



## Fragenkatalog

### Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)

#### Teil 2 - Themenspezifische Bestimmungen

#### Verfahren 1: Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie

### Inhaltsverzeichnis

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlagen .....</b>	<b>3</b>
1.1.	Wo befinden sich die rechtlichen Grundlagen zum Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie? .....	3
<b>2.</b>	<b>Ziele .....</b>	<b>3</b>
2.1.	Was soll gemessen und bewertet werden? .....	3
2.2.	Welche Ziele verfolgt das Verfahren? .....	3
<b>3.</b>	<b>Bisherige Qualitätssicherungsmaßnahmen .....</b>	<b>3</b>
3.1.	Wie werden die bisherigen Qualitätssicherungsmaßnahmen zur invasiven Kardiologie gehandhabt? .....	3
<b>4.</b>	<b>Pflichten für den Arzt.....</b>	<b>4</b>
4.1.	Welche Ärzte sind von der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung „PCI“ betroffen? .....	4
4.2.	Müssen Belegärzte doppelt dokumentieren? .....	4
4.3.	Welche GOP sind von der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung „PCI“ betroffen? .....	4
<b>5.</b>	<b>Dokumentation.....</b>	<b>4</b>
5.1.	Ab wann und wie muss dokumentiert werden? .....	4
5.2.	Welche Patienten fallen unter die Dokumentationspflicht? .....	4
5.3.	Wo finde ich genaue Informationen zur Dokumentation? .....	5
5.4.	Was muss dokumentiert werden? .....	5
5.5.	Wo finde ich die genaue Beschreibung der Indikatoren und deren Verwendungszweck (Qualitätsziel des Indikators)? .....	5
5.6.	Was passiert, wenn der Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation und Datenübermittlung nicht, nur teilweise oder fehlerhaft nachgekommen wird? .....	5
<b>6.</b>	<b>Datenlieferung.....</b>	<b>5</b>
6.1.	Wie sollen die Daten geliefert werden? .....	5
6.2.	Welche Datenlieferfristen sind quartalsweise einzuhalten? .....	5
6.3.	Gibt es die Möglichkeit nachträglicher Datenkorrekturen / -lieferungen? .....	5



<b>7.</b>	<b>Technische und organisatorische Voraussetzungen .....</b>	<b>6</b>
7.1.	Welche technische Ausstattung wird für die elektronische Dokumentation benötigt? .....	6
7.2.	Welche technische Ausstattung wird zur Datenübertragung an die Datenannahmestelle benötigt? ...	6
7.3.	Welche organisatorischen Voraussetzungen müssen gegeben sein? .....	6
<b>8.</b>	<b>Verpflichtung zur Patienteninformation .....</b>	<b>6</b>
8.1.	Wer informiert die Patienten über die Datenerfassung und die Datenschutzbestimmungen? .....	6
8.2.	Was passiert, wenn ein Patient die Datenerhebung verweigert? .....	6
<b>9.</b>	<b>Rückmeldeberichte .....</b>	<b>7</b>
9.1.	Welche Rückmeldeberichte und Auswertungen gibt es? .....	7
9.2.	Was beinhalten die Rückmeldeberichte? .....	7
9.3.	In welcher Form werden die Rückmeldeberichte zur Verfügung gestellt? .....	7
9.4.	Auf welcher Datengrundlage basieren die Rückmeldeberichte und Auswertungen? .....	8
<b>10.</b>	<b>Konsequenzen bei Auffälligkeiten in den Auswertungen .....</b>	<b>8</b>
10.1.	Welche Folgen ergeben sich bei Auffälligkeiten in den Auswertungen? .....	8
<b>11.</b>	<b>Verfahren .....</b>	<b>9</b>
11.1.	Warum findet eine Vollerhebung statt? .....	9
11.2.	Welche Aufgaben haben die KVen als Datenannahmestelle? .....	9
11.3.	Welche Aufgaben müssen die KVen bei der Durchführung von QS-Maßnahmen übernehmen? .....	10
11.4.	Welche spezifischen Anforderungen soll die PCI-Fachkommission in der LAG erfüllen? .....	10



## 1. Rechtsgrundlagen

### 1.1. Wo befinden sich die rechtlichen Grundlagen zum Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie?

Rechtsgrundlage ist Teil 2 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (in Verbindung mit Teil 1) des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 in Verbindung mit § 137 Absatz 1 Nr. 1 SGB V über die datengestützten einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung.

In den tragenden Gründen zur DeQS-RL sind weiterführende Hintergrundinformationen zu finden.

## 2. Ziele

### 2.1. Was soll gemessen und bewertet werden?

Bei dem Verfahren geht es vor allem um den Prozess und das Ergebnis von Koronarangiographien und perkutanen Koronarinterventionen. Der G-BA hat dafür Indikatoren festgelegt, anhand derer die Qualität gemessen und bewertet werden soll. Diese betreffen die Indikationsstellung, die Durchführung der Untersuchung sowie Komplikationen, die auftreten können.

### 2.2. Welche Ziele verfolgt das Verfahren?

Das Verfahren verfolgt folgende konkrete Ziele:

- Verbesserung der Indikationsstellung
- Förderung der leitliniengerechten Durchführung des Eingriffs zur Erhöhung der Patientensicherheit
- Verringerung der Komplikationsrate während und nach der Behandlung, hierbei insbesondere eine Verringerung von unerwünschten kardialen oder zerebrovaskulären Ereignissen (MACCE) und der Sterblichkeit.

Im Weiteren ist im Verfahren neben der Zielerreichung auch die Angemessenheit der Methoden der Qualitätssicherung zu überprüfen

## 3. Bisherige Qualitätssicherungsmaßnahmen

### 3.1. Wie werden die bisherigen Qualitätssicherungsmaßnahmen zur invasiven Kardiologie gehandhabt?

Seit 1. Oktober 1999 ist die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Invasiven Kardiologie in Kraft.

Gemäß § 8 dieser Vereinbarung muss zur Erbringung und Abrechnung der GOP 34291 und 34292 EBM eine Genehmigung durch die KVWL erteilt werden.



Darüber hinaus prüft die KVWL gemäß § 7 der Vereinbarung die Einhaltung der Auflagen. Die Nichterfüllung kann bis zum Widerruf der Genehmigung führen.

Diese Anforderungen gelten auch mit Einführung der DeQS-RL unverändert weiter.

## **4. Pflichten für den Arzt**

### **4.1. Welche Ärzte sind von der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung „PCI“ betroffen?**

Alle kardiologisch tätigen Internisten mit einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der invasiven Kardiologie sind verpflichtet, an der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung teilzunehmen.

Betroffen sind alle Vertragsärzte, alle belegärztlich tätigen Ärzte sowie alle ermächtigten Ärzte, die perkutane Koronarinterventionen (PCI) und Koronarangiographien erbringen und über die KVWL abrechnen.

### **4.2. Müssen Belegärzte doppelt dokumentieren?**

Belegärzte müssen nicht doppelt dokumentieren. Belegärzte sind Vertragsärzte und sind somit der vertragsärztlichen Versorgung zuzuordnen. Daher muss jeder Belegarzt in Westfalen-Lippe, wie alle anderen Vertragsärzte auch, den Datenfluss über die KVWL als Datenannahmestelle nutzen.

### **4.3. Welche GOP sind von der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung „PCI“ betroffen?**

Betroffen ist die GOP 34291 EBM für die diagnostische Koronarangiographie und die GOP 34292 EBM für die perkutane Koronarintervention.

## **5. Dokumentation**

### **5.1. Ab wann und wie muss dokumentiert werden?**

Ab dem 1. Januar 2016 muss jeder Vertrags-, Beleg- und ermächtigter Arzt seine über die KVWL abgerechneten perkutanen Koronarinterventionen und diagnostischen Koronarangiographien elektronisch dokumentieren.

### **5.2. Welche Patienten fallen unter die Dokumentationspflicht?**

Es fallen alle bei einer gesetzlichen Krankenkasse versicherten Patienten im Alter von 18 Jahren oder älter, bei denen eine PCI oder Koronarangiographie erbracht wurde, unter die Dokumentationspflicht.



### **5.3. Wo finde ich genaue Informationen zur Dokumentation?**

Sämtliche Informationen zur technischen Dokumentation sind im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur sektorenübergreifenden Spezifikation zur Richtlinie zur daten-gestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung geregelt.

### **5.4. Was muss dokumentiert werden?**

Eine Übersicht über die Exportfelder und ihre Verwendungszwecke (QS-Dokumentation beim Leistungserbringer) entnehmen Sie bitte der Anlage II zu den themenspezifischen Bestimmungen (Verfahren 1) der DeQS-RL.

### **5.5. Wo finde ich die genaue Beschreibung der Indikatoren und deren Verwendungszweck (Qualitätsziel des Indikators)?**

Die Indikatoren, deren Beschreibung und Zielstellungen finden Sie in der Anlage I zu den Themenspezifischen Bestimmungen (Verfahren 1) der DeQS-RL.

### **5.6. Was passiert, wenn der Verpflichtung zur elektronischen Dokumentation und Datenübermittlung nicht, nur teilweise oder fehlerhaft nachgekommen wird?**

Nicht dokumentierte, aber dokumentationspflichtige Datensätze lösen Maßnahmen nach Teil 1 § 17 Abs. 4 S. 3 Buchstabe b der Richtlinie aus.

Der G-BA beschließt bis zum 31. Dezember 2019 Regelungen zur fehlenden Dokumentation der Datensätze. Für die Erfassungsjahre 2016 bis einschließlich 2019 werden keine Vergütungsabschläge erhoben.

## **6. Datenlieferung**

### **6.1. Wie sollen die Daten geliefert werden?**

Der Versand der sQS-Datensätze erfolgt grundsätzlich elektronisch, am besten komplett gesammelt für das betreffende Quartal.

### **6.2. Welche Datenlieferfristen sind quartalsweise einzuhalten?**

Die Daten des jeweils vorherigen Quartals müssen spätestens bis zum 15. Mai, 15. August, 15. November und 28. Februar an die KVWL als Datenannahmestelle übermittelt werden. Diese hat bis dahin die Möglichkeit, auf fehlerhafte Datensätze hinzuweisen und korrekte Datensätze anzunehmen. Dann werden die Datensätze an die Vertrauensstelle weitergeleitet.

### **6.3. Gibt es die Möglichkeit nachträglicher Datenkorrekturen / -lieferungen?**

Für die Daten des gesamten Erfassungsjahres besteht eine Korrekturfrist bis zum 15. März des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres.



## 7. Technische und organisatorische Voraussetzungen

### 7.1. Welche technische Ausstattung wird für die elektronische Dokumentation benötigt?

Für die elektronische Dokumentation benötigen Sie eine von der KBV zertifizierte QS-Dokumentations-Software. Die notwendige Software kann als Modul durch den PVS-Hersteller der Praxis oder auch durch einen anderen Softwareanbieter zur Verfügung gestellt werden. Bitte nehmen Sie daher frühzeitig Kontakt mit Ihrem PVS-Anbieter auf. Das IT-ServiceDesk der KVWL steht Ihnen diesbezüglich für Ihre Fragen zur Verfügung (Mitgliederberatung: 0231-9432-3990).

### 7.2. Welche technische Ausstattung wird für die Datenübertragung an die Datenannahmestelle benötigt?

Für die Datenübertragung von Ihrer Praxis zu unserer Datenannahmestelle benötigen Sie eine sichere technische Verbindung. Hierfür stehen Ihnen verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl. Die KVWL favorisiert die Datenübermittlung via KV-Connect, die eine KV-SafeNet-Anbindung an die KVWL voraussetzt. Bitte nehmen Sie dazu Kontakt mit dem IT-ServiceDesk der KVWL auf (Mitgliederberatung: 0231-9432-3990).

### 7.3. Welche organisatorischen Voraussetzungen müssen gegeben sein?

Mit der neuen Dokumentationssoftware müssen alle Praxismitarbeiter geschult werden, die die Dateneingabe, -prüfung und -versendung vornehmen sollen.

## 8. Verpflichtung zur Patienteninformation

### 8.1. Wer informiert die Patienten über die Datenerfassung und die Datenschutzbestimmungen?

Im Zusammenhang mit der Datenerhebung sind Sie verpflichtet, Ihre Patient\*innen anhand von Merkblättern über Zweck und Inhalt dieses Qualitätssicherungsverfahrens zu informieren.

Der G-BA hat deshalb ein Patienteninformationsblatt erstellt. Dieses haben wir Ihnen auf unserer Internetseite ([www.kvwl.de](http://www.kvwl.de) → Navigation → Versorgungsqualität → QS sektorenübergreifend → PCI) zur Verfügung gestellt.

### 8.2. Was passiert, wenn ein Patient die Datenerhebung verweigert?

Eine schriftliche Einverständniserklärung des Patienten ist nicht in der Richtlinie und sonstigen tangierenden normativen Grundlagen geregelt. Vielmehr soll der Patient über Merkzettel informiert werden. Daraus ergibt sich für uns die Schlussfolgerung, dass eine Verweigerung der Datenerhebung durch den Patienten eigentlich nicht möglich ist, da seine Zustimmung nicht abgefragt wird.



## 9. Rückmeldeberichte

### 9.1. Welche Rückmeldeberichte und Auswertungen gibt es?

Einen jährlichen Rückmeldebericht sowie vierteljährliche Zwischenberichte erhalten

- nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser,
- Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie
- Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, die Patienten auf der Grundlage von Selektivverträgen (SV-LE) behandeln,

die einen Indexeingriff erbracht haben.

Die Berichte werden in Form und Inhalt nach einem bundesweit einheitlichen Musterbericht erstellt.

### 9.2. Was beinhalten die Rückmeldeberichte?

Die Rückmeldeberichte für die Leistungserbringer enthalten (neben den Vorgaben in Teil 1 § 18 der DeQS-RL) mindestens folgende Informationen:

- die Vollständigkeit der übermittelten Daten
- eine Basisauswertung – eine statistische Darstellung des Patientenkollektivs
- Auswertungen der einzelnen Indikatoren
  - mit Angabe der jeweiligen Grundgesamtheit
  - mit den entsprechenden Referenz- und Vertrauensbereichen
  - mit Bezug zum Jahr, in dem der Indexeingriff stattfand
- die Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- Auswertung der einzelnen Indikatoren je Leistungserbringer im Vergleich mit den Vergleichsgruppen
- Auflistung der Fallnummern nach Teil 1 § 14 Absatz 5 Satz 3 der Richtlinie, bei denen das Qualitätsziel des jeweiligen Indikators nicht erreicht wird
- Verlaufsdarstellung der Indikatorergebnisse aus den beiden vorangegangenen Jahren
- Vertragsärztlich tätige Belegärzte erhalten zusätzlich Auswertungen mit einer Darstellung der Ergebnisse für ihre belegärztlichen Leistungen, die ab dem Erfassungsjahr 2018 auch nach Belegabteilungen bzw. Belegkrankenhaus anhand der Nebenbetriebsstättennummer (NBSNR) differenziert werden. Diese Auswertungen sollen den Krankenhäusern durch den Vertragsarzt auf der Grundlage vertraglicher Vereinbarungen zwischen Belegarzt und Krankenhaus zur Verfügung gestellt werden.

Die Zwischenberichte basieren auf den zum Zeitpunkt der Erstellung verfügbaren Daten und orientieren sich in Form und Inhalt im Wesentlichen an den Rückmeldeberichten.

### 9.3. In welcher Form werden die Rückmeldeberichte zur Verfügung gestellt?

Die Berichte sind elektronisch verfügbar.



#### **9.4. Auf welcher Datengrundlage basieren die Rückmeldeberichte und Auswertungen?**

Es werden Daten unterschiedlicher Quellen und Verfügbarkeiten verwendet:

- Daten durch Qualitätssicherungs-Dokumentation (QS-Dokumentation) beim Leistungserbringer
- Sozialdaten bei den Krankenkassen
- (zu einem späteren Zeitpunkt) Patientenbefragungen

Auf Grundlage dieser Daten erstellt die Bundesauswertungsstelle Auswertungen und Berichte unter Berücksichtigung der Rechenregeln und Referenzwerte.

### **10. Konsequenzen bei Auffälligkeiten in den Auswertungen**

#### **10.1. Welche Folgen ergeben sich bei Auffälligkeiten in den Auswertungen?**

Ergeben die von der Bundesauswertungsstelle übermittelten Auswertungen Auffälligkeiten bei einem Arzt, stellen die Fachkommissionen die Notwendigkeit eines Stellungnahmeverfahrens fest und empfehlen den Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) die Einleitung desselben.

Die Fachkommission empfiehlt Art und Weise des Verfahrens (schriftliche Stellungnahme, Gespräch, Begehung) und bewertet das Ergebnis des Verfahrens. Der LAG werden dann weiterführende Maßnahmen der Stufe 1 gemäß Teil 1 § 17 Abs. 3 S. 3 der DeQS-RL empfohlen sowie ein Zeitrahmen, innerhalb dessen die Maßnahmen umgesetzt werden sollen.

Konnten die Auffälligkeiten im Stellungnahmeverfahren hinreichend aufgeklärt werden, empfiehlt die Fachkommission der LAG den Abschluss des Verfahrens und die LAG informiert die Leistungserbringerin oder den Leistungserbringer.

Das Stellungnahmeverfahren kann darüber hinaus auch dann durchgeführt werden, wenn ein Arzt auffällig gute Ergebnisse hat oder in Vorjahren wiederholt auffällig war.

Mögliche Maßnahmen der Stufe 1:

- Teilnahme an geeigneten Fortbildungen, Fachgesprächen, Kolloquien,
- Teilnahme am Qualitätszirkel,
- Implementierung von Behandlungspfaden,
- Durchführung von Audits,
- Durchführung von Peer Reviews,
- Implementierung von Handlungsempfehlungen anhand von Leitlinien,

Bestehen Belege für schwerwiegende einzelne Missstände, verweigert ein Arzt den Abschluss oder die Erfüllung einer Vereinbarung oder wird der durch die Vereinbarung angestrebte Zustand in der vorgesehenen Zeit nicht erreicht, ist dem Arzt Gelegenheit zur Äußerung zu geben. Die Frist zur Äußerung soll vier Wochen betragen.





Die LAG entscheidet unter Berücksichtigung der Äußerung über die Anwendung folgender Maßnahmen (Maßnahmenstufe 2):

- Korrektur der Vereinbarung
- Information der für Vergütungsabschläge oder Entziehung der Abrechnungsmöglichkeit der jeweiligen Leistung zuständigen Stellen mit entsprechenden Empfehlungen.

Die Umsetzung dieser Empfehlungen erfolgt bei kollektivvertraglich tätigen Vertragsärzten durch die KVen/KZVen, bei allen anderen Leistungserbringern im Rahmen der jeweiligen Vertragsbeziehungen.

Bei wiederholten oder besonders schwerwiegenden Auffälligkeiten, in Fällen, in denen die Ärzte an der Qualitätssicherungsmaßnahme nicht oder nicht vollständig teilnehmen, oder in anderen Fällen mit dringendem Handlungsbedarf kann die LAG von dem vorgesehenen Stufenplan abweichen und unverzüglich Maßnahmen nach Maßnahmenstufe 2 beschließen.

## **11. Verfahren**

### **11.1. Warum findet eine Vollerhebung statt?**

Es werden in diesem Verfahren Daten zu allen von diesen „Themenspezifischen Bestimmungen“ erfassten Leistungen einbezogen, die Leistungserbringer für die in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Patienten erbringen.

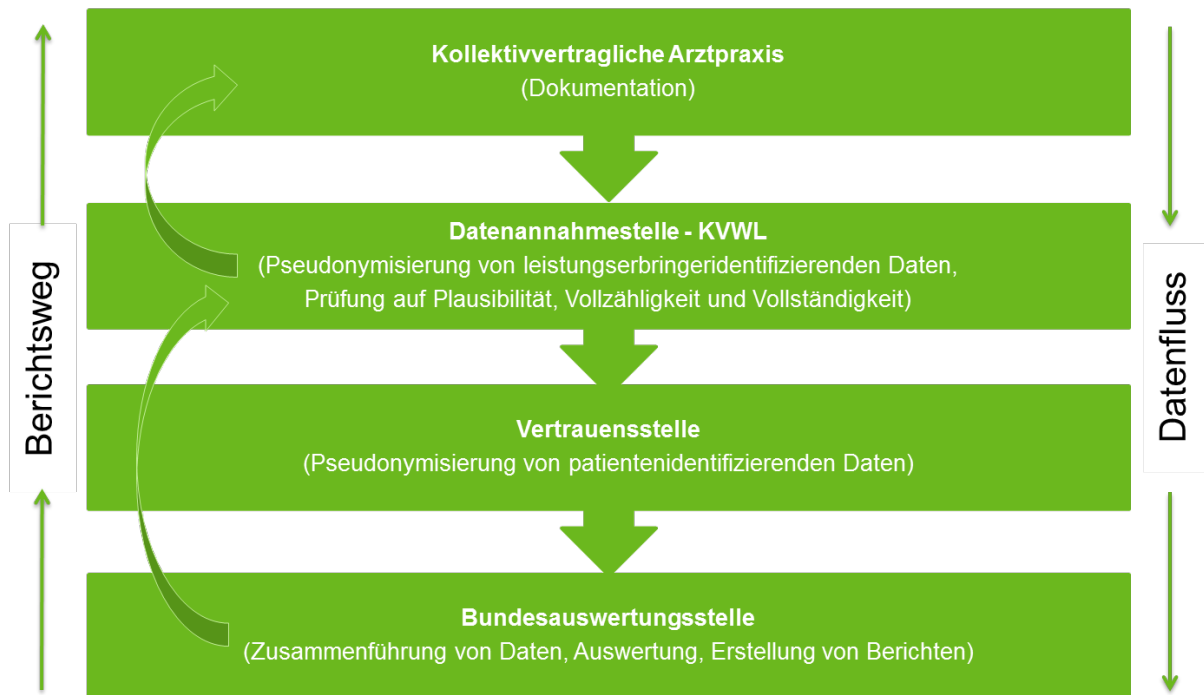
Das Verfahren wird mithin auf der Grundlage einer Vollerhebung nach § 299 Absatz 1 Satz 5 SGB V durchgeführt. Dies ist erforderlich, da insbesondere die durch die Follow-up-Indikatoren erfassten Ereignisse selten und sowohl hinsichtlich ihres Eintritts sowie des Ortes nicht vorhersehbar sind. Folglich kann nur mit einer Vollerhebung die beabsichtigte längsschnittliche Betrachtung der Patienten erfolgen und die Follow-up-Indikatoren für alle Leistungserbringer aussagekräftig erfasst werden.

### **11.2. Welche Aufgaben haben die KVen als Datenannahmestelle?**

Den Datenannahmestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen obliegen folgende Aufgaben:

- Quartalsweise Annahme der QS-Daten
- Prüfen der QS-Daten auf Plausibilität, Vollzähligkeit und Vollständigkeit
- Einheitliche Pseudonymisierung der Vertragsarztangaben
- Weiterleitung der QS-Daten an die Vertrauensstelle
- De-Pseudonymisierung und Weiterleitung der Rückmeldeberichte an die Vertragsärzte

Die Datenannahmestellen der KVen sind ausschließlich für die Daten kollektivvertraglich tätiger Vertragsärzte zuständig. Datenannahmestelle für Daten betreffend die selektivvertragliche Tätigkeit ist die Vertrauensstelle. Die KVen können und dürfen letztere Daten weder annehmen, noch verarbeiten und weiterleiten.



Quelle: KVWL

### 11.3. Welche Aufgaben müssen die KVen bei der Durchführung von QS-Maßnahmen übernehmen?

Im Auftrag der LAGen sind die KVen in die organisatorische Umsetzung eingebunden. Ihnen obliegen folgende Aufgaben:

- Weiterleitung von Aufforderungen zur Stellungnahme an die entsprechenden Ärzte
- Einleitung und Umsetzung von vorgesehenen Maßnahmen gegenüber den Ärzten
- Berichterstattung an LAG über durchgeführte Maßnahmen und deren Resultate

### 11.4. Welche spezifischen Anforderungen soll die PCI-Fachkommission in der LAG erfüllen?

Die LAG richtet für die Durchführung ihrer Aufgaben Fachkommissionen ein und gibt ihnen eine Geschäftsordnung. Insbesondere bei geringer Anzahl leistungserbringender Einrichtungen pro Land, kann die Einrichtung länderübergreifender statt länderspezifischer Fachkommissionen zur Anwendung kommen.

Die Landesarbeitsgemeinschaft benennt die Mitglieder sowie gegebenenfalls stellvertretende Mitglieder für eine Laufzeit von vier Jahren. Wiederbenennungen sind möglich.



Stimmberechtigte Mitglieder der Fachkommissionen sind mindestens je zwei Vertreter der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser in gleicher Zahl sowie ein Vertreter der Krankenkassen mit der Facharztbezeichnung Internist. Jeweils mindestens ein Vertreter der Vertragsärzte und der zugelassenen Krankenhäuser sowie der Vertreter der Krankenkassen muss Kardiologe sein. Mindestens ein Vertreter der Vertragsärzte sowie der zugelassenen Krankenhäuser muss persönlich Koronarangiographien und perkutane koronare Interventionen durchführen. Darüber hinaus soll die Fachkommission mit mindestens einem Herzchirurgen als Mitglied besetzt sein.

Bis zu zwei Vertreter des Assistenzpersonals aus Herzkatheter Laboren können ein Mitberatungsrecht erhalten. Die für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und der Selbsthilfe chronisch Kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen erhalten ein Mitberatungsrecht und können hierzu bis zu zwei sachkundige Personen benennen. Im Einzelfall kann die Landesarbeitsgemeinschaft weitere Experten mit Mitberatungsrecht hinzuziehen.

Alle stimmberechtigten Mitglieder haben Fachkenntnisse der Behandlung kardiologischer Erkrankungen, insbesondere von Erkrankungen der Herzkranzgefäße.

Die Fachkommissionen der Landesarbeitsgemeinschaften sollen die fachliche Bewertung der Auswertungen sowie Aufgaben im Rahmen der Umsetzung beziehungsweise Durchführung der durch die Landesarbeitsgemeinschaft beschlossenen Qualitätssicherungsmaßnahmen übernehmen.

Zur Förderung einheitlicher Vorgehensweisen bei der Bewertung der Auswertungen und der Umsetzung beziehungsweise Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen und zur Weiterentwicklung des Qualitätssicherungsverfahrens sollen bundeslandübergreifend alle Landesarbeitsgemeinschaften und ihre Fachkommissionen zusammenarbeiten.