

### **Mindestanforderungen des Bundesversicherungsamtes zu Berichten zur Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen**

#### **A. Allgemein**

Die Berichte zur Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen, die dem Bundesversicherungsamt nur noch in den im Leitfaden genannten Fällen vorzulegen sind, sollen Aussagen zu Häufigkeit, Umfang und Art aller durchgeführten versicherten- und leistungserbringerbezogenen Maßnahmen enthalten und einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren umfassen. Sofern die im Rahmen des Antragsverfahrens zur Verlängerung der Zulassung eines strukturierten Behandlungsprogramms eingereichten Berichte einen Zeitraum von mindestens 18 Monaten, aber weniger als zwei Jahren umfassen, können Anträge auf Wiedenzulassung mit Auflagen genehmigt werden.

Grundsätzlich sollte über alle durchgeführten Maßnahmen und Auswertungen von Krankenkasse und Gemeinsamer Einrichtung pro Region und Indikation berichtet werden.

Aus dem Bericht muss hervorgehen, ob die Maßnahmen durch die Krankenkasse bzw. Gemeinsame Einrichtung selbst durchgeführt oder Dienstleister hiermit beauftragt wurden. Auch ein Wechsel des Konzepts und/oder des Dienstleisters ist zu beschreiben.

#### **B. Arztbezogene Qualitätssicherung**

Die Anzahl der versendeten Feedbackberichte und Reminder ist quartalsbezogen oder in Bezug auf Kalenderhalbjahre anzugeben. Pro Region ist dem Bundesversicherungsamt zumindest ein Muster der letzten Version des Feedbackberichts zur Verfügung zu stellen.

Es ist im Hinblick auf jede einzelne, vertraglich vereinbarte Qualitätssicherungsmaßnahme zu berichten. Es sind die erzielten Ergebnisse und die jeweilige Zielindikatorerreichung dar-

zustellen. Ist dabei nach Jahren der Laufzeit der strukturierten Behandlungsprogramme differenziert worden, ist dies bei der Darstellung zu berücksichtigen. Enthält der übermittelte Feedbackbericht diese Angaben, ist dieser als Bericht zur arztbezogenen Qualitätssicherung ausreichend.

Wenn in einer Region eine gemeinsame, krankenkassenübergreifende, arztbezogene Qualitätssicherung erfolgt, kann eine gemeinsame Darstellung erfolgen. In diesem Fall muss die Einreichung beim Bundesversicherungsamt nicht durch jeden einzelnen Antragsteller erfolgen. Es kann auf die gemeinsame Darstellung Bezug genommen werden.

### **C. Versichertenbezogene Qualitätssicherung**

Es ist über alle vertraglich vereinbarten sowie in den Programmbeschreibungen dargestellten Qualitätssicherungsmaßnahmen und die entsprechende Zielindikatorerreichung zu berichten. Ist dabei nach Jahren der Laufzeit der strukturierten Behandlungsprogramme differenziert worden, ist dies bei der Darstellung zu berücksichtigen.

Zumindest ist die Versendung von Erinnerungs- und Informationsschreiben in Form der folgenden Tabellen darzustellen:

#### **Versand von Erinnerungsschreiben nach Anlass**

| <b>Anlass</b> | <b>Anzahl</b> |
|---------------|---------------|
|               |               |
| ...           |               |
| <b>Gesamt</b> |               |

#### **Versand von Informationsschreiben nach Anlass**

| <b>Anlass</b> | <b>Anzahl</b> |
|---------------|---------------|
|               |               |
| ...           |               |
| <b>Gesamt</b> |               |

Falls entsprechende Daten erfasst wurden, sollten Angaben zu durchgeführten telefonischen Beratungen (z.B. Anzahl der Versicherten; Art (z.B. inbound/ outbound), Dauer und Frequenz der Kontakte) erfolgen.

#### **D. Veröffentlichung**

Ort und Daten der Veröffentlichungen zu den durchgeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen sind anzugeben.

.