

Elektronische Dokumentation in der Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern

Stand: März 2016

Häufige Fragen im Überblick

Qualitätssicherungsvereinbarung und Dokumentationspflicht	3
1. Bin ich verpflichtet, an dieser Erhebung teilzunehmen?	3
2. Was passiert wenn ich nicht an der Verpflichtung zur Dokumentation teilnehme?	3
3. Müssen für alle Patienten Dokumentationen angelegt werden?	3
4. Wie unterscheidet sich die Dokumentation zwischen der Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern von derjenigen bei Erwachsenen?	3
5. Bis zu welchem Alter werden Patienten über die Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern erfasst?	3
6. Wann muss ich dokumentieren bzw. bis wann muss ich meine Daten übermitteln?	4
7. Wie muss ich dokumentieren, wenn die Verordnung des Hörgerätes und die Nachsorge (erste Nachuntersuchung) in unterschiedlichen Quartalen liegen?	4
8. Was geschieht mit den Daten?	4
9. Wer wertet die Daten aus?	4
10. Wann erhalte ich einen Bericht zu der Auswertung?	4
11. Was geschieht mit den Ergebnissen der von mir dokumentierten Daten?	5
12. Welche Daten erhalten die Krankenkassen?	5
13. Warum muss ich die Daten manuell erfassen, wenn die meisten davon bereits in meiner Praxissoftware vorliegen?	5
Durchführung der Dokumentation	5
14. Muss ich den Schweregrad der Hörstörung für jeden Patienten zwingend berechnen?	5
15. Muss ich zwingend einen ärztlichen Vorschlag zur Gerätetechnik dokumentieren?	6
16. Ich möchte für einen Patienten die Nachsorge (erste Nachuntersuchung) dokumentieren. Wie ordne ich diese Dokumentation der bereits angelegten Verordnung zu?	6
17. Was mache ich, wenn ich weiß, dass der Patient angelegt ist, ich ihn aber nicht finde?	6

18. Bei der Suche nach Verordnungen habe ich festgestellt, dass bei Patienten die Nachsorge (erste Nachuntersuchung) nicht durchgeführt wurde. Wie soll ich das dokumentieren und welche Auswirkungen hat das auf den Bericht? 6
19. Wie erfasse ich einen Patienten, der zwar zur Nachsorge (erste Nachuntersuchung) kommt, aber die Verordnung nicht von mir erhalten hat? 6
20. Was muss ich bei der Dokumentation beachten, wenn der Patient in einer Betriebsstätte die Hörgeräteverordnung erhalten hat und in einer anderen Betriebsstätte die Nachsorge (erste Nachuntersuchung) durchgeführt wurde? 7
21. Wie muss die Praxis dokumentieren, wenn es sich um eine KV-übergreifende Praxis handelt? 7

Qualitätssicherungsvereinbarung und Dokumentationspflicht

1. Bin ich verpflichtet, an dieser Erhebung teilzunehmen?

Alle Ärzte, die eine Genehmigung zur Erbringung von Leistungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern erhalten haben, sind zur Beteiligung an dieser Datenerhebung verpflichtet.

2. Was passiert wenn ich nicht an der Verpflichtung zur Dokumentation teilnehme?

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern beinhaltet die Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation. Dies ist Voraussetzung für die Genehmigung und den Genehmigungserhalt. Eine Nichtbeteiligung an der elektronischen Dokumentation stellt einen Verstoß gegen die vertragsärztlichen Pflichten dar. Es obliegt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung, eventuelle Konsequenzen zu ziehen.

3. Müssen für alle Patienten Dokumentationen angelegt werden?

Ja, gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern müssen Sie für jeden gesetzlich Versicherten, für den Sie eine Leistung (GOPs 20338, 20339) abgerechnet haben, Daten zur Hörgeräteverordnung bzw. -abnahme dokumentieren.

4. Wie unterscheidet sich die Dokumentation zwischen der Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern von derjenigen bei Erwachsenen?

Die Dokumentationsinhalte sind jeweils auf die Altersgruppen ausgerichtet. So kann bei Kindern der sogenannte APHAB-Fragebogen (Abbreviated Profile of Hearing Aid Benefit), der bei Erwachsenen zur Bestimmung des Nutzens der Hörgeräteversorgung eingesetzt wird, nicht verwendet werden. Stattdessen wird in diesen Fällen erfasst, ob der Versorgungserfolg durch altersgerechte Verfahren (Sprach- oder Spielaudiometrie) ermittelbar war. Auch eventuell vorliegende Sprachentwicklungsstörungen und Kooperationen des Arztes (mit Logopäden, Pädagogen oder Betreuungseinrichtungen) werden abgefragt.

5. Bis zu welchem Alter werden Patienten über die Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern erfasst?

Als Kinder gemäß der Vereinbarung gelten Säuglinge, Kleinkinder und Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres. Ältere Patienten werden über die elektronische Dokumentation nach der Qualitätssicherungsvereinbarung für Jugendliche und Erwachsene dokumentiert.

6. Wann muss ich dokumentieren bzw. bis wann muss ich meine Daten übermitteln?

Sie müssen die Dokumentationen aus dem jeweiligen Ordnungsquartal bis zum 14. Kalendertag des ersten Monats des Folgequartals („Melde- und Prüfquartal“) übermitteln. Das bedeutet, dass Sie die Dokumentationen zu allen Hörgeräteversorgungen und -abnahmen, die Sie zum Beispiel im dritten Quartal durchgeführt haben, bis zum 14. Oktober übermitteln müssen. Falls Ergänzungen oder Korrekturen nötig sind, können diese auch noch später erfasst werden, und zwar bis zum Ende des Melde- und Prüfquartals. Dazu werden Sie ggf. von Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung informiert.

7. Wie muss ich dokumentieren, wenn die Verordnung des Hörgerätes und die Nachsorge (erste Nachuntersuchung) in unterschiedlichen Quartalen liegen?

In diesem Fall dokumentieren Sie die beiden Schritte auch in unterschiedlichen Quartalen, d.h. Sie reichen die Dokumentation zur Hörgeräteverordnung im betreffenden Quartal ein, die Nachsorge des Hörgerätes dann in dem Quartal, in dem diese stattgefunden hat.

Wenn die Nachsorge des Hörgerätes nicht innerhalb von 3 Quartalen nach dem Ordnungsquartal erfolgt ist, gilt der Datensatz als geschlossen und kann nicht weiter bearbeitet werden.

8. Was geschieht mit den Daten?

Jeder dokumentierende Arzt erhält einen persönlichen Rückmeldebericht, der ihm einen Überblick über die von ihm versorgten Patienten im Vergleich zu seinen Fachkollegen anonymisiert gibt.

Weitere Berichte erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen erhalten ebenfalls eine Zusammenfassung der Ergebnisse, die aber keine Rückschlüsse auf einzelne Ärzte erlauben. Da die Dokumentationen keine patientenidentifizierenden Angaben enthalten, sind in keinem Fall Rückschlüsse auf einzelne Patienten möglich.

9. Wer wertet die Daten aus?

Die Daten werden durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung ausgewertet, sofern sie von den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen dazu beauftragt wurde. Die Ergebnisse werden in Berichten für die Ärzte, die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen sowie für die Partner der Bundesmantelverträge (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband) zusammengefasst.

10. Wann erhalte ich einen Bericht zu der Auswertung?

Sie erhalten quartalsweise einen Bericht, und zwar jeweils am Ende des übernächsten Quartals nach der Dokumentation. Das bedeutet zum Beispiel, dass Sie den Bericht für alle im ersten Quartal verordneten oder abgenommenen Hörgeräte am Ende des dritten Quartals erhalten. Der Be-

richt wird Ihnen als PDF-Datei im Online-Portal bereitgestellt. Der Bericht bleibt ein Quartal im Portal abrufbereit. Danach kann er nicht mehr eingesehen oder abgerufen werden.

11. Was geschieht mit den Ergebnissen der von mir dokumentierten Daten?

Sie erhalten einen persönlichen Rückmeldebericht, der Ihre dokumentierten Daten im Vergleich (Benchmark) zu den anderen dokumentierenden Ärzten darstellt. Die Ärzte Ihrer Vergleichsgruppe werden anonymisiert dargestellt, d.h. diese sind für Sie nicht identifizierbar.

Ihre KV erhält einen Bericht, der Ergebnisse bezogen auf alle dokumentierenden Ärzte der KV enthält. Der KV ist es möglich, diese Ergebnisse den einzelnen Ärzten namentlich zuzuordnen. Dieser Bericht wird in pseudonymisierter Form, d.h. ohne arztidentifizierende Daten, über die KV auch der jeweiligen Qualitätssicherungskommission der KV vorgelegt.

Zusätzlich fließen Ihre dokumentierten Daten auch in den Jahresbericht für die Partner des Bundesmantelvertrages (Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband) ein. Dieser Bericht erlaubt jedoch keine Rückschlüsse auf einzelne Ärzte.

12. Welche Daten erhalten die Krankenkassen?

Der GKV-Spitzenverband erhält ausschließlich anonymisierte und aggregierte Daten, die keinerlei Rückschlüsse auf einzelne Ärzte zulassen.

13. Warum muss ich die Daten manuell erfassen, wenn die meisten davon bereits in meiner Praxissoftware vorliegen?

Die KBV hat alle Praxissoftwareanbieter (PVS) über die Dokumentationsverpflichtungen informiert. Jeder PVS-Anbieter kann die Dokumentationen in seine Software integrieren, so dass Sie nicht doppelt dokumentieren müssen. In diesem Fall werden die Daten direkt aus Ihrer Praxissoftware übertragen. Da möglicherweise nicht alle Softwareanbieter dies anbieten, bieten wir zusätzlich das Online-Portal an, damit Sie in jedem Fall Ihrer Dokumentationspflicht nachkommen können. Wenden Sie sich bitte an Ihren Softwarehersteller, um zu erfragen, ob und inwieweit dieser die Dokumentationsverpflichtung in seinem PVS-System realisiert hat.

Durchführung der Dokumentation

14. Muss ich den Schweregrad der Hörstörung für jeden Patienten zwingend berechnen?

Die Angabe des Schweregrades ist ein Pflichtfeld. Dies bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass der Schweregrad errechnet werden muss. Als Alternative zur Berechnung nach WHO 2001 (Grades of hearing impairment) ist es auch möglich, den Schweregrad abzuschätzen.

15. Muss ich zwingend einen ärztlichen Vorschlag zur Gerätetechnik dokumentieren?

Nein, da in vielen Fällen einer Hörgeräteverordnung kein ärztlicher Vorschlag zur Gerätetechnik gemacht wird, ist dieses Feld kein Pflichtfeld.

16. Ich möchte für einen Patienten die Nachsorge (erste Nachuntersuchung) dokumentieren. Wie ordne ich diese Dokumentation der bereits angelegten Verordnung zu?

Sie können die bereits angelegte Dokumentation der Verordnung aufrufen und dort die Daten zur Hörgeräteabnahme direkt ergänzen, solange die Frist zur Abgabe der Dokumentation noch nicht abgelaufen ist. Die Frist läuft drei Quartale nach dem Ordnungsquartal ab. Danach gilt der Datensatz als geschlossen und kann nicht weiter bearbeitet werden. Bestehende Dokumentationen finden Sie über die Suchfunktion des Portals oder in der Liste der letzten fünf angelegten Dokumentationen links im Hauptmenü.

17. Was mache ich, wenn ich weiß, dass der Patient angelegt ist, ich ihn aber nicht finde?

Im Portal sind immer nur die Daten der Patienten zugreifbar, zu denen Sie innerhalb der Dokumentationsfristen noch Angaben machen können. Im Hauptmenü können Sie rechts oben über „Verordnung suchen“ die erweiterte Suche aufrufen. Dort können Sie nach vorhandenen Dokumentationen nicht nur über die Patienten-ID, sondern auch durch eine Eingrenzung des Zeitraums für die Verordnung bzw. die Nachsorge (erste Nachuntersuchung) suchen. Wenn Sie zum Beispiel die ID des Patienten nicht mehr wissen, aber das Datum der Verordnung kennen, suchen Sie einfach nach diesen Kriterien.

Sollten Sie dennoch die vorhandene Dokumentation nicht finden, legen Sie eine neue Dokumentation an, in der Sie dann nur die Nachsorge des Hörgerätes dokumentieren. Bitte beachten Sie jedoch, dass der Datensatz zu einer Hörgeräteverordnung als geschlossen gilt, wenn nicht innerhalb von 3 Quartalen nach dem Ordnungsquartal die Abnahme dokumentiert wird. Er kann dann nicht mehr weiter bearbeitet werden.

18. Bei der Suche nach Verordnungen habe ich festgestellt, dass bei Patienten die Nachsorge (erste Nachuntersuchung) nicht durchgeführt wurde. Wie soll ich das dokumentieren und welche Auswirkungen hat das auf den Bericht?

Sie können die Patienten kontaktieren, um die Nachuntersuchung durchführen zu können. Vielleicht haben die Patienten vergessen, einen Nachsorgetermin zu vereinbaren. Nur um die Datenerfassung im eDoku-Portal zu vervollständigen, müssen Sie die Patienten jedoch nicht einbestellen.

19. Wie erfasse ich einen Patienten, der zwar zur Nachsorge (erste Nachuntersuchung) kommt, aber die Verordnung nicht von mir erhalten hat?

Daten von Patienten, die eine Hörgeräteverordnung von einem anderen HNO-Arzt erhalten haben und z.B. aufgrund eines Wohnungswechsels in Ihre Praxis zur Nachsorge nach der Hörgeräteversorgung kommen, werden direkt auf dem Reiter „Nachsorge“ erfasst. Nicht vorliegende Daten müssen nicht erneut erhoben oder angefordert werden.

20. Was muss ich bei der Dokumentation beachten, wenn der Patient in einer Betriebsstätte die Hörgeräteverordnung erhalten hat und in einer anderen Betriebsstätte die Nachsorge (erste Nachuntersuchung) durchgeführt wurde?

In diesem Fall ist die Erfassung der kompletten Patientendaten wichtiger als die richtige Betriebsstätte. Daher sollten die Daten zur Nachuntersuchung unter der Betriebsstättennummer der Hörgeräteverordnung erfasst werden.

21. Wie muss die Praxis dokumentieren, wenn es sich um eine KV-übergreifende Praxis handelt?

Die Dokumentation erfolgt getrennt – also jeweils für den KV-Bereich, in dem die Hörgeräteversorgung oder die Nachsorge (erste Nachuntersuchung) erbracht wurde.