

**Vereinbarung
von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V
zur Hörgeräteversorgung**

(Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung)

vom 21.03.2012

in der ab dem 1.04.2019 gültigen Fassung

Abschnitt A

Allgemeine Bestimmungen

§ 1

Ziel und Inhalt

- (1) Diese Vereinbarung ist eine Maßnahme zur Qualitätssicherung, mit welcher die Qualität der Versorgung gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für schwerhörige Patienten (Jugendliche und Erwachsene) mit Hörgeräten gesichert werden soll. Ziel der Vereinbarung ist die Sicherstellung einer dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden Steuerung und Durchführung der Betreuung von schwerhörigen Patienten, die mit Hörgeräten versorgt werden.
- (2) Die Vereinbarung regelt die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen, den Umfang der Versorgung und die Anforderungen an die Praxisausstattung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten in der vertragsärztlichen Versorgung (Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 09372, 09373, 09374 und 09375 bzw. 20372, 20373, 20374 und 20375 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes)¹.

§ 2

Genehmigung

¹ Die nachstehenden Personen- und Berufsbezeichnungen werden einheitlich sowohl für die weibliche als auch für die männliche Form verwendet.

- (1) Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten nach dieser Vereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt die nachstehenden Voraussetzungen nach den §§ 3 und 4 im Einzelnen vollständig erfüllt.
- (2) Die Erfüllung der in Absatz 1 genannten Voraussetzungen ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. Das Verfahren richtet sich nach Abschnitt E in Verbindung mit der Rahmenvereinbarung für Qualitätssicherungsvereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V sowie mit den Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V.
- (3) Die Genehmigung ist mit der Auflage zu erteilen, dass die in § 8 festgelegten Anforderungen erfüllt werden.

Abschnitt B

Genehmigungsvoraussetzungen

§ 3

Fachliche Befähigung

Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten gemäß § 1 gilt als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 9 belegt sind:

1. Die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ oder der Facharztbezeichnung „Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ („Phoniatrie und Pädaudiologie“).
2. Selbständige Indikationsstellung nach Ausschluss zentraler Hörstörungen und Durchführung von mindestens 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes einschließlich Validierung des Versorgungserfolges innerhalb der letzten 5 Jahre.
3. Theoretische Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von 10 Fortbildungspunkten innerhalb von 2 Jahren vor Antragstellung.

§ 4

Anforderungen an die Praxisausstattung

Folgende Anforderungen an die räumliche Praxisausstattung sind zu erfüllen:

- a) Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld,
- b) Audiometer mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen, zugelassen gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und der DIN ISO 8253-1 und 8253-2,
- c) Testverfahren zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses, gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie (DIN ISO 8253-3),
- d) Binokulares Ohrmikroskop,
- e) Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung).

Abschnitt C

Anforderungen an den behandelnden Arzt

§ 5

Umfang der Hörgeräteversorgung

Die Versorgung und Betreuung nach den Vorgaben dieser Vereinbarung umfasst dabei insbesondere

- 1) Vor Verordnung mit Hörgeräten:
 - a) die medizinische Anamnese und Ermittlung ggf. schon erfolgter Hilfsmittelversorgung,
 - b) Befunderhebung durch binokuläre ohrmikroskopische Untersuchung des Patienten,
 - c) die audiologische Differenzialdiagnostik der Hörstörung durch Ton- und Sprachaudiometrie, Reflexbestimmung an den Mittelohrmuskeln mittels Impedanzmessung, Bestimmung der Unbehaglichkeitsschwelle, Durchführung bzw. Veranlassung ergänzender diagnostischer Verfahren (z.B. Hörfeldskalierung, otoakustische Emissionen, BERA),
 - d) die Indikationsstellung und individuelle Bedarfsanalyse zur i.d.R. beidseitigen Versorgung mit Hörgeräten, Beratung des Patienten über die aufgrund der erhobenen audiologischen Befunde im jeweiligen Einzelfall bestehenden technischen Versorgungsmöglichkeiten Hard- und Software be-

- treffend, Ermittlung und Dokumentation der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung,
- e) die Verordnung eines Hörgerätes unter Verwendung des Musters 15 (Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe) der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung einschließlich Information patientenindividueller Besonderheiten an den Hörgeräteakustiker,
 - f) Information des Patienten zu den verschiedenen Versorgungsmöglichkeiten seitens der Kostenträger.
- 2) Nach Verordnung von Hörgeräten:
- a) Anamnese des Trageverhaltens (Kontrolle der Hörgerätehandhabung, Kontrolle des Sitzes des Hörgerätes), morphologische Befundkontrolle, Überprüfung des durch den Hörgeräteakustiker gemachten Versorgungsvorschlages nach vergleichender Hörgerätetestung, audiologische Kontrolle (Freifeldaudiometrie mit den präferierten Geräten), ggf. ergänzende evaluierende Maßnahmen, ggf. Rücksprache mit dem Hörgeräteakustiker bei Befundabweichungen, ggf. Indikationsstellung zu weiterführenden therapeutischen Maßnahmen, Ermittlung und Dokumentation der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung einschließlich Nutzenbestimmung.
 - b) Dokumentation der Hilfsmittel-Abnahme mit Angabe, inwieweit der Hörgeräteversorgungsvorschlag dem aufgestellten Versorgungskonzept entspricht und Dokumentation des erzielten Versorgungsergebnisses (i.d.R. binaural).
 - c) ggf. die Nachbetreuung (Nachsorge) nach im Rahmen der Erfolgskontrolle individuell festgelegten Intervallen (z.B. Kontrolle Hörstörung bedingender Grund- und Begleiterkrankungen des Ohres, im Falle eines Hinweises auf eine Verschlechterung des Hörvermögens und veränderten Gebrauchs des Hörgerätes, Prüfung der Möglichkeit der Ergänzung des Versorgungskonzeptes).

§ 6

Organisatorische Anforderungen

Der an der Vereinbarung teilnehmende Arzt ist verpflichtet,

- a) zu einem strukturierten, regelmäßigen Austausch der an der Hörgeräteversorgung beteiligten Berufsgruppen mit dem Ziel der Versorgungsoptimierung,
- b) regelmäßig Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter zum Themenbereich der Audiometrie und der audiologischen Grundlagen sicherzustellen,
- c) die im Rahmen der Versorgung von schwerhörigen Patienten eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 4 Buchstabe b entsprechend

den Vorgaben der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) regelmäßig zu warten und dies in den Gerätebüchern zu dokumentieren.

§ 7

Ärztliche Dokumentation

- (1) Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht ist der Arzt für die vollständige Dokumentation nach Absatz 2 verantwortlich.
- (2) Aus der ärztlichen Dokumentation muss der Umfang der Hörgeräteversorgung nach § 5 vollständig und nachvollziehbar hervorgehen. Die Bestimmung der individuell empfundenen Hörbeeinträchtigung des Patienten gemäß § 5 Abs. 1 Buchstabe d und Abs. 2 Buchstabe a ist mittels eines geeigneten validierten Befragungsinstruments zu dokumentieren, aus dem auch der individuell empfundene Nutzen nach Anpassung der Hörhilfe bestimmt werden kann (Anlage 3).
- (3) Angaben zur Hörgeräteverordnung und -abnahme erfolgen elektronisch gemäß Anlage 1 und mit Dokumentationsinhalten gemäß Anlage 2.
- (4) Die ärztlichen Dokumentationen gemäß Absatz 2 sind der Kassenärztlichen Vereinigung auf Verlangen zur Überprüfung der Vollständigkeit und der Nachvollziehbarkeit vorzulegen. Die Auswahl erfolgt nach dem Zufallsprinzip durch die Kassenärztliche Vereinigung unter Angabe des Patientennamens und des Behandlungsdatums.

Abschnitt D

§ 8

Auflage zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

- (1) Für Ärzte, denen eine Genehmigung nach dieser Vereinbarung erteilt worden ist, bestehen folgende Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung:
 1. Mindestens einmal jährlich durchgeführte messtechnische Kontrolle der eingesetzten Untersuchungsgeräte und Instrumentarien gemäß § 11 MPBetreibV durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV
 2. Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von 7 Fortbildungspunkten regelmäßig innerhalb von 2 Jahren.

- (2) Der Arzt hat gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in geeigneter Weise nachzuweisen, dass er die Auflagen nach Absatz 1 im festgelegten Zeitraum erfüllt hat.
- (3) Die Kassenärztliche Vereinigung stellt fest, ob die erforderlichen Nachweise geführt wurden. Soweit die Nachweise nicht geführt wurden, teilt die Kassenärztliche Vereinigung dem Arzt dies unverzüglich mit.
- (4) Können die Nachweise nach Ablauf von weiteren auf den in Absatz 1 genannten Zeitraum folgenden zwölf Monaten erneut nicht geführt werden, wird die Genehmigung widerrufen.
- (5) Der Antrag auf Wiedererteilung der Genehmigung kann frühestens sechs Monate nach dem Widerruf der Genehmigung gestellt werden. Die Wiedererteilung der Genehmigung richtet sich nach § 3.

Abschnitt E

Verfahren

§ 9

Genehmigungsverfahren

- (1) Anträge auf Genehmigung sind an die Kassenärztliche Vereinigung zu richten.
- (2) Dem Antrag auf die Genehmigung sind insbesondere beizufügen:
 1. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung gemäß § 3 Nr. 1
 2. Nachweise zu den Kenntnissen gemäß § 3 Nr. 2 und 3.
- (3) Über die Anträge und über den Widerruf oder die Rücknahme einer erteilten Genehmigung entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn
 1. aus den vorgelegten Zeugnissen und Bescheinigungen hervorgeht, dass die in § 3 genannten fachlichen Anforderungen erfüllt sind sowie
 2. der Arzt sich verpflichtet hat, die weiteren Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß den §§ 5 bis 8 zu erfüllen.
- (4) Die Kassenärztliche Vereinigung kann vom teilnehmenden Arzt den Nachweis der in den §§ 4, 6 und 7 genannten Anforderungen verlangen. Die Kassenärztliche Vereinigung kann die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen, die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der

Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen. Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt.

- (5) Bestehen trotz der vorgelegten Zeugnisse und Bescheinigungen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung von Ärzten nach § 3, so kann die Kassenärztliche Vereinigung die Genehmigung von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen. Dasselbe gilt, wenn der antragstellende Arzt im Vergleich zu dieser Vereinbarung eine abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist.
- (6) Das Nähere zur Durchführung des Genehmigungsverfahrens regelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung in Richtlinien für Verfahren zur Qualitätssicherung nach § 75 Abs. 7 SGB V.

Abschnitt F

Auswertung

§ 10

Auswertung der Qualitätssicherungsmaßnahmen

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für jedes Kalenderjahr bis zum 30. April des Folgejahres Anzahl und Ergebnisse der Überprüfung nach § 8 mit. Die Ergebnisse stehen den Partnern der Bundesmantelverträge zur gemeinsamen Beratung zur Verfügung.
- (2) Die Partner der Bundesmantelverträge legen kalenderjährlich bis zum 31. Dezember bundeseinheitliche Kriterien für die Auswertungen zur Versorgung mit Hörgeräten nach Anlage 1, die im darauf folgenden Kalenderjahr durchgeführt werden, einvernehmlich fest. Erfolgt in einem Kalenderjahr keine Festlegung, gelten die bisher angewandten Kriterien fort.
- (3) Auf der Grundlage der kalenderjahrbezogenen Ergebnisse der Auswertungen der Dokumentationen können die Partner der Bundesmantelverträge Vorgaben für Qualitätssicherungsmaßnahmen einvernehmlich festlegen.
- (4) Ergeben sich aus den Auswertungen Hinweise auf Mängel in der Qualität der erbrachten Leistungen, können diesbezüglich weitergehende Auswertungen vereinbart werden.

Abschnitt G
Schlussbestimmungen

§ 11

Übergangsregelung, Inkrafttreten

- (1) Fachärzte für „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ oder Fachärzte für „Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ (bzw. Fachärzte für „Phoniatrie und Pädaudiologie“), die vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung regelmäßig Leistungen zur Versorgung chronisch schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten erbracht haben, erhalten eine Genehmigung, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung einen Antrag auf Genehmigung gestellt und den Nachweis der Anforderungen gemäß § 4 innerhalb von 6 Monaten nach Antragstellung erbracht haben.
- (2) Die Verpflichtung zur elektronischen Übermittlung der Angaben zur Hörgeräteverordnung und –abnahme gemäß § 7 Absatz 3 beginnt am 1. April 2013.
- (3) Diese Vereinbarung tritt am 1. April 2012 in Kraft.

Protokollnotizen:

1. Die Partner der Bundesmantelverträge stimmen darin überein, bis zum 1. Juli 2012 die speziellen Anforderungen an die Hörgeräteversorgung von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern (bis zum 12. Lebensjahr) gemäß EBM zu vereinbaren.
2. Zur Beurteilung der Güte des Dokumentationsinstrumentes nach Anlage 2 fordert die Kassenärztliche Vereinigung stichprobenhaft nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung für einen Zeitraum von 2 Jahren von 10 % der Ärzte die Dokumentationen gemäß § 7 Abs. 2 sowie gemäß Anlage 2 zu 5 abgerechneten Fällen an. Die Dokumentationen sind auf Übereinstimmung zu prüfen. Die Ergebnisse der Überprüfung werden den Partnern der Bundesmantelverträge zum Zwecke der Validierung der elektronischen Dokumentation zur Verfügung gestellt.

Anlage 1: Datenerhebung im Rahmen der Qualitätssicherungs-Vereinbarung Hörgeräteversorgung

1. Zweck der Datenerhebung

- 1.1 Zum Zwecke der Sicherung und Förderung der Qualität bei der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten werden im Rahmen der Umsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarung Daten auf der Grundlage von § 285 SGB V erhoben, verarbeitet und genutzt.
- 1.2 Die Daten sind erforderlich für
 - den an der Qualitätssicherungsvereinbarung teilnehmenden Arzt zur einrichtungsinternen Qualitätssicherung und -förderung (Rückmeldeberichte, Förderung der Vollständigkeit und Einheitlichkeit der ärztlichen Dokumentation),
 - die Kassenärztliche Vereinigung und die Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung zur Umsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarung, und
 - die Partner der Bundesmantelverträge zur Evaluation und gegebenenfalls Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsvereinbarung.

2. Datenarten

- 2.1 Hinsichtlich der Daten ist zu unterscheiden zwischen personenbezogenen Daten, Qualitätssicherungsdaten und administrativen Daten.
- 2.2 Personenbezogene Daten sind patienten- oder arztbezogene Daten, die deren eindeutige Identifizierung ermöglichen.
- 2.3 Qualitätssicherungsdaten sind Behandlungsdaten, die bei der Hörgeräteversorgung gemäß § 7 Abs. 3 zu erheben und zu erfassen sind.
- 2.4 Administrative Daten sind Daten, die zur Datenvalidierung (Vollständigkeit, Plausibilität, Vollzähligkeit) erforderlich sind, sowie weitere, meldebezogene Daten. Meldebezogene Daten sind Daten, die der Organisation des Datenflusses dienen.

3. Datenfluss

- 3.1 Der Fluss der Daten erfolgt elektronisch und in elektronisch auswertbarer Form.
- 3.2 Die technische und organisatorische Umsetzung der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen geregelt nach Maßgabe der vorliegenden Vorgaben.

3.3 Dokumentationslösungen (webbasierte Anwendungen, Software, Datenschnittstellen, Datenübermittlungsverfahren) sind von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu zertifizieren. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung regelt das Verfahren der Zertifizierung und führt diese durch.

4. Grundsätze zu EDV-gestützt erhobenen Qualitätssicherungsdaten

4.1 An der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten sind beteiligt: Arztpraxis, Datenannahmestelle, Auswertungsstelle, Kassenärztliche Vereinigung, Qualitätssicherungskommission der Kassenärztlichen Vereinigung sowie Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband als Partner der Bundesmantelverträge.

4.2 Die Datenannahmestelle ist im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 80 SGB X tätig. Im Bereich der Hörgeräteversorgung ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Datenannahmestelle.

4.3 Die Auswertungsstelle ist im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß § 80 SGB X tätig. Im Bereich der Hörgeräteversorgung ist die Kassenärztliche Bundesvereinigung die Auswertungsstelle. Die Auswertungsinhalte des Auftrags sind einvernehmlich durch die Partner der Bundesmantelverträge festzulegen und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Auswertungsstelle zu vereinbaren.

4.4 Die Datenannahmestelle und die Auswertungsstelle haben in kalenderjährlichen Geschäftsberichten die wesentlichen Ergebnisse ihrer Tätigkeit, gegliedert nach Kassenärztlichen Vereinigungen, darzustellen, die Sicherungsvorkehrungen vor Datenmissbrauch wiederzugeben und ihre Finanzierung vollständig offenzulegen.

5. Verfahren beim Arzt

5.1 Der teilnehmende Arzt ist verpflichtet, Angaben zur Hörgeräteversorgung gemäß § 7 Abs. 3 zu erheben und elektronisch zu erfassen („QS-Datensatz“).

5.2 Zusätzlich zu den Daten nach Nummer 5.1 enthält der Datensatz arztidentifizierende Angaben und administrative Daten. Die erforderlichen administrativen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung vorgegeben.

5.3 Angaben zum Patienten erfolgen pseudonymisiert. Hierzu vergibt der Arzt ein Patientenpseudonym („EDV-Patientennummer“). Das Patientenpseudonym ist nur durch den Arzt auf den Patienten zurückzuführen.

6. Datenübermittlung an die Datenannahmestelle

- 6.1 Das Quartal, in dem die Hörgeräteversorgung durchgeführt wird, wird als Verordnungsquartal bezeichnet. Das sich an das Verordnungsquartal anschließende Quartal wird als Melde- und Prüfquartal bezeichnet.
- 6.2 Zur Prüfung der Vollständigkeit und Plausibilität verwendet der Arzt vor der Übermittlung ein von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder einer von ihr beauftragten Stelle erstelltes einheitliches Prüfprotokoll oder Datenprüfprogramm. Dabei wird das Prüfergebnis automatisch protokolliert.
- 6.3 Der Arzt ist verpflichtet, den QS-Datensatz zusammen mit den administrativen Daten bis spätestens zum 14. Kalendertag nach Ende des Verordnungsquartals an die Datenannahmestelle zu übermitteln.
- 6.4 Die Übermittlung erfolgt leitungsgebunden mittels einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder einer von ihr beauftragten Stelle bereitgestellten webbasierten Anwendung mit einer sicheren Internetverbindung oder einer von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifizierten Software, die zur Sicherung einer standardisierten Datenübertragung über die dazu erforderlichen zertifizierten Datenschnittstellen und Datenübermittlungsverfahren verfügt.

7. Verfahren in der Datenannahmestelle

- 7.1 Die Datenannahmestelle überprüft den eingehenden QS-Datensatz auf Vollständigkeit und Plausibilität anhand der Prüfvorgaben nach Nummer 6.2 bis zum 21. Kalendertag nach Ende des Verordnungsquartals.
- 7.2 Auf eine Rückmeldung zur Vollständigkeit und Plausibilität an den Arzt erfolgt durch diesen ggf. eine Korrektur und/oder Ergänzung des QS-Datensatzes bis zum 30. Kalendertag nach Ende des Verordnungsquartals.
- 7.3 Die Datenannahmestelle leitet zu den gesammelten QS-Datensätzen der im Verordnungsquartal erbrachten Hörgeräteversorgungen ausschließlich die administrativen Daten zusammen mit den arztidentifizierenden Daten bis zum 37. Kalendertag nach Ende des Verordnungsquartals an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung weiter.
- 7.4 Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft die gemäß Nummer 8.3 übermittelten Datensätze anhand der abgerechneten Gebührenordnungspositionen auf Vollständigkeit bis zum 61. Kalendertag nach Ende des Verordnungsquartals.
- 7.5 Auf eine Rückmeldung zur Vollständigkeit durch die Kassenärztliche Vereinigung an den Arzt erfolgt durch diesen ggf. eine Nachlieferung fehlender QS-Datensätze an die Datenannahmestelle. Für nachgelieferte QS-Datensätze wird das gemäß den Nummern 6.2 bis 7.4 beschriebene Verfahren in beschleunigter Form durchgeführt. Die Übermittlung der QS-Datensätze an die Auswertungsstelle erfolgt spätestens bis zum Ende des Melde- und Prüfquartals.

- 7.6 Nach Abschluss der Überprüfung gemäß Nummer 7.4 und ggf. Nummer 7.5 durch die Kassenärztliche Vereinigung werden die übermittelten administrativen Datensätze unmittelbar gelöscht.

8. Verfahren in der Auswertungsstelle

- 8.1 Dem Melde- und Prüfquartal folgt das Auswertungsquartal.
- 8.2 Die gesammelten QS-Datensätze (ohne die administrativen Daten) werden bis zum Ende des Auswertungsquartals durch die Auswertungsstelle ausgewertet.
- 8.3 Die Auswertungen für die Rückmeldeberichte für den Arzt gemäß Nummer 9.1, für die KV-Berichte für die Kassenärztliche Vereinigung gemäß Nummer 9.2 sowie für die Jahresberichte für die Partner der Bundesmantelverträge gemäß Nummer 9.3 erfolgen nach bundeseinheitlichen Kriterien, die von den Partnern der Bundesmantelverträge festgelegt werden.
- 8.4 Die Auswertungsergebnisse werden in einem verordnungsquartalsbezogenen Bericht für den Arzt („Rückmeldebericht“), einem verordnungsquartalsbezogenen Bericht für die Kassenärztliche Vereinigung („KV-Bericht“) sowie einem kalenderjahrbezogenen und nach Verordnungsquartalen und Kassenärztlichen Vereinigungen differenzierten Bericht für die Partner der Bundesmantelverträge („Jahresbericht“) zusammengefasst. Der KV-Bericht wird bis zum Ende des jeweiligen Auswertungsquartals versandt. Der Jahresbericht wird bis zum Ende desjenigen Auswertungsquartals vorgelegt, das zum 4. Quartal des Kalenderjahres gehört.
- 8.5 Die Kassenärztliche Vereinigung kann für Auswertungen im Rahmen der Umsetzung der Qualitätssicherungsvereinbarung bei der Auswertungsstelle anonymisierte (bezogen auf den Arzt und die Patienten) Daten ihres Zuständigkeitsbereichs anfordern.
- 8.6 Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband können jeweils für Auswertungen zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherungsvereinbarung bei der Auswertungsstelle Daten anfordern, die bezogen auf die Ärzte anonymisiert sind. Über die Ergebnisse der Auswertungen informieren sich die Vertragspartner gegenseitig.

9. Berichte

- 9.1 Der Rückmeldebericht für den Arzt enthält aggregierte Ergebnisse bezogen auf die Patienten des Arztes sowie bezogen auf die Patienten der Ärzte der Vergleichsgruppe („Benchmark“). Die Vergleichsgruppe enthält alle weiteren teilnehmenden Ärzte im Bereich der für den Arzt zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Der Rückmeldebericht ist anonymisiert, bezogen auf die Ärzte der Vergleichsgruppe.

- 9.2 Der KV-Bericht für die Kassenärztliche Vereinigung enthält Ergebnisse bezogen auf die teilnehmenden Ärzte im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Ergebnisse sind aggregiert, bezogen auf die Patienten der Ärzte.
- 9.3 Der Jahresbericht für die Partner der Bundesmantelverträge enthält aggregierte Ergebnisse bezogen auf die Patienten und anonymisierte Daten bezogen auf die Ärzte und Darstellung der Kassenärztlichen Vereinigungen.
- 9.4 Der KV-Bericht wird in pseudonymisierter Form, bezogen auf den Arzt, der Qualitätssicherungskommission zur Verfügung gestellt.
- 9.5 Die Auswertungsstelle übermittelt den Jahresbericht bis spätestens zum 30. Juni des dem Berichtsjahres folgenden Jahres an die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Der Jahresbericht wird den Partnern der Bundesmantelverträge zur gemeinsamen Beratung zur Verfügung gestellt.

Protokollnotizen:

- (1) Das Qualitätssicherungsverfahren gemäß § 7 Abs. 3 i.V.m. der Anlage 1 wird hinsichtlich seines Nutzens als Qualitätssicherungsmethode nach 3 Jahren evaluiert. Auf der Basis der Evaluationsergebnisse entscheiden die Partner der Bundesmantelverträge über die Weiterentwicklung oder Beendigung dieses Verfahrens.
- (2) Findet keine Beauftragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch die Kassenärztliche Vereinigung gemäß Nr. 4.2 und/oder Nr. 4.3 statt und die Kassenärztliche Vereinigung selbst oder eine andere von ihr beauftragte Stelle übernimmt die Aufgaben der Datenannahme- und/oder Auswertungsstelle, sind die geforderten Daten zur Erstellung des Jahresberichts an die Kassenärztliche Bundesvereinigung weiterzuleiten.
- (3) Für das Jahr 2013 umfasst der Jahresbericht nach der Nummer 8.4 die Quartale 2 bis 4 und wird zum Zwecke der Vergleichbarkeit mit den Jahresberichten der folgenden Jahre auf vier Quartale hochgerechnet.

Anlage 3: Berechnung des APHAB Nutzens
(auf der Grundlage der deutschen Version des APHAB-Bogens)

Definitionen	
ECx	Durchschnittlicher APHAB-Score in der EC-Skala (Hören in ruhiger Umgebung)
BNx	Durchschnittlicher APHAB-Score in der BN-Skala (Hören mit Hintergrundgeräuschen)
RVx	Durchschnittlicher APHAB-Score in der RV-Skala (Hören in hallender Umgebung)
AVx	Durchschnittlicher APHAB-Score in der AV-Skala (Hören von lauten Geräuschen)

Der Index „x“ kann die folgenden Benennungen haben:	
x=u (unaided)	WERT der entsprechenden APHAB-Skala vor einer Hörgeräteverordnung
x=a (aided)	WERT der entsprechenden APHAB-Skala nach einer Hörgeräteversorgung
x=b (benefit)	[WERT(Skala "unaided")]MINUS [WERT ("Skala "aided")] dies entspricht den durchschnittlichen Nutzen der einzelnen Skalen
Invertierung	Die APHAB-Antwortwerte zu den Fragen 1, 9, 11, 16, 19 und 21 müssen vor der Berechnung invertiert werden, weil die Fragen invers formuliert sind.

Formeln zur Berechnung der Gesamtbewertung und Verbesserung (ohne AV-Skala, das Hören von lauten Geräuschen wird durch Hörgeräte nicht angenehmer)	
Gesamtbewertung	$= (\text{Gesamtbewertung ohne Hörgerät}) \text{ MINUS } (\text{Gesamtbewertung mit Hörgerät})$ $= \{[\text{Summe (ECu, BNu, RVu)}] \text{ GETEILT } 3\} \text{ MINUS } \{[\text{Summe (ECa, BNa, RVa)}] \text{ GETEILT } 3\}$ <p>Es wird die Differenz der jeweiligen Durchschnittswerte für die drei Skalen gebildet.</p>
Nutzen (Verbesserung der Hörfähigkeit)	$= \text{Gesamtbewertung } \{[\text{SUMME (ECb, BNb, RVb)}] \text{ GETEILT } [\text{SUMME Gesamtbewertung ohne Hörgerät (ECu, BNu, RVu)}]\} \times 100$ <p>Die Gesamtbewertung des Nutzens wird ins Verhältnis zur Gesamtbewertung ohne Hörgerät gesetzt.</p>

Literatur:

1. Cox RM, Alexander GC (1995) The Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit. Ear Hear 16:176-186
2. Johnson JA, Cox RM, Alexander GC (2010) Development of APHAB norms for WDRC hearing aids and comparisons with original norms. Ear Hear 31:47-55
3. Löhler J, Frohburg R, Moser L (2010) Die Verwendung des APHAB zur Messung der Hörgeräteversorgungsqualität in der HNO-Praxis, Laryngo-Rhino-Otol, DOI: 10.1055/s-0030-1261891
4. Löhler J, Moser L, Heinrich D, Hörmann K, Walther LE (2012) Klinische Ergebnisse bei der Anwendung des APHAB (Deutsche Version) in der Hörgeräteversorgung. HNO (in press)

Internetquellen:

1. <http://www.memphis.edu/ausp/harl/aphab.htm>
2. <http://www.guihz.de>