

Qualitätssicherung zur Indikationsstellung und ggf. Durchführung invasiver Verfahren (hier Arthroskopie)

Die Vertragspartner streben durch diesen Vertrag die Umsetzung einer Qualitätssicherung zur Indikationsstellung und ggf. zur Durchführung invasiver Verfahren an. Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Indikationsstellung und Durchführung eines operativen Eingriffes bleibt dabei voll gewahrt. Der FACHARZT soll für alle Patienten eine evidenzbasierte und leitliniengerechte sowie unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Indikation stellen und ggf. invasive Eingriffe durchführen.

Die Empfehlungen, welche in die Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeflossen sind, sind von einem Gremium aus Experten, Ärzten der AOK und BKK sowie aus Vertretern von BVOU / BNC und MEDIVERBUND auf der Basis von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren erarbeitet worden. Es handelt sich dabei um einen permanenten Prozess, die Empfehlungen werden laufend fortgeschrieben und an die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst.

Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die übrigen Vertragspartner stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

Qualitätssicherung der Arthroskopie des Kniegelenkes

Zentrale Qualitätsanforderungen sind die

- Indikationsstellung,
- Operationsdurchführung,
- Wiederholungseingriffe und
- Nachsorge.

Hintergrund zu Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Arthroskopie des Kniegelenkes

- die Eingriffszahlen sind hoch und weiterhin ansteigend.
- die Defizite bei der Leistungserbringung sind ausweislich der KBV-Qualitätsberichte

(Stichprobenprüfungen der KV-Kommissionen nach der QB-RL des G-BA) seit Jahren besonders hoch (40 % erhebliche und schwerwiegende Mängel), wobei eine Mängeldifferenzierung allerdings nicht mitgeteilt wird.

- der Erwerb besonderer Qualifikation (AGA-Arthroskopeur) ist fakultativ.
- es gibt zahlreiche arthroskopische Eingriffsarten; am häufigsten ist die „einfache“ Meniskusteilresektion.

- die **Indikationsstellung** zu den einzelnen Eingriffsarten ist sehr wenig standardisiert.
- die Komplikationsrate der häufigsten Eingriffe (Meniskusresektion) ist gering, nicht jedoch bei komplexen Operationen, wie z.B. der Kreuzbandrekonstruktion.
- wiederholte Arthroskopien („repeat arthroscopy“) sind häufig, was durch die Eingriffskleinheit gefördert wird.
- die **Nachsorge** erfolgt meistens weg vom „fallkundigen“ Operateur.
- die subjektiven **Patientenergebnisse** werden zu wenig berücksichtigt

Ziele und Maßnahmen zur Qualitätssicherung (QS) im §140a SGB V-Vertrag

- QS der Indikationsstellung
- QS des Operationsablaufes: Dokumentation
- Verlaufskontrolle durch den Operateur (z.B. 2 Wochen nach Resektion, 6 Wochen nach Meniskusnaht, 12 Wochen nach Kreuzbandrekonstruktion)
- Gute Indikationsstellung, mit Einbindung des Voroperateurs und Dokumentation bei Repeat-Arthroskopien (innerhalb von 2 Jahren)

Vorgehen

Zusammen mit der Formulierung von Qualitätsvorgaben sind QS-Instrumente festzulegen:

- Stichprobenverfahren
- datengestütztes Verfahren
- Abrechnungsdaten
- Patientenbefragung

Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsvorgaben

a. Indikationsqualität

AQUA-Abschlussbericht zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung der Arthroskopie am Kniegelenk (s. Anhang)

27 Qualitätsindikatoren wurden entwickelt, wobei sich 5 Indikatoren explizit auf die Indikationsqualität beziehen (Nummern 1, 3, 7, 23, 26) (durch Stichprobenkontrolle / AOK Abrechnungsdatenerhebung zu überprüfen).

- Möglichst **selten arthroskopische Lavage oder arthroskopisches Débridement** bei Patienten mit führender Indikation **Gonarthrose** (Ind. Nr. 1).

Die Operationsindikation bei Vorliegen einer Gonarthrose muss plausibel begründet sein.

- Vorliegen mindestens einer der folgenden Voraussetzungen bei der Indikation zur **vorderen Kreuzbandrekonstruktion** (Ind. Nr. 3):
 1. Komplexe Knieverletzung mit Instabilität des vorderen Kreuzbandes und der Seitenbänder
 2. Objektive Instabilität mit deutlich positivem Pivot-Shift- oder Jerk-Test oder „++ Seitendifferenz“ im Lachman-Test
 3. Kombination vordere Kreuzbandruptur und nahtfähige Meniskusläsion
 4. Subjektive Instabilität beim Sport oder im täglichen Leben, rezidivierende Giving-way-Ereignisse mit Gelenkschwellungen
 5. Wunsch nach Belastungsfähigkeit für kniebelastende Sportarten und berufliche Tätigkeit
 6. Begleitende Meniskusläsion
 7. Instabilitätsbedingter Knorpelschaden
 8. Kombinationseingriff mit valgusierender Osteotomie
- **Alleinige diagnostische Arthroskopie am Kniegelenk** (Ind. Nr. 7):

Die Operationsindikation bei einer diagnostischen Arthroskopie muss plausibel begründet sein. D.h., dass z.B. trotz physikalischer Therapie oder adäquater analgetischer Behandlung Schmerzen und Funktionseinschränkungen fortbestehen und auch eine kernspintomographische Untersuchung keine Ursachenklärung erbracht hat.

- **Zur Indikationsstellung bei degenerativer Meniskusläsion ist folgender Algorithmus festgelegt (Ind. Nr. 26 und Nr. 23):**



- Zur Indikationsstellung bei **akuter Meniskusläsion** ist folgender Algorithmus festgelegt, wobei unter einer akuten Meniskusläsion eine Läsion bei benennbarem Trauma (Kniegelenksdistorsion, v.a. Sportunfälle) zu verstehen sind, die Tage bis wenige Wochen zurückliegen.

Eingriff	Konservative Behandlung	Subjektive Beschwerden	Objektive Symptome	Bildgebung
Diagnostische Arthroskopie	Medikamentöse Behandlung oder Physiotherapie UND	anhaltender Schmerz und Funktionseinschränkung trotz konservativer Behandlung	UND	Bildgebung erbringt keine Ursachenklärung

<p>Meniskektomie oder Wiederherstellung des Meniskus</p>	<p>(nicht bei Knieblockade erforderlich)</p> <p>Medikamentöse Behandlung oder Physiotherapie oder Veränderung von Bewegungsabläufen, Bewegungen</p> <p style="text-align: center;">UND</p>	<p>Gelenkschmerz oder Schwellung oder Gefühl der Instabilität / Weggleiten oder Blockade, „clicking“, Herausspringen</p> <p style="text-align: center;">UND</p>	<p>Positives Mc Murray's Zeichen oder joint line tenderness oder Erguss oder Bewegungseinschränkung oder Blockade, „clicking“, Herausspringen oder Reibung</p> <p style="text-align: center;">UND</p>	<p>(nicht bei Knieblockade erforderlich)</p> <p style="text-align: center;">MRI weist „meniscal tear“ auf</p>
--	---	--	--	---

Algorithmus des Workers' Compensation Board, 2. Auflage, 2013

<http://www.wcb.ny.gov/content/main/hcpp/MedicalTreatmentGuidelines/KneeInjuryMTG2012.pdf>

b. Prozessqualität

Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V

In der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie „Arthroskopie“ (Inkrafttreten: 3. März 2010) des G-BA sind Anforderungen an die schriftliche und bildliche Dokumentation formuliert. Aufgrund der Unspezifität der Festlegungen ist es ohne Bedeutung, dass diese Richtlinie auch Schulterarthroskopien adressiert. Stichprobenprüfungen könnten nachweisen, ob die einzelnen Dokumentationsvorgaben **vollständig** sind und ob die Angaben **schlüssig** und **nachvollziehbar** sind.

Die empfohlenen Vorgaben entstammen der o.g. Richtlinie (§§ 3 und 4):

Anforderungen an die schriftliche Dokumentation

Aus dem Operationsbericht sollten folgende Angaben hervorgehen:

- Patientenidentifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum)
- Operationsdatum
- Name des/der Operateur / In, ggf. der Assistenten / Innen und der Anästhesten / Innen
- Indikationsstellung
- Diagnose mit Seitenangabe
- Durchgeführte Operation n
- ggf. Blutsperrezeit/Blutleerezeit
- Lagerung der Patienten / Innen
- 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 dargestellter bzw. in der Bilddokumentation nicht zu beurteilender Areale
- Angabe zur Indikation eventueller Folgeeingriffe oder konservativer Maßnahmen.

<http://www.lni.wa.gov/ClaimsIns/Files/OMD/MedTreat/KneeSurgery.pdf> (Zugriff: 8.2.13)

Anforderungen an die bildliche Dokumentation

- 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 zuordnen bar sein.
- Zur eindeutigen Identifikation müssen aus der Bilddokumentation ersichtlich sein:
 - Patientenidentifikation
 - Operationsdatum
 - Name des/der Operateur / In und der Praxis bzw. Klinik

- Die Bilddokumentation muss einer Beurteilung des präoperativen Befundes und des Operationsergebnisses ermöglichen, ggf. unter Verwendung eines Tasthakens.
- Der präoperative Befund und das postoperative Ergebnis sollten aus einer vergleichbaren Perspektive und Kameraeinstellung vorgenommen werden.
- Falls im Ausnahmefall wegen eines unvorhergesehenen technischen Defekts eine Bilddokumentation nicht möglich ist, muss dies im Operationsbericht unter Angabe der Gründe vermerkt werden.
- Bei allen Arthroscopien des Kniegelenks ist ein diagnostischer Rundgang zu dokumentieren mit obligater Darstellung aller Kompartimente einschließlich
 - Innenmeniskus mit Hinterhorn
 - Außenmeniskus mit Hinterhorn
 - Interkondylarregion (vorderes/hinteres Kreuzband)
 - Femuropatellagelenk
 - Ggf. Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffes oder das weitere konservative Vorgehen (z.B. Knorpelschäden, Synovitiden, Bandverletzungen).

Bei der Dokumentationsvorgabe zum Operationsgrund (gelb markiert) wird auf den Nachweis der Indikationsvorgaben zu den häufigsten Eingriffen, nämlich der Meniskusresektion (degenerative/akute), der Arthroscopie bei Gonarthrose und der Kreuzbandrekonstruktion verwiesen.

c. Repeat-Arthroscopie

Es besteht eine Dokumentationspflicht jeder Repeat-Arthroscopie (Intervall: 2 Jahre), der Voroperateurs sollte in die Berichterstattung eingebunden werden, an die AOK. Ziel ist, „frustrane“ Arthroscopien zu vermeiden.

d. Nachsorge

Eine vertragliche Regelung beinhaltet eine verpflichtende Kontrolluntersuchung beim Operateur nach einem bestimmten Zeitintervall (siehe oben).

In vielen Arthroskopie-Einrichtungen erfolgt nach dem Eingriff keine „fallkundige“ Nachsorge; sie wird vom überweisenden Orthopäden oder von Hausärzten übernommen. Damit entfällt die Gewährleistung einer eingriffsspezifisch kompetenten Versorgung mit Physiotherapie, verlaufsbezogenen Anweisungen und die etwaige Indizierung weiterer Maßnahmen. Zudem erhält der Operateur nicht oder zu spät die Rückspiegelung seines Ergebnisses durch den Patienten (Schmerzchronifizierung, doctor hopping etc.).