

**Bewertungsschema für die Qualitätsprüfung arthroskopischer Leistungen
gemäß der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Arthroskopie (QBA-RL) und
der Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung**

1. Einzelbewertung

- 1.1 Für jede Einzelbewertung können maximal 20 Punkte vergeben werden.
- 1.2 Die Einzelbewertung im Rahmen von Stichprobenprüfungen für Arthroskopien erfolgt zusammen für die schriftliche Dokumentation nach den unter 1.2.1 genannten Parametern und für die Bilddokumentation nach den unter 1.2.2 genannten Parametern:
- 1.2.1 Schriftliche Dokumentation (§ 3 der QBA-RL):**
- a) Patientenidentifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum)
 - b) Operationsdatum
 - c) Name der Operateurin oder des Operateurs, ggf. der Assistentinnen oder Assistenten und der Anästhesistin oder des Anästhesisten
 - d) Operationsgrund
 - e) Diagnose mit Seitenangabe
 - f) durchgeführte Operation
 - g) ggf. Blutsperrezeit/Blutleerezeit
 - h) Lagerung der Patientin oder des Patienten
 - i) Operationsdauer
 - j) bei Normalbefund entsprechende Feststellung
 - k) bei pathologischem Befund detaillierte Beschreibung (Lokalisation mit Seitenangabe, Größe, Form, Struktur usw.)
 - l) Beschreibung des operativen Vorgehens
 - m) Beschreibung des Endbefundes nach Abschluss der Operation
 - n) begründete Benennung nicht darstellbarer bzw. in der Bilddokumentation nicht zu beurteilender Areale
 - o) Angaben zur Indikation eventueller Folgeeingriffe oder konservativer Maßnahmen

1.2.2 Bildliche Dokumentation (§ 4 der QBA-RL):

- a) Patientenidentifikation
- b) Operationsdatum
- c) Name der Operateurin oder des Operateurs und der Praxis bzw. Klinik
- d) Beurteilung des präoperativen Befundes und des Operationsergebnisses, ggf. unter Verwendung eines Tasthakens (der präoperative Befund und das postoperative Ergebnis sollten aus einer vergleichbaren Perspektive und Kameraeinstellung vorgenommen werden).
- e) Bei allen Arthroskopien des Kniegelenks ist ein diagnostischer Rundgang zu dokumentieren mit obligater Darstellung aller Kompartimenten einschließlich
 - Innenmeniskus mit Hinterhorn,
 - Außenmeniskus mit Hinterhorn,
 - Interkondylarregion (vorderes/hinteres Kreuzband),
 - Femuropatellargelenk und
 - ggf. Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffs oder das weitere konservative Vorgehen (z. B. Knorpelschäden, Synovitiden, Bandverletzungen).
- f) 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 und
 - ggf. Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffs oder das weitere konservative Vorgehen (z. B. Fehlen des glenohumoralen Bänder, Rotatorenmanschettenrupturen).
- g) Falls im Ausnahmefall wegen eines unvorhergesehenen technischen Defektes eine Bilddokumentation nicht möglich ist, muss dies im Operationsbericht unter Angabe der Gründe vermerkt werden.

2. Ergebnis der Einzelbewertung

2.1 Schema zur Ermittlung der Einzelbewertungen:

Prüfungsinhalt	Stufe I	Stufe II	Stufe III	Stufe IV
1. Eindeutige Identifikation Arzt/ Patient (Schrift- und Bilddokumentation)	wenn ein Kriterium fehlend → schwerwiegender Mangel (siehe Fußnote * der Matrix für die Gesamtbewertung)			
2. Medizinische Fragestellung und Operationsgrund	2 nachvollziehbar			0 nicht nachvollziehbar
3. Schriftliche Dokumentation der Operation	6 vollständig dokumentiert und vollständig nachvollziehbar	5 - 4 unvollständig aber überwiegend nachvollziehbar	3 - 1 unvollständig aber eingeschränkt nachvollziehbar	0 nicht nachvollziehbar
4. Technische Bilddokumentation	6 ohne Mängel	5 - 4 geringe Mängel aber beurteilbar	3 - 1 Mängel, noch beurteilbar	0 nicht beurteilbar
5. Bildliche Darstellung der Operation	6 vollständig dokumentiert und vollständig beurteilbar	5 - 4 unvollständig aber überwiegend beurteilbar	3 - 1 unvollständig aber eingeschränkt beurteilbar	0 nicht beurteilbar

2.2 Die Einzelbewertungen werden in Beurteilungskategorien eingestuft:

I	keine Beanstandungen	18 – 20	Punkte
II	geringe Beanstandungen	15 – 17	Punkte
III	erhebliche Beanstandungen	10 – 14	Punkte
IV	schwerwiegende Beanstandungen	0 – 9	Punkte

3. Gesamtbewertung

3.1 Aus den zwölf Einzelbewertungen wird die Gesamtbewertung gebildet.

3.2 Die Gesamtbewertung wird nach folgendem Schema ermittelt:

I keine Beanstandungen

- maximal zwei Einzelbewertungen mit geringen Beanstandungen und keine Einzelbewertung mit erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen

II geringe Beanstandungen

- mindestens drei Einzelbewertung mit geringen Beanstandungen und keine Einzelbewertung mit erheblichen oder schwerwiegenden Beanstandungen
- maximal vier Einzelbewertungen mit geringen Beanstandungen und eine Einzelbewertung mit erheblichen Beanstandungen
- eine Einzelbewertung mit schwerwiegenden Beanstandungen ausschließlich aufgrund fehlender Angaben zur Patienten- und Arztidentifikation (Bild- und/oder Schriftdokumentation)

III erhebliche Beanstandungen

- mindestens fünf Einzelbewertungen mit geringen Beanstandungen und eine Einzelbewertung mit erheblichen Beanstandungen
- zwei Einzelbewertungen mit erheblichen Beanstandungen
- maximal eine Einzelbewertung mit erheblichen Beanstandungen und eine Einzelbewertung mit schwerwiegenden Beanstandungen

IV schwerwiegende Beanstandungen

- mindestens drei Einzelbewertungen mit erheblichen Beanstandungen
- eine Einzelbewertung mit schwerwiegenden Beanstandungen verbunden mit Gefahr für Leben oder Gesundheit des Patienten
- mindestens zwei Einzelbewertungen mit erheblichen Beanstandungen und eine Einzelbewertung mit schwerwiegenden Beanstandungen
- mindestens zwei Einzelbewertungen mit schwerwiegenden Beanstandungen

3.3 Schema zur Ermittlung der Gesamtbewertung aus den Einzelbewertungen

Anzahl Einstufungen der Einzelbewertungen			Gesamtbewertung
Schwerwiegend (Stufe IV)	Erheblich (Stufe III)	Gering (Stufe II)	
0	0	≤ 2	keine Beanstandungen
0	0	≥ 3	geringe Beanstandungen
0	1	≤ 4	
1*	0		
0	1	≥ 5	erhebliche Beanstandungen
0	2		
1	≤ 1		
0	≥ 3		schwerwiegende Beanstandungen
1**			
1	≥ 2		
≥ 2			

Sonderfälle:

* ausschließlich aufgrund fehlender Angaben zur Patienten- und Arztidentifikation (bildliche und/oder schriftliche Dokumentation)

** bei Gefahr für Leben und Gesundheit des Patienten

Das Schema geht von einem Stichprobenumfang von zwölf Dokumentationen aus.