

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

Durchführungsbestimmungen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Qualitätssicherung der Kernspintomographie durch Stichproben

Präambel

Die nachfolgenden Durchführungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (im folgenden KVNo genannt) konkretisiert für die Leistungen der Kernspintomographie die Qualitätsverpflichtung der teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte im Einzelfall.

Nach Vorgabe der Richtlinien über die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie gemäß § 136 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V unter Beachtung der Kernspintomographievereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und den Leitlinien der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung der Magnet-Resonanztomographie obliegt es der KVNo, die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der entsprechenden belegärztlichen Leistungen und der im Krankenhaus erbrachten ambulanten Leistungen im Einzelfall durch Stichproben zu prüfen.

1 Qualitätssicherungskommission- Kernspintomographie

Alle Mitglieder der Qualitätssicherungskommission-Kernspintomographie müssen die Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung kernspintomographischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung nach der Kernspintomographie-Vereinbarung entsprechend § 135 Abs. 2 SGB V erfüllen und werden entsprechend Nr. 2.2 der Qualitätssicherungsrichtlinien der KBV gemäß § 75 Abs. 7 SGB V durch den Vorstand der KVNo benannt.

2 Umfang der Prüfung

Im Einzelfall wird die Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten kernspintomographischen Leistungen auf der Grundlage der Richtlinien über die Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der Kernspintomographie gemäß § 136 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 SGB V des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (im folgenden „QB-Richtlinien Kernspintomographie“ genannt) geprüft.

2.1 Auswahl der zu prüfenden Ärzte

Die Geschäftsstelle Qualitätssicherung (im folgenden „GQS“ genannt) wählt, unter Zuhilfenahme eines Zufallsgenerators, die Ärzte aus, deren Dokumentationen nach den QB-Richtlinien Kernspintomographie geprüft

werden sollen. Dabei ist sicherzustellen, dass alle Ärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung kernspintomographischer Leistungen entsprechend der Kernspintomographievereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erhalten haben, mindestens einmal alle 5 Jahre überprüft werden.

Die Beurteilung der Dokumentationen erfolgt nach der unter Nr. 2.5 dieser Durchführungsbestimmungen aufgeführten Systematik.

Die Dokumentationen der Ärzte, bei denen die Überprüfung nach dieser Durchführungsbestimmung eine Beurteilung nach der Stufe II ergeben hat, sind, unbeschadet der Ausführungen in Abs. 1, nach einem Jahr erneut einer Prüfung zu unterziehen.

Nach Entzug der Abrechnungsgenehmigung aufgrund von Qualitätsmängeln nach der Stufe III dieser Durchführungsbestimmungen und Wiedererteilung aufgrund eines bestandenen Kolloquiums ist die Dokumentationen der Ärzte, unbeschadet der Ausführungen in Abs. 1, nach einem Jahr erneut einer Prüfung zu unterziehen.

2.2 Auswahl der Dokumentationsfälle

Bei dem durch einen Zufallsgenerator zur Qualitätsprüfung ausgewählten Arzt fordert die GQS anhand der bei der KVNo vorliegenden Abrechnungsscheine bzw. Disketten die Dokumentationen von 5 Patienten an. Bei der Anforderung der Unterlagen sind dem Arzt mitzuteilen:

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift und Krankenkasse des Patienten.
(Die Übersendung der vollständig abgelichteten Vorderseite der jeweiligen Abrechnungsscheine bzw. der Ausdruck der entsprechenden Abrechnungsscheine bei Diskettenabrechnungen ist ausreichend.)
- Frist zur Vorlage der Unterlagen

2.3 Anforderungen an die Dokumentationsfälle

Grundlage der Beurteilung sind die Qualitätsanforderungen gemäß Nr. 2 der QB-Richtlinien Kernspintomographie. Danach sind einer Prüfung zu unterziehen:

2.3.1 die Medizinische Fragestellung und Indikation

2.3.1.1 Die Indikation für eine kernspintomographische Untersuchung wird als begründet angesehen, wenn

- die individuelle medizinische Fragestellung aus den Beschwerden des Patienten und den klinischen Befunden zutreffend abgeleitet und für die Lösung des Patientenproblems relevant ist,
- eine weiterführende Aussage zur Diagnose und/oder zur Therapieentscheidung mit dieser Methode erwartet werden kann sowie
- die Durchführung konkurrierender Methoden, mit welchen die medizinische Fra-

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

gestellung gleichwertig beantwortet werden kann,

- zu höheren Kosten führen würde und/oder
- für die Patienten mit einem höheren Risiko verbunden wäre.

Unter Beachtung der Bestimmungen der Bundesmantelverträge zur Überweisung (§ 24 Bundesmantelvertrag – Ärzte und § 27 Arzt-/ Ersatzkassen-Vertrag) darf eine kernspintomographische Untersuchung nur durchgeführt werden, wenn zwischen dem überweisenden und dem kernspintomographisch tätigen Arzt Einvernehmen über die Indikation hergestellt worden ist. Ist die kernspintomographische Untersuchung aus der Sicht des kernspintomographisch tätigen Arztes nicht indiziert, darf sie nicht durchgeführt werden.

2.3.1.2 Können mit der durchgeführten kernspintomographischen Untersuchung die erwarteten Informationen zur Diagnose und/oder zur Therapieentscheidung nicht abschließend gewonnen werden, können weiterführende kernspintomographische Untersuchungen durchgeführt werden, wenn

- a) die Beantwortung der selben medizinischen Fragestellung mit Anwendung anderer technischer Verfahren der Kernspintomographie erwartet werden kann oder
- b) sich aus der vorangegangenen Kernspintomographieuntersuchung, den Patientenbeschwerden und den klinischen Befunden weitergehende medizinische Fragestellungen ergeben, welche die der Überweisung zu Grunde liegende Fragestellung überschreiten und mit Anwendung der Kernspintomographie geklärt werden können.

Zur Durchführung der weitergehenden kernspintomographischen Untersuchungen nach Buchstabe b) ist das konsiliarische Einvernehmen mit dem überweisenden Arzt herzustellen und zu dokumentieren.

Kann das konsiliarische Einvernehmen nicht hergestellt werden, ist dies ebenfalls zu dokumentieren. Wird die kernspintomographische Untersuchung aus den besonderen Umständen des Einzelfalls dennoch durchgeführt, ist dies ausführlich schriftlich zu begründen.

Die Bestimmungen der Nr. 2.3.1.1 Satz 1 gelten.

2.3.2 die Bildqualität

2.3.2.1 Die Anforderungen an die Bildqualität einer kernspintomographischen Untersuchung umfassen die objektbestimmten Bildmerkmale und die kritischen Bildelemente sowie

die Messbedingungen. Die kritischen Bildelemente beschreiben organotypische Strukturen, welche für die diagnostische Aussage wichtig und für die Qualität der Aufnahme repräsentativ sind. Sie müssen gut erkennbar und artefaktfrei dargestellt sein. Die Messbedingungen richten sich nach der medizinischen Fragestellung. Zu den relevanten Messbedingungen gehören insbesondere das untersuchte Volumen, die Schichtlage und die Messparameter (z.B. Schichtdicke, Matrix, Messfeld, Messsequenz).

2.3.2.2 Die Beurteilungskriterien für die Bildqualität sind in der Anlage der QB-Richtlinie Kernspintomographie festgelegt. Diese Kriterien sind auf die verschiedenen Organbereiche bezogen und beschreiben den derzeitigen allgemeinen medizinischen Standard für Kernspintomogramme.

2.3.3 die vorzulegende Dokumentation

Die schriftliche und bildliche Dokumentation unter Einbeziehung der Unterlagen des überweisenden Arztes, welche bei der Stichprobenprüfung der Kassennärztlichen Vereinigung vorzulegen ist, muss alle für die kernspintomographische Untersuchung relevanten Angaben zu mindestens folgenden Punkten beinhalten:

- a) Beschwerden des Patienten und Befunde
- b) Medizinische Fragestellung und daraus abgeleitete Indikation zur kernspintomographischen Untersuchung im Hinblick auf die erwartete diagnostische Information und/oder das weitere therapeutische Vorgehen
- c) Ergebnisse von zusätzlichen Untersuchungen, die von dem kernspintomographisch tätigen Arzt im Zusammenhang mit der vorliegenden medizinischen Fragestellung durchgeführt worden sind
- d) Messbedingungen; hierzu gehören Angaben zur verwendeten Spule, dem Untersuchungsvolumen, der Schichtlage und den Messparametern
- e) Beschreibung der Bildinhalte
- f) Befund und Beurteilung mit der Angabe, ob und ggf. welche Vorbefunde/Bilddokumentationen vorgelegen haben
- g) Ggf. Hinweise für das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen

Sämtliche vorgelegten Dokumente müssen ohne technische Hilfsmittel, mit Ausnahme eines Bildbetrachters, auszuwerten sein.

2.4 Fristen

Der Arzt soll die Unterlagen für die Prüfung nach Nr. 2.2 und Nr. 2.3 in der Regel innerhalb von 4 Wochen nach Zugang der Anforderung vollständig der GQS vorlegen. Hat der Arzt die Unterlagen trotz Erinnerung nicht vollständig vorgelegt, kann die Abrechnungsgenehmigung für die Kernspintomographie für die Zu-

A M T L I C H E B E K A N N T M A C H U N G E N

kunft widerrufen werden. Die Abrechnungsberechtigung ist, vorbehaltlich der Ergebnisqualität, wiederherzustellen, wenn der Arzt seiner Vorlagepflicht nachkommt. Das Recht, die Abrechnungsberechtigung bei Einstufung nach Stufe III gemäß Punkt 2.6 zu widerrufen, bleibt hiervon unberührt.

2.5 Beurteilung der Dokumentationen

Die Qualitätsprüfung schließt mit einer Gesamtbeurteilung aller geprüften Behandlungsfälle ab. Die Kernspintomographie-Kommission bewertet zunächst bei jedem Behandlungsfall

- die medizinische Fragestellung und Indikation
- die Bildqualität und
- die vorzulegende Dokumentation

mit nachfolgenden Bewertungen:

- 0 Punkte = Die Kriterien der QB-Richtlinien Kernspintomographie sind nicht erfüllt
- 1 Punkt = Die Kriterien der QB-Richtlinien Kernspintomographie sind nicht vollständig erfüllt
- 2 Punkte = Die Kriterien der QB-Richtlinien Kernspintomographie sind erfüllt.

Danach erfolgt die Gesamtbeurteilung der geprüften Behandlungsfälle, die sich aus der Addition der vergebenen Punkte aller geprüften Behandlungsfälle ergibt:

Stufe I = 20 bis 30 Punkte

Stufe II = 10 bis 20 Punkte

Stufe III = weniger als 10 Punkte

2.6 Rechtsfolgen aus der Beurteilung

Stufe I

Bei Beurteilung nach der Stufe I erfolgt eine schriftliche Mitteilung an den Arzt.

Stufe II

Bei Beurteilung nach der Stufe II erfolgt eine schriftliche Mitteilung an den Arzt, in der auf festgestellte Mängel hingewiesen und die Empfehlung ausgesprochen wird, diese zu beseitigen. Weiterhin erfolgt der Hinweis, dass nach einem Jahr eine erneute Prüfung stattfindet.

Stufe III

Bei der Beurteilung nach der Stufe III fordert die GQS (Auswahl entsprechend Pkt. 2.2 und 2.3) ergänzende Prüfunterlagen von fünf weiteren Patienten aus dem geprüften Abrechnungsquartal des Arztes an.

Sofern die Abrechnungsscheine dieses Quartals nicht mehr zur Verfügung stehen, werden die Prüfunterlagen aus dem folgenden Abrechnungsquartal angefordert.

Ergibt die erneute Prüfung ebenfalls die Beurteilung nach der Stufe III, so ist die Abrechnungsberechtigung für die Kernspintomographie von der Hauptstelle der KVNo zu widerrufen.

Ein Antrag auf Wiedererteilung der Abrechnungsberechtigung für die Kernspintomographie ist frühestens 6 Monate nach dem Widerruf der Abrechnungsberechtigung zulässig.

Die Wiedererteilung der Abrechnungsberechtigung setzt voraus, dass der Arzt im Rahmen eines Kolloquiums vor der Kernspintomographiekommission seine Befähigung zur Durchführung nachweist. In diesem Fall erfolgt nach einem Jahr eine erneute Prüfung der Dokumentationen.

2.7 Honorarberichtigung bei Qualitätsmängeln

Unbeschadet etwaiger rechnerischer Berichtigungen wegen fehlerhafter Anwendung der Symbolnummern des EBM meldet die GQS der für die Abrechnung des Arztes zuständigen Bezirkstelle der KVNo die überprüften Behandlungsfälle, die mit der Punktzahl „0“ beurteilt wurden. Für diese Fälle führt die Bezirkstelle entsprechende Honorarberichtigungen/Honorarrückforderungen durch.

Bei einem Arzt, der im Rahmen der Qualitätsprüfung mit der Stufe III beurteilt wurde, ist das Gesamthonorar im geprüften Zeitraum für die Symbolnummern 5520 und/oder 5521 EBM zu berichtigen.

2.8 Richtigstellung von Abrechnungsfehlern

Stellen sich bei der Prüfung Fehler in der Anwendung der Symbolnummern (Abrechnungsfehler) heraus, so hat die GQS die für die Abrechnung des Arztes zuständige Bezirkstelle zu informieren, die ggf. sachlich-rechnerische Berichtigungen (Absetzungen) durchführt.

3 Zuständigkeiten und Verfahren

Zuständig für die Durchführung der Qualitätsbeurteilung ist der Vorstand der KVNo.

Zur Durchführung seiner Aufgaben bedient er sich der Qualitätssicherungskommission-Kernspintomographie, deren Zusammensetzung in Nr. 1. geregelt ist.

Die Qualitätssicherungskommission-Kernspintomographie prüft die vorgelegten Unterlagen und informiert den Vorstand über ihre Prüfungsergebnisse.

Der Vorstand der KVNo erlässt unter Beachtung der Empfehlungen der Qualitätssicherungskommission-Kernspintomographie die entsprechenden Bescheide. Dem betreffenden Arzt sind darin die getroffenen Feststellungen und Mängel anhand des von der Qualitätssicherungskommission-Kernspintomographie erstellten Beurteilungsbogens mitzuteilen.

Widerspruchsstelle ist der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

4 In-Kraft-Treten

Die Durchführungsbestimmungen treten mit der Veröffentlichung im Rheinisches Ärzteblatt in Kraft.

Düsseldorf, den 13. Juni 2001

*Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
Körperschaft des öffentlichen Rechts
gez. Dr. Hansen
Vorsitzender des Vorstandes*