

Richtlinie
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung
arthroskopischer Operationen nach § 136 Abs. 2 SGB V
(Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie, QBA-RL)

vom 17. Dezember 2009,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2010 S. 832,
in Kraft getreten am 3. März 2010

Inhalt

§ 1 Ziel der Richtlinie.....	2
§ 2 Umfang der Überprüfung.....	2
§ 3 Anforderungen an die schriftliche Dokumentation	3
§ 4 Anforderungen an die bildliche Dokumentation	3
§ 5 Inkrafttreten und Übergangsregelung	4

§ 1 Ziel der Richtlinie

- (1) Diese Richtlinie enthält Kriterien zur Qualitätsbeurteilung arthroskopischer Operationen des Knie- und des Schultergelenks. Sie dient den Kassenärztlichen Vereinigungen als Grundlage zur Prüfung der Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten arthroskopischen Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen im Einzelfall durch Stichproben.
- (2) Die Organisation und Durchführung der Stichprobenprüfungen nach Abs. 1 richtet sich nach der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)“.
- (3) Die fachlichen, räumlichen und apparativen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung sind in der „Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung arthroskopischer Leistungen (Arthroskopie-Vereinbarung)“ festgelegt.

§ 2 Umfang der Überprüfung

- (1) Die Stichprobenprüfung erfolgt auf der Grundlage der schriftlichen und bildlichen Dokumentationen von arthroskopischen Operationen am Knie- und Schultergelenk. Hierzu fordert die Kassenärztliche Vereinigung von der Ärztin oder dem Arzt die entsprechenden Operationsberichte und Bilddokumentationen an. Sind aus den von der Ärztin oder dem Arzt eingereichten Unterlagen die Dokumentationsinhalte nach den §§ 3 und 4 nicht oder nicht ausreichend ersichtlich, kann die Qualitätssicherungs-Kommission von der Ärztin oder dem Arzt weitere, darüber hinausgehende Unterlagen anfordern.
- (2) Die Stichprobenprüfung umfasst die medizinische Fragestellung und den Operationsgrund, die Durchführung der arthroskopischen Operation und die Dokumentation. Die eingereichten Dokumentationen sind daraufhin zu überprüfen, ob die Anforderungen nach den §§ 3 und 4 vollständig dokumentiert sind. Die Dokumentationen sind weiterhin daraufhin zu überprüfen, ob sie in sich schlüssig und nachvollziehbar sind.

§ 3 Anforderungen an die schriftliche Dokumentation

Aus dem Operationsbericht müssen mindestens folgende Angaben hervorgehen:

- Patientenidentifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum)
- Operationsdatum
- Name der Operateurin oder des Operateurs, ggf. der Assistentinnen oder Assistenten und der Anästhesistin oder des Anästhesisten
- Operationsgrund
- Diagnose mit Seitenangabe
- durchgeführte Operation
- ggf. Blutsperrezeit/Blutleerezeit
- Lagerung der Patientin oder des Patienten
- Operationsdauer
- bei Normalbefund entsprechende 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 beurteilender Areale
- Angaben zur Indikation eventueller Folgeeingriffe oder konservativer Maßnahmen

§ 4 Anforderungen an die bildliche Dokumentation

- (1) Die Dokumentation kann auf Videoband, Prints oder allgemein lesbaren digitalen Datenträgern (CD, DVD) erfolgen und muss zugreifbar archiviert sein. Sie muss klar und nachvollziehbar gekennzeichnet sein und eindeutig einer Patientin oder einem Patienten zuzuordnen sein.
- (2) Zur eindeutigen Identifikation müssen aus der Bilddokumentation ersichtlich sein:
 - Patientenidentifikation
 - Operationsdatum
 - Name der Operateurin oder des Operateurs und der Praxis bzw. Klinik
- (3) Die Bilddokumentation muss eine Beurteilung des präoperativen Befundes und des Operationsergebnisses ermöglichen, ggf. unter Verwendung eines Tasthakens.
- (4) Der präoperative Befund und das postoperative Ergebnis sollten aus einer vergleichbaren Perspektive und Kameraeinstellung vorgenommen werden.

- (5) Falls im Ausnahmefall wegen eines unvorhergesehenen technischen Defektes eine Bilddokumentation nicht möglich ist, muss dies im Operationsbericht unter Angabe der Gründe vermerkt werden.
- (6) 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).
- (7) Bei allen Arthroskopien des Schultergelenks ist ein diagnostischer Rundgang zu dokumentieren mit obligater Darstellung von
 - Rotatorenmanschette – Übergang Humeruskopf
 - langer Bizepssehne mit Ansatz
 - Labrum mit Kapselkomplex
 - ggf. glenohumoraler Knorpelbelag
 - ggf. Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffs oder das weitere konservative Vorgehen (z. B. Fehlen der glenohumoralen Bänder, Rotatorenmanschettenrupturen).

§ 5 Übergangsregelung

- (1) Stichprobenprüfungen der Kassenärztlichen Vereinigungen nach § 136 Abs. 2 SGB V im Bereich Arthroskopie, die vor dem Inkrafttreten dieser Richtlinie begonnen wurden, können bis sechs Monate nach Inkrafttreten dieser Richtlinie fortgeführt werden.
- (2) Abweichend von § 4 Abs. 2 der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung sind für die Dauer von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Richtlinie mindestens zehn Prozent derjenigen Ärztinnen und Ärzte zu überprüfen, die arthroskopische Leistungen abrechnen.