an. Dazu wurden im Herbst knapp 2.000 Postkarten mit diesem Angebot versendet. Der interessierte Qualitätszirkel braucht nur noch anzukreuzen, zu welchen Themen er einen Referenten wünscht und die bereits frankierte Postkarte in die Post geben (siehe Abb.). Die ersten Referate sind für das Jahr 2015 bereits terminiert.

Postkarte für Referate in Qualitätszirkeln

**Ja, mein Qualitätszirkel interessiert sich für:**

<input type="checkbox"/> <b>Fortbildungspflicht</b> z. B. Nachweiszeitraum, Fortbildungen kurz vor der Rente, Zusammenhang von Ärztekammer und KV	<input type="checkbox"/> <b>Qualitätsmanagement</b> z. B. Optimierung von Arbeitsabläufen, KPQM, QM-Handbuch, Vergleich von Praxisprozessen
<input type="checkbox"/> <b>Hygiene / Medizinprodukte</b> z. B. Beratung zu Praxisbegehungen durch Gesundheitsämter oder Bezirksregierungen	<input type="checkbox"/> <b>Qualitätszirkel</b> z. B. Nachwuchsakquise, Moderatorenwechsel, Neuausrichtung
<input type="checkbox"/> <b>Patientensicherheit</b> z. B. Umgang mit Fehlern in der Praxis, Etablierung einer Sicherheitskultur, Risikomanagement, Lernen durch Fehler anderer (Fehlermeldesysteme)	<input type="checkbox"/> <b>Qualitätssicherung</b> z. B. genehmigungspflichtige Leistungen, Sonderverträge, Einreichung von Röntgenbildern, L-EKG-Ausschriebe o. Ä.

Name des QZ: \_\_\_\_\_

Ich bin telefonisch zur weiteren Abstimmung am besten zu erreichen:

Termin \_\_\_\_\_ Wochentag \_\_\_\_\_  
Uhrzeit \_\_\_\_\_

Stempel: \_\_\_\_\_

## Der Qualitätszirkel „Gemeinsam starten“

Ein neues Projekt, der Qualitätszirkel für neu niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, startete im Juli 2014. Ein Tutor moderierte den auf ein Jahr befristeten Qualitätszirkel, in dem vorrangig Anfangsprobleme im Mittelpunkt stehen.

## Moderatorentage

Die Moderatorentage, die Lehrwerkstatt für Qualitätszirkel, entwickeln sich. Drei neue Module, „Hygienemanagement“, „Patientenfallkonferenz am Beispiel von Depressionen“ und „Qualitätszirkelgründung“ standen 2014 im Themenkatalog. Der zeitliche Umfang wurde auf vier Stunden gestrafft, sodass erstmalig auch am Freitagnachmittag ein Moderatorentag durchgeführt werden konnte. Die Resonanz auf das Nachmittagsangebot war sehr positiv. So wird der Freitag auch zum Moderatorentag.

## Teilnehmer und Themenwahl der Moderatorentage 2014

Freitag, 16. Mai 2014

Hygienemanagement	14 Teilnehmer
Patientensicherheit	7 Teilnehmer
Qualitätszirkelgründung	11 Teilnehmer

Samstag, 29. November 2014

Hygienemanagement	11 Teilnehmer
Multimedikation	6 Teilnehmer
Patientenfallkonferenz am Beispiel von Depression	14 Teilnehmer

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Qualitätszirkel

Ansprechpartner zum Thema Qualitätszirkel

Ina Hohlweg Tel.: 0231 9432-1035

Heike Mattinger-Schulz Tel.: 0231 9432-1034

E-Mail: [qz@kvwl.de](mailto:qz@kvwl.de)

## Geographische Verteilung der gemeldeten aktiven Qualitätszirkel in Westfalen-Lippe



## V. Qualitätssicherung

### 1. Neue oder geänderte vertragliche Regelungen

#### Förderung von nicht-ärztlichen Praxisassistenten

Der Einsatz von nicht-ärztlichen Praxisassistenten wird in Hausarztpraxen seit dem 01.01.2015 bundesweit mit bis zu 1.320 Euro im Quartal finanziell gefördert.

Nach einer erfolgten Änderung der Delegationsvereinbarung (Anlage 8 Bundesmantelvertrag Ärzte) können Hausärzte einen Praxisassistenten beschäftigen, der sie bei der Behandlung von Patienten unterstützt und z. B. Hausbesuche übernimmt. Bislang war dies nur in Regionen möglich, die von einer Unterversorgung betroffen oder bedroht waren oder für die ein lokaler Versorgungsbedarf bestand.

Die Bundesärztekammer hat für die Ausbildung der nicht-ärztlichen Praxisassistenten bereits vor einigen Jahren ein Curriculum entwickelt. In Nordrhein-Westfalen wird die Ausbildung unter der Bezeichnung „Entlastende Versorgungsassistentin (EVA)“ angeboten. Dieses Curriculum entspricht den in der Delegationsvereinbarung geforderten Schulungsinhalten. Weiter hat die Bundesärztekammer mit dem Deutschen Hausärzterverband ein „Memorandum of Understanding“ geschlossen, welches die Voraussetzungen regelt, nach denen eine „Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH)“ als nicht-ärztliche Praxisassistentin anerkannt werden kann.

#### Neue Abrechnungsmöglichkeit für Hausärzte

Es wurden drei neue Gebührenordnungspositionen (GOP) in den EBM aufgenommen: Der Zuschlag zur Strukturpauschale (03060) wird von der KVWL den betroffenen Praxen für maximal 600 Behandlungsfälle zugesetzt. Die Abrechnung der Hausbesuche, die der nicht-ärztliche Praxisassistent ausführt, erfolgt über die GOP 03062 und 03063. Alle drei GOP werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung honoriert. Die Hausbesuche des nicht-ärztlichen Praxisassistenten unterliegen keiner Mengenbegrenzung.

## Voraussetzungen für die Abrechnung

Die Abrechnung der GOP erfordert eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese wird auf Antrag erteilt, wenn die Praxis folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Beschäftigung eines nicht-ärztlichen Praxisassistenten oder eines Mitarbeiters, der mit der Ausbildung zum nicht-ärztlichen Praxisassistenten bereits begonnen hat und die Ausbildung voraussichtlich bis 30.06.2016 abschließen wird. Im Fall einer begonnenen Ausbildung wird die Genehmigung befristet erteilt.
- Der (angehende) nicht-ärztliche Praxisassistent muss über einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer(in) oder dem Krankenpflegegesetz verfügen und mindestens drei Jahre Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis gesammelt haben.
- Der (angehende) nicht-ärztliche Praxisassistent muss mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von mindestens 20 Stunden in der Praxis beschäftigt sein.

Praxisassistenten sollen vor allem in Hausarztpraxen zum Einsatz kommen, die viele Patienten betreuen und Unterstützung benötigen. Die Praxis muss daher zusätzlich eine der folgenden Bedingungen erfüllen:

- Eine Praxis mit einer vollen Zulassung muss in den letzten vier Quartalen vor Antragstellung durchschnittlich mindestens 860 Behandlungsfälle je Quartal nachweisen.  
Bei mehreren Hausärzten in einer Praxis erhöht sich die Fallzahl um 640 Behandlungsfälle je weiterem, vollzeittätigem Hausarzt.  
*oder*
- Eine Praxis mit einer vollen Zulassung muss in den letzten vier Quartalen durchschnittlich mindestens 160 Behandlungsfälle je Quartal bei Patienten, die älter als 75 Jahre sind, nachweisen.  
Bei mehreren Hausärzten in einer Praxis erhöht sich die Fallzahl um 120 Fälle je weiterem, vollzeittätigem Hausarzt.

Sofern bei einem Hausarzt kein voller Tätigkeitsumfang vorliegt, wird die Fallzahl anteilig ermittelt. Fälle aus Selektivverträgen (HzV-Vertrag nach § 73b SGB V) und/oder aus Verträgen zur knappschaftsärztlichen Versorgung werden bei der Zählung berücksichtigt.

### Große Nachfrage

Mit Bekanntwerden der Abrechnungsregelung zum 01.01.2015 erreichten die KVWL viele Anfragen von Ärzten, die sich über die Voraussetzungen für die Genehmigung informierten und oftmals auch direkt einen Antrag auf Erteilung der Genehmigung stellten. Allein bis zum 27.05.2015 erteilte die KVWL bereits 972 Hausärzten in 537 Praxen eine Genehmigung. In diesen Praxen waren zum Stichtag 561 (angehende) nicht-ärztliche Praxisassistenten tätig.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung ärztlich angeordnete Hilfeleistung

Ansprechpartner zum Thema ärztlich angeordnete Hilfeleistung:

Meike Bender      E-Mail: [meike.bender@kvwl.de](mailto:meike.bender@kvwl.de)      Tel.: 0231 9432-3375

Daniela Nagel      E-Mail: [daniela.nagel@kvwl.de](mailto:daniela.nagel@kvwl.de)      Tel.: 0231 9432-3621



## Intravitreale Medikamenteneingabe

### Aufnahme in den EBM

Der Bewertungsausschuss hat zum 01.10.2014 die Aufnahme der intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM) in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EMB) beschlossen. In diesem Zusammenhang hat er neue Gebührenordnungspositionen (GOP) geschaffen, die in das Kapitel zum ambulanten Operieren (GOP 31371 – 31373) bzw. in das belegärztliche Kapitel (GOP 36371 – 36373) aufgenommen wurden. Die postoperative Nachsorge erfolgt nach den GOP 31716 bzw. 31717. Zudem gibt es zwei neue GOP für die Beratung und Betreuung von Patienten nach erfolgter IVM (GOP 06334 und 06335), die in das augenärztliche Kapitel integriert wurde. Diese Leistung ist jedoch erst nach Abschluss einer Injektionsserie – frühestens sechs Wochen nach der letzten IVM – abrechenbar.

Die Durchführung und Abrechnung der IVM erfordert eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Voraussetzungen hierfür regelt die zum 01.10.2014 in Kraft getretene Qualitätssicherungsvereinbarung. So ist zur Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen ein Nachweis über die selbstständige Auswertung von mindestens 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund, die selbstständige Durchführung von 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie) sowie die Teilnahme an einem mindestens vierstündigen Fortbildungskurs zur IVM notwendig. Darüber hinaus muss die Leistung in einem Operationsraum gemäß der QS-Vereinbarung zum ambulanten Operieren durchgeführt werden. Apparativ-technische (Vorhalten eines Operations-Mikroskops) sowie hygienische Anforderungen (u. a. Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren) sind in der QS-Vereinbarung ebenfalls festgelegt.

Die IVM ist bei folgenden Indikationen abrechenbar:

- neovaskuläre (feuchte) altersabhängige Makuladegeneration (AMD)
- Visusbeeinträchtigung infolge eines diabetischen Makulaödems (DMÖ)
- Visusbeeinträchtigung infolge eines Makulaödems aufgrund eines retinalen Venenverschlusses (Venenastverschluss (VAV) oder Zentralvenenverschluss (ZVV))
- choroidale Neovaskularisation aufgrund einer pathologischen Myopie
- vitreomakuläre Traktion bei Erwachsenen, auch im Zusammenhang mit einem Makulaloch  $\leq 400$  Mikrometer ( $\mu\text{m}$ ) Durchmesser
- nicht infektiöse Entzündung des posterioren Augensegments (Uveitis intermedia und/oder posterior)

Ab 2015 wird eine Überprüfung der ärztlichen Dokumentation erfolgen, die sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung für die IVM richtet. Dazu wird die KVWL jährlich von mindestens zehn Prozent der Ärzte, die die IVM abrechnen, die Dokumentationen zu zehn ausgewählten Patienten anfordern.

#### Fortführung des Vertrages in WL

Obwohl die IVM zum 01.10.2014 in den EBM aufgenommen wurde, bestanden die Übergangsvereinbarungen zur Vergütung der intravitrealen Injektion zwischen der KVWL und den teilnehmenden Primärkassen zunächst bis zum 31.12.2014 unverändert fort. Zum 01.01.2015 konnte die Vereinbarung modifiziert und neu gefasst werden. So wurden die bisher bestehenden drei Übergangsvereinbarungen zu einem „Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung“ mittels intravitrealer operativer Medikamentenapplikation (IVOM) zusammengefasst.

Auch die Indikationen wurden erweitert: War bislang eine Abrechnung nur bei AMD, DMÖ und ZVV/VAV möglich, umfasst der Vertrag nun auch die Behandlung der choroidalen Neovaskularisation bei pathologischer Myopie sowie die akute posteriore Uveitis. Die nach EBM behandelbare vitreomakuläre Traktion ist dagegen nicht Bestandteil des Vertrages.

Die Möglichkeit der Erbringung und Abrechnung der Verlaufskontrolle mittels SD-OCT, die nicht Bestandteil des Kataloges der Gesetzlichen Krankenversicherung ist, bleibt nach dem Vertrag erhalten. Der Vertrag umfasst auch weiterhin die Möglichkeit der Applikation von Medikamenten im „off-label-use“. Hierfür müssen die teilnehmenden Augenärzte eine Bescheinigung ihrer Haftpflichtversicherung vorlegen, die den Einschluss der intravitrealen Applikation von ausgiezelten Wirkstoffen und der Verwendung von Avastin® (Bevacizumab) außerhalb seiner Zulassung in den Versicherungsschutz bestätigt.

Um die SNR abrechnen zu können, muss zuvor eine Genehmigung bei der KVWL beantragt werden. Auch für die Abrechnung der Verlaufskontrolle mit SD-OCT sowie die Nachbehandlung ist eine Teilnahmeerklärung erforderlich. Injizierende Augenärzte müssen zum Nachweis der fachlichen Qualifikation den Nachweis über die selbstständige Auswertung von 300 Fluoreszenzangiographien (FLA) zur Differenzialdiagnostik pathologischer Veränderungen der Makulaerkrankungen oder 600 FLA des Augenhintergrundes führen. Zusätzlich ist die selbstständige Durchführung von 200 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie) oder 200 intravitrealen Injektionen nachzuweisen. Analog zur EBM-Regelung ist auch hier die Teilnahme an einem vierstündigen Fortbildungskurs sowie die Durchführung der IVOM in einem Operationsraum gemäß der QS-Vereinbarung zum Ambulanten Operieren zu bestätigen.

Zum Erhalt der Genehmigung ist der jährliche Nachweis über den Besuch eines vierstündigen Grundkurses oder eines zweistündigen Aufbaukurses zur intravitrealen operativen Medikamentenapplikation erforderlich. Dies dient der Aktualisierung des Wissenstandes zu den aktuellen Behandlungsstrategien, Komplikationen und praktischen Umsetzungsnotwendigkeiten der Therapie.

Im Rahmen der Dokumentationsprüfung wird die KVWL ab 2015 von allen teilnehmenden Augenärzten einmal jährlich die Dokumentationen von 20 Patienten anfordern. Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation richtet sich auf den gesamten Entscheidungsgang zur Indikationsstellung bei den intravitrealen operativen Medikamentenapplikationen zur Behandlung der vertragsgegenständlichen Indikationen.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung IVM/IVOM  
Ansprechpartner zum Thema IVM/IVOM:

Jasmin Ayadi

E-Mail: [jasmin.ayadi@kvwl.de](mailto:jasmin.ayadi@kvwl.de)

Tel.: 0231 9432-1565

## Abnahmeprüfungen der Ultraschallsysteme

Zum 01.04.2009 wurde mit Inkrafttreten der Neufassung der QS-Vereinbarung eine Abnahmeprüfung für vertragsärztlich genutzte Ultraschallsysteme eingeführt. Zur Prüfung der technischen Bildqualität sind bei Untersuchungen im B-Modus-Verfahren seitdem pro Schallkopf repräsentative Ultraschallbilder zur Beurteilung bei der Kassenärztlichen Vereinigung vorzulegen. Dies gilt sowohl für neue Geräte als auch für ältere Gerätekonsolen.

Für alle Ultraschallsysteme, die bereits vor dem 01.04.2009 vertragsärztlich genutzt wurden, gilt eine 6jährige Übergangsregelung, die zum 31.03.2015 ausgelaufen ist. Bis zu diesem Zeitpunkt musste vom Gerätenutzer gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachgewiesen werden, dass das Ultraschallsystem die formalen Mindestanforderungen lt. Ultraschall-Vereinbarung erfüllt (z. B. 256 Graustufen bei vielen B-Modus-Verfahren). Darüber hinaus muss bei allen Untersuchungen im B-Modus-Verfahren die schallkopfbezogene, bildbasierte Abnahmeprüfung erfolgreich abgeschlossen werden.

Bereits 6 Monate vor dem Auslaufen der Übergangsregelung hatte die KVWL Ende September 2014 alle bis dato ultraschalldiagnostisch tätigen Ärzte angeschrieben und die erforderlichen Abnahmeprüfungen nach Vorlage der angeforderten Ultraschallbilder abgeschlossen.

Bis zum 31.12.2014 wurden von den 19.658 geprüften Schallköpfen insgesamt 14.941 erfolgreich abgenommen. Dies entspricht einer Quote von 76 Prozent.

Weitere Schallköpfe konnten nach Vorlage weiterer repräsentativer Ultraschallbilder nachträglich erfolgreich abgenommen werden. Hingegen wurde die Abnahmeprüfung bei 1.889 Geräten (2.872 Schallköpfe) wegen Nichterfüllung diverser technischer Grundparameter nicht bestanden. Diese Geräte dürfen in Westfalen-Lippe nicht mehr vertragsärztlich genutzt werden. In diesem Zusammenhang ist hervorzuheben, dass keines der 749 Geräte (1.106 Schallköpfe) mit einem Baujahr vor 1990 noch vertragsärztlich genutzt werden darf.

Viele Vertragsärzte haben sich aufgrund der Mitteilungen der KVWL zeitnah neue Ultraschallsysteme angeschafft und nutzen diese nach erfolgreich durchgeführter Abnahmeprüfung.

Durch die Umsetzung der Vorgaben der Ultraschall-Vereinbarung wurde ein Innovationsschub bezüglich der Gerätetechnik angestoßen, die in Westfalen-Lippe sowohl im hausärztlichen als auch im fachärztlichen Bereich eine qualitativ hochwertige Diagnostik ermöglicht.

<b>Anzahl der zugelassenen Ultraschall-Gerätekonsolen Stand: 31.12.2014</b>	
<b>Baujahre</b>	<b>Anzahl</b>
von 1990 - 1994	140
von 1995 - 1999	729
von 2000 - 2004:	1.319
von 2005 - 2010:	2.663
von 2011 - 2014:	2.154
<b>Gesamtzahl:</b>	<b>7.005</b>

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Ultraschalldiagnostik

Ansprechpartner zum Thema Ultraschall-Abnahmeprüfungen:

Christian Dreier

E-Mail: [christian.dreier@kvwl.de](mailto:christian.dreier@kvwl.de)

Tel.: 0231 9432-3614

## 2. Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V

Qualitätssicherungsmaßnahmen sind Bestandteil verschiedener vertraglicher Regelungen nach § 135 Abs. 2 SGB V, wie z. B. bei den Akupunkturbehandlungen, der HIV/Aids-Behandlung, der Koloskopie, der kurativen Mammographie, der MR-Angiographie, der Vakuumbiopsie und der Zytologie.

### Dokumentationsprüfung Akupunktur

Akupunktur	2010	2011	2012	2013	2014
bestanden (vollständig und nachvollziehbar)	87%	83%	87%	89%	92%
nicht bestanden (nicht vollständig bzw. nicht nachvollziehbar)	13%	17%	13%	11%	8%

Die Ergebnisse der Dokumentationsprüfung Akupunktur haben sich in dem Zeitraum von 2008 (erstmalige Prüfung) bis 2013 stark verbessert. Ärzte mit dem Prüfergebnis „nicht bestanden“ konnten im Rahmen von Wiederholungsprüfung nachweisen, dass die in der Ausgangsprüfung festgestellten Mängel abgestellt wurden. In den Jahren 2010 und 2011 mussten sich lediglich jeweils zwei Ärzte einem Kolloquium stellen, welches sie erfolgreich abgelegt haben; 2012 und 2014 jeweils nur ein Arzt.

#### **Fazit: Qualität zahlt sich aus**

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](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Akupunktur

Ansprechpartner zum Thema Akupunktur:

Nicole Schütz E-Mail: [nicole.schuetz@kvwl.de](mailto:nicole.schuetz@kvwl.de) Tel.: 0231 9432-1551

## Dokumentationsprüfung HIV/Aids

HIV/Aids	2011	2012	2013	2014
bestanden (vollständig und nachvollziehbar)	100%	100%	n/a	100%
nicht bestanden (nicht vollständig bzw. nicht nachvollziehbar)	0%	0%	n/a	n/a

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

### **Fazit: Qualität zahlt sich aus**

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. Nach Ablauf der dreijährigen Auszeit begann in 2014 die erneute Überprüfung, wiederum mit einem komplett mängelfreien Prüfergebnis.

Unabhängig von dem Prüfergebnis und der Aussetzung der Dokumentationsprüfung nach der QS-Vereinbarung besteht die grundsätzliche Pflicht zur exakten Dokumentation. Diese muss von den an der QS-Vereinbarung HIV/Aids teilnehmenden Ärzten auf Verlangen nachgewiesen werden können.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, HIV/Aids

Ansprechpartner zum Thema HIV/Aids:

Alice Frohn

E-Mail: [alice.frohn@kvwl.de](mailto:alice.frohn@kvwl.de)

Tel.: 0231 9432-3520

## Überprüfung der Frequenz einschließlich der Dokumentationen Koloskopie

### Frequenzprüfung Koloskopie

Zum 01. Juli 2012 wurde die QS-Vereinbarung dahingehend angepasst, dass bei guten Vorjahresergebnissen die Prüfung der Bild- und Befunddokumentationen nur noch alle 2 Jahre erfolgen muss. Daher ist in der ersten Tabelle zunächst das Ergebnis der weiterhin jährlich durchzuführenden Frequenzprüfung aufgeführt:

#### Ergebnisse der Frequenzprüfung 2014

<b>Nachweis von mindestens 200 totalen Koloskopien pro Jahr</b>	192
ausschließlich durch vertragsärztlich erbrachte Untersuchungen	175
durch vertragsärztlich und außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbrachte Untersuchungen	12
Nachweis nicht erfüllt	5

<b>Nachweis von mindestens 10 Polypektomien pro Jahr</b>	192
ausschließlich durch vertragsärztlich erbrachte Untersuchungen	185
durch vertragsärztlich und außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbrachte Untersuchungen	5
Nachweis nicht geführt	2

Von den 192 geprüften Ärzten haben fünf die festgelegte Mindestuntersuchungsfrequenz auch unter Einbeziehung der außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführten Untersuchungen nicht erfüllt.



## Dokumentationsprüfung Koloskopie

20 totale Koloskopien	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bestanden	97%	95%	97%	98%	100%	98,5%
Nicht bestanden	3%	5%	3%	2%	0%	1,4%

10 Polypektomien	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bestanden	100%	100%	97%	97%	96%	98,5%
Nicht bestanden	0%	0%	3%	3%	4%	1,5%

Hygieneprüfung	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Bestanden	94%	96%	94%	96%	95%	96%
Nicht bestanden	6%	4%	6%	4%	5%	4%

Weiterhin gleichbleibend gut sind auch die Ergebnisse bei der zweimal jährlich vorgeschriebenen Hygieneüberprüfung der Koloskopie-Einrichtung. Alle Einrichtungen haben im Jahr 2014 nach der durchgeführten Wiederholungsprüfung der Hygienequalität innerhalb der Nachfrist von drei Monaten bestanden.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Koloskopie

Ansprechpartner zum Thema Koloskopie Auflagen- und Hygieneprüfung:

Susanne Daubert E-Mail: [susanne.daubert@kvwl.de](mailto:susanne.daubert@kvwl.de) Tel.: 0231 9432-3755

## Dokumentationsprüfung kurative Mammographie

Mammographie	2010	2011	2012	2013	2014
sachgerechte Qualität	98%	99%	99%	99%	100%
nicht sachgerechte Qualität: Wiederholung der Prüfung innerhalb von 3/6 Monaten erforderlich	2%	1%	1%	1%	n/a

Nach der QS-Vereinbarung Mammographie findet die Dokumentationsprüfung ab dem Wirksamkeitszeitpunkt der erteilten Genehmigung alle zwei Jahre statt. Insgesamt zwei (2008) und jeweils ein Arzt (2009 - 2013) mussten sich einer Wiederholungsprüfung innerhalb von drei oder sechs Monaten stellen. Die Wiederholungsprüfungen konnten alle mit dem Ergebnis „sachgerechte Qualität“ abgeschlossen werden. In 2014 wurde erstmals eine hundertprozentige sachgerechte Qualität erreicht. Dies zeigt, dass Qualitätssicherung für eine gleichbleibend gute Versorgung wichtig ist.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Mammographie

Ansprechpartner zum Thema Auflagenprüfung Mammographie:

Manfred Milde

E-Mail: [manfred.milde@kvwl.de](mailto:manfred.milde@kvwl.de)

Tel.: 0231 9432-1570

## Dokumentationsprüfung MR-Angiographie

MR-Angiographie	2010	2011	2012	2013	2014
sachgerechte Qualität	94%	95%	98%	94%	99%
nicht sachgerechte Qualität: Wiederholung der Prüfung innerhalb von 3/6 Monaten erforderlich	6%	5%	2%	6%	1%

Die QS-Vereinbarung sieht vor, dass die KVen von 20 % der abrechnenden Ärzte die Dokumentationen zu zwölf angiographischen Untersuchungen daraufhin prüfen, ob die Indikation für die durchgeführte MR-Angiographie gerechtfertigt und begründet ist. Auch hier zeigt sich der Erfolg der Qualitätssicherung, der mit kollegialer Beratung durch die Qualitätssicherungskommission erreicht werden konnte.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, MR-Angiographie

Ansprechpartner zum Thema Auflagenprüfung MR-Angiographie:

Corinna Wittwer E-Mail: [corinna.wittwer@kvwl.de](mailto:corinna.wittwer@kvwl.de) Tel.: 0231 9432-3385

## Dokumentationsprüfung Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT) sowie Phototherapeutische Keratektomie (PTK)

Nachdem die Dokumentationsprüfung für die PDT bereits im Jahr 2011 für die Dauer von drei Jahren ausgesetzt worden war, haben die Partner des Bundesmantelvertrags diese Regelung 2014 bestätigt und ausgeweitet: Die Dokumentationsprüfung wird auf Grund der guten Prüfergebnisse in der Vergangenheit auch weiterhin bis zum 31.12.2016 nicht erfolgen. Darüber hinaus wird auch die Dokumentationsprüfung zur PTK ausgesetzt – ebenfalls bis 31.12.2016.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Photodynamische Therapie / Phototherapeutische Keratektomie

Ansprechpartner zum Thema Auflagenprüfung Photodynamische Therapie / Phototherapeutische Keratektomie:

Sabine Venjakob-Artelt E-Mail: [sabine.venjakob-artelt@kvwl.de](mailto:sabine.venjakob-artelt@kvwl.de) Tel.: 0231 9432-3344

## Dokumentationsprüfung Ultraschall

Mit Inkrafttreten der neuen Ultraschall-Vereinbarung im Jahre 2009 wurde neben der bereits seit dem Jahr 2006 bestehenden Auflagenprüfung von Sonographien der Säuglingshüfte die Prüfung der ärztlichen Dokumentation aller weiteren Anwendungsbereiche in der Ultraschalldiagnostik eingeführt. Pro Jahr werden mind. drei Prozent der Ärzte geprüft, die über eine Genehmigung nach der QS-Vereinbarung verfügen und entsprechende Leistungen über die KVWL abrechnen. Die Überprüfung richtet sich auf die Vollständigkeit und Nachvollziehbarkeit der ärztlichen Dokumentation. Dabei wird bezogen auf die Indikation und Fragestellung für die Untersuchung geprüft, ob die vorgelegten Bild- und Befunddokumentationen der Patientenuntersuchung und die festgestellte (Verdachts-)Diagnose bzw. die abgeleiteten Konsequenzen vollständig und nachvollziehbar sind.

Im Jahr 2014 hat die KVWL 210 Erstprüfungen und 22 Wiederholungsprüfungen durchgeführt. Die Ergebnisse entnehmen Sie bitte der nachfolgenden Tabelle:

<b>Erstprüfungen</b>	210
Nachweis einer sachgerechten Qualität	132
Anforderungen der Ultraschall-Vereinbarung nicht erfüllt	78

<b>Wiederholungsprüfungen</b>	22
Nachweis einer sachgerechten Qualität	12
Anforderungen der Ultraschall-Vereinbarung nicht erfüllt	10

Die Prüfungen im Jahr 2014 bezogen sich auf folgende Anwendungsbereiche:

- Abdomen und Retroperitoneum (einschl. der Nieren), B-Modus-Verfahren
- Geburtshilfliche Basisdiagnostik im Rahmen der Schwangerenbetreuung
- Weiterführende Differentialdiagnostik des Feten zum Fehlbildungsausschluss
- Bewegungsapparat (ohne Säuglingshüfte), B-Modus-Verfahren
- Duplexsonographie des feto-maternalen Gefäßsystems

Aufgrund der verhältnismäßig hohen Quote an nicht bestandenen Prüfungen (ca. 37 Prozent bei der Erst- und 45 Prozent bei der Wiederholungsprüfung) bietet die Kassenärztliche Vereinigung persönliche Beratungsgespräche an. Dabei können die Ärzte auf Grundlage der beurteilten Unterlagen mit den Ärzten der Qualitätssicherungskommission Ultraschall die Verbesserungspotentiale ausloten und die möglicherweise offenen Fragen im Rahmen einer kollegialen Beratung detailliert besprechen.

Von den insgesamt 88 Ärzten, die die Prüfung im Jahr 2014 nicht bestanden haben, nahmen 20 Ärzte (fast 23 Prozent) die Möglichkeit eines persönlichen Beratungsgesprächs wahr. Die Teilnahme an diesen Gesprächen, die i. d. R. abends in den Räumen der KVWL in Dortmund oder Münster stattfinden sind kostenfrei. Der Trend auf Grundlage der Erfahrungen des 1. Quartals 2015 zeigt, dass die Anzahl der aktiven Beratungen durch innerärztliche Kommunikation bei der KVWL steigt.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Ultraschalldiagnostik

Ansprechpartner zum Thema Dokumentationsprüfung Ultraschall:

Thomas Balhar      E-Mail: [thomas.balhar@kvwl.de](mailto:thomas.balhar@kvwl.de) Tel.: 0231 9432-1560

## Konstanzprüfung von Ultraschallsystemen erfolgreich

Die Konstanzprüfung zielt wie die Abnahmeprüfung auf die technische Bildqualität. Anhand von repräsentativen Ultraschallbildern mit bestimmten, in der Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung vorgegebenen charakteristischen Bildmerkmalen wird überprüft, ob die Leistungsfähigkeit des Ultraschallsystems hinsichtlich der technischen Bildqualität eine ausreichende diagnostische Sicherheit ermöglicht. Die Konstanzprüfung wird bei Ultraschalluntersuchungen im B-Modus-Verfahren für alle vertragsärztlich genutzten Sonden durchgeführt. Sie wird erstmals vier Jahre nach der Abnahmeprüfung und danach in einem vierjährigen Prüfrhythmus durchgeführt.

Überprüfung der technischen Bildqualität	2014
Anforderungen erfüllt	228
Anforderungen nicht erfüllt	0

Erfreulicherweise wurden die Anforderungen von allen 228 im Jahr 2014 geprüften Ultraschallsonden sofort beim ersten Mal erfüllt. Dies bezieht sich sowohl auf die Ultraschalldiagnostik der Schilddrüse sowie des Abdomens und Retroperitoneums als auch auf die geburtshilfliche und gynäkologische Ultraschalldiagnostik sowie die gesamte sonographische Gefäßdiagnostik im Duplex-Verfahren.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Ultraschalldiagnostik

Ansprechpartner zum Thema Ultraschall Konstanzprüfung:

Thomas Balhar      E-Mail: [thomas.balhar@kvwl.de](mailto:thomas.balhar@kvwl.de) Tel.: 0231 9432-1560

## Dokumentationsprüfung Vakuumbiopsie

Vakuumbiopsie	2010	2011	2012	2013	2014
vollständig und nachvollziehbar	n/a	75%	83%	82%	100%
nicht vollständig bzw. nicht nachvollziehbar	n/a	25%	17%	18%	n/a

Die QS-Vereinbarung Vakuumbiopsie ist zum 1. Oktober 2009 in Kraft getreten. 2011 erfolgte erstmalig die Dokumentationsprüfung mit dem Ergebnis einer Verbesserung der Qualität von 75 % im Jahr 2011 auf 83 % im Jahr 2012. Keine weitere Verbesserung der Qualität erfolgte in 2013. Die Gründe dafür waren eine fehlerhafte Dokumentation einerseits sowie eine teilweise mangelhafte Durchführung der Vakuumbiopsie andererseits. Durch vermehrte kollegiale Beratung konnte in 2014 eine hundertprozentige Qualität erreicht werden.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Vakuumbiopsie

Ansprechpartner zum Thema Auflagenprüfung Vakuumbiopsie:

Christa Nowak

E-Mail: [christa.nowak@kvwl.de](mailto:christa.nowak@kvwl.de)

Tel.: 0231 9432-3316

## Überprüfung der Präparatequalität einschließlich der Dokumentation Zytologie

Zytologie	2010	2011	2012	2013	2014
bestanden	99%	98%	95%	94%	97%
nicht bestanden	1%	2%	5%	6%	3%

Nach der QS-Vereinbarung Zytologie fordert die KV vom Zytologie verantwortlichen Arzt in einem 24-monatigen Abstand jeweils zwölf Präparate mit der dazugehörigen Dokumentation und Befundung an. Diese Überprüfung konnte nach dem In-Kraft-Treten der Vereinbarung zum 1. Oktober 2007 erstmalig 2010 durchgeführt werden.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Zytologie  
Ansprechpartner zum Thema Auflagenprüfung Zytologie:

Beate Pohlmann

E-Mail: [beate.pohlmann@kvwl.de](mailto:beate.pohlmann@kvwl.de)

Tel.: 0231 9432-3312

### 3. Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 136 Absatz 2 SGB V

#### Arthroskopie

Für die Arthroskopie erfolgt seit 2010 eine Stichprobenprüfung. 2014 wurden per Zufall 18 der 196 abrechnenden Ärzte für die Stichprobenprüfung nach § 136 Abs. 2 SGB V ausgewählt. Dies entspricht einer Quote von 9,2 Prozent.

Die Überprüfung der jeweils vorgelegten zwölf Dokumentationen ergab für 14 Ärzte „keine oder geringe Beanstandungen“. Für 4 Ärzte lautete das Prüfergebnis „erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen“ mit den entsprechenden Rechtsfolgen einer Nachprüfung.

Arthroskopie	2010	2011	2012	2013	2014
keine oder geringe Beanstandungen	17%	28%	65%	70%	78%
erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen	83%	72%	35%	30%	22%

Der Jahresvergleich zeigt eine stetige Verbesserung der Qualität. Das Ergebnis „keine oder geringe Beanstandungen“ konnte seit Beginn des Prüfverfahrens von 17 % auf 78 % gesteigert werden.

Die Auswertung der festgestellten Mängel zeigt, dass oftmals nicht ausreichend Bilder zur Dokumentation angefertigt wurden. Die bildliche Dokumentation muss den präoperativen Befund und das postoperative Ergebnis zeigen. Zudem müssen alle vier Kompartimente auf den Bildern zu sehen sein. Bei der schriftlichen Dokumentation enthielt der Operationsbericht nicht immer die Angabe der OP-Dauer sowie der Blutsperrzeit /Blutleere-Zeit.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung

Arthroskopie

Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung Arthroskopie:

Meike Bender

E-Mail: [meike.bender@kvwl.de](mailto:meike.bender@kvwl.de)

Tel.: 0231 9432-3375



## Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen

Die QS-Prüfung der L-EKG-Untersuchungen erfolgt seit 2009 nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V. 2014 wurden 82 zufällig ausgewählte Ärzte aufgefordert, je zwölf Dokumentationen zur Prüfung vorzulegen. 77 Ärzte haben das Ergebnis „keine oder geringe Beanstandungen“ erhalten. Lediglich fünf Ärzte mussten sich aufgrund erheblicher oder schwerwiegender Beanstandungen einer erneuten Prüfung stellen.

L-EKG	2010	2011	2012	2013	2014
keine oder geringe Beanstandungen	90%	77%	82%	89%	94%
erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen	10%	23%	18%	11%	6%

Der Jahresvergleich zeigt nach einem kleinen Einbruch im Jahr 2011 (77 %) wieder eine deutlich steigende Qualität (94 % im Jahr 2014). Ursächlich für den Einbruch war die steigende Zahl der abrechnenden Ärzte (von 1.113 im Jahr 2009 auf 1.312 im Jahr 2012). Aktuell sinkt die Zahl der abrechnenden Ärzte wieder: im Jahr 2014 waren 1.266 Ärzte zu verzeichnen, die langzeitelektrokardiographische Leistungen abrechnen. Die Qualitätssicherungskommission gab vermehrt Hinweise zur Optimierung der Elektrodenlage beim Anlegen von Langzeit-EKG. Das hierzu entwickelte Informationsblatt ist auf der Internetseite der KVWL zu finden.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung

Langzeit-elektrokardiographische Untersuchungen

Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung L-EKG:

Sabine Venjakob-Artelt

E-Mail: [sabine.venjakob-artelt@kvwl.de](mailto:sabine.venjakob-artelt@kvwl.de)

Tel.: 0231 9432-3344

## Radiologie/KST/CT

Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen bundesweit verpflichtend Stichprobenprüfungen zur Förderung der Qualität u. a. in der radiologischen Diagnostik und der Kernspintomographie durch. Für den Bereich der CT hatte 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 Stichprobenprüfungen werden zum 01.01.2015 wieder aufgenommen, da die Möglichkeit der Aussetzung auf Bundesebene nicht mehr besteht.

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 zugrunde liegende 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 bei der Indikationsstellung werden insbesondere bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Überprüfung besonders berücksichtigt.

Im Jahr 2014 wurden in der radiologischen Diagnostik 234 Leistungserbringer geprüft. 162 Ärzte wurden ohne Beanstandungen, 54 Ärzte mit geringen Beanstandungen, 11 Ärzte mit erheblichen Beanstandungen und 7 Ärzte mit schwerwiegenden Beanstandungen geprüft. Hier zeigte sich eine deutliche Verbesserung bei den Ergebnissen ohne bzw. schwerwiegender Beanstandung. Die Anzahl der schwerwiegenden Beanstandungen reduzierte sich um die Hälfte.

Diese Verbesserung wurde auch durch vermehrte kollegiale Beratungen – auch vor Ort in den Praxen – erreicht. Auch technische Besonderheiten konnten so direkt geprüft und erörtert werden. In einigen Fällen wurde das Personal mit einbezogen, so dass auch an dieser Schnittstelle eine Optimierung der Einstelltechnik und des Strahlenschutzes erfolgen konnte. Eine besondere – allerdings kostenpflichtige – Schulung kann auf Wunsch des Arztes auch durch eine Lehr-MTRA durchgeführt werden.

Die Ärzte mit Beanstandungen werden aufgefordert, bzw. verpflichtet, die Mängel zu beseitigen. Nach einem angemessenen Zeitraum wird die Beseitigung der Beanstandungen bei diesen Leistungserbringern überprüft.

Im Berichtszeitraum hat die Qualitätssicherungskommission vier Kolloquien durchgeführt. In einem solchen kollegialen Fachgespräch überzeugt sie sich davon, dass der Arzt über ausreichende Kenntnisse zur Herstellung einwandfreier Röntgenaufnahmen unter Berücksichtigung des Strahlenschutzes verfügt und diese Aufnahmen auch adäquat befunden kann.

#### Konventionelle radiologische Diagnostik

<b>Radiologische Diagnostik</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
keine oder geringe Beanstandungen	91%	92%	94%	88%	93%
erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen	9%	8%	6%	12%	7%

Durch die beschriebenen qualitätssichernden Maßnahmen stieg die Qualität von 90 % im Jahr 2008 auf 93 % im Jahr 2014 stetig. Lediglich in 2009 und 2013 sank die Qualität erneut auf 88 %. Die Qualitätssicherungskommission musste seit 2008 hauptsächlich Fehler bei der Einstellung des Röntgengeräts und beim Strahlenschutz beanstanden.

Im Bereich der Qualitätssicherung von Kernspintomographien ergab die Prüfung von 34 Ärzten bei 29 Prüfungen keine Beanstandung und bei vier Prüfungen geringe und bei einer Prüfung erhebliche Beanstandungen.

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

## Kernspintomographie

Kernspintomographie	2010	2011	2012	2013	2014
keine oder geringe Beanstandungen	72%	78%	93%	100%	97%
erhebliche oder schwerwiegende Beanstandungen	28%	22%	7%	0%	3%

Im Bereich Kernspintomographie der Qualitätssicherung konnte in 2014 keine hundertprozentige Qualität in der Kategorie „keine oder geringe Beanstandungen“ erreicht werden. Jedoch gab es nur eine Überprüfung mit erheblichen Beanstandungen.

### 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
- fehlende Dokumentation der Nebenbefunde, die ebenfalls zu einem abschließenden Röntgenbefund gehören

Sofern sich aufgrund mangelnder Kooperation der Patienten (z. B. starke Schmerzen oder körperliche Einschränkungen etc.) eine den Kriterien entsprechende Aufnahme nicht erstellen lässt, sollten solche Besonderheiten mitdokumentiert werden.

bildliche Dokumentation Röntgen:

- fehlende Einblendung (Strahlenschutz)
- fehlender Gonadenschutz (Strahlenschutz)
- unvollständige Praxis- und/oder Patientenidentifikation (Scribor)
- Bildverarbeitungsfehler (z. B. nicht ausfixiert)
- überexponiert/unterexponiert
- unvollständige Darstellung von Organen (z. B. abgeschnittene Nierenpole)

bildliche Dokumentation MRT:

- Messparameter nicht eingehalten (z. B. Schichtdicke, Matrix)
- Bildrauschen, dadurch Detailerkennbarkeit eingeschränkt

Fazit: Qualität zahlt sich aus

Der Vorstand hat beschlossen, diejenigen Ärzte für mindestens drei Jahre von der Prüfung freizustellen, deren Ergebnis mit Kategorie 1 „keine Beanstandungen“ bewertet wurde. Diese Freistellung gilt für Prüfungen in der konventionellen radiologischen Diagnostik, Kernspintomographie, L-EKG und Arthroskopie. Die grundsätzliche Pflicht zur exakten Dokumentation besteht nach wie vor und muss von den betreffenden Ärzten auf Verlangen nachgewiesen werden können.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Radiologie/Kernspintomographie

Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung Radiologie/Kernspintomographie:

Corinna Wittwer	E-Mail: <a href="mailto:corinna.wittwer@kvwl.de">corinna.wittwer@kvwl.de</a>	Tel.: 0231 9432-3385
Grazyna Zurek	E-Mail: <a href="mailto:grazyna.zurek@kvwl.de">grazyna.zurek@kvwl.de</a>	Tel.: 0231 9432-3307

## QS-Richtlinie Dialyse aktualisiert

Zum 1. Januar 2014 trat die aktualisierte Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL) in Kraft. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in der QSD-RL folgende Neuerungen beschlossen:

### **Grundstruktur der Richtlinie bleibt bestehen**

Die Grundstruktur der Richtlinie und das etablierte Berichtswesen wurden nicht verändert. Die bewährte Trennung in die Bereiche „Auffälligkeiten“ und „Benchmark“ bleibt erhalten.

Durch eine Änderung des SGB V ist es jetzt möglich, zum Zweck der Qualitätssicherung Daten zu erheben, die längsschnittliche – also am Behandlungsverlauf der Patienten orientierten – Betrachtungen erlauben. Durch die Längsschnitt-Erhebungen können zukünftig auch Datenauswertungen vorgenommen werden, die genauere Aussagen über Zusammenhänge von einzelnen Krankheits- und Einflussfaktoren und ihre Bedeutung für die Behandlung der Dialyse-Patienten ermöglichen.

Zur Umsetzungen der längsschnittlichen Datengrundlage erfolgten kleine Anpassungen der Stammdaten. Darüber hinaus wurden die bislang verwendeten Dokumentations- und Auffälligkeitsparameter geprüft und an die aktuelle Evidenzlage angepasst.

## **Änderungen Dokumentationsparameter für das Benchmarking**

- Die Zugangsart ist zu dokumentieren ((nicht-) getunnelte Katheter, Prothesenshunt/native Fistel). Sie stellt in Zukunft auch ein neues Auffälligkeitskriterium dar.
- Beginn und Ende der „Wesentlichen Ereignisse“ können mehrfach pro Quartal dokumentiert werden. Damit erhält der Auffälligkeitsparameter Dialysefrequenz eine höhere Genauigkeit.
- Die Dokumentation für das Benchmarking beinhaltet jetzt alle klinischen und laborchemischen Parameter:
  - Für die Hämodialyse (HD) und Peritonealdialyse (PD) sind der Hb-Wert und für HD die Daten zur Berechnung von Kt/V von den Auffälligkeitsparametern übernommen worden.
  - Aufgenommen wurden:
    - Parathormon (Dokumentation im 2. und 4. Quartal)
    - CRP
    - die erweiterte Liste der Komorbiditäten
    - für Kinder die Angabe zur Körpergröße unterhalb der 3. Perzentile
    - Angaben zu zugangsassoziierten Infektionen bei HD-Patienten
    - Angabe, ob eine infektiösen Peritonitis bei PD-Patienten auftritt.
- Weggefallen für das Benchmarking: Die Dokumentation zum Blutdruck, zum HbA1c-Wert bei Diabetes-Patienten und die Information, ob bei Kindern Wachstumshormone verordnet wurden.

## **Änderungen beim Datentransfer**

Die KV erhält sowohl die QS- als auch die Benchmarkdaten und leitet diese an die Vertrauensstelle weiter.

## **Einrichtung einer Vertrauensstelle**

Die Patientendaten müssen so verschlüsselt werden, dass eine Identifizierung von Patienten ausgeschlossen werden kann. Gleichzeitig sollen die QS-Daten zu einem Patienten für Längsschnitt-Erhebungen zusammengeführt werden können. Hier erfolgt eine sogenannte Pseudonymisierung der patientenidentifizierenden Daten. Damit ist gewährleistet, dass die Patientenidentität nicht aufgedeckt werden kann, die Datensätze eines Patienten jedoch trotzdem immer demselben Pseudonym zugeordnet werden. Die Pseudonymisierung übernahm eine vom G-BA beauftragte und für diese Funktion neu eingerichtete Vertrauensstelle.

## **Änderungen der Auffälligkeitsparameter**

Die Stichprobenauswahl erfolgt wie bisher anlassbezogen durch die QS-Kommissionen, wenn die für die jeweiligen Auffälligkeitsparameter vorgegebenen Grenzwerte überschritten werden. Für die Beurteilung der Dialyse gelten für die einrichtungsbezogen dokumentierten Ergebnisse nun folgende Werte:

### **Bei HD-Patienten, wenn**

- bei mehr als 15 Prozent aller im Quartal behandelten ständig dialysepflichtigen Patienten die effektive Dialysedauer kürzer als 12 Stunden pro Woche ist.
- bei mehr als 15 Prozent aller im Quartal behandelten Patienten die Anzahl der Dialysen weniger als 3 pro Woche beträgt.
- der Anteil aller im Quartal behandelten Patienten, bei denen die Dialyse ausschließlich über einen Katheterzugang durchgeführt wurde, erhöht ist. Ein konkreter Grenzwert wurde hierzu noch nicht festgelegt.

### **Bei PD-Patienten, wenn**

- bei mehr als 15 Prozent aller im Quartal behandelten Patienten der wKt/V-Wert (Wochendosis) kleiner als 1,7 ist.

#### **Fazit:**

Nach anfänglichen Startschwierigkeiten funktioniert die Datenübermittlung durch die Dialyse-Einrichtungen und der Datentransfer im Rahmen der benannten Schnittstellen reibungslos. Die ersten Feedbackberichte wurden durch die QS-Kommission beurteilt. Tendenzen hinsichtlich der erreichten Qualität zeichnen sich aber erst nach Ablauf eines Berichtsjahres ab, d. h. im Laufe des Jahres 2015.

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Dialyse  
Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung:

Dieter Korte

E-Mail: [dieter.korte@kvwl.de](mailto:dieter.korte@kvwl.de)

Tel.: 0231 9432-1550



## Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger

Die KVen führen bundesweit verpflichtend Stichprobenprüfungen zur Förderung der Qualität u. a. in der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger durch.

Per Zufallsgenerator ermittelt die KV nach einem statistisch gesicherten Verfahren jedes Quartal zwei Prozent der Patienten, bei denen im entsprechenden Prüfquartal Substitutionsbehandlungen durchgeführt und abgerechnet wurden. Diese Patienten werden dann den Ärzten zugeordnet, die gebeten werden, die entsprechenden Dokumentationen mit den erforderlichen Anlagen einzureichen.

Die Dokumentationen werden auf Schlüssigkeit der Indikation, des Therapiekonzeptes und des weiteren Verlaufes überprüft. Die Prüfkriterien ergeben sich aus den Richtlinien der Bundesärztekammer. Mit dieser Dokumentation müssen einerseits die Einverständniserklärung der Patienten zur Datenübermittlung an die KV und andererseits die Bescheinigung der Stelle vorgelegt werden, die die Psychosoziale Betreuung (PSB) durchgeführt hat.

Die Qualitätssicherungskommission Substitutionsbehandlungen Opiatabhängiger hat im Jahr 2014 im Rahmen der Stichprobenprüfung 853 Dokumentationen geprüft. Mängelfrei waren 797 Dokumentationen, in 22 Fällen wurden leichte Mängel und in 34 Fällen gravierende Mängel festgestellt.

Die Ergebnisse der letzten Jahre stellen sich wie folgt dar:

<b>Substitution</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
keine oder leichte Mängel	96%	96%	94%	94%	96%
gravierende Beanstandungen	4%	4%	6%	6%	4%

Im Jahr 2014 hat die Qualitätssicherungskommission den Ärzten, deren Dokumentationen mit gravierenden Mängeln bewertet wurden, eine kollegiale Beratung angeboten. Die Beratung wurde in einigen Fällen gern angenommen. In einem persönlichen Gespräch wurden beispielsweise Hinweise zum Umgang mit Beikonsum, Motivation der Patienten zur psychosozialen Begleitung, der Einstellungsphase und nicht zuletzt zur adäquaten Dokumentation etc. gegeben.

Auch hier zeigt sich, dass die Qualität insbesondere im Rahmen einer kollegialen Beratung durch die Kommission verbessert werden kann.

Der Geschäftsbereich Versorgungsqualität hat auch Beratungen vor Ort zur Verbesserung der Qualität im organisatorisch/administrativen Bereich durchgeführt. In die Beratungen wird auch das Personal mit einbezogen, sodass auch an dieser Schnittstelle eine Optimierung zur Unterstützung des substituierenden Arztes durch die MFA erfolgen kann. Dieses Angebot kann dazu beitragen, den substituierenden Arzt von administrativen Aufgaben zu entlasten.

Mitarbeiter der Geschäftsbereiche Versorgungsqualität und Zulassung/Sicherstellung besuchen regelmäßig QZ der substituierenden Ärzte. Dieser persönliche Kontakt verbessert das gegenseitige Verständnis und fördert die Kommunikation zwischen den Beteiligten. Dies zeigt sich auch daran, dass die QZ-Teilnehmer beispielsweise Verbesserungspotenziale bei der Gestaltung der Formulare benennen.

Trotz vielfacher Bemühungen sind zu wenige Ärzte bereit, opiatabhängige Patienten zu substituieren. Viele Ärzte scheuen den bürokratischen Aufwand. Auch die schwierige rechtliche Situation der Substitutionsbehandlung hält viele Ärzte davon ab, diesen Patienten eine adäquate Behandlung anzubieten.

Die Sicherstellungsproblematik zeigt sich vor allem ländlichen Bereich. Hinzu kommt, dass die Zahl der aktiv substituierenden Ärzte kontinuierlich abnimmt. Der Initiativkreis Substitutionstherapie wirbt daher in einer groß angelegten Kampagne für die Verbesserung der Versorgungssituation in der Substitutionstherapie.

[www.bitte-substituieren-sie.de](http://www.bitte-substituieren-sie.de)

Bei Anregungen und Fragen zur Sicherstellung wenden Sie sich bitte gern an

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Substitutionsbehandlung

Ansprechpartner zum Thema Sicherstellung/Genehmigungen:

Claus Richter

E-Mail: [claus.richter@kvwl.de](mailto:claus.richter@kvwl.de)

Tel.: 0231 9432-3973

Bei Anregungen und Fragen zur Qualitätssicherung wenden Sie sich bitte gern an

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Mitglieder, Qualität, Genehmigung, Substitutionsbehandlung

Ansprechpartner zum Thema Qualitätssicherung:

Angela Piekoschowski

E-Mail: [angela.piekoschowski@kvwl.de](mailto:angela.piekoschowski@kvwl.de)

Tel.: 0231 9432-3398

## VI. Zentrale Stelle Mammographie-Screening

### Mammographie-Screening-Programm in Westfalen-Lippe

Zum neunten Mal wertet die Zentrale Stelle Mammographie-Screening ihre Arbeitsaufträge aus. Die wichtigste Kennzahl ist die Teilnahmequote der anspruchsberechtigten Frauen. Diese errechnet sich aus der Zahl der Frauen, die zur Früherkennung eingeladen wurden und der Zahl derer, die der Einladung gefolgt sind.

Seit Januar 2014 gibt es in Westfalen-Lippe 1.092.210 Frauen (22.739 Frauen mehr als 2013) in der Altersgruppe von 50 bis 69 Jahren. Die Zentrale Stelle Mammographie-Screening lädt diese Frauen turnusmäßig im Abstand von zwei Jahren ein.

Die Statistik zeigt die unterschiedlichen Formen der Terminverarbeitungen und macht deutlich, dass auch weiterhin mit einer Zunahme der Terminverschiebungen im Vergleich zu den Vorjahren zu rechnen ist.

	Termin verschieben	Termin absagen	Termin zusagen	Selbst-einladung	Ad hoc (in Praxis ohne Termin)	Umsetzen eines Termins bedingt durch Öffnungszeiten-änderung	Teilnahme verweigern	Zyklus-korrektur wegen kurative Mammographie oder Meldedaten-änderung
<b>2006</b>	20.060	14.031	696	28.037	777	Noch nicht möglich	481	Noch nicht möglich
<b>2007</b>	54.918	40.495	607	40.680	640	361 ab Nov.	2.375	4.881 ab Juli
<b>2008</b>	94.935	43.250	2.425	32.850	861	4.613	2.981	8.256
<b>2009</b>	122.331	41.911	2.880	20.515	986	4.868	4.708	13.254
<b>2010</b>	149.880	41.308	3.706	13.717	805	5.030	7.196	5.102
<b>2011</b>	150.894	40.611	4.064	10.588	1.097	11.317	7.237	3.807
<b>2012</b>	157.641	41.195	3.535	9.456	1.256	10.907	2.194	3.883
<b>2013</b>	158.141	38.715	3.534	11.824	1.509	6.983	2.756	3.663
<b>2014</b>	168.068	46.865	3.052	11.313	1.037	9.227	3.537	3.887

<b>Gründe für eine Weigerung zur Teilnahme am Mammographie-Screening</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Frauen wollen nicht	1.744	2.335	2.827
Frauen sind brustamputiert	48	47	53
Frauen sind an Brustkrebs erkrankt	177	167	245
Frauen tragen Implantate	12	6	11
Frauen sind privat versichert	48	41	61
Frauen wollen eine Überweisung	81	93	239
Frauen wollen ihrem Gynäkologen nicht „untreu“ werden	17	11	12
Pflegebedürftigkeit, keine Teilnahme möglich	67	56	89
<b>Summe:</b>	<b>2.194</b>	<b>2.756</b>	<b>3.537</b>

Diese Tabelle zeigt Gründe, die gegen die Teilnahme am Mammographie-Screening vorgebracht werden. Eine Sonderstellung nimmt die Gruppe brustamputierter und pflegebedürftiger Frauen ein. Eine Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm ist ihnen meist nicht möglich.

Entscheidet sich eine Frau gegen das Mammographie-Screening-Programm und wünscht keine weiteren Einladungen, muss sie dies schriftlich der Zentralen Stelle Mammographie-Screening melden. Anschließend erhält sie eine schriftliche Mitteilung über die Löschung ihrer Daten und ein Wiederaufnahmeformular, mit dem sie sich wieder anmelden kann.

96 Frauen (89 Frauen 2013) haben sich nach einer vorherigen Verweigerung bereits wieder im Mammographie-Screening-Programm aufnehmen lassen.

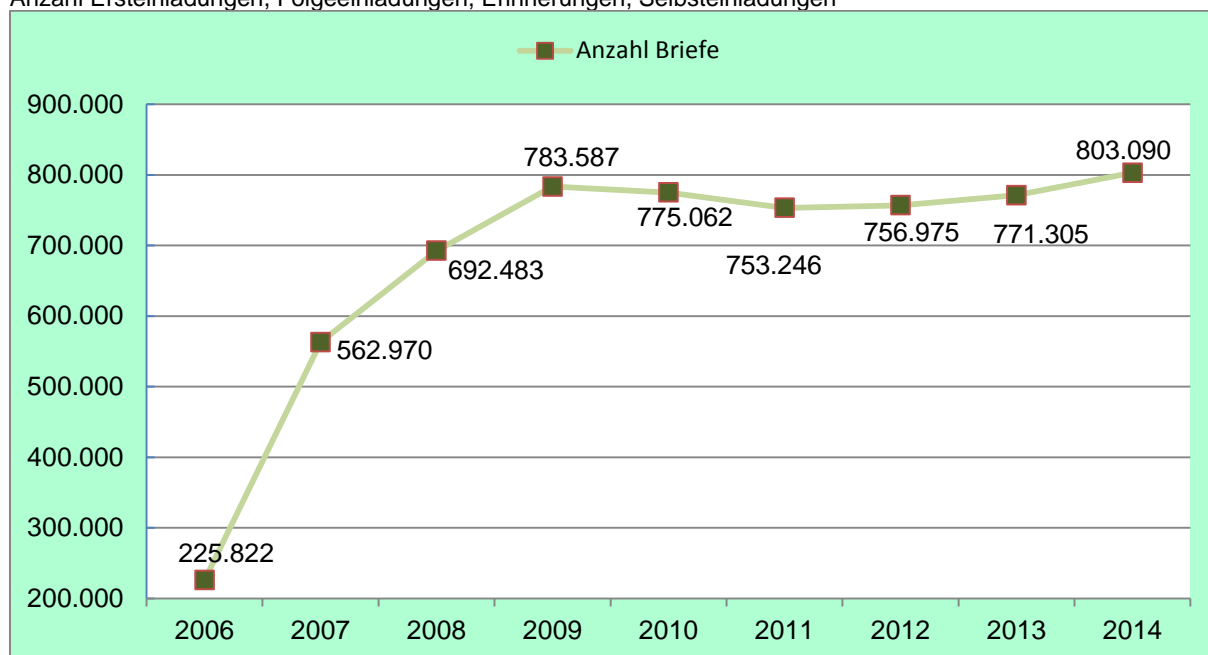
**Postrückläufer:**

Postrückläufer sind Briefe, die nicht zugestellt werden konnten. Kommt ein Brief zur Zentralen Stelle Mammographie-Screening zurück, werden die Daten der adressierten Frau gelöscht.

Jahr	Anzahl Einladungsbriefe	davon Postrückläufer	Postrückläufer in Prozent
ab Oktober 2005	7.215	nicht ermittelt	keine Angabe
2006	235.822	1.222	0,55
2007	562.970	5.870	1,04
2008	692.483	3.858	0,55
2009	783.587	4.515	0,57
2010	775.062	4.254	0,55
2011	753.246	4.233	0,56
2012	756.975	5.204	0,69
2013	771.305	5.478	0,71
2014	803.090	5.395	0,67

Wünscht eine Frau auf Grund einer Terminverschiebung eine erneute Einladung, so ist dies in Ausnahmefällen möglich. Üblich ist es, lediglich den neuen Termin in die vorhandene Einladung einzutragen.

Anzahl Ersteinladungen, Folgeeinladungen, Erinnerungen, Selbsteinladungen



Mit Erreichen des Mindestalters von 50 Jahren erhält eine Frau ihre **erste** Einladung. Die Anzahl dieser Einladungen ist seit 2007 rückläufig. Die Anzahl der Folgeeinladungsbriefe (bereits ab der zweiten Runde) liegt bei ca. 486.000 Briefen. Die Selbstanmeldung (Frau ruft bei der Zentralen Stelle an und wartet nicht auf die turnusmäßige Einladung) verringert sich, da eine turnusmäßige Einladung nach mindestens 22 Monaten automatisch erfolgt. Erinnerungsschreiben erhalten nur die Frauen, die vor ca. vier bis sechs Wochen ihren Termin nicht wahrgenommen haben und jetzt durch einen weiteren Terminvorschlag die Möglichkeit zur Teilnahme am Früherkennungsprogramm bekommen.

Jahr	Anzahl Ersteinladungsbriefe	Anzahl Folgeeinladungsbriefe	Anzahl Erinnerungsbriefe	Anzahl Selbsteinladungen
2007	351.102	3.262	164.493	39.421
2008	344.005	103.823	203.337	32.011
2009	212.841	186.346	206.093	20.837
2010	124.519	228.356	214.392	14.859
2011	81.341	456.208	200.900	12.220
2012	83.042	445.186	215.815	10.309
2013	78.684	464.993	206.822	13.551
2014	80.607	485.381	218.860	12.796

Im Oktober 2005 nahmen die ersten Frauen an der Früherkennung teil. Die Teilnahmequoten in Westfalen-Lippe liegen seit 2006 zwischen 52 % und 59 %.

Jahr	Eingeladene Frauen*	davon erschienene Frauen	nicht erschienene Frauen	Teilnahmequote
Ab Okt. 2005	2.811	2.065	746	74%
2006	143.935	81.754	62.181	57%
2007	351.560	193.415	158.145	55%
2008	490.500	253.814	236.686	52%
2009	529.660	283.064	246.596	53%
2010	521.833	284.422	237.411	55%
2011	545.810	310.292	235.518	57%
2012	549.670	316.332	233.338	58%
2013	543.064	317.890	225.174	59%
2014	536.136	303.142	232.944	57%

Zu den weiteren Aufgaben der Zentralen Stelle Mammographie-Screening gehört das Umsetzen eines Termins bedingt durch Öffnungszeitenänderung. Ändert eine Mammographie-Einheit ihre Öffnungszeiten, müssen die bereits eingeladenen Frauen über die Änderung informiert werden. „Umsetzen eines Termins bedingt durch Öffnungszeitenänderung“ erledigte die Zentrale Stelle Mammographie in 9.309 Fällen. Im Jahr 2014 waren es 6.125 Terminänderungen. Die Benachrichtigung per Telefon erfolgte bei 2.191 Frauen (2013 waren es 1.785 Anrufe). Der persönliche Kontakt am Telefon stellt auf jeden Fall sicher, dass die Frau von der Änderung erfährt und sofort einen neuen Termin nach ihren Wünschen vereinbaren kann. Frauen, deren Telefonnummer nicht zu ermitteln ist, werden per Brief informiert. Insgesamt wurden 7.118 Briefe 2014 mit dem Hinweis der Öffnungszeitenänderung verschickt. 2013 waren es erheblich weniger, nur 4.340 Briefe mit einem neuen Terminvorschlag.

Weitere Aufgaben, die zusätzlich in der Zentralen Stelle Mammographie-Screening anfallen:

Aufgabe	Arbeitsaufwand in Minuten	Anzahl 2013	Gesamt Stunden 2013	Anzahl 2014	Gesamt Stunden 2014
E-Mail-Bearbeitung	7	17.360	<b>2.025</b>	19.389	<b>2.262</b>
Sonstige Gespräche	3	17.078	<b>854</b>	16.003	<b>800</b>
FAX-Bearbeitung	5	3.288	<b>274</b>	3.298	<b>275</b>
Briefe	5	1.583	<b>132</b>	1.575	<b>131</b>
Postkarten	5	118	<b>10</b>	100	<b>8</b>
Schriftliche Benachrichtigung Öffnungszeitenänderung	5	4.340	<b>362</b>	7.118	<b>593</b>
Telefonische Benachrichtigung: Öffnungszeitenänderung	3	1.785	<b>90</b>	2.191	<b>110</b>
Telefonische Benachrichtigung: plötzlicher Geräteausfall/Technikereinsatz	3	3.232	<b>162</b>	1.695	<b>85</b>
Bestätigungsschreiben Löschung der Daten (Verzichtserklärung)	9	2.756	<b>413</b>	3.537	<b>531</b>
<b>Gesamt Stunden:</b>			<b>4.322</b>		<b>4.795</b>

Internetwegweiser: [www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) unter den Rubriken Bürger, Vorsorge, Mammographie-Screening <http://www.kvwl.de/patient/vorsorge/mammo/index.htm>

Ansprechpartner zum Thema Zentrale Stelle Mammographie-Screening in Münster:

Petra Hibbeler E-Mail: [petra.hibbeler@kvwl.de](mailto:petra.hibbeler@kvwl.de) Tel.: 0251 929-5000

Sie erreichen das Postfach der Zentralen Stelle Mammographie-Screening unter:

E-Mail: [zentrale-stelle@mswl](mailto:zentrale-stelle@mswl)



## VII. Datenteil

### Genehmigungsverfahren und Kommissionen

Die nachfolgenden Tabellen spiegeln zum einen die Vielzahl der Genehmigungsbe-  
reiche und zum anderen die Anzahl der in den Jahren 2010 bis 2014 erteilten Ge-  
nehmigungen wider. Darüber hinaus stellt Tabelle 3 das Verhältnis der gestellten An-  
träge zu den erteilten Genehmigungen dar. Bezugszeitraum ist jeweils das gesamte  
Kalenderjahr (1. Januar bis 31. Dezember).

Regelungen	2010	2011	2012	2013	2014
	Bundesebene:				
Ambulantes Operie- ren/Anästhesien	325	333	526	446	473
Akupunktur	43	53	66	47	50
Apharesen	6	4	7	5	40
Arthroskopie	35	31	51	42	46
Balneophototherapie	96*	23	24	19	35
Dialyse	7	4	4	4	11
Harnsteinstoßwellen-Lithotripsie	9	4	14	15	89
Dünndarm-Kapselendoskopie	---	---	---	---	41*
Hautkrebscreening	187	173	199	235	246
Herzschrittmacher- Untersuchungen	19	29	20	32	26
Histopathologie	64	5	2	7	2
HIV/Aids	1	0	0	0	4
Hörgeräteversorgung Erwach- sene	---	---	461*	15	15
Hörgeräteversorgung Kinder	---	---	24*	8	10
Invasive Kardiologie	5	17	0	3	8
Intravitreale Medikamentenein- gabe	---	---	---	---	141*
Interventionelle Radiologie	6	4	1	1	4
Kernspintomographie	44	48	76	66	238
Koloskopie	31	33	22	46	37
Langzeit-EKG-Untersuchungen	275	260	238	468	399
Mammographie	17	30	40	29	97
Molekulargenetik	---	---	56*	7	13

Regelungen	2010	2011	2012	2013	2014
	<b>Bundesebene:</b>				
MR-Angiographie	25	38	68	35	178
Neurophysiologische Therapie	---	---	---	10*	3
Onkologie	25	351	30	47	43
Otoakustische Emissionen	15	6	21	23	31
Phototherapeutische Keratektomie (PTK)	3	2	6	0	1
Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)	4	2	4	0	0
Psychotherapie	685	691	558	637	711
Schlafbezogene Atmungsstörungen Polygraphie/Polysomnographie	30	31	23	51	47
Schmerztherapie	5	10	9	6	14
Sozialpsychiatrie	3	4	69	4	2
Soziotherapie	2	2	6	2	1
Spezielle Laboruntersuchungen	219	201	235	287	112
Strahlendiagnostik und -therapie	412	419	559	445	1.027
Substitution (Methadon)	8	18	13	7	13
Ultraschalldiagnostik	1.761	3.102	3.432	4.103	2.786
Vakuumbiopsie	6	8	8	3	12
Verordnung medizinischer Rehabilitation	340	194	201	309	352
Zytologie	8	11	6	7	10
<b>Landesebene:</b>					
Alkoholkonsum-Reduzierung	---	---	---	---	15
Ärztetz Siegen (diverse Verträge)	---	---	---	71*	78
Strukturvertrag „Kataraktoperationen“	1	3	6	176*	14
Diabetisches Fußsyndrom (verschiedene Krankenkassen)	---	---	606*	955	242
Diabetologische Schwerpunktpraxen	14	18	15	54	35
DMP Asthma/COPD	297	335	334	274	291
DMP Brustkrebs	41	33	48	47	54
DMP Diabetes mellitus Typ 1	72	73	56	67	79
DMP Diabetes mellitus Typ 2	238	240	276	319	352
DMP Koronare Herzkrankheit	213	213	219	237	482
EVA-NP	---	---	---	---	7*
Hausarztzentrierte Versorgung (Knappschaft)	265	212	46	61	88

Regelungen	2010	2011	2012	2013	2014
	Landesebene:				
Homöopathie	22	56*	60	16	17
Intravitreale Injektion Altersbedingte Makuladegeneration Diabetische Makulopathie Retinaler Venenastverschluss	39	187	78	431*	147
Palliativmedizin	896	747	662	475	667
Pflegeheimbewohner- Versorgung	---	---	---	---	164*
Prävention U10/U11 (verschiedene Krankenkassen)	2.025*	222	841	172	217
Prävention J2	93	133	936	963	573
Tonsillotomie	23	120	199	128	14
<b>Gesamt:</b>	<b>8.960</b>	<b>8.733</b>	<b>11.461</b>	<b>11917</b>	<b>10.904</b>

\*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.

Abrechnungserlaubnisse	2011		2012		2013		2014	
	Anträge	Genehmigungen	Anträge	Genehmigungen	Anträge	Genehmigungen	Anträge	Genehmigungen
Chirotherapie	52	48	79	67	75	63	80	69
Diabetischer Fuß	83	51	61	54	63	63	70	62
Delegationsvereinbarung	0	0	0	0	0	0	24	0
Humangenetik Kapitel 11.3	9	8	6	6	3	3	6	6
Funktionsstörung der Hand	19	19	37	37	47	47	43	23
Entwicklungsneurologische Untersuchung	0	0	1	1	0	0	1	1
Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern	0	0	0	0	0	0	0	0
Impfungen außerhalb des Fachgebietes	83	69	95	95	83	52	78	78
Intravitreale Injektion (IVI) BDOC	15	15	101	101	102	102	24	24
MRSA	---	---	3.149*	3.149*	160	160	169	168
Krebsfrüherkennung bei der Frau	1	1	0	0	0	0	0	0
Empfängnisregelung	1	1	0	0	0	0	1	1
Leistungen nach 30.3/30.4	2	2	0	0	0	0	0	0
<b>Gesamt:</b>	<b>265</b>	<b>214</b>	<b>3.529</b>	<b>3.510</b>	<b>533</b>	<b>490</b>	<b>496</b>	<b>432</b>

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

## Antragsvolumen

### Verhältnis der Anträge zu den erteilten Genehmigungen

	2010	2011	2012	2013	2014
Anträge	10.182	10.010	15.666	12.838	11.725
Genehmigungen	9.220	8.947	14.971	12.407	11.336
Prozentualer Anteil der nicht genehmigten Anträge im Verhältnis zu den Genehmigungen	11%	11%	4%	3%	3%

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. 2014 waren insgesamt 154 Ärzte in 17 Qualitätssicherungskommissionen eingesetzt. Sie tagten insgesamt 221 Mal und führten 377 Kolloquien durch. 333 Mal bestätigten sie die erfolgreiche Teilnahme. Lediglich 44 Kandidaten mussten sich dem Kolloquium erneut stellen.

### Zahl der Sitzungen der Qualitätssicherungskommissionen im Jahresvergleich

Gebiet	2010	2011	2012	2013	2014
Akupunktur	4	4	3	3	4
Kernspintomographie	s. Radiologie				
Koloskopie	4	6	4	3	4
Labor	4	5	5	5	5
Radiologie	28	26	21	24	24
Ultraschall	43	64	60	57	71
Schmerztherapie	3	4	4	2	3

Zahl der Kolloquien im Jahresvergleich

Gebiet	2010	2011	2012	2013	2014
Kernspintomographie	2	2	4	4	4
Koloskopie	1	0	0	1	0
Labor	24	40	38	36	32
Radiologie	14	14	28	19	26
Ultraschall	210	280	186	169	273
Schmerztherapie	4	11	4	4	5

Ergebnisse der Kolloquien im Jahresvergleich

Gebiet	bestanden				
	2010	2011	2012	2013	2014
Kernspintomographie	2	2	4	4	4
Koloskopie	1	0	0	1	0
Labor	24	35	35	36	31
Radiologie	14	14	28	18	24
Sonographie	178	247	142	153	237
Schmerztherapie	4	8	3	2	4

Gebiet	Nicht bestanden				
	2010	2011	2012	2013	2014
Kernspintomographie	0	0	0	0	0
Koloskopie	0	0	0	0	0
Labor	0	5	3	0	1
Radiologie	0	0	0	1	2
Sonographie	32	33	44	16	36
Schmerztherapie	0	3	1	2	1

## Ansprechpartner im Geschäftsbereich Versorgungsqualität

	Ansprechpartner	Telefon 0231 9432-	E-Mail @kvwl.de
Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen (Delegationsvereinbarung) <i>Genehmigungsverfahren</i>	Meike Bender Daniela Nagel	3375 3621	Meike.Bender Daniela.Nagel
Ärztenetz Siegen <i>Genehmigungsverfahren</i>	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte
Akupunktur <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Nicole Schütz	1551	Nicole.Schuetz
Alkoholkonsum-Reduzierung <i>Genehmigungsverfahren</i>	Jana Werner	1571	Jana.Werner
Ambulantes Operieren <i>Genehmigungsverfahren</i>	Meike Bender Jasmin Ayadi	3375 1565	Meike.Bender Jasmin.Ayadi
Arthroskopie <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Meike Bender	3375	Meike.Bender
Balneophytotherapie <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Kristina Beckmann	1556	Kristina.Beckmann
Chirotherapie <i>Abrechnungserlaubnis</i>	Susanne Daubert Sigrid Waldmann	3755 1564	Susanne.Daubert Sigrid.Waldmann
CIRS	Marina Buchmann Jasmin Lindemann	3581 1502	Marina.Buchmann Jasmin.Lindemann
Computertomographie <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Beate Pohlmann Grazyna Zurek Manfred Milde	3312 3307 1570	Beate.Pohlmann Grazyna.Zurek Manfred.Milde
Diabetischer Fuß <i>Abrechnungserlaubnis</i>	Nicole Schütz	1551	Nicole.Schuetz
Diabetisches Fußsyndrom <i>Genehmigungsverfahren</i>	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte
Diabetikerversorgung Typ 1 (DMP) <i>Genehmigungsverfahren</i>	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte
Diabetikerversorgung Typ 2 (DMP) <i>Genehmigungsverfahren</i>	Jana Werner	1571	Jana.Werner
Diabetologische Schwerpunktpraxis (DSP) <i>Genehmigungsverfahren</i>	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte
DMP Asthma Bronchiale <i>Genehmigungsverfahren</i>	Jana Werner	1571	Jana.Werner
DMP Brustkrebs <i>Genehmigungsverfahren</i>	Kristina Beckmann	1556	Kristina.Beckmann
DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) /chronische Herzinsuffizienz <i>Genehmigungsverfahren</i>	Jana Werner	1571	Jana.Werner
Dialyse (QS)	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte
Dünndarmkapselendoskopie <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Susanne Daubert Tobias Gepp	3755 1652	Susanne.Daubert Tobias.Gepp

	<b>Ansprechpartner</b>	<b>Telefon 0231 9432-</b>	<b>E-Mail @kvwl.de</b>
<b>Euregionale Aktivitäten</b>	Marina Buchmann Jasmin Lindemann	3581 1502	Marina.Buchmann Jasmin.Lindemann
<b>EVA-NP</b> (Einbindung einer entlastenden Versorgungsassistentin/Schwerpunkt Neurologie/Psychiatrie) <i>Genehmigungsverfahren</i>	Meike Bender	3375	Meike.Bender
<b>Empfängnisregelung</b> <i>Abrechnungserlaubnis</i>	Tobias Gepp	1562	Tobias.Gepp
<b>Funktionsstörung der Hand</b> <i>Abrechnungserlaubnis</i>	Jasmin Ayadi Meike Bender	1665 3375	Jasmin.Ayadi Meike.Bender
<b>Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V</b>	Michael Schwarz	1033	Michael.Schwarz
<b>Harnstein-Stoßwellenlithotripsie</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Heidi Henkies	3337	Heidi.Henkies
<b>Hausarztzentrierte Versorgung (Knappschaft)</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Jana Werner	1571	Jana.Werner
<b>Hautkrebs-Screening</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Sabine Venjakob-Artelt	3344	Sabine.Venjakob-Artelt
<b>Herzschrittmacher</b> Kontrolluntersuchungen <i>Genehmigungsverfahren</i>	Sabine Venjakob-Artelt	3344	Sabine.Venjakob-Artelt
<b>Histopathologische Untersuchungen (Hautkrebs-Screening)</b> <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Sabine Venjakob-Artelt	3344	Sabine.Venjakob-Artelt
<b>HIV/Aids</b> <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Alice Frohn	3520	Alice.Frohn
<b>Homöopathische Versorgung</b> <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Daniela Nagel	3621	Daniela.Nagel
<b>Hörgeräteversorgung</b> <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Jana Werner	1571	Jana.Werner
<b>Hygiene und Medizinprodukte-Aufbereitung</b>	Anke Westerberg	3334	Anke.Westerberg
<b>Impfleistungen (über das Fachgebiet hinausgehende Impfungen)</b> <i>Abrechnungserlaubnis</i>	Kristina Beckmann	1556	Kristina.Beckmann
<b>Informationsveranstaltungen</b>	Jasmin Lindemann	1502	Jasmin.Lindemann
<b>Interventionelle Radiologie</b> <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Beate Pohlmann Grazyna Zurek Manfred Milde	3312 3307 1570	Beate.Pohlmann Grazyna.Zurek Manfred.Milde
<b>Invasive Kardiologie</b> <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Beate Pohlmann Grazyna Zurek Manfred Milde	3312 3307 1570	Beate.Pohlmann Grazyna.Zurek Manfred.Milde
<b>Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)</b> <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Jasmin Ayadi	1565	Jasmin.Ayadi

	<b>Ansprechpartner</b>	<b>Telefon 0231 9432-</b>	<b>E-Mail @kvwl.de</b>
<b>Intravitreale operative Medikamentenapplikation (IVOM) Genehmigungsverfahren und QS</b>	Jasmin Ayadi	1565	Jasmin.Ayadi
<b>Kernspintomographie Genehmigungsverfahren</b>	Beate Pohlmann Grazyna Zurek Manfred Milde	3312 3307 1570	Beate.Pohlmann Grazyna.Zurek Manfred.Milde
<b>Kernspintomographie QS</b>	Corinna Wittwer Grazyna Zurek	3385 3307	Corinna.Wittwer Grazyna.Zurek
<b>Knochendichtemessung Genehmigungsverfahren</b>	Beate Pohlmann Grazyna Zurek Manfred Milde	3312 3307 1570	Beate.Pohlmann Grazyna.Zurek Manfred.Milde
<b>Koloskopie Genehmigungsverfahren</b>	Susanne Daubert Tobias Gepp	3755 1652	Susanne.Daubert Tobias.Gepp
<b>Koloskopie (QS)</b>	Susanne Daubert	3755	Susanne.Daubert
<b>Krebsfrüherkennung bei der Frau Abrechnungserlaubnis</b>	Tobias Gepp	1562	Tobias.Gepp
<b>KPQM</b>	Anna Menge Jörg Otte	1036 1032	Anna.Menge Joerg.Otte
<b>Laboruntersuchungen (Kapitel 32.3 EBM) Genehmigungsverfahren</b>	Nicole Schütz	1551	Nicole.Schuetz
<b>Langzeit-EKG-Untersuchungen Genehmigungsverfahren und QS</b>	Sabine Venjakob-Artelt	3344	Sabine.Venjakob-Artelt
<b>Mammographie Genehmigungsverfahren und QS</b>	Beate Pohlmann Grazyna Zurek Manfred Milde	3312 3307 1570	Beate.Pohlmann Grazyna.Zurek Manfred.Milde
<b>Moderatoren</b>	Ina Hohlweg	1035	Ina.Hohlweg
<b>Molekulargenetik Genehmigungsverfahren</b>	Nicole Schütz	1551	Nicole.Schuetz
<b>MR-Angiographie Genehmigungsverfahren</b>	Beate Pohlmann Grazyna Zurek Manfred Milde	3312 3307 1570	Beate.Pohlmann Grazyna.Zurek Manfred.Milde
<b>MR-Angiographie QS</b>	Corinna Wittwer	3385	Corinna.Wittwer
<b>MRSA Genehmigungsverfahren</b>	Jasmin Ayadi	1565	Jasmin.Ayadi
<b>Nuklearmedizin Genehmigungsverfahren</b>	Beate Pohlmann Grazyna Zurek Manfred Milde	3312 3307 1570	Beate.Pohlmann Grazyna.Zurek Manfred.Milde
<b>Otoakustische Emmission Genehmigungsverfahren</b>	Sabine Venjakob-Artelt	3344	Sabine.Venjakob-Artelt
<b>Orientierende entwicklungsneuro- logische Untersuchung Abrechnungserlaubnis</b>	Tobias Gepp	1562	Tobias.Gepp



	<b>Ansprechpartner</b>	<b>Telefon 0231 9432-</b>	<b>E-Mail @kvwl.de</b>
<b>Palliativmedizin</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte
<b>Patientenorientierung</b>	Jörg Otte	1036	Joerg.Otte
<b>Patientensicherheit</b>	Marina Buchmann	3581	Marina.Buchmann
<b>Pflegeheimbewohner-Versorgung</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte
<b>Photodynamische Therapie</b> Phototherapeutische Keratektomie <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Sabine Venjakob-Artelt	3344	Sabine.Venjakob-Artelt
<b>Physikalische Therapie</b> <i>Abrechnungserlaubnis</i>	Tobias Gepp	1562	Tobias.Gepp
<b>Prävention U10/U11/J2</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Alice Frohn	3520	Alice.Frohn
<b>Qualitätsmanagement/KPQM</b>	Anna Menge Jörg Otte	1036 1032	Anna.Menge Joerg.Otte
<b>Qualitätszirkel</b>	Ina Hohlweg Heike Mattinger-Schulz	1035 1034	Ina.Hohlweg Heike.Mattinger-Schulz
<b>Radiologie</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Beate Pohlmann Grazyna Zurek Manfred Milde	3312 3307 1570	Beate.Pohlmann Grazyna.Zurek Manfred.Milde
<b>Radiologie</b> QS	Corinna Wittwer Grazyna Zurek	3385 3307	Corinna.Wittwer Grazyna.Zurek
<b>Rehabilitation (Verordnung von med. Rehabilitation)</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Sabine Venjakob-Artelt	3344	Sabine.Venjakob-Artelt
<b>Schlafbezogene</b> Atmungsstörungen (Polygraphie / Polysomnographie) <i>Genehmigungsverfahren</i>	Meike Bender	3375	Meike.Bender
<b>Schmerztherapie</b> <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Nicole Schütz	1551	Nicole.Schuetz
<b>Seminare für Patientenschulungen</b> (Diabetes Typ 2/Hypertonie)	Dieter Korte	1550	Dieter.Korte
<b>Sensomotorische</b> Übungsbehandlung <i>Abrechnungserlaubnis</i>	Tobias Gepp	1562	Tobias.Gepp
<b>Sozialpädiatrie</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Grazyna Zurek	3307	Grazyna.Zurek
<b>Soziotherapie</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Daniela Nagel	3621	Daniela.Nagel

	<b>Ansprechpartner</b>	<b>Telefon 0231 9432-</b>	<b>E-Mail @kvwl.de</b>
<b>Strahlentherapie</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Beate Pohlmann Grazyna Zurek Manfred Milde	3312 3307 1570	Beate.Pohlmann Grazyna.Zurek Manfred.Milde
<b>Substitution Opiatabhängiger</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Claus Richter	3973	Claus.Richter
<b>Substitution Opiatabhängiger</b> <b>QS</b>	Angela Piekoschowski	3398	Angela.Piekoschowski
<b>Tonsillotomie</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Daniela Nagel	3621	Daniela.Nagel
<b>Tutoren</b>	Heike Mattinger-Schulz	1034	Heike.Mattinger-Schulz
<b>Ultraschall</b> <i>Genehmigungsverfahren</i>	Susanne Daubert Tobias Gepp Heidi Henkies Ulrich Hermann Stefanie Melchert	3755 1562 3337 1567 3410	Susanne.Daubert Tobias.Gepp Heidi.Henkies Ulrich.Hermann Stefanie.Melchert
<b>Ultraschall</b> <i>Abnahmeprüfung</i>	Christian Dreier	3614	Christian.Dreier
<b>Ultraschall</b> <i>Dokumentationsprüfung</i>	Thomas Balhar	1560	Thomas.Balhar
<b>Ultraschall</b> <i>QS Säuglingshüfte</i>	Tanja Kindel Falk Schröder	1557 1578	Tanja.Kindel Falk.Schröder
<b>Vakuumbiopsie</b> <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Christa Nowak	3316	Christa.Nowak
<b>Zentrale Stelle Mammographie-</b> <b>Screening</b>	Petra Hibbeler	5000	Petra.Hibbeler
<b>Zytologie</b> <i>Genehmigungsverfahren und QS</i>	Beate Pohlmann	3312	Beate.Pohlmann

