

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

- Auffällige Frequenzsprünge im Vergleich der Quartale
- Abweichung der Notfalldienstzeiten von den Angaben aus der Sammelerklärung
- Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen bei Urlaub des leistungsberechtigten Partners einer Gemeinschaftspraxis
- auffällige Überweisungsanzahl im Bereich der Laborleistungen
- fehlende Dokumentationsbögen bei ausgewählten Präventionsleistungen
- auffällige Fallzahl bei ermächtigten Ärzten
- unerklärliche Fallzahlzunahme
- Abrechnung von Leistungen, bei denen der Arzt der einzige Erbringer der Fachgruppe ist
- Fallzahlvermehrung in den Vereinbarungen und Strukturverträgen um mehr als 20 % gegenüber dem Vorjahresquartal (z. B. Onkologievereinbarung, Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie, DMP)
- Überschreitung des Überweisungsumfangs bei Auftragsleistungen
- Stereotype Indikationsstellung, z.B. auch im Bereich der Psychotherapie
- Abrechnung probatorischer Sitzungen nach stereotypem Muster.

Die nachstehende Anschlussvereinbarung ist die Fortsetzung des bisherigen, zum 31.3.06 ausgelaufenen Kataraktvertrages.

Vertrag

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
– vertreten durch den Vorstand –
(nachstehend KVNo genannt)**

und

**der AOK Rheinland
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf
– vertreten durch den Vorstand –
(nachstehend AOK genannt)**

über

die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt- Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 c SGB V

Präambel

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein eine Vielzahl von Katarakt-Operationen in Krankenhäusern erfolgt, obwohl deren Erbringung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der medizinischen Standards möglich, sinnvoll und aus Sicht des Patienten wünschenswert wäre. Ziel dieser Vereinbarung ist es, die Erbringung ambulanter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung zu fördern.

§ 1 Gegenstand des Vertrages

Dieser Vertrag ist die Fortführung des zum 31.12.2005 gekündigten Kataraktvertrages, dessen Regelungen bis einschließlich zum 31.03.2006 Anwendung fanden, mit der AOK Rheinland. Gegenstand dieses Vertrages ist die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen, die Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind, einschließlich der Abgeltung und Abrechnung der Kosten für Intraokularlinsen und Verbrauchsmaterialien.

§ 2 Teilnahme an dem Vertrag

An dem Vertrag können die zur vertragsärztlichen Versorgung in Nordrhein zugelassenen ophthalmochirurgisch behandelnden Augenärzte und ermächtigten Augenärzte teilnehmen, wenn sie die nachstehenden Bedingungen erfüllen oder einen entsprechenden Antrag zur Teilnahme an diesem Vertrag bei der KVNo gestellt haben:

1. Die KVNo überprüft das Vorliegen der nachstehenden Teilnahmevoraussetzungen für die bisherigen Teilnehmer und bestätigt den teilnahmeberechtigten Ophthalmochirurgen die Teilnahmemöglichkeit. Auf der Grundlage der §§ 2 und 3 dieses Vertrages entscheidet die KVNo über Anträge von Ophthalmochirurgen, die erst nach dem 31.03.2006 teilnehmen wollen. Dabei ist die festgelegte Begrenzung der teilnehmenden Ophthalmochirurgen zu beachten. Ist die Versorgung nach den in der Anlage 4 festgelegten Kriterien erfüllt, können keine weiteren

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

Genehmigungen erteilt werden. Eine Anerkennung kann nur erfolgen, wenn unter dem Gesichtspunkt einer regionalen Unterversorgung das Erfordernis zur Teilnahme durch die KVNo bejaht wird und die in der Region teilnehmenden Ophthalmochirurgen über keine freien Operationskapazitäten verfügen. Soweit unter mehreren Bewerbern um die Teilnahme an diesem Vertrag auszuwählen ist, wird die Entscheidung nach der Reihenfolge des Eingangs der Bewerbungen getroffen; bei gleichzeitigem Eingang entscheidet der Vorstand der KVNo im Rahmen eines ihm zustehenden Beurteilungsspielraumes.

2. Die Teilnahme an dem Vertrag ist freiwillig. Sie setzt für die nachstehend bezeichneten Ophthalmochirurgen voraus, dass sich der teilnehmende Ophthalmochirurg den Bedingungen dieses Vertrages unterwirft und hierüber – soweit nicht vorliegend – eine Erklärung gegenüber der KVNo abgibt und ihr gegenüber das Vorliegen der in diesem Vertrag geforderten Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 nachweist. Der teilnehmende Ophthalmochirurg verpflichtet sich, die Kriterien des Vertrages zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V und die Anforderungen der geltenden Gesetze und Verordnungen sowie die anerkannten Standards im Bereich der hygienischen Voraussetzungen im ambulanten Operationsbereich in vollem Umfang zu erfüllen. Er erklärt, dass er mit der Begehung seiner Operationsräume durch die entsprechende Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und einen von der AOK Rheinland benannten Vertreter einverstanden ist.
3. Die Teilnahme an dem Vertrag gilt bis zur Beendigung des Vertrages sowie bis zur Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der vertragsärztlichen Ermächtigung. Sie endet außerdem durch Erklärung des Ophthalmochirurgen gegenüber der KVNo, seine Tätigkeit nach diesem Vertrag einzustellen. Eine rückwirkende Erklärung durch die Teilnehmer des Vertrages ist ausgeschlossen. Die Teilnahme an dem Vertrag wird durch die KVNo außerdem beendet bei groben Verstößen gegen die in diesem Vertrag festgelegten Inhalte oder wenn die Vertragspartner einvernehmlich feststellen, dass der Ophthalmochirurg die festgelegten Erfordernisse und Regelungen nach diesem Vertrag nicht oder nicht mehr erfüllt.
4. Eine weitere Teilnahme für bereits an dem zum 31.03.2006 auslaufenden Vertrag teilnehmende Ophthalmochirurgen kann nur dann erfolgen, wenn in dem Bezugszeitraum 3/04 bis 2/05 – für neue Vertragsteilnehmer gilt der Zeitpunkt der letzten 4 abgerechneten Quartale vor Teilnahme an diesem Vertrag

– und während der Laufzeit dieses Vertrages jährlich eine Mindestanzahl von 100 Kataraktoperationen zu Lasten der GKV erbracht wurde. Ophthalmochirurgen, die diese Mindestanzahl nicht erreichen, können an diesem Vertrag nicht teilnehmen bzw. werden im Folgejahr von der Teilnahme mit dem Zeitpunkt der Feststellung für das nachfolgende Quartal durch Bescheid der KVNo ausgeschlossen.

5. Die KVNo erteilt den teilnahmeberechtigten Ophthalmochirurgen die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung, wenn die in den §§ 2 und 3 genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die KVNo stellt der AOK regelmäßig, mindestens einmal im Quartal, eine Übersicht der Vertragsteilnehmer in elektronischer Form zur Verfügung.
6. Die KVNo informiert die AOK unverzüglich über die ausgesprochenen Teilnahme genehmigungen und über die Beendigung der Teilnahme genehmigung.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen

I. Voraussetzungen für Vertragsteilnehmer

Eine Teilnahme an dem Vertrag setzt voraus, dass der Vertragsarzt Facharzt für Augenheilkunde ist und über eine ophthalmochirurgische Struktur verfügt, d.h., insbesondere die apparative Ausstattung zur Bestimmung der Linse und der Abklärung des ophthalmochirurgischen Vorbefundes einschließlich Ultraschall und Biometrie vorhält sowie das in der Anlage 1 des Vertrages genannte Qualitätsmanagement gegenüber der KV Nordrhein nachweist.

II. Personelle und sachliche Ausstattung ophthalmochirurgischer OP-Einrichtungen

1. Der Operateur ist an die persönliche Leistungserbringung gebunden. Als ärztliche Assistenten sind voll zugelassene Vertragsärzte, Dauerassistenten nach § 32 b der ZV, Weiterbildungsassistenten, Job-Sharing-Angestellte gemäß der Angestellten-Ärzte-Richtlinie zugelassen.
2. Bei Operationen, die nach diesem Vertrag abgerechnet werden, sind mindestens ein entsprechend qualifizierter nicht ärztlicher Assistent und eine Hilfskraft in Bereitschaft vorzuweisen. Der Nachweis der Qualifikation und Weiterbildung ist auf Verlangen der KVNo vorzulegen. Die Anforderungen an die Qualifikation richten sich nach den geltenden gesetzlichen Regelungen und wissenschaftlich anerkannten Richtlinien.
3. Alle teilnehmenden Ophthalmochirurgen verpflichten sich, die Kriterien des Vertrages zur Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren gemäß § 15

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

des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung einzuhalten. Die Ophthalmochirurgen, die an diesem Vertrag teilnehmen, verpflichten sich außerdem, jederzeit Begehungen durch die Qualitätssicherungskommission „ambulantes Operieren“ zuzulassen.

4. Der Nachweis der Zertifizierung des Hygienerahmenplans und der operativen Einheit entsprechend der Anlage 2 gegenüber der KVNo ist Teilnahmevoraussetzung.

§ 4 Indikationen für ambulant durchzuführende Katarakt-Operationen

1. Die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages können bei Vorliegen folgender Indikationen durchgeführt werden:
 - Visusreduktion auf ca. $\leq 0,5$ in der Ferne oder Nähe, auch dann, wenn die Visusreduktion nur unter ungünstigen Lichtverhältnissen, bei Blendung etc. auftritt und unter optimalen Untersuchungsbedingungen unter Umständen noch ein besserer Visus besteht. Bei einem Visus $> 0,5$ ist die Indikationsstellung weitergehend in der Dokumentation des Patienten in der Praxis zu begründen.
 - Operation des zweiten Auges bei hoher Anisometropie.
 - Visusunabhängig, wenn die Entfernung einer Linse wegen einer anderen Augenerkrankung notwendig wird.
2. Eine Indikation im Sinne dieser Definition ist auch dann gegeben, wenn eine standardisierte Befragung nach dem als Anlage 3 dieses Vertrages vereinbarten Fragebogen ergibt, dass eine der aufgeführten Einschränkung entsprechende Behinderung festzustellen ist.

§ 5

Grundsatz der Überweisung innerhalb des Vertrages

1. Die Tätigkeit des teilnehmenden Ophthalmochirurgen erfolgt in aller Regel auf Überweisung und bleibt im Rahmen dieses Vertrages auf die in § 6 definierten Leistungen beschränkt.
2. Im Bedarfsfalle sind folgende Überweisungen durch den teilnehmenden Ophthalmochirurgen vorzunehmen:
 - zum hausärztlich tätigen Vertragsarzt nach § 73 Abs. 1 a SGB V zur Abklärung des Risikoprofils bei Durchführung einer ambulanten Operation.
 - zum Neurologen bei pathologischen Ergebnissen der neuroophthalmologischen Grunduntersuchung.
 - zu weiteren Fachärzten bei Bedarf.

§ 6 Leistungsbeschreibung

1. Durch den teilnehmenden Ophthalmochirurgen sind folgende Leistungen obligatorisch zu erbringen:
 - Erörterung der individuellen Voraussetzungen und Risiken des Patienten bei ambulanter Durchführung der Operation hinsichtlich seines medizinischen Augenbefundes.
 - Indikationsstellung zu einer ambulant durchzuführenden Katarakt-Operation durch einen Arzt für Augenheilkunde.
 - Beratung des Patienten über Nutzen und Risiken einer geplanten ambulanten Katarakt-Operation.
2. Die postoperative Betreuung nach durchgeführter ambulanter Katarakt-Operation im Sinne dieses Vertrages wird gegebenenfalls durch den Ophthalmochirurgen in den ersten 14 Tagen nach Operation sichergestellt.
3. Zu den Leistungen zählen die im folgenden Katalog aufgelisteten Leistungen:
 - Unabdingbare Durchführung der ambulanten Katarakt-Operation nach den Regeln der ärztlichen Kunst unter Berücksichtigung des Berufsrechts und entsprechender vertragsärztlicher Richtlinien, gegebenenfalls einschließlich ärztlicher Assistenz. Die Operation ist in aller Regel in Kleinschnitttechnik mit faltbarer Linse auszuführen. Sollte ausnahmsweise bei entsprechender medizinischer Indikation eine nicht faltbare Linse implantiert werden, ist die Qualitätssicherungskommission der KVNo zu informieren.
 - Überprüfung der Indikationsstellung zu einer ambulant durchzuführenden Katarakt-Operation und der physischen und psychischen Voraussetzungen des Patienten zur Durchführung einer ambulanten Operation anhand der vom Zuweiser mitgegebenen Unterlagen.
 - Ausführliche Aufklärung des Patienten über Nutzen und Risiken einer Katarakt-Operation einschließlich Darstellung der möglicherweise besonderen Risiken einer ambulanten Operation einschließlich Einholung einer Einverständniserklärung des Versicherten.
 - Präoperative Vorbereitung durch den Operateur.
 - Unmittelbare postoperative Überwachung und Betreuung bis zu 6 Stunden nach der Operation durch den Operateur oder Anästhesisten.

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

- Organisation einer 24-Stunden-Erreichbarkeit durch den Operateur oder qualifizierten Ophthalmochirurgen in der frühen postoperativen Phase.
- Dokumentation der ambulant durchgeführten Katarakt-Operation und Berichterstattung an den Zuweiser, ggf. einschließlich Ergebnisberichterstattung an den Hausarzt des Versicherten.
- Überweisung in Absprache mit dem zuweisenden Vertragsarzt, gegebenenfalls auch dem Hausarzt, zur Veranlassung einer Einweisung zur stationären Krankenhausbehandlung bei Patienten, bei denen ein ambulanter Eingriff aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.
- Postoperative Kontrollen für Patienten, welche an den Operateur verwiesen wurden, führt der Operateur für diese Patienten nur bei besonderer Veranlassung (z. B. auf Wunsch des Zuweisers oder bei medizinischer Notwendigkeit) durch. Im Regelfall sollen die postoperativen Kontrollen bei überwiesenen Patienten durch den Zuweiser erfolgen. Für eigene Patienten führt der Operateur die postoperativen Kontrollen selbst durch.
- Dem Patienten/der Patientin soll ein kurzfristiger Termin, möglichst innerhalb eines Zeitraumes von zwei Monaten nach Zuweisung, angeboten werden.

§ 7 Vergütung und Abrechnung

Die Vergütung der nachstehend beschriebenen Leistungen erfolgt durch einmalige Pauschalen je Krankheitsfall und erkranktem Auge:

1. Die AOK vergütet den teilnehmenden ophthalmochirurgisch tätigen Operateuren für den gesamten in diesem Vertrag dargestellten Leistungsinhalt einschließlich aller anstehenden Sachkosten eine ambulante Operationspauschale in Höhe von 800,- € (ärztliches Honorar = 501,- € und Sachkosten = 299,- €) je durchgeführter Katarakt-Operation. Die Pauschale je durchgeführter Katarakt-Operation wird mit der Symbol-Nummer 90660 abgerechnet. Wird bei entsprechender Indikation eine Sonderlinse (z.B. Heparin-Linse) implantiert, erfolgt die Erstattung der Kosten für die Sonderlinse in nachgewiesener Höhe. Neben den Kosten für die Sonderlinse werden Sachkosten für Verbrauchsmaterialien außerhalb des Sprechstundenbedarfs in nachgewiesener Höhe bis zu 141,- € zuzüglich einer Pauschale für das ärztliche Honorar in Höhe von 501,- € nach Symbol-Nummer 90661 erstattet. Der Betrag für die Kosten einer Sonderlinse ist auf dem Abrechnungsschein einzutragen und vor diesem Betrag mit der Symbol-Nummer 90998D zu kennzeichnen.

Die Sachkosten für die Verbrauchsmaterialien sind ebenfalls als Betrag auf dem Abrechnungsschein einzutragen und mit der Symbol-Nummer 90998J zu kennzeichnen. Sollte ausnahmsweise bei entsprechender medizinischer Indikation eine nicht faltbare Linse implantiert werden, ist die Qualitätssicherungskommission der KV Nordrhein zu informieren. In diesem Fall erfolgt eine Erstattung der Sachkosten inkl. der Linse in nachgewiesener Höhe, maximal bis zu einem Betrag von 192,- € zuzüglich einer Pauschale für das ärztliche Honorar in Höhe von 501,- € nach der Symbol-Nummer 90662. Der Betrag für die Sachkosten einer nicht faltbaren Linse ist auf dem Abrechnungsschein einzutragen und vor diesem Betrag mit der Symbol-Nummer 90998Z zu kennzeichnen. Neben den Pauschalen nach den Nrn. 90660 - 90662 sind in demselben Krankheitsfall folgende Gebührenordnungsnummern des BMÄ nicht berechnungsfähig: 06210 – 06212, 06220, 06330, 06333, 31351, 31801 sowie die Nrn. 90620 bis 90622.

2. Mit den in Abs. 1 genannten Sachkostenpauschalen bzw. Sachkostenhöchstbeträgen sind alle Kosten des Implantats incl. der Beschaffung und Lagerung, des viskochirurgischen Materials sowie die Sachkosten des Verbrauchsmaterials für Mittel außerhalb des Sprechstundenbedarfs abgegolten. Eine darüber hinausgehende Forderung gegenüber der/dem Versicherten ist nicht zulässig.
3. Benötigte Arzneimittel, Verband- und Nahtmaterial sind entsprechend der Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf zu beziehen.
4. Die AOK Rheinland hat das Recht, über die KV Nordrhein praxisbezogen die Rechnungen zu den Materialkosten für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt einzufordern. Aus den Rechnungen sollen die Materialbezüge den vorgenommenen Operationen zeitraumbezogen zuordenbar sein.

§ 8 Finanzierung

1. Die Anzahl der Kataraktoperationen wird je Kalenderjahr auf max. 15.000 Eingriffe bzw. je Quartal auf max. 3.750 Eingriffe begrenzt. Die AOK wird hierfür insgesamt max. 12.000.000,- € je Kalenderjahr bzw. max. 3.000.000,- € je Quartal nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen zur Verfügung stellen.
2. Die Vergütung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen erfolgt aus einem gesondert hierzu bei der KVNo gebildeten Honorartopf innerhalb der budgetierten Gesamtvergütung nach § 85 SGB V.
3. Sofern nach § 2 Abs. 1 weitere Ophthalmochirurgen zugelassen werden und das Gesamtkontingent der je

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

Kalenderjahr zur Verfügung stehenden Kataraktoperationen bereits durch die teilnehmenden Ophthalmochirurgen ausgeschöpft ist, verständigen sich die Vertragspartner umgehend über mögliche Konsequenzen.

4. Zur Bildung des vorgenannten Honorartopfes werden die Individualbudgets nach dem Honorarverteilungsvertrag der KVNo bereinigt. Die Individualbudgets der Ophthalmochirurgen werden in der Weise bereinigt, dass eine Punktzahl von 9200 mit der individuellen Anzahl der ambulanten Katarakt-Operationen zugunsten der Versicherten der AOK im Ausgangszeitraum 1/2001 bis 4/2001 multipliziert wird. Der so ermittelte Leistungsbedarf wird mit 5,11 Cent und der praxisindividuellen Quote multipliziert und das so ermittelte Vergütungsvolumen wird dem Honorartopf nach Abs. 2 zugeführt.
5. Ebenfalls wird dem Honorartopf nach Abs. 2 der Vergütungsanteil aus der abgerechneten Anzahl der Symbol-Nummern 9620 bis 9622 (Pauschalerstattung) des Jahres 2002 zugeführt sowie die nachgewiesenen Kosten für eine Einzelanfertigung einer Sonderlinse nach den Symbol-Nrn. 9001Q – 9007Q.
6. Die Vergütungsanteile, die die Ophthalmochirurgen im Jahr 2002 aus den besonderen Förderungen des ambulanten Operierens der AOK (s. § 7 Abs. 1 2. Spiegelstrich i. V. mit Abs. 5 sowie § 7 Abs. 7 der Honorarvereinbarung 2002) erhalten haben, werden dem Honorartopf nach Abs. 2 ebenfalls zugeführt.
7. Bei Ophthalmochirurgen, die die Voraussetzungen nach § 2 und § 3 nicht erfüllen und aus dem Vertrag ausscheiden, wird die Bereinigung des Individualbudgets zum Ende des Quartals, an dem die Teilnahme beendet wird, wieder zurückgeführt und der Honorartopf nach Abs. 2 reduziert sich entsprechend.
8. Die Bildung des Honorartopfes erfolgt quartalsweise und wird von der KVNo der AOK jeweils dargelegt. Der auf den Honorartopf entfallende Anteil der Erhöhung der Kopfpauschalvergütung um die für das betreffende Quartal vereinbarte Veränderungsrate wird dem Honorartopf jeweils zugeführt.
9. Unterschreitet das für das jeweilige Quartal abgerechnete Vergütungsvolumen nach den vorgenannten Regelungen den zur Verfügung gestellten Honorartopf, erfolgt ein Übertrag des nicht ausgeschöpften Betrages in den Honorartopf für das Folgequartal. Stellen die Vertragspartner nach Ablauf von 4 Quartalen einvernehmlich fest, dass - bezogen auf ein Vertragsjahr - dauerhaft Restbeträge im vorstehenden Sinne anfallen, verständigen sie sich über die Verwendung der bis dahin angefallenen Restbeträge, über eine adäquate Reduzierung der Honorartöpfe sowie über die Verwendung des dadurch freierwerdenden Finanzvolumens.
10. Soweit der nach den vorstehenden Regelungen für das jeweilige Quartal zur Verfügung gestellte Honorartopf nicht ausreicht, um die abgerechneten Vergütungen nach diesem Vertrag zu finanzieren, erfolgt eine Finanzierung unter Berücksichtigung des Honorartopfes bis max. zur Erreichung des in Abs. 1 festgelegten Betrages von 3.000.000,— EUR. Über die Einzelheiten dieser Finanzierung verständigen sich die Vertragspartner jeweils nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des betreffenden Quartals. Darüber hinausgehende Zahlungen erfolgen nicht.
11. Ophthalmochirurgen, die bereits an dem zum 31.03.2006 ausgelaufenen Kataraktvertrag teilgenommen haben und deren Individualbudget nach der Vorgabe des § 8 Abs. 4 bereinigt worden ist, erhalten ab dem 01.04.2006 quartalsweise ein individuelles Katarakt-Budget in der Anzahl der Häufigkeiten der Kataraktoperationen. Grundlage für die Höhe des individuellen Katarakt-Budgets ist die Anzahl der Kataraktoperationen, die zugunsten der Versicherten der AOK Rheinland nach den Symbolnummern 9660/90660 bis 9662/90662 in den Quartalen 3/04 bis 2/05 abgerechnet wurden dividiert durch 4 Quartale. Hierbei erfolgt eine Anpassung des individuellen Katarakt-Budgets mit einem Anpassungsfaktor, der sich aus der Division der nach Abs. 1 maximal möglichen Kataraktoperationen je Kalenderjahr (15.000) und der im Bezugszeitraum insgesamt nach diesem Vertrag abgerechneten Kataraktoperationen nach den Symbolnummern 9660/90660 bis 9662/90662 ergibt. Über das individuelle Katarakt-Budget hinausgehende Kataraktoperationen werden nicht vergütet.
12. Bei Ophthalmochirurgen, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit beenden, erfolgt eine Übertragung des Katarakt-Individualbudgets auf den Nachfolger, der Honorartopf nach Abs. 2 wird nicht berührt.
13. Bei Ophthalmochirurgen, die ihre vertragsärztliche Tätigkeit beenden und keinen Nachfolger haben, wird das Katarakt-Individualbudget auf die Kataraktoperateure gleichmäßig aufgeteilt, die im gleichen Zulassungsbezirk niedergelassen sind, der Honorartopf nach Abs. 2 wird nicht berührt.

§ 9 Nachweislicher Verlagerungseffekt

Stellen die Vertragspartner während der Laufzeit dieses Vertrages einen Verlagerungseffekt von stationären Katarakt-Operationen zu ambulanten Katarakt-Operationen einvernehmlich fest, so werden die Vertragspartner

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

Gespräche über mögliche Konsequenzen aus diesem Verlagerungseffekt aufnehmen.

Dies gilt auch zum Beispiel für die aus den nach § 115 b SGB V eingetretenen Verlagerungseffekten.

§ 10 In-Kraft-Treten, Laufzeit und Kündigung

1. Der Vertrag tritt am 01. April 2006 in Kraft. Eine Kündigung ist mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Quartalsende, frühestens jedoch zum 31.12.2006, möglich. Erfolgt keine Kündigung der Vereinbarung, verlängert sich die Laufzeit um ein weiteres Jahr.
2. Sollten gesetzliche Änderungen (SGB V), Änderungen des EBM oder andere vertragliche Regelungen Auswirkungen auf die Inhalte dieses Vertrages haben, kann dieser Vertrag abweichend von Abs. 1 früher als zum 31.12.2006 bzw. früher als zum 31.12. des jeweiligen Jahres mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
3. Die Kündigung bedarf der Schriftform. Als Kündigungsgründe kommen insbesondere neue Erkenntnisse im Bereich der Sachkostenkalkulationen und nachweisbare Verlagerungen von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich in Frage.
4. Kommt eine Anschlussregelung nicht zustande, wird eine Entscheidung durch das Schiedsamt herbeigeführt. Bis zu diesem Zeitpunkt gilt die bis dahin gültige Vergütungsregelung fort.

Düsseldorf, den 22.02.2006

<i>Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein Dr. Leonhard Hansen Vorsitzender</i>	<i>AOK Rheinland Die Gesundheitskasse Wilfried Jacobs Vorsitzender des Vorstandes</i>
---	---

Protokollnotiz

zum Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 c SGB V

zwischen der

AOK Rheinland – Die Gesundheitskasse –

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Zu § 7

Für nicht nach diesem Vertrag erbrachte ophthalmochirurgische Leistungen erfolgt der Ersatz für die implantierte Linse und die übrigen Verbrauchsmaterialien in Höhe der nachgewiesenen Kosten maximal in Höhe der in § 7 für die jeweilige Linsenart genannten Sachkostenerstattungsbeträge innerhalb der budgetierten Gesamtvergütung. Die Absätze 2. bis 4. des § 7 gelten entsprechend.

Düsseldorf, den 22.02.2006

*Kassenärztliche
Vereinigung Nordrhein
Dr. Leonhard Hansen
Vorsitzender*

*AOK Rheinland
Die Gesundheitskasse
Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes*

Anlage 1

Qualitätsmanagement

1. Gegenstand des Qualitätsmanagements ist die zwischen der VOA und dem TÜV Rheinland abgestimmte Projektskizze sowie das Handbuch zum Qualitätsmanagement bei ambulant durchgeführten Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung oder ein vergleichbares Konzept zum Qualitätsmanagement.
2. Der TÜV Rheinland oder eine vergleichbare Institution wird im Auftrag des vertragsteilnehmenden Arztes die Zertifizierung vornehmen.
3. Der vertragsteilnehmende Arzt setzt den Zertifizierungsprozess dadurch in Gang, dass er bei dem bei dem TÜVmed RWTÜV Systems GmbH, Lange-markstr. 20, 45141 Essen oder einer vergleichbaren Institution für seine ophthalmochirurgische Praxis die Zertifizierung nach dem unter 1 genannten Qualitätsmanagement beantragt.
4. Nach positivem Abschluss des Zertifizierungsprozesses erhält der Arzt durch den TÜV Rheinland oder eine vergleichbare Institution ein entsprechendes Zertifikat, welches er bei der KV Nordrhein vorlegt. Die KV Nordrhein bestätigt dem vertragsteilnehmenden Arzt die Erfüllung der vertraglichen Regelungen nach dem Vertrag über die Förderung ambulant durchgeführter Katarakt-Operationen in der vertragsärztlichen Versorgung.

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

Anlage 2

Inhalte des Hygienerahmenplans und der Zertifizierung des Hygienerahmenplans in der ambulanten operativen augenärztlichen Praxis

Ziel des Hygienerahmenplans und dessen Zertifizierung ist die fortlaufende Umsetzung der im europäischen Raum sowie im nationalen und regionalen Bereich verbindlichen Regelungen und Gesetze, Verordnungen und Normen zu hygienischen Abläufen und der Anwendung und des Gebrauchs von Medizinprodukten und Arzneimitteln im ambulanten Operationsbereich.

Da der Erfolg eines Sterilisationsverfahrens oder der Hygieneabläufe nicht an jedem Endprodukt direkt bestätigt werden kann, muss sichergestellt sein, dass der gesamte Prozessablauf und seine wesentlichen Elemente qualitätsgesichert und standardisiert ablaufen. Zum indirekten Nachweis dient die Zertifizierung des Hygienerahmenplans, die die Umsetzung des Qualitätshandbuchs Hygiene, der Verfahrensanweisungen sowie auch der Organigramme, Ablaufschemata, Schulungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Fehlerlenkung und der Korrekturmaßnahmen sowie die gesamte Prozessdokumentation in einem Audit überprüft.

Die Zertifizierung wird zunächst für 3 Jahre ausgesprochen. Nach dem zu Beginn durchgeführten Zertifizierungsaudit erfolgen jährliche Überwachungsaudits, die die aktuell geltenden Regelungen und wissenschaftlichen Erkenntnisse berücksichtigen.

Der Hygienerahmenplan orientiert sich dabei in seiner Struktur an den Vorgaben des Qualitätsmanagementsystems nach der neuen prozessorientierten DIN EN ISO 9001:2000.

Das bedeutet, dass in der zertifizierten Einrichtung alle hygiene relevanten Vorgänge in Form von qualitätsgesicherten Prozessabläufen organisiert sind. Die hygiene relevanten Geräte und Apparate, die baulichen Voraussetzungen und die Ausstattung der Praxis müssen den Kriterien des Hygienerahmenplanes genügen. Das Personal muss entsprechend seinem Einsatz geschult sein.

Zur Umsetzung eines Qualitätsmanagementsystems Hygiene dient als Grundlage das Qualitätsmanagementhandbuch Hygiene, das die Praxis erstellt, prüft und verbindlich in Kraft setzt.

Es muss enthalten:

- Die Beschreibung des Qualitätsmanagementsystems, seine Abläufe und die Zusammenhänge
- Die Darstellung der Verfahren aller Systemebenen bzw. Verweise auf Verfahrensanweisungen

- Die Festlegung von Verantwortungen und Zuständigkeiten und der notwendigen Qualifikationen
- Wechselwirkungen/Schnittstellen zwischen den einzelnen Prozessabläufen
- Lenkung der Dokumente und der Aufzeichnungen (z. B. Erstelldatum und Versionsnummer der Dokumente)
- Die Abläufe der Fehlerlenkung, Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen
- Verfahren zur Durchführung interner Audits

Rechtliche Grundlagen des Hygienerahmenplans

Europäische Regelungen

Die in den letzten Jahren auf europäischer Ebene formulierten und national umzusetzenden Regelungen sind:

- Richtlinie für Medizinprodukte 93/42 EWG, die durch das Medizinproduktegesetz (MPG) in nationales Recht umgesetzt wurde,
- EN 554, „Sterilisation von Medizinprodukten - Validierung und Routineüberwachung für die Sterilisation mit feuchter Hitze“, seit Mai 1993 gültig, die den Stand der Technik bei der Produktsterilisation beschreibt,
- EN 285, die die Anforderungen an Dampfgrößsterilisatoren beschreibt,
- EN 556, die die Definition für sterile Medizinprodukte beschreibt und die
- EN 29001, sie regelt verbindlich die Ausbildung der für die Sterilisation verantwortliche Person.

Hinweis: Die EN 554, Sterilisation von Medizinprodukten, liefert die Definition, wann ein Produkt keimfrei d. h. steril ist und als steriles Medizinprodukt zur Anwendung kommen darf. „Ein Gegenstand kann dann als steril betrachtet werden, wenn der theoretische Wert von nicht mehr als einem lebenden Mikroorganismus in einmal 10^6 (1 Million) sterilisierten Einheiten des Endproduktes vorhanden ist“. Im Hygienerahmenplan wird das Sterilisationsziel SAL 10^{-6} verfolgt. Sterilisation ist Teil der Aufbereitung bzw. Wiederaufbereitung von Medizinprodukten. Neben der Sterilisation gehören zur Aufbereitung Desinfektion und Reinigung. Die Dekontamination soll die Keimzahlen soweit reduzieren, dass vor der Sterilisation eine geringstmögliche Keimbelastung resistenter Mikroorganismen (D-Wert=2,5 Minuten) angenommen werden kann. Um eine SAL von 10^{-6} zu erreichen, muss das Sterilisationsverfahren daher eine Keimreduktion um 6 Logstufen erreichen.

Nationale Regelungen:

Für die Abläufe der Hygiene und die Anforderungen an die Qualitätsstandards gelten die folgenden nationalen Gesetze und Verordnungen:

- Das Medizinproduktegesetz (MPG) ist die nationale Umsetzung der EU-Richtlinie für Medizinpro-

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

dukte 93/42 EWG und bildet die Grundlage für weitere Verordnungen.

- Die Medizinprodukte-Verordnung (MPV)
§ 6 Abs. 7: Wer Medizinprodukte sterilisiert, hat Verfahren gemäß der Richtlinie 93/42/EWG durchzuführen und eine Erklärung auszustellen, dass die Sterilisation gemäß den Anweisungen des Herstellers erfolgt ist.
§ 6 Abs. 8: Wer Medizinprodukte aufbereitet, hat Verfahren gemäß der Richtlinie 93/42/EWG durchzuführen und eine Erklärung auszustellen, die die Aufbereitung nach einem geeigneten validierten Verfahren bestätigt.
- Medizinprodukte Betreiberverordnung (MPBetreibV)
§ 4 Medizinprodukte Betreiberverordnung wird nachfolgend zitiert:
„... die Aufbereitung von bestimmungsgemäß keimarm oder steril zur Anwendung kommenden Medizinprodukten ist unter Berücksichtigung der Angaben des Herstellers mit geeigneten validierten Verfahren durchzuführen.
Eine ordnungsgemäße Aufbereitung nach Satz 1 wird vermutet, wenn die gemeinsame Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut und des Bundesinstituts für Arzneimittel und Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten beachtet wird“.
- Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten bei Menschen (Infektionsschutzgesetz-IfAS) = Artikel 1 des Gesetzes zur Neuordnung solcher rechtlichen Vorschriften vom 20.07.2000:
Zitat § 36:
 1. Einrichtungen für ambulantes Operieren legen in Hygieneplänen § 36 Infektionsschutzgesetz die Einhaltung der Infektionshygiene fest und regeln innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene. Die genannten Einrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt.
 2. Zahnarztpraxen sowie Praxen sonstiger Heilberufe, in denen Eingriffe vorgenommen werden sowie sonstige, bei denen durch Tätigkeiten am Menschen Blutkrankheitserreger übertragen werden können, können durch das Gesundheitsamt infektionshygienisch überwacht werden.
- Bio- und Gefahrstoffverordnung

Weitere Regelungen zur Qualitätssicherung und Verpflichtung für hygienische und medizinische Abläufe liefern das SGB V in § 115 b sowie das Transplantationsgesetz und Transfusionsgesetz als spezial gesetzliche Regelungen.

Regionale Regelungen

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW regelt in § 17 die Hygieneüberwachung unter der Überschrift Dienste der Qualitätssicherung:

Die untere Gesundheitsbehörde überwacht die Einhaltung der Hygienevorschriften insbesondere bei „5. ambulante Pflege und Behandlungseinrichtungen“.

- Abfallsatzung bzw. Abfall- und Entsorgungsgesetz der jeweiligen Stadt/Gemeinde

Nationale Vorschriften

- Berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Sicherheit und Gesundheit
 - Berufsgenossenschaftliche Vorschrift für Sicherheit und Gesundheit BGV C 8 regelt die Allgemeinhygiene, Schutz vor Verletzungen, Schutzkleidung und Immunisierung
- Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gem. § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V regelt in § 4 bauliche, apparative, technische, hygienische und personelle Voraussetzungen.

Richtlinien, Empfehlungen, Normen

Zur Umsetzung der Gesetze und Verordnungen sind die einschlägigen Richtlinien und Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut und des Bundesinstitutes für Arzneimittel und Medizinprodukte zu den Anforderungen an die Hygiene als antizipierte Sachverständigengutachten zu berücksichtigen. Daneben sind die DIN EN ISO-Normen und Präventionsrichtlinien sowie die aktuellen Veröffentlichungen der o. g. Institutionen fortlaufend zu beachten.

Die wichtigsten Empfehlungen und Normen zur Erstellung des Hygienerahmenplans, die berücksichtigt werden, sind:

- Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten, veröffentlicht im Bundesgesundheitsblatt 44 (2001: 1115 bis 1126). Die wichtigsten hierin genannten und aufgeführten Normen, bei deren Umsetzung von der Erfüllung der anerkannten Regeln der Technik ausgegangen werden kann, sind:
 1. DIN EN 554, Sterilisation von Medizinprodukten - Validierung und Routineüberwachung für die Sterilisation mit feuchter Hitze
 2. DIN EN ISO 14971 Anwendung des Risikomanagements auf Medizinprodukte
 3. DIN EN ISO 13485 Qualitätssicherungssysteme –Medizinprodukte-, besondere Anforderungen für die Anwendung von EN ISO 9001 (Zertifizierung)

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

4. DIN EN ISO 13488 Qualitätssicherungssysteme –Medizinprodukte- besondere Anforderungen für die Anwendung von EN ISO 9002 (Zertifizierung).
 5. DIN 58946 - Sterilisation - Dampf-Sterilisatoren Teil 6: Betrieb von Groß-Sterilisatoren im Gesundheitswesen
 6. DIN 58953 Sterilisation - Sterilgutversorgung (Verpackungsarten, Anwendungstechniken)
 7. DIN EN 15883 Reinigungs-/Desinfektionsgeräte (Validierung und Betrieb)
 8. DIN EN ISO 17664 Sterilisation von Medizinprodukten - Vom Hersteller zur Verfügung zu stellende Informationen zur Wiederaufbereitung von sterilisierbaren Medizinprodukten - Anforderungen
 9. DIN EN 1174 - Bestimmung der Anzahl von Mikroorganismen auf Produkten, Teil 1- Anforderungen
 10. DIN EN 1174 - Schätzung der Population von Mikroorganismen auf Produkten, Teil 2 - Leitfaden
 11. DIN EN 1174 - Schätzung der Population von Mikroorganismen auf Produkten, Teil 3 - Leitfaden zu den Validierungsverfahren für die Schätzung der Keimbelastung
 12. DIN EN 866 - Biologische Systeme für die Prüfung von Sterilisatoren und Sterilisationsverfahren, Teil 1 - Allgemeine Anforderungen
Teil 3 - Spezielle Systeme für den Gebrauch in Sterilisatoren mit feuchter Hitze
Teil 7 - Bio-Indikator-Einheiten für den Gebrauch in Dampf-Sterilisatoren
 13. DIN EN ISO 14161- Sterilisation von Produkten für die Gesundheitsfürsorge, Biologische Indikatoren - Leitfaden für die Auswahl, Verwendung und Interpretation von Ergebnissen.
- Empfehlungen Händehygiene, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt 43 (2000): 230 bis 233
 - Empfehlungen Anhang zur Anlage zu Ziffer 5.1 und 4.33, Anforderungen der Hygiene beim ambulanten Operieren im Krankenhaus und Praxis, Bundesgesundheitsblatt 40 (1997): 361 bis 365
 - RKI Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention Anlage 5.1
 - Aktuelle Liste der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)
 - RKI Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention Anlage 7.2 und 6.12
 - Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie von 1990, Kochprogramm oder chemothermische Desinfektion von Wäsche und steriler Schutzkleidung, Aufbereitung nach RKI Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention Anlage zu 7.1
 - RKI Richtlinie für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention, Anlage 6.8 zu Abfällen aus Behandlungs- und Untersuchungsräumen
 - RKI Richtlinie für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen für die Versorgung ambulanter Patienten, Anlage 4.3.2. der RKI Richtlinie für die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen, Bundesgesundheitsblatt 23/1980, Nr. 11 Seite 164 bis 165 (Hinweis: Regelt die Anforderungen an folgende Flächen im ambulanten OP-Bereich: Warteraum für Patienten, Patiententoilette, ggf. Patientenumkleidekabine, Untersuchungs- und Behandlungsraum, ggf. Eingriffsraum, ggf. Ruhe- bzw. Nachbeobachtungsraum, ggf. reiner Lagerraum für Materialien und Medikamente, ggf. Geräteraum, ggf. Raum für Reinigungs- und Desinfektionsmaterialien sowie zugehörige Geräte, Entsorgungsraum, Personaltoilette, Personalumkleideraum.
- Abschlussbericht der Task Force VCJK zur Bekämpfung, Erkennung, Diagnostik und Prävention unter besonderer Berücksichtigung der Risikominimierung der Übertragung durch Medizinprodukte von den Varianten der Creutzfeld-Jakob-Krankheit.
 - Empfehlung Anforderungen der Hygiene bei Operationen und anderen invasiven Eingriffen, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt 43 (2000): 644 bis 659
 - Empfehlung Ausbruchmanagement und strukturiertes Vorgehen bei gehäuftem Auftreten nosokomialer Infektionen, Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt 2002 45: 180 bis 186
- Überwachung der Gesetze und Verordnungen**
- Für die Überwachung und Sanktionierung sind die folgenden staatlichen Institutionen mit dem Ziel der Einhaltung der einschlägigen Gesetze und damit verbundenen Hygienerichtlinien zuständig:
 - **Infektionsschutzgesetz:** Gesundheitsämter
 - **Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst:** die unteren Gesundheitsbehörden, in aller Regel gleichbedeutend mit den Gesundheitsämtern

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

- **Medizinproduktegesetz:** Gewerbeaufsicht bzw. akkreditierte Institutionen zur Überwachung der Funktionstüchtigkeit der Geräte
- **Medizinproduktebetreiberverordnung:** die Bezirksregierungen in NRW
- **Berufsgenossenschaftliche Vorschriften für Gesundheit und Schutz:** die Berufsgenossenschaften
- **Qualitätsrichtlinie nach § 115 b:** Kassenärztliche Vereinigung und Medizinischer Dienst der Krankenkassen je nach vertraglicher Vereinbarung in Sonderverträgen
- Festlegung der Überwachungsverfahren, Kontrolle durch Beauftragte oder einen Beauftragten der Arztpraxis
- Schriftliche Dokumentation des Hygieneplans und der Standardabläufe
- Schulung der Beteiligten

Ziele, Inhalte der o.g. Gesetze und des Zertifikates Hygienerahmenplan

Allen Regelungen und Vorschriften gemeinsam ist der Schutz vor Infektionen der Beschäftigten und Patienten sowie der Umwelt durch geeignete Schutzmaßnahmen.

Alle o. g. Regelungen fordern von dem Betreiber und Arzt einer ambulanten operativen Einrichtung die schriftliche Fixierung aller hygienerelevanten Abläufe als Prozess- und Tätigkeitsbeschreibung. Dabei sind zum Teil erhebliche Überschneidungen und inhaltliche Gemeinsamkeiten zu allen notwendigen Schutzmaßnahmen in den verschiedenen Vorschriften enthalten. Daher ist es sinnvoll, für den Bereich der ambulanten operativen Einheit alle inhaltlichen Notwendigkeiten, Prozess- und Arbeitsabläufe in

einem strukturierten Qualitätsmanagementsystem = Hygienerahmenplan

zusammenzuführen und den Gesamtkomplex qualitätsgesichert zu regulieren.

Als strukturelle Grundlage bietet sich der vorgegebene Rahmen der ISO 9001:2000 an.

Hinweis: Der Hygienerahmenplan ist in einer ersten Fassung als Grundgerüst in einer Unterarbeitsgruppe „Praxis-Hygieneplan“ der Arbeitsgruppe zur Umsetzung der infektionshygienischen Überwachung ambulanter Behandlungseinrichtungen beim MFJFG im September 2001 erstellt worden. Die nachfolgenden Ausführungen zu einem Hygienerahmenplan beziehen zusätzlich die neuen Regelungen der Medizinproduktebetreiberverordnung ein, orientieren sich aber an der Gliederung des o.g. Hygienerahmenplans.

Hygienerahmenplan

- Ein Hygienerahmenplan, der vom Praxisbetreiber umzusetzen ist, gliedert sich als Qualitätshandbuch in die folgenden Unterpunkte:
- Analyse der Infektionsgefahr
- Bewertung der Risiken
- Risikominimierung durch konkrete Hygiene-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren

Hygieneplan

- Der Hygieneplan umfasst:
- Beschreibung der baulichen Voraussetzungen (Hinweis RKI Richtlinie)
- Personalhygiene
- Instrumentenhygiene
- Flächenreinigung / Reinigung
- Wäschehygiene (Einmalartikel)
- Abfallhygiene
- Patientenschutz
- Qualitätssicherungsmaßnahmen

Hygienezertifizierung

Um allen Anforderungen der unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen und der verbindlichen Richtlinien und Normen nachzukommen, ist in Zusammenarbeit mit dem TÜVmed Essen ein Hygienezertifizierungsverfahren entwickelt worden, das die o.g. Inhalte eines Hygienerahmenplans einschließlich der entsprechenden Dokumentation und Aufzeichnungen sowie der Umsetzung aufgenommen hat.

Die Hygienezertifizierung läuft nach dem folgenden Schema ab:

1. Zusendung der ausführlichen Hygienechecklisten für die Bearbeitung in der Praxis. In den Listen werden folgende Themen erläutert:
 - Durchführung der Hygienezertifizierung
 - Grundlagen des Qualitätsmanagements im Bereich der Hygiene
 - Die der Zertifizierung zugrunde liegenden Inhalte der gesetzlichen Regelungen und der o.g. Richtlinien
2. Die ausgefüllten Hygienechecklisten und die Hygienedokumentation werden an den TÜVmed gesandt.
3. Prüfung der von der Praxis eingereichten Unterlagen bei TÜVmed:
 - Die von der Praxis ausgefüllten Hygienechecklisten
 - Belege des Hygienerahmenplanes mit Standardarbeitsanweisungen
 - Belege über strukturelle Voraussetzungen (z. B. Baupläne)
4. Durchführung des Zertifizierungsaudits und jährlicher Überwachungsaudits.

Im Rahmen der Audits wird der gesamte zu zertifizierende Bereich begangen (Operationsbereich, Sterilisation und Praxis). Der Auditor zeigt der Praxis die Stärken und Schwächen auf. Wenn Abweichungen festgestellt werden, müssen diese vor Erteilung des Zertifikates beseitigt werden. Darüber hinaus bekommen die Praxen eine Vielzahl von Ver-

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

besserungspotenzialen genannt, anhand derer sie ihre Praxishygiene verfeinern können.

5. Die Praxis erhält einen ausführlichen Auditbericht
6. Zertifikaterstellung und -übergabe

Neben der ständigen organisierten Nachbesserung der Hygieneabläufe im lernenden Qualitätsmanagementsystem ist es das erklärte Ziel, eine Anerkennung der Hygienezertifikate durch die Überwachungsbehörden zu erreichen.

Die Überwachungstiefe sollte sich für zertifizierte Praxen auf die Vorlage des Zertifikates beschränken.

Voraussetzung ist allerdings, die Anerkennung bzw. Akkreditierung der zertifizierenden Institute, z.B. durch die ZLG oder die überwachenden Behörden, zu schaffen.

Zur Zeit wird die Möglichkeit der Abstimmung in einer behördenübergreifenden AG beim MAGS zur Abstimmung aller Inhalte der Zertifizierung genutzt.

Änderungen und Aktualisierungen vorbehalten

Anlage 3

Testfragen als Kriterium einer Sehbehinderung durch Katarakt bei allgemeinen Tätigkeiten

1. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, auch mit Brille, kleine Schriften (z. B. Medizinfläschchen, Telefonbuch oder sonstige Etiketten) zu lesen?
 Ja Nein nicht anwendbar
Wenn ja, wieviel Schwierigkeiten haben Sie?
1. wenig
2. mittel
3. große
4. Sind Sie unfähig, diese Aktivitäten auszuführen?
2. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, auch mit Brille, eine Zeitung oder ein Buch zu lesen?
 Ja Nein nicht anwendbar
Wenn ja, wieviel Schwierigkeiten haben Sie?
1. wenig
2. mittel
3. große
4. Sind Sie unfähig, diese Aktivitäten auszuführen?
3. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, auch mit Brille, eine Zeitung oder ein Buch mit großen Buchstaben oder die Zahlen auf Ihrem Telefon zu lesen?
 Ja Nein nicht anwendbar
Wenn ja, wieviel Schwierigkeiten haben Sie?
1. wenig
2. mittel
3. große
4. Sind Sie unfähig, diese Aktivitäten auszuführen?
4. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, auch mit Brille, Personen, die dicht vor Ihnen stehen, zu erkennen?
 Ja Nein nicht anwendbar
Wenn ja, wieviel Schwierigkeiten haben Sie?
1. wenig
2. mittel
3. große
4. Sind Sie unfähig, diese Aktivitäten auszuführen?
5. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, auch mit Brille, Stufen, Treppen oder Bordsteinkanten zu erkennen?
 Ja Nein nicht anwendbar
Wenn ja, wieviel Schwierigkeiten haben Sie?
1. wenig
2. mittel
3. große
4. Sind Sie unfähig, diese Aktivitäten auszuführen?
6. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, auch mit Brille, Verkehrszeichen, Straßenschilder oder Geschäftsschilder zu lesen?
 Ja Nein nicht anwendbar
Wenn ja, wieviel Schwierigkeiten haben Sie?
1. wenig
2. mittel
3. große
4. Sind Sie unfähig, diese Aktivitäten auszuführen?
7. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, auch mit Brille, beim Handarbeiten (z. B. nähen, stricken, häkeln oder heimgewerken)?
 Ja Nein nicht anwendbar
Wenn ja, wieviel Schwierigkeiten haben Sie?
1. wenig
2. mittel
3. große
4. Sind Sie unfähig, diese Aktivitäten auszuführen?
8. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, auch mit Brille, Schecks oder andere Formulare auszufüllen?
 Ja Nein nicht anwendbar
Wenn ja, wieviel Schwierigkeiten haben Sie?
1. wenig
2. mittel
3. große
4. Sind Sie unfähig, diese Aktivitäten auszuführen?
9. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, auch mit Brille, bei Spielen wie Domino, Karten- oder Brettspielen?
 Ja Nein nicht anwendbar
Wenn ja, wieviel Schwierigkeiten haben Sie?
1. wenig
2. mittel
3. große
4. Sind Sie unfähig, diese Aktivitäten auszuführen?
10. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, auch mit Brille, Sportarten wie Bowlen, Handball, Tennis oder Golf auszuüben?
 Ja Nein nicht anwendbar
Wenn ja, wieviel Schwierigkeiten haben Sie?
1. wenig
2. mittel
3. große
4. Sind Sie unfähig, diese Aktivitäten auszuführen?
11. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, auch mit Brille, wenn Sie kochen?
 Ja Nein nicht anwendbar
Wenn ja, wieviel Schwierigkeiten haben Sie?
1. wenig
2. mittel
3. große
4. Sind Sie unfähig, diese Aktivitäten auszuführen?

AMTLICHE BEKANNTMACHUNGEN

12. Haben Sie irgendwelche Schwierigkeiten, auch mit Brille, beim Fernsehen?
__ Ja __ Nein __ nicht anwendbar
Wenn ja, wieviel Schwierigkeiten haben Sie?
1. wenig
2. mittel
3. große
4. Sind Sie unfähig, diese Aktivitäten auszuführen?
13. Haben Sie zur Zeit Schwierigkeiten beim Autofahren?
__ Ja (weiter bei 14) __ Nein (weiter bei 16)
14. Wieviel Schwierigkeiten haben Sie, aufgrund Ihrer Sehkraft, bei Tage zu fahren?
1. keine
2. wenig
3. mittlere
4. große
15. Wieviel Schwierigkeiten haben Sie, aufgrund Ihrer Sehkraft, bei Nacht zu fahren?
1. keine
2. wenig
3. mittlere
4. große
16. Sind Sie jemals Auto gefahren?
__ Ja (weiter bei 17) __ Nein (Ende)
17. Wann haben Sie mit dem Fahren aufgehört?
— in den letzten 6 Monaten
— in den letzten 6 bis 12 Monaten
— vor mehr als 12 Monaten
18. Warum haben Sie mit dem Fahren aufgehört?
__ wegen der Sehkraft
__ wegen anderer Krankheiten
__ andere Gründe

Anlage 4

Kriterien für die Genehmigung ophthalmochirurgischer Ärzte

Die gemäß § 2 Abs. 1 vorzunehmende Begrenzung der teilnehmenden ophthalmochirurgischen Ärzte orientiert sich an den Bedarfsplanungsrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.

Die Festlegung mit einem Faktor von 6,5 erfolgt bezogen auf die im 3. Abschnitt der Bedarfsplanungsrichtlinien festgelegte Einwohner/Arzt-Relation (allgemeine Verhältniszahlen) für Ophthalmochirurgen in der jeweils geltenden Fassung.

Rechenbeispiel:

Nach den Bedarfsplanungsrichtlinien beträgt die allgemeine Verhältniszahl 13.177 Einwohner je Ophthalmochirurg; multipliziert mit dem Faktor 6,5 ergibt dies eine Relation Einwohner/Ophthalmochirurg von 59.297 : 1.

Bei einer Einwohnerzahl von 975.907 ist demnach die Genehmigung von 16 Ophthalmochirurgen in Köln als Versorgungsgerecht anzusehen, weitere Ophthalmochirurgen für den Bereich Köln können nicht genehmigt werden.

1. Nachtragsvereinbarung zur Vereinbarung über die ärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

Zu IV. 5 „Mittel zur Diagnostik oder Soforttherapie“

Ab 01.04.2006 gilt folgende klarstellende Vertragsformulierung:

Cerclagepessare Typ A und Typ ASQ, nicht verordnungsfähig zur Schwangerschaftsverhütung.

Düsseldorf, Essen, Bergisch Gladbach, Münster, Bochum, den 22.02.2006

*Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
gez. Dr. Leonhard Hansen
Vorsitzender*

*AOK Rheinland -
Die Gesundheitskasse
gez. Wilfried Jacobs
Vorsitzender des Vorstandes*

*BKK Landesverband NRW
gez. Jörg Hoffmann
Vorsitzender des Vorstandes*

*IKK Nordrhein
gez. Dr. Brigitte
Wutschel-Monka
Vorstandsvorsitzende
der IKK Nordrhein*

*Landwirtschaftliche
Krankenkasse NRW
gez. Heimo-Jürgen Döge
Hauptgeschäftsführer*

*Knappschaft
gez. Rolf Stadié
Direktor*

*AEV Landesvertretung NRW
gez. Andreas Hustadt
Leiter der Landesvertretung*

*VdAK Landesver-
tretung NRW
gez. Andreas Hustadt
Leiter der
Landesvertretung*

Änderung der Entschädigungsordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 26. 11.2005 mit der für eine Satzungsänderung erforderlichen qualifizierten Mehrheit von 30 Ja-Stimmen die nachfolgende Änderung des § 3 der Entschädigungsordnung sowie eine Änderung in Teil C der Reisekostenregelung beschlossen:

1. In § 3 der Entschädigungsordnung werden die Sätze:

„Die Höhe des je Sitzungstag zu zahlenden Tagegeldes beträgt