



## **Durchführungsbestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) für Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der qualifizierten ambulanten Versorgung**

### **§ 1 Zweck der Durchführungsbestimmungen**

Die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbrachten Leistungen müssen – unabhängig vom Ort der Leistungserbringung – dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. Die Überprüfung medizinischer Leistungen im Einzelfall durch Stichproben ist ein wichtiges Instrument zur Sicherung und Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. §§ 135a Abs. 1, 135b Abs. 1 und 2 SGB V).

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der KVWL Durchführungsbestimmungen in definierten Leistungsbereichen beschlossen, die die Auswahl, den Umfang und das Verfahren von Stichprobenprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung regeln.

### **§ 2 Regelungsgegenstand**

- (1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen vergewissern sich der Qualität der in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen einschließlich der belegärztlichen Leistungen durch Qualitätsprüfungen im Einzelfall (nachfolgend Stichprobenprüfungen). Dabei sind die schriftlichen Dokumentationen von Ärztinnen und Ärzten zu überprüfen. Diese Durchführungsbestimmungen gelten für die Leistungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ärztlich geleiteten Einrichtungen einschließlich der medizinischen Versorgungszentren sowie für die im Krankenhaus im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen. Soweit sich die Vorschriften dieser Durchführungsbestimmung auf Ärztinnen und Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, ärztlich geleiteten Einrichtungen einschließlich der medizinischen Versorgungszentren sowie für Krankenhäuser, soweit in ihnen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ambulante ärztliche Leistungen erbracht werden.
- (2) Ein Leistungsbereich im Sinne dieser Durchführungsbestimmungen umfasst diejenigen Leistungen, die den Gegenstand einer Stichprobenprüfung bilden. Ein Leistungsbereich kann in Bezug auf Maßnahmen der Prävention, der Diagnostik, der Therapie, der Nachsorge oder ein Krankheitsbild beziehungsweise eine Symptomatik definiert sein.

- (3) Die Durchführungsbestimmungen beziehen sich sowohl
- auf Leistungsbereiche, denen eine QS-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zu Grunde liegt, die jedoch keinen eigenen Auftrag zur Qualitätssicherung gibt und die KVWL einen Handlungsbedarf zur Qualitätsförderung festgestellt hat, als auch
  - auf Leistungsbereiche, für die es einen Auftrag zur Qualitätssicherung aufgrund von Richtlinien des G-BA nach § 135 Abs. 1 SGB V oder bundesmantelvertraglicher Regelungen gibt, für dessen Umsetzung jedoch keine ausreichenden Vorgaben bestehen.

Besonderheiten der Leistungsbereiche und Bewertungsschemata sind in den Anlagen zu diesen Durchführungsbestimmungen geregelt.

### **§ 3 Qualitätssicherungskommissionen**

- (1) Die KVWL richtet für die Durchführung von Stichprobenprüfungen Qualitätssicherungs-Kommissionen (QS-Kommission) ein. Die KVWL kann QS-Kommissionen mit Zuständigkeit für mehrere Leistungsbereiche einrichten.
- (2) Eine QS-Kommission setzt sich aus mindestens drei im jeweiligen Gebiet besonders erfahrenen fachärztlichen Mitgliedern zusammen, von denen mindestens eines eine durch die zuständige Landesärztekammer anerkannte Facharztbezeichnung in diesem Gebiet haben soll. Im Hinblick auf jeweils erforderliche spezielle ärztliche Fertigkeiten ist zu gewährleisten, dass mindestens ein Kommissionsmitglied auch in diesen Fertigkeiten besondere Erfahrungen besitzt. Bei psychotherapeutischen Leistungsbereichen können die Mitglieder nach Satz 1 auch approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sein. Die Mitglieder einer QS-Kommission sollen über Kenntnisse oder Erfahrungen in der Qualitätssicherung verfügen. Ist ein Kommissionsmitglied befangen oder verhindert, tritt an ihre oder seine Stelle ein stellvertretendes Mitglied. Bei Bedarf können Sachverständige auf Vorschlag der Kommission durch die Kassenärztliche Vereinigung beratend hinzugezogen werden.
- (3) Die KVWL beruft die Mitglieder nach Absatz 2 und aus deren Mitte die Vorsitzende oder den Vorsitzenden der QS-Kommission sowie gegebenenfalls stellvertretende Mitglieder.
- (4) An den Sitzungen der QS-Kommission nimmt eine Vertreterin oder ein Vertreter der KVWL mit beratendem Status und ohne Stimmrecht teil.
- (5) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene können auf ihre Kosten zusätzlich insgesamt zwei ständige fachärztliche Vertreter benennen. Diese haben beratenden Status ohne Stimmrecht, müssen im betreffenden Leistungsbereich über eine hinreichende fachliche Qualifikation verfügen und sollen über Kenntnisse oder Erfahrungen in der Qualitätssicherung verfügen.

- (6) Die Entscheidungen der QS-Kommission werden von den stimmberechtigten Mitgliedern oder deren Stellvertreterinnen oder Stellvertretern mit einfacher Stimmenmehrheit gefällt. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme der oder des Vorsitzenden den Ausschlag.

#### **§ 4 Umfang und Auswahl der Stichprobenprüfungen**

- (1) Der Umfang der Stichprobenprüfungen hinsichtlich der Anzahl der zu überprüfenden Ärzte und hinsichtlich des Prüfungsgegenstands muss aussagekräftige Ergebnisse für den überprüften Leistungsbereich ermöglichen und im Hinblick auf den Aufwand für die QS-Kommission und für die zu überprüfenden Ärzte vertretbar sein.
- (2) Der pro Jahr in der Regel mindestens zu überprüfende prozentuale Anteil der abrechnenden Ärzte sowie die betreffenden Leistungsbereiche sind in den Anlagen zu diesen Durchführungsbestimmungen geregelt.
- (3) Die Stichprobenprüfungen finden zufallsgesteuert statt. Die Auswahl der zu überprüfenden Ärztinnen und Ärzte erfolgt per Zufallsgenerator nach einem statistisch gesicherten Verfahren.
- (4) Bei jeder zu überprüfenden Ärztin bzw. jedem zu überprüfenden Arzt werden, bezogen auf das zu überprüfende Abrechnungsquartal (Prüfquartal) und den betreffenden Leistungsbereich, per Zufallsgenerator die in den Anlagen dieser Durchführungsbestimmungen festgelegte Anzahl Patienten ausgewählt und der Ärztin oder dem Arzt zusammen mit dem jeweiligen Untersuchungsdatum und den jeweiligen Abrechnungspositionen schriftlich mitgeteilt sowie die im Rahmen der Behandlung dieser Patienten erstellten Dokumentationen im Sinne von § 5 angefordert.
- (5) Hat die Ärztin oder der Arzt die zu prüfenden Leistungen in dem Prüfquartal bei weniger als der nach der jeweiligen Anlage vorgesehenen Zahl von Patienten erbracht und abgerechnet, sind Dokumentationen weiterer zufällig ausgewählter Patienten aus dem Prüfquartal vorausgehenden Quartal und erforderlichenfalls aus früheren Quartalen anzufordern.
- (6) Liegen der Ärztin oder dem Arzt angeforderte Dokumentationen nicht vor, z. B. weil sie einem anderen Arzt oder dem Patienten ausgehändigt werden mussten und eine Reproduktion nicht möglich oder finanziell oder technisch aufwändig ist, ist dies der KVWL gegenüber unverzüglich schriftlich mitzuteilen und zu begründen.

Die KVWL wählt die ersatzweise zu prüfenden Fälle per Zufall aus und dokumentiert den Ersatz von fehlenden Fällen. Unzureichend begründetes oder mehrfaches Fehlen von angeforderten Dokumentationen kann ein begründeter Hinweis auf eine unzureichende Qualität im Sinne von § 5 Abs. 2 sein.

## § 5 Dokumentationen für die Stichprobenprüfung

- (1) Die Stichprobenprüfung erfolgt auf der Grundlage der ärztlichen Behandlungsdokumentationen, die die Kassenärztliche Vereinigung gemäß § 9 (Pseudonymisierung) von der Ärztin oder dem Arzt anfordert und bezieht insbesondere folgende Aspekte ein:

1. schriftliche Dokumentation (inklusive Indikationsstellung und Befund, gegebenenfalls Beratung und Aufklärung der Patientin oder des Patienten),
2. bildliche Dokumentation, soweit sie erstellt wurde.

Im Falle einer elektronischen Übermittlung der Behandlungsdokumentationen nach Satz 1 muss diese verschlüsselt erfolgen.

- (2) Kommt die Ärztin oder der Arzt ihrer oder 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 die Ärztin oder 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 oder in den betreffenden Prüfquartalen abgerechneten Leistungen des zu überprüfenden Leistungsbereichs nicht den Qualitätsanforderungen entsprechen.

Die KVWL prüft die Gründe nach Satz 2. Kommt sie zu dem Ergebnis, dass die Ärztin oder der Arzt die Gründe nach Satz 2 zu vertreten hat, besteht kein Vergütungsanspruch für die abgerechneten Fälle der zur Prüfung angeforderten Behandlungsdokumentationen und bereits geleistete Vergütungen sind zurückzufordern.

Über das Ergebnis dieser Prüfung entscheidet die zuständige KVWL durch Bescheid.

- (3) Im Fall von Absatz 2 Satz 2 werden bei der betreffenden Ärztin oder beim betreffenden Arzt nochmals Behandlungsdokumentation nach Absatz 1 aus dem Folgequartal angefordert.

Das Folgequartal ist das auf das Prüfquartal oder die Prüfquartale folgende Quartal. Werden die Behandlungsdokumentationen erneut aus Gründen, die die Ärztin oder der Arzt zu vertreten hat, nicht eingereicht, gilt Absatz 2 Satz 2 bis 5.

Die KVWL kann zusätzlich die Genehmigung widerrufen. Eine erneute Genehmigung wird erst erteilt, wenn die Ärztin oder der Arzt ihrer oder seiner Vorlagepflicht nachgekommen ist.

## § 6 Bewertung der Stichproben

- (1) Die QS-Kommission nimmt für die gesamte Dokumentation jeder Patientin oder jedes Patienten der Stichprobe eine Einzelbewertung anhand der Beurteilungskriterien und der Bewertungsschemata für die Einzelbewertung nach den Anlagen vor. Dabei gelten folgende Beurteilungskategorien:
  1. keine Beanstandungen,
  2. geringe Beanstandungen,
  3. erhebliche Beanstandungen,
  4. schwerwiegende Beanstandungen.
- (2) Auf der Grundlage der Einzelbewertungen erfolgt eine Gesamtbewertung aller von einer Ärztin oder einem Arzt eingereichten Dokumentationen. Für die Gesamtbewertung gelten die Beurteilungskategorien nach Absatz 1.
- (3) Die QS-Kommission hält arztbezogen die Einzelbewertungen und die Gesamtbewertung der Stichprobe mit Begründung in einer Ergebnisniederschrift fest. Dabei sind die beanstandeten Mängel zu benennen sowie Empfehlungen zur Beseitigung und Vermeidung der beanstandeten Mängel zu geben. Ferner sind alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer gemäß § 3 Absatz 3 bis 6 Ort, Datum, Beginn und Ende der Stichprobenprüfung anzugeben. Die Ergebnisniederschrift ist von den Mitgliedern der QS-Kommission und der Vertreterin oder dem Vertreter der KVWL zu unterzeichnen.

## § 7 Maßnahmen

- (1) Die KVWL entscheidet im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens auf der Grundlage der Ergebnisniederschrift der QS-Kommission über die zu treffenden Maßnahmen. Je nach Gesamtbewertung sind eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen zu ergreifen:
  - 1. Keine Beanstandungen:**  
Bestätigung, dass die geprüften Leistungen den Qualitätsanforderungen entsprechen.
  - 2. Geringe Beanstandungen:**  
Schriftliche Empfehlung zur Beseitigung der festgestellten Mängel innerhalb einer angemessenen Frist, gegebenenfalls verbunden mit einem Beratungsgespräch.
  - 3. Erhebliche Beanstandungen:**
    - a. Schriftliche Empfehlung oder schriftliche Verpflichtung zur Beseitigung der festgestellten Mängel innerhalb einer angemessenen Frist, gegebenenfalls verbunden mit einem Beratungsgespräch
    - b. Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen der beanstandeten Leistungen
    - c. Festsetzung eines weiteren Prüfverfahrens durch Anforderung weiterer Dokumentationen aus demselben Prüfquartal beziehungsweise denselben Prüfquartalen oder einem folgenden Quartal
    - d. Durchführung eines Kolloquiums nach § 8

#### **4. Schwerwiegende Beanstandungen:**

- a. Schriftliche Empfehlung oder schriftliche Verpflichtung zur Beseitigung der festgestellten Mängel innerhalb einer angemessenen Frist, gegebenenfalls verbunden mit einem Beratungsgespräch
  - b. Nichtvergütung oder Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen der beanstandeten Leistungen
  - c. Festsetzung eines weiteren Prüfverfahrens durch Anforderung weiterer Dokumentationen aus demselben Prüfquartal beziehungsweise denselben Prüfquartalen oder einem folgenden Quartal
  - d. Durchführung eines Kolloquiums nach § 8
  - e. Widerruf der Genehmigung.
- (2) Kommt die Ärztin oder der Arzt einer Verpflichtung zur Mängelbeseitigung gemäß Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 Buchstabe a. oder Nr. 4 Buchstabe a. aus Gründen, die sie oder er zu vertreten hat, nicht innerhalb der gesetzten Frist nach, wird die Genehmigung widerrufen. Die erneute Erteilung der Genehmigung kann erst erfolgen, wenn die Ärztin oder der Arzt der Verpflichtung nachgekommen ist.
- (3) Das Ergebnis der Stichprobenprüfung mit einer Begründung der Entscheidung einschließlich der ergriffenen Maßnahmen und der beanstandeten Mängel teilt die KVWL der Ärztin oder dem Arzt in einem Bescheid mit.

#### **§ 8 Kolloquium**

- (1) Das Kolloquium ist ein kollegiales Fachgespräch zur Feststellung der fachlichen Befähigung der Ärztin oder des Arztes.
- (2) Die KVWL lädt die Ärztin oder den Arzt zu dem Kolloquium mit einer Frist von mindestens vier Wochen. Mit Einverständnis der Ärztin oder des Arztes können auch kürzere Fristen vereinbart werden. In begründeten Ausnahmefällen kann die KVWL auch ohne Einverständnis der Ärztin oder des Arztes eine kürzere Frist bestimmen. Mit Zustimmung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung kann die Ärztin oder der Arzt im Ausnahmefall das Kolloquium auch bei einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung absolvieren.
- (3) Die Durchführung der Kolloquien obliegt der QS-Kommission. Sie bestimmt drei ihrer Mitglieder nach § 4 Absatz 3 als Prüferinnen oder Prüfer. An dem Kolloquium nehmen die Prüferinnen oder Prüfer und eine Vertreterin oder ein Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung teil.
- (4) Die Dauer des Kolloquiums soll für jede Ärztin oder jeden Arzt mindestens 30 Minuten betragen. Die Prüfungsinhalte haben sich auf die in der Stichprobenprüfung beanstandete Leistungserbringung zu beziehen. Es ist zu gewährleisten, dass mindestens eine Prüferin oder ein Prüfer als Fachärztin oder Facharzt über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in dem entsprechenden Leistungsbereich verfügt.

- (5) Über den Ablauf des Kolloquiums ist eine Ergebnisniederschrift anzufertigen. Dabei sind die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, Ort, Datum, Beginn und Ende, gestellte Fragen und deren Beantwortung, gegebenenfalls geprüfte ärztliche Fertigkeiten und deren Beherrschung sowie das Gesamtergebnis des Kolloquiums anzugeben. Die Ergebnisniederschrift ist von den Prüferinnen und Prüfern und der Vertreterin oder dem Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung nach Absatz 3 zu unterzeichnen.
- (6) Die Prüferinnen und Prüfer befinden unmittelbar nach Abschluss des Kolloquiums in Abwesenheit der Ärztin oder des Arztes mit einfacher Mehrheit darüber, ob dieser die erforderliche fachliche Befähigung nachweisen konnte.
- (7) Wird die erforderliche fachliche Befähigung nicht nachgewiesen, ist das Kolloquium nicht bestanden. Bleibt die Ärztin oder der Arzt dem Kolloquium aus Gründen, die er oder sie zu vertreten hat, fern oder bricht er oder sie es ohne ausreichenden Grund ab, gilt das Kolloquium als nicht bestanden.
- (8) Besteht die Ärztin oder der Arzt das Kolloquium nicht, wird ein neuer Termin angesetzt. Die KVWL kann Hinweise zum Erwerb der erforderlichen fachlichen Befähigung geben und die Teilnahme an dem erneuten Kolloquium von der Vorlage entsprechender Nachweise abhängig machen. Besteht die Ärztin oder der Arzt auch das erneute Kolloquium nicht, wird die Genehmigung widerrufen. Die erneute Erteilung der Genehmigung kann frühestens sechs Monate nach dem Widerruf erfolgen und wird von der erfolgreichen Teilnahme an einem weiteren Kolloquium abhängig gemacht.
- (9) Die KVWL teilt der Ärztin oder dem Arzt die Ergebnisse des Kolloquiums und eventuell getroffene Maßnahmen nach Absatz 8 in einem Bescheid mit.

## **§ 9 Pseudonymisierungsverfahren**

- (1) Um dem Datenschutz der Patientendaten gerecht zu werden, wird das in § 15 der QP-RL beschriebene und mit § 299 SGB V in Einklang stehende Verfahren entsprechend angewendet.
- (2) Ausnahmen von dem Grundsatz der Pseudonymisierung können in den Anlagen zu den Durchführungsbestimmungen festgelegt werden, wenn und soweit nicht pseudonymisierte versichertenbezogene Daten für die fachliche Prüfung durch die QS-Kommission erforderlich sind.

## **§ 10 Inkrafttreten**

Die Durchführungsbestimmung einschließlich der Anlagen treten am **1. Januar 2020** in Kraft.

## Anlage 1                    Langzeit-EKG

### I. Umfang der Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 und 4 der Durchführungsbestimmung

- (1) Gegenstand dieser QS-Prüfung bilden die betreffenden Leistungen der „computergestützten Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer“, für die es keinen eigenen Auftrag aus der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V gibt.
- (2) Jährlich sind mindestens **acht Prozent** der abrechnenden Ärzte (§ 4 der Durchführungsbestimmungen) zu prüfen.
- (3) Von jeder nach dem Zufallsprinzip ermittelten Ärztin bzw. von jedem nach dem Zufallsprinzip ermittelten Arzt sind die schriftlichen Dokumentationen zu **mindestens 12 Behandlungsfällen**, in denen die computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden Dauer erbracht wurde, nach § 4 der Durchführungsbestimmungen anzufordern.
- (4) Nach § 9 Abs. 2 greift die Ausnahme von der Pseudonymisierung, weil die Qualität der technischen Instrumente derzeit nicht ausreicht, um eine Identifizierung und einwandfreie Beurteilung der Aufzeichnungsqualität durch die QS-Kommission anhand von digitalisierten L-EKG's zu gewährleisten.

### II. Liste der Fehlerkriterien zur Beurteilung von L-EKG-Unterlagen

Mangel nach Kategorie 2 bis 4	Festgestellter Mangel
2	Der Grundrhythmus wurde nicht benannt (z.B. Sinusrhythmus)
2	Beispiel für eine im Bericht erwähnte SVES fehlt
2	Beispiel für ein im Bericht erwähntes Vorhofflimmern fehlt
2	Eine Tachycardie mit schmalen Kammerkomplex wird in den Beispielen dokumentiert, im Bericht aber nicht erwähnt
2	Beispiel für eine im Bericht erwähnte Tachycardie mit schmalen Kammerkomplex fehlt
2	Eine VES wird in den Beispielen dokumentiert, im Bericht aber nicht erwähnt
2	Beispiel für eine im Bericht erwähnte VES fehlt
2	Ein Couplet/Triplet wird in den Beispielen dokumentiert, im Bericht aber nicht erwähnt



Mangel nach Kategorie 2 bis 4	Festgestellter Mangel
2	Beispiel für ein im Bericht erwähntes Couplet/Triplet fehlt
2	Ein Bigeminus wird in den Beispielen dokumentiert, im Bericht aber nicht erwähnt
2	Beispiel für einen im Bericht erwähnten Bigeminus fehlt
2	Ein AV-Block II. Grades (Typ Mobitz 1 oder 2), wird in den Beispielen dokumentiert, im Bericht aber nicht erwähnt
2	Ein AV-Block II. Grades (Typ Mobitz 1 oder 2) wird in den Beispielen dokumentiert, im Bericht aber nicht erwähnt
2	Fehlerhafte oder fehlende Frequenzangaben (z. B. Minimum, Maximum)
2	Unvollständiger Report - fehlendes graphisches Frequenzprofil
2	Die Indikation ist weder aus dem Befund noch aus der Abrechnungsdiagnose ersichtlich
2	Fehlender Hinweis auf Mängel in einem fremdaufgezeichneten Langzeit-EKG (ggf. individuelle Beschreibung der Mängel durch die Kommission erforderlich)
2	Gehäufte Artefakte durch Kabeldefekte und/oder schlechte Elektrodenlage
3	Hinweise auf kranken Sinusknoten mit möglicher Herzschrittmacherindikation in Aufzeichnung dokumentiert, im Bericht aber nicht erwähnt.
3	Vorhofflimmern mit Episodendauer von 30 Sekunden oder länger dokumentiert, aber im Bericht nicht erwähnt.
3	Eine nicht anhaltende ventriculäre Tachykardie ab 4 konsekutiven Schlägen wird in den Beispielen dokumentiert, im Bericht aber nicht erwähnt
3	Beispiel für eine im Bericht erwähnte ventriculäre Tachykardie fehlt
3	Beispiel für einen im Bericht erwähnten AV-Block III. Grades fehlt
3	Die tatsächliche auswertbare Aufzeichnungszeit liegt unter 18 Stunden
3	Es sind durchgehend erhebliche Mängel bei der Langzeit-EKG-Anlage zu verzeichnen, z.B. fehlender Referenzkanal
4	Eine mehr als 30 Sekunden anhaltende Tachycardie mit breiten Kammerkomplexen wird dokumentiert, im Bericht aber nicht erwähnt
4	Ein AV-Block III. Grades wird in den Beispielen dokumentiert, im Bericht aber nicht erwähnt
4	Der technische Report wurde nicht erkennbar individuell bearbeitet

### III. Bewertungsschema zur Bildung der Gesamtbeurteilung von L-EKG-Unterlagen

<b>Gesamtbeurteilung nach Kategorie 1 - keine Beanstandungen, wenn</b>
bei 12 Einzelbewertungen „keine Beanstandungen“ vorliegen.  bei 1 bis 2 Einzelbewertungen „geringe Beanstandungen“ vorliegen <b>und</b> bei den sonstigen Einzelbewertungen „keine Beanstandungen“ vorliegen
<b>Gesamtbeurteilung nach Kategorie 2 - geringe Beanstandungen, wenn</b>
bei 3 bis 12 Einzelbewertungen „geringe Beanstandungen“ vorliegen <b>und</b> bei den sonstigen Einzelbewertungen „keine Beanstandungen“ vorliegen  <b>oder</b>  bei 11 Einzelbewertungen „keine/geringe Beanstandungen“ <b>und</b> bei 1 Einzelbewertung „erhebliche Beanstandungen“ vorliegen
<b>Gesamtbeurteilung nach Kategorie 3 - erhebliche Beanstandungen, wenn</b>
bei 10 Einzelbewertungen „keine/geringe Beanstandungen“ <b>und</b> bei 2 Einzelbewertungen „erhebliche Beanstandungen“ vorliegen  <b>oder</b>  bei 10 Einzelbewertungen „keine/geringe Beanstandungen“ <b>und</b> bei 1 Einzelbewertung „erhebliche Beanstandungen“ <b>und</b> bei 1 Einzelbewertung „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen  <b>oder</b>  bei 11 Einzelbewertungen „keine/geringe Beanstandungen“ <b>und</b> bei 1 Einzelbewertung „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen
<b>Gesamtbeurteilung nach Kategorie 4 - schwerwiegende Beanstandungen, wenn</b>
bei mind. 3 Einzelbewertungen „erhebliche Beanstandungen“ vorliegen  <b>oder</b>  bei mind. 2 Einzelbewertungen „erhebliche Beanstandungen“ <b>und</b> bei mind. 1 Einzelbewertung „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen  <b>oder</b>  bei mind. 2 Einzelbewertungen „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen  <b>oder</b>  bei 1 Einzelbewertungen „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen und die beanstandeten Mängel zu einer vermeidbaren erheblichen Gefährdung von Leben oder Gesundheit des Patienten geführt haben

**I. Umfang der Stichprobenprüfung gemäß § 4 Abs. 2 und 4 der Durchführungsbestimmung i.V.m. Anlage 7 BMV-Ä „Onkologie-Vereinbarung“**

- (1) Nach § 10 Abs. 1 der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä) hat die Onkologie Kommission u. a. die stichprobenweise Überprüfung der ärztlichen Dokumentationen gemäß § 8 der Vereinbarung durchzuführen. Weitergehende Regelungen zur Umsetzung wurden nicht vereinbart.
- (2) In § 8 der Onkologie-Vereinbarung ist geregelt, dass die onkologisch qualifizierte Ärztin oder der onkologisch qualifizierte Arzt eine patientenbezogene Dokumentation nach den Vorgaben des Anhangs 1 der Onkologie-Vereinbarung erstellt, die eine ergebnisorientierte und qualitative Beurteilung der Behandlung ermöglicht. Dies gilt insbesondere für histologische Befunde, Operationsberichte, Bestrahlungspläne und Protokolle sowie die Dokumentation der systematischen medikamentösen Therapie und deren Toxizität.
- (3) Basis für die Qualitätsprüfung nach § 10 Abs. 1, 3. Spiegelstrich der Onkologie-Vereinbarung sind die Vorgaben des Anhangs 1 der Onkologie-Vereinbarung.
- (4) Jährlich sind mindestens **acht Prozent** der abrechnenden Ärzte zu prüfen. Die Auswahl erfolgt nach § 4 der Durchführungsbestimmungen.
- (5) Von jeder nach dem Zufallsprinzip ermittelten Ärztin bzw. von jedem nach dem Zufallsprinzip ermittelten Arzt sind die schriftlichen Dokumentationen zu mindestens **20 Behandlungsfällen pro Jahr** entsprechend den Vorgaben des § 4 der Durchführungsbestimmungen anzufordern.

## II. Liste der Fehlerkriterien zur Beurteilung von Onkologie-Unterlagen

Mangel nach Kategorie 2 bis 4	Festgestellter Mangel
2	Anamnese (spezielle onkologische Familien- und Eigenanamnese) fehlt.
2	Primärtherapie Operation, Strahlentherapie mit Feldern und Dosis Art der medikamentösen Tumorthherapie (Hormone, Zytostatika etc.) unter Angabe des Medikamentennamens, ggf. Gesamtdosis Verlauf und/oder Erfolgsbeurteilung (Remissionen) und/oder Komplikationen und/oder Folgetherapie fehlen.
2	Untersuchungsbefunde mit allgemein klinischem wie speziellem onkologischen Status (incl. Labordiagnostik, bildgebenden Verfahren) und/oder 86518 – Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung und umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und –behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen fehlen.
3	Tumordiagnose mit Stadium gemäß ICD-10-GM (TNM-Stadium mit R- und G-Kode nach UICC bzw. Klassifizierung z. B. Ann-Arbor bei Lymphomen etc.) und/oder Histologie (Pathologie-Nr., Herkunft, Datum, ggf. Rezeptorstatus z. B. HER) und/oder Nebendiagnosen fehlen.
3	Dokumentation (Berichte) <ul style="list-style-type: none"> <li>- nach Abschluss der onkologischen Untersuchung und Beratung</li> <li>- nach Abschluss der Tumorthherapie</li> <li>- einmal pro Behandlungsfall (Quartal) und/oder</li> </ul> Epikritische Begutachtung unter Berücksichtigung der aktuellen erhobenen Befunde und/oder Therapievorschlag und/oder Nachsorgevorschlag und/oder Angabe hinsichtlich Studienteilnahmen und/oder Nachfolgebericht (Zwischenbericht) mit Zwischenanamnese, aktuellem Status, epikritischer Begutachtung einschließlich Therapie- und Nachsorgevorschlag und/oder Abschlussbericht (nach dem Tode des Patienten mit Zeitpunkt, Ursache und relevanten Hinweisen) fehlen.
4	Mängel die zu einer vermeidbaren erheblichen Gefährdung von Leben oder Gesundheit des Patienten geführt haben.

### III. Bewertungsschema zur Bildung der Gesamtbeurteilung Onkologie

<b>Gesamtbeurteilung nach Kategorie 1 - keine Beanstandungen, wenn</b>
bei 20 Einzelbewertungen „keine Beanstandungen“ vorliegen.
<b>Gesamtbeurteilung nach Kategorie 2 - geringe Beanstandungen, wenn</b>
bei 1 bis 20 Einzelbewertungen „geringe Beanstandungen“ vorliegen <b>und</b> bei den sonstigen Einzelbewertungen „keine Beanstandungen“ vorliegen
<b>oder</b>
bei 17 Einzelbewertungen „keine/geringe Beanstandungen“ <b>und</b> bei 3 Einzelbewertungen „erhebliche Beanstandungen“ vorliegen
<b>Gesamtbeurteilung nach Kategorie 3 - erhebliche Beanstandungen, wenn</b>
bei 16 Einzelbewertungen „keine/geringe Beanstandungen“ <b>und</b> bei 4 Einzelbewertungen „erhebliche Beanstandungen“ vorliegen
<b>oder</b>
bei 17 Einzelbewertungen „keine/geringe Beanstandungen“ <b>und</b> bei 2 Einzelbewertungen „erhebliche Beanstandungen“ <b>und</b> bei 1 Einzelbewertung „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen
<b>oder</b>
bei 18 Einzelbewertungen „keine/geringe Beanstandungen“ <b>und</b> bei 2 Einzelbewertungen „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen
<b>Gesamtbeurteilung nach Kategorie 4 - schwerwiegende Beanstandungen, wenn</b>
bei mind. 5 Einzelbewertungen „erhebliche Beanstandungen“ vorliegen
<b>oder</b>
bei mind. 3 Einzelbewertungen „erhebliche Beanstandungen“ <b>und</b> bei mind. 1 Einzelbewertung „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen
<b>oder</b>
bei mind. 3 Einzelbewertungen „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen
<b>oder</b>
bei 1 Einzelbewertung „schwerwiegende Beanstandungen“ vorliegen und die beanstandeten Mängel zu einer vermeidbaren erheblichen Gefährdung von Leben oder Gesundheit des Patienten geführt haben

