

# **Durchführungsbestimmung der KV Hessen**

zur Qualitätsbeurteilung  
arthroskopischer Operationen

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
Ziel und Zweck .....	3
1. Umfang der Prüfung .....	3
2. Prüfung der Dokumentationen .....	4
2.1 Anforderungen an die schriftliche Dokumentation .....	4
2.2 Anforderungen an die bildliche Dokumentation .....	4
2.2.1 Detaillierte Anforderungen an die bildliche Dokumentation – Kniegelenk - .....	5
2.2.2 Detaillierte Anforderungen an die bildliche Dokumentation – Schultergelenk - .....	5
2.2.3 Empfehlung zur bildlichen Dokumentation – Ellenbogen, Sprung- und Handgelenk - .....	5
3. Bewertung der Prüfung .....	6
3.1 Bewertungsschema .....	7
4. Maßnahmen aus der Bewertung der Prüfung .....	7
5. Zuständigkeit und Verfahren .....	9
6. Inkrafttreten .....	9

## Ziel und Zweck

Die vorliegende Durchführungsbestimmung dient der Kassenärztlichen Vereinigung als Grundlage zur Prüfung der Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten arthroskopischen Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben.

Sie enthält sowohl Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen des Knie- und des Schultergelenks als auch Empfehlungen für die Zusammenstellung der im Rahmen der Stichprobenprüfung angeforderten Unterlagen.

Die Durchführungsbestimmung wurde auf Basis der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie vom 03.03.2010, der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V und einer Handlungsempfehlung der hessischen Qualitätssicherungskommission Arthroskopie erarbeitet.

*In dieser Durchführungsbestimmung gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.*

### 1. Umfang der Prüfung

Der Prüfung unterliegen alle Ärzte, denen eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von arthroskopischen Leistungen (EBM-Ziffern 31141 – 31148) nach der Qualitätsvereinbarungs-Richtlinie Arthroskopie erteilt worden ist und die entsprechenden Leistungen abrechnen.

In Anlehnung an § 4 Abs. 2 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V sind in der Regel pro Jahr 4 Prozent der den betreffenden Leistungsbereich abrechnenden Ärzte – nach dem Zufallsprinzip - zu überprüfen.

Bei jedem zu überprüfenden Arzt werden bezogen auf das Prüfquartal und den betreffenden Leistungsbereich per Zufallsgenerator 12 Patienten ausgewählt. Diese werden dem Arzt zusammen mit dem jeweiligen Untersuchungsdatum und den jeweiligen Abrechnungsziffern schriftlich mitgeteilt. Die im Rahmen der Behandlung dieser Patienten erstellten schriftlichen und bildlichen Dokumentationen werden angefordert.

Kommt der Arzt seiner Verpflichtung zur Einreichung der Dokumentationen innerhalb eines Zeitraumes von vier Wochen nach Zugang der Anforderung nicht nach, erfolgt eine Erinnerung. Werden die Dokumentationen aus Gründen, die der Arzt zu vertreten hat, innerhalb einer Frist von weiteren vier Wochen nach Zugang der Erinnerung erneut nicht eingereicht, wird vermutet, dass alle im betreffenden Prüfquartal abgerechneten arthroskopischen Leistungen nicht den Qualitätsanforderungen entsprechen. In diesem Falle kann die Kassenärztliche Vereinigung Hessen entscheiden, diese Leistungen nicht zu vergüten oder die geleisteten Vergütungen zurückfordern.

Zudem werden bei dem betreffenden Arzt im Folgequartal nochmals Dokumentationen angefordert. Werden die Dokumentationen aus Gründen, die der Arzt zu vertreten hat, erneut nicht eingereicht, wird vermutet, dass alle im betreffenden Prüfquartal abgerechneten arthroskopischen Leistungen nicht den Qualitätsanforderungen entsprechen. In diesem Falle kann die Kassenärztliche Vereinigung Hessen entscheiden, diese Leistungen nicht zu vergüten, die geleisteten Vergütungen zurückzufordern oder die Genehmigung zu widerrufen.

Eine erneute Genehmigung wird erst erteilt, wenn der Arzt seiner Vorlagepflicht nachgekommen ist.

**Grundlage zur Prüfung der Qualität**

**Alle hessischen Vertragsärzte, die eine Genehmigung „Arthroskopie“ haben**

**Jährlich 4 % mit jeweils 12 Patienten**

**Konsequenzen bei Nichteinreichung der angeforderten Dokumentationen**

## 2. Prüfung der Dokumentationen

Die Stichprobenprüfung erfolgt auf der Grundlage der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von arthroskopischen Operationen am Knie und Schultergelenk. Hierzu fordert die Kassenärztlichen Vereinigung Hessen von den Ärzten die entsprechenden Operationsberichte und Bilddokumentationen an.

### Folgende Unterlagen sind einzureichen:

- Präoperativer Arztbrief mit präoperativer bildgebender Diagnostik
- Anamnese
- Untersuchungsbefund und Ableitung der rechtfertigenden Indikation zur Arthroskopie
- ggf. Mitteilung über Ergebnis der histologischen Untersuchung

*Falls der Arztbrief nicht eingereicht wird, sollten die entsprechenden Punkte im Operationsbericht dargestellt werden.*

### 2.1 Anforderungen an die schriftliche Dokumentation

#### Aus dem Operationsbericht müssen mindestens folgende Angaben hervorgehen:

- Patientenidentifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum)
- Operationsdatum
- Name des Operateurs, ggf. der Assistenten und der Anästhesie
- Operationsgrund
- Diagnose mit Seitenangabe
- durchgeführte Operation
- ggf. Blutsperrezeit/Blutleerezeit
- Lagerung der Patienten
- Operationsdauer
- bei Normalbefund entspr. Feststellung
- bei pathologischem Befund detaillierte Beschreibung (Lokalisation mit Seitenangabe, Größe, Form, Struktur usw.)
- Beschreibung des operativen Vorgehens
- Beschreibung des Endbefundes nach Abschluss der Operation
- begründete Benennung nicht darstellbarer bzw. in der Bilddokumentation nicht zu beurteilende Areale
- Angaben zur Indikation eventueller Folgeeingriffe oder konservativer Maßnahmen

*Falls im Operationsbericht keine Angaben zur Lagerung des Patienten gemacht wurden, können diese Angaben auch aus dem Anästhesie-/ Narkoseprotokoll entnommen werden.*

### 2.2 Anforderungen an die bildliche Dokumentation

Die Dokumentation kann auf Prints oder allgemein lesbaren digitalen Datenträgern (CD, DVD) erfolgen und muss klar und nachvollziehbar gekennzeichnet und eindeutig dem Patienten zuzuordnen sein.

#### Zur eindeutigen Identifikation müssen aus der Bilddokumentation ersichtlich sein:

- Patientenidentifikation
- Operationsdatum
- Name des Operateurs und der Praxis bzw. der Klinik

Operationsberichte und  
Bilddokumentationen

Arztbrief, Untersuchungsbefund,  
ggf. histolog. Ergebnis

Operationsbericht

Prints  
DVD  
CD

Die Bilddokumentation muss eine Beurteilung des präoperativen Befundes und des Operationsergebnisses ermöglichen, ggf. unter Verwendung eines Tast-hakens.

Der präoperative Befund und das postoperative Ergebnis sollten aus einer vergleichbaren Perspektive und Kameraeinstellung vorgenommen werden.

Falls im Ausnahmefall wegen eines unvorhergesehenen technischen Defektes eine Bilddokumentation nicht möglich ist, muss dies im Operationsbericht unter Angabe der Gründe vermerkt werden.

### **2.2.1 Detaillierte Anforderungen an die bildliche Dokumentation bei der Arthroskopie des Kniegelenks**

Bei allen Arthroskopien des Kniegelenks ist ein diagnostischer Rundgang zu dokumentieren mit obligater Darstellung aller Kompartimente einschließlich

- Innenmeniskus mit Hinterhorn
- Außenmeniskus mit Hinterhorn
- Interkondylarregion (vorderes / hinteres Kreuzband)
- Femuropatellargelenk
- ggf. Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffs oder das weitere konservative Vorgehen (z. B. Knorpelschäden, Synovitiden, Bandverletzungen).

#### **2.2.1.1 Hinweise zur Meniskuschirurgie**

*Bezüglich der Meniskuschirurgie gibt es neben der Versorgung durch Naht die sehr häufigen Teilresektionen des Meniskus mit der OPS-Codierung 5-812.5 und die Totalmeniskektomie mit der Ziffer 5-812.6. Hier ist festzustellen, dass nach Rücksprache mit dem BVASK und den Arthroskopie-Kommissionen anderer Bundesländer, die Totalmeniskektomie als OPS-Codierung 5-812.6 abgerechnet werden kann.*

*Hierzu gehört selbstverständlich die Resektion eines in sich gerissenen großen kompletten kapselnahen Korbhenkelrisses. Demzufolge verbleiben nur noch kleine Reste des Meniskus nach Totalresektion am Meniskusrand (so als würde man ihn für eine Meniskustransplantation vorbereiten). Alle anderen Resektionen werden mit dem OPS-Code 5-812.5 abgerechnet.*

### **2.2.2 Detaillierte Anforderungen an die bildliche Dokumentation bei der Arthroskopie des Schultergelenks**

Bei allen Arthroskopien des Schultergelenks ist ein diagnostischer Rundgang zu dokumentieren mit obligater Darstellung von

- Rotationsmanschette – Übergang Humeruskopf
- langer Bizepssehne mit Ansatz
- Labrum mit Kapselkomplex
- ggf. glenohumoraler Knorpelbelag
- ggf. die Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffs oder das weitere konservative Vorgehen (z. B. Fehlen der glenohumoralen Bänder, Rotatorenmanschettenrupturen).

### **2.2.3 Empfehlungen zur bildlichen Dokumentation von Arthroskopien der Ellenbogen-, Sprung- und Handgelenke**

*Für die Arthroskopie der Ellenbogen-, Sprung- und Handgelenke sieht die Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie keine Standardeinstellungen vor.*

*Die QS-Kommission Arthroskopie empfiehlt die exakte Dokumentation des präoperativen Befundes und des postoperativen Ergebnisses. Ebenso sollten die wesentlichen Gelenkstrukturen in hinreichender Form in mehreren Projektionen bildlich dargestellt werden.*

**Beurteilung präoperativer Befund und Operationsergebnis**

**vergleichbare Perspektive**

**Innenmeniskus, Außenmeniskus jeweils mit Hinterhorn Interkondylarregion Femuropatellargelenk**

**Rotationsmanschette – Übergang Humeruskopf, lange Bizepssehne mit Ansatz, Labrum mit Kapselkomplex ggf. glenohumoraler Knorpelbelag**

**Beurteilung präoperativer Befund und Operationsergebnis**

### 3. Bewertung der Prüfung

Die Bewertung der Ergebnisse aus der Stichprobenprüfung erfolgt anhand eines Bewertungsschemas. Danach können für jede Einzelbewertung maximal 20 Punkte vergeben werden. Sie erfolgt nach den folgenden 5 Parametern:

max. 20 Punkte für jede Einzelbewertung

5 Parameter

#### (1) Eindeutige Identifikation Arzt/Patient (Schrift- u. Bilddokumentation)

- wenn Kriterium fehlend: schwerwiegender Mangel –

#### (2) Medizinische Fragestellung und Operationsgrund

- nachvollziehbar (2 Punkte)

- nicht nachvollziehbar (0 Punkte)

#### (3) Schriftliche Dokumentation der Operation

- vollständig dokumentiert u. vollständig nachvollziehbar (6)

- unvollständig, aber überwiegend nachvollziehbar (5 / 4)

- unvollständig, aber eingeschränkt nachvollziehbar (3 / 2 / 1)

- nicht nachvollziehbar (0)

#### (4) Technische Bilddokumentation

- ohne Mangel (6)

- geringe Mängel, aber beurteilbar (5 / 4)

- Mängel, aber noch beurteilbar (3 / 2 / 1)

- nicht beurteilbar (0)

#### (5) Bildliche Darstellung der Operation

- vollständig dokumentiert u. vollständig beurteilbar (6)

- unvollständig, aber überwiegend beurteilbar (5 / 4)

- unvollständig, aber eingeschränkt beurteilbar (3 / 2 / 1)

- nicht beurteilbar (0)

Das Endergebnis der Einzelbewertung lautet:

Keine Beanstandung	18 - 20
Geringe Beanstandung	15 - 17
Erhebliche Beanstandung	10 - 14
Schwerwiegende Beanstandung	00 - 09

Ergebnis Einzelbewertung in Punkten

Aus den 12 Einzelbewertungen wird die Gesamtbewertung gebildet und nach folgendem Schema ermittelt:

Gesamtbewertung anhand von 12 Einzelbewertungen

#### Stufe 1 (keine Beanstandung)

- maximal 2 Einzelbewertungen mit geringen Mängeln

#### Stufe 2 (geringe Beanstandung)

- mindestens 3 Einzelbewertungen mit geringen Mängeln
- maximal 4 Einzelbewertungen mit geringen Mängeln und eine 1 Einzelbewertung mit erheblichen Mängeln
- 1 schwerwiegende Bewertung (ausschließlich aufgrund fehlender Angaben zu Patienten- und Arztidentifikation – Bild- und/oder Schriftdokumentation)

#### Stufe 3 (erhebliche Beanstandung)

- mindestens 5 Einzelbewertungen mit geringen Mängeln und 1 Einzelbewertung mit erheblichen Mängeln
- 2 Einzelbewertungen mit erheblichen Mängeln
- maximal 1 Einzelbewertung mit erheblichen Mängeln und 1 Einzelbewertung mit schwerwiegenden Mängeln

**Stufe 4 (schwerwiegende Beanstandung)**

- mindestens 3 Einzelbewertungen mit erheblichen Mängeln
- 1 Einzelbewertung mit schwerwiegenden Mängeln verbunden mit Gefahr für Leben oder Gesundheit des Patienten
- mindestens 2 Einzelbewertungen mit erheblichen und 1 Einzelbewertung mit schwerwiegenden Mängeln
- mindestens 2 Einzelbewertungen mit schwerwiegenden Mängeln

**3.1 Bewertungsschema****Arthroskopie**

Anzahl Einstufungen der Einzelbewertung			Summe der Einzelprüfungen ergibt als Ergebnis für die Gesamtbewertung
gering	erheblich	schwerwiegend	
≤ 2	0	0	keine Beanstandungen
≥ 3	0	0	geringe Beanstandungen
≤ 4	1	0	
	0	1*	erhebliche Beanstandungen
≥ 5	1	0	
	2	0	
	≤ 1	1	schwerwiegende Beanstandungen
	≥ 3	0	
		1**	
	≥ 2	1	
		≥ 2	

**Sonderfälle:**

\* ausschließlich aufgrund fehlender Angaben zur Patienten- und Arztidentifikation (Bild- und/oder Schriftdokumentation)

\*\* bei Gefahr für Leben oder Gesundheit

**4. Maßnahmen aus der Bewertung der Prüfung**

Die KVH entscheidet im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens auf der Grundlage der Ergebnisniederschrift der Qualitätssicherungs-Kommission über die eventuell zu treffenden Maßnahmen.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen teilt dem Arzt die Ergebnisse der Stichprobenprüfung und die getroffenen Maßnahmen in einem schriftlichen Bescheid mit.

Der Bescheid ist unter Nennung der beanstandeten Mängel zu begründen.

Je nach Gesamtbewertung und Art der festgestellten Mängel sind eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen zu ergreifen:

**Verschiedene Maßnahme je nach Gesamtbewertung und Art der festgestellten Mängel**

### 1. Keine Beanstandung

- ⇒ Bestätigung, dass die geprüften Leistungen den Qualitätsanforderungen entsprechen.

### 2. Geringe Beanstandungen:

- ⇒ Schriftliche Empfehlung zur Beseitigung der festgestellten Mängel innerhalb einer angemessenen Frist, ggf. verbunden mit einem Beratungsgespräch.

### 3. Erhebliche Beanstandungen:

- ⇒ Schriftliche Empfehlung oder schriftliche Verpflichtung zur Beseitigung der festgestellten Mängel innerhalb einer angemessenen Frist, ggf. verbunden mit einem Beratungsgespräch.
- ⇒ Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen der beanstandeten Leistungen.
- ⇒ Fortsetzung des Prüfverfahrens durch Anforderung weiterer Dokumentationen aus einem dem Prüfquartal zeitnah folgenden Quartal.  
*Werden die angeforderten weiteren Dokumentationen nicht eingereicht oder werden bei den weiteren eingereichten Dokumentationen erneut erhebliche Beanstandungen festgestellt, wird der Arzt unverzüglich zu einem Kolloquium nach § 7 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V geladen. Besteht der Arzt das Kolloquium nicht, wird ein neuer Termin angesetzt. Besteht der Arzt auch das erneute Kolloquium nicht, wird die Genehmigung widerrufen.*  
*Die erneute Erteilung der Genehmigung kann frühestens nach 6 Monaten erfolgen und wird von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig gemacht.*  
*Die Genehmigung kann mit Auflagen versehen werden.*
- ⇒ Praxisbegehung nach Maßgabe von § 8 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V.

### 4. Schwerwiegende Beanstandung

- ⇒ Schriftliche Verpflichtung zur Beseitigung der festgestellten Mängel innerhalb einer angemessenen Frist, ggf. verbunden mit einem Beratungsgespräch.
- ⇒ Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen der beanstandeten Leistungen.
- ⇒ Unverzügliche Ladung zu einem Kolloquium nach § 7 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V  
- siehe 3. Erhebliche Beanstandung -
- ⇒ Praxisbegehung nach Maßgabe von § 8 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V.
- ⇒ Widerruf der Genehmigung, wenn aufgrund der beanstandeten Mängel eine erhebliche Gefährdung von Leben oder Gesundheit der Patienten zu befürchten ist.

Kommt der Arzt einer Verpflichtung zur Mängelbeseitigung nicht innerhalb der gesetzlichen Frist nach, wird die Genehmigung widerrufen.

Die erneute Erteilung der Genehmigung kann erst erfolgen, wenn der Arzt der Verpflichtung nachgekommen ist.

**Pflicht zur Mängelbeseitigung**

## **5. Zuständigkeiten und Verfahren**

Zuständig für die Durchführung der Qualitätsprüfung ist die Abteilung Qualitätssicherung der KV Hessen. Zur Durchführung ihrer Aufgaben bedient sie sich der Qualitätssicherungs-Kommission Arthroskopie, deren Zusammensetzung in § 3 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V geregelt ist.

Die KV Hessen prüft die eingereichten Unterlagen auf Vollständigkeit und die QS-Kommissionsmitglieder die Dokumentationen auf Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit. Im Anschluss daran informieren die QS-Kommissionsmitglieder die Abteilung Qualitätssicherung über ihre Prüfungsergebnisse.

Die KV Hessen erlässt die entsprechenden Bescheide.

## **6. Inkrafttreten**

Diese Durchführungsbestimmung tritt zum 01. Dezember 2012 in Kraft.

Frankfurt am Main, 23.11.2012

**KV Hessen in Zusammenarbeit mit  
der Qualitätssicherungs-  
Kommission**